



IMPACTO DEL COVID-19 EN NUESTROS SANITARIOS

Dr. Salvador Ruiz-Murugarren
*Psiquiatra adjunto Hospital
Universitario Príncipe de Asturias,
vicepresidente de la Sociedad Española
de Psiquiatría de Urgencias (SEDUP).*

Patrocinado por:

 **ALTER MÉDICA**

Con el aval de:


SEDUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	02
¿Qué sabemos de la repercusión psicológica en epidemias previas?.....	04
¿Y qué dice la literatura sobre la crisis actual?.....	05
EMOCIONES NORMALES DE LOS PROFESIONALES EN LA PANDEMIA	08
LOS GRANDES RIESGOS	12
El paso del estrés al distrés ¿Cómo reconocerlo?.....	13
Conceptos y riesgos específicos:.....	15
“La fatiga de compasión”:.....	15
Traumatización Vicaria:.....	15
Las medidas de confinamiento:.....	18
Lidiando con la “health anxiety”.....	18
El burnout o síndrome de desgaste profesional:.....	19
LOS FACTORES PSICOLÓGICOS PROTECTORES:	23
Factores protectores personales.....	23
Factores de protección dependientes de la administración y factores organizativos:.....	24
TAREAS DE LOS PROFESIONALES ESPECÍFICAS DE LA PANDEMIA	26
Dar malas noticias:.....	26
Acompañar en el duelo:.....	30
RECOMENDACIONES A PROFESIONALES	33
INICIATIVAS DESDE SALUD MENTAL PARA PROFESIONALES	36
APÉNDICE: Material realizado por entidades y Hospitales con recomendaciones para profesionales.....	39
BIBLIOGRAFÍA	42

INTRODUCCIÓN

El 17 de noviembre de 2019¹ tuvo lugar la primera infección conocida por COVID-19 y rápidamente se generalizó dentro de Wuhan, la capital de la provincia de Hubei de China². La enfermedad se propagó rápidamente por toda China y en otros lugares, convirtiéndose en una emergencia sanitaria mundial³.

La pandemia denominada Covid-19 supone la mayor emergencia sanitaria a la que nos hemos tenido que enfrentar en Europa en la historia reciente.

Miles de personas están perdiendo la vida de forma rápida e inesperada, sin una preparación de su entorno para la muerte y sin poder realizar los rituales de transición socialmente aceptados que favorecen el trabajo de duelo.

La crisis del coronavirus tiene muchos de los elementos **que pueden provocar una respuesta psíquica de una intensidad manifiesta:**

- es un evento inesperado
- de inicio brusco
- con consecuencias muy graves en muy escaso tiempo
- con una probabilidad real de muerte o de ser una amenaza de contagio.
- obliga a un cambio de vida (confinamiento, medidas de higiene y contacto social)
- para mucha gente será el inicio de una grave crisis laboral y/o económica.

Además, está impregnado de incertidumbre a múltiples niveles.

En el caso de los profesionales sanitarios se suma:

- el mayor riesgo de contagio (propio y de los seres queridos),
- el riesgo de trauma vicario y
- el cambio radical del paradigma médico del **“intentar curar” al “elegir quien muere”**.

Todo ello aumenta las posibilidades de **una autoinculpación patológica**, ya que la mayoría nos hemos formado desde un paradigma de falsa omnipotencia.

Pese a los datos que voy a desarrollar a continuación, cabe decir que la aparición de sintomatología transversal o aguda intensa (ansiedad, pensamientos negativos, tristeza, culpabilidad...) no tiene por qué mostrar una correlación en cuanto a su intensidad con la evolución longitudinal de un trastorno. Quiero señalar que **la resiliencia y fortaleza personal suele prevalecer sobre la aparición de psicopatología**, y la evolución a depresión mayor o trastorno de estrés postraumático (TEPT) es baja en situaciones de catástrofe, pandemia o ataque terrorista⁴.

Un psiquiatra llamado *Frank Pittman* se dedicó al estudio de las crisis que podían vivir las personas y sus familias. Entre los tipos de crisis que definió, estaban las desgracias inesperadas. Consideraba que eran crisis que podían tener un buen pronóstico, sobre todo cuando el padecimiento era explícito, había un sentimiento de comunidad y apoyo mutuo. Por otro lado la evolución negativa de circunstancias claramente traumatizantes se relaciona con el secreto, la culpabilización y la negación del hecho traumático.

En la crisis actual esos tres factores no se van a dar de forma generalizada. La crisis es pública, hay muchas personas que se están volcando en la ayuda a los demás y las pérdidas van a ser reconocidas, a los supervivientes no se les va a negar la condición de víctimas.

En el caso de los profesionales sanitarios que han estado a la vanguardia en la lucha contra el coronavirus, hay otros factores que pueden ayudar a la resiliencia:

- la sensación de comunidad con sus equipos de trabajo,
- el reconocimiento social
- el reconocimiento empresarial con iniciativas privadas que favorecen o cuidan a los sanitarios.

Frente a la psiquiatrización del sufrimiento y la sobreactuación promueve el acompañamiento, es decir, apostar por medidas como crear redes de apoyo utilizando la tecnología, facilitar la expresión emocional y crear espacios para ello.

¿QUÉ SABEMOS DE LA REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA EN EPIDEMIAS PREVIAS?

En general se considera que las epidemias generan un incremento de la morbilidad psiquiátrica en la población general^{5,6}. Sin embargo, la literatura al respecto en población sanitaria está realizada fundamentalmente mediante encuestas autoaplicadas, por lo que la evidencia es débil.

- En la lucha contra la aparición repentina del síndrome respiratorio agudo severo en 2003 (SARS), **la angustia psicológica entre el personal médico apareció gradualmente:**

► el miedo y la ansiedad:

- aparecieron de inmediato y disminuyeron en las primeras etapas de la epidemia,

► la depresión, los síntomas psicofisiológicos y los síntomas de estrés postraumático:

- aparecieron más tarde y duraron mucho tiempo, lo que provocó un importante impacto psicológico⁷.

Causas comunes de trauma⁸

- Estar aislado,
- trabajar en puestos de alto riesgo y
- tener contacto con personas infectadas

La experiencia del personal médico que atendió el brote SARS, muestra que los efectos sobre la salud mental de los miembros del personal médico no solo tuvieron un impacto a corto plazo sino también a largo plazo, y que el valor del apoyo psicosocial y su capacitación profesional tuvieron efectos significativos en su mejoría⁹.

En una encuesta realizada a 661 trabajadores sanitarios en Singapur, dos meses tras la epidemia de SARS en 2003, se mostró que las escalas utilizadas sugirieron que aproximadamente el 20% (respecto al 8% calculado antes del SARS) de los médicos y enfermeras padecían TEPT. Sin embargo, aunque se percibió que la situación del SARS había tenido un gran impacto en el estado emocional de los trabajadores de la salud, no hubo cambios significativos en la prevalencia de trastornos psiquiátricos medida meses antes de la epidemia (35% de los médicos y 25% de las enfermeras). En este caso, **los médicos tenían más probabilidades que las enfermeras de sufrir un trastorno psiquiátrico y los trabajadores de la salud que eran solteros tenían un mayor riesgo.**

En una encuesta similar realizada en China en 2006 con una muestra de 549 sanitarios, y a propósito de la misma epidemia (SARS en 2003), se halló una prevalencia de TEPT del 10%. En este caso, **los encuestados que habían sido puestos en cuarentena, que trabajaban en lugares de alto riesgo o que tenían amigos o parientes cercanos que contrajeron SARS, tenían de 2 a 3 veces más probabilidades de tener niveles altos de síntomas de TEPT**, frente a los sanitarios sin estos factores de riesgo⁸.

- Un estudio realizado entre los sanitarios en Corea del Sur, en este caso tras la epidemia de síndrome respiratorio del Oriente Medio (MERS) en 2015, sugiere que **el personal médico que realizaba tareas relacionadas con el MERS tenía un mayor riesgo de mostrar síntomas de TEPT incluso después de un mes**, y hubo una mayor prevalencia de síntomas relacionados con el sueño, en particular con la implementación de la cuarentena en el hogar¹⁰.

¿Y QUÉ DICE LA LITERATURA SOBRE LA CRISIS ACTUAL?

En la fecha de realización de este trabajo (Abril de 2020), a las limitaciones metodológicas hay que reseñar que algunos de los trabajos citados aún están sujetos a revisión.

En un estudio transversal de 1.257 trabajadores de la salud en 34 hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 en múltiples regiones de China, una proporción considerable de trabajadores de la salud informó haber experimentado:

- síntomas de depresión (50,4%),
- ansiedad (44,6%),
- insomnio (34%)
- angustia (71,5%).

Los grupos de mayor riesgo para experimentar psicopatología fueron **las enfermeras que trabajaban primera línea y residentes en Wuhan.**

Factores de riesgo identificados frecuentemente¹¹:

- la carga de trabajo excesiva,
- el aislamiento
- la discriminación

Los **síntomas más comunes** fueron¹¹:

- el agotamiento físico,
- el miedo
- los problemas de sueño.

En otro estudio reciente realizado en China (Guangzhou) participaron 1.563 profesionales de la salud. Se encontró que¹²:

- síntomas depresivos: más de la mitad (50,7%)
- ansiedad: 44,7%
- trastornos del sueño: 36.1%

Estos hallazgos son importantes para permitir a las autoridades de salud asignar recursos de salud y desarrollar tratamientos apropiados para el personal médico que desarrolle problemas de salud mental ¹³.

Respecto a la crisis actual, el gobierno chino ha hecho varios esfuerzos **para reducir la presión sobre el personal médico y de enfermería** en su país, como enviar más personal médico y de enfermería para reducir la intensidad del trabajo (4 horas máximo de atención directa en algunos casos), adoptar un estricto control de infecciones, proporcionar equipo de protección personal y ofrecer orientación práctica.

Medidas similares en pandemias previas, como en el caso del MERS en 2013, el personal médico considera que tales medidas ayudan a proteger su salud mental¹⁴.

En un nuevo trabajo se incluyó a un total de 2.299 participantes, incluidos

- 2.042 miembros del personal médico
- 257 trabajadores administrativos.

En comparación con el personal no clínico, **el personal médico de primera línea con contacto cercano con pacientes infectados** (Neumología, Emergencias, Enfermedades infecciosas y UCI) tenían **1,4 veces más probabilidades de sentir miedo y 2 veces más probabilidades de sufrir ansiedad y depresión.** El personal médico que trabajaba en los departamentos mencionados anteriormente fue más susceptible a los trastornos psicológicos ¹⁵.

En el caso de España, existe un estudio sobre resiliencia, donde se analizan cada uno de los estratos afectados, incidiéndose en el personal sanitario¹⁶.

Este estudio detalla la existencia de **muchos informes donde consta que se ha forzado al personal hasta el agotamiento.**

Esta situación en parte refleja la **escasez de personal existente** después de años de austeridad y bajos salarios.

Los problemas se han visto exacerbados por la cuarentena de un número creciente de trabajadores de la salud expuestos a pacientes infectados.

Sin embargo, se han observado **muchas manifestaciones de solidaridad, como el apoyo a los profesionales de la salud y los más vulnerables, así como el distanciamiento social voluntario, incluido un mayor trabajo a domicilio.**

EMOCIONES NORMALES DE LOS PROFESIONALES EN LA PANDEMIA

Muchas de las emociones que los profesionales sanitarios pueden sufrir durante la pandemia son sensatas, sanas y deseables, desde un punto de vista psicopatológico.

Incluso cuando la intensidad de los síntomas concuerda con un síndrome adaptativo, esto no es sinónimo de requerimiento de intervención psicofarmacológica y/o psicoterapéutica inmediata.

El acompañamiento, favorecer la expresión emocional y la supervisión de la regulación afectiva, para detectar los casos de evolución negativa ayudan a no patologizar muchas reacciones propias de nuestra condición humana.

Tal y como se detalla en la [guía de apoyo psicosocial OME- AEN¹⁷](#), las respuestas habituales de **los afectados (directa o indirectamente)** podrían incluir:

- Miedo a enfermar y/o morir.
- Evitar acercarse al centro de salud por temor a infectarse, aunque no requieran atención.
- Temor a no poder trabajar durante la cuarentena o el aislamiento.
- Preocupación por no generar ingresos y/o ser despedido de su trabajo.
- Temor a ser excluido socialmente si es puesto en cuarentena, estigma por la enfermedad.
- Sentirse impotente por no poder proteger a sus seres queridos, y miedo a perderlos.
- Temor a la separación de sus seres queridos debido a la cuarentena o aislamiento.
- Sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y tristeza.

Los trabajadores en primera línea (incluidos enfermeras, médicos, conductores de ambulancia, entre otros), pueden experimentar estresores adicionales durante la crisis del COVID-19¹⁷:

- Riesgo de estigmatización hacia quienes trabajan con pacientes con COVID-19.
- Las medidas estrictas de bioseguridad tienen algunas consecuencias:
 - ▶ Cansancio físico por el uso de equipos de protección personal.
 - ▶ Aislamiento físico que dificulta dar confort y apoyo a quienes están afectados.
 - ▶ Constante estado de alerta y vigilancia con procedimientos estrictos.
- Entorno laboral más demandante, con aumento de horas de trabajo y de pacientes.
- Pocas posibilidades para recurrir a su red de apoyo social por sus intensos horarios.
- Temor a contagiar a amigos y familiares al estar expuestos al virus por su trabajo.

En este contexto se ha diseñado material específico para ayudar en la comprensión de las emociones normales asociadas a una situación tan excepcional, como en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias o en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, de la Comunidad de Madrid.



Lo estresante de la situación actual

Desbordamiento de la demanda asistencial
Riesgo de infección y temor a contagiar a familiares y amigos
Equipos insuficientes e incómodos
Proporcionar apoyo y atención sanitaria en esta situación de alta incertidumbre y desbordamiento
Estrés muy elevado en la atención directa
Desconsuelo de las familias
Dilemas éticos y morales



Reacciones normales en situación de gran estrés

Emocionales:

- Ansiedad
- Impotencia
- Frustración
- Miedo
- Culpa
- Irritabilidad
- Tristeza
- Anestesia emocional

Cognitivas:

- Confusión o pensamientos contradictorios
- Dificultades de concentración, para pensar de forma clara o para tomar decisiones
- Dificultades de memoria
- Pensamientos obsesivos y dudas
- Pesadillas
- Imágenes intrusivas
- Fatiga por compasión
- Negación
- Sensación de irrealidad

Físicas:

- Dificultades respiratorias: presión en el pecho, hiperventilación...
- Sudoración excesiva
- Temblores
- Cefaleas
- Mareos
- Molestias gastrointestinales
- Contracturas musculares
- Taquicardias
- Parestesias
- Agotamiento físico
- Insomnio
- Alteraciones del apetito

Conductuales:

- Hiperactividad
- Aislamiento
- Evitación de situaciones, de personas o de conflictos
- hablar mucho
- Llanto incontrolado
- Dificultad para el autocuidado y descansar/ desconectarse del trabajo



Para cuidar de tí

¿Cuáles son tus necesidades básicas, incluida la de desconectar del trabajo?
Descansa
Habla con tus compañeros. Comparte ayuda
Planifica una rutina fuera del trabajo
Revisar que hay distintas formas de afrontar estos momentos. Todos son legítimos
Confía en tus familiares o de cercanía
Comparte información constructiva

Mantén el contacto con las personas que quieres. Para eso sirve también la tecnología!!
Mantente actualizado. Quizá puedas darle cuenta que el trabajo en el hospital te ofrece una versión distorsionada del cuerpo; la mayoría de las personas afectadas tienen un cuadro leve
Date cuenta de tus emociones y sensaciones. Quizá te ayude compartirlas con alguien de confianza
Reconoce, junto con las dificultades, el gran desafío al que nos estamos enfrentando
Permite pedir ayuda

REACCIONES POSIBLES EN SITUACIONES DE ESTRÉS INTENSO

Emocionales:

- Ansiedad
- Impotencia
- Frustración
- Miedo
- Culpa
- Irritabilidad
- Tristeza
- Anestesia emocional



Conductuales:

- Hiperactividad
- Aislamiento
- Evitación de situaciones, de personas o de conflictos
- Verborrea
- Llanto incontrolado
- Dificultad para el autocuidado y descansar/ desconectarse del trabajo

Cognitivas:

- Confusión o pensamientos contradictorios
- Dificultades de concentración, para pensar de forma clara o para tomar decisiones
- Dificultades de memoria
- Pensamientos obsesivos y dudas
- Pesadillas
- Imágenes intrusivas
- Fatiga por compasión
- Negación
- Sensación de irrealidad

Físicas:

- Dificultades respiratorias: presión en el pecho, hiperventilación...
- Sudoración excesiva
- Temblores
- Cefaleas
- Mareos
- Molestias gastrointestinales
- Contracturas musculares
- Taquicardias
- Parestesias
- Agotamiento físico
- Insomnio
- Alteraciones del apetito

Documento elaborado por Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Marañón, Marzo, 2020

10

11

LOS GRANDES RIESGOS

La población sanitaria, por la propia idiosincrasia de su trabajo, es un grupo vulnerable para sufrir sintomatología psíquica. Algunos trabajos realizados en el Reino Unido han demostrado que la prevalencia de trastornos psiquiátricos (empleando el GHQ: Cuestionario General de Salud de Goldberg) entre médicos y enfermeras era de entre el **28 y el 32%**¹⁸.

El concepto japonés de muerte por exceso de trabajo (*Karoshi*), ha atraído la atención de algunos estudios en el sector médico. Previamente a la crisis actual, un estudio demostró que el 42% de los médicos que trabajan en hospitales terciarios en China continental experimentaban niveles muy altos de fatiga acumulada¹⁹.

Cabe destacar además que, a pesar de los problemas y trastornos comunes de salud mental que se encuentran los trabajadores de la salud en estos entornos, **la mayoría de los profesionales de la salud que trabajan en unidades de aislamiento y hospitales no reciben ninguna capacitación para brindar atención de salud mental**²⁰

En una encuesta realizada a más de 6.400 trabajadores de la salud en 47 establecimientos de la región metropolitana de Nueva York, solo el 48,4% dijo estar dispuesto a presentarse a trabajar durante un brote de SARS, citando con mayor frecuencia el miedo a la seguridad personal o familiar, como la razón por la que no estaban dispuestos a trabajar²¹.

La psicopatología más grave a la que suele evolucionar un cuadro adaptativo en la pandemia actual es el TEPT.

En resumen, los profesionales de la salud, especialmente los que trabajan en hospitales que cuidan a personas con neumonía confirmada o sospechada por Covid-19, son vulnerables tanto al alto riesgo de infección como a los problemas de salud mental.

También pueden experimentar miedo al contagio y la propagación del virus a sus familias, amigos o colegas²⁰.

EL PASO DEL ESTRÉS AL DISTRÉS ¿CÓMO RECONOCERLO?

A continuación se recogen extractos de la guía realizada desde un grupo de psicología en Valencia²²

Existe un estrés que es adaptativo pero puede evolucionar a **distrés**, lo que se conoce como estrés negativo, y éste es **activado tras realizar un esfuerzo excesivo**.

La **sintomatología del distrés** se puede dividir en cuatro categorías:

- **En cuanto a los síntomas cognitivos** puedes encontrarte con: pérdida de memoria, problemas de concentración, pensamientos que producen preocupación constante y percibir solo lo negativo.
- **En cuanto a los síntomas emocionales** puedes encontrarte con: cambios bruscos de humor y agitación, así como tristeza excesiva tras mantenerte en contacto continuo con personas que sólo refieren **un mismo tema: el coronavirus**.
- **En cuanto a los síntomas conductuales** puedes encontrarte con: cambios en hábitos de alimentación y de sueño debido a las jornadas actuales, conductas irresponsables y recurrentes para intentar calmar cualquier sintomatología ansiosa (como por ejemplo comer y/o fumar en exceso).
- **En cuanto a los síntomas físicos** puedes encontrarte con: dolores de cabeza, náuseas, hiperventilar, cansancio y fatiga.

