



No.

00000030

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador en el artículo 32 dispone que: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”*; y que: *“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*;
- Que,** la Norma Suprema, en el artículo 361, prescribe que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud en el artículo 4 establece que: *“La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”*;
- Que** el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 0000452, publicado en la Edición Especial del Registro oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, establece como misión de la Dirección Nacional de Normatización desarrollar y definir normas, manuales, protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión; y,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR EL ARTÍCULO 154, NUMERAL 1, DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA

ACUERDA:

- Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación del Protocolo **“Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas”**, elaborado por la Dirección Nacional de Normatización en coordinación con la Comisión de Salud Mental y con apoyo de los establecimientos que conforman la Red Pública Integral de Salud.
- Art. 2.-** Disponer que el Protocolo **“Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas”**, sea aplicado a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, Dirección Nacional de Hospitales, Comisión de

1





Salud Mental; y, a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 06 ABR. 2016

Dra. Margarita Guevara Alvarado
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

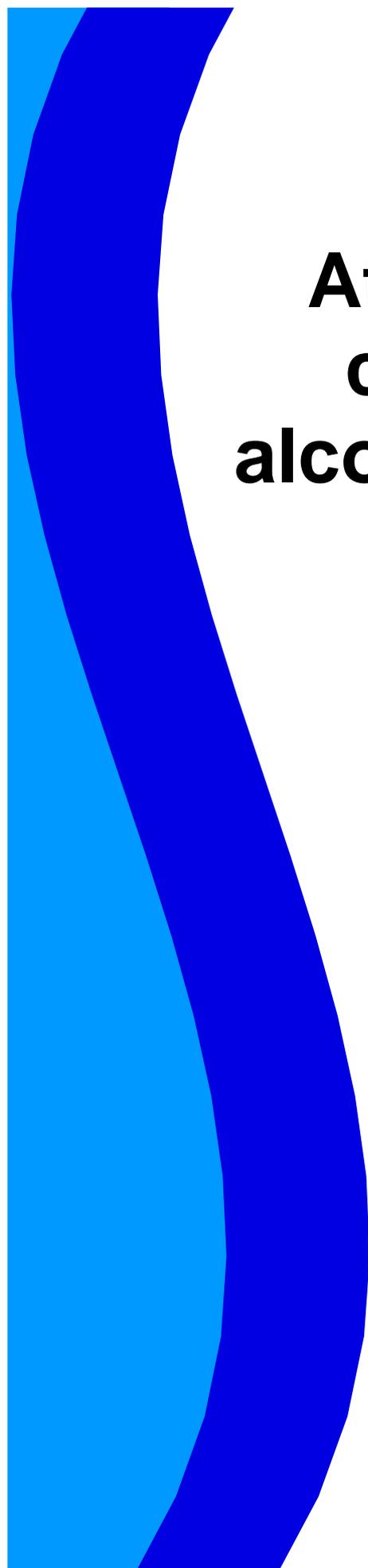


	Nombre	Area	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dra. Verónica Espinosa	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministra	
	Dr. Laureano Restrepo	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro	
	Dra. Gina Reyes	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública	Subsecretaria	
	Dr. Paul Oswaldo Proaño	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretario	
Revisado	Dr. Julio López	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Director	
	Dra. Sonia Brazales	Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos	Directora	
	Dr. Juan Chuchuca	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud	Director	
	Dr. Patricio Gaón	Dirección Nacional de Hospitales	Director	
	PsCl. Roberto Enriquez	Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones	Gerente (S)	
Revisado	Dra. Martha Gordón	Dirección Nacional de Normatización.	Directora	
	Dr. Juan Alvear	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director	
Elaboración del Acuerdo	Abg. Lenin Melo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Técnico Especializado	
	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	
Elaboración del protocolo	Dra. María José Larrea	Dirección Nacional de Normatización	Analista	
	Dr. David Armas	Dirección Nacional de Normatización	Analista	
	Msc. Carlos Díaz	Proyecto de Salud Mental	Analista	

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN QUITO A, 11 ABR. 2016

SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA





Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas

Protocolo

2016

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo Quito: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización-Comisión de Salud Mental – MSP; 2016.
188 páginas: tabs: gra: 18 x 25 cm

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito – Ecuador
Teléfono: (593) 2381-4400
www.salud.gob.ec

Edición General: Dirección Nacional de Normatización

Este Protocolo de Atención integral ha sido adaptado y redactado por profesionales de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública junto con el Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones. En el se reúne el tratamiento integral tanto médico como psicológico del paciente con consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Publicado en XXX del 2016
ISBN XXXXXXXXXXXXXXX

Los contenidos son publicados bajo Licencia de Creative Commons de “Atribución-Nocomercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo. Primera Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso
Corrección de estilo:
Hecho en Ecuador – Printed in Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dra. Margarita Guevara, Ministra de Salud Pública
Dra. Verónica Espinosa, Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dr. Laureano Restrepo, Viceministro de Atención Integral en Salud
Dra. Gina Reyes, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud.
Dr. Paul Proaño, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Dra. Martha Gordón, Directora Nacional de Normatización
Ing. Gabriela Morales, Gerente Proyecto, Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

Edición General

Dirección Nacional de Normatización-MSP

Equipo de redacción y autores

Md. Ma. José Larrea B, analista, Dirección Nacional de Normatización-MSP, Quito
Md. David Armas, analista, Dirección Nacional de Normatización-MSP, Quito
MSc. Carlos Díaz, analista, Proyecto de Salud Mental-MSP, Quito
Dra. Sara Torres, psiquiatra, Jefa del Hospital Psiquiátrico, Instituto de Neurociencias, Guayaquil.
Lcda. Karina Pamila, licenciada, Unidad de Conductas Adictivas, Instituto de Neurociencias, Guayaquil
Dr. Jimmy Ortiz, psiquiatra, Unidad de Conductas Adictivas, Instituto de Neurociencias, Guayaquil
Dr. José Valdevila, psiquiatra, Unidad de Conductas Adictivas, Instituto de Neurociencias
PsCl. Roberto Enríquez, analista, Proyecto de Salud Mental-MSP, Quito
PsCl. Gabriela Hernández, analista, Proyecto de Salud Mental-MSP, Quito
Sr. Christian Andrés Villacres, técnico, Proyecto de Salud Mental-MSP, Quito
Md. Daniel Ruiz, analista, Dirección Nacional de Normatización-MSP, Quito

Equipo de revisión y validación

Dr. José Galárraga, médico familiar, Comité de Farmacología del Distrito 17D07.
Dra. Viviana Salazar, médico internista, Hospital Eugenio Espejo
Dr. Jorge Gaibor, toxicólogo, Coordinador CITOX
Dra Ibella Ortiz, médico emergenciólogo, Hospital Regional Ambato
Dra. Paola Nuñez, médico general, Distrito 17D07 Quito
Dr. Roberto Tapia, psiquiatra infato-juvenil, Hospital Vicente Corral Moscoso
Dr. Nicolas Pacheco, médico emergenciólogo, Hospital Vicente Corral Mosoco
Lcda. Nelly Pérez, licenciada, Hospital Regional Ambato
Dra. Mercedes Vivanco, médico general, Coordinadora de Emergencia de Centro de Salud de Conocoto.
Dra. María Molestina, médico internista, Hospital Enrique Garcés
Dra. Clara Dutazaca, psiquiatra Infantil, Hospital Francisco de Icaza Bustamante
Dr. Ángel Herrera, postgradista R2 de psiquiatría, Universidad Central del Ecuador, Hospital Eugenio Espejo
Dr. Luis López, médico emergenciólogo, Hospital Enrique Garcés
Lcda. Sylvia Jijón, enfermera de emergencia, Hospital Enrique Garcés
Dra. Dayani Martínez, médica familiar, Hospital Vozandes.
Dra. Sara Benítez, psiquiatra, Hospital Julio Endara.
Dra. Claudia Chávez, psiquiatra, Hospital San Lázaro.
Dra. Jacqueline Cevallos, médica familiar, Centro de Salud El Carmen 17D06
Psc. Iván Acuña, psicólogo clínico, Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional.

Psc. Mirian Calderón, psicóloga clínica, Centro de Salud N°8, Cotacollao
Psc. Mónica Vilatuña, psicóloga clínica, Hospital Baca Ortiz
Psc. Ricardo Carcelén, psicólogo clínico, Instituto de Neurociencias, Guayaquil
Psc. Pablo Montalvo, psicólogo social, Distrito 17D06
Psc. Daniela Guzmán, Responsable de Salud Mental, Coordinación Zonal 9
Psc. Alicia Hurtado, Coordinadora de Salud Mental, Hospital Vicente Corral Moscoso
Psc. Fidaa Al Ibrahim, psicólogo clínico, Hospital Psiquiátrico Julio Endara
Psc. Raul Silva, analista, Dirección de Primer Nivel, MSP
Psc. Marco Gamboa, docente, Facultad Psicología, Universidad Central del Ecuador
Psc. Karla Pérez, docente, Facultad de Psicología, Universidad Central del Ecuador
Psc. Nelson Andrés, psicólogo clínico, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1, Quito
Dra. Yaneisy Jiménez, psiquiatra, Hospital Pablo Arturo Suarez/CETAD
Psc. Mirian Calderón, psicóloga clínica, Área N°8 Cotacollao
Dra. Judith Vargas, médica emergencióloga, Hospital Eugenio Espejo
Dr. Goethe Sacoto, médico internista, Hospital Pablo Arturo Suarez
Psc. Álvaro Corral, psicólogo clínico, Hospital Eugenio Espejo
PsCl. Andrés Aguirre, analista, Proyecto Salud Mental, MSP
Dra. Linda Arturo, médica pediatra, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito
PsCl. Fernanda Maldonado, psicóloga clínica, Centro de Salud Calderón
Dr. Wilder Duarte, psiquiatra, Hospital de Clínicas Pichincha
Dra. Verónica Delgado, médica internista, Hospital Vicente Corral Mocosó
Psc. Viviana Vizueta, analista, Gestión Interna de Organización e Implementación de Políticas y normativas en los Servicios de Primer Nivel de Atención.
Lcdo. Jorge Almeida, licenciado, Hospital Eugenio Espejo
Dr. Wilfrido León, médico gineco obstetra, Universidad Central del Ecuador
Dr. Juan Jarrín, médico psiquiatra, Hospital Carlos Andrade Marín
Dra. María Castillo, médica internista, Hospital Metropolitano
Dra. Trudy Ladrovo, médica internista, Hospital Metropolitano
Dr. Miguel Hinojosa, médico pediatra neonatólogo, Hospital Enrique Garcés
Lcda. Jeovanna Roldán, licenciada, Hospital Pablo Arturo Suarez
Psc. Elisa Puertas, Jefa de la Unidad de Salud Mental, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Psc. Johanna Porras, psicóloga clínica, Hospital Carlos Andrade Marín
Lcda. Adriana Barrionuevo, licenciada en enfermería, Hospital Vozandes, Quito
Psc. Fanny Ochoa, psicóloga clínica, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1, Quito
Dr. Aquiles López, médico familiar, Centro de Salud Conocoto
Mgs. Mercedes Allauca, analista, Proyecto Salud Mental, MSP
Dr. Eduardo Yépez, médico gineco obstetra, Universidad Central del Ecuador
Dra. Mercedes Vivanco, Jefa del Servicio de Emergencia, Centro de Salud Conocoto
Psic. Jaime Manzano, Centro Especializado para el Tratamiento a persona con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), Quito
Psic. Alejandro Valencia, Centro Especializado para el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), Quito
Dra. Ximena Raza, magister en salud pública, Coordinadora de DNN,
Bqf. Jacob Flores Enríquez, analista, Dirección Nacional de Medicamentos
Bqf. Silvia Álvarez Freire, analista, Dirección Nacional de Medicamentos
Bqf. Carolina Silva Ponce, analista, Dirección Nacional de Medicamentos
Dra. María Belén Mena, profesora, Universidad Central del Ecuador
Lcda. Ximena Pinto, analista, Dirección Nacional de Medicamentos

Contenidos

Introducción	6
Justificación	6
Marco legal	7
Alcance	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Definiciones:	10
Capítulo I	13
Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas	13
Capítulo II	21
Alcohol.....	21
Capítulo III	49
Tabaco.....	49
Capítulo IV	63
Cannabis	63
Capítulo V	69
Sustancias estimulantes	69
1. Cocaína	69
2. Anfetaminas.....	89
Capítulo VI	91
Benzodiacepinas	91
Capítulo VII	98
Situaciones especiales	98
Embarazadas.....	98
1. Alcohol	98
2. Tabaco.....	102
3. Cannabis.....	104
4. Cocaína.....	104
Capítulo VII	106
Manejo psicoterapéutico integral.....	106
Intervención de psicología	111
Seguimiento y evaluación	115
CAPÍTULO IX	116
Tratamiento residencial (tercer nivel de atención)	116
Modelo de tratamiento integral residencial	118
Puntos fuertes del Modelo de tratamiento integral residencial	119
Herramientas de los centros especializados de tratamiento.....	119
Tratamiento residencial en los centros especializados de tratamiento	124
Etapas de intervención terapéutica en el centro especializado de tratamiento.....	124
Abreviaturas	131
Referencias	133
Anexos	146

Introducción

El problema del uso nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas afecta a todos los pilares del desarrollo de un país: el productivo, el político, el social y el ambiental. Más aún si se consideran los impactos que ejercen sobre la sociedad los distintos eslabones del problema (producción, tráfico, venta, consumo).⁽¹⁾

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención son el primer contacto de la población con el personal de salud, en donde se realizan acciones de promoción, prevención y tratamiento terapéutico ambulatorio en el consumo de drogas, ya que se prioriza las acciones comunitarias con estrategias, participativas, de comunicación y formativas que generan conocimiento sobre el fenómeno social de las drogas, y favorecen la coordinación con las organizaciones de la sociedad civil.

Este protocolo de atención integral tiene la finalidad de facilitar herramientas de apoyo a los profesionales de la salud, para fortalecer sus capacidades en el abordaje integral de las personas que requieren atención por el consumo nocivo de alcohol y otras drogas; así como garantizar la debida y oportuna referencia o derivación a los distintos niveles de atención y complejidad de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los mecanismos de atención integral propuestos en este protocolo, están basados en evidencia científica; de tal manera que constituyen un apoyo para que los profesionales de salud cuenten con una capacidad de respuesta oportuna y efectiva.

Justificación

El abuso de sustancias psicotrópicas es un problema grave para las sociedades, pues éste no afecta únicamente al individuo que las consume sino a todos aquellos que lo rodean generando así un grave problema de salud pública.

Las personas consumidoras de alcohol, tabaco y otras drogas tienen más probabilidades de morir prematuramente debido a varias circunstancias, cien por ciento prevenibles como; la intoxicación aguda, sobredosis, infecciones transmisibles como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), morbilidad producida por el consumo de las mismas, intentos de suicidio y lesiones físicas producidas por accidentes, sobre todo los de tránsito y los generados por violencia, etc.⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽³⁾ reportó que en el año 2012, en la población de 15 a 64 años, la tasa de mortalidad atribuida al consumo de drogas fue de aproximadamente 40,0 muertes por millón. Considerando además que el consumo de sustancias psicotrópicas dentro de este grupo etario fue de 3.5% al 7.0%.

Con lo que respecta al alcohol, la OMS⁽⁴⁾ reporta que su consumo produce 3.3 millones de muertes al año, representando el 5.9% de todas las muertes. Además reporta que el consumo promedio de alcohol puro en la población mundial es de aproximadamente 21.2 litros/años en los hombres y 8.9 litros/año en las mujeres. Por otra parte, se estima que el 21% de la población de 15 años o mayor consumen tabaco, considerando que la tasa de consumo en los hombres es 5 veces superior a la de las mujeres.⁽⁵⁾

Según datos del Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP)⁽⁶⁾, en el año 2010, se reportaron 515 muertes atribuidas al consumo de

sustancias psicotrópicas, diagnosticados y clasificadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), lo que viene a representar el 0.89% del total de muertes. Dentro de este porcentaje el alcohol es el principal causante, atribuyéndole un 97.43% de las causas.

En el Ecuador, el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, ⁽⁷⁾ reportó que en el año 2012 el 70.4% de los estudiantes usó alcohol al menos una vez en el último año. Dentro de los consumidores, tras haber aplicado el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) como instrumento de estudio del uso en riesgo y perjudicial de alcohol, se obtuvo que el 36.8% de ellos calificaba como consumidor de riesgo, y el 15.5% presentaba signos de dependencia. La OMS ⁽⁴⁾ indica que en el consumo promedio de alcohol puro en el Ecuador es de 7.1 litros/año, siendo de 11.1 litros/años en los hombres y 3.4 litros/año en las mujeres. Además estiman que este consumo produce 4 años menos de vida en los consumidores de alcohol de nuestro país.

En el mismo estudio se reportó que el consumo de tabaco es del 34.4%, siendo mayor en los hombres (47.8%) que en las mujeres (22.7%). Con lo que respecta al consumo de otras sustancias, se reportó que el 0.6% de la población universitaria utilizó benzodiacepinas (BZD) sin prescripción médica, el 9% consume marihuana de la cual el 26% presentan signos de abuso o dependencia, el 1.2% cocaína, 0.5% pasta de base y 0.4% anfetaminas. ⁽⁷⁾

Por esta razón se requiere contar con una norma para que los profesionales de la salud proporcionen la mejor atención a los consumidores de riesgo y nocivos de alcohol, tabaco y otras drogas, para disminuir muertes por intoxicación aguda y sobredosis, además de conseguir la deshabituación exitosa a todos aquellos que lo necesiten para garantizar una mejor calidad de vida y una reintegración social exitosa, evitando así consecuencias producidas por el consumo nocivo de estas sustancias.

Marco legal

Constitución de la República del Ecuador⁽⁸⁾

“Art.46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes (...)

5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará

todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- *La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.*

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- *El Estado será responsable de (...)*

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

Art. 364.- *Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.”*

Ley Orgánica de Salud ⁽⁹⁾

“Art. 4.- *La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.*

Art. 6.- *Es responsabilidad del Ministerios de Salud Pública: (...)*

10. *Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas, y otras sustancias que afectan la salud. (...)*

22. *Regular, controlar o prohibir en casos necesarios, en coordinación con otros organismos competentes, la producción, importación, comercialización, publicidad y uso de sustancias tóxicas o peligrosas que constituyan riesgo para la salud de las personas.*

Art. 38.- *Declárese como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico.*

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, adoptar medidas para evitar el consumo del tabaco y de bebidas alcohólicas, en todas sus formas, así como dotar a la población de un ambiente saludable, para promover y apoyar el abandono de estos hábitos perjudiciales para la salud humana, individual y colectiva.

Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social.

Art. 51.- *Está prohibido la producción, comercialización, distribución y consumo de estupefacientes y psicotrópicas y otras sustancias adictivas, salvo el uso terapéutico y bajo prescripción médica, que serán controlados por la autoridad sanitaria nacional, de acuerdo con lo establecido en la legislación pertinente.*

Art. 171.- *Es prohibida la venta de medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas y estupefacientes que no cuenten con receta emitida por profesionales autorizados para prescribirlas. Cuando se requiera la prescripción y venta de medicamentos que contengan estas sustancias, se realizará conforme a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional y la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.”*

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017⁽¹⁰⁾

Objetivo 3

“3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas: (...)

e) Prevenir y combatir el consumo de tabaco; alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en periodos de gestación, niñas, niños y adolescentes.

Objetivo 6

6.8 Promover una cultura social de paz y la convivencia ciudadana en la diversidad: (...)

e) Articular acciones integrales de prevención de consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas”.

Alcance

El presente documento es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo general

Proporcionar a los profesionales de la salud un instrumento técnico con la mejor evidencia científica disponible para brindar atención integral a personas con consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, implementando el programa terapéutico integral de atención de salud.

Objetivos específicos

- a) Brindar una herramienta adecuada a los profesionales de la salud para la identificación y manejo de los consumidores nocivos de alcohol, tabaco y otras drogas.
- b) Proporcionar pautas de promoción, prevención y manejo integral a todas las personas atendidas por consumo nocivo de sustancias psicotrópicas.
- c) Determinar el seguimiento integral a las personas atendidas por el uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- d) Establecer los criterios de referencia y contra-referencia, de los pacientes diagnosticados de consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, según los niveles de atención de los establecimientos de salud.

Definiciones:

Ad-libitum: expresión latina que significa literalmente “a voluntad” o, si se prefiere, “como se quiera”. ⁽¹¹⁾

Consejo breve: intervención corta y poco estructurada que dura entre 20-30 minutos en la cual se da consejo a la persona en la que se ha detectado un consumo nocivo y se completa con sesiones de refuerzo y seguimiento. ⁽¹²⁾

Consejo simple: intervención corta y poco estructurada que dura aproximadamente 5 minutos en la cual se da consejo a la persona en la que se ha detectado un consumo nocivo. ⁽¹²⁾

Consumo de riesgo: patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Éste se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la Organización Mundial de la Salud(OMS), pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10. ⁽¹³⁾

Consumo nocivo: patrón de consumo de una sustancia psicotrópica que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental. ⁽¹⁴⁾

Craving (impulso irresistible de beber): deseo muy fuerte de consumir una sustancia psicotrópica o de experimentar los efectos derivados de su intoxicación. ⁽¹³⁾

Desintoxicación: proceso mediante el cual una persona deja de sufrir gradualmente los efectos de una sustancia psicotrópica. ⁽¹³⁾

Droga: toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones del mismo. ⁽¹⁵⁾

Factor de riesgo: atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). ⁽¹⁵⁾

Factor protector: atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. ⁽¹⁵⁾

Feedback (información de retroalimentación): en un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo). ⁽¹⁶⁾

Insight (hacia adentro): adquisición de un conocimiento nuevo de una visión interna más profunda respecto de algo que era antes inaccesible, y que se vive con novedad por quien la experimenta. ⁽¹⁷⁾

Integración social: conjunto de programas disponibles para que la persona que ha superado su adicción pueda nuevamente incorporarse a su vida social normal y se evite la estigmatización, marginalidad y aislamiento social. ⁽¹⁵⁾

Intervención breve: intervención limitada en el tiempo de duración siempre inferior a la de un tratamiento específico, que incluye una evaluación global, asesoramiento breve, y cierto seguimiento. ⁽¹⁸⁾

Intoxicación: estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol que produce alteraciones de nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado de ánimo, del comportamiento o de otras funciones o respuestas fisiológico y psicológico. ⁽¹⁵⁾

Policonsumidor: comportamiento de aquellas personas que, al tiempo que tienen un diagnóstico de dependencia de una sustancia, también consumen otras sustancias o tienen dependencia de otras. ⁽¹⁵⁾

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. ⁽¹⁹⁾

Promoción de la salud: combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medio ambientales que mejorarán o protegerán la salud. ⁽²⁰⁾

Reducción de riesgos y daños: políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de drogas (tanto legales como ilegales), tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. ⁽¹⁵⁾

Reinserción social: proceso planificado, dinámico y multidimensional, constituido por acciones que pretenden promover y facilitar la autonomía personal y la participación social de las personas que presentan vulnerabilidad o han sido excluidas. ⁽¹⁵⁾

Sustancia antidipsotrópica: agente terapéutico que se prescribe para ayudar a mantener la abstinencia al alcohol; actúa produciendo efectos secundarios desagradables si se consume alcohol. ⁽¹³⁾

Sustancia aversiva: sustancia que suprime una conducta indeseable asociándola a una experiencia desagradable. ⁽¹³⁾

Sustancia psicotrópica: sustancia (o droga) de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía en el organismo ejerce un efecto sobre el sistema nervioso central, modificando el estado físico y mental del individuo, y que produce dependencia, síndrome de abstinencia y necesidad de su consumo por parte del individuo. ⁽¹⁵⁾

Tolerancia: disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. ⁽¹³⁾

Tolerancia cruzada: desarrollo de tolerancia a una sustancia a la cual no ha habido exposición previa, debido al consumo agudo o crónico de una sustancia. ⁽¹³⁾

Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF): efectos directos producidos sobre el embrión y/o el feto en desarrollo, por el consumo materno de alcohol durante la gestación y posterior lactancia. ⁽²¹⁾

Unidad de Bebida Estándar (UBE): contenido medio en alcohol de un consumo habitual atendiendo a su graduación y volumen. ⁽²²⁾

Fórmula: UBE= volumen de alcohol (litros) x % alcohol de la bebida x 0.8

Capítulo I

Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas

La complejidad que abarca la drogodependencia amerita ser manejada bajo un sistema integral, que permita atender a los diferentes problemas asociados al consumo nocivo de sustancias psicotrópicas. De esta manera se podrá abarcar el ámbito médico, psicológico, social y económico, logrando como objetivo final la participación social activa y la incorporación de estilos de vida saludables sin necesidad de recurrir al consumo de drogas. ⁽²³⁾

El manejo integral para la rehabilitación de los pacientes drogodependientes seguirá una estructuración diagnóstico-terapéutica escalonada según el grado de accesibilidad y especialización que necesite el individuo. ^{(12) (24)}

Primer nivel de atención:

Aquí se iniciará la intervención a estos pacientes por lo que en este nivel se detectará, atenderá, captará, motivará y derivará a otros niveles de atención para el inicio del tratamiento. También, en este nivel se atenderá las necesidades sociales y sanitarias básicas, se facilitará información y asesoramiento a las personas y familiares. Y finalmente se contemplarán actuaciones para reducción de daños y riesgo con el consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas. ^{(23) (24)}

El médico o profesional de la salud que atienda a este paciente será el encargado directo de realizar la referencia al segundo nivel de atención, captar la contra-referencia y posteriormente encargarse de su seguimiento. ^{(23) (24)}

Segundo nivel:

Este nivel será el eje fundamental donde se desarrollará la intervención en casos de intoxicación aguda y manejo del síndrome de abstinencia cuando el cuadro clínico lo requiera, manejada siempre de manera interdisciplinaria. ^{(23) (24)}

En este nivel se decidirá la derivación temporal a centros de mayor especialidad según las características y necesidades del paciente al igual que se mantendrá una estrecha coordinación con el primer nivel de atención para favorecer los objetivos de normalización e integración social. ^{(23) (24)}

Tercer nivel:

Prestará atención específica en modalidad residencial la cual no puede ser realizada en el segundo nivel de atención durante un tiempo necesario. Aquí funcionan los Centros de Recuperación. Sin embargo apenas concluya esa fase del tratamiento deberán coordinar con el primer nivel para la continuación del tratamiento. ⁽²³⁾

Atención pre-hospitalaria:

Éste es el encargado de atender a el/la paciente desde que se comunica un evento que amenaza la salud, como por ejemplo una intoxicación aguda por cocaína, alcohol u otras drogas, hasta que sea admitido/a en un servicio de emergencia del establecimiento de salud cuya capacidad resolutoria sea la adecuada. ⁽²⁰⁾

Evaluación Clínica y diagnóstico

La evaluación inicial es la etapa más importante del tratamiento, su correcto abordaje es esencial para lograr un vínculo de empatía, comprensión y colaboración, las cuales condicionan el resto de las fases del tratamiento. Los objetivos de esta primera intervención en el/la paciente son: ^{(12) (25)}

1. Realizar una historia clínica completa que recoja información relacionada al consumo de sustancias psicotrópicas y al proceso adictivo para establecer el diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o drogas, permitiendo así formular un plan terapéutico integral.
2. Investigar comorbilidades asociadas.
3. Evaluar complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: salud psicológica, problemas laborales, familiares, legales, etc.
4. Determinar las condiciones sociales y económicas del paciente.
5. Establecer una relación terapéutica apropiada que incentive y facilite encuentros posteriores (apego terapéutico).

La evaluación clínica dentro del contexto de adicciones debe incluir; historia clínica completa, exploraciones complementarias y uso de herramientas de tamizaje para un diagnóstico apropiado. ⁽¹²⁾

Historia clínica completa

Ésta se realizará en el contexto de la entrevista clínica en la cual el profesional de la salud es responsable de mostrar la mejor actitud y propiciar el clima adecuado para el desarrollo de la misma, la intervención terapéutica y posterior seguimiento del paciente. ⁽¹²⁾

Dentro de la historia clínica la anamnesis es la herramienta más importante para abordar y valorar el consumo de sustancias nocivas de un paciente. Por lo que los médicos de atención primaria deben estar capacitados e incluir en su entrevista preguntas acerca del consumo de alcohol y otras drogas. ⁽²⁶⁾

Es fundamental evitar los juicios de valor y los estereotipos, no causar confrontaciones, críticas, ni amenazas, y estimular cambios compatibles con el estado emocional del paciente. ^{(12) (25)} Y si fuera preciso, dependiendo de la situación clínico-emocional del paciente, la entrevista podrá realizarse en varias sesiones. ⁽¹²⁾

Se debe informar sobre el derecho a la confidencialidad, secreto profesional y autonomía del paciente a la hora de tomar sus propias decisiones y la posibilidad de que el paciente autorice a otra persona de confianza para que acceda a información sobre el estado y evolución del tratamiento. ^{(12) (26)}

La Asociación Americana de Psiquiatría recomienda que se incluyan todos los siguientes puntos dentro de la evaluación clínica. ⁽¹²⁾

1. Identificación: datos de filiación (edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel académico, residencia, profesión, ocupación, situación laboral, nivel económico, etc.)
2. Situación actual por la que el paciente demanda el tratamiento, incluyendo:
 - a) Motivo de consulta/demanda de tratamiento: profundizar la razón real que lleva al paciente a buscar ayuda, en donde incluya; problemas económicos,

judiciales, familiares, laborales, o por voluntad propia y deseo de superar la adicción.

- b) Estado de intoxicación/abstinencia: de la gravedad e intensidad dependerá la facilidad o dificultad de obtener la información.
- c) Disposición actual para el cambio: revela la aceptación del paciente con relación a su enfermedad adictiva, permitiendo orientar los objetivos terapéuticos a futuro. En este acápite se podrá establecer el estadio en el que se encuentra el paciente:

Tabla 1. Estadios en el proceso del cambio y objetivos terapéuticos.

Estadio	Definición	Objetivo terapéutico
Precontemplación	El paciente no es consciente de que su conducta es problemática y no se plantea modificarla	Generar dudas, haciendo ver la posible relación existente entre su conducta y las consecuencias detectadas
Contemplación	Paciente consciente de la existencia de un problema. Comienza a pensar en la posibilidad de realizar un cambio (aún existe ambivalencia)	Facilitar el análisis de los pros y los contras de su conducta
Preparación	El paciente toma la decisión de cambiar	Asesorar acerca de las acciones necesarias para el cambio
Acción	El paciente realiza el cambio de conducta	Apoyar para que el cambio sea efectivo
Mantenimiento	Paciente activo en la consolidación del cambio y la prevención de recaídas	Reanudar los procesos de cambio evitando bloqueos por desmoralización
Recaída	Más que un fracaso supone un paso a un estado previo de la acción	La recaída supone una fuente de conclusiones positivas desde el punto de vista del aprendizaje

Fuente: El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Barcelona, 2007 ⁽²⁶⁾

- d) Consumo en los 30 días previos: se recomienda utilizar un orden lógico, conociendo la denominación de las diferentes drogas dentro de la jerga del paciente:
 - Droga principal: en caso de que sea policonsumidor, se debe tener en cuenta que siempre habrá una sustancia que predomine en preferencia y en patrón de consumo.
 - Drogas acompañantes: especificar si el consumo de las drogas se las hace todas juntas o por sustitución de la principal.
 - Motivaciones para el consumo.
 - Frecuencia del consumo y dosis: la declaración por el paciente suele ser superior a la real por miedo al síndrome de abstinencia y a no recibir las dosis adecuadas de psicofármacos en la desintoxicación.
 - Vía de administración: es básica para conocer los factores de riesgo y las posibles complicaciones orgánicas.
 - Patrón de consumo: especifica las condiciones en las que consume, si lo hace solo, en grupo, en eventos sociales, etc.
 - Factores precipitantes: estados de ánimo, conflictos, estados de tensión y estrés, molestias físicas, disponibilidad económica, etc.
 - Forma de obtener el dinero para la droga.