Durante la próxima pandemia, es probable que los trabajadores sanitarios experimenten varios **tipos de estresores relacionados con el trabajo**, que incluyen²³:

- Un mayor riesgo de infección personal, enfermedad y muerte, debido a su contacto frecuente con pacientes con pandemia.
- Exceso de trabajo y fatiga.
- Exposición a la muerte de otros, incluida la exposición a muertes a gran escala, incluida la muerte de niños.
- Frustración por la incapacidad de salvar a otros a pesar de los grandes esfuerzos.

- Amenazas de violencia de personas que buscan miedo o asistencia médica en una situación con recursos limitados.
- Separación de la familia, seres queridos y apoyos sociales durante la respuesta pandémica.
- El estrés ante la posibilidad de propagar involuntariamente la infección a otros, incluidos amigos, familiares y seres queridos.

En ese sentido es frecuente escuchar testimonios como éste:

“Cuando llego a casa mis hijos vienen a darme un abrazo. Es el momento en que me vengo abajo porque no puedo tocarlos. Me preguntan por las marcas de mi cara (causadas por la mascarilla y las gafas) y les digo que estoy bien.

Me quito los zapatos, voy directa a la ducha y meto la ropa en una bolsa. Llevo usando la misma ropa vieja un mes y medio, que lavo a 90 grados todos los días. Incluso así tengo miedo cuando me siento con ellos, sabiendo que un mínimo error en las medidas de seguridad durante esas 8 horas, los puede estar poniendo en peligro.

Me cuesta distinguir si el dolor de mi cuello tiene que ver con la tensión acumulada en mi turno, o son mialgias que he visto en tantos pacientes. Si toso entro en pánico.

El peor momento llega cuando acabo mi turno, porque tengo miedo de volver a casa y contagiarlos”.

Enfermera de Urgencias del Hosp. Príncipe de Asturias, en su trabajo en sala durante marzo de 2020.

Lo sanitarios se encuentran expuestos a riesgos profesionales que se filtran en su vida personal. Durante este tiempo, emociones como la rabia, el miedo o las dificultades para dormir son normales y forman parte del proceso de adaptación a un evento repentino que pone en riesgo la vida de uno mismo y de nuestras familias. Desde Salud Mental intentamos ser visibles y mostrar disponibilidad respetando los procesos normales que nuestros mecanismos de defensa psicológicos ponen en marcha.

CONCEPTOS Y RIESGOS ESPECÍFICOS

“La fatiga de compasión”:

Recibir la expresión del sufrimiento y de la angustia asociada a los problemas médicos puede ser agotador y conducir a lo que Figley llamó “la fatiga de compasión”, marcada por una falta de empatía hacia los pacientes o apatía frente a las experiencias que comparten, desmotivación, depresión, síntomas de ansiedad y poca noción de logro o de sentido en el quehacer cotidiano. El riesgo estriba en que los médicos despersonalicen a los pacientes como método de afrontamiento, lo cual aumenta el riesgo de abuso de sustancias, mayores tasas de depresión e ideación suicida. La falta de descanso y de estrategias de recuperación de la energía puede aumentar los riesgos de agotamiento físico y emocional²⁴.

“Traumatización Vicaria”:

Esta se refiere a la afectación psicológica que puede ocurrir al ser testigo o al escuchar el relato de la experiencia traumática que otros han vivido. En 1.996, Saakvitne y Pearlman propusieron por primera vez el término de traumatización indirecta²⁵. El término, inicialmente se refería al fenómeno en el que los psicoterapeutas profesionales se ven afectados involuntariamente por las interacciones bidireccionales de la relación entre consulta y entrevista debido al contacto a largo plazo con pacientes con enfermedades mentales. En otras palabras, **los psicoterapeutas experimentaron síntomas mentales similares al trauma psicológico.**

La situación actual reúne las condiciones de evento potencialmente traumático en su condición de incidentes de seguridad y eventos altamente estresantes. Se trata de situaciones que sobrevienen de forma inesperada, que constituyen una amenaza contra la vida o la integridad ya sea física o psicológica, que no forman parte de la experiencia habitual y que desbordan la capacidad de respuesta por parte del individuo.

Estas anormalidades psicológicas se derivan de la empatía por los sobrevivientes de un trauma, que causa angustia física y mental grave, incluso “colapso mental”²⁵.

Los principales síntomas de traumatización indirecta son la pérdida de apetito, fatiga, deterioro físico, trastornos del sueño, irritabilidad, falta de atención, entumecimiento, miedo y desesperación. Con frecuencia, estos síntomas van acompañados de respuestas traumáticas y conflictos interpersonales que incluso aumentan el riesgo de suicidio²⁶.

Con frecuencia se presentan formas de re-experimentación (p.e. imágenes que se vienen a la mente y sueños relativos a la situación), altos niveles de alerta e hiperreactividad al entorno.

Se debe distinguir este fenómeno de la **reacción de estrés agudo**: se trata de una **reacción normal frente a una situación que no es normal, con un aumento en el nivel de alerta y la tensión muscular derivado de la activación de los sistemas de alerta simpáticos.**

Ese estado de hipervigilancia puede **interferir en nuestra calidad de sueño** (dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo). Las imágenes de lo vivido pueden penetrar en la consciencia aunque no se esté haciendo esfuerzo alguno por recordarlo, y en algunos casos **sobrevienen sueños que reproducen escenas idénticas a las vividas.**

Todas estas reacciones son reflejo de los **esfuerzos que nuestra mente y nuestro cuerpo está haciendo para entender y asimilar lo ocurrido.**

Ante la constatación en el tiempo de que la situación temida deja de ser vigente, los mecanismos de alarma se desactivan y progresivamente se recupera un estado de tranquilidad y relajación.

“Llego a casa y cuando me intento relajar, automáticamente mi mente vuelve a estar en el Hospital.

Cierro los ojos, intento dormir y me sobresalto porque siento que tengo 20 pacientes por ver, llamar a UCI... incluso me parece escuchar el ruido de la Urgencia cuando despierto por la noche.

No dejo de ver la cara de aquel matrimonio con COVID que me pidió ingresar por separado, porque no querían verse morir el uno al otro”

Médica de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, tras terminar una guardia en el mes de marzo de 2020

La prolongación en el tiempo de un muy alto nivel de estrés puede tener efectos perjudiciales tanto a nivel físico como psicológico. Presentar altos niveles de alerta de forma crónica y en el largo plazo, es agotador.

Para las personas que requieran de atención, de concentración y la observación de protocolos rigurosos, se hace indispensable **establecer espacios de recuperación y descanso** apropiados que permitan el mantenimiento de estas funciones. La resiliencia de los individuos no es

infinita. Una exposición continua a situaciones altamente estresantes, puede en algún momento provocar patologías tales como depresión, trastornos de ansiedad, trastornos psicósomáticos y en algunos casos trastorno de estrés postraumático.

En este sentido, desde **Médicos Sin Fronteras**²⁴ se ha elaborado una lista de **factores de riesgos personales**:

Factores de Riesgo Personales:

- La naturaleza y la intensidad de eventos traumáticos experimentados en el pasado.
- La naturaleza y la intensidad de los hechos que desencadenan en la actualidad la reacción.
- El número de eventos o situaciones altamente estresantes experimentados en una misma experiencia (hay situaciones que pueden representar politraumatismos debido a la diversidad de situaciones altamente impactantes que marcan la experiencia en el tiempo).
- La duración de la exposición a la situación estresante (a medida que la exposición se hace mayor, el riesgo de afectación puede incrementarse).
- Dificultad para aceptar la realidad que se presenta.
- Factores organizacionales (falta de: descanso, de claridad, de espíritu de equipo, de comprensión de la pertinencia de la intervención...)
- Antecedentes de enfermedad mental
- Falta de apoyo social, aislamiento
- Negatividad y pesimismo
- Introversión pronunciada

Las medidas de confinamiento

Según epidemias y pandemias previas, en situaciones de cuarentena pueden aparecer serias preocupaciones como el miedo a la muerte entre los pacientes, y pueden desarrollarse **sentimientos de soledad y enfado entre las personas confinadas**²⁰.

Además, las personas en cuarentena pierden conexiones cara a cara e intervenciones sociales tradicionales, y este es un fenómeno estresante²⁷. Se puede inferir de estos puntos que las intervenciones psicológicas respecto al confinamiento son parte del sistema de atención de la salud en el contexto de emergencias de salud pública²⁸.

Lidiando con la “health anxiety”

La **ansiedad por la salud** ocurre cuando se perciben sensaciones corporales o cambios físicos (por ejemplo fiebre, tos o dolor muscular) y **se interpretan como síntomas de estar enfermo**²⁹. Casi todos experimentamos ansiedad de salud hasta cierto punto. La vigilancia asociada a posibles amenazas relacionadas con la salud, puede ser protectora, ayudando a identificar los primeros signos de problemas de salud que provocan un comportamiento que promueve la salud. Pero, **cuando es excesiva, la ansiedad por la salud puede ser perjudicial**.

Según se ha observado es un fenómeno creciente en las últimas décadas³⁰, y se sabe que se manifiesta en mayor medida después de la exposición a los medios de comunicación que hablan de la enfermedad²⁹.

En el caso de brotes virales, dependiendo de las experiencias previas con la gripe y la información disponible sobre el brote actual, **una persona con alta ansiedad de salud puede malinterpretar dolores musculares benignos o tos como signos reveladores de que están infectados**³¹. Las personas con alta ansiedad por la salud también tienden a llevar al extremo las recomendaciones de salud pública, lo que se refleja en conductas desadaptativas. **En el contexto de brotes virales, esto puede incluir lavarse las manos en exceso, retraimiento social y compras de pánico**.

En resumen, en el contexto de un brote viral o una pandemia, las personas con alta ansiedad por la salud, son propensas a malinterpretar las sensaciones corporales inofensivas y los cambios como evidencia de que están infectadas. Esto, a su vez, aumentará su ansiedad, influirá en su capacidad para tomar decisiones racionales e influirá en su conducta³¹.

El burnout o síndrome de desgaste profesional

También denominado **síndrome del quemado**, es un trastorno emocional de descripción reciente, el cual está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. A grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido³².

La respuesta sintomática es similar a la depresión, produce malestares físicos diversos, así como disminución en la motivación y la capacidad para involucrarse en el trabajo³³. El burnout guarda relación con la depresión no solo respecto a la presentación clínica, sino también en términos psicométricos. No obstante, los datos de investigación confirman que es una entidad distinta, puesto que se asocia con la situación laboral y es específica de la misma; en contraste, la depresión es un trastorno psiquiátrico más general y no depende tanto del contexto³⁴.

El burnout consta de 3 dimensiones básicas:³⁴

1. Agotamiento emocional, descrito también en términos de desgaste, pérdida de energía, fatiga, debilitamiento, etc.
2. Cinismo, que consiste en actitudes negativas o inapropiadas hacia el receptor de los servicios, además de irritabilidad, pérdida del idealismo y evitación interpersonal.
3. Ineficacia, que implica disminución en la productividad y capacidades, moral baja, así como menor habilidad de afrontamiento.

Un estudio previo a la crisis COVID en Suiza que **comparó a pediatras, médicos especialistas en cáncer y médicos generales**, mostró que aproximadamente:

- 1/3 de los médicos padecían burnout,
 - ▶ los médicos generales presentaban la prevalencia de burnout más alta, un 36%. Se encontraron signos de comorbilidad psiquiátrica en el 32% de los casos compatibles con burnout³⁷.

Del mismo modo, **un estudio realizado en Madrid reveló que el**

- 69,2% de los médicos de atención primaria tenían niveles de burnout de moderados a altos³⁸

La mayoría de los médicos eligen Medicina como carrera porque quieren marcar la diferencia, pero en el caso de los médicos de Urgencias con frecuencia están demasiado exhaustos para proporcionar el nivel de atención para el que han sido capacitados.

En un gran estudio realizado en 2012 entre médicos de EEUU, **la especialidad de Urgencias fue la que registró un porcentaje mayor de burnout (65%), más de 10 puntos porcentuales más que la siguiente especialidad en incidencia (Medicina Interna), y cerca de 20 puntos porcentuales más que la tasa media para el global de médicos participantes**³⁹.

Burnout y decisiones respecto al final de la vida

La **pandemia actual**, con la saturación de recursos, **ha generado cientos de situaciones en las que el profesional debe decidir sobre la gestión de material y recursos**, lo cual deriva en **conflictos éticos y una elevada frustración**.

Estas situaciones generalmente se relacionan con el **final de la vida de algunos pacientes**.

Los profesionales sanitarios que trabajan en los campos del final de la vida, están expuestos regularmente a un inmenso estrés debido a intensos compromisos emocionales con pacientes terminales y familias afligidas³⁵.

Parece haber una **mayor prevalencia de burnout entre los médicos y enfermeras que a menudo lidian con la muerte** o que participan en las

decisiones de renunciar a la terapia de soporte vital⁴⁰, y la exposición constante a la muerte, el dolor y la pérdida pueden resultar en burnout³⁶.

El burnout combinado con el trauma indirecto experimentado por los sanitarios puede derivar en **fatiga de compasión**.

También se ha encontrado que la toma de decisiones éticas con respecto al final de la vida (incluida la decisión de suspender o retirar el tratamiento) se asoció positivamente con el nivel observado de burnout⁴¹

Como medidas para disminuir este riesgo de burnout **la comunicación efectiva dentro del equipo de cuidadores y para con los familiares de los pacientes se considera esencial** para reducir el estrés y aumentar la calidad de la atención al final de la vida⁴².

Existe controversia sobre el papel de la participación en las decisiones del final de la vida:

- por un lado, estar involucrado podría aumentar el riesgo entre los médicos y el riesgo de estrés postraumático, ansiedad y síntomas de depresión entre los familiares de los pacientes⁴¹
- Por otro lado, una mayor participación podría reducir el estrés moral, mejorar la puntualidad de la toma de decisiones sobre el final de la vida, disminuir la percepción de atención no oficial y reducir el burnout y la rotación del personal⁴³. Se cree que mejorar la toma de decisiones al aumentar la participación de los médicos de forma interdisciplinaria, mejorar las habilidades de comunicación y contar con apoyo institucional disminuiría el estrés en todos los implicados⁴⁴.
- Por contra, la ambigüedad de roles, los problemas de comunicación, la indecisión sobre la no efectividad del tratamiento y el inicio de discusiones sobre el final de la vida fueron algunos de los mayores factores generadores de burnout⁴⁵

“Estamos tomando la decisión de sedar a personas que en otras circunstancias tendrían una posibilidad de salir adelante, pero no hay medios para poder luchar por todos ellos.

A veces los ves haciendo el trabajo respiratorio, luchando, y tú les estás quitando esa opción de lucha.

Nos hemos visto obligados a normalizar la sedación cuando siempre ha sido la última opción”

Médico de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, tras terminar una guardia del mes de marzo de 2.020

En situación de emergencia sanitaria la toma de decisiones sobre quién vive y quien muere (El verdadero triaje, término cuyo origen está en la decisión de a quién recoger en el campo de batalla) fomenta las emociones de frustración y culpa. Aceptar los propios límites, a menudo impuestos por las condiciones de trabajo, es más difícil de lo que parece. Compartir las experiencias con los compañeros “de batalla” y sentirse respaldado institucionalmente ayudan en una labor imposible

LOS FACTORES PSICOLÓGICOS PROTECTORES

FACTORES PROTECTORES PERSONALES

Algunos de estos factores son dependientes de los rasgos personales, pero otros factores son modificables y se pueden entrenar.

Desde **Médicos Sin Fronteras**²⁴ se ha establecido una serie de **factores protectores**:

- Capacidad de adaptación al cambio: nuevos contextos y condiciones de vida, tolerancia a la ambigüedad, flexibilidad en la estructura de creencias.
- Tendencia a buscar y dar un sentido a la experiencia vivida.
- Curiosidad y apertura a nuevas experiencias.
- Recordar y poner en marcha las estrategias que han sido útiles en el pasado para manejar el estrés e incorporar nuevas formas a nuestro abanico de opciones.
- Recursividad y creatividad en la búsqueda de soluciones.
- Apoyo social.
- Optimismo y confianza en uno mismo.
- Asertividad (capacidad de expresar de forma positiva y sin agredir a otros lo que se prefiere, lo que desagrada, lo que se siente...).
- Tener la capacidad de pedir ayuda.

FACTORES DE PROTECCIÓN DEPENDIENTES DE LA ADMINISTRACIÓN Y FACTORES ORGANIZATIVOS:

El personal sanitario que trabaja con gran riesgo personal requiere recibir información frecuente y clara sobre el estado de la pandemia.

La comunicación en todos los niveles debe ser monitorizada, con sistemas establecidos para transmitir bidireccionalmente noticias entre los trabajadores de la salud, su administración, las instalaciones de salud y el gobierno.

Determinar las necesidades de personal y establecer horarios predecibles parece una base fundamental. Deben implementarse sistemas para el descanso y el alivio de las tareas a fin de prevenir el agotamiento. También es prudente limitar las horas extras.

Desde **Médicos Sin Fronteras** se proponen los siguientes **factores organizativos de protección**:

- Establecer de forma sistemática un día de descanso a la semana, un fin de semana largo (4 días) al cabo de 6 semanas de intervención, trabajo en equipo, claridad de la relevancia y pertinencia de la intervención, claridad de los roles, calidad del liderazgo, ...
- Deben desarrollarse y proporcionarse materiales educativos que puedan describir lo que los trabajadores de la salud pueden esperar en el desempeño de sus funciones, incluidas las reacciones y los factores estresantes comunes que pueden encontrar del público, los pacientes, sus amigos y familiares, o de ellos mismos.
- Dado el temor real y comprensible de contraer enfermedades, la capacitación integral y repetida sobre el control de infecciones y cómo usar el equipo de protección personal puede ayudar a aumentar la confianza de la fuerza laboral en que se mantendrá su seguridad personal. Al personal de atención médica también se le deben ofrecer evaluaciones periódicas de salud para asegurarles de su bienestar físico ⁴⁶.

En esa línea, un estudio sobre el impacto psicológico del brote de SARS de 2003 en los trabajadores de la salud en Singapur descubrió que **el apoyo de supervisores y compañeros de profesión fue un factor protector significativo de síntomas psiquiátricos y TEPT**. Una comunicación clara de las directivas y medidas de precaución también ayudó a reducir

la aparición de síntomas psiquiátricos⁴⁷. Los sistemas de equipos que combinan a trabajadores de la salud más y menos experimentados pueden ayudar no solo a transferir habilidades, sino también a reducir el aislamiento social y promover una sensación de apoyo e interconexión⁴⁸, tener un “socio” con quien compartir la experiencia parece beneficioso en múltiples niveles.

Papel de los administradores: pueden mejorar la situación al estar atentos a las necesidades psicológicas, físicas, espirituales y psicosociales de los trabajadores sanitarios.

Los programas que promueven el bienestar incorporando técnicas de atención plena (Mindfulness) y relajación pueden ayudar a los trabajadores de la salud a desarrollar habilidades de autoayuda en momentos de mayor estrés; una vez aprendidos, también pueden ser capaces de transmitir tales habilidades a sus pacientes. Deben promoverse programas de resiliencia de la fuerza de trabajo y estrategias de cuidado personal. También deben promoverse actividades de trabajo en equipo y de fomento de la moral.

Los programas psicosociales que son diseñados con el objetivo de proporcionar servicios a las familias de los trabajadores de la salud pueden ser muy útiles de cara a apoyar al personal y proteger la moral. Además, los trabajadores sanitarios deben ser formados y capacitados en las medidas de control de infecciones cuando regresan a casa; por ejemplo, recordando al personal el lavado de manos y el cambio de ropa antes de entrar en sus hogares para proteger a los miembros de la familia.

Los trabajadores sanitarios deben tener acceso a atención psiquiátrica, intervenciones farmacológicas y psicoterapia individual y/o grupal. Deben estar seguros de que sus familias recibirán lo mismo ^{49,50}.

En conclusión, se consideran protectores los recursos orientados a aumentar la capacidad de recuperación emocional mediante la promoción de afrontamiento adaptativo (capacitación en el manejo del estrés y promoción del autocuidado), la provisión de apoyo de pares, la identificación e intervención de aquellos en alto riesgo y el hecho de ofrecer apoyo a largo plazo después del evento para ayudar con potenciales secuelas (*Gardner y Moallem, 2015*). Para los equipos de atención médica de primera línea, sería importante desarrollar la cohesión y la moral del equipo para combatir el miedo, la impotencia y el burnout (*Shultz et al., 2008*).