- Tiempo de consumo nocivo: tiempo estimado desde que el consumo comenzó a convertirse en un problema, según la perspectiva del paciente.
 - Consecuencias asociadas al consumo: físico, emocional, cognitivo, conductual y social.
- e) Comorbilidad física y/o psíquica: se debe apoyar con exámenes complementarios, útil sobre todo en infecciones prevalentes en este grupo de pacientes (VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, etc.).
 - f) Conductas de riesgo para las enfermedades transmisibles.
 - g) Problemas socio-familiares: se debe tener énfasis en la estructura familiar y su funcionamiento, así como investigar sus repercusiones a nivel económico y laboral debido al consumo de drogas.
 - h) Funcionamiento global del paciente: se resumirá la situación actual del paciente sobre las repercusiones de su consumo de drogas con respecto a todos los aspectos de la vida del paciente.
3. Historia adictiva y de salud: debe abarcar toda la evolución del consumo de drogas y sus consecuencias desde el inicio del hábito de consumo hasta el momento actual (consulta) especificando la evolución del consumo de drogas y sus problemas desde su inicio hasta el momento de la consulta.
 - Historia toxicológica clínica.
 - Tratamientos previos
 - Antecedentes personales
 - Antecedentes familiares
 4. Entrevista de informantes externos: servirá para confirmar, completar y contrastar la información del paciente con la proporcionada por personas cercanas a el/ella, respetando siempre el principio de confidencialidad, investigando además antecedentes familiares con respecto al uso y abuso de sustancias.

Evaluaciones complementarias

Estas pruebas complementan la información recogida durante la entrevista clínica y ayudan a definir el estado psicofísico del paciente y la gravedad de su adicción. A todo paciente que sea dependiente de una droga se le deberá realizar los siguientes exámenes: ^{(12) (24) (26)}

- Hemograma
- Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, TGO, TGP, GGT, FA, bilirrubinas.
- VSG
- Gasometría
- Proteinograma: total y albúmina.
- Estudio de coagulación
- Serología (VHA, VHB, VHC, VHD)
- Serología para VIH (con consentimiento informado)
- VDRL/RPR
- Baciloscopía
- Test de embarazo
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Control de tóxicos en orina
- Otras según amerite el paciente.

Diagnóstico:

En un principio estos instrumentos tendrán como objetivo la valoración de síntomas de inicio o avanzados de dependencia a sustancias psicotrópicas en la cual se utilizarán los criterios nosológicos internacionales como el CIE-10. Tras esto se evaluará la gravedad de la dependencia en la cual pueden utilizarse escalas como la *Severity of Dependence Scale (SDS)*, *Addiction severity index (ASI)*, *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, etc. ^{(12) (24)}

Identificada/s la/s sustancia/s consumidas por el paciente, se deberán aplicar cuestionarios específicos para cada droga y/o alcohol. Además es recomendable utilizar cuestionarios para hacer un diagnóstico de la calidad de vida como *Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS-II)*, *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short form (Q-LES-Q-SF)*, *The 100 questions with response scales (WHOQOL-100)*, etc. ^{(12) (24)}

Criterios diagnósticos para la clasificación de enfermedades, CIE-10 ⁽¹⁴⁾

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicotrópicas (F10-F19)

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicotrópicas, las cuales pueden o no estar prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

La identificación de la sustancia psicotrópica debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicotrópica. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que han causado o han contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común .0) o en cantidades suficientes para causar daño (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3-.9).

Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas (F19.-) en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicotrópicas son caóticos e indiscriminados, o en los que los patrones de uso de drogas psicotrópicas están mezcladas inseparablemente.

Excluye: *abuso de sustancias que no producen dependencia (F55)*

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter son para ser usadas con las categorías F10-F19;

.0 Intoxicación aguda:

Excluye: *intoxicación cuando significa envenenamiento (T36-T50)*

Estado posterior a la administración de una sustancia psicotrópica, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia, y se

resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración.

Embriaguez aguda en el alcoholismo

Embriaguez SAI

Intoxicación patológica

“Mal viaje” (drogas)

Trance y posesión en la intoxicación por sustancia psicotrópica

.1 Uso nocivo

Patrón de consumo de una sustancia psicotrópica que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la auto-administración de sustancias psicotrópicas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol)

Abuso de sustancia psicotrópica

.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para auto controlar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicotrópica (por ejemplo tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicotrópicas farmacológicamente diferentes.

Alcoholismo crónico

Dipsomanía

Drogadicción

.3 Estado de abstinencia

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicotrópica, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicotrópica utilizada inmediatamente antes de la supresión o de la disminución del consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

.4 Estado de abstinencia con delirio

Afección en la que el estado de abstinencia definido en el cuarto carácter común .3 se complica con delirio según los criterios en F05. También se pueden presentar convulsiones. Cuando se considera que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología, la afección deberá clasificarse en F05.8.

Delirium tremens (inducido por alcohol)

.5 Trastorno psicótico

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicotrópica, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave.

Alcohólica

- Alucinosis

- Celotipia
- Paranoia
- Psicosis SAI

Excluye: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por el alcohol u otras sustancias psicotrópicas (F10-F19 con cuarto carácter común .7)

.6 Síndrome amnésico

Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamientos de los sucesos como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones.

Psicosis o síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas o no especificadas.

Trastorno amnésico inducido por alcohol o drogas

Excluye: psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico.

.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por sustancias psicotrópicas, se prolongan más allá del periodo durante el cual podría sumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia psicotrópica. En los casos en que el comienzo del estado ocurra más tarde que el o los episodios del uso de dicha sustancia, será codificado aquí sólo cuando se disponga de evidencias claras y firmes para atribuir ese estado a los efectos residuales de la sustancia psicotrópica. Las retrospectivas (flashbacks) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

Demencia alcohólica SAI

Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente

Retrospectivas

Síndrome cerebral alcohólico crónico

Trastorno (de la):

- Afectivo residual
- Percepción post-consumo de alucinógenos
- Psicótico de comienzo tardío inducido por sustancias psicotrópicas
- Residual de la personalidad y del comportamiento

Excluye:

Estado psicótico inducido por alcohol o por sustancias psicotrópicas (F10-F19 con cuarto carácter común .5)

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol o por sustancias psicotrópicas (F10-F19 con cuarto carácter común .6)

.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento

.9 Trastorno mental y del comportamiento, no especificad

Tabla 2. Codificaciones CIE-10, de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

Código	Descripción
F10	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F11	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F12	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F13	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F14	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F15	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F16	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F17	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F18	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10]</i>
F19	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicotrópicas. [Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes del F10] Se debe usar esta categoría cuando se sabe que hay una cuestión dos o más sustancias psicotrópicas pero es imposible determinar cuál contribuye más al trastorno. Esta categoría debe emplearse también cuando es incierta o desconocida la identidad de algunas o incluso de todas las sustancias psicotrópicas que han sido usadas, ya que muchas personas que consumen múltiples drogas a menudo no conocen en detalle cuáles están tomando. Incluye: mal uso de drogas SAI</i>

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con Salud, 2008. ⁽¹⁴⁾

Plan de tratamiento individualizado

Junto con el deseo del paciente y dentro de un contexto interdisciplinar y multidimensional, se proseguirá a realizar un plan que consiga la rehabilitación y reinserción social del sujeto. Éste se efectuará en el segundo nivel de atención dirigido por un equipo interdisciplinario en el cual se incluyan médicos internistas, psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadores sociales, educadores, etc., quienes conjuntamente realizarán el plan más adecuado para cada individuo, y de ahí se decidirá el nivel de atención que necesite el paciente, realizando la referencia correspondiente y haciendo un seguimiento continuo para asegurar la rehabilitación y reinserción social exitosa. ^{(15) (23)}

La intervención médica, psicológica y la social son las tres intervenciones directas de actuación, las cuales deberán trabajar conjuntamente con el paciente y sus familiares, garantizando proporcionar un plan terapéutico específico según las características físicas, emocionales, económicas y familiares de cada paciente. ⁽²⁴⁾

Capítulo II

Alcohol

Abuso y dependencia

El alcohol etílico, o etanol, es una sustancia psicotrópica derivada del hidrocarburo con un grupo hidroxilo, C_2H_5OH , obtenido de la fermentación del azúcar por la levadura.⁽²⁷⁾ Su variedad depende del tipo de fruta o cereal y, sobre todo, del proceso del que se obtiene: fermentación o destilación.⁽²⁸⁾ Éste se ha utilizado globalmente durante siglos por muchas culturas y, debido a su capacidad de crear dependencia, ha generado una gran carga social y económica, sobre todo tras su consumo excesivo.⁽⁴⁾
(12)

Su uso está asociado al desarrollo de trastornos mentales, de comportamiento y físicos incluido el alcoholismo, alteraciones digestivas, musculo-esqueléticas, endócrinas, cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, hematológicas, cutáneas, algunos tipos de cáncer y traumatismos derivados de la violencia y accidentes de tránsito; además es causante de más de 200 enfermedades y trastornos, en donde se ha incluido enfermedades infecciosas predisponentes como tuberculosis y VIH.⁽⁴⁾⁽²⁷⁾

Sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, por la calidad del alcohol.⁽⁴⁾

Mecanismo de acción

La mayor parte de las acciones del etanol se debe a su interacción con dos receptores concretos: ácido γ -aminobutírico (GABA, por sus siglas en inglés) y N-metil-D-aspartato (NMDA) del glutamato. En donde el etanol potencia la acción del GABA y antagoniza la acción del glutamato, consecuentemente, a nivel cerebral, este actúa como un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC).⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾

Intoxicación aguda

Se considera al uso nocivo de alcohol en cantidades encima de lo tolerable por el organismo de cada individuo. Los síntomas se caracterizan por niveles crecientes de depresión del SNC, y la severidad de la intoxicación dependerá de la cantidad y concentración del alcohol ingerido, peso corporal, tolerancia al alcohol y el tiempo de ingesta. Aunque no todos los individuos reaccionan de igual manera según el grado de alcoholemia, se considera que los efectos más comunes son los siguientes:⁽²⁵⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾

Tabla 3. Alcoholemia y sintomatología relacionada.

Alcoholemia	Cuadro clínico	Examen físico	Grado de embriaguez
20-50 mg/dl	Euforia, excitación, alteración leve de la atención, disminución de la coordinación motora.	Tiempo de reacción prolongado, alteración en reacciones motrices, incremento de la locuacidad.	Primer grado
50-100 mg/dl	Incoordinación motora discreta, alteración del humor, la personalidad, el comportamiento y el juicio	Alteración de la convergencia ocular + Nistagmus postural + Incoordinación motora +	

100-150 mg/dl	Ataxia, hiperreflexia, prolongación del tiempo de reacción, cambios más pronunciados en el humor, alteraciones de la conducta	Aumento del polígono de sustentación + Euforia o somnolencia leve Aliento alcohólico leve	Segundo grado
150-250 mg/dl	Letargia, disartria, hipotermia, amnesia, diplopía, náuseas y vómitos	Alteración de la convergencia ocular ++ Nistagmus postural ++ Incoordinación motora ++ Aumento del polígono de sustentación ++ Somnolencia Disartria evidente Aliento alcohólico notorio	Tercer grado
250-300 mg/dl	Coma en el bebedor no habituado	Nistagmus postural +++ Estupor Aliento: olor a alcohol marcado	
>400 mg/dl	Depresión respiratoria, coma, muerte	Estado de coma Hipotensión Bradipnea Hipotermia Aliento: olor a alcohol marcado	

Modificado de: Protocolo de Atenção em Saúde Mental, 2010 ⁽²⁵⁾/ Guías Clínicas Sociodrogalcohol basadas en La Evidencia Científica, 2013 ⁽³¹⁾/ Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación Aguda por Alcohol Etilico, GPC-México, 2013 ⁽³²⁾ / Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de la intoxicación de pacientes con abuso o dependencia de alcohol. Bogota, 2013. ⁽³³⁾

Se considera dosis tóxica en adultos a 5 g/kg y a 3 g/kg en niños. ⁽³⁴⁾

Las manifestaciones más importantes se deben al cambio conductual adaptativo que produce desinhibición de impulsos sexuales y/o agresividad emocional, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad social o laboral; que son los que conllevan a realizar actividades de riesgo para el paciente y los que les rodean. ⁽³²⁾

Diagnóstico

Se basa en la historia clínica con una anamnesis y un examen físico exhaustivos y en ciertas ocasiones se requerirá exámenes complementarios, los mismos que cobran mayor importancia en el diagnóstico diferencial y las complicaciones y/o consecuencias.

Referirse al los criterios diagnósticos para la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 ⁽¹⁴⁾

Diagnóstico diferencial ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾

Según la presentación de:

- Hipoglucemia
- Trastornos electrolíticos
- Intoxicación barbitúrica / BZD / opioides / hipnóticos sedantes
- Depresión / intento de suicidio
- Cetoacidosis diabético / Coma hiperglucémico hiperosmolar / Cetoacidosis alcohólica

- Acidosis metabólica
- Pancreatitis aguda
- Hemorragia subaracnoidea
- Hematoma subdural
- Ictus hemorrágico
- Encefalitis / meningitis
- Esclerosis múltiple
- Intoxicación por etilenglicol / gamma hidroxibutirato
- Intoxicación por izoniacida / litio / ácido valproico

Exámenes complementarios: ⁽³⁷⁾

A todos los pacientes con intoxicación aguda por etanol se les debe realizar glicemia capilar para descartar un cuadro hipoglucémico.

El resto de exámenes dependerá del estado de gravedad del paciente. En pacientes con antecedente de consumo crónico (dependientes alcohólicos) se sugiere realizar los siguientes exámenes, únicamente para valorar la evolución del paciente o para seguimiento del mismo:

- Biometría hemática (anemia)
- Plaquetas
- Enzimas hepáticas
- Tiempo de protrombina

Manejo de la intoxicación aguda

El tratamiento suele ser sintomático y de soporte dependiendo de la gravedad de la intoxicación y sus síntomas. ^{(34) (38)} No existen fármacos que aceleren el metabolismo del alcohol, por lo que si el paciente presenta una intoxicación leve y ya han pasado más de 2 horas tras la ingesta, se puede dar al paciente de alta y tratarlo ambulatoriamente con sales de hidratación oral. ^{(35) (33)}

Tabla 4. Recomendaciones con grado de evidencia de Guías de Práctica Clínica sobre el uso nocivo y dependencia al alcohol. (Para una buena interpretación ver las escalas de valoración según la fuente en el Anexo 1).

Recomendación	Grado de evidencia
No existe un antídoto específico para la intoxicación por etanol. ⁽³²⁾	E - 2b
El tratamiento de la intoxicación aguda por etanol es de sostén, protegiendo al paciente de traumatismos secundarios, vigilando permeabilidad de vía aérea, estado de conciencia y monitorizando la función respiratoria y las posibles complicaciones. ⁽³²⁾	E - 2b
Tratar cualquier alteración hidroelectrolítica y de glicemia. ⁽³¹⁾	E: 4 R: D
En pacientes con un cuadro de intoxicación aguda por alcohol ante la presencia de examen neurológico con signos de focalización o de alteración de la conciencia y antecedente de trauma se recomienda realizar tomografía axial computarizada (TAC), y referir al paciente a un establecimiento de mayor complejidad. ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción
Se debe controlar la temperatura, evitando la hipotermia. ⁽³¹⁾	E: 4 R: D
Se recomienda que en el paciente con intoxicación aguda por alcohol se diagnostiquen y traten patologías orgánicas concomitantes. ⁽³¹⁾	E: 4 R: D
En los pacientes con depresión respiratoria o estado de coma, se deberá seguir medidas y protocolos de soporte vital básico y medidas de prevención postural de bronco aspiración. En caso de que el paciente presente coma con aspiración y/o convulsiones se deberá realizar intubación orotraqueal,	E:2b R:B

ventilación mecánica y tratamiento anticonvulsivo. ⁽³²⁾	
Se recomienda que a los pacientes intoxicados que ameriten observación hospitalaria, se les monitorice los signos vitales (PA, FC, FR, T°) cada 4 horas, así como realizarles examen físico completo y cálculo del gasto urinario. ⁽³³⁾ Gasto urinario = Diuresis (mililitros) / peso (kilogramos) / 24 horas. Valores normales en un adulto sano es de 0,5 a 1 ml x kg x hora).	R; débil a favor del curso de acción
En personas intoxicadas que toleren la vía oral se recomienda utilizar sales de hidratación oral. ⁽³³⁾	R; débil a favor de la intervención
Para la hidratación oral no se recomienda el uso de agua pura, bebidas gaseosas, estimulantes, hidratantes comerciales ni bebidas energizantes. ⁽³³⁾	R; débil en contra de la intervención
No se recomienda la infusión de líquidos intravenosos en pacientes intoxicados que no presenten signos de depleción de volumen ni de hipoglucemia. ⁽³²⁾	E:2b
Se recomienda hidratación parenteral con líquidos isotónicos a los pacientes intoxicados que presenten fiebre (T°>38°C), deshidratación moderada o severa, intolerancia oral o signos compatibles con embriaguez grado dos o más. ⁽³³⁾	R; fuerte a favor de la intervención
En pacientes que presenten, estupor, signos de focalización neurológica o compromiso hemodinámico se recomienda iniciar hidratación vía parenteral con cristaloides isotónicos y referir a un establecimiento de mayor nivel de complejidad. ⁽³³⁾	R; débil a favor de la intervención
En caso de necesitar hidratación parenteral se recomienda utilizar solución glucosada al 5% con solución de cloruro de sodio al 0.45%. ⁽³²⁾	R:2c
Se recomienda el uso de solución glucosada solo en pacientes con evidencia de hipoglucemia. ⁽³³⁾	R; fuerte a favor del curso de acción
En los pacientes que presenten intoxicación moderada-severa que no sea posible realizar glicemia capilar, se recomienda la administración intravenosa de dextrosa. ⁽³²⁾	R:B
En pacientes con alteración del estado mental se deberá, preferentemente, administrar solución glucosada y transferirlo a un nivel de salud de mayor complejidad. ⁽³²⁾	E:2b
No se recomienda la administración rutinaria de complejos vitamínicos en los pacientes intoxicados ya que no se ha documentado deficiencias de éstas en este tipo de pacientes. ⁽³²⁾	E:2c
No se recomienda el uso de neurolépticos de manera rutinaria en pacientes con intoxicación aguda. ⁽³³⁾	R; fuerte en contra de la intervención
En pacientes en los que no se logre controlar la agitación tras haber realizado contención física, hidratación, etc.; y en aquellos que no presenten contraindicaciones para el uso de neurolépticos (antecedente de síndrome neuroléptico maligno, distonía, hipertermia maligna, enfermedad de Parkinson), se puede considerar el uso de haloperidol en dosis de 2 a 5 mg por vía intramuscular. En caso de presencia de contraindicaciones para el uso de haloperidol, considere la referencia para manejo por especialista. ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción
El uso de carbón activado no está recomendado, excepto en aquellos pacientes en los que se conozca o sospeche de intoxicación medicamentosa asociada. ⁽³³⁾	R; fuerte en contra de la intervención
El lavado gástrico no está recomendado en los casos de intoxicación aguda. ⁽³³⁾	R; fuerte en contra del procedimiento
El uso de analgésicos, antieméticos y protectores de la mucosa gástrica están indicados únicamente en los pacientes que presenten sintomatología asociada. ⁽³³⁾	R, débil a favor de la intervención
En los pacientes que presenten dolor abdominal continuo y vómito se debe realizar diagnóstico diferencial con pancreatitis aguda. ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso

	de acción
No está recomendada la toma rutinaria de electrolitos en pacientes con intoxicación aguda. ⁽³³⁾	R; débil en contra del curso de acción
Se deben medir los niveles de sodio y potasio en pacientes con deshidratación severa o en aquellos que presenten múltiples episodios de emesis. ⁽³³⁾ En pacientes con antecedentes de arritmia cardíaca o consumo crónico de alcohol se recomienda valorar niveles de magnesio. La reposición de los electrolitos solo deberá corregirse en caso de comprobar su alteración tras exámenes de laboratorio.	R; débil a favor del curso de acción
En los pacientes que presenten intoxicación aguda por alcohol con sospecha de intoxicación de origen delirium, se recomienda realizar tamizaje de otras sustancias tales como benzodiazepinas, antipsicóticos, alcohol metílico, escopolamina, etc. Además se les deberá manejar con hidratación parenteral con soluciones isotónicas según el cuadro clínico. ⁽³³⁾	R; fuerte a favor del curso de acción

Tabla 5. Manejo de la intoxicación aguda por etanol

<p>1. Asegurar vía aérea. En casos necesarios se deberá utilizar tubo endotraqueal (ET) para mantener buena ventilación.</p> <p>En caso de depresión respiratoria o estado de coma, se deben seguir protocolos de soporte vital básico, así como prevención postural de bronco aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente en posición de seguridad (vía aérea) para evitar aspiraciones. - Vigilar posibles complicaciones como vómitos y trastornos respiratorios. - Proveer soporte respiratorio y ventilación mecánica en casos necesarios. - Valorar el manejo en la unidad de cuidados intensivos (UCI) dependiendo la gravedad y las comorbilidades.
2. Monitorizar signos vitales y canalizar vía venosa, para manejar hidratación.
3. Controlar glicemia y en caso de hipoglucemia se debe administrar solución glucosada.
4. Valorar el estado hemodinámico y pérdidas de líquidos. Si fuera necesario, comenzar hidratación parenteral. Pacientes con intoxicación grave: <ul style="list-style-type: none"> - Sueroterapia en perfusión de 3000 ml /24 horas, alternando suero glucosado al 5% y glucosalino, o cloruro de sodio al 0.9%, dependiendo del caso, para garantizar buena hidratación.
5. Controlar la temperatura corporal (Temperatura <31°C pueden producir coma)
6. Si aparecen náusea y/o vómito administrar metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas.
7. Protección gástrica: (en los casos que lo ameriten) <ul style="list-style-type: none"> - Ranitidina 50 mg intravenoso o intramuscular cada 6-8 horas u, omeprazol 20 mg intravenoso lento inmediatamente
8. En pacientes conocidos de uso crónico de etanol, o signos sugerentes en el examen físico, se deberá administrar: <ul style="list-style-type: none"> - Tiamina 100mg intravenosa o intramuscular. Inmediatamente Luego: tiamina 50-100 mg/día hasta regular el balance dietético.
9. Pacientes que presenten agitación psicomotriz se debe realizar primeramente contención verbal, mecánica intermitente y como última instancia se puede administrar cualquiera de los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiazepinas: - Diazepam 2-10 mg intravenoso o intramuscular;

<ul style="list-style-type: none"> - *Lorazepam 0.02-0.04 mg/kg intravenoso - Alprazolam 0.25-0.5 mg vía oral - Haloperidol: 2-5 mg vía intramuscular. <p>Se debe controlar constantemente la función respiratoria.</p>
<p>10. NO se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provocar vómito. - Utilizar carbón activado - Utilizar antidotos como la naloxona o el flumazenilo. - Forzar la diuresis
<p>11. Pacientes con fallo hepático se podrá utilizar hemodiálisis para aclarar el etanol del organismo.</p>
<p>12. Circunstancias especiales:</p> <p><u>Acidosis láctica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratación con solución glucosalina. - Bicarbonato de sodio: (calcular según el déficit y con la siguiente fórmula) HCO_3^- (déficit en mEq) = $0.5 \times (\text{peso Kg}) \times (\text{HCO}_3^- \text{ deseado} - \text{HCO}_3^- \text{ actual del paciente})$. <p>La dosis de inicio suele ser un tercio a un medio del déficit extracelular calculado. Valore normales bicarbonato en gasometría arterial 22-28 mEq/L</p> <p><u>Crisis convulsivas:</u></p> <p>Factores predisponentes: hipopotasemia, hipomagnesemia, antecedentes de epilepsia, intoxicación o síndrome de abstinencia por BZD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diazepam 10 mg intravenoso, corregir alteraciones electrolíticas, hidratar con suero glucosado.
<p>13. Intoxicaciones combinadas</p> <p><u>Benzodiacepinas:</u></p> <p>Flumazenilo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.2 mg intravenoso cada 15-30 segundos. - Si no responde a los 30 segundos; administrar 0.3 mg tras un minuto, y si no responde, se deberá administrar 0.5 mg intravenoso a los 30 segundos, repitiendo la dosis a intervalos de 1 minuto hasta una dosis máxima acumulada de 3 mg/hora. <p><u>Opiáceos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Naloxona 0.4 mg intravenoso lento, se puede repetir la dosis cada 3-5 minutos hasta recuperar función respiratoria. <p><u>Cannabis:</u></p> <p>Si predomina sintomatología ansiosa o crisis de angustia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alprazolam 0.25-0.5 mg vía oral o, - Diazepam 10 mg intravenoso <p>Estado confusional o síntomas psicóticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol 5-10 mg intramuscular <p><u>Cocaína y anfetaminas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe administrar terapia de soporte y según los síntomas y complicaciones (referirse a la sección de manejo por intoxicación aguda por cocaína) <p><u>LSD:</u></p> <p>Si aparece crisis de pánico es fundamental convencer al paciente de que se encuentra protegido.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diazepam 2-10 mg intravenoso o intramuscular o, - †Lorazepam 0.02-0.04 mg/kg intravenoso o, - Alprazolam 0.25-0.5 mg vía oral <p><u>Barbitúricos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la ingesta fue hace menos de 2 horas: lavado gástrico y administrar carbón

- activado.
- Alcalinizar la orina con:
 - Bicarbonato de sodio: 100 ml en infusión continua por 4 horas o,
 - *Citrato de potasio: 30-60 mEq/día

**Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB), requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*

† Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, se encuentra autorizado para cobertura pública en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica con falla hepática.

Fuente: Intoxicación por etanol, 2008 ⁽³⁸⁾ / Ethanol toxicity Treatment and Management, Medscape 2013 ⁽³⁹⁾ / Intoxicación alcohólica aguda, 2002 ⁽⁴⁰⁾

Consumo nocivo de alcohol

Consumo de riesgo

Es aquel que supera los límites del consumo moderado o prudente, y que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento, ⁽¹²⁾ pero que no se traducen en problemas físicos o mentales actuales. ⁽⁴¹⁾ Se considera que el consumo a partir del nivel II ya es de riesgo. ⁽⁴²⁾

Tabla 6. Niveles de consumo por género

	Hombres	Mujeres
Nivel I	0-40 gramos	0-20 gramos
Nivel II	>40-80 gramos	>20-60 gramos
Nivel III	> 80 gramos	>60 gramos

Fuente: Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, 2008 ⁽⁴²⁾

Tabla 7. Consumo de riesgo por género

	Hombre		Mujer	
	Gramos	UBE	gramos	UBE
Consumo diario	40	≥4	25	>2-2.5
Consumo semanal	280	>28	170	>17
Consumo esporádico	60	≥6	40	≥4

Modificado de: Manual de adiciones para médicos especialistas en formación, 2010 ⁽¹²⁾ / Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. 2008. ⁽⁴²⁾

Tabla 8. Equivalencias de unidades de alcohol y volumen de las bebidas

1 UBE = 10 gramos de alcohol puro		
Tipo de bebida	Volumen	# UBE
Vino	1 vaso (100 ml)	1
	1 litro	10
Cerveza	200 ml	1
	1 litro	5
Vermut, jerez, cremas	1 copa (50 ml)	1
	100 ml	2
	1 litro	20
Destilados y aguardientes (whisky, ron, brandy, vodka, puntas, etc)	25 ml	1
	1 copa (50 ml)	2
	1 vaso (100 ml)	2
	1 litro	40

Adaptado de: Monografía sobre el Alcoholismo, Barcelona, 2012. ⁽²⁷⁾

Consumo perjudicial

Es aquel que, independientemente de la cantidad, ⁽³¹⁾ afecta a la salud física y/o psíquica sin que existan síntomas de dependencia, tanto en personas sanas como en

personas que presentan una patología de base como hipertensión, diabetes, cardiopatías, interacciones medicamentosas con alcohol, embarazo etc. ^{(12) (31)}

Genéricamente se considera que un consumo diario superior a los 60 gramos de alcohol en el hombre y 40 gramos de alcohol en la mujer, probablemente ocasionarán consecuencias adversas características del consumo perjudicial. ^{(12) (31)}

Dependencia de alcohol (alcoholismo crónico):

Consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, del comportamiento y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, incluso mayor que cualquier otro tipo de comportamiento que fue prioritario en el pasado. Éstas se desarrollan tras el consumo reiterado de alcohol en el que se incluyen: ^{(12) (27) (31)}

- Deseo intenso de consumo de alcohol.
- Dificultades para controlar el consumo.
- Persistencia en el consumo, a pesar de las consecuencias dañinas.
- Mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones.
- Aumento de la tolerancia.
- Presentación de sintomatología de abstinencia cuando baja o cede el consumo.

Detección y evaluación

En un principio la detección precoz de este trastorno puede prevenir complicaciones o patologías asociadas al alcoholismo, ⁽⁴¹⁾ y ésta se la realizará en la entrevista al elaborar la historia clínica, en donde se podrá definir si el paciente es un consumidor de riesgo, perjudicial o si ya es dependiente. Además se deberá investigar alteraciones ocasionadas por el consumo excesivo y prolongado de alcohol. ⁽¹²⁾

Para establecer el diagnóstico precozmente el profesional de la salud deberá basarse en los resultados obtenidos en: ⁽⁴¹⁾

- Anamnesis
- Cuestionarios de detección
- Exploración general
- Marcadores biológicos

Anamnesis

Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol en toda persona mayor de 10 años, ⁽⁴³⁾ al menos cada 2 años. Dentro de la entrevista en la Historia Clínica se recomienda abordar todos los siguientes elementos relacionados con el consumo de alcohol: ^{(12) (41)}

- Cantidad, frecuencia y tiempo de evolución del consumo.
- Efectos del consumo
- Complicaciones asociadas: patología física y mental, afectación socio-familiar y problemas de tipo judicial.
- Consumo de otras sustancias (tabaco y otras drogas)
- Situación socio-familiar actual (incluyendo familiograma), actividad profesional, actividades de ocio y tiempo libre.
- Antecedentes patológicos personales
- Antecedentes patológicos familiares, incluyendo historia de abuso por sustancias.

Cuestionarios de detección

Se recomienda utilizar cuestionarios sencillos en la aplicación e interpretación, útiles sobre todo, en atención primaria, que es donde se va a detectar a estos pacientes. Además una de las características de estos cuestionarios es que pueden ser aplicados por personal entrenado sin necesitar especialización. ⁽⁴¹⁾

Los cuestionarios que se van a utilizar son el AUDIT y el Cuestionario para detectar alcoholismo (CAGE, por sus acrónimos en inglés) (ver anexos 2 y 3):

En caso de que exista dificultad diagnóstica se podrá aplicar el Münchner Alkoholismus Test (MALT, por sus siglas en Alemán) (Anexo 4).

Tabla 9. Características de los instrumentos útiles para la detección de trastornos por uso de alcohol.

Test	Nº	D(m)	S	E	Características
CAGE	4	1	65-95%	40-95%	<ul style="list-style-type: none"> - Es muy útil para el cribado de alcoholismo. - No tiene adecuada sensibilidad para detectar el consumo de riesgo ni para el diagnóstico de alcoholismo. - Debe completarse con otras exploraciones. - La fiabilidad mejora si las preguntas del cuestionario se hacen camufladas entre otras preguntas.
AUDIT	10	3-5	80%	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Es el test más utilizado para la detección del consumo de riesgo de alcohol.
MALT	34	20-30	100%	82%	<ul style="list-style-type: none"> - Está considerado como el cuestionario con mayor sensibilidad para el diagnóstico de dependencia alcohólica. - Por el tiempo que se requiere para aplicarlo se recomienda sea usado en atención especializada en casos de dificultad diagnóstica. ⁽⁴²⁾

Nº: número de ítems. D (m): duración, en minutos. S: sensibilidad. E: especificidad.

Modificado de: Guía de recomendaciones clínicas. Consumo de alcohol, 2013 ⁽⁴¹⁾ / Instrumentos de evaluación en alcoholismo, 2002. ⁽⁴⁴⁾

Exploración general

Sirve para detectar las complicaciones orgánicas del consumo del alcohol. Algunas de éstas pueden requerir atención y tratamiento urgente, de ahí la importancia de su detección temprana, ⁽⁴¹⁾ considerando además que el consumo excesivo de alcohol puede exacerbar o bien causar hasta 60 enfermedades diversas. ⁽³³⁾

El examen físico debe abarcar todos los aparatos y sistemas, sin embargo se deberá enfatizar en signos sugerentes de alcoholismo y de daños en los órganos que con mayor frecuencia son afectados. Las exploraciones siguientes se consideran de especial importancia: ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾

- Estado mental: nivel de conciencia, orientación, comportamiento en el momento de la exploración, ideas autolíticas, actitudes violentas, ideación delirante o alucinaciones.
- Constantes vitales.
- Piel y mucosas: coloración, arañas vasculares, lesiones sugerentes de traumatismos, hematomas, sangrados, etc.
- Exploración neurológica básica: signos de encefalopatía, alteraciones del equilibrio, la coordinación, pares craneales, lenguaje, neuropatías.

- Exploración digestiva: hepatopatías y sus complicaciones.
- Exploración metabólica y del estado nutricional; déficit de hierro, de vitaminas, hipoglucemia, alteración de los lípidos, etc.
- Patología multiorgánica.

A continuación se detallarán algunas de las alteraciones más comunes ocasionadas por el consumo prolongado de alcohol: ⁽¹²⁾

Tabla 10. Complicaciones físicas ocasionadas por el consumo prolongado de alcohol.

Aparato o sistema	Complicaciones
Digestivo	Alteraciones en la motilidad esofágica, reflujo gastroesofágico (RGE), alteración de la secreción gástrica, daño de la mucosa gástrica, alteraciones hepáticas, pancreatitis alcohólica, diarrea, mal absorción, cáncer hepático, entre otras
Musculo esquelético	Gota, osteoporosis, miopatía, traumatismo (por accidentes causados por disminución del estado de conciencia)
Endócrinas	Hipogonadismo masculino, infertilidad, pseudo-Cushing, síndrome metabólico
Cardiovasculares	Arritmias, muerte súbita, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular (ACV), infarto agudo de miocardio (IAM), reducción de la contractibilidad cardíaca, miocardiopatía alcohólica, disfunción sistólica, disfunción diastólica, entre otras
Respiratorio	Neumonía, tuberculosis
Metabólico	Hipoglucemia, cetoacidosis, hiperlipemia, síndrome metabólico (obesidad abdominal, hipertensión arterial (HTA) hipertrigliceridemia, bajos niveles de HDL, hiperglicemia)
Hematológico	Anemia con macrocitos, ferropenia, neutropenia, trombocitopenia
Neurológico	Crisis convulsivas, neuropatía periférica, encefalopatía alcohólica, alteraciones cerebelosas, ambliopía, etc.
Cutáneas	Psoriasis, eczema
Neuropsiquiátrico	Trastornos psicóticos (alucinaciones), trastornos del comportamiento, trastornos del nivel de conciencia (delirium tremens, Síndrome de Wernicke), trastornos cognitivos (amnesia, demencia)
Cáncer: boca, esófago, laringe, hígado, mama, estómago, colon y recto	
Fetales: dentro del síndrome alcohólico fetal; retraso del crecimiento intrauterino, retraso del crecimiento extrauterino, dimorfismo facial (ojos pequeños y rasgados, puente nasal bajo, labio superior liso y delgado, pliegues epicánticos grandes, cabeza pequeña, maxilar superior pequeño, surco nasolabial liso, nariz pequeña), anomalías morfofuncionales del neurodesarrollo del SNC) ⁽¹⁰⁰⁻¹⁰²⁾	

Modificado de: Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación, 2010 ⁽¹²⁾/ Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems, 2009 ⁽⁴⁵⁾. / Efectos del alcohol en la fisiología humana, 2002. ⁽⁴⁷⁾

Complicaciones sociales

Son las que resaltan en los efectos agudos del alcohol causando daño tanto para el consumidor como para las personas que lo rodean. Están directamente relacionadas con los niveles de consumo del alcohol. ⁽¹²⁾ ⁽⁴⁸⁾

Tabla 11. Principales complicaciones sociales causadas por el alcohol

Familiares	Maltrato y abandono
Laborales	Ausentismo, bajo rendimiento, accidentes laborales
Judiciales	Conductas violentas, conducción bajo efectos del alcohol

Modificada de: Manual de adicciones para médicos especialistas en formación, 2010 ⁽¹²⁾

Marcadores biológicos

Los marcadores biológicos son útiles para comprobar la fiabilidad de la información verbal, cuando haya dudas, y/o cuando haya sospecha de daño orgánico relacionado con el consumo de alcohol. ⁽⁴¹⁾ Los marcadores disponibles no constan de la sensibilidad y especificidad suficientes para utilizarlos de manera individual, y nos dan una idea de la gravedad física del consumo y ayudan a monitorizar la evolución del paciente. Los marcadores más utilizados son; VCM, GGT, GOT, CDT. ^{(12) (49) (50)}

Tabla 12. Características de los marcadores biológicos utilizados en el consumo excesivo de alcohol.

Test	S	E	FP	Comentarios
GGT	40-50%	75-85%	Enfermedades hepatobiliares, insuficiencia cardíaca, diabetes, obesidad, tabaquismo, fármacos inductores.	Se normaliza tras 1-4 semanas de abstinencia en el consumo de alcohol (caída en 5 días es patognomónica)
VCM	20-40%	80-90%	Déficit de: vitamina B, ácido fólico. Enfermedades hepáticas, tabaquismo, algunos fármacos	Es menos sensible que la GGT a las fluctuaciones de la abstinencia
GOT	10%	90%	Afecciones musculares, infarto de miocardio, necrosis tubular aguda, hepatopatías	El cociente GOT/GPT >2 es muy sugestivo de consumo crónico
CDT	70-95%	69-86%	Enfermedades hepáticas avanzadas, embarazo, síndrome congénito de déficit en glucoproteínas en hidratos de carbono, variaciones genéticas de la transferrina	Las cifras de la CDT se normalizan en unas 2 semanas tras la abstinencia.

S: sensibilidad E: especificidad. FP: falsos positivos. GGT: Gamma-glutamyl-transpeptidasa. VCM: Volumen Corpuscular Medio. GOT: Transaminasa glutaminoxalacética. CDT: Transferrina deficiente en carbohidratos.

Fuente: Guía de recomendaciones clínicas, 2013. ⁽⁴¹⁾ / Guía Clínica para el Abordaje de trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol, 2007 ⁽³¹⁾

Diagnóstico de dependencia

Se debe basar en datos de la historia clínica, anamnesis y el examen físico. Referirse a los criterios diagnósticos para la clasificación de enfermedades, CIE-10 ⁽¹⁴⁾

Manejo

Fases del cambio

Una vez identificado el paciente y su grado de dependencia de alcohol, se debe catalogar al paciente según el estadio de cambio en el que se encuentre (Tabla 1), y según esta se utilizarán distintas estrategias para generar el proceso de cambio.

Tabla 13. Objetivos y estrategias de las fases de cambio.

Pre-contemplación	
A través de preguntas abiertas y una actitud no enjuiciadora se busca que el paciente hable de su consumo de alcohol. Mostrar empatía y crear discrepancia.	
Objetivos	Estrategias
El paciente debe adquirir conocimiento sobre su conducta, y como esta afecta a su vida y a la que le rodean. Hay que buscar razones y experiencias que indiquen la presencia de un problema que debe ser abordado. Hay que prestar especial atención con las situaciones que hayan activado de forma intensa las emociones del paciente indicando la presencia de un problema. Explorar la relación entre el consumo y el sistema de valores del paciente a la búsqueda de discrepancias puede ser muy útil. Se inicia el proceso de balance de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación: presentado el modelo de los estadios del cambio, dando información sobre los efectos nocivos del consumo abusivo de alcohol. • Explorar las expectativas, positivas y negativas, del paciente sobre el consumo de alcohol. • Explorar si el paciente o alguien en su entorno ha mostrado preocupación con respecto al consumo de alcohol. • Explorar un “día típico” en la vida del paciente y cómo se relaciona el consumo de alcohol con sus otras actividades.
Contemplación	
Se valora de forma objetiva si existen problemas relacionados con el alcohol (entrevistas, instrumentos, pruebas de laboratorio). Fomentar la auto-eficacia.	
Objetivos	Estrategias
El paciente debe seguir explorando la relación entre su consumo de alcohol y sus valores y objetivos en la vida. En esta fase ya debe considerarse la posibilidad del cambio y lo que este implicaría. Hay que incrementar la sensación de eficacia del paciente en cuanto a su capacidad para solucionar el problema del consumo abusivo, el paciente tiene que ver que existen alternativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar los valores personales del paciente y su relación, positiva o negativa, con el consumo abusivo de alcohol. • Realizar un balance de decisiones. • Explorar las relaciones personales y roles del paciente y su relación, positiva o negativa, con el consumo abusivo de alcohol.
Acción	
Auto-vigilancia a través de un diario de consumo, se pauta una visita de revisión para valorar el cumplimiento de los objetivos y redefinirlos si es necesario. Implicar a la red social del paciente.	
Objetivos	Estrategias
Poner en marcha el plan de acción y reforzarlo con recompensas. Hay que mantener el apoyo social y seguir estimulando la sensación de eficacia.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y repasar estrategias para el control de los “activadores” del consumo. • Enseñar al paciente técnicas para controlar el estrés. • Establecer un sistema de recompensas. • Manejar pensamientos y deseos de consumo y establecer un plan de acción para combatirlos.
Mantenimiento	
Seguimiento según la situación del paciente. Valorar de forma positiva lo conseguido por el paciente. Obtener información de la red social del paciente.	
Objetivos	Estrategias
Consolidar los cambios obtenidos en la fase anterior manteniendo la sensación de eficacia.	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar y reforzar las redes de apoyo social del paciente. • Realizar una búsqueda de necesidades y recursos para satisfacerlas.

Fuente: Manual de adicciones para médicos especialistas en formación, 2010. ⁽¹²⁾ / Diagnóstico, aproximación terapéutica y rehabilitación del alcoholólico, Adicciones, 1999. ⁽⁵¹⁾ / El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. ⁽⁵²⁾

Intervención breve

Esta se resume en las siglas en inglés **FRAMES** ^{(12) (53) (54)}

- **F** Feedback (retroalimentación): el médico debe informar, de forma neutra, las implicaciones que conlleva el consumo nocivo de alcohol en su estado físico y psíquico.
- **R** Responsibility (responsabilidad): el paciente es el responsable de sí mismo, por lo que él elegirá modificar sus conductas.
- **A** Advice (asesoramiento): evitando una actitud autoritaria y mostrando apoyo y comprensión se debe aconsejar al paciente sobre las necesidades de cambio del paciente para lograr la abstinencia o un consumo no riesgoso de acuerdo a su grado de adicción.
M Menu (menú de cambio): el paciente escogerá dentro de una variedad de opciones ofrecidas por el médico, el tratamiento que prefiera. Los dos deben llegar a un consenso.
- **E** Empathy (empatía): de una manera empática el médico debe, junto con el paciente, explorar las razones que éste tiene para cambiar su forma de consumir alcohol.
- **S** Self efficacy (auto-eficacia): el médico deberá mostrarse seguro de la posibilidad de alcanzar los objetivos por parte del paciente, reforzándole la confianza a sí mismo.

Deben incluirse intervenciones que mejoren su efectividad: ⁽¹²⁾

- Múltiples sesiones
- Consejo en un ambiente de colaboración
- Establecer objetivos de cambio
- Sesiones de 5-20 minutos
- Material impreso de apoyo

Estructura

Puede resumirse en lo señalado en la siguiente tabla, sin embargo no es aplicable a mujeres embarazadas, menores de 16 años, personas con enfermedades y tratamientos crónicos, o personas que realizan actividades donde el consumo de cantidades mínimas de alcohol supone un alto riesgo de accidentes. ⁽¹²⁾

Tabla 14. Estructura de la intervención breve

Nivel de riesgo	Intervención	Papel de atención primaria
Bajo		
AUDIT: 0-7 AUDIT-C: < 5 en hombres < 4 en mujeres	Prevención primaria	Educación sobre el alcohol
Consumo de riesgo		
AUDIT: 8-15 AUDIT-C: ≥ 5 en hombres ≥ 4 en mujeres	Consejo simple	Identificar, evaluar, consejo breve
Consumo abusivo		
AUDIT: 16-19	Consejo simple + intervención breve + seguimiento	Identificar, evaluar, intervención breve, seguimiento
Dependencia		
AUDIT: ≥20	Derivación al especialista (segundo nivel)	Identificar, evaluar, derivar, seguimiento

Fuente modificada: Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación, 2010. ⁽¹²⁾ / Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking, 2001 ⁽⁵³⁾

Desintoxicación

Este proceso es el que se encarga de ayudar al paciente a superar los síntomas de abstinencia producidos por el cese del consumo de bebidas alcohólicas, siendo, por lo tanto, el primer paso en el proceso terapéutico. ^{(12) (46)}

Los síntomas del síndrome de abstinencia son causado por la disminución de GABA y al aumento del glutamato, desregulación causada por el uso crónico y habitual de alcohol, éstos son los siguientes: ^{(12) (55)}

- Desorientación
- Alteraciones en la atención
- Sudoración
- Insomnio
- Ansiedad
- Temblor
- Taquicardia
- Síntomas gastrointestinales
- Agitación
- Alteraciones en el contacto con los demás
- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Crisis convulsivas

El síndrome de abstinencia se caracteriza por presentar cuatro categorías las cuales están clasificadas por el tiempo de aparición y por la gravedad de los síntomas. ^{(12) (56)}

⁽⁵⁷⁾ Estos síntomas pueden agruparse en hiperactividad del SNC, sistema nervioso autónomo (SNA) y alteraciones cognitivas. Su gravedad puede empeorar de leve a moderada entre las 24-72 horas posteriores a la retirada de alcohol, y tras los tres a cuatro días de evolución puede alcanzar una gravedad extrema. ⁽³²⁾

Tabla 15. Características de las categorías del síndrome de abstinencia.

Categoría	Tiempo de aparición	Características	Signos y síntomas
Síndrome de abstinencia menor	6-24 horas	Es la etapa más leve del síndrome de abstinencia	Temblor Ansiedad Náusea Vómito Insomnio
Síndrome de abstinencia mayor	10-72 horas	Se lo denomina también como alucinaciones alcohólica	Alucinaciones visuales y auditivas Vómito Diaforesis Hipertensión Temblor corporal generalizado
Síndrome de abstinencia con convulsiones	6-48 horas	Normalmente ocurre en personas alcohólico dependientes sin antecedente de enfermedad convulsiva y con EEG normal. Usualmente las convulsiones son el primer signo de síndrome de abstinencia. La gravedad suele estar relacionado con el consumo	Convulsiones generalizadas tónico-clónicas, de corta duración. En ausencia de tratamiento en un 60% existen múltiples cuadros convulsivos en un lapso menor a 6

		concomitante con otras sustancias psicotrópicas (anfetaminas, cocaína, opioides, etc.)	horas. El 3% desarrolla estatus epiléptico.
Delirium tremens	2-10 días (tras la última ingesta de alcohol)	Es la manifestación más grave. Mortalidad del 15%	Agitación Confusión global Desorientación Alucinaciones Fiebre Diaforesis Taquicardia Hipertensión arterial

Fuente: Delirium Tremens, Clinical presentation, Medscape 2015. ⁽⁵⁷⁾

Tabla 16. Recomendaciones con grado de evidencia de Guías de Práctica Clínica sobre la dependencia al alcohol. (Para una buena interpretación ver las escalas de valoración según la fuente en el Anexo 1).

Recomendación	Grado de evidencia
No se recomienda el uso rutinario de vitamina B12 ni ácido fólico en pacientes adultos con abuso o dependencia del alcohol sin que se haya documentado la presencia de anemia megaloblástica o se documenten niveles bajos de vitamina B12 y ácido fólico en sangre. ⁽³³⁾	R; débil en contra de la intervención
En personas con síndrome de abstinencia alcohólica se recomienda utilizar la escala <i>Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale</i> (CIWA-Ar) (anexo 5) como herramienta de ayuda clasificar la severidad de la abstinencia a partir de los síntomas e identificar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico. ⁽³³⁾	R; fuerte a favor del curso de acción
Considere el tratamiento ambulatorio sí: ⁽³³⁾ 1. El puntaje en la escala CIWA-AR ≤ 8 sin comorbilidades renales, cardíacas, cerebrales o mentales con presencia de red de apoyo adecuado y factibilidad de obtener información de antecedentes médicos. 2. El puntaje en la escala CIWA-AR se encuentra entre 9 y 15 y el paciente no presenta comorbilidades cardíacas, renales, cerebrales o mentales) junto con la existencia de red de apoyo adecuada, disponibilidad de atención médica inmediata. Además el paciente no debe tener factores de riesgo (o antecedente) para delirium tremens o Encefalopatía de Wernicke.	R; débil a favor del curso de acción
Pacientes con síndrome de abstinencia que puedan ser tratados ambulatoriamente, se deberá asegurar una valoración entre el tercero y séptimo día posterior al alta del servicio de urgencias. ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción
Se recomienda en tratamiento intrahospitalario en: ⁽³³⁾ 1. Pacientes con puntaje en la escala CIWA-AR entre 9 y 15 con antecedente o riesgo de delirium tremens o falla hepática, comorbilidades (renales, cardíacas, cerebrales o mentales) o cuando no se cuente con información suficiente para tomar una decisión. 2. Todos los pacientes con puntaje en la escala CIWA-AR ≥ 16 . 3. Todos los pacientes con sospecha o diagnóstico de falla hepática, enfermedad médica grave o enfermedad mental asociada que amerite hospitalización (depresión mayor severa, manía, ideación suicida, dependencias mixtas, episodio psicótico agudo).	R; débil a favor del curso de acción
En pacientes que requieran ser manejados a nivel intrahospitalario se aconseja realizar valoración de la severidad del síndrome de abstinencia con la escala CIWA-Ar tres veces al día (cada 8 horas). ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción
Se debe considerar el manejo farmacológico con benzodiazepinas en pacientes con síndrome de abstinencia para el control de síntomas y prevención de complicaciones tipo convulsiones alcohólicas, (ambulatorio o intrahospitalario) en pacientes con puntajes ≥ 9 en la escala CIWA-Ar	

(abstinencia moderada o severa) o con factores de riesgo para desarrollo de delirium tremens: ⁽³³⁾ 1. Puntaje CIWA-Ar ≤ 8 / abstinencia leve: no se recomienda manejo farmacológico. 2. Puntaje CIWA-Ar 9-15 / abstinencia moderada: se debe considerar el uso de tratamiento farmacológico. 3. Puntaje CIWA-Ar ≥ 16 / abstinencia severa: se recomienda iniciar tratamiento farmacológico.	R; fuerte a favor del curso de acción
Las benzodiacepinas que se recomienda utilizar para el síndrome de abstinencia según puntaje en la escala CIWA-Ar son el clonazepam, lorazepam o diazepam en las dosis sugeridas (dosis habituales). ⁽³³⁾	R; fuerte a favor de la intervención
No se recomienda utilizar benzodiacepinas por más de 8 días. ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción.
Pacientes con un puntaje CIWA-Ar ≥ 16 se recomienda iniciar tratamiento con dosis máxima de benzodiacepinas. ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción.
En pacientes ancianos y en insuficientes hepáticos se recomienda utilizar benzodiacepinas de vida media corta o intermedia. ⁽³³⁾ (Ver tabla 56)	R; débil a favor del curso de acción.
En pacientes con síndrome de abstinencia y sin comorbilidades asociadas no se recomienda el uso de medicamentos adicionales al manejo con benzodiacepinas. ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción
Se recomienda la reducción gradual de benzodiacepinas en el síndrome de abstinencia a razón de 20-30% de la dosis cada día, excepto en pacientes que presenten una abstinencia severa en la cual la reducción se hará entre el 10-20% cada día. ⁽³³⁾	R; débil a favor de la intervención
En pacientes a lo que se les maneje a nivel intrahospitalario se aconseja realizar valoración de la severidad del síndrome de abstinencia con la escala CIWA-Ar tres veces al día (cada 8 horas). ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción
En pacientes en los que se detecte aumento del puntaje en evaluaciones CIWA-Ar sucesivas, presenten convulsiones, se sospeche o se diagnostique de Delirium Tremens, Encefalopatía de Wernicke, Síndrome de Korsakoff, alucinosis alcohólica o presente otras comorbilidades físicas o mentales que comprometan la vida del paciente, se deberá tratar en un nivel de atención de alto nivel. ⁽³³⁾	R; fuerte a favor del curso de acción
Las BZD son el tratamiento de elección en el delirium tremens. ⁽³¹⁾	E1 RA
Se deben considerar realizar los siguientes exámenes de laboratorio según el cuadro que presente el paciente: ⁽³³⁾ - Función hepática: pacientes con hepatomegalia o estigmas alcohólicos. (anexo 6) - Electrolitos (Na-K): pacientes con deshidratación severa o múltiples episodios de emesis. - Mg: pacientes con arritmias cardíacas o historia conocida de abuso crónico de alcohol. - Glucemia: pacientes con alteración de la conciencia. - Cuadro hemático: pacientes con signos de desnutrición o sospecha de anemia megaloblástica.	R; débil a favor del curso de acción
Los pacientes que presenten sospecha o diagnóstico de encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, Delirium Tremens, convulsiones, alucinosis alcohólica u otras comorbilidades físicas o mentales que comprometan el estado hemodinámico, neurológico o mental del paciente, deberán ser tratados en un nivel de atención con capacidad resolutoria. ⁽³³⁾	R; fuerte a favor del curso de acción
Pacientes que presenten historia conocida de abuso y/o dependencia de alcohol y que se encuentren con síndrome de abstinencia se recomienda administrar tiamina por vía intramuscular en dosis de 200 mg diarios por cinco días. ⁽³³⁾	R; débil a favor del curso de acción
Pacientes con sospecha o diagnóstico de Encefalopatía de Wernicke se debe administrar tiamina intravenosa en dosis de 300 mg cada 8 horas (mezclar en un microgotero 3 ml de Tiamina en 100 ml de Cloruro de sodio	R; débil a favor del curso de acción

al 0.9 y pasar en una hora). ⁽³³⁾	
Se puede considerar la realización de resonancia magnética cerebral (RNM) en pacientes con síndrome de abstinencia que presenten: ⁽³³⁾ <ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatía de Wernicke - Síndrome de Korsakoff, - Puntaje de CIWA ≥ 16, sin cambios o aumento en evaluaciones sucesivas a pesar de manejo adecuado - Presencia de convulsiones - Examen neurológico anormal Este tipo de pacientes deben ser tratados en un nivel de atención con alta capacidad resolutivea.	R; débil a favor del curso de acción
Pacientes que presenten puntajes en el test de AUDIT que lo cataloguen como consumidor de riesgo (puntajes mayores a 8), o se sepa que presente dependencia a alcohol, se recomienda realizar una intervención breve o entrevista motivacional en cualquier nivel de atención como parte del manejo inicial. ⁽³³⁾	R; fuerte a favor de la intervención
El tratamiento de primera elección para los pacientes con abuso o dependencia de alcohol son las intervenciones no farmacológicas o de características psicoterapéuticas para generar cambios en el patrón de consumo y prevenir recaídas. ⁽³³⁾	R; fuerte a favor de la intervención
Una vez sea identificado un paciente con dependencia del alcohol (puntaje AUDIT ≥ 20), se debe referir al especialista para manejo con una de las siguientes terapias no farmacológicas: ⁽³³⁾ <ul style="list-style-type: none"> - Terapia con enfoque cognitivo-conductual individual o grupal - Terapias relacionadas con redes de apoyo y entorno - Terapia de pareja - Terapia de familia - Técnicas motivacionales - Programa de 12 pasos 	R; fuerte a favor de la intervención
a) Después de la desintoxicación, evite la recaída con medicación (Naltrexona, Acamposato o Disulfiram), según disponibilidad y características del paciente. ^{(58) (59)}	R; fuerte
El uso rutinario de benzodiazepinas, más allá de un cuadro de abstinencia programada o no programada, no se recomienda para el tratamiento de la dependencia a alcohol. ⁽³³⁾	R; fuerte en contra de las intervenciones
No se recomienda el uso de antidepresivos y/o anticonvulsivantes para el manejo de pacientes con dependencia del alcohol sin comorbilidades. ⁽³³⁾	R; fuerte en contra de las intervenciones
Debe realizarse la desintoxicación hospitalaria cuando existan los siguientes factores: ⁽³¹⁾ <ul style="list-style-type: none"> - Comorbilidad orgánica o psiquiátrica que requieran hospitalización - Consumo de larga evolución e intenso - Episodios previos de síndrome de privación alcohólica grave - Fracasos terapéuticos previos - Ausencia de apoyo familiar y social necesario para monitorizar ambulatoriamente al paciente 	RA
El tratamiento en pacientes con dependencia severa es más efectivo en el contexto hospitalario. ⁽³¹⁾	E2 RA2

**Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*

† Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, se encuentra autorizado para cobertura pública en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica con falla hepática.

Desintoxicación ambulatoria

Es la modalidad de tratamiento de elección para aquellos pacientes que presenten una dependencia alcohólica leve a moderada. Ésta debe ser supervisada por profesionales de la salud experimentados quienes realicen el seguimiento y acompañamiento del paciente a lo largo de su tratamiento. Sin embargo, esta modalidad de tratamiento no

se recomienda en aquellos pacientes que presenten situaciones de riesgo las cuales obliguen a manejar al paciente en un centro hospitalario para desintoxicación, estas situaciones son: ^{(12) (41) (60)}

- Confusión y alucinaciones.
- Antecedente de síndrome de abstinencia complicado (delirium tremens).
- Antecedente de crisis convulsivas.
- Desnutrición.
- Vómito y/o diarrea severa.
- Riesgo de suicidio.
- Imposibilidad de acudir frecuentemente a revisiones ambulatorias presentando un grado de dependencia alto.
- Síntomas de abstinencia que no se controlan con medicación oral.
- Patología dual.
- Enfermedad física severa concomitante.
- Abuso de múltiples sustancias.
- Red de apoyo familiar/social/comunitaria deficiente.
- Antecedente de desintoxicación ambulatoria fracasada.

Escala CIWA-Ar (ver anexo 5)

Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol revisada (CIWA-Ar), se considera una escala útil para identificar la gravedad del síndrome de abstinencia, en la cual se debe repetir su aplicación cada hora tras la retirada de alcohol, ya que la abstinencia puede agravarse progresivamente. También sirve para pautar las terapias de tratamiento. ^{(33) (61) (62)}

La puntuación total es la suma simple de cada ítem, siendo la puntuación máxima de 67: ⁽³³⁾

- Síndrome de abstinencia leve: CIWA \leq 8 (no necesita tratamiento farmacológico)
- Síndrome de abstinencia moderado: CIWA 9-15
- Síndrome de abstinencia grave: CIWA \geq 16

Tratamiento farmacológico

Los pacientes que presentan dependencia leve, considerando un consumo menor de 15 UBEs en los hombres y 10 en las mujeres y, que no presenten síntomas de abstinencia o hayan consumido alcohol recientemente, no necesitan medicación. ⁽¹²⁾

Benzodiacepinas

Presentan tolerancia cruzada con el alcohol, por lo que son el fármaco de elección para tratar el síndrome de abstinencia; a continuación se detallan aspectos relevantes sobre el uso de BZD en el tratamiento de desintoxicación: ^{(12) (31) (41) (63)}

- Ningún otro fármaco ha mostrado superioridad sobre las benzodiacepinas en el tratamiento del síndrome de abstinencia.
- No existe superioridad entre las benzodiacepinas, sin embargo se debe considerar ciertas características para decidir su uso. (ver tabla 17)
- En tratamiento ambulatorio su uso no debe superar los 7-12 días.
- Las benzodiacepinas de acción prolongada estabilizan mejor el curso clínico de la abstinencia, evitando altibajos, además previenen mejor la aparición de crisis epilépticas.

- Las benzodiacepinas de acción corta o intermedia son de elección para adultos mayores, pacientes con hepatopatía grave o cuando se desea evitar la sedación excesiva.
- Son los fármacos de elección en las complicaciones; delirium tremens y crisis comiciales.
- El esquema terapéutico basado en la intensidad de los síntomas, medidos mediante la escala CIWA-Ar, disminuye la duración del tratamiento y la necesidad de medicación sedante; sin influenciar en las complicaciones ni mortalidad.
- El programa de tratamiento fijo con dosis adicionales en función de la clínica está recomendado en casos en donde no se disponga personal de enfermería entrenado para la aplicación de la escala CIWA-Ar.

Tabla 17. Características a considerar para el uso de ciertas benzodiacepinas para el tratamiento de síndrome de abstinencia alcohólica.

Benzodiacepina	Dosis iniciales	Características
Diazepam	30-80 mg/día (tres tomas diarias)	Altamente adictiva. Produce intoxicación severa cuando se mezcla con alcohol. Se recomienda su uso en ámbito hospitalario. De elección cuando existen crisis comiciales
†Lorazepam	3-15 mg/día	Recomendable en caso de insuficiencia hepática (sobre todo en adultos mayores)

† Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, se encuentra autorizado para cobertura pública en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica con falla hepática.

Fuente: Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación, 2010. ⁽¹²⁾ / Guía de recomendaciones clínicas, consumo de alcohol, 2013. ⁽⁴¹⁾ / Tratamiento farmacológico de la desintoxicación, 2002. ⁽⁶⁴⁾

Tabla 18. Pauta de benzodiacepinas, según la gravedad de los síntomas, en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica.

Día	Puntuación en la escala CIWA-Ar	Dosificación
1º	≤ 8 puntos	No necesita medicación
2º	9-15 puntos	Diazepam 10 mg vía oral
3º	≥ 16 puntos	Diazepam 20 mg vía oral
4º y siguientes	Aplicar la escala CIWA-Ar una hora después de cada dosis y si no precisa medicación, cada 8 horas excepto cuando el paciente esté sedado o cuando reaparezcan los síntomas.	
Mientras la puntuación siga siendo mayor de 8, se administrará una dosis de medicación hasta una nueva valoración a la hora siguiente.		

Modificado de: Alcoholismo. Guías Clínicas sociodrogalcohol basadas en Evidencia Científica. Madrid, 2013. ⁽³¹⁾ / Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia de alcohol. Bogota, 2013. ⁽³³⁾ / Guía de recomendaciones clínicas, consumo de alcohol, 2013. ⁽⁴¹⁾ / Tratamiento hospitalario del síndrome de privación alcohólica, 2006. ⁽⁶⁵⁾

Tabla 19. Pauta de dosis fija de benzodiazepinas para el tratamiento de síndrome de abstinencia.

Día	Diazepam 10 mg			*Lorazepam 2 mg
	Consumo de alcohol (gramos/día)			
	<50	50-100	>100	
1	1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	2-2-2-2	1-1-1-1-1-1
2	1-1-1	1-1-1-1-1	2-2-2	1-1-1-1-1-1
3	1-1	1-1-1-1	2-1-2	1-1-1-1-1
4	1	1-1-1	1-1-2	1-1-1-1
5		1-1	1-1-1	1-1-1
6		1	1-1	1-1
7			1	1
<ul style="list-style-type: none"> - Según la respuesta clínica, se podrá administrar dosis de 10-20 mg cada 1-2 horas. - No se deberá administrar ninguna dosis extra si el paciente está sedado. - El descenso medio de la dosis de diazepam es del 25% cada día. 				<p>Se podrá administrar dosis adicionales de 1-2 mg, según el cuadro clínico, cada 1-2 horas.</p>

† *Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, se encuentra autorizado para cobertura pública en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica con falla hepática.*

Fuente: Guía de recomendaciones clínicas, consumo de alcohol, 2013. ⁽⁴¹⁾/ Tratamiento hospitalario del síndrome de privación alcohólica, 2006. ⁽⁶⁵⁾

El uso de benzodiazepinas está contraindicado en los siguientes casos: ⁽⁴¹⁾ ⁽⁶⁶⁾

- Hipersensibilidad a benzodiazepinas
- Miastenia gravis
- Insuficiencia respiratoria severa
- Insuficiencia hepática severa
- Síndrome de apnea del sueño
- Hipercapnia crónica severa
- Glaucoma de ángulo estrecho

Efectos secundarios que deben ser vigilados durante el tratamiento con benzodiazepinas; ⁽⁴¹⁾

- Astenia y debilidad muscular
- Somnolencia, sedación
- Ataxia, confusión, mareos
- Amnesia retrógrada
- Reacciones paradójicas: irritabilidad, agitación, agresividad, pesadillas, delirio, alucinaciones, insomnio
- Dependencia
- Disartria
- Visión borrosa, diplopía

En caso de sobre dosis en donde el paciente comience a tener depresión respiratoria o reacciones paradójicas se deberá administrar el antídoto:

- Flumazenilo ⁽³⁹⁾ ⁽⁶⁷⁾
 - Dosis inicial: 0.2 mg intravenoso cada 15-30 segundos.
 - Si no responde a los 30 segundos; administrar 0.3 mg tras un minuto, y si no responde, se deberá administrar 0.5 mg intravenoso a los 30 segundos, repitiendo la dosis a intervalos de 1 minuto hasta una dosis máxima acumulada de 3 mg/hora.

Otros fármacos

Consideraciones especiales

Neurolépticos: su uso está únicamente indicado cuando en los pacientes se presenta agitación marcada, alucinaciones o ideas delirantes, como adyuvantes a las benzodiacepinas. No deben ser utilizados como primera línea de tratamiento ni en monoterapia debido a disminuir el umbral epileptógeno. ^{(12) (31)}

- Haloperidol: 5-10 mg intravenoso por razones necesarias.

Tiamina: para prevenir la aparición de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, cuadro caracterizado por; confusión, ataxia, oftalmoplejía, nistagmos, alteraciones de la memoria, hipotermia e hipotensión; se recomienda administrar: ^{(41) (68) (69)}

- 100 mg cada 8 horas por 2-3 días y luego dar Complejo B oral por 14 días más.