TAREAS DE LOS PROFESIONALES ESPECÍFICAS DE LA PANDEMIA

Al margen de las tareas de cuidado habituales consistentes en el diagnóstico y decisión de medidas de tratamiento, los profesionales sanitarios se enfrentan en la crisis actual a tareas que habitualmente realizan de forma más aislada o a las que directamente no se enfrentan. He querido destacar dos, especialmente difíciles:

DAR MALAS NOTICIAS

Generalmente se van a dar tres tipos de malas noticias:

- A los familiares de un fallecido.
- A un paciente sobre la gravedad de su estado.
- A los familiares de un paciente sobre su gravedad.

¿Por qué es tan difícil dar malas noticias?

Existen múltiples factores que explican la dificultad de dar malas noticias⁵¹.

- Se debe hacer frente a las emociones del paciente
- La mala noticia se asocia a la "idea del fracaso"

- El problema de la omnipotencia.
- No se cumplen las expectativas basadas en la tecnología.
- Solo el 37% de los médicos comunican con claridad el pronóstico con los pacientes.
- El médico está más seguro del ámbito científico - técnico.
- Molesta reconocer que no se sabe cómo dar malas noticias.



Los objetivos de la comunicación de malas noticias deben ser:

- Reunir toda la información disponible: determinar lo que sabe y lo que desea saber.
- Suministrar información inteligible en consonancia con las necesidades y deseos de los pacientes.
- Aportar habilidades de comunicación que permitan reducir el impacto emocional que la mala noticia tiene sobre el receptor.
- Consensuar un plan de tratamiento que permita un alto grado de cooperación del paciente

A continuación destacaré una de las estrategias descritas para dar malas noticias, el **modelo EPICEE**^{52,53}:

Dada la necesidad de aislamiento del paciente con Covid positivo, muchas de las intervenciones con familiares se debe realizar telefónicamente. Algunos Hospitales han elaborado guías de acceso muy rápido para dar malas noticias por esta vía:

E: ENTORNO adecuado para dar malas noticias

- Utilice un lugar privado, deben estar el médico el paciente y si éste desea, su familia o acompañantes cercanos,
- El médico debe estar sentado para ponerse al nivel visual del paciente y lograr buen contacto ocular y físico (Ejemplo: darle la mano, apretarle el hombro)
- Tener tiempo suficiente para poder responder preguntas.

P: PERCEPCIÓN del paciente acerca de su situación médica actual

- Preguntar al paciente qué sabe de su enfermedad (se identifican nivel de comprensión y se logran estrategias para personalizar la información).
- Respetar la negación, las palabras y emociones expresadas, su lenguaje no verbal

I: INVITACIÓN al espacio del paciente

- Pedir permiso al paciente para darle la noticia, no todos los pacientes desean saber los detalles de su diagnóstico
- Pregunte directamente qué desea saber:
 - 1 *"¿Quiere saber todos los detalles, o solo el diagnóstico y tratamiento?"*
 - 2 *"¿quiere conocer la evolución de la enfermedad?"*
 - 3 *"Cómo quiere que manejemos la información"*

C: COMUNICAR al paciente la información

- Evite jerga médica, hable claro
- Informe poco a poco para que el paciente pueda asimilarlo
- Confirme que está siendo entendido por el paciente
- Puede utilizar ayuda de dibujos o imágenes
- Evite dos cosas: sinceridad brusca, optimismo exagerado o engañoso
- No es necesario dar periodos de supervivencias
- Permita que el paciente le interrumpa y pregunte.

E: EMPATÍA y EMOCIONES del paciente

- Entienda la situación que está viviendo su paciente, permita periodos de silencio y que llore
- La conversación empática puede apoyar al paciente con frases como: "qué sentimiento le genera la noticia", "es normal que se sienta mal", "debe ser duro para usted", "qué otras cosas le preocupan", "... veré como puedo ayudarle en esta situación!"

E: ESTRATEGIA Y CONCLUSIONES

- Realice un resumen con el paciente sobre el tema hablado si entendió el mensaje

Cómo dar malas noticias por teléfono

Antes de llamar

- Considera si eres el profesional adecuado para transmitir esa información.
- Si es posible busca un lugar con cierta intimidad, minimiza potenciales interrupciones.
- Reúne toda la información sobre el caso y tenla a mano.
- Plantéate el objetivo de la llamada (reflexiona sobre lo que vas a decir).

Durante la llamada

- Preséntate.
- Asegúrate de estar hablando con la persona adecuada.
- Comprueba si es buen momento para hablar. Si no, aplaza la llamada unos minutos.
- Pregunte si está acompañado.
- No vayas deprisa.
- Adapta tu tono de voz a la situación.

Cuestiones difíciles

- Haz una breve descripción narrativa de la evolución del paciente.
- Antes de dar la información usa "palabras de aviso" ("siento tener que decirle...", "lamentándolo mucho...", "me temo que tengo malas noticias...")
- Evita eufemismos, si es el caso di la palabra "muerto" o "fallecido" de forma explícita para evitar malentendidos.
- Responde sinceramente si te hacen alguna pregunta. Si desconoces algún detalle dile que lo averiguarás y volverás a llamar.
- Explícita que sientes tener que dar esta información por teléfono

Manejar la reacción

- Por teléfono es difícil valorar cómo el familiar está reaccionando a la noticia.
- Déjale algo de tiempo, no es necesario llenar todos los silencios.
- Haz una escucha atenta, responde con empatía y valida sus sentimientos:
 - Si llora o grita: "Reconozco que es muy angustiante escuchar esto, sobre todo por teléfono".
 - Si sólo repite "no es verdad", "no puede ser": "Entiendo que es muy difícil tener que asumir esto"
 - Si calla o dice sólo "gracias": " Parece esta noticia le ha sorprendido".
- Informa de los pasos a seguir y comprueba que los ha comprendido. Esto le dará sensación de control.

Después de la llamada

- Estas llamadas suponen un reto emocionalmente.
- Respira, tómate 30 segundos.
- Si han estado cerca, puedes pedir feedback a los compañeros sobre tu desempeño.
- Si precisas alguna orientación adicional ponte en contacto con nosotros.

SERVICIO DE SALUD MENTAL HOSPITAL LA MANCHA-CENTRO
EQUIPO DE APOYO AL PROFESIONAL
27528

ACOMPañAR EN EL DUELO

Muchas de esas noticias tienen que ver con el fallecimiento de un paciente, tras lo cual se inicia el proceso de duelo en sus familiares. El duelo es un proceso personal y social, de tal forma que es esencial sentir apoyo y poder verbalizar y compartir la experiencia para favorecer su resolución. Muchos médicos de familia y otras especialidades van a tener que atender a pacientes inmersos en este proceso, con complicaciones añadidas: en muchos de los casos la muerte ha sido repentina, no ha habido lugar a la despedida, la información sobre el procesamiento del cuerpo e incineración se ha dilatado, y los familiares no han podido realizar los rituales socialmente aceptados.

Una adecuada elaboración del duelo resulta fundamental para una buena salud física y mental de la persona⁵⁴, y será el tiempo lo que defina si la evolución del duelo es fisiológica o se llega al duelo patológico.

“Vine con mi marido al Hospital porque tenía fiebre. Desde que dimos los papeles en admisión no me dejaron estar más tiempo con él, y cuando entró en la Urgencia fue la última vez que lo vi. No nos despedimos, no supe nada de él hasta que 3 días después me dijeron que había fallecido. Ese mismo día comencé con síntomas y estoy ingresada por la misma enfermedad. No sé dónde está su cuerpo, ni cuando le voy a poder hacer el funeral. No tenemos hijos y no tengo a nadie más”.

Paciente afectada por COVID en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, durante una interconsulta con psiquiatría por tristeza.

Miles de familias no han podido hablar con sus seres queridos antes de su fallecimiento. A pesar de los esfuerzos de los profesionales por favorecer su contacto con videollamadas, en muchas ocasiones fue demasiado tarde. Como resultado estos pacientes han muerto en soledad y sus familiares no están pudiendo realizar los ritos de despedida habituales. Todo ello es un obstáculo a la hora de elaborar un duelo; es mucho más difícil “enterarse de verdad (Primera tarea del duelo necesaria para la elaboración emocional del mismo) de la pérdida” cuando no has podido ver físicamente a tu familiar ni despedirte de él.

En la siguiente tabla recogida en un número de la revista digital de Medicina psicosomática y psicoterapia se recogen las **diferencias existentes entre duelo normal y patológico**⁵⁵:

DUELO NORMAL

- A Momento de aparición a los pocos días del fallecimiento
- B Intensidad: incapacitante durante días
- C Características:
 - a. negar aspectos de la muerte, circunstancias características del fallecimiento (idealización)
 - b. Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias,...)
 - c. Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea. Reconoce que no es real
 - d. Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte al difunto (identificación)
 - e. Desarrollar conductas en relación al muerto culturalmente aceptables (luto temporal,...)

DUELO PATOLÓGICO

- Semanas o meses después (duelo retrasado)
- No aparición de duelo (negación del duelo)
- Incapacitante durante semanas
- Negar la muerte del fallecido, creer que vive
- Creer que es el fallecido
- Alucinaciones complejas y estructuradas
- Creer que se va a morir de la misma enfermedad
- Acudir continuamente al médico por esta causa
- Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente)

Orientaciones básicas de manejo resumidas para profesionales:

En una guía elaborada a petición del colegio oficial de psicólogos de la Comunidad de Madrid se dan una serie de recomendaciones de intervención inicial, que paso a resumir.⁵⁶

- 1 Permitir la ventilación emocional de la persona (p.e. comenzar con preguntas abiertas e ir hacia preguntas cerradas).
- 2 Usar la psicoeducación como estrategia para explicar el proceso de duelo y validar las emociones que pueden aparecer durante el mismo.

3 Ayudar a la persona para que lleve a cabo conductas que favorezcan al proceso de duelo, como facilitar la expresión y desahogo emocional a través de la búsqueda de apoyos sociales tanto presenciales como de forma telemática (contacto telefónico o video-llamadas). Es aconsejable promover rituales de despedida (los cuales no tiene por qué realizarse inmediatamente), generando espacios de recuerdo a los que poder acudir cuando se necesite, siempre y cuando esto sea posible para la persona y no suponga un aumento en su malestar.

Algunos rituales que se recomiendan son:

- Generar un rincón del recuerdo en casa.
- Agrupar fotos y crear un álbum de recuerdos.
- Recuperar vídeos.
- Generar una caja de recuerdos del fallecido (fotos, pertenencias, etc.).
- Escribir una carta de despedida, dibujar una pintura, etc.

Como recomendación, desde la asociación OME-AEN se ha realizado un documento muy completo sobre sugerencias para el paciente en el proceso de duelo ⁵⁷.

RECOMENDACIONES A PROFESIONALES

Han sido muchas las publicaciones dirigidas al cuidado de los profesionales en la pandemia, de las cuales destacaré algunas además de adjuntar otras recomendaciones realizadas en España por diferentes entidades.

Recomendaciones generales de la organización panamericana de la salud-oms⁵⁸:

- 1** En el caso de los trabajadores de salud, sentirse bajo presión es una experiencia que usted y muchos de sus colegas probablemente estén viviendo; de hecho, es muy normal sentirse así en la situación actual. El estrés y los sentimientos que lo acompañan no son reflejo, de ninguna manera, de que usted no puede hacer su trabajo o de que sea débil. Atender su salud mental y su bienestar psicosocial en estos momentos es tan importante como cuidar su salud física.
- 2** Cuidese mucho en estos momentos. Pruebe y adopte estrategias útiles de respuesta, como descansar y hacer pausas durante el trabajo o entre turnos, alimentarse saludablemente y en cantidad suficiente, realizar actividad física, y mantenerse en contacto con la familia y los amigos. Trate de no adoptar estrategias de respuesta inadecuadas como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. A largo plazo, esto podría empeorar su bienestar mental y físico. Se trata de una situación única y sin precedentes para muchos trabajadores, en especial si nunca antes habían participado en respuestas similares. Las estrategias que en otras ocasiones le han ayudado a manejar el estrés pueden ser útiles también en este momento. Usted probablemente sepa cómo aliviar el estrés y no debe dudar en mantenerse psicológicamente bien. Esta no es una carrera de velocidad, es una maratón a largo plazo.

- 3 Es posible que algunos trabajadores de salud perciban que su familia o su comunidad no quieren tenerlos cerca debido al riesgo, al estigma o al temor. Esto puede contribuir a que una situación ya complicada resulte mucho más difícil. De ser posible, mantenga la comunicación con sus seres queridos; para lograrlo, pueden resultar útiles los medios digitales que ofrecen una buena manera de mantener el contacto. Recorra a sus colegas, al gerente de su establecimiento o a otras personas de confianza para recibir apoyo social, ya que es posible que sus colegas estén viviendo experiencias similares a la suya.
- 4 Utilice maneras adecuadas para intercambiar mensajes con las personas que tienen discapacidades intelectuales, cognitivas o psicosociales. Si usted es líder de un equipo o gerente en un establecimiento de salud, utilice formas de comunicarse que no dependan exclusivamente de la información escrita.
- 5 Sepa cómo brindar apoyo a las personas que se han visto afectadas por COVID-19 y cómo vincularlas con los recursos disponibles. Esto es especialmente importante para quienes requieran apoyo psicosocial y de salud mental. El estigma asociado con los problemas de salud mental podría causar cierta renuencia a buscar atención tanto por COVID-19 como por los trastornos de salud mental.

La crisis actual también va a poner a prueba la cohesión de los equipos sanitarios, por lo que también hay **recomendaciones básicas sobre el manejo del estrés en el equipo**¹⁷:

- Tómate un tiempo para reconocer tus **fortalezas**, tus habilidades que te ayudaron a enfrentar situaciones de estrés y busca estrategias acerca de cómo relajarte.
- Tomar conciencia de que sentir tensión no es lo mismo que estar desbordado emocionalmente. Nos exige una especial atención a las **necesidades de apoyo emocional** del personal sanitario.
- El personal sanitario ha de tratar de **cuidarse** a sí mismo, animar a su entorno a autocuidarse pues favorece la capacidad de cuidar más a los pacientes.
- Recordar la **motivación** que te ha llevado aquí: lo que significa para ti ser enfermera, médica, auxiliar, técnico, celador...

- Contribuye con tu actitud de colaboración y amabilidad, a que el **ambiente** sea de tranquilidad.
- **Comparte** tus sentimientos con el equipo cuando lo veas conveniente
- **No estés solo/a**. Otras personas alrededor, están experimentado sentimientos parecidos.
- Cuidar de **actividades básicas**: dormir suficientes horas, comer saludable y periodos de descanso.

Tal como se detalla en la **guía de apoyo psicosocial de la IASC**⁵⁹ existen estrategias de **autocuidado físico** para afrontar el estrés:

- Hacer ejercicio al menos tres veces a la semana o 30 minutos cada día.
- Durante la jornada de trabajo incluir pausas de tres minutos con alguna regularidad para respirar profundamente; tomando conciencia de cada respiración, del aire que se inhala y se exhala.
- Mantener tiempos de sueño (enmarcar conforme a sus horarios de trabajo, ya sea con siestas o con períodos de sueño entre dos turnos)
- Comer regularmente y dentro de lo posible que sean comidas sanas
- Beber suficiente agua
- Limitar el consumo de alcohol, café, té y tabaco.
- Practicar alguna técnica de relajación: relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, visualización, meditación, ejercicios de atención plena, mindfulness.

INICIATIVAS DESDE SALUD MENTAL PARA PROFESIONALES

Las iniciativas desde Salud Mental para reducir el daño psicológico de COVID-19 entre el personal médico y de enfermería son múltiples. Muchos servicios hospitalarios se han reconfigurado para ofrecer asistencia personal y telemática, mostrando disponibilidad e intentando posibilitar espacios terapéuticos. Médicos Sin Fronteras ha reunido los teléfonos de asistencia psicológica por Comunidades⁶⁰. Todo ello debe realizarse evitando la psiquiatrización y respetando los mecanismos de afrontamiento y defensa de cada uno.

A corto plazo estas intervenciones se centran en establecer una relación respetuosa y de apoyo, evaluar las necesidades críticas, normalizar las reacciones de estrés, rabia y dolor, apoyar pensamientos positivos sobre el futuro y enseñar técnicas basadas en la atención plena (mindfulness) para disminuir los niveles de estrés (respiración profunda, relajación muscular progresiva e imágenes guiadas).

Cabe recordar que el personal sanitario de primera línea que trabaja en el departamento de Enfermedades Respiratorias, Urgencias, UCI y Enfermedades Infecciosas parece tener dos veces más probabilidades de sufrir ansiedad y depresión que el personal no clínico con poca posibilidad de contacto con pacientes con neumonía por coronavirus⁶¹, por lo que hay que prestar especial atención a estos grupos específicos.

Métodos asociados a la tecnología: se han realizado intervenciones psicológicas en Sichuan mediante una encuesta en línea sobre el estado

de salud mental de médicos trabajadores, y todos los participantes recibirían alguna recomendación de acuerdo con sus puntajes de la encuesta⁶².

Por otro lado las videoconferencias y las intervenciones en Internet podrían ser muy útiles en la atención de la salud mental, y pueden ampliarse fácilmente para servir a regiones aisladas y personas en aislamiento⁶³.

¿Cómo lo han hecho en Wuhan?:

Los trabajadores de salud mental en Wuhan también tomaron medidas estableciendo equipos de intervención psicológica y brindando una gama de servicios psicológicos, que incluyen folletos psicológicos, asesoramiento y psicoterapia⁶⁴. Desde el Hospital de la Universidad de Wuhan y el Centro de Salud Mental de Wuhan han creado cuatro grupos de personal de atención médica:

- En primer lugar, un equipo de respuesta psicosocial (compuesto por gerentes y oficiales de prensa en los hospitales), que coordina las tareas de trabajo y publicidad del equipo de gestión.
- En segundo lugar, el equipo de soporte técnico de intervención psicológica (compuesto por psicólogos) es responsable de formular materiales y reglas de intervención psicológica, y de proporcionar orientación y supervisión técnica.
- En tercer lugar, un equipo médico de intervención psicológica, principalmente formado por psiquiatras, realiza intervención para trabajadores sanitarios y pacientes.
- Por último, los equipos de línea directa de asistencia psicológica (compuestos por voluntarios que han recibido capacitación en asistencia psicológica para hacer frente a la epidemia de Covid-19) brindan orientación telefónica para ayudar a lidiar con problemas de salud mental. Cientos de trabajadores médicos están recibiendo estas intervenciones, con buena respuesta, y su provisión se está expandiendo a más personas y hospitales.

El 27 de enero de 2020, la Comisión Nacional de Salud de China publicó una guía nacional de intervención en crisis psicológicas para la crisis de Covid-19⁶⁵.

En España, desde la **guía de apoyo psicosocial OME-AEN** se recomiendan una serie de iniciativas específicas con los profesionales de los equipos de atención¹⁷:

- En cada centro tener una consulta con teléfono de contacto directo con Salud Mental. central.
- Presencia del equipo de Salud Mental en reuniones de los equipos médicos y de enfermería.
- Apoyo a los equipos médicos y de enfermería, supervisores y salud laboral.
- Atención directa a los profesionales que de forma activa lo soliciten.
- Apoyar a los equipos en las áreas de mayor riesgo (Urgencias, UCIs y plantas con pacientes aislados) y en los momentos difíciles de su intervención (p.e. las entradas y salidas de la zona de alto riesgo).
- Establecer puntos de autocuidado emocional diarios de asistencia voluntaria con los equipos asistenciales, asegurando distancias de seguridad.