Otros anticonvulsivantes: existe poca evidencia que avalúe el uso de estos fármacos como primera o segunda línea de tratamiento para el síndrome de abstinencia, ⁽⁷⁰⁾ sin embargo existen algunas recomendaciones basadas en estudios clínicos las cuales se detallan a continuación: ⁽¹²⁾

Gabapentina: se ha mostrado efectivo en el tratamiento de dependencia de alcohol y en síntomas de abstinencia relacionados como el insomnio, disforia y craving, con un favorable perfil de seguridad. ⁽⁷¹⁾ Las ventajas del fármaco son el bajo riesgo de adicción, no produce alteraciones cognitivas y puede utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática y alteraciones hematológicas. ⁽¹²⁾ Su prescripción podría estar indicada únicamente por psiquiatras expertos en el tema.

Carbamazepina: ha demostrado ser útil para la prevención de convulsiones en el síndrome de abstinencia además de reducir sintomatología como el insomnio y el craving. ^{(72) (73)} Carece de potencial adictivo y se puede utilizar en pacientes con insuficiencia hepática. ⁽¹²⁾ Su prescripción podría estar indicada únicamente por psiquiatras expertos en el tema.

Tabla 20. Esquema terapéutico de 5 días con carbamazepina para la desintoxicación del consumo de alcohol.

Día	Dosis
1º	200 mg cada 6 horas
2º	200 mg cada 8 horas
3º	200 mg cada 12 horas
4º	200 mg cada 24 horas
5º	200 mg cada 24 horas

Fuente: 3 Regimens for alcohol withdrawal and detoxification, 2004. ⁽⁷⁴⁾

Betabloqueantes

Tanto el propranolol como el atenolol pueden ser útiles para ciertos síntomas del síndrome de abstinencia, sobretodo la taquicardia y el temblor. Sin embargo estos fármacos son inferiores a las benzodiacepinas por lo que su uso deberá estar dentro de un esquema politerapéutico. ^{(12) (31)}

Crisis convulsivas

Ocurren aproximadamente hasta en un 33% de los pacientes alcohólico-dependientes con síndrome de abstinencia moderado-severo. Generalmente son de tipo tónico-clónicas sin aura y se presentan a las 6-48 horas de la abstinencia. Usualmente terminan de forma espontánea o son controladas fácilmente con benzodiazepinas. Únicamente un 3% terminan en status epilepticus, situación la cual deberá ser investigada para descartar etiología distinta al alcohol, y aquellas que no sean tratadas de buena manera podrán acabar en delirium tremens en un 30-50% de los pacientes. (31) (75)

Manejo

Las benzodiazepinas, lorazepam y diazepam, son el tratamiento de elección tanto para el tratamiento agudo de la crisis convulsiva como para su prevención. (76) Mientras que no se recomienda la fenitoina para el manejo ni prevención de éstas. (61) (76) (77)

Tabla 21. Manejo de las crisis convulsivas en el síndrome de abstinencia alcohólica.

1. Proteger la vía aérea y dar oxígeno.
2. Monitorizar oximetría de pulso y ECG.
3. Evaluar frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura y estado neurológico.
4. Canalizar vía venosa.
5. Realizar glicemia capilar, si el paciente está hipoglucémico se deberá administrar 50 ml de dextrosa al 50%, sino se hidratará con cloruro de sodio al 0.9% o lactato ringer.
6. Si se conoce antecedente de uso crónico de alcohol, administrar 250 mg de tiamina intravenosa diluida en 50-100 ml de cloruro de sodio en 30 minutos, por 3-5 días. (76)
7. Obtener muestra de sangre para realizar: glicemia, urea, electrolitos (Na, K, Mg, Ca), función hepática, biometría hemática, pruebas de coagulación, gasometría arterial, concentración de alcohol en sangre. En caso de que el paciente presente fiebre, se debe tomar muestras para realizar cultivos. - Se sugiere guardar una muestra de suero para realizar exámenes posteriores en caso necesario.
8. Benzodiazepinas: <u>Diazepam</u> - Dosis inicial (en los primeros minutos): 4 mg intravenoso en bolo, a una velocidad no mayor de 2 mg/minuto. (Pacientes <50 Kg o >75 años: 0.07 mg/kg) Se puede considerar una segunda dosis si persiste el cuadro, manejándolo, de preferencia, en terapia intensiva.
9. Si no se puede canalizar vía venosa: - Diazepam 10 mg por vía intrarectal. Se podrá repetir la dosis a los 5 minutos en casos necesarios.
10. Estatus epiléptico: cuadro convulsivo que persiste por más de 30 minutos. Éste deberá ser tratado en terapia intensiva por médicos especialistas. (Considerar que este cuadro presente un 10% de mortalidad)

Fuente: EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol related seizures: report of an EFNS task force, 2005. (77) / Protocol for the Management of Seizures and Status Epilepticus in Adults, 2009. (78)

Delirium tremens

Representa la forma más grave del síndrome de abstinencia, suele aparecer tras las 48-72 horas después de la última ingesta de etanol, y frecuentemente se observa en pacientes alcohólico dependientes que ingresan en el hospital por traumatismos, infecciones o intervenciones quirúrgicas. Se manifiesta con alteración del estado mental junto con hiperactividad autonómica, el cual puede progresar al colapso cardiovascular. ^{(79) (80) (81)}

Etiología

Se presenta como el resultado de la alteración de múltiples sistemas de neurotransmisores secundaria al consumo crónico y excesivo de alcohol. Se considera al sistema GABA como el principal responsable de la mayoría de los síntomas, incluyendo la hiperactividad noradrenérgica y las crisis comiciales. Además también se atribuye implicación fisiopatológica a los sistemas NMDA-glutamato, dopaminérgico, noradrenérgico, serotoninérgico y opioide. ^{(80) (81)}

Diagnóstico

Se lo realiza mediante la elaboración de la historia clínica y el examen físico incluyendo la investigación de enfermedades relacionadas con el alcoholismo. ⁽⁸⁰⁾ Se recomienda realizar los siguientes exámenes de laboratorio a todo paciente con sospecha de delirium tremens; ⁽⁸²⁾

- Sodio
- Potasio
- Cloro
- Bicarbonato
- BUN
- Creatinina
- Magnesio
- Fósforo
- Pruebas de función hepática
- CPK
- Lipasa
- Cetonas
- Glicemia
- Biometría hemática completa
- Examen toxicológico para múltiples drogas (en casos sospechosos)
- LCR (solo en aquellos en los que se sospeche o presente síntomas de hipertensión intracraneal, y meningitis)

Los exámenes complementarios en imágenes se considerarán según el cuadro clínico de cada paciente y el antecedente traumático que presente. Sin embargo se sugiere que a todo paciente con delirium tremens que presente fiebre se le realice una placa de tórax para descartar neumonía, ya que puede estar presente en un 50% de los pacientes. Y además se indica la realización de TAC en aquellos pacientes que presenten los siguientes signos: ⁽⁸²⁾

- Convulsiones que persistan más allá de las 6 horas.
- Más de 6 convulsiones.
- Convulsiones focalizadas
- Trauma cráneo encefálico
- Focalización neurológica
- Estado postictal prolongado

- Deterioro progresivo del estado de conciencia

Tabla 22. Diagnóstico diferencial en cuadros sugerentes de delirium tremens.

Sepsis	Estatus epiléptico
Meningitis / Encefalitis	Tirotoxicosis
Infarto	VIH (SIDA)
Hemorragia intracraneal	Embolismo cerebral
Insuficiencia renal crónica	Hipertensión intracraneal
Hipoxia	Deficiencia de Vitamina B12
Encefalitis por herpes simple	Pelagra
Encefalopatía de Wernicke	Insuficiencia hepática aguda
Ansiedad	Cetoacidosis alcohólica
Infecciones epidurales y subdurales	Absceso cerebral
Intoxicación por drogas: anfetaminas, cocaína, opioides, alucinógenos. IMAO`s	Encefalopatía hepática, encefalopatía hipertensiva, encefalopatía urémica
Hipocalcemia/ Hipomagnesemia	Cetoacidosis diabética
Neoplasia cerebral	Trauma cráneo encefálico
Síndrome neuroléptico maligno	Hipoglucemia
Feocromocitoma	

Fuente: Delirium Tremens, Workup, Medscape 2015.⁽⁸⁰⁾ / Urgencias en atención primaria, Delirium Tremens, 2003.⁽⁸²⁾

Manejo

Los pacientes diagnosticados con delirium tremens deben ser trasladados a centros hospitalarios previamente sedados y administrados una dosis de tiamina, y en caso de presentar hipoglucemia, hidratados con solución glucosada.⁽⁸⁰⁾

Tabla 23. Esquema de tratamiento sugerido del síndrome de abstinencia con delirio (delirium tremens).

1. Manejar al paciente en terapia intensiva o cuidados intermedios; en donde esté en un ambiente tranquilo acompañado de familiares y objetos conocidos.
2. Colocar al paciente en posición de seguridad, decúbito lateral, para evitar aspiración en caso de vómito. (por esto se evitará dar medicación oral)
3. Monitorizar los signos vitales cada 15-30 minutos en un ambiente tranquilo sin estímulos externos exagerados.
4. Realizar exámenes de laboratorio: electrolitos, enzimas pancreáticas, hematocrito, plaquetas, enzimas hepáticas.
5. Hidratación: usualmente los pacientes están deshidratados y con algún grado de hipoglucemia. Administrar: solución glucosada 5% en cloruro de sodio al 0.9% a 4-10 litros en las primeras 24 horas (dependerá del grado de deshidratación del paciente)
6. Administrar tiamina 500 mg intravenoso c/12-24 horas por 3 días. (Prevención de la encefalopatía de Wernicke)
7. Benzodiacepinas: a) Diazepam: - Régimen 1: - 10-20 mg intravenoso u oral c/1-4 horas según sea necesario. - Régimen 2: - Dosis inicial 5 mg intravenoso (2.5 mg/minuto) - En caso necesario repetir la dosis a los 10 minutos - En caso necesario administrar 10 mg intravenoso a los 10 minutos - En caso necesario repetir la dosis a los 10 minutos - En caso necesario administrar 20 mg a los 10 minutos

<ul style="list-style-type: none"> - Continuar administrando 5-20 mg/hora por razones necesarias <p>b) †Lorazepam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Régimen 1: <ul style="list-style-type: none"> - Administrar 8 mg intravenoso, intramuscular u oral cada 15 minutos, según sea necesario. - Si después de haber administrado 16 mg, persiste el delirio, se debe administrar 8 mg en bolo intravenoso. - Luego administrar 10-30 mg/hora. - Régimen 2: <ul style="list-style-type: none"> - Administrar 1-4 mg intravenoso cada 5-15 minutos, según sea necesario. - Alternativamente, administrar 1-40 mg intramuscular cada 30-60 minutos, según sea necesario. - Continuar la dosis cada hora, según sea necesario, para mantener la somnolencia.
<p>8. En caso de presentar agitación o alucinaciones, se debe administrar, a más de las benzodiacepinas, administrar antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol: 0.5-5 mg intravenoso o intramuscular cada 30-60 minutos según sea necesario. Dosis máxima: 20 mg; ó 0.5-5 mg vía oral cada 4 horas hasta completar los 30 mg.
<p>9. Magnesio: los pacientes alcohólicos dependientes suelen tener hipomagnesemia, el cual se manifiesta con; hiperreflexia (ROTS), debilidad, temblor, hipopotasemia refractaria, hipoparatiroidismo con hipocalcemia reversible y arritmia cardíaca.</p> <p>Administrar de forma rutinaria (en pacientes con buena función renal):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeras 24 horas: 4-6 gramos de sulfato de magnesio administrado en infusión continua. - Cuatro días siguientes: mitad de la dosis (2-3 gramos) de sulfato de magnesio administrado en infusión continua, o se podrá administrar la misma dosis por vía intramuscular en intervalos de 6-8 horas. <p>No se recomienda el magnesio por vía oral (preparados con antiácidos) por generar diarrea.</p>

†Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, se encuentra autorizado para cobertura pública en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica con falla hepática.

Fuente: Delirium Tremens Treatment and Management, Medscape, 2015. ⁽⁶¹⁾ / Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens), 2014. ⁽⁸³⁾

Deshabitación

En los últimos años los esfuerzos de investigación se han centrado en fármacos con acción sobre el sistema GABA-NMDA glutamato, los cuales faciliten el restablecimiento del equilibrio de dicho sistema y, en la identificación de circuitos cerebrales de recompensa para la elaboración de fármacos que reduzcan el consumo compulsivo de bebidas alcohólicas. ⁽³¹⁾ ⁽⁸⁴⁾

Recomendaciones generales: ⁽⁸⁵⁾

- a) Tras un manejo satisfactorio del síndrome de abstinencia alcohólico moderado-severo, considerar el manejo de la deshabitación con *acamprosato o *naltrexona oral, en conjunto con intervención psicológica individual.
- b) Considerar el uso de disulfiram junto con terapia psicológica individual, tras un manejo satisfactorio del síndrome de abstinencia, a aquellas personas que:

- Deseen llegar a la abstinencia pero tengan alguna contraindicación para el uso de *acamprosato o *naltrexona.
 - Prefieran el disulfiram, teniendo un claro conocimiento de los mecanismos de acción y los efectos secundarios del medicamento.
- c) Antes de iniciar el tratamiento farmacológico, con cualquier medicamento, realizar exámenes de laboratorio de control; urea, electrolitos, función hepática (incluyendo la GGT) y además considerar y discutir con el paciente sobre las contraindicaciones y precauciones del uso de estos medicamentos.

*Naltrexona

Antagonista opioide que actúa, teóricamente, a través del sistema opioide endógeno modulando la liberación de dopamina en las áreas de recompensa cerebrales, de esta manera se comporta como una sustancia anti-craving. ^{(31) (41)}

Tabla 24. Consideraciones e indicación de *naltrexona en el tratamiento de deshabituación alcohólica.

1. Se puede utilizar la *naltrexona apenas se controle el síndrome de abstinencia.	
2. Dosificación: <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 25 mg/ día vía oral. - Dosis de mantenimiento: 50 mg/día vía oral 	
3. La duración del tratamiento debe ser de al menos 6 meses o más, según sea necesario.	
4. Se debe suspender la medicación si el paciente continúa consumiendo alcohol tras las 4-6 semanas iniciado el tratamiento.	
5. Los pacientes deberán ser controlados por lo menos 1 vez al mes durante los primeros 6 meses y luego ser monitorizados algunas veces, según lo crea el médico, en los siguientes 6 meses.	
6. No se aconseja realizar controles sanguíneos (BH, función renal, función hepática, coagulación) de manera rutinaria, sin embargo se deberá considera su realización en pacientes adultos mayores y obsesos.	
7. Se recomienda realizar pruebas de función hepática para constatar mejoramiento de la función hepática y para incentivar al paciente en la continuación del tratamiento tras observar mejoría de su cuadro hepático	
8. Considerar las contraindicaciones absolutas y sus efectos adversos: ⁽⁴⁰⁾⁽⁸⁹⁾	
Contraindicaciones	Efectos adversos
Hipersensibilidad al fármaco	Náusea-vómito
Hepatitis aguda	Dolor abdominal
Insuficiencia hepática grave	Cefalea
Dependencia activa de opiáceos	Alteraciones del sueño
Pacientes en tratamiento con opiáceos	Mialgias-artralgias
Embarazo y lactancia	Diarrea/estreñimiento
	Eyacuación retardada-disminución de la potencia sexual
	Alteración de la función hepática
	Ansiedad

**Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*

Fuente: Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, 2011. ⁽⁸⁵⁾

* Acamprosato

Es un derivado simple de la taurina, aminoácido esencial, que actúa como agonista del GABA e inhibidor de los receptores NMDA-glutamatérgicos. ^{(12) (84) (86)} De esta manera actúa como una sustancia anticraving. ^{(31) (87)}

Tabla 25. Consideraciones e indicaciones de * acamprosato en el tratamiento de deshabituación alcohólica.

1. Se puede utilizar * acamprosato apenas se controle el síndrome de abstinencia.	
2. Dosificación: 1998 mg vía oral (666 mg tres veces al día). ⁽⁸⁸⁾ - Si el paciente pesa <60 kg: dosis máxima → 1332 mg.	
3. La duración del tratamiento debe ser de al menos 6 meses, y prolongarse según sea necesario.	
4. Se debe suspender la medicación si el paciente continúa consumiendo alcohol tras 4-6 semanas de iniciado el tratamiento.	
5. Los pacientes deberán ser controlados por lo menos 1 vez al mes durante los primeros 6 meses y luego ser monitorizados algunas veces, según lo crea el médico, en los siguientes 6 meses.	
6. No se aconseja realizar controles de función hepática de manera frecuente, sin embargo se recomienda su realización para constatar mejoramiento de la función hepática y de manera motivacional para el paciente.	
7. Considerar las contraindicaciones absolutas y sus efectos adversos: ^{(41) (88)}	
Contraindicaciones absolutas	Efectos adversos
Hipersensibilidad Insuficiencia hepática severa Insuficiencia renal (Aclaramiento de creatinina <30 ml/minuto) Embarazo y lactancia	Diarrea Náusea-vómito Dolor abdominal Prurito Erupción maculo-papular Frigidez-impotencia Disminución de la libido

* *Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*

Fuente: Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, 2011. ⁽⁸⁵⁾

Disulfiram

Está clasificado como sustancia aversiva o antidipsotrópica debido a su mecanismo de acción; éste consiste en la inhibición de la acetaldéhidó deshidrogenasa, aumentando los niveles de acetaldéhidó en sangre en los pacientes que ingieren alcohol, provocando una reacción etanol-disulfiram que se caracteriza por: ^{(12) (31) (87)}

- Vasodilatación-rubefacción
- Hipotensión
- Taquicardia -palpitaciones
- Aumento de la frecuencia respiratorio-disnea
- Ansiedad
- Cefalea
- Náusea-vómitos
- Sequedad de la mucosa bucal y de la garganta
- Malestar general

Además se ha comprobado que provoca un efecto a nivel del circuito cerebral de recompensa mediante la inhibición de la dopamina β-hidroxilasa, incrementando los niveles de dopamina cerebral. ^{(31) (86)}

La reacción suele empezar a los 10-30 minutos después de consumir alcohol y dura varias horas. La reacción puede ser muy peligrosa en pacientes que presenten; fallo cardíaco, enfermedad coronaria, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, hipertensión, diabetes o epilepsia. ^{(12) (89)}

Tabla 26. Consideraciones e indicaciones de disulfiram en el tratamiento de deshabituación alcohólica.

1. Previo el inicio del tratamiento se deberá realizar los siguientes exámenes de laboratorio: - Función hepática - Electrolitos - Función renal	
2. Iniciar el tratamiento 12-24 horas después de la última ingesta de alcohol.	
3. Dosificación: 200-250 mg/día por vía oral durante al menos 6-12 meses. ⁽³¹⁾	
4. Si la dosis inicial, ingerida por lo menos durante una semana, no causa el malestar suficiente al ingerir alcohol, considerar aumentar la dosis. Dosis máxima: 500mg/día ⁽⁸⁹⁾	
5. Se debe realizar el siguiente seguimiento a los paciente tratados con disulfiram: a) Controlar al paciente los dos primeros meses por lo menos cada 2 semanas, y los siguientes 4 meses por lo menos 1 vez al mes. b) Solicitar, en la medida de lo posible, un familiar responsable del tratamiento del paciente el cual se encargue de controlar la ingesta del medicamento. c) Monitorizar al paciente dos veces por año tras los primeros 6 meses de iniciado el tratamiento.	
6. Informar y advertir a los usuarios y familiares/cuidadores sobre: a) La interacción del disulfiram con el alcohol, y sus efectos (rubefacción, náusea, palpitaciones, arritmias, hipotensión, colapso, etc.) b) La posibilidad de presentar hepatotoxicidad severa y rápida, aunque sea un efecto adverso raro, indicando la suspensión del medicamento y buscar atención médica en caso de presentar malestar general repentino (sin relación con ingesta del alcohol) e ictericia.	
7. Considerar las contraindicaciones absolutas y relativas, y sus efectos adversos: ^{(41) (89)}	
Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Intoxicación aguda por alcohol Hipersensibilidad Psicosis Depresión Trastornos graves de la personalidad Cirrosis Enfermedad cardíaca Embarazo Incapacidad para seguir el tratamiento Insuficiencia respiratoria/asma Insuficiencia renal crónica Hepatitis aguda Neuropatía Hipertensión Antecedentes de ACV	Diabetes Epilepsia Hipotiroidismo
	Reacciones adversas
	Hepatitis tóxica (puede aparecer a 2-3 meses iniciado el tratamiento) Neuritis óptica Colestasis hepática Exacerbaciones de psicosis Neuropatía periférica Polineuritis Impotencia Fatiga Cefalea Erupción acneiforme/Rash

Fuente: Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, 2011. ⁽⁸⁵⁾

Capítulo III

Tabaco

El consumo de tabaco sigue siendo la primera causa prevenible de enfermedades y muerte prematura tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo. A nivel mundial cerca de 6 millones de defunciones tempranas se producen por causa del consumo de tabaco. Se manifiesta principalmente a través del cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias crónicas, es también un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones del tracto respiratorio, osteoporosis, infertilidad, efectos adversos postquirúrgicos y cicatrización lenta, úlceras gástricas y duodenales y diabetes. ^{(90) (91)}

Se debe tomar en cuenta que la nicotina no cumple un rol importante en el desarrollo de ninguna de estas enfermedades, pero la adicción a la nicotina contenida en el cigarrillo es la causa de todas ellas. ⁽⁹⁰⁾

En Latinoamérica la mortalidad asciende a más de 40.000 personas cada año, además de considerar una pérdida de más de 800.000 años de vida saludables. Todo esto refleja un alto costo sanitario (aproximadamente un 15% del gasto en salud). ⁽⁹¹⁾ Un promedio de 435.000 personas en Estados Unidos mueren prematuramente por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco cada año; fumar causa 1 de cada 5 muertes. La probabilidad de que un fumador crónico muera prematuramente por una complicación de su tabaquismo es aproximadamente de un 50%. ⁽⁹⁰⁾

Mecanismo de acción de la nicotina

Al realizar la inhalación del humo del tabaco se destila la nicotina contenida en el mismo, las partículas del humo entran a los pulmones llevando con ellas la nicotina; desde los pulmones son absorbidas a la circulación venosa, posteriormente la nicotina ingresa a la circulación arterial y se mueve rápidamente (7-9 segundos) desde los pulmones al cerebro en donde se une a los receptores nicotínicos colinérgicos donde favorece la liberación de dopamina y de esta manera se experimenta placer cada vez que se consume tabaco, lo que produce la adicción. ^{(90) (92)}

Tabla 27. Recomendaciones con grado de evidencia de guías de práctica clínica sobre el uso nocivo y dependencia de tabaco. (Para una buena interpretación ver las escalas de valoración según la fuente en el Anexo 1).

Recomendación	Grado de evidencia
Todos los pacientes que fuman deben recibir como parte de la estrategia para dejar de fumar, consejo breve por parte de todos los médicos con una frecuencia de por lo menos una vez al año, el mismo debe ser brindado por todos los miembros del equipo de salud. ^{(93) (94)}	A
Posterior a que el paciente haya sido identificado como fumador es necesario evaluar las motivaciones para dejar de fumar. ⁽⁹³⁾	C
El tratamiento del tabaquismo (tanto medicación como consejo) aumenta la proporción de pacientes que usan el tratamiento para el abandono del mismo. ⁽⁹⁵⁾	A
Es necesario identificar a los consumidores de cigarros puros, pipas y otras formas de tabaco diferentes de los cigarrillos, apoyándoles energicamente a que dejen el tabaco, ofreciéndoles el mismo tipo de consejo recomendado para los fumadores de cigarrillos. ⁽⁹⁵⁾	C
En los pacientes que consuman tabaco sin humo, el odontólogo debe ofrecer	A

consejo breve. ⁽⁹⁵⁾	
Cuando se evalúa al paciente y no se determina una motivación para dejar de fumar se les debe estimular por medio de intervenciones motivacionales. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁴⁾	B
Si se identifica a un paciente motivado para abandonar el hábito tabáquico, se le debe apoyar por lo menos con una intervención mínima, previa a la derivación a una intervención intensiva. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁵⁾	A
Entre más intensivas las intervenciones, más efectivas son para lograr la abstinencia. Las mismas deben ser aplicadas cada vez que sea posible cumpliendo con una frecuencia mínima de 4 sesiones, ya que estas han demostrado altas tasas de cesación tabáquica. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁴⁾ ⁽⁹⁵⁾	A
Cualquier clase de intervención proactiva, sea ésta individual, grupal o telefónica es efectiva. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁴⁾ ⁽⁹⁵⁾	B
El índice de abstinencia se incrementa de manera notable cuando el tratamiento es brindado por un profesional de salud capacitado en cesación de tabaco. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁵⁾	C
De ser posible, las intervenciones deben ser brindadas por diferentes miembros del equipo de salud, esto le da más fuerza a la misma con respecto a la proporcionada por un solo. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁴⁾ ⁽⁹⁵⁾	B
Se debe elaborar materiales de autoayuda sean estos impresos o enviados por internet, los mismos de preferencia deben adaptarse a las necesidades del paciente. ⁽⁹³⁾	B
En caso de que el paciente no presente contraindicaciones para el tratamiento farmacológico, se debe brindar una opción terapéutica puesto que el mismo duplicará el éxito de cesación. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁴⁾ ⁽⁹⁵⁾	A
Si existe un paciente con un grado de dependencia alto se debe administrar terapia de reemplazo de nicotina (TRN) (* parche o *chicle de nicotina) y adicionar *bupropion. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁴⁾ ⁽⁹⁵⁾	A
Las drogas de primera línea para el tratamiento farmacológico de la dependencia a la nicotina son: TRN, * bupropión y *vareniclina. Para la elección de cualquiera de ellas es necesario valorar comorbilidades, contraindicaciones, preferencia y experiencias previas del paciente en caso de que las tenga. ⁽⁹³⁾ ⁽⁹⁴⁾ ⁽⁹⁵⁾	A
La TRN reduce los síntomas de abstinencia en los fumadores que dejan de fumar y es eficaz como tratamiento de deshabituación. ⁽⁹⁴⁾	A
En caso de usar TRN no se la debe mezclar con *vareniclina. ⁽⁹⁴⁾	A
Las *tabletas de nicotina para chupar son un tratamiento eficaz para dejar de fumar y debería fomentarse su uso. ⁽⁹⁵⁾	B
Existen situaciones de excepción para la TRN como: cardiopatía isquémica reciente, HTA no controlada, hipotiroidismo no controlado, embarazo, lactancia o adolescencia. ⁽⁹⁴⁾	A
La duración de la TRN con *goma de mascar de nicotina se aconseja entre 8 y 12 semanas. ⁽⁹⁴⁾	D
El *spray nasal y bucal de nicotina son eficaces como tratamiento deshabituador. ⁽⁹⁴⁾	A
El *spray nasal y bucal de nicotina están recomendados únicamente durante un tiempo máximo de 3 meses. ⁽⁹⁴⁾	D
El *bupropion dobla la eficacia del placebo para dejar de fumar. ⁽⁹⁴⁾	A
Estudios demuestran que a los 12 meses de tratamiento la tasa de abstinencia de * bupropion combinado con parches de nicotina supera el tratamiento de * bupropion solo. ⁽⁹⁴⁾	A
*Vareniclina resulta más eficaz que *bupropion y que placebo, por lo que se recomienda su uso. ⁽⁹⁴⁾ ⁽⁹⁵⁾	B
En pacientes tratados con *vareniclina se incrementa hasta 3 veces las posibilidades de abstinencia a largo plazo en comparación con pacientes que realizaron un intento de abandono sin utilizar tratamiento farmacológico. ⁽⁹⁴⁾	A
El *bupropion no se debe combinar con *vareniclina. ⁽⁹⁴⁾	A
En caso de existir contraindicaciones para los medicamentos de primera línea	A

se deberá optar por los de segunda línea. ⁽⁹³⁾	
La *clonidina está catalogada como medicamento de segunda línea, y por causa de sus efectos adversos no se recomienda su uso en el primer nivel de atención. ^{(94) (95)}	A
Si el paciente se encuentra internado se recomienda usar TRN y bupropion y posteriormente acordar visitas de seguimiento y mantenimiento por lo menos al término de un mes. ⁽⁹³⁾	B
Siempre se debe brindar intervención breve al paciente psiquiátrico fumador. ⁽⁹³⁾	A
En el paciente psiquiátrico, siempre que sea posible, se debe dar tratamiento farmacológico, psicosocial acompañado de una intervención intensiva. ^{(93) (94) (95)}	A
En el paciente psiquiátrico, en el cual se va a iniciar medicamentos para abandonar la adicción al tabaco, se debe monitorear las dosis de la medicación psiquiátrica ya que existe interacción de medicamentos y se puede llegar a modificar los niveles en sangre de los psicofármacos. ⁽⁹³⁾	A
En los padres fumadores se debe realizar una intervención breve en la cual se informe sobre el tabaquismo pasivo y los daños que éste ocasiona. ^{(93) (95)}	B
A todo paciente que consuma menos de 10 tabacos por día se le debe ofrecer intervención no farmacológica de preferencia terapia psicológica cognitiva conductual. ^{(93) (95)}	B

* *Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*

Intervención breve para el manejo de la adicción a nicotina

Para el abandono de la adicción a la nicotina existen varios métodos. Una de las piedras angulares en el tratamiento de esta adicción es: la intervención breve, que consiste en un conjunto de estrategias efectivas para la cesación, que pueden ser brindadas por cualquier profesional de la salud y demandan poco tiempo de consulta.⁽⁹³⁾

Las prácticas realizadas durante la intervención breve están basadas en la mejor calidad de evidencia y se encuentran ampliamente difundidas. El tiempo estimado de la intervención breve es de 3 a 5 minutos por consulta; es aplicable en cualquier nivel de salud y por cualquier profesional de salud vinculado con el paciente, se la debe dar independientemente del sexo edad, raza y nivel de adicción a la nicotina.⁽⁹³⁾

La intervención breve para dejar de fumar debe estar estructurada en base a “Las 5 As”:⁽⁹⁶⁾

- **Averiguar** (Ask): averiguar si la persona fuma o no.
- **Aconseja** (Advise): aconsejarle que deje de fumar.
- **Ampliar** (Assess): ampliar el diagnóstico, averiguando si desea o no hacer un intento para dejar de fumar.
- **Ayudar** (Assist): ayudarlo, si procede, en el intento de abandono.
- **Acordar** (Arrange): acordar con el paciente un seguimiento.

Síndrome de abstinencia

En el fumador frecuente (más de 20 tabacos diarios) los receptores nicotínicos se vuelven tolerantes y cuando disminuye la circulación de nicotina en el plasma se desata el síndrome de abstinencia. Este síndrome se caracteriza por ansiedad, stress, irritabilidad, depresión, anhedonia (pérdida de placer en la vida).^{(90) (97)}

En definitiva, la base de la adicción al tabaco se da por una combinación entre refuerzos positivos incluyendo una mejoría en el estado de ánimo y en evitar los síntomas de la abstinencia.^{(90) (97) (98)}

En los pacientes que desarrollan tolerancia, la urgencia de reanudar el hábito de fumar es recurrente y persiste inclusive después de que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen.^{(90) (97) (99)}

Tabla 28. Lineamientos para prescribir medicación para el tratamiento de la dependencia o uso del tabaco.