Sin embargo, es importante no olvidar que los servicios de salud mental basados en evidencia son preferibles, y será necesario evaluar la calidad de los mismos⁶⁶:

Se necesitan **tres elementos en futuras investigaciones psicosociales** sobre el impacto de las enfermedades infecciosas:

- Primero, necesitamos adoptar una perspectiva sistémica. Así como es importante apreciar y evaluar el impacto psicosocial de cualquier enfermedad infecciosa emergente o infección nosocomial en pacientes y trabajadores de la salud, es igualmente importante determinar los efectos psicológicos de la enfermedad en poblaciones a menudo invisibles, como miembros de la familia, personal no médico, profesionales médicos en la comunidad y el público en general. Esto permitirá una planificación más exhaustiva y equilibrada de los esfuerzos para aliviar dicha carga psicosocial o mitigar su aparición en el futuro.
- Segundo, debido a que el impacto psicológico puede persistir o evolucionar con el tiempo, se justifica la investigación prospectiva.

Los estudios longitudinales permitirán una evaluación de los determinantes importantes de la angustia psicológica, así como los efectos protectores de ciertas estrategias de afrontamiento, con una posible aplicación en la identificación temprana de casos que requieren más intervención.

- En tercer lugar, en esta era de la medicina basada en la evidencia, se deben evaluar los resultados de las intervenciones psicosociales. Esto incluye la evaluación de las intervenciones individuales y grupales y de otras medidas, como las sesiones educativas del personal, la educación pública y la comunicación receptiva de las nuevas actualizaciones de información. Una comprensión más clara de estos elementos beneficiosos o terapéuticos facilitará la implementación de respuestas estratégicas de salud mental para las personas en riesgo⁶⁷.

APÉNDICE: MATERIAL REALIZADO POR ENTIDADES Y HOSPITALES CON RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES

APOYANDO A PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ESTÁIS EN PRIMERA LÍNEA DE ATENCIÓN FRENTE AL CORONAVIRUS
Cómo cuidar de tu bienestar psicosocial en estos momentos

¿Sientes estrés y presión?
Sentir estrés es normal en una situación de crisis. Probablemente tú y tus compañeros y compañeras que estáis en primera línea de atención lo estáis sintiendo en estos momentos. Pueden llegar a sentir que no estás haciendo lo suficiente en el trabajo, que existe una alta demanda y presión hacia ti, porque además hay estresores adicionales, como por ejemplo, el seguimiento estricto de los procedimientos de actuación que son muy cambiantes en función de cómo evoluciona la situación.

El estrés y los sentimientos asociados de ninguna manera reflejan que no puedes hacer tu trabajo, o que eres débil. De hecho, el estrés puede tener cierta utilidad si está controlado, ya que ayuda a mantener la alerta y atención en tu trabajo y darte mayor sentido a tus esfuerzos.

Controlar el estrés y cuidar de tu bienestar psicosocial durante este tiempo es tan importante como cuidar de tu salud física.

¿Qué puedes hacer para afrontarlo y combatirlo?

- Cuida de tus necesidades básicas y de tu higiene incluso más que normalmente.
- Algunas estrategias de afrontamiento que te pueden ayudar son:
 - descansa las horas necesarias,
 - descanza entre turnos y respeta los descansos en el trabajo,
 - mantén una alimentación adecuada, suficiente y saludable,
 - realiza actividad física
- mantén el contacto con familiares y amigos/as, aunque sea vía digital. No te sientas aislado/a o excluido/a. Además, tus compañeros/as y responsables que viven lo mismo que tú pueden ayudarte a tener actividad y contacto social.
- Intenta evitar estrategias de afrontamiento tóxicas como el tabaco, el alcohol, etc. que van en contra de tu rendimiento y de tu bienestar a medio plazo.
- Aunque este sea un escenario sin precedentes, utiliza estrategias que te han ayudado en otros momentos de estrés en tu vida. Las estrategias pueden ser las mismas, aunque el escenario sea tan diferente.

Qué hago si el estrés empeora y me supera

Si la sensación de estrés empeora y te sientes desbordado/a únicamente, no sientas culpa por ello. Quizás notes cambios en tu forma de trabajar, en tu estado de ánimo. Puedes sentirte más irritable, desesperanzado, con más ansiedad, sentirte continuamente cansado/a, tener dificultad para relajarte durante el tiempo de descanso, o tener reacciones físicas innecesarias como dolor corporal o dolor de estómago. El estrés continuado puede afectar a tu bienestar.

Intenta seguir estrategias que te ayuden pero si te sientes desbordado/a por el estrés, busca ayuda con un compañero/a o con una persona que pueda ofrecerte el apoyo adecuado.

Fuente: Intervention "Supporting people working in the COVID-19 response". Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak. WHO, Geneva, 2020. IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
*Documento adaptado y traducido por profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Centro Colaborador de la OMS.

CÓMO CUIDAR DE TUS PROFESIONALES Y EQUIPOS ANTE EL BROTE DE CORONAVIRUS
Mensajes para gestores y responsables de equipos de salud

SI DESEMPEÑAS UNA LABOR DE COORDINACIÓN O ERES RESPONSABLE DE UN SERVICIO O EQUIPO DE SALUD TRATA DE MANTENER UN AMBIENTE DE TRABAJO LO MENOS ESTRESANTE POSIBLE. ESTO FACILITARÁ UNA MEJOR CAPACIDAD DE TRABAJO Y DE RESPUESTA PARA QUE EL EQUIPO DESEMPEÑE SU LABOR EN ESTA SITUACIÓN TAN EXTRAORDINARIA Y ESTRESANTE.

¿Cómo puedes ayudar a tu equipo?

Presta atención de forma regular a cómo se está sintiendo el equipo y apoya al personal buscando su bienestar y fomentando un ambiente que promueva que cualquier persona pueda expresar lo que está sintiendo (estrés, miedo, agotamiento, etc).

Es importante asegurarse de que Buje la comunicación adecuada, que la información es suficiente y de calidad, y de que todo el personal está actualizado en función de la información disponible. Esto ayudará a manejar la incertidumbre y a tener una mayor sensación de control.

Valora como garantizar el descanso y la recuperación de los profesionales y las profesionales de tu equipo para tratar de cuidar su bienestar físico y mental, y de cuidar el tiempo que necesitan para su autocuidado.

Permite a tu equipo expresar sus preocupaciones y hacer preguntas y fomenta el apoyo entre compañeros/as. Sin vulnerar la confidencialidad, presta especial atención a aquellos/as que puedan estar experimentando dificultades en su vida personal, o problemas de cualquier tipo (psicológicos, sociales, etc) ...

Informa a los profesionales y las profesionales sobre dónde acudir en caso de malestar psicológico o físico o de dificultades sociales.

CÓMO GESTORES/AS O RESPONSABLES DE EQUIPOS DE SALUD NOS ENFRENTAMOS A FACTORES ESTRESANTES SIMILARES A LOS DE NUESTROS EQUIPOS, A LO QUE SE SUMA UNA PRESIÓN ADICIONAL COMO CONSECUENCIA DE NUESTRAS FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD.

CONTROLA EL ESTRÉS, CUIDA DE TU BIENESTAR PSICOLÓGICO Y FÍSICO, Y SIGUE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE TE AYUDEN.

— CUIDATE PARA CUIDAR A TU EQUIPO —

Fuente: Intervention "Supporting people working in the COVID-19 response". Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak. WHO, Geneva, 2020. IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
*Documento adaptado y traducido por profesionales de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Centro Colaborador de la OMS.

EN SITUACIONES DE CRISIS COMO LA QUE VISIMOS AHORA, IGUAL QUE TE LAVAS LAS MANOS O TE PONES UNA MASCARILLA, PUESE REALIZAR **PEQUEÑOS GESTOS** PARA CUIDAR DE TU **SALUD EMOCIONAL**.

PREPÁRATE PARA AYUDAR

- Mantente **informado** de la situación cambiante.
- Ten en cuenta tu **propia salud**.
- Ten en cuenta que situaciones **personales familiares** pueden estar sumando más estrés.

MANEJAR EL ESTRÉS

- Piensa en lo que te ha ayudado a superar las dificultades en el pasado y en lo que puedes hacer para **mantenerte sano**.
- Intenta tomarte tiempo para comer, descansar, relajarte, aunque se trate de periodos breves.
- Intenta mantener un horario de trabajo razonable, de forma que no te agotes demasiado. Considera por ejemplo dividir el trabajo entre varios compañeros, trabajando por turnos durante la fase aguda de la crisis, y tomando periodos de descanso regulares.
- Reduce el **mínimo el consumo** de alcohol, cafeína y nicotina.
- Encuentra formas de **apoyarte mutuamente** con los compañeros.
- Habla con tus amigos, seres queridos y otras personas en las que confíes.

REPOSO Y REFLEXIÓN

- **Comparte** tu experiencia
- **Reconoce** la ayuda que has logrado proporcionar, incluido los pequeños gestos
- **Aprende** a aceptar y reflexionar sobre lo que has hecho bien, lo que no salió demasiado bien, y las limitaciones de lo que pudiste hacer dadas las circunstancias

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

RECOMENDACIONES A PROFESIONALES PARA AYUDAR A GESTIONAR SUS EMOCIONES ANTE EL COVID-19

C COMPRENDO

- **¡Soy MIEDO, ANSIEDAD, INQUIETUD, DUDA! ¡INCERTIDUMBRE!**, ante esta pandemia es **NORMAL**.
- **Soy más PERSONAL, no seré ni temerario que me imagino ser. ¡SINCRETISMO!** ¿quid?
- **¡ACEPTO!** todas las emociones que siento, no luto para que se vayan cuanto antes las cosas desagradables. **¡TODAS LAS EMOCIONES son necesarias!**

O OBSERVO

- **Me paro. ¡STOP!** Tomo conciencia de las sensaciones físicas que hay en mi cuerpo, de mis pensamientos, de mis emociones. **¡SINCRETISMO!** ¿quid?
- **Me permito CONECTAR** con todo ello, no huyo.
- **¡Dejo que PUNTA, Nada es PERMANENTE!** todo viene y va.

V VIVO

- **Controlo VIVENDO.**
- **¡Cuido mis COMIDAS!** Practico EJERCICIO en casa.
- **Realizo actividades AGRADECIDAS** (cuidados en mi día (lleve, comer, cantar, hacer fotos, cuidar plantas, ver películas, series...), (Editen miles de ejemplos)
- **Aprovecho el TIEMPO** que ahora puedo tener extra para iniciar o retomar actividades pendientes u olvidadas.

I INTERACTUO

- **Me apoyo en los/as compañeros/as.** Comparto emociones, pensamientos, dudas... **¡NO LUGO!**.
- **¡CUIDO mis relaciones sociales, familiares (Vecinos, videoamigos...)**

D DESCANSO

- **Mantengo unos hábitos adecuados del SUEÑO** o **HIGIENE** (duchar con atención plena, baños relajantes...)
- **¡PRACTICO relajación, mindfulness, yoga, pilates.** Visualizo situaciones **AGRADECIDAS** presentes o futuras.
- **¡VALORO** estar vivo. **AGRADECIDO** lo que tengo cada día.

¡PORQUE YO ME CUIDO EMOCIONALMENTE!

1 POR MÍ MISMO

9 POR LOS DEMÁS

Si algún momento sientes que necesitas apoyo emocional, como profesional de SES puedes solicitar acompañamiento emocional en saludmental@hupr.princedeasturias.es, todos los días, horarios, guarda de trabajo y teléfono de contacto.

PERSONAL SANITARIO PRECAUCIONES A CONSIDERAR EN SU DOMICILIO

En el momento que acude a su domicilio tras su trabajo en un centro sanitario deberá ser consciente de que puede suponer un riesgo para las personas que conviven con usted.

Deberá tener la precaución de procurar tener el **mínimo contacto** con:

- Personas con afecciones médicas crónicas como:
 - o Hipertensión arterial
 - o Enfermedades del corazón
 - o Diabetes
 - o Asma
 - o Enfermedades renales
 - o Embarazadas

Mientras dura esta epidemia se realizará **vigilancia activa** de la aparición de síntomas de infección respiratoria aguda como fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar.

En el caso de aparecer sintomatología de infección por COVID-19, acuda al Área especial de Urgencias. Si algún miembro de la casa presenta síntomas compatibles con la enfermedad realizar aislamiento según recomendaciones.

AL LLEGAR A CASA

- **¡No tocar nada!** Evitar el contacto con superficies que otros hayan tocado.
- **Quítate los zapatos.**
- **Deja botas, carteras, llaves y otros objetos al entrar.**
- **Lávate las manos con agua y jabón.** Se recomienda que el personal sanitario expuesto se duche en el momento que acude a su domicilio para favorecer la eliminación de posibles fómites.
- **Lava el móvil y las gafas con agua jabonosa abundante.**
- **Limpia con lejía las superficies de lo que hayas traído de fuera** antes de guardarlas (zapatos, ropa, etc.) en un sitio de seguridad.
- **La ropa personal, toallas y ropa de cama** no se lavan en un programa de lavado no inferior a 60°C.

RECOMENDACIONES GENERICAS

- **Evitar el contacto directo con personas enfermas.**
- **Higiene de manos frecuente** (lavado con agua y jabón o soluciones alcohólicas), especialmente después de contacto directo con personas enfermas o asintomáticas.
- **Al toser o estornudar, cubrirte la boca y la nariz con el codo flexionado.**
- **Usar guantes desechables y tirarlos tras su uso.**
- **Si se presentan síntomas respiratorios, evitar el contacto cercano** (menor de 1 metro) aproximadamente con personas enfermas o asintomáticas.
- **Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.** Evitar el contacto directo con personas enfermas o asintomáticas.

*Lejía al 5% (50 gr ClO2) Concentración más frecuente en lejía de uso doméstico.

Clinica Universidad de Navarra

SEDE MADRID: +34 91 353 19 20
SEDE PAMPLONA: +34 948 255 400

CONSEJOS PARA MEJORAR EL BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

- Cuidar las necesidades básicas**
El personal sanitario suele pensar que siempre hay que estar disponible para el otro y que sus necesidades son secundarias, sin pensar que no comer y no descansar producen agotamiento. Asegúrese de comer, beber y dormir regularmente. No hacerlo pone en riesgo su salud mental y física y también puede comprometer su capacidad para atender a los pacientes.
- Descansar**
Siempre que sea posible, permítase hacer algo no relacionado con el trabajo que encuentre reconfortante, divertido o relajante. Escuchar música, leer un libro o hablar con un amigo puede ayudar. Algunas personas pueden sentirse culpables si no están trabajando a tiempo completo o si se están tomando el tiempo para divertirse cuando otros están sufriendo. Entienda que tomar un descanso adecuado contribuye a una mejor atención a los pacientes.
- Planifique una rutina fuera del trabajo**
Trate de mantener los hábitos que permiten la medida de restricción. Como el cambio de hábitos es muy drástico, explore de forma creativa otras opciones que pueda hacer en aislamiento en casa: rutinas diarias de ejercicio, de cuidado físico, de lectura, llamar o videoconferencia a seres queridos.
- Mantener el contacto con compañeros**
Hable con sus compañeros y reciba apoyo mutuo. El aislamiento debido al distanciamiento puede producir miedo y ansiedad. Cuente su experiencia y escuche la de los demás.
- Respeto a las diferencias**
Algunas personas necesitan hablar mientras que otras necesitan estar solas. Reconozca y respete estas diferencias en salud, sus pacientes y sus compañeros.

Documento elaborado por el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Navarra, Marzo, 2020

CONSEJOS PARA MEJORAR EL BIENESTAR DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

- Compartir información constructiva**
Comuníquese con sus colegas de manera clara y abierta. Identifique errores o deficiencias de manera constructiva para corregirlos. Todos nos complementamos para corregirlos. No hacerlos pone en riesgo su salud mental y física y también puede comprometer su capacidad para atender a los pacientes.
- Estar en contacto con la familia y seres queridos**
Póngase en contacto con sus seres queridos, si es posible. Son su fuente fuera del sistema de salud. Comparte y mantén contacto con ellos. Comparte su frustración y sus soluciones. La resolución de problemas es una habilidad profesional que proporciona una sensación de logro incluso para pequeños incidentes.
- Manténgase actualizado**
Confíe en fuentes fiables de conocimiento. Manténgase informado de la situación, planes y eventos. Pero no deje de hacer actividades (lectura, juegos de mesa, películas, actividad física en la medida de lo posible) no relacionadas con todo lo que tenga que ver con la pandemia.
- Limite la exposición a los medios de comunicación**
Las imágenes gráficas y los mensajes preocupantes aumentan su estrés y pueden reducir su efectividad y bienestar general. Utilice mecanismos de protección psicológica permitiendo poner límites a las demandas que puedan surgir por grupos de WhatsApp y otros medios digitales sobre ofrecer información al respecto o consultas personales, tratando de preservar el tiempo de descanso para poder continuar esta carrera de fondo.
- Permitase pedir ayuda**
Reconocer signos de estrés, pedir ayuda y aprender a pedir ayuda son habilidades en un medio de regulación interna que favorece la estabilidad frente a una situación de estrés mantenido en el tiempo.
- Utilice la ventilación emocional**
La competencia profesional y la fortaleza no es incompatible con sentir confusión, inquietud, sensación de descontrol, miedo, culpa, impotencia, irritabilidad, inestabilidad, ansiedad, tristeza. Son precisamente las emociones las que nos hacen humanos. Comparte las emociones con alguien que nos transmita seguridad y coherencia ayuda a hacerlas más tolerables y poder regularlas.
- Reconocer al equipo asistencial**
Reconoce que a pesar de los obstáculos o las frustraciones, está cumpliendo una gran misión: cuidando a los más necesitados. Reconoce a sus colegas, ya sea formal o informalmente. Hay que recordar que todos los que en estas circunstancias están trabajando en hospitales, hacen lo que hacen, son los auténticos héroes de la población general.

Documento elaborado por el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Navarra, Marzo, 2020

Decálogo de recomendaciones para profesionales del ámbito sanitario para un afrontamiento psicológico eficaz ante el malestar generado por el brote de Coronavirus-Covid 19

Ante la situación actual derivada del brote de coronavirus en España, es fundamental la labor que están llevando a cabo los profesionales del ámbito sanitario. Profesionales que diariamente están trabajando con personas afectadas por su virus y otros que padecen estrés. Es probable que este contexto esté generando un aumento del estrés, tanto a nivel laboral por la situación de pacientes en su servicio, como en el ámbito personal ante la posibilidad de contagio y no saber afrontar adecuadamente la situación.

Por ello, el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, desde su Grupo de Trabajo de Urgencias y Emergencias, ha elaborado el presente decálogo de recomendaciones dirigido a los profesionales sanitarios, para contribuir al afrontamiento psicológico eficaz.

- PRESTA ATENCIÓN A TUS EMOCIONES**
Es normal que te sientas saturado, frustrado, aislado, enfadado, confuso... Estamos ante una situación novedosa en la que continuamente se está produciendo cambios que suponen tener que reorganizarnos. Es probable que ante todo esto, aparezcan variaciones en tu estado emocional.
- ADOPTA UNA VISIÓN AJUSTADA A LA REALIDAD**
No hay que ponerse en lo peor, pero tampoco minimizar el riesgo real al que puedes estar expuesto.
- EVITA CONDUCTAS DE RIESGO**
Sigue los protocolos de seguridad y los procedimientos técnicos establecidos por las autoridades sanitarias.
- CONFÍA EN TI**
Hay momentos en los que incluso tengas sentimientos de culpa. Si tienes pensamientos del tipo "no estoy haciendo lo suficiente" o "no lo estoy haciendo bien", te animo de deber puede degradar esta emoción haciéndote dudar cuando realmente estás haciendo todo lo que en tu mano.

Decálogo de recomendaciones para profesionales del ámbito sanitario para un afrontamiento psicológico eficaz ante el malestar generado por el brote de Coronavirus-Covid 19

- NO NEGUES EL IMPACTO QUE ESTA SITUACIÓN PUEDE OCASIONARTE**
Ten en cuenta tus emociones e interpretálas adecuadamente para saber hasta dónde puedes llegar.
- IDENTIFICA TUS RESPUESTAS**
Es importante que valores si estás afrontando un momento vital estimando que puedes intervenir en el desarrollo eficaz de tu tarea. **Conocer** tus respuestas habituales ante el estrés, y tu nivel de tolerancia, te ayudará a ponerte en marcha estrategias con las que poder afrontar.
- EXPRESA TUS EMOCIONES**
Siempre que te necesites, permítete expresar tus emociones y hablar sobre lo que está pasando, evitando siempre informaciones alarmistas a tu entorno. Nunca ayuda y puede ayudar, resulta adecuado como preparar la sensación de pánico. Siempre en positivo! Busca apoyo y trata de encontrar espacios de comunicación con otros compañeros.
- ADOPTA UNA VISIÓN AJUSTADA A LA REALIDAD**
No hay que ponerse en lo peor, pero tampoco minimizar el riesgo real al que puedes estar expuesto.
- EVITA CONDUCTAS DE RIESGO**
Sigue los protocolos de seguridad y los procedimientos técnicos establecidos por las autoridades sanitarias.
- CONFÍA EN TI**
Hay momentos en los que incluso tengas sentimientos de culpa. Si tienes pensamientos del tipo "no estoy haciendo lo suficiente" o "no lo estoy haciendo bien", te animo de deber puede degradar esta emoción haciéndote dudar cuando realmente estás haciendo todo lo que en tu mano.

*Y no olvidas que...
Somos humanos y, por tanto, nos podemos ver afectados emocionalmente de la misma manera que el resto de personas.*

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

BIBLIOGRAFÍA:

1. Coronavirus: China's first confirmed Covid-19 case traced back to November 17 | South China Morning Post. <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3074991/coronavirus-chinas-first-confirmed-covid-19-case-traced-back>.
2. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020;395(10223):514-523. doi:10.1016/S0140-6736(20)30154-9
3. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
4. Benito Ruiz A. Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares. 2009.
5. Peng EYC, Lee MB, Tsai ST, et al. Population-based post-crisis psychological distress: An example from the SARS outbreak in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2010;109(7):524-532. doi:10.1016/S0929-6646(10)60087-3
6. Yip PSF, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010;31(2):86-92. doi:10.1027/0227-5910/a000015
7. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004;185(AUG.):127-133. doi:10.1192/bjp.185.2.127
8. Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. *The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk NIH Public Access*. Vol 54.; 2009.
9. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(12):1924-1932. doi:10.3201/eid1212.060584
10. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018;87:123-127. doi:10.1016/j.comppsy.2018.10.003
11. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. 2020;3(3):1-12. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
12. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak - The Lancet Psychiatry. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30077-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30077-8/fulltext).
13. Liu S, Yang L, Zhang C, et al. Correspondence Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-e18. doi:10.1016/S2215-0366(20)30077-8
14. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clin Med Res*. 2016;14(1):7-14. doi:10.3121/cmr.2016.1303
15. Lu W, Wang H, Lin Y, et al. Highlights : 2020. doi:10.1016/j.psychres.2020.112936
16. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M. The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Heal*. 2020. doi:10.1016/S2468-2667(20)30060-8
17. Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus – OME-AEN. <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>.
18. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995;71(6):1263-1269. doi:10.1038/bjc.1995.244
19. Tang C, Liu C, Fang P, Xiang Y, Min R. Work-related accumulated fatigue among doctors in tertiary hospitals: A cross-sectional survey in six provinces of China. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(17). doi:10.3390/ijerph16173049
20. Xiang Y, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-229. doi:10.1016/S2215-0366(20)30046-8
21. Qureshi K, Gershon RRM, Sherman MF, et al. Health Care Workers' Ability and Willingness to Report to Duty During Catastrophic Disasters. *J Urban Heal Bull New York Acad Med*. 2005;82(3). doi:10.1093/jurban/jti086
22. Coronavirus. Guía psicológica para su afrontamiento. - Psicólogos Valencia. <https://www.psicologosparavalencia.es/coronavirus-guia-psicologica-para-su-afrontamiento/>.
23. Taylor S. *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*; 2019.
24. Covid- LAEDEL. Resiliencia del personal de atención durante la emergencia del COVID 19 ¿ Cuáles son los principales riesgos psicológicos del trabajo en emergencias ? Fatiga de compasión y agotamiento físico. 2020;(2007):1-8.
25. Sinclair HAH, Hamill C. Does vicarious traumatisation affect oncology nurses? A literature review. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;11(4):348-356. doi:10.1016/j.ejon.2007.02.007
26. Creighton G, Oliffe JL, Ferlatte O, Botorff J, Broom A, Jenkins EK. Photovoice Ethics: Critical Reflections From Men's Mental Health Research. *Qual Health Res*. 2018;28(3):446-455. doi:10.1177/1049732317729137
27. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med*. 2020;3(1):3-8. doi:10.1093/pcmedi/pbaa006
28. Zhou Y, Liang Y, Tong H, Liu Z. Patterns of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among women after an earthquake: A latent profile analysis. *Asian J Psychiatr*. 2019;(August 2019):101834. doi:10.1016/j.ajp.2019.10.014
29. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord*. 2020;70. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102196
30. Kosic A, Lindholm P, Järholm K, Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E. Three decades of increase in health anxiety_ Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *J Anxiety Disord*. 2020;71:102208. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102208
31. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord*. 2020;71. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102211
32. Montero-Marín J, García-Campayo J. *A Newer and Broader Definition of Burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)";* 2010. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/302>.
33. Bährer-Köhler S. Burnout for experts: Prevention in the context of living and working. 2012. https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=jJ8-SCS0NhEC&oi=fnd&pg=PR5&ots=iPhHBuV_9f&sig=tLK1QvLrBudpD5Uz8mdc48tUMPM.
34. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-111. doi:10.1002/wps.20311
35. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
36. Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.

tb00706.x

37. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Support Care Cancer*. 2009;17(1):75-81. doi:10.1007/s00520-008-0465-6
38. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. [Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid]. *Aten primaria*. 2003;31(9):564-571. doi:10.1016/S0212-6567(03)79217-8
39. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
40. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al. High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):686-692. doi:10.1164/rccm.200608-1184OC
41. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol*. 2013;13:38. doi:10.1186/1471-2253-13-38
42. Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM, et al. An official American thoracic society clinical policy statement: Palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177(8):912-927. doi:10.1164/rccm.200605-587ST
43. Schwarzkopf D, Rüdell H, Thomas-Rüdell DO, et al. Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to Leave the Job among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians. *Crit Care Med*. 2017;45(3):e265-e273. doi:10.1097/CCM.0000000000002081
44. Schwarzkopf D, Pausch C, Kortgen A, Guenther A, Reinhart K, Hartog CS. Quality improvement of end-of-life decision-making and communication in the ICU : Effect on clinicians' burnout and relatives' distress. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. November 2019. doi:10.1007/s00063-019-00632-8
45. Flannery L, Ramjan LM, Peters K. End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. *Aust Crit Care*. 2016;29(2):97-103. doi:10.1016/j.aucc.2015.07.004
46. Chen C-S, Wu H-Y, Yang P, Yen C-F. Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS. *Psychiatr Serv*. 2005;56(1):76-79. doi:10.1176/appi.ps.56.1.76
47. Chan AOM, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. 2004;54(3):190-196. doi:10.1093/occmed/kqh027
48. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*. 2008;64(2):177-183. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.07.015
49. Levin J. Mental Health Care for Survivors and Healthcare Workers in the Aftermath of an Outbreak. In: *Psychiatry of Pandemics*. Springer International Publishing; 2019:127-141. doi:10.1007/978-3-030-15346-5_11
50. Amazon.com: Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak eBook: Huremović, Damir: Kindle Store. <https://www.amazon.com/Psychiatry-Pandemics-Response-Infection-Outbreak-ebook/dp/B0754HTJBH>.
51. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-319. doi:10.1016/S0140-6736(03)15392-5
52. [COMMUNICATION WITH TERMINALLY ILL PATIENT]. - PubMed - NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121886>.

pubmed/26121886.

53. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302
54. Adherencia al tratamiento del duelo patológico | Nº: 62 / 63 | Abril-Mayo-Junio-Julio-Agosto-Septiembre-2002 2002 | Editorial Médica. Artículos y contenidos en español sobre Psiquiatría, Psicología. Revista Cuadernos de Psicología y psiquiatría de enlace. http://www.editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=116&t=cuadernos&y=2002&m=Abril-Mayo-Junio-Julio-Agosto-Septiembre-2002&num=62/63.
55. Domingo VV. *Pathological Grief Risk and Protection Factors*.
56. guía el abordaje no presencial las consecuencias psicologicas brote epidemico covid19 la poblacion general. <https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1484/guia-el-abordaje-no-presencial-las-consecuencias-psicologicas-brote-epidemico-covid19-la-poblacion-general>.
57. APOYO AL DUELO. Durante esta epidemia de coronavirus – OME-AEN. <https://ome-aen.org/apoyo-al-duelo-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>.
58. (No Title). <http://www.cop.es/uploads/PDF/PSICOSOCIALES-SALUD-MENTAL-CORONAVIRUS-OMS.pdf>.
59. Mhps I, Group R. Adaptación al contexto español de la nota informativa sobre la atención a la salud mental y los aspectos psicosociales relacionados con la. 2020;(Feb).
60. CONTACTOS ATENCIÓN PSICOSOCIAL COVID-19 PARA INDIVIDUOS REFERENCIA CV014 FECHA 01/04/2020 REVISADO PSU VERSION Final. <https://www.copmadrid.org/web/ciudadanos/alta->.
61. Jiang X, Deng L, Zhu Y, et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Res*. 2020;286(Febuary):112903. doi:10.1016/j.psychres.2020.112903
62. Zhou X. Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*. 2020;286(Febuary):112895. doi:10.1016/j.psychres.2020.112895
63. Wind TR, Rijkeboer M, Andersson G. na of. *Internet Interv*. 2020:100317. doi:10.1016/j.invent.2020.100317
64. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Brain , Behavior , and Immunity Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak : A cross-sectional study. 2020;(March):1-7. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028
65. Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. doi:10.1016/S2215-0366(20)30047-X
66. Aarons GA, Glisson C, Green PD, Hoagwood K, Kelleher KJ, Landsverk JA. *The Organizational Social Context of Mental Health Services and Clinician Attitudes toward Evidence-Based Practice: A United States National Study*; 2012. <http://www.implementationscience.com/content/7/1/56>.
67. Sim K, Chua HC. The psychological impact of SARS: A matter of heart and mind. *CMAJ*. 2004;170(5):811-812. doi:10.1503/cmaj.1032003

FICHAS TÉCNICAS:

ROCOZ PROLONG comprimidos de liberación prolongada EFG. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Rocoz Prolong 50 mg contiene 50 mg de quetiapina (como fumarato de quetiapina). Rocoz Prolong 150 mg contiene 150 mg de quetiapina (como fumarato de quetiapina). Rocoz Prolong 200 mg contiene 200 mg de quetiapina (como fumarato de quetiapina). Rocoz Prolong 300 mg contiene 300 mg de quetiapina (como fumarato de quetiapina). Rocoz Prolong 400 mg contiene 400 mg de quetiapina (como fumarato de quetiapina). **Excipiente con efecto conocido:** Rocoz Prolong 50 mg contiene 14,210 mg de lactosa (anhidra) por comprimido. Rocoz Prolong 150 mg contiene 42,630 mg de lactosa (anhidra) por comprimido. Rocoz Prolong 200 mg contiene 56,540 mg de lactosa (anhidra) por comprimido. Rocoz Prolong 300 mg contiene 85,260 mg de lactosa (anhidra) por comprimido. Rocoz Prolong 400 mg contiene 113,680 mg de lactosa (anhidra) por comprimido. **FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido de liberación prolongada. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Quetiapina está indicado para: el tratamiento de la esquizofrenia; el tratamiento del trastorno bipolar. Para el tratamiento de los episodios maniacos de moderados a graves en el trastorno bipolar. Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar. Para la prevención de la recurrencia de episodios maniacos o depresivos en pacientes con trastorno bipolar que previamente han respondido al tratamiento con quetiapina. El tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta óptima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia. **Posología y forma de administración.** Se debe asegurar que los pacientes reciban una clara información sobre la dosificación adecuada para su enfermedad. Quetiapina de liberación prolongada se debe administrar una vez al día, sin alimentos. Los comprimidos deben tragarse enteros, sin partirse, masticarse o triturarse. **Adultos. Para el tratamiento de la esquizofrenia y de los episodios maniacos de moderados a graves en el trastorno bipolar.** Quetiapina se debe administrar al menos una hora antes de una comida. La dosis diaria al comienzo del tratamiento es de 300 mg en el Día 1 y 600 mg en el Día 2. La dosis diaria recomendada es de 600 mg, no obstante, si está justificado clínicamente se puede aumentar la dosis hasta 800 mg al día. No es necesario un ajuste de la dosis para el tratamiento de mantenimiento en la esquizofrenia. **Para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar.** Quetiapina se debe administrar al acostarse. La dosis diaria total durante los cuatro primeros días de tratamiento es 50 mg (Día 1), 100 mg (Día 2), 200 mg (Día 3) y 300 mg (Día 4). La dosis diaria recomendada es de 300 mg. Las dosis superiores a 300 mg deben ser iniciadas por médicos con experiencia en el tratamiento del trastorno bipolar. En caso de problemas de tolerancia, los ensayos clínicos han indicado que se puede considerar una reducción de la dosis hasta un mínimo de 200 mg. **Para la prevención de la recurrencia en el trastorno bipolar.** Quetiapina debe ser administrada al acostarse. La dosis de Quetiapina puede ser ajustada dependiendo de la respuesta clínica y tolerabilidad dentro del rango de dosis de 300 mg a 800 mg/día. Es importante que para el tratamiento de mantenimiento se utilice la dosis efectiva más baja. **Para el tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en el TDM.** Quetiapina se debe administrar antes de la hora de acostarse. La dosis diaria al inicio del tratamiento es de 50 mg en los Días 1 y 2, y 150 mg en los Días 3 y 4. Se observó efecto antidepresivo con 150 y 300 mg/día como tratamiento adicional (con amitriptilina, bupropion, citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina y venlafaxina y con 50 mg/día en los ensayos a corto plazo en monoterapia. A dosis más altas, existe un aumento del riesgo de acontecimientos adversos. Los médicos deben, por tanto, asegurar que se utiliza para el tratamiento la dosis efectiva más baja, comenzando con 50 mg/día. La necesidad de aumentar la dosis de 150 a 300 mg/día debe basarse en la evaluación de cada paciente. **Cambio de tratamiento desde Quetiapina comprimidos de liberación inmediata.** Para conseguir una pauta posológica más cómoda, los pacientes que están siendo tratados en la actualidad con dosis divididas de los comprimidos de liberación inmediata de Quetiapina, pueden pasar a ser tratados con Quetiapina de liberación prolongada a la dosis diaria total equivalente administrada una vez al día. Pueden requerirse ajustes individuales de la dosis. **Pacientes de edad avanzada.** Como con otros antipsicóticos y antidepresivos, Quetiapina se debe emplear con precaución en personas de edad avanzada, especialmente durante el período inicial de tratamiento. La velocidad de ajuste de la dosis de Quetiapina puede necesitar ser más lenta, y la dosis terapéutica diaria menor que la empleada en pacientes más jóvenes. El aclaramiento plasmático medio de quetiapina se redujo en un 30% a un 50% en pacientes de edad avanzada en comparación con pacientes más jóvenes. Los pacientes de edad avanzada deben comenzar con 50 mg/día. Se puede aumentar la dosis en incrementos de 50 mg/día hasta una dosis eficaz, dependiendo de la respuesta clínica y de la tolerabilidad de cada paciente. En los pacientes de edad avanzada con episodios depresivos mayores en el TDM, la dosificación debe comenzar con 50 mg/día en los Días 1-3, aumentando a 100 mg/día en el Día 4 y a 150 mg/día en el Día 8. Debe utilizarse la dosis efectiva más baja, comenzando desde 50 mg/día. Si tras la evaluación individualizada del paciente es necesario aumentar la dosis a 300 mg/día, no debería efectuarse antes del Día 22 de tratamiento. No se ha evaluado la eficacia y seguridad en pacientes mayores de 65 años con episodios depresivos en el marco del trastorno bipolar. **Población pediátrica.** Quetiapina no se debe utilizar en niños ni adolescentes menores de 18 años de edad. **Insuficiencia renal.** No se requiere ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia renal. **Insuficiencia hepática.** Quetiapina se metaboliza ampliamente en el hígado. Por tanto, Quetiapina se debe utilizar con precaución en pacientes con insuficiencia hepática conocida, especialmente durante el período inicial de tratamiento. Los pacientes con insuficiencia hepática deben iniciar el tratamiento con 50 mg/día. Se puede aumentar la dosis en incrementos de 50 mg/día hasta una dosis eficaz, dependiendo de la respuesta clínica y de la tolerabilidad de cada paciente. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes de este medicamento. Está contraindicada la administración concomitante de inhibidores del citocromo P450 3A4, tales como inhibidores de las proteasas del VIH, agentes antifúngicos de tipo azol, eritromicina, claritromicina y nefazodona. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** No se ha evaluado la eficacia y seguridad a largo plazo como tratamiento adicional en pacientes con TDM, sin embargo, se ha evaluado la eficacia y seguridad en monoterapia a largo plazo en pacientes adultos. **Población pediátrica.** Quetiapina no está recomendada para el uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad, **Suicidio/pensamientos de suicidio o empeoramiento clínico.** La depresión se asocia a un aumento del riesgo de pensamientos de suicidio, autolesiones y suicidio (acontecimientos relacionados con el suicidio). Este riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Puesto que la mejoría podría no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, se debe controlar estrechamente a los pacientes hasta que se produzca tal mejoría. Es común en la práctica clínica que el riesgo de suicidio pueda aumentar en las fases iniciales de la recuperación. Además, los médicos deben considerar el posible riesgo de acontecimientos relacionados con el suicidio tras la suspensión brusca del tratamiento con quetiapina, debido a los conocidos factores de riesgo para la enfermedad en tratamiento. Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe quetiapina pueden también estar asociadas con un aumento del riesgo de acontecimientos relacionados con el suicidio. Además, estas enfermedades pueden ser comórbidas con los episodios depresivos mayores. Por tanto, las mismas precauciones que se toman cuando se trata a pacientes con episodios depresivos mayores deben tomarse cuando se trate a pacientes con otras enfermedades psiquiátricas. Se sabe que los pacientes con antecedentes de acontecimientos relacionados con el suicidio, o los que presentan un grado significativo de ideación suicida antes del comienzo del tratamiento tienen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, por lo que se deben controlar cuidadosamente durante el tratamiento. El tratamiento farmacológico se debe acompañar de una estrecha supervisión de los pacientes y, en particular de los de alto riesgo, especialmente al inicio del tratamiento y en cambios posteriores de dosis. Los pacientes (y los cuidadores de los pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de vigilar cualquier empeoramiento clínico, comportamientos o pensamientos suicidas y cambios inusuales en el comportamiento y buscar inmediatamente asesoramiento médico si se presentan estos síntomas. **Riesgo metabólico.** Dado el riesgo observado de empeoramiento en su perfil metabólico, incluyendo cambios en el peso, glucosa en sangre (ver hiperglucemia) y lípidos, lo cual fue observado en estudios clínicos, los parámetros metabólicos de los pacientes se deben evaluar en el momento de inicio del tratamiento, y los cambios en estos parámetros se deben controlar regularmente durante el transcurso del tratamiento. Un empeoramiento de estos parámetros, se debe controlar de una forma clínicamente apropiada. **Síntomas extrapiramidales.** En ensayos clínicos controlados con placebo en pacientes adultos, quetiapina se asoció con un aumento en la incidencia de síntomas extrapiramidales (SEP) en comparación con placebo en pacientes tratados por episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor. El uso de quetiapina se ha asociado con el desarrollo de acatisia, caracterizada por una inquietud subjetivamente desagradable o angustiosa y la necesidad de moverse a menudo acompañada por una incapacidad para sentarse o quedarse quieto. Esto es más probable que ocurra en las primeras semanas de tratamiento. En pacientes que desarrollan estos síntomas, un aumento de la dosis puede ser perjudicial. **Discinesia tardía.** Si aparecen signos y síntomas de discinesia tardía, se debe considerar la reducción de la dosis o la interrupción del tratamiento con quetiapina. Los síntomas de discinesia tardía pueden empeorar o incluso aparecer tras la interrupción del tratamiento. **Somnolencia y mareo.** El tratamiento con quetiapina se ha asociado con somnolencia y síntomas relacionados, tales como sedación. En ensayos clínicos para el tratamiento de pacientes con depresión bipolar y trastorno depresivo mayor, su comienzo tuvo lugar por lo general en los 3 primeros días de tratamiento y fue predominantemente de intensidad de leve a moderada. Los pacientes que experimenten somnolencia de intensidad fuerte podrían requerir un contacto más frecuente durante un mínimo de 2 semanas desde el comienzo de la somnolencia, o hasta que mejoren los síntomas y podría ser necesario que se considerara la interrupción del tratamiento. **Hipotensión ortostática.** El tratamiento con quetiapina se ha relacionado