¿Quién debería recibir medicación para limitar el uso del tabaco? ¿Existen grupos de fumadores en los cuales el uso de medicamentos no ha sido efectivo?	A todos los pacientes que estén tratando de dejar de fumar se les debe ofrecer medicación antitabaco, excepto cuando está contraindicado o en poblaciones donde la evidencia es insuficiente para demostrar su eficacia (embarazadas, usuarios de tabaco masticable, fumadores de menos de 5 tabacos día y adolescentes)
¿Cuándo se debe dar prevención de consumo de tabaco?	Se recomienda a todos los profesionales de la salud brindar un breve consejo de varios minutos para dejar de fumar a todas las personas que fuman, porque incrementa las tasas de cesación, con énfasis especial en niños y adolescentes. ⁽⁹¹⁾
¿Cuáles son los medicamentos de primera línea para el tratamiento del tabaquismo?	Todos los 7 medicamentos aprobados por la <i>Food and Drug Administration</i> (FDA) para el tratamiento de la adicción a nicotina son recomendados: *Bupropion sólido oral de liberación sostenida, *vareniclina, *chicle de nicotina, *inhalador de nicotina, *tableta de nicotina, *spray nasal de nicotina y *parche de nicotina. ⁽¹⁰⁰⁾
¿Existen contraindicaciones y/o, efectos adversos para el uso de fármacos de primera línea en el tratamiento del tabaquismo?	Todos los medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de la adicción al tabaco tienen efectos adversos o secundarios y contraindicaciones.
¿Qué otros factores pueden influenciar en la selección de la medicación?	Algunos factores pueden influenciar en la selección del medicamento a ser utilizado entre los cuales se destaca: nivel de atención, capacitación del personal de salud para el manejo de los fármacos, accesibilidad de estos en la salud pública, la cobertura por parte del seguro, costos para el paciente, probabilidad de adherencia, el uso de dentaduras cuando se propone el uso de *goma de mascar y la dermatitis cuando se considera *parches de nicotina entre otros.
¿Es importante la experiencia previa del paciente con medicación anti tabaco?	Una experiencia anterior exitosa sugiere que la medicación puede ayudar para el paciente en intentos subsecuentes para dejar de fumar, en especial en los pacientes que descubrieron que la medicación es tolerable y fácil de usar. Sin embargo es difícil determinar la importancia de una experiencia previa del paciente con medicación anti- tabaco.
Que medicación se debería usar en pacientes que presentan una alta dependencia a la nicotina	En los pacientes que presentan alta dependencia, puntuación en el test de Frageström (ver anexo 7) mayor a 7, a la nicotina se requieren preparaciones con altas dosis de nicotina como la *goma de mascar de nicotina de 4 mg , el *parche de nicotina de 24 h o los *comprimidos de 4 mg, adicionalmente el uso de la combinación de 2 TRN es efectiva en el manejo del síndrome de abstinencia, (parche + goma de mascar)
¿Es el género una	Estudios demuestran que la TRN es más efectiva en hombres que

consideración en la selección de la medicación?	en mujeres y por este motivo se recomienda en las mujeres que se asocie la TRN con * bupropion (LS)
¿Es apropiada la medicación para la cesación en pacientes con bajo consumo de tabaco (<10 cigarrillos diarios)?	Como se señala en párrafos previos el uso de medicación para el tratamiento de la adicción al tabaco en pacientes que consumen menos de 10 cigarrillos diarios, no representa ningún beneficio, sin embargo si se usa la TRN se debe considerar la misma en dosis bajas, no son necesarios ajustes en la dosis de *Bupropion de liberación sostenida o *varenciclina
¿Cuándo deben ser usados los medicamentos de segunda línea en el tratamiento de la dependencia al tabaco?	Se debe considerar la prescripción de los medicamentos de segunda línea (ejm: *clonidina) para pacientes en los que no se pueda usar los de primera línea por sus contraindicaciones o para los pacientes en los que el tratamiento de primera línea no ofrecieron los resultados esperados. Cada paciente debe ser valorado individualmente para determinar riesgos y beneficios de los medicamentos tanto de primera línea como de segunda línea, siendo tratados por profesionales capacitados en el uso de este tipo de medicación.
¿Qué medicación se debe usar en los pacientes que estén particularmente preocupados por el aumento de peso?	La evidencia indica que el * bupropion de liberación sostenida y la >TRN en particular 4 mg de *goma de mascar con nicotina o *comprimidos con 4 mg de nicotina demoran pero NO previenen el incremento de peso
¿Existe medicación que debe ser considerada para pacientes con antecedentes de depresión?	Tanto la TRN como el * bupropion sólido oral de liberación sostenida son efectivos en esta población.
¿Se debería evitar el uso TRN en pacientes con antecedentes de patología cardiovascular?	Se debe evitar el uso de spray ya que produce alteraciones cardíacas en pacientes con angina inestable o en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio 2 semanas previas al inicio de la terapia de remplazo. Se ha demostrado que el parche de nicotina es seguro, con leve riesgo de taquicardia, por lo que se debe tener precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular.
Se puede usar la TRN por periodos largos de tiempo (> 6 meses)	Si, esto puede ser de gran ayuda en los fumadores que reportan síndrome de abstinencia recurrentes durante el uso de la medicación o en pacientes que ya hayan intentado dejar de fumar pero han recaído en una nueva ocasión, además la FDA ha aprobado el uso de estos medicamentos por más de 6 meses a excepción del spray de nicotina que puede generar adicción.
¿Es importante que exista adherencia al tratamiento?	Si, puesto que si el paciente no sigue las indicaciones adecuadamente la efectividad del tratamiento se ve comprometido, cada TRN tiene una especificidad
¿Se puede combinar medicación?	Si, existe evidencia que corrobora que la medicación de primera línea combinada (<u>*parche + *goma de mascar</u> o <u>*parche + *spray nasal</u> o <u>*parche + *inhalador</u> o <u>*parche + *bupropion de liberación sostenida</u>) aumenta el tiempo de abstinencia a nicotina comparado con placebo; al combinar *varenciclina con TRN se ha observado mayor número de efectos secundarios (náusea y vómito)

* Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.

Fuente: Treating Tobacco Use and Dependence, 2008⁽⁹⁵⁾

Terapia de reemplazo de nicotina (TRN)

Para manejar la dependencia a la nicotina los fármacos más usados son los que contienen nicotina ya que éstos aumentan casi al doble los efectos de la terapia conductual, la TRN consiste en administrar nicotina por una vía distinta a la del consumo del cigarrillo en cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para causar dependencia. ^{(92) (101)}

Al momento se cuenta con 5 tipos de terapia de reemplazo de nicotina (*chicle, *parche, * inhalador nasal, *inhalador bucal y *tabletas o comprimidos para chupar), todas ellas con eficacia similar; adicionalmente se cuenta con medicamentos como el *bupropion y la *varenclina que son a su vez tratamientos de primera línea. ^{(95) (101)}

Tabla 29. Características generales de la terapia de reemplazo de nicotina (TRN).

Características de la TRN	
La Nicotina debe ser administrada por una vía diferente a la del tabaco	<ul style="list-style-type: none"> - *Chicle - *Parche - *Inhalador nasal (spray nasal) - *Inhalador bucal - *Comprimidos o tabletas para chupar
La efectividad de la TRN dependerá de la cantidad de nicotina administrada y su finalidad será evitar la aparición del síndrome de abstinencia sin provocar dependencia	<p>Se debe adaptar la dosis según cada paciente. (Idealmente se debe ajustar según valoración de niveles de nicotemia)</p> <p>Cualquier modalidad de TRN consigue nicotemia superior a 5 ng/ml similar a la que se consume fumando un cigarrillo</p>
Se debe administrar la dosis correspondiente al número de cigarrillos para no superar a la ingesta de nicotina que da el consumo de tabacos	<p>Con la TRN se debe conseguir niveles entre 5 -15 ng/ml</p> <p>La única TRN que presenta una absorción rápida similar a la del cigarrillo es el spray nasal</p>
La TRN tiene un tiempo límite dependiendo del método de reemplazo	<p>No existe un consenso sobre el tiempo máximo de la TRN, sin embargo se ha establecido un tiempo mínimo de 8 semanas</p> <p>La duración de la TRN depende de cada paciente</p>

** Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*

Tomado de: Guía de Práctica Clínica de Adicción al tabaco, 2008. ⁽⁹⁸⁾

Tabla 30. Pautas para terapia de reemplazo de nicotina.

	*Chicle de nicotina	*Parche de nicotina	*Inhalador nasal de nicotina (spray nasal)	*Inhalador bucal de nicotina	*Comprimido o tableta para chupar
Forma farmacéutica	Goma de mascar que contiene 2 a 4 mg de nicotina unida a resina de intercambio iónico que se libera conforme se mastica el chicle. ^{(98) (99)}	Dispositivo de liberación transdérmico que tiene 3 capas: ^{(92) (101)} La primera se adhiere a la piel la segunda es donde está contenida la nicotina y una tercera capa que recubre a las 2 anteriores. La nicotina se libera de forma lenta y continua alcanzando niveles estables de nicotemia en sangre. Según sus características los parches se pueden dividir en 2 grupos: - Parches de 24 horas - Parches de 16 horas	Consiste en una mezcla de nicotina disuelta en una solución isotónica a un Ph neutro y con una concentración de nicotina de 10 ng/ml todo esto unido a un sistema de instilación por vía nasal. ^{(98) (101)}	Formado por dos piezas: ⁽¹⁰¹⁾ - Una boquilla con biselado especial para adaptarse adecuadamente a la boca del sujeto - Un pequeño contenedor portador de 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol	Son caramelos también conocidos comprimidos o “losanges” que contienen 1 mg de nicotina. ⁽⁹²⁾
Mecanismo de acción	Conforme el individuo mastica el chicle, la resina se combina con los iones sodio y potasio de la saliva, la nicotina queda libre, esta se absorbe por la mucosa de la orofaringe. Al ser liberada se absorbe al torrente sanguíneo y llega a los receptores nicotínicos localizados a nivel cerebral	Actúan desensibilizando los receptores nicotínicos a los pulsos de nicotina que se producen con cada pitada. El parche va liberando la nicotina a dosis aproximadas de 0,8-0,9 mg/h alcanza niveles terapéuticos a las 2-4 horas de ser colocados, los niveles máximos se alcanza a las 5-10 horas de	Una vez realizada la instilación de las gotas de la solución la absorción se produce rápidamente ya que la vascularización nasal es abundante a partir de este momento los niveles de nicotina aumentan rápidamente, y producen su efecto como si se consumiera	Al aspirar a través de la boquilla el aire queda saturado de nicotina: - Si se realiza una inspiración profunda se absorbe en la vía aérea central y bronquios - Si la inhalación es menos profunda la	Conforme se chupa la pastilla se libera la nicotina Se chupara la tableta hasta que libere su sabor a nicotina en ese momento se dejara de

	donde evita que se desencadene el síndrome de abstinencia. ^{(92) (98) (99)}	aplicación. ^{(92) (101)}	un cigarrillo, este medio es el que más se asemeja a la liberación de nicotina producida tras una calada de cigarrillo. Libera nicotina directamente en la mucosa nasal. ^{(92) (101)}	absorción se da en la orofaringe y en la mucosa geniana. ⁽¹⁰²⁾	chupar y se volverá a chupar cuando el sabor desaparezca. ⁽⁹⁵⁾
Modo de empleo	Se debe consumir una goma de mascar de nicotina el momento que el individuo siente ganas de fumar. Debe masticar lentamente hasta que sienta el sabor a nicotina, luego dejar de masticar y poner la goma entre su encía y la mucosa geniana hasta que el sabor desaparezca, esto indica que la nicotina ha sido absorbida. El proceso se repite cuantas veces sea necesario. ^{(92) (101)}	Los parches tienen una relación directa con el número de cigarrillos consumidos El parche debe ser adherido a diario en una superficie corporal limpia, seca y sin pelo que se encuentre comprendida por debajo del cuello y por encima de la cintura. Por ejemplo el brazo o el pecho. La FDA aprobado su uso por periodos de 3 a 5 meses. ^{(95) (101)}	Al ser un método de rápida absorción es el que más reduce los síntomas de privación Cada puff libera 0.5 mg de nicotina La aplicación debe ser realizada un puff en cada fosa nasal para que exista una absorción apropiada las fosas nasales deben encontrarse limpias y permeables y el eje longitudinal de las fosas debe coincidir con el dispositivo. ^{(101) (103)}	Se lo puede usar solo o combinado con el parche Cada contenedor tiene aproximadamente 400 inhalaciones. ⁽¹⁰¹⁾	Se debe administrar 1 mg, es decir un comprimido para chupar cada 1 a 2 horas. ⁽¹⁰¹⁾
Observaciones adicionales	Un chicle usado de manera correcta, dura entre 20 y 30 minutos. Mientras se consuma la goma de mascar no se debe tomar bebidas ácidas.	Las concentraciones de nicotina que presenta cada parche puede variar: Parche de 24 h: <u>Presentación:</u> 21 mg	NO usar en pacientes con: - arritmia cardíacas - angina inestable - infarto de	No usar más de 20 contenedores diarios. ⁽¹⁰¹⁾	NO se debe masticar la pastilla Se debe dejar que la pastilla se disuelva en

	<p>NO tomar ninguna bebida 15 minutos antes de consumir la goma de mascar</p> <p>NO masticar continuamente el chicle puesto que si se lo hace no se da tiempo a la absorción de la nicotina.</p> <p>Desechar la goma de mascar siempre alejada de niños y mascotas</p> <p>NO usar esta TRN en pacientes que hayan tenido en las semanas previas un problema cardiovascular. ⁽⁹²⁾ ⁽⁹⁵⁾</p>	<p>14 mg 7 mg</p> <p>Parche de 16h: <u>Presentación</u> 15 mg 10 mg 5 mg</p> <p>La nicotimemia debe estar comprendida entre 10 y 30 µ/ml si se logran estos valores se consigue lograr la abstinencia al tabaco</p> <p>Los niveles terapéuticos de nicotinemia se alcanzan en periodos más prolongados que con la goma de mascar</p> <p>No usar calor local en la zona del parche puesto que esto aumenta la absorción de la nicotina</p> <p>Desechar siempre el parche apartado de niños y mascotas. ⁽⁹⁵⁾</p>	<p>miocardio en las últimas 2 semanas</p> <p>Pacientes que tienen un consumo de tabaco de más de 30 cigarrillos diarios este método resulta ideal por la rapidez de abolición de los síntomas de privación. ⁽⁹²⁾ ⁽¹⁰¹⁾</p>		<p>la boca</p> <p>Se debe administrar en el caso de que el paciente tenga dentadura postiza o algún problema a nivel de la articulación temporomandibular</p> <p>NO administrar si el paciente tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esofagitis activa - Inflamación oral o faríngea <p>NO consumir café ni bebidas ácidas puesto que interfieren con la absorción de nicotina. ⁽¹⁰¹⁾</p>
Dosis	<p>Existen 2 formas de administración la primera será con horario:</p> <p>Un chicle cada 1 a 2 horas</p>	<p>El uso de parches de nicotina depende del peso del paciente y de los hábitos de consumo de tabaco del mismo.</p>	<p>Para el tratamiento de los síntomas de privación la pauta recomendada es de 1 o 2 dosis cada hora</p>	<p>La dosis recomendada es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 a 16 contenedores al día. ⁽¹⁰¹⁾ 	<p>Administrar un comprimido de 1 mg cada 1,5-2 horas mientras que el sujeto</p>

	<p>por 6 semanas, luego una unidad cada 2 a 4 horas por tres semanas, y luego 1 chicle cada 4 a 8 horas por tres semanas</p> <p>Otra forma de administración es <i>ad-libitum</i>, es decir, cuantos chicles sean requeridos de acuerdo a la urgencia por fumar del individuo.</p> <p>No consumir más de 24 gomas de mascar al día</p> <p>La dosis depende del paciente y de su consumo anterior de cigarrillos</p> <p>En los pacientes que consumen entre 10 y 19 tabacos día se le puede dar chicle de 2 mg aproximadamente 8 a 10 chicles al día por 8 a 10 semanas</p> <p>El paciente que consume entre 20 y 30 tabacos al día, la dosis recomendada es de chicles de 4mg cada 90 minutos durante 12 semanas</p> <p>El paciente consume de 30 tabacos día en adelante la</p>	<p>La dosificación de los parches se realiza inicialmente con un parche de 24 h de entre 14 – 21 mg diario por 4 semanas, posteriormente aplicar un parche con un contenido menor de nicotina entre 5 - 14 mg diario por las siguientes 4 semanas. ^{(95) (98)}</p>	<p>Si no se controla los síntomas las dosis pueden aumentarse hasta un máximo de: 5 mg/hora(10 puff/hora) o 40 mg/día (80 puff/día)</p> <p>La dosis mínima eficaz recomendada es de 8 mg/día (16 puff/día).</p> <p>El uso del spray debe ser limitado a 3 meses en la dosis que el paciente sienta que no presenta síntomas de privación posterior a este periodo se debe iniciar la reducción de dosis para que aproximadamente al 6to mes ya no consuma nicotina.</p> <p>Cada botella del medicamento contiene 100 dosis. ^{(95) (101)}</p>		<p>esté despierto, durante un periodo de 6 semanas después administrar un comprimido cada 2 a 4 horas por 3 semanas, posteriormente un comprimido cada 4 a 8 horas por 3 semanas. ⁽⁹⁹⁾</p>
--	--	---	---	--	---

	dosis será de chicles de 4mg cada hora durante 12 semanas o más. ^{(92) (95) (98)}				
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> - Mal sabor de boca - Irritación de la garganta - Llagas en la mucosa oral - Hipo/náusea - Molestias mandibulares - Taquicardia - Adicción a la goma de mascar si se usa por más de 6 meses. ^{(95) (99) (104)} 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritación de la piel - Mareo - Taquicardia - Sueños inusuales - Problemas para conciliar el sueño. - Cefalea - Náusea - Rigidez muscular ^{(95) (99)} 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritación de la mucosa nasal - Rinorrea. - Lagrimeo - Estornudos - Irritación de la garganta - Tos - Adicción a la utilización del spray si se usa más de 6 meses ^{(99) (101)} 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritación local de boca garganta - Tos - Rinitis ⁽⁹⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritación de garganta - Aumento de salivación - Trastornos leves de digestión - Hipo. ⁽⁹⁸⁾

* **Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.**

Fuente: Varias ^{(92) (95) (98) (99) (101) (102) (103) (104)}

Existen ciertas circunstancias particulares para el uso de terapia de reemplazo a nicotina (TRN) que se enumeran a continuación.

Tabla 31. Circunstancias particulares para el uso de terapia de reemplazo a nicotina.

Situación	Característica	TRN de elección
Embarazo	Antes de las 16 – 18 semanas	*Comprimidos o *chicles
Lactancia	No coincidir con las tomas	*Comprimidos o *chicles
Hipertensión arterial	Ausencia de contraindicación si está controlada	* Parches
Diabetes mellitus	Ausencia de contraindicación si está controlada	*Cualquier forma de TRN
Dislipidemias	Ausencia de contraindicación si está controlada	*Cualquier forma de TRN
Cardiopatía isquémica	Ausencia de contraindicación si está controlada	* Parches o *chicles
Arritmias	Ausencia de contraindicación si está controlada	*Chicles o *comprimidos
Úlcera gastroduodenal	Ausencia de contraindicación si está controlada	* Parches
Tratamientos farmacológicos	Ajustar la dosis, por la inducción enzimática	*Cualquier forma de TRN

* *Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Adicción al Tabaco, 2008. ⁽⁹⁸⁾

* Bupropion

Otro de los medicamentos usados como tratamiento de primera línea en la adicción al tabaco es el bupropion, el mismo es un antidepresivo atípico, del que no se conoce con exactitud su mecanismo de acción, se sabe que inhibe la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina en los núcleos accumbens y coeruleus. Al aumentar los niveles de dopamina en el espacio sináptico se produce un efecto similar al que provoca la nicotina y de esta manera ayuda a controlar los síntomas de abstinencia. ⁽⁹¹⁾

Adicionalmente se comporta como un antagonista no competitivo del receptor nicotínico, ayudando de esta forma a aliviar el síndrome de abstinencia. ⁽⁹⁸⁾ Se ha evidenciado una eficacia similar al comparar la TRN y bupropion como monoterapia.

Los efectos adversos y una de las mayores preocupaciones por las cuales no se administra bupropion es el aumento de riesgo de convulsiones (aproximadamente 1 en 1.000). Por estas características el bupropion está contraindicado en pacientes con historia de convulsiones, antecedentes de trauma cráneo encefálico, individuos que consumen alcohol en gran cantidad, problemas de desórdenes alimentarios o en pacientes que se encuentren tomando inhibidores de la monoamino oxidasa. La duración del tratamiento es de 8 semanas. ^{(103) (105)}

Tabla 32. Vía de administración y características del * bupropion.

Vía de administración y farmacodinamia
La vía de administración es oral, se metaboliza en el hígado a hidroxibupropion, la concentración máxima plasmática se alcanza a las 6 horas de su administración, se elimina por vía renal y su vida media es de 21 horas aproximadamente
Eficacia terapéutica:
El bupropion ha demostrado ser eficaz para dejar de fumar

Este medicamento retrasa las recaídas mas no mejora las tasas de abstinencia a largo plazo

Reduce el aumento de peso y alivia síntomas producidos por la privación a la nicotina, entre ellos el mal humor, ansiedad dificultad para concentrarse, tristeza y deseo de fumar.

Los pacientes que más se ven beneficiados por el uso de bupropion son los pacientes que sufren depresión

Efectos secundarios:

Insomnio

Náusea

Sequedad de boca

Aumento del riesgo de suicidio

Convulsiones en pacientes con predisposición y en pacientes con insuficiencia hepática o renal

En caso de presentar efectos secundarios disminuir la dosis del medicamento

Dosis recomendada y uso

La dosis recomendada es de 300 mg/día

Estos 300 mg se deben dividir en 2 tomas su administración debe realizarse 2 semanas previas a la fecha fijada para dejar de fumar

Al inicio del tratamiento (primeros 7 – 9 días) se administrará 1 sola dosis de 150mg/día y posteriormente se administrará la segunda toma con un periodo entre tomas de 8h con el fin de evitar que se suscite el insomnio como efecto adverso.

El tratamiento durará aproximadamente 7 a 9 semanas.

Precauciones

Categoría C en el embarazo.

No administrar durante el embarazo o lactancia

Pacientes que abusen del alcohol o cocaína,

Uso de otros fármacos como antipsicóticos, antidepresivos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos o antihistamínicos sedantes.

Pacientes adultos mayores y/o con insuficiencia hepática o renal o diabetes, también se debe tener precaución, usar dosis menores que las habituales (150 mg/día).

En pacientes en los que se decida el uso concomitante de bupropion y parches de nicotina se debe prestar atención a los valores de presión arterial.

** Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública*

Fuente: Tratamiento farmacológico del tabaquismo, 2008. ⁽⁹²⁾ / Treating Tobacco Use and Dependence, 2008. ⁽⁹⁵⁾

***Vareniclina**

Este fármaco es uno de los medicamentos de primera línea para el tratamiento de la adicción a la nicotina su mecanismo de acción se ejerce en 2 formas; ⁽⁹⁸⁾

1. Actúa como agonista parcial del receptor nicotínico de esta manera se produce la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y;
2. Disminuye la satisfacción producida por el consumo de cigarrillo. El doble mecanismo será el responsable de la eficacia de la vareniclina.

Tabla 33. Vía de administración y características de la *vareniclina.

Vía de administración y farmacodinamia

La vía de administración es oral la concentración máxima es alcanzada a las 3 a 4 horas no se altera su biodisponibilidad con el alimento, el metabolismo es hepático, la eliminación se da por vía renal

Eficacia terapéutica:

La eficacia terapéutica de la vareniclina está dada por ser in agonista parcial de los receptores nicotínicos su acción como antagonista en presencia de nicotina.

Efectos secundarios:
Náusea Cefalea Insomnio Disgeusia. Incremento de riesgo para infarto de miocardio en los pacientes con riesgo cardiovascular Mayor aumento de peso en comparación con bupropion Aumento del riesgo de suicidio
Dosis recomendada y uso
La administración recomendada es de: 0,5 mg una vez al día durante los 3 primeros días, del 4º al 7º día se tomará 0,5 mg dos veces al día y del día 8º en adelante la dosis es de 1 mg dos veces al día. La duración del tratamiento recomendada es de 12 semanas aproximadamente, pero este periodo se puede ampliar y adaptar a cada caso en particular con la finalidad de aumentar las probabilidades de abstinencia a largo plazo, según criterio médico
Precauciones
Categoría C en el embarazo. No administrar durante el embarazo o lactancia

* *Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*
Fuente: Guía de Práctica Clínica de Adicción al Tabaco, 2008 ⁽⁸⁶⁾

Pauta para administración de terapias combinadas para el manejo de la adicción al tabaco.

Las terapias combinadas para el tratamiento de la adicción a nicotina usan los medicamentos de primera línea como base. ⁽¹⁰²⁾

Generalmente se usa el parche de nicotina, el cual, tiene como función mantener niveles estables de nicotinemía en el paciente adicto; cuando el paciente presenta síntomas de privación como craving a la nicotina se le administra cualquier medicamento de absorción rápida y de esta manera se obtiene la estabilidad del paciente. ⁽¹⁰⁴⁾

Parche de nicotina a largo plazo (> 14 semanas) + otra TRN (chicle). ⁽⁹⁸⁾

Como terapia combinada también se puede usar un neuromodulador como el bupropion más el parche nicotina de esta forma se mantiene la estabilidad de nicotinemía en el paciente y se evitan los síntomas psicológicos de privación. ⁽¹⁰⁶⁾

Capítulo IV

Cannabis

Abuso y dependencia

El uso de cannabis sativa ha sido utilizado, desde hace siglos, con fines industriales, medicinales y/o recreativos. Sin embargo, desde hace poco tiempo su consumo ha aumentado de manera potencial y desde entonces se ha enfatizado en estudiar sus efectos tanto nocivos como medicinales. ^{(107) (108)}

El principal componente psicoactivo y más potente del cannabis es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), mientras que el componente más abundante pero sin efectos, o efectos mínimamente psicoactivos es el cannabidiol (CBD), siendo éste de gran interés debido a sus cualidades médicas. Sin embargo, contiene más de 400 componentes químicos de los cuales se han identificado 60 cannabinoides distintos. Las concentraciones de THC en la sangre varían según la procedencia de la planta, la forma de preparar la droga y de la vía de administración. Estos, los cannabinoides, son muy liposolubles por lo que su absorción es muy buena a nivel de pulmón e intestino; además permanecen mucho tiempo en el organismo depositado en el tejido graso. ^{(12) (109) (110)}

Formas de consumo: ^{(12) (111) (112)}

- Marihuana: hojas y flores secas de la planta, con una concentración de tetrahidrocannabinol (THC) variable, de 4%-20%. ⁽¹¹¹⁾
- Hachís: resina sólida a veces mezclada con tabaco, que contiene 15-30% de THC.
- Aceite de hachís: líquido viscoso que se obtiene tras hervir el hachís en un disolvente. es la presentación menor usada y ésta contiene más del 50% de THC.

La vía más rápida de absorción es la pulmonar alcanzando un pico plasmático de concentración a los 10-20 minutos, mientras que por vía oral se alcanza a los 30-60 minutos. El 50% del THC inhalado pasa a los pulmones y de éste, un 10-25% pasa a la sangre. Si la administración es por vía oral, su biodisponibilidad alcanza únicamente un 20%, la misma que variará según la degradación gástrica. ^{(12) (113) (114)}

Estas concentraciones caen rápidamente debido a la distribución de la sustancia en tejido adiposo, pulmones, riñón, hígado, corazón, bazo y glándula mamaria. En estos tejidos se deposita y libera lentamente, sin embargo su liberación no produce efectos psicoactivos. A nivel cerebral los metabolitos se acumulan a nivel de tálamo, núcleo estriado, amígdala, hipocampo y corteza cerebral. ^{(12) (113)} La vida media de eliminación supera las 30 horas, pudiéndose detectar metabolitos en heces y orina durante 4 semanas. ^{(109) (115)}

Mecanismo de acción

En la década de los 80 se descubrió el sistema endocannabinoide el cual se caracteriza por presentar un conjunto de receptores cannabinoides y sus ligandos en el cuerpo humano. Siendo los cannabinoides, derivados de las plantas o compuestos sintéticos, clásicos agonistas de los receptores. Los efectos producidos por estos compuestos están dados por la activación de los receptores; CB1, que se expresa predominantemente en el sistema nervioso central, y el receptor CB2 que está relacionado directamente con el sistema inmunológico. ^{(12) (116) (117)}

Actualmente se han identificado 3 ligandos endógenos, la araquidonil-etanolamida o anandamina, el 2-araquidonglicerol y otro también derivado del ácido araquidónico. Estos ligandos son sintetizados mediante despolarización neuronal y son reabsorbidos mediante vehículos específicos de las neuronas y los astrocitos; de tal manera que se ha considerado que dichos cannabinoides endógenos actúan como neurotransmisores. ^{(109) (116) (117)}

La evidencia señala que el THC incrementa la actividad dopaminérgica en la ruta mesolímbica proyectándose del área tegmental ventral hacia el núcleo accumbens, área considerada crucial para el desarrollo de dependencia. El THC aumenta sustancialmente la concentración de dopamina a nivel del núcleo accumbens. Además, los receptores CB1, ubicados en las terminaciones nerviosas, inhiben la liberación neuronal de acetilcolina, noradrenalina, dopamina, 5-hidroxi-triptamina, GABA, glutamato y aspartato. Mientras que los receptores CB2 se comportan como inmunomoduladores debido a sus elevados niveles de linfocitos B y macrófagos. ^{(116) (118) (119)}

Efectos farmacológicos del cannabis

Tras el descubrimiento de los receptores CB y del mecanismo de acción del sistema endocannabinoide ha surgido un gran interés en descubrir sus acciones farmacológicas y sus implicaciones terapéuticas, sin embargo muchos de los estudios han sido realizados en animales por lo que muchos datos no pueden extrapolarse con exactitud para la especie humana. ⁽¹²⁰⁾

Tabla 34. Efectos farmacológicos del cannabis con implicación médica positiva.

Efectos	Características
Conducta alimenticia e ingesta	Aumenta el apetito, ⁽¹²¹⁾ actualmente se sugiere su uso para el tratamiento del síndrome de desgaste en pacientes con VIH. ⁽¹²²⁾
Analgésico	Está bien documentado el efecto analgésico de los cannabinoides, potencian la acción analgésica inducida por los opioides y además presenta una acción anticonceptiva. ⁽¹¹⁹⁾
Antiemético	Su efecto antiemético está bien descrito sobre todo en estudios de tipo terapia coadyuvante para el cáncer. ^{(123) (124)}
Anticomisial	Están siendo estudiados debido a su acción depresora de la transmisión neuronal cortical entre los dos hemisferios, y de potencializar la actividad anticonvulsiva de las benzodiazepinas. La mayoría de estudios han sido realizados en ratones, y existe evidencia de su acción tanto in vitro como in vivo. ^{(125) (126) (127)}
Antiinflamatorio	Los estudios realizados en ratas sugieren que el mecanismo antiinflamatorio se debe a su acción a nivel del receptor CB2, alterando el sistema inmune. ^{(128) (129) (130)}

Fuente: Efectos farmacológicos de los Cannabinoides, 2000. ⁽¹²⁰⁾

Características clínicas del consumo de cannabis

Al ser una sustancia de abuso, ésta puede presentar los tres cuadros típicos de consumo nocivo; intoxicación aguda, síndrome de abstinencia y dependencia.

Intoxicación aguda:

Los efectos agudos dependerán de la dosis, el contenido de THC, la proporción THC/CBD, de la forma de administración, de la personalidad del consumidor, sus expectativas, experiencia previa y del contexto en que se consume. ⁽¹²⁾

Generalmente el efecto suele ser bifásico, caracterizándose una fase inicial de estimulación (euforia, bienestar, aumento de la percepción), seguida de una fase en donde predomina la sedación.⁽¹²⁾

Tabla 35. Efectos agudos del consumo de cannabis.

Efectos centrales	Consecuencia clínica
Psicológicos y conductuales	Euforia, bienestar, relajación, ansiedad, risa fácil, locuacidad, síntomas paranoides, pánico. ⁽¹³¹⁾ Agresividad y megalomanía. ⁽¹²⁰⁾
Cognitivos	Alteración de la memoria a corto plazo, dificultad de concentración, peor rendimiento en los estudios, mayor conflictividad. ⁽¹³¹⁾ Confusión, dificultad para memorizar tareas sencillas, interrupción de la continuidad del discurso, leguaje monótono. ⁽¹²⁰⁾
Rendimiento psicomotor	Disminución del tiempo de reacción, incoordinación motora, ataxia, disartria, temblores, debilidad, espasmos musculares. ⁽¹³²⁾
Conducción de vehículos	Empeoramiento de conducción, mayor riesgo a accidentes.
Sueño	Somnolencia
Apetito	Aumento de apetito ⁽¹²¹⁾
Analgesia	Disminución del dolor ⁽¹¹⁹⁾
Cardiovasculares	Aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial y del gasto cardíaco.
Respiratorios	Broncodilatación
Oculares	Enrojecimiento conjuntival, disminución de la presión intraocular, disminución en la acomodación y disminución del reflejo pupilar
Gastrointestinales	Disminución de la salivación, boca seca, efecto antiemético, reducción del peristaltismo, enlentecimiento del vaciado gástrico
Músculo estriado	Relajación muscular
Inmunológicos	Alteración inmunidad celular
Endócrino y reproductor	Aumento de la prolactina (galactorrea) Aumento de riesgos obstétricos y de tumor de testículo Alteración de la cantidad y movilidad del esperma (sobre todo en consumidores crónicos) Alteración de los niveles de gonadotropinas y testosterona
SNC y centro termoregularador	Depresor generalizado del SNC, aumento de la sensibilidad térmica Disminución de la temperatura-hipotermia ⁽¹²¹⁾
Percepción sensorial	Aumento de la percepción visual, auditiva y táctil ⁽¹³¹⁾ Distorsión del espacio y del tiempo Alucinaciones

Fuente: Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación, 2010.⁽¹²⁾ / Cannabis II, Informes de la comisión clínica, 2009.⁽¹¹²⁾

Los síntomas de intoxicación aguda no suelen ser graves, sin embargo en algunas personas, sobre todo en los inexpertos o en aquellos que han consumido una dosis elevada puede aparecer ansiedad, disforia, síntomas paranoides y/o pánico, que habitualmente desaparecen de forma espontánea.⁽¹²⁾

Diagnóstico

Se debe realizar una historia clínica detallada y dirigida, además de un examen físico completo. En los exámenes complementarios se destaca la utilidad del examen toxicológico en orina, el cual da positivo a las 3 horas del consumo y puede durar positivo hasta 5 días posteriores,⁽¹³³⁾ incluso se ha detallado que éste puede durar hasta 21 días en consumidores crónicos. La medición de cannabis en sangre sirve, casi exclusivamente, para medir la cantidad de droga en sangre, más que para detectar consumo como screening.⁽¹³⁴⁾

Referirse a los criterios diagnósticos para la clasificación de enfermedades, CIE-10 ⁽¹⁴⁾

Manejo

No existe un antídoto que antagonice los efectos del cannabis; sin embargo, la intoxicación aguda suele resolverse exitosamente dentro de 4-6 horas sin necesidad de intervención médica, y su mejor manejo debe seguir las siguientes recomendaciones.⁽¹³⁵⁾

- Ambiente tranquilo y sin factores amenazantes.
- Evitar la menor cantidad de estímulos visuales y auditivos.
- Contar con personal capacitado para tranquilizar al paciente.
- En casos de ansiedad significativa, se podrán usar, con precaución, benzodiacepinas.
 - Alprazolam:
Dosis inicial: 0.25-0.5 mg vía oral c/6-8 horas
Dosis máxima diaria: 4mg/día
Se debe modificar la dosis en insuficiencia hepática y renal
 - †Lorazepam:
Dosis inicial: 2-3 mg vía oral c/8-12 horas
Dosis de mantenimiento: 2-6 mg/día vía oral dividido cada 8-12 horas.
Dosis máxima diaria: 10 mg
Se debe controlar la vía aérea.

Síndrome de abstinencia:

Este cuadro suele ser muy leve o incluso no presentarse, en teoría debido a la eliminación tan lenta que se produce de THC en el organismo. Sin embargo se ha observado que la mitad de los consumidores crónicos, que consumen grandes cantidades de cannabis y en aproximadamente el 15% de los consumidores regulares presentan sintomatología variable la cual aparece pasadas las 24-48 horas tras la abstinencia, tiene un pico a los 4-6 días y puede durar hasta 3 semanas. ^{(12) (136)}

Tabla 36. Sintomatología en el síndrome de abstinencia por cannabis.

Insomnio-pesadillas
Rabia o agresividad
Irritabilidad
Ansiedad-nerviosismo
Humor deprimido
Deseo intenso de consumo de cannabis
Sudoración
Temblor-Hipertermia
Escalofríos
Temblor
Dolor abdominal
Pérdida de apetito-pérdida de peso

Fuente: Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación, 2010. ⁽¹²⁾

Dependencia:

Dentro del cuadro de dependencia se ha descrito la producción de tolerancia dentro de los consumidores crónicos, sobre todo de aquellos que consumen grandes cantidades de droga. Se ha comprobado que el consumo repetido de THC da lugar a una disminución de los efectos subjetivos, cardiovasculares, efectos sobre la presión intraocular y un aumento de las ondas alfa del electro encefalograma (EEG). ⁽¹²⁾⁽¹¹⁵⁾

El aumento de consumo de cannabis, actualmente, se debe a la baja percepción de riesgo de la droga, favoreciendo además a la creación de un amplio movimiento a

favor del consumo de la misma apoyado por la idea de bajo riesgo y de su potencial terapéutico. Sin embargo, existen varios estudios, y otros que están todavía en proceso, que señalan efectos perjudiciales sobre la salud física y sobre todo mental en los consumidores habituales y/o crónicos. ^{(12) (137)}

Diagnóstico

Referirse a los criterios diagnósticos para la clasificación de enfermedades, CIE-10 ⁽¹⁴⁾

Tabla 37. Complicaciones del consumo de cannabis.

Complicación	Características
Ansiedad	Está caracterizado como un efecto agudo tras el consumo, demostrando la aparición de crisis de pánico en personas vulnerables, sobre todo en adolescentes independientemente de su predisposición a presentarlo. ⁽¹³⁸⁾ ⁽¹³⁹⁾ No existe suficiente evidencia que demuestre que el uso de cannabis ocasiona trastornos de ansiedad a largo plazo, sin embargo se lo considera como factor de riesgo que participa junto con otros factores, a la predisposición a presentarla. ⁽¹⁴⁰⁾
Depresión	No existe evidencia concluyente que vincule al consumo de cannabis y la depresión. Los estudios refieren que la presencia de depresión en los consumidores de cannabis se debe más a factores propios del paciente y a su influencia externa. Sin embargo, se sugiere que se investigue cuadros depresivos dentro de los consumidores debido a que los síntomas producidos por la droga pueden subestimar los propios síntomas característicos de una enfermedad subyacente. ^{(138) (141) (142)}
Trastorno bipolar	En los pacientes con trastorno bipolar existe una gran prevalencia de consumo de cannabis. Además se ha descrito que el consumo induce a fases maníacas y favorece la aparición de síntomas psicóticos por lo que aumentan el número de recaídas. ^{(143) (144)}
Síndrome amotivacional	Se lo considera como un estado de pasividad e indiferencia, en la que se caracteriza una disfunción de las capacidades cognitivas, sociales e interpersonales. Está documentado en consumidores crónicos en los cuales existe mejoría al dejar de consumir la droga. ^{(145) (146)}
Deterioro cognitivo	La evidencia sustenta bien este deterioro tras el consumo agudo, sin embargo existe controversia entre los efectos a largo plazo. Los pocos estudios que han demostrado este deterioro concluyen que se debe a largos periodos de consumo, más de 15 años, y las áreas más afectadas son la memoria y el aprendizaje de nueva información. ^{(147) (148)}
Psicosis	En la intoxicación aguda se caracterizan los síntomas psicóticos transitorios. Mientras que tras el consumo crónico se han documentado trastornos psicóticos inducidos de corta duración, generalmente con una duración menor a 4 semanas. El inicio de consumo durante la adolescencia predispone a su aparición. ^{(149) (150) (151)}
Esquizofrenia	Se ha comprobado que el uso prolongado de cannabis constituye un factor de riesgo para presentar cuadros crónicos de psicosis, esquizofrenia, sobre todo en personas vulnerables. Considerando además que entre los pacientes que sufren esta patología el consumo de cannabis está aumentado. ^{(147) (152) (153)}
Flashback	Se caracteriza por revivir experiencias de la intoxicación aguda sin haber consumido la droga, un cuadro típico de consumidores de dietilamida de ácido lisérgico (LSD, por sus siglas en inglés) que ha sido documentado tras consumo prolongado de cannabis. ^{(154) (155)}
Delirium	Usualmente es un trastorno poco frecuente que se ha descrito en consumidores de altas dosis, personas mayores y/o con patología médica concomitante. Su tratamiento es similar al causado por otras patologías. ⁽¹⁴⁵⁾
Rendimiento	Existe un descenso en el rendimiento académico al igual que en el laboral.

académico	Su explicación se debe en parte por sus efectos a nivel cognitivo y sobre todo, a actitudes “antisociales” que produce el abuso de sustancias. Se ha descrito también que éste está muy relacionado con el síndrome amotivacional que produce el consumo de cannabis. ^{(156) (157) (158)}
Sueño	Usualmente el tetrahidrocannabinol (THC) produce sueño alterando el patrón sueño-vigilia produciendo menor cantidad de horas de sueño y produciendo menor tiempo de sueño REM (movimiento ocular rápido/ <i>rapid eye movement</i>). ⁽¹⁵⁹⁾
Suicidio	Se considera al cannabis como un factor indirecto de suicidio. Debido a las características de los consumidores de cannabis que han intentado o logrado el suicidio no se puede definir su uso como el causante principal, pues la mayoría de estos pacientes suelen presentar hábitos tóxicos múltiples, patología dual, vulnerabilidad genética, factores sociodemográficos, etc.; causas que actúan como factores de confusión al momento de relacionar al cannabis directamente como causa de suicidio. ^{(160) (161) (162)}
Efectos físicos	Se debe tomar en cuenta que están relacionados directamente con los hábitos nocivos concomitantes al uso de cannabis, sobre todo al consumo conjunto con alcohol y tabaco. La mayoría de los efectos se presentan de manera aguda durante la intoxicación.
	Nivel respiratorio: La exposición prolongada al humo se asocia con bronquitis obstructiva y aumento del riesgo de invasión maligna, similar al tabaco. ⁽¹⁶³⁾ Esto se debe exclusivamente a la combustión, pues se ha descrito menores efectos adversos respiratorios cuando se consumo de forma vaporizada. ⁽¹⁶⁴⁾
	Nivel cardiovascular: Aumenta el riesgo cardiovascular. Constituye un riesgo para consumidores que padezcan de hipertensión, enfermedades cerebro-vasculares o aterosclerosis coronaria. ⁽¹⁶³⁾

Adaptado de: Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación, 2010. ⁽¹²⁾

Tratamiento a la dependencia del cannabis

Desintoxicación y deshabitación

Actualmente no se cuenta con tratamiento farmacológico específico para la dependencia de cannabis, sin embargo se mantienen investigaciones tanto para el tratamiento de la dependencia, como para las implicaciones medicinales de esta sustancia y debido a la relación que existe entre el uso de cannabis y el consumo de alcohol y otras drogas o a la coexistencia de morbilidad mental, el tratamiento está encaminado a los protocolos establecidos para la desintoxicación y deshabitación de las otras drogas así como del tratamiento de la patología dual. ^{(12) (136) (165)}

El tratamiento ha sido exclusivamente psicológico, usando habitualmente psicoterapia de orientación cognitivo conductual, incluyendo técnicas de prevención de recaídas, entrevista motivacional y terapia de incentivos. ^{(12) (136) (165)}

Capítulo V

Sustancias estimulantes

1. Cocaína

La cocaína se deriva de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca*, de la cual se extrae una sustancia alcaloide denominada benzoilmetilecgonina, conocida como cocaína. Estas hojas contienen una serie de sustancias dentro de las cuales existen varios alcaloides, los mismos que se dividen en dos grupos; los derivados de la tropinona (cocaína, truxilina, tropacocaína y la cinamilcocaína) y los derivados del pirrol (higrina, y cuskigrina).^{(166) (167)}

Formas de abuso

Las formas de abuso son de gran interés ya que condicionan la actividad farmacológica, la toxicidad y el grado de adicción de la droga. Todas las formas cuentan con el mismo principio activo, metabolismo, excreción y mecanismo de acción, sin embargo la vía de administración, la dosis, el tiempo consumido, el uso de drogas asociadas y comorbilidades del paciente sí condicionará la velocidad de la absorción y la intensidad de la actividad farmacológica. Principalmente se distinguen las siguientes formas de abuso.^{(168) (169)}

Tabla 38. Formas de abuso de la cocaína.

Tipo de sustancia	Hojas de coca	Clorhidrato de cocaína		Pasta de coca	Cocaína base
Concentración de cocaína	0.5-1.5%	12-75%		40-85%(sulfato de cocaína)	30-80% (alcaloide de cocaína)
Vía de administración	Mascado, infusión oral	Tópica: ocular, genital, intranasal	Parenteral: endovenosa, subcutánea, intramuscular	Fumada	Inhalada - Fumada
Porcentaje en plasma	20-30%	20-30%	100%	70-80%	70-80%
Velocidad de aparición de efectos	Lenta	Rápida	Rápida	Muy rápida	Muy rápida
Concentración máxima en plasma	60 minutos	5-10 minutos	30-45 segundos	8-10 segundos	8-10 segundos
Duración de efectos	30-60 minutos	30-60 minutos	10-20 minutos	5-10 minutos	5-10 minutos
Desarrollo de dependencia	No	Sí, a largo plazo	Sí, a corto plazo	Sí, a corto plazo	Sí, a corto plazo

Fuente: Cocaína: aspectos farmacológicos. 2002.⁽¹⁶⁸⁾

Tabla 39. Efectos según vía de administración.

Vía	Inicio de efectos	Pico (minutos)	Duración (minutos)	Vida media (minutos)
Inhalación	7 segundos	1-5	20	40-60
Intravenoso	15 segundos	3-5	20-30	40-60
Nasal	3 minutos	15	45-90	60-90
Oral	10 minutos	60	60	60-90

Fuente: Cocaine Toxicity, Medscape 2015.⁽¹⁷⁰⁾

Hojas de coca: su absorción dependerá del contenido de cocaína de las hojas, la preparación usada y la presencia o ausencia de sustancias alcalinas en la boca del masticador así como de la habilidad de éste.⁽¹⁶⁸⁾

Pasta de coca (sulfato de cocaína): es el producto no refinado del primer proceso de extracción, en donde se maceran las hojas con ácido sulfúrico, u otros químicos, obteniendo la materia base para la elaboración del clorhidrato de cocaína.⁽¹⁶⁸⁾

Clorhidrato de cocaína: es la sal de la cocaína formada por ácido clorhídrico. Se encuentra como cristales escamosos blancos la cual se inhala o inyecta, no se la puede fumar ya que el calor la destruiría.⁽¹⁶⁸⁾

Cocaína base: es el producto de la mezcla de clorhidrato de cocaína con una solución básica (cementina, aspirina, gasolina, acetona), la cual se filtra el precipitado o se disuelve con éter y se deja hasta que éste se evapore.⁽¹⁶⁸⁾

Crack: es la mezcla de cocaína base con amoníaco y bicarbonato de sodio. Ésta es más estable al calor y permite ser fumada,⁽¹⁶⁹⁾ además al ser liposoluble se absorbe rápidamente por los capilares pulmonares.⁽¹⁷⁰⁾

Mecanismo de acción

La cocaína actúa como una amina simpaticomimética indirecta, la cual inhibe el proceso de recaptación tipo I (recaptación de noradrenalina y dopamina), facilitando la acumulación de estos neurotransmisores y aumentando su disponibilidad en la hendidura sináptica.⁽¹⁶⁸⁾ El aumento de biodisponibilidad de la dopamina media la euforia, mecanismo por el cual se cree que está implicada la adicción ya que este aumento dopaminérgico actúa como refuerzo positivo sobre el mantenimiento de su administración.^{(167) (168)}

La cocaína actúa como base débil atravesando las membranas corporales, incluyendo la placentaria y hematoencefálica. Su metabolización se produce mediante hidrólisis hepática rápida en la cual se forman sus metabolitos benzoilecgonina (45%), metilesterecgonina (45%) y ecgonina.⁽¹⁷¹⁾ Sus dos metabolitos principales son hidrosolubles, metabólicamente activos y capaces de producir aumento de la presión arterial.⁽¹⁷⁰⁾

Acción farmacológica

En forma general, la cocaína actúa como amina simpaticomimética indirecta de tipo I, estimula el sistema nervioso central, bloquea la transmisión nerviosa por lo que puede actuar de anestésico y produce anorexia e inhibición del sueño por acciones sobre el hipotálamo, sistema reticular ascendente y cerebelo.⁽¹⁷¹⁾

Tabla 40. Efectos clínicos producidos por la cocaína

Órgano efector	Respuestas adrenérgica	Efecto clínico
Ojo		
Músculo radial del iris	Contracción $\alpha 1$	Midriasis y visión borrosa
Músculo ciliar	Relajación para la visión lejana $\beta 2$	
Corazón		
Nódulo SA	Aumento de la frecuencia $\beta 1$	Taquicardia, hipertensión
Nódulo AV	Aumento de la velocidad de conducción $\beta 1$	Efectos cronotrópico e inotrópico positivos
Aurículas	Aumento de la contractibilidad y velocidad de conducción $\beta 1$	Aumento de la frecuencia cardíaca y de la fuerza de contracción cardíaca)
Ventrículos	Aumento de contractibilidad	
Sistema de His-Purkinje	Aumento de la velocidad de conducción	
Arteriolas		
Coronarias	Constricción ($\alpha 1$ - $\alpha 2$)	Alto riesgo de IAM y de presentación de hemorragias craneales
Cerebrales	Dilatación ($\beta 2$)	
Pulmonares	Dilatación $\alpha 1$	
De piel y mucosas	Dilatación	
Pulmones		
Músculo bronquial	Relajación $\beta 2$	Broncodilatación
Glándulas bronquiales	Inhibición $\alpha 1$	Disminución de secreciones bronquiales
Vejiga urinaria		
Músculo detrusor	Relajación $\beta 2$	Retención urinaria moderada
Trígono y esfínter	Contracción $\alpha 1$	
Sistema glandular		
Islotes pancreáticos	Disminuye secreción de insulina y aumenta secreción de glucagón $\alpha 2$ - $\beta 2$	Efectos hiperglicémicos moderados
Glándula tiroidea	Aumento producción de tiroxina	Efectos hipertiroideos ⁽¹⁷¹⁾
Glándulas salivales	Disminución ligera de secreción	
Glándulas sudoríparas	Secreción ligera	Sudoración leve
Tejido adiposo	Lipólisis $\beta 2$ - $\beta 3$	Liberación ácidos grasos libres
Temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Producción de calor por incremento de actividad muscular. - Reduce la pérdida de calor (vasoconstricción). - Pérdida de control central dopaminérgico. 	
SNS (potente estimulante) Acción dopaminérgica	<ul style="list-style-type: none"> - Elevación estado de ánimo. - Sensación de mayor energía y lucidez. - Hiperactividad motora, verbal e ideativa. - Disminución del apetito y de la sensación de fatiga. - Insomnio. - Alteraciones de la percepción, de la capacidad crítica y discriminativa. - Pseudoalucinaciones táctiles, auditivas y visuales, conducta estereotipada, bruxismo y convulsiones. - Tras efecto agudo: cansancio, fatiga y disforia. Craving. - Por vía intravenosa: flash (intenso placer) 	

Fuente: Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias Estimulantes. 2008. ⁽²⁴⁾

Tabla 41. Efectos psicológicos de la cocaína

1	Euforia y, en ocasiones, disforia.
2	Aumento de la sensación de energía en alerta.
3	Sensación de agudeza mental.
4	Mayor conciencia de las sensaciones sexuales, auditivas, táctiles y visuales.
5	Incremento de ansiedad y suspicacia.
6	Disminución de la necesidad de sueño.
7	Incremento de la actividad motora y conductas estereotipadas.
8	Anorexia
9	Posibilidad de retrasar la sensación de fatiga.
10	Aumento del "insight" y de la autoestima (grandiosidad).
11	Síntomas físicos por descarga generalizada del SN simpático

Fuente: Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento.2005. ⁽¹⁷¹⁾

Complicaciones orgánicas

El uso agudo y/o prolongado de cocaína puede afectar a una gran variedad de órganos, causando varios niveles de gravedad que en ocasiones producen la muerte. Los efectos adversos de la cocaína varían, en algunos casos, según la vía de administración, sin embargo efectos graves como infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, convulsiones, rabdomiolisis y muerte pueden estar causados en un primer episodio de consumo, con dosis relativamente bajas. ⁽¹⁷²⁾

Complicaciones cardíacas

A nivel cardíaco la cocaína estimula al sistema simpático inhibiendo la recaptación de catecolaminas e incrementando la sensibilidad de la norepinefrina a nivel de la terminación nerviosa. Actúa también como un antiarrítmico de clase I bloqueando los canales de sodio y potasio por lo que deprime la función cardíaca. Además estimula la liberación de endotelina-1 (potente vasoconstrictor) e inhibe la producción de óxido nítrico (principal vasodilatador). Propicia la trombosis al activar las plaquetas, incrementar la agregación plaquetaria, aumentar la secreción del factor inhibidor de activación plasminógeno, incrementar el fibrinógeno y al factor VIII (Von Willebrand). ⁽¹⁷³⁾

Dolor torácico:

Se manifiesta hasta en el 40% de los consumidores de cocaína, generalmente en consumidores de largo tiempo o en sobredosis. El tiempo de aparición depende de la vía de administración, siendo de 30 minutos por vía intravenosa, 90 minutos después de fumar crack y de 135 minutos por vía intranasal, aproximadamente. ⁽¹⁷⁴⁾

Infarto agudo de miocardio:

El uso de cocaína aumenta 24 veces el riesgo de presentar infarto agudo de miocardio (IAM) dentro de la primera hora de consumo y, ^{(173) (175) (176)} este aumenta si existe uso concomitante de alcohol y tabaco; además no exige la presencia de enfermedad coronaria previa. ⁽¹⁷⁶⁾ Es la complicación más frecuente secundaria al abuso de cocaína, puede presentarse tanto en consumidores esporádicos como en consumidores habituales y no tiene relación con la dosis, ni con la frecuencia ni con la vía de administración. ^{(172) (173)} La pared anterior es la más frecuentemente afectada. ⁽¹⁷⁶⁾

El uso de ECG para el diagnóstico es controvertido ya que únicamente en el 56% al 84% de los pacientes presentan alteración en el registro del ECG ⁽¹⁷³⁾, estimando que la sensibilidad para ésta prueba es del 35%, una especificidad del 90% con un valor predictivo positivo del 18% y un valor predictivo negativo del 96%. ⁽¹⁷⁶⁾

Con lo que respecta a la elevación de las enzimas cardíacas, se estima que el marcador más sensible y específico para determinar daño miocárdico es la concentración sérica de troponina, mientras que la elevación de la creatininfosfoquinasa no refleja siempre daño miocárdico, siendo su elevación secundaria a rabdomiólisis o aumento de la actividad motora. ^{(173) (175) (176)}

Arritmias:

El mecanismo por el cual se producen las arritmias está relacionado con la acción simpaticomimética, la inhibición de generación y conducción del potencial de acción (causado por el bloque de los canales de sodio), el aumento intracelular de calcio y la disminución de la actividad vagal ⁽¹⁷⁵⁾; además de complicaciones que causan secundariamente una arritmia como la rabdomiolisis, el IAM, situaciones de hipoxemia o alteraciones metabólicas. ⁽¹⁷⁶⁾

El abuso crónico de cocaína produce engrosamiento del ventrículo izquierdo, y esta hipertrofia por sí sola es un factor de riesgo independiente para causar arritmia ventricular. ⁽¹⁷²⁾

Tabla 42. Arritmias cardíacas y alteraciones de la conducción producidas por el uso de cocaína.

Taquicardia sinusal
Bradycardia sinusal
Taquicardia supraventricular
Bloqueo de rama
Bloque cardíaco completo
Ritmo idioventricular acelerado
Taquicardia ventricular
Fibrilación ventricular
Asistolia
Torsades de pointes
Patrón de Brugada (bloqueo de rama derecha con elevación del segmento ST en V ₁ -V ₂ -V ₃)

Fuente: Cardiovascular Complications of Cocaine Use.2001. ⁽¹⁷⁵⁾

Miocarditis y miocardiopatía:

La miocarditis está presente en un tercio de los pacientes que fallecen por abuso de cocaína, sobre todo en aquellos que han utilizado de forma intravenosa. ⁽¹⁷⁵⁾ Se considera que tanto la toxicidad inducida por las catecolaminas así como la reacción de hipersensibilidad con vasculitis producida por el consumo de cocaína y los compuestos utilizados para su composición son los causantes de esta patología. ⁽¹⁷²⁾ ⁽¹⁷⁶⁾

La intoxicación aguda por cocaína produce disminución de la contractibilidad cardíaca y fracción de eyección, aumentando la presión diastólica final y el volumen sistólico final a nivel del ventrículo derecho. ⁽¹⁷³⁾ Mecanismo por el cual en consumidores crónicos causa, además de la destrucción de miofibrillas y fibrosis intersticial, el engrosamiento de la pared del ventrículo derecho causando miocardiopatía dilatada a largo plazo. ^{(172) (176)}

Endocarditis:

El factor de riesgo más importante es el uso intravenoso de la droga, considerando además que el aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca pueden producir lesión valvular la cual predispone a la invasión bacteriana.^{(173) (175)} Así mismo el uso intranasal de cocaína puede causar bacteriemia por estafilococo. Las válvulas cardíacas izquierdas son las más afectadas.^{(172) (176)}

Diseccción aórtica:

A los pacientes que acudan por dolor torácico se les deberá considerar la posibilidad de diseccción aórtica,^{(173) (175)} pues se ha asociado al uso de crack con la aparición de esta patología.

Complicaciones neurológicas

La capacidad de la cocaína para atravesar la barrera hematoencefálica debido a su característica lipofílica, hace que el sistema nervioso central sea especialmente vulnerable a los efectos tóxicos de dicha sustancia. Además se debe considerar que el uso concomitante de alcohol y otras drogas potencian los efectos neurotóxicos de la cocaína, y en conjunto con el alcohol forman un metabolito en común denominado cocaetileno.⁽¹⁷⁷⁾

Cefalea:

Su principal mecanismo desencadenante es la depleción serotoninérgica.^{(172) (174)} Es un síntoma frecuente el cual debe ser estudiado para descartar causas secundarias como hemorragia subaracnoidea, accidente cerebrovascular (isquémico y hemorrágico), malformaciones arteriovenosas, aneurismas, crisis hipertensiva, etc.⁽¹⁷⁷⁾ El tipo de cefalea varía según el individuo, presentándose como cefalea migrañosa, en especial en pacientes con consumo crónico al cual describen dentro de los síntomas de abstinencia; al igual que cefalea en racimos la cual suele ser de gran intensidad, de 30 a 120 minutos de duración la cual suele desaparecer tras un nuevo consumo de cocaína, sobre todo de forma inhalada.^{(172) (177) (178)}

Ictus:

Estos eventos, tanto isquémicos como hemorrágicos son causa frecuente de morbilidad en los cocainómanos,⁽¹⁷²⁾ incluso el consumo de esta droga aumenta 14 veces el riesgo de sufrir un ictus.⁽¹⁷⁴⁾ Generalmente la mayoría de eventos aparecen dentro de la primera hora de consumo.⁽¹⁷²⁾ Se sugiere que la vasoconstricción producida por la cocaína y la acción de sus metabolitos son los causantes del aumento de ictus isquémicos.⁽¹⁷⁹⁾

Otros mecanismos propuestos son; la elevación exagerada y aguda de la presión arterial, las arritmias cardíacas producidas por la droga en sí o secundarias a una hipertrofia cardíaca, la embolización para la dilución de la droga en condiciones no estériles o secundaria a un émbolo por una endocarditis infecciosa, etc. Además su consumo predispone a la rotura de aneurismas cerebrales en adultos jóvenes, por lo que se asocia con más frecuencia a los ictus hemorrágicos versus los isquémicos, sin tomar en cuenta que existen cuadros frecuentes de isquemias cerebrales transitorias, sobre todo a nivel de la arteria cerebro-basilar y cerebral media.⁽¹⁷²⁾

Vasculitis cerebral:

Está relacionado con el uso intranasal de cocaína, que afecta preferentemente a la arteria carotina interna, y su tratamiento debe ser el usual, administración de corticoides.⁽¹⁷²⁾

Crisis convulsivas:

La cocaína se caracteriza por presentar potencial epileptógeno que puede desencadenar crisis convulsivas incluso después de una única dosis. Su aparición es independiente de la vía de administración y dosis.⁽¹⁷²⁾ Las convulsiones pueden generar secuelas neurológicas permanentes al igual que hipertermia y acidosis láctica, además son las mayores determinantes de mortalidad asociado al consumo de cocaína.^{(172) (174)}

Predominan las crisis comiciales generalizadas tónico-clónicas, pero también se han descrito crisis parciales simples y complejas. Puede aparecer un estatus epiléptico en pacientes con consumo de una alta dosis de cocaína incluso sin antecedente de epilepsia.^{(174) (177)}

Una característica importante es que la mayoría de las convulsiones producidas por cocaína se deben a la intoxicación aguda o sobredosificación, mientras que las provocadas por alcohol o BZD son generalmente secundarias a la abstinencia. Además vale recalcar que con lo que respecta a las anfetaminas, el uso de cocaína produce convulsiones de menor duración y su respuesta farmacológica es distinta; siendo los agonistas del ácido gamma-aminobutírico los fármacos más eficaces mientras que los antagonistas de los canales de sodio y calcio poco eficientes.⁽¹⁷²⁾

Debido a su acción dopaminérgica pueden aparecer tics motores y ataxia tanto por consumo agudo como crónico.⁽¹⁷²⁾

Complicaciones respiratorias

Estas complicaciones dependen de la vía de administración de la droga y su patrón de consumo. Las vías respiratorias altas están afectadas por el consumo intranasal de cocaína mientras que las vías respiratorias bajas por el consumo inhalado, sobre todo de crack y clorhidrato de cocaína.⁽¹⁷²⁾

Vías aéreas superiores:

Las lesiones son causadas directamente por la toxicidad de la sustancia al igual que por sus efectos vasoconstrictores que conllevan a la hipoxia de la mucosa nasal al igual que la anestesia y trauma de la misma. Las complicaciones más frecuentes son; sinusitis, osteítis y perforación del tabique nasal.^{(172) (174)}

Vías aéreas inferiores:

La capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) está disminuida, sobre todo en consumidores crónicos incluso tras interrumpir el consumo de cocaína y este puede ser responsable de dolor torácico y disnea.^{(172) (180)} Esta disminución de transfusión implica un daño en la membrana alveolo-capilar, que junto a la vaso y broncoconstricción, e isquemia producen hemorragia alveolar e intersticial.^{(174) (180)} Se estima que en un tercio de las autopsias de pacientes cocainómanos presentan hemorragia alveolar difusa, en algunos casos ésta puede ser masiva.⁽¹⁷²⁾

Síndrome del pulmón por cocaína o “Crack lung”: se trata de una neumonitis por hipersensibilidad causada tras el consumo de cocaína fumable manifestada a la 1-48 horas tras el consumo.⁽¹⁷⁴⁾ Esta se caracteriza por dolor torácico, tos con hemoptisis, disnea, broncoespasmo, prurito, fiebre, infiltrados pulmonares difusos, edema agudo de pulmón, obstrucción aérea, eosinofilia y elevación de las inmunoglobulinas. Usualmente responde a antiinflamatorios, sin embargo en ocasiones resulta mortal.^{(172) (174) (180)}

Otras complicaciones pulmonares: puede existir barotrauma expresado como neumotórax, neumomediastino y neumopericadio. Las mismas que están causadas por la inspiración profunda del vapor de cocaína seguida por una maniobra de Valsalva, o incluso por tos excesiva y exagerada.^{(172) (174) (180)}

Complicaciones renales

La cocaína causa inflamación glomerular y glomérulo esclerosis que junto a la respuesta funcional hemodinámica causada por la misma contribuyen a la lesión renal produciendo fallo renal agudo.⁽¹⁷²⁾ Otro de los causantes de fallo renal se le atribuye a la rhabdomiólisis, la cual puede ser mortal.⁽¹⁸¹⁾ El cuadro se caracteriza por necrosis tubular aguda, elevación del BUN y la creatinina, con diuresis conservada y riñones de tamaño normal.⁽¹⁷²⁾

Otra complicación es el espasmo de la arteria renal que puede causar infarto renal y se manifiesta con intenso dolor abdominal.^{(172) (174) (182)}

Rhabdomiólisis

La rhabdomiólisis es un síndrome causado por la lesión del músculo esquelético en donde se destruye el sarcolema liberando su contenido intracelular al plasma incluyendo potasio, fósforo, mioglobina y la enzima creatinfosfoquinasa (CPK).⁽¹⁸³⁾ El consumo de cocaína, especialmente en forma crónica, produce miopatía que junto a diferentes factores como la hipertermia, la sobre-estimulación simpática, la agitación, la vasoconstricción, la isquemia muscular y las crisis convulsivas pueden desencadenar en esta patología, la cual puede presentarse como un cuadro muy grave necesitando atención emergente.^{(172) (177) (184)}

Hipertermia

El mecanismo por el cual la cocaína produce hipertermia se basa en la agitación psicomotora y en la alteración del centro que modula a la dopamina junto con el centro hipotalámico que controla la temperatura.⁽¹⁸⁵⁾ Además la producción de hipertermia se debe, en parte, por el aumento de la actividad simpática y la disminución de la pérdida de calor producida por la vasoconstricción.⁽¹⁷⁷⁾ El contexto de consumo de cocaína, se considera hipertermia al aumento de temperatura sobre los 40.5°C y de al menos una hora de duración; y esta puede llegar a temperaturas tan altas como los 45.6°C.^{(170) (177)} Y esta complicación es otra de las determinantes de mortalidad por consumo de esta droga.⁽¹⁸⁵⁾

Otras alteraciones

La cocaína, en pequeñas cantidades, suele aumentar el deseo y potencia sexual,⁽¹⁷¹⁾ sin embargo en consumidores crónicos se produce alteración de la eyaculación hasta en un 30%, disminución de la recompensa sexual, impotencia, anorgasmia (sobre todo con dosis elevadas) y falta de deseo sexual que incluso permanece tras su suspensión.⁽¹⁸⁶⁾

Además se ha documentado ginecomastia en los hombres y amenorrea junto con infertilidad y galactorrea en las mujeres. Alteraciones debidas a la inhibición de la prolactina por efecto dopaminérgico.⁽¹⁷²⁾

El consumo crónico y/o excesivo de la droga tras consumo esfinado o inhalado produce vasoconstricción mesentérica produciendo isquemia tisular que puede ocasionar perforación intestinal, sobre todo a nivel yuxtapiórico. Esto suele ocurrir dentro de las primeras 4 horas tras el consumo de crack o demorarse hasta transcurrido las 48 horas post-consumo. En pacientes expuestos a dosis exageradas de cocaína, como en el caso de los transportadores corporales (“mulas”), puede producirse pancreatitis.⁽¹⁷²⁾

Intoxicación aguda

La intoxicación por cocaína se presenta, generalmente, con la administración inhalatoria y parenteral y, en ciertas ocasiones por dosis masivas tras la ruptura de paquetes intracorporales (“mulas”). La dosis tóxica dependerá de la tolerancia individual, la vía de administración y el uso concomitante con otras drogas y/o fármacos.⁽¹⁶⁶⁾ De forma general se considera que la intoxicación se produce cuando el consumo supera el medio gramo.⁽¹⁸⁷⁾

Los casos fatales generalmente se expresan con convulsiones y muerte que ocurren en los primeros 2 a 3 minutos post ingesta, aunque generalmente esto ocurre dentro de las primeras horas.^{(12) (174)} La intoxicación aguda se divide en tres fases.