con hipotensión ortostática y mareo asociado que, como la somnolencia, tiene comienzo normalmente durante el período inicial de ajuste de la dosis. Esto podría aumentar la aparición de lesiones accidentales (caídas), especialmente en los pacientes de edad avanzada. Por lo tanto, se debe advertir a los pacientes de que actúen con precaución hasta que se familiaricen con los posibles efectos de la medicación. Quetiapina se debe utilizar con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, enfermedad cerebrovascular u otras condiciones que predispongan a la hipotensión. Se debe considerar una reducción de la dosis o un ajuste de dosis más gradual si se produce hipotensión ortostática, especialmente en pacientes con enfermedad cardiovascular subyacente. **Síndrome de apnea del sueño.** Se ha comunicado síndrome de apnea del sueño en pacientes que utilizan quetiapina. Quetiapina debe utilizarse con precaución en pacientes que reciben de forma concomitante depresores del sistema nervioso central y que tienen antecedentes o riesgo de apnea del sueño, como aquellos con sobrepeso/obesos o que son varones. **Convulsiones.** En ensayos clínicos controlados, no existió diferencia en la incidencia de convulsiones en pacientes tratados con quetiapina o con placebo. No se dispone de datos sobre la incidencia de convulsiones en pacientes con antecedentes de trastorno convulsivo. Como con otros antipsicóticos, se recomienda precaución cuando se traten pacientes con antecedentes de convulsiones. **Síndrome neuroléptico maligno.** El síndrome neuroléptico maligno se ha asociado al tratamiento con antipsicóticos, incluyendo quetiapina. Las manifestaciones clínicas incluyen hipertermia, estado mental alterado, rigidez muscular, inestabilidad autonómica y aumento de creatina-fosfofosfocinasa. En tal caso, se debe interrumpir el tratamiento con quetiapina y se debe proporcionar el tratamiento médico apropiado. **Neutropenia grave y agranulocitosis.** En los ensayos clínicos con quetiapina se ha notificado neutropenia grave (recuento de neutrófilos <0,5 x 10⁹/L). La mayoría de los casos de neutropenia grave han tenido lugar en los dos primeros meses tras el comienzo del tratamiento con quetiapina. No hubo una relación evidente con la dosis. Durante la experiencia de post-comercialización algunos casos fueron mortales. Los posibles factores de riesgo para la neutropenia incluyen un recuento bajo preexistente de glóbulos blancos (RGB) en sangre y antecedentes de neutropenia inducida por medicamentos. Sin embargo, algunos casos ocurrieron en pacientes sin factores de riesgo pre-existentes. Se debe interrumpir la administración de quetiapina en pacientes con un recuento de neutrófilos <1,0 x 10⁹/L. Se debe observar a los pacientes en cuanto a la aparición de signos y síntomas de infección y se debe realizar un seguimiento de los recuentos de neutrófilos (hasta que superen 1,5 x 10⁹/L). Se debe considerar la posibilidad de neutropenia en pacientes que presenten infección o fiebre, particularmente en ausencia de factor(es) de predisposición obvios, y se debe controlar de manera clínicamente apropiada. Se debe advertir a los pacientes de que informen inmediatamente sobre la aparición de signos/síntomas consistentes con agranulocitosis o infección (por ejemplo, fiebre, debilidad, letargo, o dolor de garganta), en cualquier momento durante el tratamiento con Quetiapina. Estos pacientes deben tener un RGB y conseguir un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) de inmediato, especialmente en ausencia de factores de predisposición. **Efectos anticolinérgicos (muscarínicos).** Norquetiapina, un metabolito de quetiapina, tiene afinidad, de moderada a alta, a varios subtipos de receptores muscarínicos. Esto contribuye a RAs que reflejan efectos anticolinérgicos cuando se utiliza quetiapina a las dosis recomendadas, cuando se utiliza de forma concomitante con otros medicamentos que presentan efectos anticolinérgicos y en casos de sobredosis. Quetiapina debe utilizarse con precaución en pacientes en tratamiento con medicamentos que presentan efectos anticolinérgicos (muscarínicos). Quetiapina debe utilizarse con precaución en pacientes con diagnóstico actual o con antecedentes de retención urinaria, hipertrofia prostática clínicamente significativa, obstrucción intestinal o condiciones relacionadas, presión intraocular elevada o glaucoma de ángulo estrecho. **Interacciones.** La utilización concomitante de quetiapina con un inductor potente de enzimas hepáticas, tal como carbamazepina o fenitoína, disminuye sustancialmente las concentraciones plasmáticas de quetiapina, lo que puede afectar a la eficacia del tratamiento con quetiapina. En pacientes que están siendo tratados con un inductor de enzimas hepáticas, el tratamiento con quetiapina se debe iniciar solamente si el médico considera que los beneficios de quetiapina superan los riesgos de retirar el inductor de enzimas hepáticas. Es importante que todo cambio en el inductor sea gradual, y si se requiere, sea reemplazado por un no inductor (por ejemplo, valproato de sodio). **Peso.** Se ha notificado aumento de peso en pacientes que han sido tratados con quetiapina, y deben ser supervisados realizándose un control clínico adecuado de acuerdo con las guías para el uso de antipsicóticos. **Hiperglucemia.** Raramente se ha notificado hiperglucemia y/o desarrollo o exacerbación de diabetes ocasionalmente asociada con cetoadicidosis o coma, incluyendo algunos casos mortales. En algunos casos, se ha notificado un aumento previo del peso corporal que puede ser un factor predisponente. Se aconseja un control clínico adecuado de acuerdo con las guías para el uso de antipsicóticos. En pacientes tratados con cualquier agente antipsicótico, incluida la quetiapina, se deben observar los signos y síntomas de hiperglucemia, (tales como polidipsia, poliuria, polifagia y debilidad); en los pacientes con diabetes mellitus o con factores de riesgo para la diabetes mellitus se debe controlar regularmente el empeoramiento del control de glucosa. Se debe controlar regularmente el peso. **Lípidos.** Se han observado aumentos de triglicéridos, colesterol LDL y total, y disminución de colesterol HDL en ensayos clínicos con quetiapina. Se deben controlar los cambios de lípidos de una manera clínicamente apropiada. **Prolongación del QT.** En los ensayos clínicos y cuando se utiliza de acuerdo con la información incluida en la Ficha Técnica, quetiapina no se asoció a un aumento persistente en los intervalos absolutos de QT. Tras la comercialización, se notificó prolongación del QT con quetiapina a dosis terapéuticas y en caso de sobredosis. Como con otros antipsicóticos, se debe tener precaución cuando se prescriba quetiapina a pacientes con enfermedad cardiovascular y con antecedentes familiares de prolongación del QT. También se debe tener precaución como se prescriba quetiapina con medicamentos, que se sabe, aumentan el intervalo QT o con neurolépticos de forma concomitante, especialmente en pacientes de edad avanzada, en pacientes con síndrome congénito de QT largo, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia cardíaca, hipopotasemia o hipomagnesemia. **Cardiomiopatía y miocarditis.** Se han notificado cardiomiopatía y miocarditis en ensayos clínicos y durante la experiencia post-comercialización, aunque no se ha establecido una relación causal. El tratamiento con quetiapina se debe reevaluar en pacientes con sospecha de cardiomiopatía o miocarditis. **Retirada.** Tras la interrupción brusca del tratamiento con quetiapina, se han descrito síntomas de retirada agudos tales como insomnio, náuseas, cefalea, diarrea, vómitos, mareo e irritabilidad. Se aconseja una retirada gradual del tratamiento durante un período de al menos una a dos semanas. **Pacientes de edad avanzada con psicosis relacionada con demencia.** Quetiapina no está aprobada para el tratamiento de la psicosis relacionada con demencia. Con algunos antipsicóticos atípicos, en ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo realizados en población de pacientes con demencia, se ha observado un aumento de aproximadamente 3 veces en el riesgo de aparición de acontecimientos adversos cerebrovasculares. Se desconoce el mecanismo para este aumento del riesgo. No se puede excluir un aumento del riesgo para otros antipsicóticos o para otras poblaciones de pacientes. Quetiapina se debe utilizar con precaución en pacientes con factores de riesgo de accidente cerebrovascular. En un meta-análisis de antipsicóticos atípicos, se ha notificado que los pacientes de edad avanzada con psicosis relacionada con demencia presentan un mayor riesgo de muerte en comparación con placebo. En dos estudios con quetiapina controlados con placebo de 10 semanas de duración en la misma población de pacientes (n=710; edad media: 83 años; intervalo: 56-99 años) la incidencia de mortalidad en pacientes tratados con quetiapina fue del 5,5% frente al 3,2% en el grupo de placebo. Los pacientes de estos ensayos fallecieron debido a diferentes causas acordes con las expectativas para esta población. **Pacientes de edad avanzada con enfermedad de Parkinson (EP)/parkinsonismo.** Un estudio de población retrospectivo de quetiapina en el tratamiento de pacientes con TDM, mostró un aumento del riesgo de muerte durante el uso de quetiapina en pacientes de edad >65 años. Esta asociación no se presentó cuando los pacientes con EP se excluyeron del análisis. Se debe tener precaución si se prescribe quetiapina a pacientes de edad avanzada con EP. **Disfagia.** Se ha notificado disfagia con quetiapina. Se debe utilizar quetiapina con precaución en pacientes con riesgo de neumonía por aspiración. **Estreñimiento y obstrucción intestinal.** El estreñimiento representa un factor de riesgo de obstrucción intestinal. Ha habido notificaciones de estreñimiento y obstrucción intestinal con quetiapina. Esto incluye informes mortales en pacientes que tienen un alto riesgo de obstrucción intestinal, incluyendo aquellos que reciben múltiples tratamientos concomitantes que disminuyen la motilidad intestinal y/o pueden no presentar síntomas de estreñimiento. Los pacientes con obstrucción intestinal/ileo se deben controlar con una monitorización estrecha y atención de urgencia. **Tromboembolismo venoso (TEV).** Se han notificado casos de tromboembolismo venoso (TEV) con medicamentos antipsicóticos. Ya que los pacientes tratados con antipsicóticos a menudo presentan factores de riesgo adquiridos de TEV, se deben identificar todos los posibles factores de riesgo de TEV antes y durante el tratamiento con quetiapina y llevar a cabo las medidas preventivas. **Pancreatitis.** Se ha notificado pancreatitis en ensayos clínicos y durante la experiencia postcomercialización. Entre los informes posteriores a la comercialización, aunque no en todos los casos los pacientes presentaban factores de riesgo, muchos de ellos tenían factores que se sabe están asociados con pancreatitis tales como aumento de triglicéridos, cálculos biliares, y consumo de alcohol. **Información adicional.** Los datos de quetiapina en combinación con valproato de semisodio o litio en los episodios maniacos agudos moderados a graves son limitados; sin embargo, el tratamiento en combinación fue bien tolerado. Los datos mostraron un efecto aditivo en la semana 3. **Lactosa.** Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Uso indebido y abuso.** Se ha notificado casos de uso indebido y abuso. Se debe tener precaución cuando se prescriba quetiapina a pacientes con antecedentes de abuso de alcohol o drogas. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Teniendo en cuenta los efectos principales de quetiapina sobre el sistema nervioso central, quetiapina se debe utilizar con precaución en combinación con otros medicamentos de acción central y con el alcohol. Debe tenerse precaución al tratar pacientes que reciben otros medicamentos que presentan efectos anticolinérgicos (muscarínicos). El citocromo P450 (CYP) 3A4 es el enzima que es responsable principalmente del metabolismo de quetiapina mediado

por el citocromo P450. En un estudio de interacción con voluntarios sanos, la administración concomitante de quetiapina (dosis de 25 mg) con ketoconazol, un inhibidor del CYP3A4, produjo un aumento de 5 a 8 veces en el AUC de quetiapina. En base a ésto, está contraindicado el uso concomitante de quetiapina con inhibidores del CYP3A4. Tampoco está recomendado consumir zumo de pomelo durante el tratamiento con quetiapina. En un estudio de dosis múltiple en pacientes para evaluar la farmacocinética de quetiapina administrada antes y durante el tratamiento con carbamazepina (un conocido inductor de enzimas hepáticos), la co-administración de carbamazepina incrementó significativamente el aclaramiento de quetiapina. Este incremento en el aclaramiento redujo, por término medio, la exposición sistémica a quetiapina (determinada mediante el AUC) hasta un 13% en comparación a la exposición durante la administración de quetiapina sola, aunque en algunos pacientes se observó un efecto mayor. Como consecuencia de esta interacción, se pueden producir concentraciones plasmáticas menores, lo que puede afectar a la eficacia del tratamiento con quetiapina. La co-administración de quetiapina y fenitoína (otro inductor del enzima microsomal) causó un aclaramiento altamente incrementado de quetiapina en aproximadamente el 450%. En pacientes que están siendo tratados con un inductor de enzimas hepáticas, el tratamiento con quetiapina se debe iniciar solamente si el médico considera que los beneficios de quetiapina superan los riesgos de retirar el inductor de enzimas hepáticos. Es importante que todo cambio en el inductor sea gradual y, si se requiere, sea reemplazado por un inductor (por ejemplo, valproato de sodio). La farmacocinética de quetiapina no se alteró significativamente por la co-administración de los antidepressivos imipramina (un conocido inductor del CYP 2D6) o fluoxetina (un conocido inhibidor del CYP 3A4 y del CYP 2D6). La farmacocinética de quetiapina no se alteró significativamente por la co-administración de los antipsicóticos risperidona o haloperidol. El uso concomitante de quetiapina y tioridazina provocó un aumento en el aclaramiento de quetiapina de aproximadamente el 70%. La farmacocinética de quetiapina no se alteró tras la co-administración con cimetidina. La farmacocinética del litio no se alteró con la co-administración de quetiapina. En un estudio aleatorizado de 6 semanas, de litio y Quetiapina de liberación prolongada frente a placebo y Quetiapina de liberación prolongada en pacientes adultos con manía aguda, se ha observado una mayor incidencia de eventos extrapiramidales relacionados (en particular, temblor), somnolencia, y aumento de peso en el grupo del litio comparado con placebo. La farmacocinética de valproato de sodio y de quetiapina no se alteró de forma clínicamente relevante cuando se administraron simultáneamente. En un estudio retrospectivo en niños y adolescentes que recibieron valproato, quetiapina, o ambos, se encontró una mayor incidencia de leucopenia y neutropenia en el grupo que recibió la combinación frente a los grupos en monoterapia. No se han realizado estudios formales de interacción con medicamentos cardiovasculares utilizados frecuentemente. Se debe tener precaución cuando se administre quetiapina de forma concomitante con medicamentos que se sabe, causan desequilibrio electrolítico o aumentan el intervalo QT. Ha habido notificaciones de resultados falsos positivos en enzimoinmunoensayos para metadon y antidepressivos tricíclicos en pacientes que han tomado quetiapina. Se recomienda la confirmación de los resultados cuestionables de la detección por inmunoensayo mediante una técnica cromatográfica apropiada. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** **Embarazo.** *Primer trimestre.* La moderada cantidad de datos publicados sobre embarazos de riesgo, no sugieren un aumento del riesgo de malformaciones debido al tratamiento. Los estudios con animales han demostrado toxicidad reproductiva. Por tanto, quetiapina sólo se debe utilizar durante el embarazo si los beneficios justifican los riesgos potenciales. *Tercer trimestre.* Los recién nacidos expuestos a antipsicóticos durante el tercer trimestre del embarazo presentan riesgo de reacciones adversas incluyendo síntomas extrapiramidales y/o de abstinencia que pueden variar en gravedad y duración tras el parto. Los recién nacidos se deben monitorizar estrechamente. **Lactancia.** Se debe tomar una decisión para interrumpir la lactancia o para interrumpir el tratamiento con Quetiapina, teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la mujer. **Fertilidad.** Los efectos de quetiapina en la fertilidad humana no se han evaluado. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Teniendo en cuenta sus efectos principales sobre el sistema nervioso central, quetiapina puede interferir con actividades que requieran alerta mental. Por tanto, se debe aconsejar a los pacientes que no conduzcan o utilicen maquinaria hasta que se conozca la susceptibilidad individual. **Reacciones adversas.** Las frecuencias de los acontecimientos adversos se clasifican de la forma siguiente: Muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$, $<1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$, $<1/100$), muy raras ($<1/10.000$, $<1/1.000$) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos de la sangre y del sistema linfático.** Muy frecuentes: Disminución de la hemoglobina. Frecuentes: Leucopenia, disminución del recuento de neutrófilos, aumento de eosinófilos. Poco frecuentes: Neutropenia, Trombocitopenia, anemia, disminución del recuento de plaquetas. Raras: Agranulocitosis. **Trastornos del sistema inmunológico.** Poco frecuentes: Hipersensibilidad (incluyendo reacciones alérgicas en la piel). Muy raras: Reacción anafiláctica. **Trastornos endocrinos.** Frecuentes: Hipertrofia tiroidea, disminución de T₃ total, disminución de T₄ libre, disminución de T₄ total, aumento de TSH. Poco frecuentes: Disminución de T₃ libre, hipotiroidismo. Muy raras: Secreción inapropiada de la hormona antidiurética. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición.** Muy frecuentes: Elevación de los niveles de triglicéridos séricos, Elevación del colesterol total (predominantemente colesterol LDL), Disminución de colesterol HDL, aumento de peso. Frecuentes: Aumento del apetito, aumento de glucosa en sangre a niveles hiperglucémicos. Poco frecuentes: Hiponatremia, diabetes Mellitus, Exacerbación de la diabetes pre-existente. Raras: Síndrome metabólico. **Trastornos psiquiátricos.** Frecuentes: Sueños anormales y pesadillas, ideación suicida y comportamiento suicida. Raras: Sonambulismo y reacciones relacionadas tales como hablar dormido y desorden alimenticio relacionado con el sueño. **Trastornos del sistema nervioso.** Muy frecuentes: Mareo, somnolencia, cefalea, síntomas extrapiramidales. Frecuentes: Disartria. Poco frecuentes: Convulsiones, síndrome de piernas inquietas, discinesia tardía, síncope. **Trastornos cardíacos.** Frecuentes: Taquicardia, palpitaciones. Poco frecuentes: Prolongación del QT, Bradicardia. **Trastornos oculares.** Frecuentes: Visión borrosa. **Trastornos vasculares.** Frecuentes: Hipertensión ortostática. Raras: Tromboembolismo venoso. Frecuencia no conocida: Ictus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.** Frecuentes: Disnea. Poco frecuentes: Rinitis. **Trastornos gastrointestinales.** Muy frecuentes: Sequedad de boca. Frecuentes: Estreñimiento, dispepsia, vómitos. Poco frecuentes: Disfagia. Raras: Pancreatitis, Obstrucción intestinal/lé. **Trastornos hepatobiliares.** Frecuentes: Elevación de la alanina-aminotransferasa sérica (ALT), elevación de los niveles de gamma-GT. Poco frecuentes: Elevación de la aspartato-aminotransferasa sérica (AST). Raras: Ictericia, hepatitis. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.** Muy raras: Angioedema, síndrome de Stevens-Johnson. Frecuencia no conocida: Necrolisis Epidérmica Tóxica, Eritema Multiforme. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo.** Muy raras: Rabdomiólisis. **Trastornos renales y urinarios.** Poco frecuentes: Retención urinaria. **Embarazo, puerperio y enfermedades perinatales.** Frecuencia no conocida: Síndrome de abstinencia neonatal de fármacos. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama.** Poco frecuentes: Disfunción sexual. Raras: Priapismo, galactorrea, hinchazón de las mamas, trastorno menstrual. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración.** Muy frecuentes: Síntomas de retirada (interrupción). Frecuentes: Astenia leve, edema periférico, irritabilidad, pirexia. Raras: Síndrome neuroleptico maligno, hipotermia. **Exploraciones complementarias.** Raras: Elevación de creatina-fosfoquinasa en sangre. Con el uso de neurolepticos se han notificado casos de prolongación del QT, arritmia ventricular, muerte súbita inexplicada, paro cardíaco y torsades de pointes, y se consideran efectos de clase. **Reacción pediátrica.** Las mismas reacciones adversas descritas anteriormente para adultos se deben considerar para niños y adolescentes. La siguiente tabla resume las reacciones adversas que se producen con una mayor categoría de frecuencia en pacientes niños y adolescentes (10-17 años de edad) que en la población adulta o las reacciones adversas que no han sido identificadas en la población adulta. **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobre-dosis.** **Síntomas.** En general, los signos y síntomas notificados fueron los resultantes de una exageración de los efectos farmacológicos conocidos del principio activo, es decir, somnolencia y sedación, taquicardia, hipotensión y efectos anticolinérgicos. Una sobredosis puede dar lugar a una prolongación del QT, convulsiones, estado epiléptico, rabdomiólisis, depresión respiratoria, retención urinaria, confusión, delirio y/o agitación, coma y muerte. Los pacientes con enfermedad cardiovascular grave preexistente podrían presentar un mayor riesgo de efectos de sobredosis. **Manejo de la sobredosis.** No existe un antídoto específico para quetiapina. En caso de signos graves, se debe considerar la posible implicación de varios medicamentos, recomendándose procedimientos de cuidados intensivos, incluyendo el establecimiento y mantenimiento de una vía aérea abierta que asegure la oxigenación y ventilación adecuadas y la monitorización y apoyo del sistema cardiovascular. En base a los informes publicados, los pacientes con delirio y agitación y un claro síndrome anticolinérgico pueden ser tratados con fisostigmina, 1-2 mg (bajo monitorización ECG continua). Esto no está recomendado como tratamiento estándar, debido al potencial efecto negativo de la fisostigmina sobre la conductividad cardíaca. Se puede utilizar la fisostigmina si no hay aberraciones en el ECG. No use fisostigmina en caso de arritmias, cualquier grado de bloqueo cardíaco o ampliación del QRS. Si bien no se ha investigado la prevención de la absorción en la sobredosis, el lavado gástrico puede estar indicado en intoxicaciones graves, y si fuera posible, realizarlo en una hora tras la ingestión. Se debe considerar la administración de carbón activado. En casos de sobredosis de quetiapina, se debe tratar la hipotensión resistente con las medidas apropiadas, tales como fluidos intravenosos y/o agentes simpatomiméticos. Se debe evitar la epinefrina y dopamina, ya que la estimulación beta puede empeorar la hipotensión en el marco de un bloqueo alfa inducido por quetiapina. Se debe mantener una estrecha supervisión y monitorización médica hasta la recuperación del paciente. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Núcleo. Copolímero de ácido metacrilico y acrilato de etilo (1:1), Lactosa anhidra, Maltosa cristalina, Talco, Estearato de magnesio. **Recubrimiento.** Copolímero de ácido metacrilico y acrilato de etilo (1:1), Trietil citrato. **Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 3 años. **Precauciones especiales de conservación.** Este medicamento no requiere

condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase.** Blíster de polidrotrofluoroetileno y cloruro de polivinilo con aluminio. Tamaños de envase. Roco Prolong 50 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 10 y 60 comprimidos. Roco Prolong 150 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos. Roco Prolong 200 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos. Roco Prolong 300 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos. Roco Prolong 400 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios Alter, S.A. Mateo Inurria, 30-28036 Madrid (España). **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. Visado de inspección en mayores de 75 años. **PRESENTACIONES Y PVP.** Roco Prolong 50 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos (PVP IVA 16,20€). Roco Prolong 150 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos (PVP IVA 48,61€). Roco Prolong 200 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos (PVP IVA 64,82€). Roco Prolong 300 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos (PVP IVA 97,22€). Roco Prolong 400 mg comprimidos de liberación prolongada EFG: 60 comprimidos (PVP IVA 129,63€). Para más información, consulte la ficha técnica completa o al Departamento Médico de Laboratorios Alter, S.A. Tfno. 913 592 000. Aogo 2018 (V01). La información detallada y actualizada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) <http://www.aemps.gob.es/>

APALAZ comprimidos EFG. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. **Apaloz 5 mg comprimidos:** Cada comprimido contiene 5 mg de aripiprazol. **Excipiente con efecto conocido:** Cada comprimido contiene 46,9 mg de lactosa monohidrato. **Apaloz 10 mg comprimidos:** Cada comprimido contiene 10 mg de aripiprazol. **Excipiente con efecto conocido:** Cada comprimido contiene 93,8 mg de lactosa monohidrato. **Apaloz 15 mg comprimidos:** Cada comprimido contiene 15 mg de aripiprazol. **Excipiente con efecto conocido:** Cada comprimido contiene 140,7 mg de lactosa monohidrato. **FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimidos. La ranura no debe utilizarse para fraccionar el comprimido. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. Tratamiento de los episodios maniacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y prevención de nuevos episodios maniacos en adultos. Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maniacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más. **Posología y forma de administración.** Posología. **Adultos.** *Esquizofrenia:* dosis recomendada de inicio 10 ó 15 mg/día con una dosis de mantenimiento de 15 mg/día administrada como una única dosis diariamente independiente de las comidas. La dosis máxima diaria no debe exceder 30 mg/día. *Episodios maniacos en el Trastorno Bipolar I:* dosis de inicio recomendada: 15 mg administrada como una única dosis diaria independientemente de las comidas en monoterapia o terapia combinada. La dosis máxima diaria no debe exceder 30 mg. *Prevención de recaídas de episodios maniacos en el trastorno bipolar I:* para prevenir las recaídas de episodios maniacos en pacientes que han estado tomando aripiprazol en monoterapia o terapia combinada, continuar con la misma dosis. Se deben considerar ajustes de la posología diaria, incluyendo reducción de la dosis, según el estado clínico. **Población pediátrica.** *Esquizofrenia en adolescentes de 15 años o más/Episodios maniacos en el Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más:* la dosis recomendada es 10 mg/día administrada como una única dosis diaria independientemente de las comidas. El tratamiento debe ser iniciado con 2 mg (usando aripiprazol solución oral 1 mg/ml) durante 2 días, incrementado a 5 mg durante 2 días adicionales para alcanzar la dosis recomendada diaria de 10 mg. En caso necesario, aumentos de dosis posteriores deben ser administrados en incrementos de 5 mg sin exceder la dosis máxima diaria de 30 mg. Aripiprazol no está recomendado en pacientes con esquizofrenia menores de 15 años debido a datos insuficientes sobre seguridad y eficacia. *Irritabilidad asociada con el trastorno autista:* no se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de aripiprazol en niños y adolescentes menores de 18 años. *Tics asociados con el trastorno de Tourette:* no se ha establecido la seguridad y eficacia de aripiprazol en niños y adolescentes entre 6 y 18 años. **Insuficiencia hepática.** No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada. En pacientes con insuficiencia hepática grave, los datos disponibles son insuficientes para establecer recomendaciones. **Insuficiencia renal.** No es necesario un ajuste de dosis. **Pacientes de edad avanzada.** La eficacia de aripiprazol en el tratamiento de esquizofrenia y trastorno bipolar I en pacientes de 65 años y más no ha sido establecida. Debido a una mayor sensibilidad en esta población se debe considerar una dosis inicial menor si lo justifican los factores clínicos. **Fumadores.** No es necesario un ajuste de dosis en pacientes fumadores. **Ajuste de la dosis debido a interacciones.** Cuando se administra conjuntamente aripiprazol con potentes inhibidores de CYP3A4 o CYP2D6, debe reducirse la dosis de aripiprazol. Cuando se deje el tratamiento conjunto con inhibidores de CYP3A4 ó CYP2D6, la dosis de aripiprazol debe ser aumentada. Cuando se administra conjuntamente aripiprazol con potentes inductores de CYP3A4, la dosis de aripiprazol debe aumentarse. Cuando se deje el tratamiento combinado con inductores de CYP3A4 la dosis de aripiprazol debe entonces reducirse a la dosis recomendada. Forma de administración. Los comprimidos de aripiprazol se administran por vía oral. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** La mejoría clínica del paciente durante el tratamiento antipsicótico, puede tardar entre varios días a algunas semanas. Los pacientes deben estar estrechamente controlados durante este periodo. **Tendencias suicidas.** Debe realizarse una supervisión estrecha de los pacientes de alto riesgo cuando son tratados con antipsicóticos. Los datos en pediatría son insuficientes para evaluar este riesgo en pacientes más jóvenes (por debajo de 18 años de edad). **Alteraciones cardiovasculares.** Aripiprazol debe ser utilizado con precaución en pacientes que presentan enfermedad cardiovascular conocida enfermedad cerebrovascular, condiciones en las que puede predisponerse a pacientes a la hipotensión (deshidratación, hipovolemia, y tratamiento con medicamentos antihipertensivos) o hipertensión. Se han notificado casos de tromboembolismo venoso (TEV) con medicamentos antipsicóticos. Se deben identificar todos los posibles factores de riesgo de TEV antes y durante el tratamiento con aripiprazol, así como tomarse las correspondientes medidas preventivas. **Prolongación del intervalo QT.** Como con otros antipsicóticos, aripiprazol debe ser utilizado con precaución en pacientes con historia familiar de prolongación del intervalo QT. **Discinesia tardía.** En ensayos clínicos se han notificado casos poco frecuentes de discinesia durante el tratamiento con aripiprazol. Si aparecen signos y síntomas de discinesia tardía en un paciente tratado con aripiprazol, se debe considerar una reducción de dosis o la interrupción del tratamiento. **Otros síntomas extrapiramidales.** En ensayos clínicos pediátricos de aripiprazol se observó acatisia y parkinsonismo. Si aparecen signos y síntomas de otros SEP en un paciente tratado con aripiprazol, se debe considerar una reducción de dosis y una estrecha monitorización clínica. **Síndrome Neuroleptico-Maligno (SNM).** En ensayos clínicos se han notificado casos raros de SNM durante el tratamiento con aripiprazol. Las manifestaciones clínicas del SNM son hipertermia, rigidez muscular, estado mental alterado y evidencia de inestabilidad autonómica (pulso o presión sanguínea irregular, taquicardia, diaforesis y síndrome cardíaco). Los signos adicionales pueden incluir un aumento de creatina fosfoquinasa, mioglobinauria (rabdomiólisis), e insuficiencia renal aguda. También se han notificado elevaciones de la creatina fosfoquinasa y rabdomiólisis no necesariamente asociadas con el SNM. Si un paciente desarrolla signos y síntomas indicativos de SNM, o presenta una fiebre alta inexplicable sin manifestaciones clínicas adicionales de SNM, todos los antipsicóticos, incluyendo aripiprazol deben ser interrumpidos. **Convulsiones.** Se debe utilizar aripiprazol con precaución en pacientes epilépticos o con historia de convulsiones. **Pacientes de edad avanzada con psicosis relacionada con demencia.** **Aumento de mortalidad.** En tres ensayos controlados con placebo de aripiprazol en pacientes de edad avanzada con psicosis asociada a la enfermedad de Alzheimer, los pacientes tratados con aripiprazol presentaron mayor riesgo de muerte comparado con placebo. Aunque las causas de muerte fueron variadas, la mayoría de las muertes parecieron ser de naturaleza cardiovascular o infecciosa. **Reacciones adversas cerebrovasculares.** En los mismos ensayos, se notificaron reacciones adversas cerebrovasculares, incluyendo casos con desenlace fatal. En total, en estos ensayos, un 1,3 % de los pacientes tratados con aripiprazol notificaron reacciones adversas cerebrovasculares en comparación con un 0,6 % de los pacientes tratados con placebo. Aripiprazol no está indicado para el tratamiento de la psicosis relacionada con demencia. **Hiperglucemia y diabetes mellitus.** Se ha notificado hiperglucemia, en algunos casos extrema y asociada con cetacidosis o coma hiperosmolar o muerte, en pacientes tratados con antipsicóticos atípicos, incluyendo aripiprazol. Se debe prestar atención a los signos y síntomas de hiperglucemia (como poliipsia, poliuria, polifagia y debilidad), en pacientes tratados con antipsicóticos, incluyendo aripiprazol, y se debe monitorizar regularmente en pacientes con diabetes mellitus o con factores de riesgo de diabetes mellitus por el empeoramiento del control de glucosa. **Hipersensibilidad.** Al igual que otros medicamentos pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad con aripiprazol, caracterizadas por síntomas alérgicos. **Aumento de peso.** El aumento de peso ha sido notificado en la post-comercialización entre pacientes a los que se les prescribe aripiprazol. Si el aumento de peso es clínicamente significativo, debe considerarse la reducción de dosis. **Disfagia.** Dismotilidad esofágica y aspiración han sido asociadas con el tratamiento de antipsicóticos incluyendo aripiprazol. Aripiprazol y otros medicamentos antipsicóticos deben ser utilizados con precaución en pacientes con riesgo de neumonía por aspiración. **Adicción al juego.** Se han notificado casos post-comercialización de adicción al juego entre pacientes tratados con aripiprazol, independientemente de si estos pacientes tenían antecedentes. El riesgo puede ser mayor en pacientes con antecedentes de adicción al juego y deben ser controlados cuidadosamente. **Caidas.** El aripiprazol puede causar somnolencia, hipotensión postural, inestabilidad motora y sensorial, lo que podría provocar caídas. Se debe tener precaución al tratar a los pacientes con mayor riesgo, y se debe considerar una dosis inicial más baja. **Lactosa.** Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa o galactosa no deben

tomar este medicamento. **Los pacientes con co-morbilidad asociada al TDAH.** A pesar de la alta frecuencia de co-morbilidad asociada al Trastorno Bipolar I y al TDAH, los datos de seguridad sobre el uso concomitante de aripiprazol y estimulantes son muy escasos; por lo tanto, debe tenerse extrema precaución cuando estos medicamentos son co-administrados. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Aripiprazol puede aumentar los efectos de ciertos agentes antihiperlipemiantes. Se debe utilizar aripiprazol con precaución cuando se utilice en combinación con alcohol u otros medicamentos de acción central, ya que se solapan las reacciones adversas como la sedación. Debe utilizarse con precaución la administración concomitante de aripiprazol con otros medicamentos que produzcan prolongación del intervalo QT o trastornos electrolíticos. **Interacción de otros medicamentos con aripiprazol.** Famotidina, reduce la tasa de absorción de aripiprazol, pero se considera que este efecto es no clínicamente significativo. **Quinidina y otros inhibidores de CYP2D6.** Un potente inhibidor de CYP2D6, quinidina, aumentó el AUC de aripiprazol en 107 %, mientras que la C_{max} no varió. El AUC y la C_{max} de dehidroaripiprazol, el metabolito activo, disminuyeron un 32 % y un 47 %, respectivamente. La dosis de aripiprazol se debe reducir a la mitad de la dosis prescrita si se administra aripiprazol conjuntamente con quinidina. Otros potentes inhibidores de CYP2D6, como fluoxetina o paroxetina, posiblemente tengan efectos similares y se deben administrar, por lo tanto, reducciones similares de dosis. **Ketoconazol y otros inhibidores de CYP3A4.** ketoconazol aumentó el AUC y la C_{max} de aripiprazol en 63 % y 37 %, respectivamente. Aumentó el AUC y la C_{max} de dehidroaripiprazol en 77 % y 43 %, respectivamente. Cuando se considere la administración concomitante de ketoconazol u otro potente inhibidor CYP3A4 con aripiprazol el posible beneficio debe estar por encima del posible riesgo para el paciente. Si se administra ketoconazol junto con aripiprazol, la dosis de aripiprazol se debe reducir a la mitad de la dosis prescrita. Con otros potentes inhibidores de CYP3A4 como itraconazol e inhibidores de la proteasa VIH, se pueden esperar efectos similares y se deben administrar, por lo tanto, reducciones similares de dosis. En caso de interrupción del inhibidor CYP2D6 ó CYP3A4, se debe aumentar la dosis de aripiprazol hasta el nivel anterior a la iniciación del tratamiento concomitante. **Carbamazepina y otros inductores de CYP3A4.** Después de una administración concomitante con carbamazepina, un potente inductor de CYP3A4, la C_{max} y AUC para aripiprazol fueron 68 % y 73 % más bajas, respectivamente. La dosis de aripiprazol debe ser duplicada cuando se administra conjuntamente con carbamazepina. De otros potentes inductores de CYP3A4 (rifampicina, rifabutina, fenitoína, fenobarbital, primidona, efavirenz, nevirapina y Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) se deben esperar efectos similares y se deben administrar, por lo tanto, aumentos similares de dosis. En cuanto se suspendan los inductores potentes de CYP3A4 la dosis de aripiprazol debe ser reducida a la dosis recomendada. **Valproato y litio.** No se han encontrado cambios clínicamente significativos si se administra conjuntamente aripiprazol con valproato o litio. **Síndrome serotoninérgico.** Se han notificado casos de síndrome serotoninérgico en pacientes en tratamiento con aripiprazol y tratamiento concomitante con otros medicamentos serotoninérgicos como ISRS/IRSN, o con medicamentos conocidos por aumentar las concentraciones de aripiprazol. **Interacción de aripiprazol con otros medicamentos.** En ensayos clínicos, dosis de aripiprazol de 10-30 mg/día no tuvieron efectos significativos sobre el metabolismo de los substratos CYP2D6 (dextrometorfano), CYP2C9 (warfarina), CYP2C19 (omeprazol) y CYP3A4 (dextrometorfano). Además aripiprazol y dehidroaripiprazol no modifican el metabolismo mediado por CYP1A2, *in vitro*. Cuando se administra aripiprazol conjuntamente con valproato, litio o lamotrigina, no se han encontrado cambios clínicamente significativos en las concentraciones de valproato, litio o lamotrigina. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** **Embarazo.** Debido a información de seguridad insuficiente en humanos y datos inciertos en estudios de reproducción animal, este medicamento no debe utilizarse en el embarazo, a menos que el beneficio esperado justifique claramente un riesgo potencial en el feto. **Lactancia.** Aripiprazol se excreta en la leche materna humana. Se debe advertir a las pacientes que no den el pecho si están tomando aripiprazol. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Al igual que con otros antipsicóticos, los pacientes deben tener cuidado al utilizar máquinas peligrosas, incluyendo vehículos a motor, hasta que tengan la certeza de que aripiprazol no les afecta negativamente. Algunos pacientes pediátricos con Trastorno Bipolar I tienen una mayor incidencia de somnolencia y fatiga. **Reacciones adversas.** La frecuencia de reacciones adversas listadas a continuación se definen siguiendo la siguiente clasificación: frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10) y poco frecuentes (≥ 1/1.000 a < 1/100). **Trastornos de la sangre y del sistema linfático.** *Frecuencia no conocida:* Leucopenia, Neutropenia, Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico.** *Frecuencia no conocida:* Reacción alérgica (p. ej., reacción anafiláctica, angioedema, incluyendo inflamación de la lengua, edema de la lengua, edema del rostro, prurito o urticaria). **Trastornos endocrinos.** *Poco frecuentes:* Hiperprolactinemia. *Frecuencia no conocida:* Coma diabético hiperosmolar, Cetoacidosis diabética, Hiperglucemia. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición.** *Frecuentes:* Diabetes mellitus. *Poco frecuentes:* Hiperglucemia. *Frecuencia no conocida:* Hiponatremia, Anorexia, Peso disminuido, Ganancia de peso. **Trastornos psiquiátricos.** *Frecuentes:* Insomnio, Ansiedad, Inquietud. *Poco frecuentes:* Depresión, Hipersexualidad. *Frecuencia no conocida:* Intento de suicidio, ideación suicida y suicidio consumado, Juego patológico, Agresividad, Agitación, Nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso.** *Frecuentes:* Trastorno extrapiramidal, Temblor, Cefalea, Sedación, Somnolencia, Mareo, Acatisia. *Poco frecuentes:* Discinesia tardía, Distonía. *Frecuencia no conocida:* Síndrome neuroleptico maligno, (SNM), Convulsión del gran mal, Síndrome serotoninérgico, Trastornos del habla. **Trastornos oculares.** *Frecuentes:* Visión borrosa. *Poco frecuentes:* Diplopía. *Frecuencia no conocida:* Crisis oculárgica. **Trastornos cardíacos.** *Poco frecuentes:* Taquicardia. *Frecuencia no conocida:* Muerte súbita inexplicable, Torsades de pointes, Prolongación del intervalo QT, Arritmia ventricular, Parada cardíaca, Bradicardia. **Trastornos vasculares.** *Poco frecuentes:* Hipotensión ortostática. *Frecuencia no conocida:* Tromboembolismo venoso (incluyendo embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda), Hipertensión, Síncope. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.** *Poco frecuentes:* Hipo. *Frecuencia no conocida:* Neumonía por aspiración, Laringoespasm, Espasmo orofaríngeo. **Trastornos gastrointestinales.** *Frecuentes:* Estreñimiento, Dispepsia, Náuseas, Hipersecreción salival, Vómitos. *Frecuencia no conocida:* Pancreatitis, Disfagia, Diarrea, Molestia abdominal, Molestias en el estómago. **Trastornos hepatobiliares.** *Frecuencia no conocida:* Insuficiencia hepática, Hepatitis, Ictericia, Aumento de alanina aminotransferasa (ALT), Aumento de aspartato aminotransferasa (AST), Aumento de la gamma glutamil transferasa (GGT), Aumento de la fosfatasa alcalina. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.** *Frecuencia no conocida:* Erupción, Reacción de fotosensibilidad, Alopecia, Hiperhidrosis. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo.** *Frecuencia no conocida:* Rabdomiolisis, Mialgia, Rigidez. **Trastornos renales y urinarios.** *Frecuencia no conocida:* Incontinencia urinaria, Retención urinaria. **Embarazo, puerperio y enfermedades perinatales.** *Frecuencia no conocida:* Síndrome de supresión de fármacos en neonatos. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama.** *Frecuencia no conocida:* Priapismo. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración.** *Frecuentes:* Fatiga. *Frecuencia no conocida:* Trastorno de la regulación de la temperatura (p. ej., hipotermia, pirexia), Dolor torácico, Edema periférico. **Exploraciones complementarias.** *Frecuencia no conocida:* Glucosa elevada en sangre, Hemoglobina glicosilada aumentada, Fluctuación de la glucosa en sangre, Creatinfosfoquinasa en sangre elevada. **Población pediátrica.** **Esquizofrenia en adolescentes de 15 años o más.** Las siguientes reacciones se manifestaron con más frecuencia en adolescentes que en los adultos que recibieron aripiprazol: somnolencia/sedación y trastorno extrapiramidal fueron notificadas como muy frecuentes, y sequedad de boca, aumento del apetito e hipotensión ortostática fueron notificadas como frecuentes. En la población de adolescentes con esquizofrenia (13-17 años) con exposición de hasta 2 años, la incidencia de niveles séricos de prolactina bajos en mujeres y en hombres fue 29,5 % y 48,3 %, respectivamente. **Episodios maniacos en el Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.** La frecuencia y el tipo de efectos indeseables en adolescentes con Trastorno Bipolar I fueron similares a los de los adultos excepto por las siguientes reacciones: *muy frecuentes:* somnolencia, trastorno extrapiramidal, acatisia y fatiga; *frecuentes:* dolor abdominal superior, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de peso, aumento del apetito, fasciculaciones musculares y disquinesia. Los siguientes efectos indeseables tuvieron una posible relación de dosis respuesta; trastorno extrapiramidal y acatisia. Los cambios medios de peso en adolescentes con Trastorno Bipolar I a las 12 y 30 semanas con aripiprazol fueron 2,4 kg y 5,8 kg, y con placebo 0,2 kg y 2,3 kg respectivamente. En la población pediátrica la somnolencia y fatiga se observaron con mayor frecuencia en pacientes con trastorno bipolar que en pacientes con esquizofrenia. En la población pediátrica bipolar (10-17 años) con exposición de hasta 30 semanas, la incidencia de niveles séricos de prolactina bajos en mujeres y en hombres fue 28,0 % y 53,3 %, respectivamente. **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificarRAM.es. **Sobredosis. Signos y síntomas.** Se ha identificado sobredosis aguda en adultos con dosis de hasta 1260 mg sin ningún desenlace fatal. Los signos y síntomas fueron: letargia, aumento de la presión sanguínea, somnolencia, taquicardia, náuseas, vómitos, y diarrea Además, se han recibido informes de sobredosis involuntaria accidental con solo aripiprazol (hasta 195 mg) en niños sin ningún desenlace fatal. Los signos y síntomas incluyeron somnolencia, pérdida del conocimiento transitorio y síntomas extrapiramidales. **Manejo de una sobredosis.** Terapia de sostén, manteniendo una adecuada aireación, oxigenación y ventilación, y tratamiento sintomático. Se debe empezar inmediatamente la monitorización cardiovascular y se debe incluir la monitorización electrocardiográfica continua para detectar posibles arritmias. **Carbón activado (50 g)** administrado una hora después de aripiprazol, disminuyó la C_{max} en 41 % y el AUC de aripiprazol en el 51 %. **Hemodilísis.** es improbable que sea útil en el tratamiento de la sobredosis dado que aripiprazol presenta una fuerte unión a proteínas plasmáticas. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Lactosa monohidratada, Almidón pregelatinizado de maíz, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Estearato de magnesio. **Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 3 años. **Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase.** Los comprimidos se acondicionan en blísters de Poliamida/Al/PVC-Al. Tamaños de envase: Apaloz 5 mg: 28 comprimidos. Apaloz 10 y 15 mg: 14 y 28 comprimidos.

Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones. La eliminación se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios Alter, S.A.- Mateo Inurria, 30 - 28036 Madrid (España). **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Reembolsable por el S.N.S. Visado de inspección en mayores de 75 años. Aportación reducida: CICERO. **PRESENTACIONES Y PVP:** Apaloz 5 mg: envase de 28 comprimidos (PVP IVA: 28,18 €). Apaloz 10 mg: envase de 28 comprimidos (PVP IVA: 56,36 €). Apaloz 15 mg: envase de 28 comprimidos (PVP IVA: 84,53 €). Junio 2019 (V02).

HEIPRAM COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. HEIPRAM 10, 15, 20 mg: Cada comprimido contiene 10, 15, 20 mg respectivamente de escitalopram. **FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubiertos con película. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. **Posología y forma de administración.** HEIPRAM se administrará en dosis única diaria y podrá tomarse con o sin alimentos. **Episodios depresivos mayores.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepressiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. **Trastorno de angustia con o sin agorafobia.** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. **Trastorno de ansiedad social.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. Se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. **Trastorno de ansiedad generalizada.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. **Trastorno obsesivo-compulsivo.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg al día. **Pacientes ancianos (> 65 años).** La mitad de la dosis recomendada en adultos. **Población pediátrica y adolescentes (< 18 años).** HEIPRAM no debe utilizarse en la población pediátrica y adolescentes menores de 18 años. **Insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida (CL_{cr} < 30 ml/min.). **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. **Metabolizadores lentos de la CYP2C19.** Se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día. **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Debe evitarse la suspensión brusca del tratamiento. La dosis debe reducirse paulatinamente durante un periodo de una a dos semanas, con objeto de disminuir el riesgo de que aparezcan síntomas de retirada. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminoxidasa (IMAO) debido al riesgo de síndrome serotoninérgico con agitación, temblor, hipertermia, etc. Tratamiento concomitante con IMAO-A reversibles (moclobemida) o el IMAO no selectivo reversible, linezolid, debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico. Escitalopram está contraindicado en pacientes con intervalo QT prolongado o pacientes con síndrome congénito del segmento QT largo. Está contraindicado el uso de escitalopram junto con otros medicamentos que alargan el intervalo QT **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **Población pediátrica y adolescentes menores de 18 años.** HEIPRAM no deberá utilizarse en el tratamiento de la población pediátrica y adolescentes menores de 18 años. Los comportamientos suicidas y la hostilidad fueron constatados con más frecuencia en ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepressivos frente a aquellos tratados con placebo. **Ansiedad paradójica.** Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepressivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansiogénico paradójico. **Convulsiones.** El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los ISRS no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. **Manía.** Los ISRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de ISRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glucémico. Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. **Suicidio/Pensamientos suicidas.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio. El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. Los pacientes y sus cuidadores deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de cualquier empeoramiento clínico, conducta o pensamiento suicida y cambios inusuales en la conducta, y buscar asesoramiento médico inmediatamente si se presentan estos síntomas. **Acatisia/inquietud psicomotora.** El uso de ISRS/IRSN se ha asociado con la aparición de acatisia su aparición es más probable durante las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes en los que aparece esta sintomatología, el aumento de dosis puede ser perjudicial. **Hiponatremia.** Con el uso de ISRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes cirróticos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia. **Hemorragia.** Se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiacina, la mayoría de los antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ticlopidina y dipiridamol), así como en pacientes con tendencias a hemorragias. **Terapia electroconvulsiva (TEC).** La experiencia clínica es limitada, por lo que se recomienda precaución. **Síndrome serotoninérgico.** Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, tramadol y triptófano. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, mioclónia e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto sucede, el tratamiento con el ISRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas. **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento** Cuando se suspende el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada, particularmente si se realiza de forma brusca. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (parestesia y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas u/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. Generalmente estos síntomas son de leves a moderados y autolimitados y se resuelven en 2 semanas, aunque en algunos pacientes su duración se puede prolongar (2-3 meses o más). **Enfermedad coronaria** Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **Prolongación de intervalo QT.** Heipram puede causar prolongación dosis-dependiente del intervalo QT. Se han notificado casos de prolongación del intervalo QT así como de arritmias ventriculares incluyendo torsade de pointes predominantemente en mujeres, pacientes con hipopotasemia o en los que existía previamente un intervalo QT alargado o algún tipo de patología cardíaca. Se recomienda precaución en pacientes con bradicardia significativa, infarto de miocardio reciente o con insuficiencia cardíaca descompensada. La hipopotasemia y la hipomagnesemia incrementan el riesgo de sufrir arritmias malignas, por lo que deben corregirse antes de iniciar el tratamiento con escitalopram. Se debe realizar una revisión de ECG antes de iniciar el tratamiento, en los pacientes, que reciban tratamiento con escitalopram con enfermedad cardíaca estable. Si durante el tratamiento con escitalopram aparecen signos de arritmia, deberá suspenderse el medicamento y realizar un ECG. **Disfunción sexual.** Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) pueden causar síntomas de disfunción sexual. Se han notificado casos de disfunción sexual de larga duración en los que los síntomas persisten a pesar de la suspensión del ISRS/IRSN. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** **Interacciones farmacodinámicas. Combinaciones contraindicadas:** **IMAOs no selectivos irreversibles.** Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos, irreversibles. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo irreversible. **IMAOs selectivos y reversibles (moclobemida).** Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un IMAO-A está contraindicada. **IMAO no selectivo reversible (linezolid).** El antibiótico linezolid no debería administrarse a pacientes tratados con escitalopram. **IMAO-B selectivo irreversible (selegilina).** En combinación con selegilina, se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. **Combinaciones que requieren precauciones de uso:** *Medicamentos serotoninérgicos.* La

administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán y otros triptanes) puede provocar un síndrome serotoninérgico. *Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo.* Los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan concomitantemente con antidepresivos tricíclicos, ISRS, neurolépticos, mefloquina, bupropión y tramadol). *Litio, triptófano.* Se ha informado de casos de potenciación de efectos, por lo que la administración concomitante de ISRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución. *Hierba de San Juan.* La administración concomitante de ISRS con Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas. *Hemorragia.* Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de escitalopram. *Alcohol.* No se esperan interacciones entre escitalopram y alcohol. De todas formas al igual que con otros medicamentos psicotrópicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas. Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram.** El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Se debe tener precaución cuando se utiliza concomitantemente con inhibidores de la CYP2C19 como omeprazol, esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, ticlopidina o dimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante. **Efecto de escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima como flecainida, propafenona, y metoprolol, desipramina, domipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tioridacina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. Estudios in vitro han demostrado que escitalopram puede inhibir discretamente la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19. **Embarazo y lactancia.** **Embarazo.** HEIPRAM no debería usarse durante el embarazo a no ser que sea estrictamente necesario y sólo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/beneficio. Datos epidemiológicos sugieren que el uso de los ISRS en el embarazo, especialmente en la etapa final del mismo, puede aumentar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente en el neonato (HPPN). El riesgo observado fue de aproximadamente 5 casos por cada 10.000 embarazos. En la población general, ocurren 1 ó 2 casos de HPPN por cada 1.000 nacimientos. Datos en animales han demostrado que citalopram puede afectar a la calidad del esperma. Los casos notificados en humanos con algún ISRS han mostrado que el efecto sobre la calidad del esperma es reversible. No se ha observado hasta ahora impacto sobre la fertilidad humana. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **Reacciones adversas.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Las reacciones adversas se enumeran por sistemas orgánicos y frecuencia. Las frecuencias se definen como: muy frecuente ($\geq 1/10$), frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$), poco frecuente ($\geq 1/1.000$, $\leq 1/100$), rara ($\geq 1/10.000$, $\leq 1/1.000$), muy rara ($\leq 1/10.000$) o frecuencia no conocida. **Exploraciones complementarias:** *Frecuente:* Aumento de peso. *Poco Frecuente:* Disminución de peso. *Desconocida:* Pruebas de función hepática alteradas. **Trastornos cardíacos.** *Poco Frecuente:* Taquicardia. *Raras:* Bradicardia. **Trastornos de la sangre y linfáticos.** *Desconocida:* Trombocitopenia. **Trastornos del sistema nervioso.** *Frecuente:* Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor. *Poco Frecuente:* alteraciones del gusto, trastornos del sueño, síncope. *Raras:* Síndrome serotoninérgico. *Desconocida:* Discinesia, trastornos del movimiento, Convulsiones. **Trastornos oculares.** *Poco Frecuente:* Midriasis, alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto.** *Poco Frecuente:* Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino.** *Frecuente:* Sinusitis, bostezos. *Poco Frecuente:* Epistaxis. **Trastornos gastrointestinales.** *Muy Frecuente:* Náuseas. *Frecuente:* Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca. *Poco Frecuente:* Hemorragias gastrointestinales (incluida hemorragia rectal). **Trastornos renales y urinarios.** *Desconocida:* Retención urinaria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.** *Frecuente:* Incremento de la sudoración. *Poco Frecuente:* Urticaria, alopecia, rash, prurito. *Desconocida:* Equimosis, angioedema. **Trastornos músculo-esqueléticos, del tejido conjuntivo.** *Frecuente:* Artralgia, mialgia. **Trastornos endocrinos.** *Desconocida:* Secreción inadecuada de ADH. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** *Frecuente:* Disminución del apetito, incremento del apetito. *Desconocida:* Hiponatremia. **Trastornos vasculares.** *Desconocida:* Hipotensión ortostática. **Trastornos generales y en el lugar de administración.** *Frecuente:* Fatiga, pirexia. *Poco Frecuente:* Edema. **Trastornos del sistema inmunitario.** *Rara:* Reacciones anafilácticas. **Trastornos hepatobiliares.** *Desconocida:* Hepatitis. **Trastornos del sistema reproductor y de la mama.** *Frecuente:* Hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. *Poco Frecuente:* Mujeres: metrorragia, menorragia. *Desconocida:* Galactorrea. Hombres: priapismo. **Trastornos psiquiátricos.** *Frecuente:* Ansiedad, inquietud, sueños anormales. Hombres y mujeres: disminución de la libido, Mujeres: Anorgasmia. *Poco Frecuente:* Bruxismo, agitación, nerviosismo crisis de angustia, estado de confusión. *Rara:* Agresión, despersonalización, alucinaciones. *Desconocida:* Manía, ideas suicidas, conducta suicida. **Fracturas óseas:** Estudios epidemiológicos, principalmente en pacientes de 50 años de edad o mayores, indican un aumento del riesgo de fracturas óseas en pacientes tratados con ISRS y ATC. El mecanismo por el que se produce este riesgo es desconocido. **Síntomas de retirada durante la suspensión del tratamiento.** Parestesias y sensaciones de shock eléctrico, alteraciones del sueño, agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. **Sobredosis.** En los casos de sobredosis registrados con escitalopram, los síntomas observados incluyen mareos, temblor y agitación a casos raros de síndrome serotoninérgico, convulsiones y coma, náuseas/vómitos, hipotensión, taquicardia, prolongación del QT, arritmias, hipopotasemia e hiponatremia. No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. Se debe considerar el lavado gástrico y el uso de carbón activo. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. Es aconsejable realizar monitorización del ECG en caso de sobredosis en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva/bradiarritmias, aquellos que estén tomando medicamentos con capacidad de prolongar el intervalo QT, o en los que presenten alteraciones del metabolismo, (por ejemplo pacientes con insuficiencia hepática). **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis. Administración.** Es aconsejable realizar monitorización del ECG en caso de sobredosis en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva/bradiarritmias, aquellos que estén tomando medicamentos con capacidad de prolongar el intervalo QT, o en los que presenten alteraciones del metabolismo, (por ejemplo pacientes con insuficiencia hepática). **Toxicidad.** Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados y en muchos casos están implicadas sobredosis concomitantes de otros fármacos. En la mayoría de los casos no se han observado síntomas o han sido leves. Raramente se han observado casos fatales de sobredosis con escitalopram solo; la mayoría de los casos han implicado sobredosis con medicaciones concomitantes. Se han ingerido dosis entre 400 y 800 mg de escitalopram solo sin ningún síntoma grave. **Síntomas.** En los casos de sobredosis registrados con escitalopram, los síntomas observados incluyen principalmente los relacionados con el sistema nervioso central (desde mareos, temblor y agitación a casos raros de síndrome serotoninérgico, convulsiones y coma), el sistema gastrointestinal (náuseas/vómitos) y el sistema cardiovascular (hipotensión, taquicardia, prolongación del QT y arritmia) y estados del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia). **Tratamiento.** No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. Se debe considerar el lavado gástrico y el uso de carbón activo. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Núcleo: Celulosa microcristalina, croscarmelosa de sodio, sílice coloidal anhidra, talco, estearato de magnesio. Recubrimiento: Hipromelosa, dióxido de titanio (E-171), macrogol 6000. **Incompatibilidades.** No se han descrito. **Período de validez.** 24 meses. **Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 25°C. **Naturaleza y contenido del envase.** Blisters de PVC/PE/PVdC/PE/PVC + Alu, incluido en un estuche; 28, 56 comprimidos. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios Alter, S.A.-C/Mateo Inurria 30-28036 Madrid (España). **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Reembolsable por el S.N.S. **PRESENTACIONES Y PVP.** HEIPRAM 10 mg comprimidos recubiertos con película: envases con 28 comprimidos (PVP IVA: 8,76 €), 56 comprimidos (PVP IVA: 17,53 €). HEIPRAM 15 mg comprimidos recubiertos con película: envases con 28 comprimidos (PVP IVA: 13,14 €), 56 comprimidos (PVP IVA: 26,29 €). HEIPRAM 20 mg comprimidos recubiertos con película: envases con 28 comprimidos (PVP IVA: 17,53 €), 56 comprimidos (PVP IVA: 35,05 €). Para más información, consulte la ficha técnica completa o al Departamento Médico de Laboratorios Alter, S.A. Tfno. 91359 20 00. Septiembre 2019 (V01).





ROCOZ
PROLONG Quetiapina



Apaloz
ARIPIPRAZOL



Heipram
Escitalopram

Patrocinado por:

 **ALTER MÉDICA**

Material destinado al profesional sanitario

SANICOVID MAYO 2020