Tabla 43. Fases de la intoxicación aguda por cocaína.

Fase I. Estimulación inicial (en los primeros minutos)	
Sistema Nervioso	Midriasis, cefalea, bruxismo, náusea, vómito, vértigo, temblor, tics, pseudoalucinaciones.
Sistema Circulatorio	Aumento de la presión arterial (leve), taquicardia (en ocasiones bradicardia), palidez.
Sistema Respiratorio	Taquipnea
Temperatura	Elevación (leve)
Conducta	Euforia, charla locuaz, agitación, aprehensión, excitación, inquietud, labilidad emocional, sensación de muerte inminente.
Fase II. Estimulación avanzada (entre 30 a 60 minutos después del consumo)	
Sistema Nervioso	Encefalopatía maligna, crisis convulsiva generalizada, estatus epiléptico, disminución de la respuesta a estímulos, hiperreflexia, incontinencia.
Sistema Circulatorio	Hipertensión, taquicardia, arritmia ventricular, en ocasiones hipotensión, cianosis periférica.
Sistema Respiratorio	Taquipnea, disnea, patrón respiratorio irregular, jadeo.
Temperatura	Hipertermia (en ocasiones severa)
Fase III. Depresión (es la etapa más severa y puede presentarse de 1 a 2 horas después del consumo)	
Sistema Nervioso	Coma, arreflexia, midriasis, pupilas fijas, parálisis flácida, pérdida de las funciones vitales.
Sistema Circulatorio	Fibrilación ventricular y asistolia.
Sistema Respiratorio	Paro respiratorio, edema pulmonar masivo, cianosis, respiración agónica.

Adaptado de: Efectos Toxicológicos y Neuropsiquiátricos Producidos por Consumo de Cocaína. 2005.⁽¹⁶⁶⁾ Cocaine Toxicity Clinical Presentation, Medscape 2015.⁽¹⁷⁴⁾

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la elaboración de una historia clínica completa junto con la sintomatología característica y un examen físico exhaustivo acompañado, en casos necesarios, de exámenes complementarios.

Referirse a los criterios diagnósticos para la clasificación de enfermedades, CIE-10 ⁽¹⁴⁾

Exámenes complementarios: ⁽¹⁸⁷⁾ ⁽¹⁸⁸⁾ ⁽¹⁸⁹⁾

Se debe realizar análisis de sangre que incluya por lo menos los siguientes exámenes:

- Hemograma completo
- Velocidad de Sedimentación Globular
- Pruebas de coagulación
- Bioquímica general
- Función hepática
- Función renal
- Lípidos
- Enzimas musculares (CPK-LDH)
- Serología (VHB-VHC-VIH con consentimiento informado), VDRL
- Gasometría arterial
- Test de embarazo (mujeres de edad fértil)

En la medida de lo posible y dependiendo los síntomas del paciente se aconseja que se realicen los siguientes exámenes:

- ECG (a todo paciente con dolor torácico)
- RX tórax
- Baciloscopía

Dependiendo de las características clínicas concretas de cada paciente y atendiendo primero la emergencia según el estado de gravedad del paciente, se puede valorar realizar:

- Troponinas (dolor precordial)
- Rinoscopia y TAC de senos nasales (sintomatología de ulceraciones nasales con o sin perforación, sinusitis)
- Ecografía abdominal (hepatopatías)
- TAC o IRM cerebral (clínica neurológica)
- Holter y prueba de esfuerzo (sintomatología compatible con coronariopatía)

Manejo de la intoxicación aguda por cocaína

La ausencia de antídoto específico obliga a realizar un tratamiento sintomático y de soporte vital acorde a la severidad de la intoxicación y de las complicaciones asociadas.⁽¹²⁾ El manejo deberá ser obligatoriamente a nivel hospitalario debido a la posibilidad de graves complicaciones orgánicas o psiquiátricas.⁽²⁴⁾ El manejo general se lo realizará de la siguiente manera:

Tabla 44. Manejo general intoxicación por cocaína.

Medidas generales
1. Valorar constantes vitales y realizar apropiadamente el soporte vital básico (BLS)
2. Si fuera necesario, realizar resucitación cardiopulmonar básica. Administrar oxígeno a alto flujo y, si fuera el caso, intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
3. Canalizar vía venosa
4. Monitorizar y realizar ECG, saturación arterial con pulso-oximetría.
5. Monitorizar temperatura, si evoluciona a hipertermia se debe actuar tempranamente.
6. Monitorizar hipoglucemia.
7. Tranquilizar al paciente y mantenerlo en un ambiente relajado. Evitar, en lo posible, las restricciones físicas, si el paciente está muy exaltado se debe administrar benzodicepinas.
8. Si fuera el caso, usar benzodiazepinas para controlar las convulsiones.
9. Traslado urgente a centro hospitalario.

Fuente: Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias Estimulantes. 2008 ⁽²⁴⁾ / Medscape Cocaine Toxicity Treatment and Management.2015 ⁽⁶⁷⁾

Actuaciones específicas

Tabla 45. Manejo clínico-farmacológico de la hipertermia ocasionada por intoxicación aguda por cocaína.

Hipertermia
Estos casos deben ser atendidos en niveles de atención con adecuada capacidad resolutive (2° y 3° nivel) y manejados por especialistas.
1. Hiperventilar al doble o al triple el volumen minuto con Oxígeno 100%
2. Reducir la temperatura por medios físicos. Considerar el uso de medios agresivos como colocación de hielo, lavados gástricos, baños fríos, etc.
3. Dantroleno: 2,5 mg/kg intravenoso en 30 minutos. Repetir la dosis según la respuesta. <ul style="list-style-type: none"> - Continuar con Dantroleno intravenoso por 24 horas (1 mg/kg cada 6 horas) después del control del episodio.
4. En caso de presentarse otras alteraciones, corregir: <ol style="list-style-type: none"> a) Hiperkalemia: <ul style="list-style-type: none"> - Bicarbonato de sodio 50 mEq intravenoso en 5 minutos. - *Cloruro de calcio 500-1000 mg intravenoso en 5-10 minutos. b) Arritmias: <ul style="list-style-type: none"> • Arritmia ventricular → amiodarona: 50 mg intravenoso en los primeros 10 minutos. (15 mg/min) - Luego administrar 360 mg durante 6 horas (1 mg/minuto). - Pasada las seis horas; 540 mg durante las siguientes 18 horas (0.5 mg/min), por un total de 1000 mg en 24 horas antes de la dosis de mantenimiento. - Dosis de mantenimiento: 0.5 mg/min en un total de 720 mg en 24 horas a una concentración de 1-6 mg/ml. - Tiempo de terapia: 2-3 semanas a dosis de 0.5 mg/minuto. • FA, fA o Taquicardia supraventricular →*Metoprolol: 2.5-5 mg intravenoso cada 2-5 minutos, no exceder los 15 mg en 10-15 minutos. - Dosis de mantenimiento: 100 mg vía oral cada 12 horas.

<ul style="list-style-type: none"> c) Acidosis metabólica: <ul style="list-style-type: none"> - Hiperventilación - Bicarbonato de sodio (en acidosis leve-moderada): 2-5 mEq/kg intravenoso en infusión durante 4-8 horas. d) Mioglobiuria: forzar diuresis alcalina. e) Coagulación intravascular diseminada: según sea necesario administrar factores de coagulación, plaquetas o derivados sanguíneos, anticoagulantes.
<p>5. Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización en UCI - Monitorizar función renal y síndrome compartimental - Repetir CK - Considerar diagnósticos diferenciales y posibles complicaciones.

**Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente, para autorizar su adquisición para cobertura pública*
Fuente: tomado de varias fuentes. ^{(190) (191) (192) (193) (194) (195) (196)}

Tabla 46. Manejo clínico-farmacológico de la rabdomiolisis ocasionado por intoxicación aguda por cocaína.

Rabdomiolisis
1. Realizar CK
2. Valores de CK <1000 U/L: repetir medición de CK en 8 horas
3. Valores de CK >1000 U/L, pero <5000 U/L: <ul style="list-style-type: none"> - Hidratación con cloruro de sodio 0.9% a 400ml/hora - Controlar valores de CK periódicamente
4. Valores de CK >5000 U/L: <ul style="list-style-type: none"> - Hidratación con cloruro de sodio 0.9% a 400 ml/hora - Monitorizar diuresis, lo deseable es conseguir 200 ml/hora - Controlar valores de BUN y creatinina cada 6-8 horas. - Controlar electrolitos séricos (Na, Cl y K), pH arterial y pH urinario cada 4 horas.
5. Diuresis < 200 ml/hora: <ul style="list-style-type: none"> - Manitol 12.5 gramos intravenoso cada 6 horas.
6. Manejo de electrolitos tras obtener resultados de laboratorio: <p>Natremia ≤ 147 mEq/L: añadir cloruro de sodio 0.45% + 100 mEq/L bicarbonato por litro \rightarrow pasar a 125ml/hora</p> <p>Natremia > 147 mEq/L: añadir dextrosa al 5% + 100 mEq de bicarbonato de sodio por litro \rightarrow pasar a 125 ml/hora.</p> <p>Pacientes recibiendo bicarbonato: (controlando valores con gasometría arterial)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar pH arterial periódicamente - Si pH ≥ 7.50: suspender bicarbonato. - Si pH ≤ 7.15 o bicarbonato sérico ≤ 15mg/dL: administrar bolos con 100 mEq de bicarbonato de sodio y realizar gasometrías cada 3 horas hasta conseguir pH >7.15 y bicarbonato sérico >15mg/dl.

Fuentes: tomado de varias fuentes. ^{(184) (197) (198) (199) (200)}

Tabla 47. Manejo clínico-farmacológico de las convulsiones ocasionadas por intoxicación aguda por cocaína.

Convulsiones:
1. Proteger vía aérea y dar Oxígeno
2. Monitorizar oximetría de pulso.
3. Medir FC, PA, T° y evaluación neurológica
4. Canalizar vía venosa
5. Descartar causa metabólica: realizar glucemia capilar
6. Abuso crónico de alcohol concomitante, 250 mg de tiamina diluidos en 50-100 ml de cloruro de sodio a 0.9% y administrar por vía intravenosa en 30 minutos.
7. Diazepam: 5 mg bolo intravenoso <ul style="list-style-type: none"> - Se puede repetir la dosis cada 3 minutos hasta una dosis acumulada máxima de 20 mg. <p><i>Si no se puede canalizar vía venosa administrar: diazepam 10 mg intrarectal. Si fuera necesario repetir la misma dosis en 5 minutos.</i></p>
8. Status epiléptico: duración de la epilepsia mayor a 30 minutos, o ausencia de recuperación de la conciencia entre las convulsiones. <ul style="list-style-type: none"> - Ingresar paciente a UCI - Realizar EEG - Tiamina 100 mg intravenoso - Diazepam: 5-10 mg intravenoso/intramuscular cada 5-10 minutos. (Dosis máxima acumulada: 30 mg) - Fenitoina 15-20 mg/Kg intravenoso a 25 mg/minuto; se puede aumentar progresivamente la dosis hasta una dosis máxima de 50 mg/minuto. <p>Cuando se controlen las convulsiones: Fenitoina dosis de mantenimiento: 100 mg intravenoso cada 6-8 horas.</p>

Fuente: tomado de varias. ^{(201) (202) (203) (204)}

Tabla 48. Manejo clínico-farmacológico de la ansiedad ocasionada por intoxicación aguda por cocaína.

Ansiedad
Solicitar valoración por servicio de salud mental.
1. Diazepam 2-10 mg vía oral cada 6-8 horas; no exceder los 30 mg c/8 horas, por un tiempo máximo de 4 semanas.
2. †Lorazepam 2-3mg vía oral cada 8-12 horas; no exceder los 10mg/día, por un tiempo máximo de 4 semanas.

† Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, se encuentra autorizado para cobertura pública en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica con falla hepática.

Fuente: tomado de varias fuentes. ^{(205) (206) (207)}

Tabla 49. Manejo clínico-farmacológico de la psicosis ocasionada por intoxicación aguda por cocaína.

Psicosis
Solicitar valoración por servicio de salud mental.
1. Haloperidol:
Vía oral: (solo en casos que el paciente esté lo suficientemente estable para poder ingerir la medicación)
- Cuadro moderado: 0.5-2 mg cada 8-12 horas. (Dosis máxima; 30 mg/día)
Vía intramuscular: (en casos en el que la vía oral no sea una opción=
Dosis: 5-10 mg cada 4-8 horas por razones necesarias. (No exceder los 20 mg/día)

<p>2. Clorpromazina: hasta controlar al paciente. Vía oral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 30-75 mg cada 6-12 horas. - Dosis de mantenimiento: 200-800 mg/día. <p>Intramuscular/Intravenoso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial; 25 mg <p>Dosis por razones necesarias pasadas 1-4 horas tras dosis inicial: 25-50mg (dosis máxima 400 mg c/4-6 horas)</p>

Fuente: tomado de varias fuentes. ⁽²⁴⁾ ⁽²⁰⁸⁾ ⁽²⁰⁹⁾

Tabla 50. Manejo clínico-farmacológico de la hipertensión ocasionada por intoxicación aguda por cocaína.

Hipertensión
Se tomarán en cuenta valores de presión arterial: $\geq 180/120$
Primera línea de tratamiento
<p>Benzodiacepinas: se modifica la dosis según la respuesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diazepam 5-10 mg intravenoso - †Lorazepam 2-4mg intravenoso
Segunda línea de tratamiento: (únicamente si la primera línea no es efectiva)
<p>1. Nitroglicerina (trinitrato de glicerilo): infusión continua Dosis de inicio 5 mcg/minuto, incrementando 5 mcg/minuto cada 3-5 minutos hasta 20 mcg/minuto. Si no hay respuesta: incrementar la dosis a 10 mcg/minuto cada 3-5 minutos hasta un máximo de 200 mcg/minuto.</p>
<p>2. Diltiazem: ⁽²¹⁰⁾ Dosis de inicio: 120-180 mg vía oral diario. Dosis incremental: hasta 360 mg vía oral diario.</p>
<p>3. *Verapamilo: Vía oral Dosis inicial: 80 mg c/8 horas. Dosis de mantenimiento: 80-320 mg c/12 horas.</p>
<p>4. *Fentolamina : bolos intravenosos Dosis de inicio: 5-20 mg intravenoso cada 5 minutos Infusión continua a 0.2-0.5 mg/minuto.</p>

* *Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública.*

† *Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, se encuentra autorizado para cobertura pública en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica con falla hepática.*

Fuente: tomado de varias fuentes. ⁽²¹¹⁾ ⁽²¹²⁾ ⁽²¹³⁾

Tabla 51. Manejo clínico-farmacológico de la taquicardia ocasionada por intoxicación aguda por cocaína.

Medidas generales ⁽²¹⁴⁾ ⁽²¹⁵⁾
<p>Oxigenoterapia más:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Midazolam 1-2 mg intravenoso cada 3-5 minutos hasta conseguir sedación. 2. Diazepam 5-10 mg intravenoso cada 3-5 minutos hasta conseguir sedación.
Taquicardia (con pulso)
<p>1. Cardioversión sincronizada Dosis iniciales recomendadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrecho regular: 50-100 J - Estrecho irregular: 120-200 J bifásica o 200 J monofásica - Ancho regular: 100 J - Ancho irregular: Energía de desfibrilación (NO sincronizada)
2. Adenosina (dosis intravenosa)

- Primera dosis: 6 mg bolo intravenoso rápido, seguido de bolo de Cloruro de sódio al 0.9%
 - Segunda dosis: 12 mg Intravenoso por razones necesarias.
3. Infusiones antiarrítmicas para taquicardia de QRS ancho estable
- a) Amiodarona: (dosis intravenosa)
 - Primera dosis: 150 mg durante 10 minutos. Repetir en casos necesario, si aparece taquicardia ventricular.
 - Dosis de mantenimiento: infusión a velocidad de 1 mg/minuto durante las primeras 6 horas.
 - b) *Procainamida: (dosis intravenosa)
 - 20-50 mg/min hasta supresión de la arritmia, hipotensión, ensanchamiento del QRS > 50% o hasta que se alcance la dosis máxima de 17 mg/kg.
 - Infusión de mantenimiento: 1-4 mg/min. Evite en caso de QT prolongado o ICC.
 - c) *Sotalol: (dosis intravenosa)
 - 100 mg (1.5 mg/kg) intravenoso durante 5 minutos.
 - Evitar su uso si existe QT prolongado.

* Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública

Fuente: Soporte Vital Cardiovascular Avanzado. Libro del proveedor, 2012 ⁽²¹⁶⁾

Tabla 52. Manejo clínico-farmacológico del síndrome coronario agudo ocasionado por intoxicación aguda por cocaína.

Síndrome coronario agudo
<p><u>Evaluación en el servicio de emergencia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar signos vitales y saturación de oxígeno 2. Canalizar vía 3. Valorar indicaciones y contraindicaciones del uso de fibrinolíticos 4. Realizar exámenes de laboratorio (marcadores cardíacos, electrolitos, coagulación) 5. Realizar Rx de tórax (portátil), en menos de 30 minutos. <p><u>Tratamiento general inmediato en emergencia:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si la saturación de oxígeno menor a 94% → oxígeno a 4 litros/minuto, ajustando la dosis según necesario. 2. Ácido acetilsalicílico: 160-325 mg vía oral (si no lo han administrado ya) 3. Nitroglicerina (trinitrato de glicerol): únicamente si el paciente presenta PAS mayor a 90 mmHg o no ha disminuido más de 30 mmHg por debajo de la inicial. <ul style="list-style-type: none"> - 0.3-0.6 mg por vía sublingual cada 5 minutos hasta un máximo de 3 dosis. ⁽²¹⁷⁾ 4. Morfina: únicamente en casos donde la nitroglicerina no haya surgido efecto controlando el dolor torácico. <ul style="list-style-type: none"> - 10-30 mg vía oral cada 4 horas, por razones necesarias. ⁽²¹⁸⁾ - ó, 5-10 mg intramuscular o subcutánea c/4 horas, por razones necesarias <p>Realizar electrocardiograma de 12 derivaciones Su interpretación y manejo deber ser realizado por personal experto; emergenciólogo, cardiólogo, intensivista, anestesiólogo, etc. Se recomienda observación de no menos de 12 horas tras dolor torácico asociado a consumo de cocaína. ⁽²¹⁹⁾</p>

Fuente: Soporte Vital Cardiovascular Avanzado. Libro del proveedor, 2012 ⁽²¹⁶⁾

Tabla 53. Manejo clínico-quirúrgico de los transportadores corporales (“mulas”).

Transportadores corporales (“mulas”):
<ul style="list-style-type: none">- Sospechar en pacientes en estado de coma o con síntomas severos de intoxicación aguda por más de 4 horas tras haber recibido tratamiento adecuado.- Descartar la presencia de paquetes de droga en las cavidades corporales, incluyendo el recto y la vagina.- Realizar radiografía de abdomen, y en caso de ser inconclusa y exista una alta sospecha, realizar tomografía.- Se contraindica el uso de enemas, endoscopía o maniobras invasivas que puedan lesionar los paquetes. <p>1. <u>Pacientes diagnosticados con síntomas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Generalmente requieren cirugía más control estricto de las complicaciones.- La obstrucción intestinal por los paquetes se debe tratar como emergencia quirúrgica. <p>2. <u>Pacientes diagnosticados sin síntomas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Administrar laxantes para favorecer la evacuación de los paquetes, no se debe utilizar parafina líquida ya que esta degrada el latex y puede producir perforación de los paquetes.- Lavado gástrico con polietilenglicol a dosis de 1.5 litros/hora (como promedio se utiliza 6 litros al día).- Administrar carbón activado como mecanismo preventivo a dosis de 1gramo/kilo. <p>a) No se deberá utilizar polietilenglicol en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Obstrucción intestinalb) Perforación intestinalc) Hemorragia intestinal activad) Inestabilidad hemodinámica. <ul style="list-style-type: none">- Alta:<ul style="list-style-type: none">- Tras dos deposiciones seguidas sin la expulsión de paquetes junto con estudios de imagen negativas.- Indicación intervención quirúrgica:<ul style="list-style-type: none">- Pacientes que no logren evacuar todos los paquetes pasado los cinco días de terapia laxante o lavados intestinales repetidos.

Fuente: Clinical management of cocaine body packers: The Hillingdon experience, 2009. ⁽²²⁰⁾ / Management of body packers in the emergency department, 2005. ⁽²²¹⁾

Tabla 54. Recomendaciones generales para el manejo de las complicaciones por intoxicación aguda por cocaína.

<ul style="list-style-type: none">- Si las benzodiazepinas y/o barbitúricos no logran controlar la agitación y las convulsiones se deberá administrar relajantes musculares para prevenir la hipertermia y la rhabdomiolisis, además de mantener al paciente en ventilación mecánica y monitorizar su función cardíaca con ECG.- En caso de que aparezca focalidad neurológica o persista el coma se deberá realizar tomografía computarizada de cráneo.
<ul style="list-style-type: none">- Se debe valorar la intoxicación conjunta con otras sustancias y revertir los síntomas con sus antídotos específicos.
<p>En caso de ingestión conjunta con <u>opiáceos</u> (heroína), se debe utilizar la naloxona con mucha precaución ya que su administración puede exacerbar los efectos de la cocaína.</p>

<p><i>Dosis de naloxona:</i> Dosis inicial: 0.4 – 2 mg dosis, dependiendo del compromiso respiratorio. Si no existe respuesta se debe volver a administrar otra dosis cada 2-3 minutos. Este procedimiento se realiza hasta conseguir la estabilización respiratoria del paciente o en su defecto, hasta acumular una administración máxima de 10 mg.</p> <p>En caso de intoxicación conjunta con <u>benzodiazepinas</u> el antídoto será el flumazenilo.</p> <p><i>Dosis de flumazenilo:</i> Dosis inicial: 0.2 mg intravenoso cada 15-30 segundos. Si no responde a los 30 segundos; administrar 0.3 mg tras un minuto, y si no responde, se deberá administrar 0.5 mg intravenoso a los 30 segundos, repitiendo la dosis a intervalos de 1 minuto hasta una dosis máxima acumulada de 3 mg/hora.</p> <p>El uso conjunto de alcohol y cocaína suele ser más intenso debido al sinergismo conjunto; su manejo estará enfocado en controlar las complicaciones asociadas.</p> <p>Se desaconseja el uso de beta-bloqueantes adrenérgicos y antagonistas dopaminérgicos en la intoxicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La hiperactividad vegetativa suele tratarse con benzodiazepinas y enfriamiento corporal. - Solicitar valoración por salud mental.
--

Fuente: Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias Estimulantes, 2008. ⁽²⁴⁾ / Medscape Cocaine Toxicity Treatment and Management, 2015 ⁽⁶⁷⁾

Tabla 55. Recomendaciones con grado de evidencia de guías de práctica clínica sobre el uso nocivo y dependencia a sustancias estimulantes. (Para una buena interpretación ver las escalas de valoración según la fuente en el Anexo 1).

Recomendación	Grado de evidencia
No se ha encontrado que el uso de amantadina, sola o junto con propanolol sea efectivo para retener a los pacientes en el tratamiento. ⁽²²²⁾	Ib RA
El uso de los diferentes agonistas de la dopamina (amantadina, bromocriptina y pergolida) no muestra diferencias significativas en la prevención de recaídas y el mantenimiento de la abstinencia. ⁽²²²⁾	Ia RA
La terapia cognitivo conductual y otras intervenciones psicosociales siguen siendo la base del tratamiento. ⁽²²²⁾	S
El uso de antidepresivos, anticonvulsivantes y agonistas de la dopamina no están recomendados. ⁽²²²⁾	A
Se recomienda valorar el consumo de cocaína en el triaje cuando existan síntomas como ansiedad, agitación, dolor torácico o palpitations. La existencia de cocaína debería ser confirmada mediante análisis toxicológico. ⁽²²³⁾	R; débil
El tratamiento con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina no está recomendado en pacientes con dependencia a la cocaína que NO hayan sido diagnosticados de depresión. ⁽²²³⁾	R; débil
Se recomienda continuar el tratamiento para la depresión en aquellos pacientes que hayan sido diagnosticados de depresión y tengan dependencia de la cocaína. ⁽²²³⁾	R; débil
Para la reducción del consumo NO se recomienda el consumo de estimulantes del sistema nervioso. ⁽²²³⁾	R; fuerte
Se recomienda el uso de antipsicóticos como la olanzapina y la risperidona en personas con dependencia a la cocaína que cursen con alguna enfermedad psiquiátrica concomitante. ⁽²²³⁾	R; débil
Existe la posibilidad de reducir el consumo y aumentar la abstinencia en	

personas dependientes de la cocaína con el uso del disulfiram, por lo cual se recomienda su uso. ⁽²²³⁾	R; débil
Para reducir el consumo, se recomienda el uso de disulfiram en personas dependientes de alcohol y cocaína. ⁽²²³⁾	R; fuerte
El tratamiento con disulfiram debe ser iniciado solamente si se ha confirmado el cese del consumo de alcohol y que el paciente no presenta síndrome de abstinencia. Los pacientes deben conocer los riesgos del consumo concomitante de alcohol y disulfiram. ⁽²²³⁾	R; fuerte
Para la reducción del consumo de cocaína, no está recomendado el uso de naltrexona. ⁽²²³⁾	R; débil
Debido a la ausencia de suficientes estudios clínicos que sustenten su aplicación, no se recomienda el uso de vacunas (TA-CD) en personas dependientes de la cocaína. ⁽²²³⁾	R; débil
En pacientes con dependencia a la cocaína y que además se encuentren recibiendo tratamiento con agonistas opiáceos de mantenimiento, la intensificación de los controles esta recomendada para la detección del consumo de cocaína además, si la dosis de metadona no resulta suficiente, se recomienda su incremento. ⁽²²³⁾	R; fuerte
Se recomienda evitar interacciones farmacológicas con la metadona en aquellos pacientes que se use tratamiento farmacológico concomitante para la reducción del consumo de cocaína. ⁽²²³⁾	R; débil

Síndrome de abstinencia

El cese brusco de consumo de cocaína generalmente produce un cuadro leve tanto en el ámbito somático como psiquiátrico que, en ausencia de complicaciones, no suele precisar tratamiento farmacológico, beneficiándose de apoyo psicológico. ^{(12) (24)} Se manifiesta por una serie de síntomas opuestos a los efectos de la cocaína predominando los psicológicos sobre los físicos. ⁽¹⁸⁹⁾ Debido a esto y a sus características leves, a veces, no se le da la importancia que se debe y el paciente puede caer en complicaciones graves como depresión severa y cometer suicidio. ⁽²⁴⁾

Tabla 56. Fases del síndrome de abstinencia a cocaína.

FASE I. Abstinencia aguda "Crash"	Aparece entre las 6 y 12 horas del último consumo y se mantiene por 5 días. - <u>Sintomatología inicial</u> : irritabilidad, agitación, disforia, depresión, anorexia, mialgias, deseo de dormir, "craving" de cocaína decreciente. - <u>Sintomatología tardía</u> : astenia, apatía, anhedonia, agotamiento físico, hipersomnía, hiperfagia, "craving" de cocaína decreciente.
FASE II. Abstinencia retardada	Aparece a partir del 6º día y tiene una duración de aproximadamente 10 semanas. - <u>Sintomatología</u> : hay alternancia de periodos de normalidad con otros de disforia leve, irritabilidad, ansiedad, anhedonia, "craving" creciente de cocaína que puede hacerse intenso y provocar la recaída.
FASE III. Extinción	- Duración indefinida. - Sintomatología: eutimia, respuesta hedónica normalizada, deseo esporádico de cocaína. - En esta etapa se presentan situaciones condicionantes con riesgo a recaída. - Suele existir "craving" esporádico e irresistible.

Fuente: Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación.2010. ⁽¹²⁾

Diagnóstico

Se basa en la realización de la historia clínica junto con un examen físico exhaustivo. Referirse a los criterios diagnósticos para la clasificación de enfermedades, CIE-10⁽¹⁴⁾

Tratamiento (desintoxicación)

A pesar de su presentación benigna existen situaciones en las que el síndrome de abstinencia precisa tratamiento farmacológico, como en:⁽¹²⁾

- Consumo de grandes cantidades de droga.
- Vía de administración intravenosa o fumada.
- Uso concomitante con otras drogas.
- Comorbilidad física existente.
- Complicaciones psiquiátricas (crisis de angustia, síntomas psicóticos, depresión documentada, etc).

Esta intervención suele realizarse de manera ambulatoria considerando, excepcionalmente, el manejo hospitalario en las siguientes circunstancias:^{(12) (189)}

- fracasos terapéuticos previos.
- fracaso de la red de apoyo (falta de apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento).
- presencia de comorbilidad grave que requiera supervisión para prevenir complicaciones.
- Patología dual (comorbilidad psiquiátrica grave).
- Policonsumo de sustancias que pueden interferir en la abstinencia de la cocaína (abuso de alcohol, benzodiazepinas heroínas, etc.).
- Problemas sociales que impidan el manejo ambulatorio del paciente.
- Deseo y petición del paciente por falta de autocontrol y baja motivación.

El tratamiento estará dirigido a los síntomas que mayor malestar ocasionen y se deberá adecuar según el perfil del paciente descartando primero una patología dual (psiquiátrica) y tomando en consideración las interacciones farmacológicas y sus efectos adversos.⁽¹⁸⁹⁾

De manera general la permanencia del paciente en un ambiente protegido junto con la administración de benzodiazepinas de vida media larga suelen ser suficientes. En caso de la aparición de sintomatología depresiva severa, con riesgo de acciones autolíticas, se debe añadir un antidepresivo y, si en el síndrome de abstinencia aparecen síntomas psicóticos, se podrá pautar antipsicóticos.⁽²²⁴⁾

Opciones terapéuticas

Ácido acetilsalicílico: puede utilizarse para reducir la agregación plaquetaria y mejorar el flujo sanguíneo cerebral.⁽²⁴⁾

Inhibidores de la recaptación de serotonina: puede utilizarse para tratar la depresión en dosis habituales.⁽²⁴⁾

Con lo que respecta al tratamiento de la ansiedad e insomnio, se recomienda utilizar benzodiazepinas de vida media larga administradas en horarios nocturnos. Las de vida media corta se desaconsejan por el riesgo de crear abuso.⁽²⁴⁾

El tratamiento con miorelajantes del tipo tizanidina, o anticonvulsivantes normotímicos, como la gabapentina o la *dipropilacetamida, para inducir relajación, mejorar la arquitectura del sueño y de forma simultánea para iniciar el tratamiento de deshabitación, está indicado que se utilice desde el comienzo solo para casos necesarios. ⁽²⁴⁾

** Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente, para autorizar su adquisición para cobertura pública*

Tratamiento para la deshabitación de cocaína (Dependencia)

En la actualidad no se cuenta con un tratamiento específico y totalmente efectivo para tratar la dependencia de la cocaína, por lo que se han utilizado varios medicamentos que no han demostrado superioridad entre éstos. ^{(12) (24)}

Las estrategias farmacológicas utilizadas empíricamente, o con poca evidencia, en la actualidad se basan en tres mecanismos de acción: ⁽¹⁸⁹⁾

- a) Medicamento que modifican el sistema dopaminérgico
- b) Medicamento que modifican el sistema serotoninérgico y noradrenérgico: antidepresivos.
- c) Medicamento eutimizantes (antiepilépticos, anticonvulsivantes o normotímicos)

Medicamento modificadores del sistema dopaminérgico

El uso de agonistas dopaminérgicos no cuenta con la suficiente evidencia de eficacia y tolerabilidad para el tratamiento de la dependencia a la cocaína; sin embargo, se ha utilizado algunos medicamentos por su efectividad en pequeños estudios clínicos. ⁽¹⁸⁹⁾ Este protocolo no recomienda su uso debido a la falta de evidencia.

Medicamentos modificadores del sistema serotoninérgico y noradrenérgico

No existe suficiente evidencia que demuestre la utilidad de antidepresivos en el tratamiento de deshabitación de la cocaína. ^{(225) (226)} Sin embargo se recomienda mantener el tratamiento antidepresivo en pacientes dependientes de cocaína que presenten morbilidad depresiva ⁽²⁴⁷⁾, y se deberá mantener la dosis usual para su patología de base. ⁽¹⁸⁹⁾

Medicamentos eutimizantes (antiepilépticos, anticonvulsivantes o normotímicos)

El interés que recae sobre el uso de estos medicamentos se basan en el efecto gabaérgico, el cual ejerce un efecto inhibitorio sobre la función de la dopamina y; en el efecto antiglutamatérgico el cual actúa sobre el sistema límbico cuando el paciente se expone a señales relacionadas con la cocaína. ^{(12) (189)}

Hasta el momento los estudios con respecto a la utilidad de la *vigabatrina, antiepiléptico inhibidor del GABA, han demostrado buenos resultados con respecto a producir abstinencia en adictos a la cocaína. ⁽²²⁵⁾ Sin embargo actualmente no se recomienda el uso de anticonvulsivos para reducir el consumo. ⁽²²⁷⁾

** Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente, para autorizar su adquisición para cobertura pública.*

Benzodiacepinas: se les considera útiles para el tratamiento sintomático de la ansiedad y convulsiones por sus efectos hipnóticos, ansiolíticos y sedantes. Se recomienda utilizar solo en casos necesarios y aquellos que presenten vida media intermedia (alprazolam, lorazepam, clonazepam) o vida media prolongada (diazepam). ⁽¹⁸⁹⁾

Terapia inmunológica:

La inmunoterapia frente a la adicción de la cocaína sigue en fase de experimentación, sin embargo se han mostrado resultados positivos y útiles para su implementación como terapéutica en un futuro. ^{(189) (228)}

2. Anfetaminas

Las anfetaminas son drogas que tienen un mecanismo de acción complejo que consiste en estimular y acelerar el metabolismo del cuerpo, terapéuticamente se las usa con el fin de manejar los trastornos de hiperactividad. En el medio común se las conoce como drogas de diseñador y sus acciones dependerán del receptor sobre el cual actúan; pueden ser sobre los receptores de adrenalina, noradrenalina, serotonina y dopamina o pueden tener un efecto mixto actuando sobre todos estos. ⁽²²⁹⁾

Las metanfetaminas han sido utilizadas, de manera terapéutica, por su efecto anorexigénico. Su mecanismo de acción está explicado por lo siguiente: ^{(229) (230)}

1. Aumentando la liberación de dopamina en parte del hipotálamo lateral lo cual regulará la sensación de apetito.
2. Inhibiendo la recaptación de serotonina.

Cuando se usa anfetaminas con efectos entactógenos como el éxtasis su mecanismo de acción es similar pero actúa en diferentes zonas cerebrales al mismo tiempo, lo que les da un potencial alucinógeno cuando entran en contacto con el receptor 5HT2A.

Cuando se da la activación de la parte amina de las anfetaminas el mecanismo de acción de estas drogas activa el sistema neurovegetativo simpático y produce efectos simpaticomiméticos. ^{(229) (231)}

Por último las anfetaminas actúan a nivel de los receptores NMDA en la corteza cerebral lo que provoca un comportamiento violento, además de presentar un gran potencial de abuso, tolerancia y dependencia. ⁽²³²⁾

Tabla 57. Efectos objetivos y subjetivos de las anfetaminas.

Efectos objetivos	Efectos subjetivos
Taquicardia	Empatía
Empatía	Sensualidad
Arritmias	Alteraciones sensoriales
Hipertensión	Disminución del miedo
Midriasis	Felicidad
Piloerección	Autoestima
Hipertermia	Espiritualidad
Trismo	Agobio
Temblores	Pensamientos extraños
Bruxismo	Ansiedad
Euforia	Desorientación
Locuacidad	Confusión
Insomnio	Irritabilidad
Anorexia	Obsesión
Disminución cansancio	Pánico
Retención urinaria	Angustia
Dificultad en la eyaculación	Inquietud
Incoordinación motora	Percepción del tiempo alterada
Cefaleas	
Estreñimiento o diarrea	
Alteraciones hormonales	

Fuente: Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). 2003. ⁽²²⁹⁾

Formas de consumo y sus efectos

La vía de consumo de las anfetaminas generalmente es por vía oral o intravenosa. Sin embargo, tras la aparición de la metanfetamina en cristales se ha sumado la vía inhalatoria, es decir, fumada. ⁽²²⁹⁾

Las anfetaminas comparten el efecto estimulante de la cocaína pero tomando en cuenta que su metabolismo es diferente generalmente esta clase de drogas tiene efectos residuales y tóxicos que se enumeran a continuación: ⁽²²⁹⁾

Tabla 58. Efectos residuales y tóxicos de las anfetaminas.

Efectos residuales	Efectos tóxicos
Fatiga	Rabdomiolisis
Dificultad concentración	Hipertermia
Anorexia	Hepatotoxicidad
Apatía	Arritmias cardíacas
Insomnio	Hipertensión arterial
Pérdida de memoria	Asistolias
Irritabilidad	Colapso cardiovascular
Depresión	Coagulación intravascular
Dolores musculares diseminada	Insuficiencia renal aguda
Falta deseo sexual	Hiponatremia
	Psicosis anfetamínica
	Convulsiones

Fuente: Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). ⁽²²⁹⁾

Manejo de la intoxicación aguda por anfetaminas

Por ser la cocaína y las metanfetaminas drogas con similares mecanismos de acción se aplicará las mismas acciones terapéuticas en la intoxicación aguda por anfetaminas.

Manejo del síndrome de abstinencia por metanfetaminas

Las metanfetaminas al ser drogas que no actúan sobre un receptor específico se ha determinado en la práctica clínica aplicar el mismo abordaje terapéutico que para el síndrome de abstinencia producido por la cocaína.

Manejo de la dependencia por metanfetaminas

La dependencia a anfetaminas se da cuando existe un largo periodo de consumo de las mismas, esta dependencia no tiene características especiales y dependerá exclusivamente del mecanismo de acción de la anfetamina en cuestión; la propuesta para el manejo de la dependencia es exclusivamente sintomático, se usarán fármacos de acuerdo al receptor estimulado que se desee manejar para esto usaremos: ⁽²⁴⁾

Agonistas dopaminérgicos:

- Disforia
- Anergia

Antidepresivo tricíclico (actividad serotoninérgica):

- Depresión con comportamiento compulsivo y disforia

Inhibidores de la recaptación de la serotonina:

- Elevada impulsividad

Capítulo VI

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas (BZD) son las drogas de prescripción médica más usadas a nivel mundial en el ámbito de la salud; en especial en los países desarrollados, estas son usadas por sus propiedades ansiolíticas, sedantes, hipnóticas, relajantes musculares y anticomisiales. ^{(233) (234) (235)}

Su mecanismo de acción es a nivel del sistema nervioso central y se caracteriza por ser un inhibidor del ácido gaba-aminobutírico (GABA), lo que disminuye la excitabilidad neuronal, por este motivo su principal efecto terapéutico se produce en los desórdenes de ansiedad e insomnio. ^{(233) (236)}

Las benzodiacepinas generalmente son medicamentos bien tolerados que cuando se usan por periodos cortos de tiempo (<4 semanas) no producen tolerancia ni dependencia. ⁽²³⁶⁾

Con el transcurso de los años se ha dejado de administrar benzodiacepinas (BZD) de acción larga por sus altos riesgos de sedación y somnolencia y se ha iniciado con el uso de BZD de acción corta las cuales brindan una mayor seguridad y evitan en la mayoría de casos los efectos acumulativos de las mismas, sin embargo favorecen los problemas subsecuentes de su retirada o privación, produciendo reacciones paradójicas. ⁽¹²⁾

Un problema a nivel mundial es la dependencia a las BZD esta se debe a que el organismo sufre una adaptación fisiológica a las BZD la misma aparece tras el uso prolongado de estas drogas, y se caracteriza porque al interrumpir su administración genera un malestar significativo e induce al individuo a mantener el consumo. ⁽²³⁴⁾

Dosis tóxica

No se puede determinar una dosis toxica única de las BZD ya que cada una cuenta con sus características farmacológicas propias, la toxicidad depende de varios factores como la vía de administración, la dosis administrada y de la función hepática del individuo, puesto que es un medicamento de metabolismo hepático. ⁽²³⁷⁾

Se han observado casos en los que los pacientes han ingerido por vía oral diazepam en dosis de 15 a 20 veces mayores a las dosis terapéuticas y solo han presentado síntomas leves o moderados más cuando se usa la vía de administración intravenosa rápida se ha reportado casos de paro respiratoria dentro de rangos de dosis terapéuticos acordes al medicamento, esto puede deberse a la administración concomitante con otras sustancias depresoras del sistema nervioso central como el alcohol. ⁽²³³⁾

Criterios para identificación de un paciente con dependencia a benzodiacepinas

Las benzodiacepinas han demostrado sus beneficios a corto plazo y su potencial terapéutico es indudable en situaciones específicas. ^{(234) (237)}

Es de suma importancia diagnosticar cuando se sospecha de dependencia a benzodiaceinas en un paciente que cumple con los siguientes criterios: ⁽²³⁷⁾

En relación a la droga:

- Compulsión por conseguir la BZD
- Dificultades en controlar el uso de de BZD

En relación a las consecuencias del uso:

- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

En relación a la respuesta fisiológica:

- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia

Efectos psíquico-físicos agudos

Los efectos físicos agudos se desencadenan de manera rápida si la administración es de tipo intravenosa o en el transcurso de 30 a 120 minutos si la vía de administración es oral. ⁽²³³⁾

Los efectos colaterales principales del uso de BZD son: ^{(12) (24)}

- Somnolencia excesiva
- Pérdida de coordinación motora fina.
- Pérdida de memoria (amnesia anterógrada)
- Torpeza, tinitus, nistagmus
- Hiperreflexia, hipotermia, hipotensión
- Reacción paradójica: la cual consiste en excitación, agresividad y desinhibición; el mismo se presenta con mayor frecuencia en niños, adultos mayores y pacientes que tengan deficiencias mentales.
- Indiferencia a los eventos de la vida.
- En los adultos mayores: existe mayor riesgo de interacción medicamentosa, empeora el desempeño psicomotor y cognitivo, y existe mayor riesgo de accidentes de tránsito.

El riesgo de dependencia es del 50% en pacientes que tomaron tratamiento por más de un año, los mismos llegarán a usar BZD por 5 a 10 años. ^{(25) (233)}

Efectos psíquico-físicos crónicos

Los efectos crónicos más importantes son los que implican a la sociedad y a su entorno social como son: ^{(25) (233)}

- Riesgo aumentado de accidentes de tránsito, en actividades de la vida cotidiana y laboral
- Existe un riesgo a aumentado de sobredosis si se combina con otras drogas que tengan actividad depresora
- Riesgo aumentado de tendencias suicidas en especial en los pacientes que sufren de depresión
- Favorece actividades antisociales
- Reduce la capacidad de trabajo
- Aumenta el costo de intervenciones, consultas y exámenes diagnósticos.

Tomando en cuenta que las BDZ tienen un alto porcentaje de dependencia si se las usa por largos periodos de tiempo es imprescindible conocer cómo se realizará el manejo de la dependencia. ^{(25) (233)}

Manejo la dependencia.

De los pacientes que consumen BZD aproximadamente 50% suelen desarrollar dependencia, lo que significa que la misma proporción de pacientes podrán generar síndrome de abstinencia al momento de una suspensión brusca de la medicación. El síndrome de abstinencia en consumidores de BZD de vida media corta inicia a los 2 a 3 días, y los consumidores de BZD de vida media larga generarán el síndrome a los 5 a 10 días. Adicionalmente también se puede presentar tras una disminución acelerada de la dosis de BZD. ⁽²⁵⁾

El síndrome de abstinencia a BZD se caracteriza por signos mayores y menores, los signos menores se subdividen en físicos y psíquicos. ^{(25) (233) (237)}

Tabla 59. Signos mayores y menores del síndrome de abstinencia por BZD.

Signos menores		Signos mayores
Físicos	Psíquicos	
Tremores	Insomnio	Convulsiones
Sudoraciones	Irritabilidad	Alucinaciones
Palpitaciones	Dificultad de concentración	Delirium
Letargia	Inquietud	
Náuseas	Agitación	
Vómito	Pesadillas	
Anorexia	Disforia	
Síntomas gripales	Pérdida de memoria	
Cefalea	Despersonalización	
Dolores musculares		

Modificado de: Protocolo de Atenção em Saúde Mental, 2009. ⁽²⁵⁾

En el momento de suspensión de las BZD se pueden presentar 3 situaciones clínicas distintas: ⁽²³⁴⁾

- Recurrencia o recaída: es la reaparición de forma persistente de la sintomatología inicial por la que se prescribió las benzodiazepinas.
- Síndrome de rebote o retirada: consiste en la reaparición de los síntomas por los que se inició el tratamiento pero a diferencia de la recaída, aparecen entre el 1º y 3º día tras la supresión, son de mayor intensidad que los iniciales y son transitorios.
- Síndrome de abstinencia: conjunto de síntomas que son opuestos a los efectos terapéuticos de las benzodiazepinas (insomnio, palpitaciones, ansiedad, pérdida de apetito, temblores, sudoración, síntomas gastrointestinales, fofobia, cefalea, etc.), de mayor ó menor intensidad en función de la dosis y del tiempo de consumo, síntomas que el paciente puede no haber presentado con anterioridad.

Es primordial la diferencia entre síndrome de abstinencia y efecto rebote; pues al hablar de efecto rebote o retirada se debe tomar en cuenta que los síntomas van a estar presentes, pero estos irán disminuyendo paulatinamente con el pasar de los días sin recibir medicación, generalmente en estos casos no será necesario retomar la medicación. ^{(233) (234)}

La principal causa de dependencia a la BZD es por prescripción médica. Al ser drogas que tienen un gran índice de adicción si su uso es prolongado (>4 semanas) es necesario que su abordaje sea multidisciplinario el enfoque primordial del abordaje se basa en una retirada gradual de la medicación y en un acompañamiento psicológico frecuente y prolongado con el fin de obtener el alivio de estos síntomas.

Manejo de la intoxicación aguda

Por su alto grado de variabilidad en la farmacocinética del las BZD el manejo del intoxicación aguda dependerá del medicamento ingerido, se recomienda la evaluación rápida de la vía respiratoria del paciente, la frecuencia respiratoria y cardíaca por medio de monitoreo de signos vitales continuo y valoración cada 30 min del estado de conciencia mediante la escala de Glasgow. La intubación endotraqueal no debe retrasarse, y en casos necesarios se deberá administrar oxígeno suplementario, establecer acceso intravenoso para toma de muestras de laboratorio y administración de fluidos, según necesidades del paciente, y monitorización cardíaca continua. Se deberá obtener inmediatamente una glucemia capilar para descartar procesos metabólicos. ^{(236) (238)}

Si las BZD han sido ingeridas con otra droga depresora del SNC se deberá administrar flumazenil: ^{(236) (238)}

Flumazenil:

- Dosis inicial: 0.2 mg intravenoso cada 15-30 segundos.
- Si no responde a los 30 segundos; administrar 0.3 mg tras un minuto, y si no responde, se deberá administrar 0.5 mg intravenoso a los 30 segundos, repitiendo la dosis a intervalos de 1 minuto hasta una dosis máxima acumulada de 3 mg/hora.

Si el paciente es un consumidor crónico de BZD la deprivación con flumazenil no se recomienda ya que se tiene más riesgo de presentar síndrome de abstinencia. ⁽²³⁸⁾

Si la o el paciente solo ingirió BZD sin ninguna otra droga la única terapia recomendada es la monitorización continua y el lavado gástrico si la medicación fue administrada en un periodo máximo de 6 horas previa a su llegada a la sala de emergencia. Si el paciente presenta alteración del estado de conciencia y existe riesgo de aspiración el lavado gástrico no está recomendado, adicional al lavado gástrico es necesario la administración de carbón activado ya que el mismo inhibirá la absorción de las BZD. ^{(238) (239)}

Evaluación de laboratorio

Pruebas de toxicidad benzodiazepina:

Las benzodiazepinas (BZD) no suelen detectarse en pruebas de orina estándar para las drogas de abuso. Sin embargo, la prueba más común en orina identifica metabolitos de 1,4-benzodiazepinas, como el oxazepam. Esta prueba no puede detectar el clonazepam, lorazepam, midazolam, o alprazolam. ^{(240) (241)}

Un número de factores, tales como la cantidad de fármaco ingerido, la presencia de otras sustancias, la edad y peso del paciente, pueden alterar la farmacocinética y afectar los resultados de las pruebas de orina. Sin embargo, los metabolitos de las benzodiazepinas, en condiciones ideales, pueden ser detectados tras las tres horas de ingestión y mantenerse presentes hasta dos semanas post-ingesta. ^{(240) (241)}

Pruebas de diagnóstico general:

La evaluación de laboratorio de rutina del paciente intoxicado debe incluir lo siguiente:
(240) (241)

- Glucemia capilar para descartar causa metabólica como causante de la alteración del estado de conciencia.
- Niveles de acetaminofén (paracetamol) y salicilatos, para descartar consumo concomitante con otros fármacos.
- Electrocardiograma (ECG), para evaluar posible ingesta de medicamentos que alteren la conducción cardíaca (efectos sobre el intervalo QRS o QT).
- Prueba de embarazo en mujeres en edad fértil.

Debido a la dificultad diagnóstica entre los efectos clínicos producidos por una sobredosis de benzodiazepinas y las causadas por una intoxicación alcohólica se recomienda, que en casos que lo ameriten, se realice pruebas para detección de concentración de etanol en sangre.

Los profesionales de la salud deben obtener pruebas adicionales sobre la base de los hallazgos clínicos. Como ejemplos, estado mental alterado en asociación con fiebre plantea riesgos para meningitis u otras infecciones y garantiza una evaluación a fondo, incluyendo la evaluación del líquido cefalorraquídeo. En caso de presentar signos o una historia clínica que detalle trauma craneal, se recomienda realizar tomografía computarizada.

Manejo psicosocial

El soporte psicológico mediante psicoterapias cognitivas conductuales (PCC) son uno de los métodos de manejo en el tratamiento de la dependencia a las benzodiazepinas y se debe mantener durante la administración de las benzodiazepinas y cuando se inicia con la reducción de dosis, en este periodo se debe adicionalmente brindar información complementaria sobre BZD como: su efecto sobre el sistema motor, la pérdida de memoria y adicionalmente reasegurar que el paciente tomará medidas complementarias para disminuir la ansiedad producida por la reducción de dosis, tales como; control de estímulos, restricción del sueño, relajación muscular progresiva, higiene del sueño y efectos paradójicos. (25) (237) (242)

Mantenimiento sin BZD

Posterior a la fase de reducción de dosis, el paciente con el apoyo psicológico se deberá mantener libre de BZD para lo cual se deberá capacitar al paciente en cómo lidiar con el estrés posterior a la suspensión de la medicación y dar énfasis en cómo la suspensión de la medicación mejorará su calidad de vida. El apoyo psicológico en esta fase irá enfocado a favorecer habilidades para el manejo de ansiedad y depresión subyacente, es primordial que el proveedor de salud que esté atendiendo al paciente lo capacite en cómo distinguir entre síndrome de abstinencia y ansiedad secundaria al abandono de la droga. (25) (234)

Tratamiento

El uso prolongado de benzodiazepinas no se justifica, solo es admisible bajo situaciones especiales como; ansiedad intensa, invalidante o que haga sufrir exageradamente al paciente asociada o no a insomnio, a un trastorno psicossomático, orgánico o psicótico de corta duración, e insomnio intenso invalidante. Por eso es recomendable evitar el uso de éstos fármacos desde la primera consulta y buscar

opciones terapéuticas efectivas para evitar la medicación exagerada y prolongada. ⁽²⁵⁾
⁽²³⁴⁾

Para iniciar con la terapia de deshabitación el paciente primero debe ser informado de las dosis terapéuticas y de las dosis que causan dependencia; si un paciente recibe dosis que generan dependencia y adicionalmente presenta signos sugestivos de adicción como: una marcada tolerancia, un incremento de la dosis por parte del paciente, un comportamiento de búsqueda pronunciado lo cual no es característico de un paciente que consume BZD en dosis terapéutica, es de suma importancia iniciar con la terapia de reducción gradual de dosis para de esta manera evitar la adicción. En el caso de que un paciente que consuma BZD logre llegar a las 5 semanas sin consumir BZD se ha comprobado que hay una mejora en la calidad de vida del paciente ya que las crisis de ansiedad disminuirán. ⁽²⁵⁾

Retiro de benzodiacepinas

Existen varias prácticas para el retiro de las benzodiacepinas, la mejor técnica, la más adecuada y la mejor reconocida es el retiro gradual de la medicación, la cual se utiliza tanto para pacientes que usan dosis terapéuticas como para pacientes que ya son dependientes, esta técnica se ha visto asociada a mejores resultados y a un menor índice de síntomas de abstinencia. ⁽²⁵⁾ ⁽²³⁴⁾

Principios generales: ⁽²³⁷⁾

- Establecer objetivos realistas con el paciente, tomando en consideración que a medida que se realiza la reducción de las dosis, esto puede ocasionar desagrado en el paciente y ser motivo de abandono del tratamiento.
- Reducción del 10 al 20% de la dosis diaria con previo consentimiento del paciente. En caso de aparecer síntomas de abstinencia, se debe mantener la dosis hasta que los síntomas desaparezcan y proceder con el esquema de reducción
- Investigar el consumo de otras sustancias concomitantes tipo cannabis y alcohol previo al tratamiento así como durante el mismo.
- Se debe convertir la dosis utilizada, de cualquier benzodiacepina, a dosis equivalentes de diazepam, incluyendo hipnóticos. No hay justificación para utilizar dos diferentes tipos de benzodiacepinas.
- No se debe proveer de excesiva reserva de medicación a los pacientes recomendando dosis diarias o semanales, intentando prescribir la medicación con presentaciones bajas para intentar establecer la dosis más baja requerida en el día.
- El tiempo necesario para completar la abstinencia varía de 4 semanas e incluso a más de un año.

El personal de salud para que su objetivo se cumpla debe valerse de ciertos medios como dar al paciente por escrito los esquemas de reducción de dosis tanto iniciales como los subsecuentes. ⁽²⁵⁾ ⁽²³⁴⁾

Como sustituir las benzodiacepinas de vida media larga

En los pacientes en los que no se logra el esquema de reducción gradual de dosis se debe proponer como medida terapéutica el cambio de BZD de vida media corta a una BZD de vida media más larga, como el diazepam. ⁽²³⁴⁾

Tabla 60. Vida media y dosis orales equivalentes a 5 mg de Diazepam de las principales benzodiazepinas.

Principio Activo	Vida media (horas)	Dosis equivalente (miligramos)
Acción ultracorta <6 horas		
*Bentazepam	2-5	25
*Brotizolam	3-8	0.25
Midazolam	1-5	7.5
*Triazolam	3-5	0.125-0.25
Acción corta (6-24h)		
Alprazolam	12-15	0.25-0.5
*Bromazepam	10-20	3-6
*Flunitrazepam	15-30	0.5-1
*Loprazolam	4-15	0.5-1
*Lorazepam	11-30	0.5-1
*Lormetazepam	11-30	0.5-1
*Oxazepam	5-10	15
Acción larga (>24h)		
*Clobazam	18	10
*Cloracepato dipotásico	30-48	7.5
Diazepam	20-100	5
*Flurazepam	24-100	15
*Halazepam	30-100	10
*Ketazolam	6-25	7.5
*Nitrazepam	15-48	5
*Quezapam	40-55	10
Clonazepam	18-50	0.25-0.5

**Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente para autorizar su adquisición, para cobertura pública*
Fuente: Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria.2008⁽²³⁴⁾

Capítulo VII

Situaciones especiales

Embarazadas

1. Alcohol

El consumo nocivo y/o dependencia al alcohol en embarazadas a más de perjudicar su salud, su vida social, familiar, laboral y educativa; perjudica en mayor grado la salud del feto y recién nacido, siendo una de las causas principales de discapacidad intelectual en niños y la primera causa 100% prevenible. ^{(243) (244)}

Recomendaciones generales

- a) Es obligación del personal de salud informar a las pacientes y sus parejas sobre los riesgos del consumo de cualquier cantidad de alcohol durante el embarazo. Esta información deberá ser dada a mujeres en edad fértil y sus parejas, incluyendo adolescentes, y a embarazadas. ⁽²⁴⁵⁾
- b) No todas las embarazadas que consuman alcohol durante el embarazo van a tener un hijo con trastornos del espectro del alcoholismo fetal, sin embargo se desconoce el nivel seguro de consumo de alcohol sin riesgo durante el embarazo, por lo que se recomienda la abstinencia absoluta de alcohol en todas las embarazadas. ^{(41) (245) (246)}
- c) Se considera tolerante cuando una embarazadas consume 250 gramos o más de alcohol al día. ⁽²⁴⁷⁾
- d) Se recomienda la abstinencia en las mujeres que estén amamantando. ⁽³¹⁾
- e) En caso de presentar intoxicación aguda por alcohol, la paciente deberá ser internada a nivel hospitalario para evaluar su seguridad y la del feto, y además para realizar una evaluación integral, planificar su futura atención y acompañamiento. ⁽³¹⁾
- f) La abstinencia de alcohol deberá manejarse en un hospital de alto nivel resolutivo, preferentemente en una unidad de maternidad de alto riesgo. ⁽³¹⁾
- g) Se recomienda seguimiento prenatal continuo, tratamiento para el abuso de sustancias, asistencia social y protección infantil. ⁽³¹⁾
- h) Los programas farmacológicos para la deshabituación están desaconsejados debido a la insuficiencia de los datos sobre su seguridad. ⁽³¹⁾ El uso de disulfiram en el embarazo está contraindicado. ⁽²⁴⁷⁾
- i) La intervención en el tratamiento deberá ser dirigida también a sus redes de apoyo, muy especialmente a su familia porque ésta constituye un aspecto esencial de la gestión del uso de sustancias en embarazadas. ^{(31) (246)}
- j) Dentro de los controles prenatales se debe investigar malformaciones fetales y hacer seguimiento del crecimiento fetal y su perfil biofísico cuantas veces considere necesario el médico especialista, recomendándolo por lo menos cada 15 días. ⁽²⁴⁸⁾
- k) Se debe investigar e informar a la pareja de los efectos del alcohol sobre el embarazo, estos son: ⁽²⁴⁷⁾
 - Deficiencias nutricionales.
 - Pancreatitis.
 - Cetoacidosis alcohólica
 - Parto prematuro
 - Hepatitis alcohólica
 - Disminución de la producción de leche
 - Cirrosis

- l) Informar a la paciente sobre los efectos del alcohol sobre el feto y recién nacido. Estos son: ⁽²⁴⁷⁾
- Síndrome alcohólico fetal (retardo de crecimiento pre y post-natal, alteraciones en el SNC, retraso mental, anormalidades faciales)
 - Anormalidades cardíacas
 - Irritabilidad neonatal
 - Hipotonía
 - Hiperactividad
 - Anormalidades genitourinarias
 - Anormalidades musculoesqueléticas
 - Problemas oculares
 - Hemangiomas

Intoxicación aguda durante el embarazo

La paciente embarazada que curse con intoxicación aguda por etanol deberá ser manejada en el ámbito hospitalario con capacidad resolutoria, pues se deberá monitorizar sus signos vitales al igual que el bienestar fetal. Además, tras superar el cuadro de intoxicación aguda, deberá ser manejada de forma integral para garantizar un control prenatal de alta calidad, identificando tempranamente signos fetales de trastornos del espectro alcohólico fetal. ⁽²⁴⁵⁾

Tabla 61. Manejo de la intoxicación alcohólica aguda en la embarazada.

1. Tratar a la paciente en centro hospitalario con servicio de ginecología-obstetricia y neonatología.
2. Asegurar vía aérea. En casos necesarios se deberá utilizar tubo endotraqueal (ET) para mantener buena ventilación. <ul style="list-style-type: none"> - Colocar a la paciente en posición de seguridad[∞] (vía aérea) para evitar aspiraciones. - Proveer soporte respiratorio y ventilación mecánica en casos necesarios. - Valorar el manejo en UCI dependiendo la gravedad y las comorbilidades.
3. Canalizar vía (venosa), para manejar hidratación. <ul style="list-style-type: none"> - Valorar estado hemodinámico y pérdidas líquidas. Si fuera necesario, comenzar hidratación con cloruro de sodio 0.9% o lactato ringer.
4. Controlar glicemia y en caso de hipoglucemia se debe administrar bolos de solución glucosada al 5%.
5. Monitorizar signos vitales maternos (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura) y bienestar fetal (frecuencia cardíaca, movimientos fetales, pruebas no estresantes, ecosonogramas)
6. Si aparecen náusea y/o vómito: <ul style="list-style-type: none"> - Ondasentrón 10 mg intravenoso cada 8 horas. ^{(249) (250)}
7. En pacientes conocidas de uso crónico de etanol o signos sugerentes en el examen físico, se deberá administrar: <ul style="list-style-type: none"> - Tiamina 100 mg intravenosa o intramuscular. Inmediatamente (antes de administrar cualquier solución glucosada) - Luego: tiamina 50-100 mg/día hasta regulara el balance dietético.
8. No se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> - Provocar vómito. - Utilizar carbón activado - Utilizar antidotos como la naloxona o el flumazenil. - Forzar la diuresis
9. Valorar intoxicación mixta con otras drogas y manejar a la paciente en cuidados intensivos utilizando la menor cantidad de medicación posible, y con

monitorización constantemente del bienestar fetal.
∞Boca hacia abajo (para evitar que posibles fluidos obstaculicen la respiración): mentón inclinado hacia la parte alta de la cabeza (epiglotis se mantenga abierta) y brazos y piernas bloqueados de manera que la postura sea estable.

Fuente: Ethanol Toxicity Treatment and Management, Medscape 2013 ⁽³⁹⁾ / Intoxicación alcohólica aguda, 2002. ⁽⁴⁰⁾ / TIP:2 Pregnant, Substance-Using Women: Treatment Improvement Protocol (TIP), 1993. ⁽²⁴⁷⁾

Manejo del síndrome de abstinencia en el embarazo

El tiempo de aparición de los síntomas de abstinencia no difiere de la población en general, sin embargo éstos deberán ser atendidos obligatoriamente a nivel hospitalario que disponga de servicio de ginecología y neonatología debido al riesgo que representa para la embarazada y para el feto. ⁽²⁴⁸⁾

Tabla 62. Procedimientos a realizar en el síndrome de abstinencia por alcohol en la embarazada.

1. Enviar a la paciente a un nivel de atención con capacidad resolutive donde se cuente con servicio de ginecología y neonatología.
2. Evaluar el patrón de consumo, la frecuencia y la cantidad de alcohol y otras drogas ingeridas.
3. Obtener una historia clínica detallada del consumo de alcohol y otras drogas en las últimas 24 horas, junto con cuadros de síndrome de abstinencia pasados.
4. Iniciar tratamiento con : ⁽²⁴⁸⁾ a) Tiamina: 100 mg/día intramuscular, por tres días. b) Ácido fólico: 5 mg/día por vía oral. c) Complejo vitamínico (combinaciones de vitaminas)
5. Obtener muestras de sangre: a) Biometría hemática b) Función hepática c) Función renal d) Electrolitos (Na, K, Ca, Mg)
6. Realizar ECG en casos necesarios.
7. Manejar a la paciente en un ambiente tranquilo con la menor cantidad de estímulos.
8. Canalizar vía e hidratar con cloruro de sodio al 0.9% o lactato rínger, según estado de hidratación.
9. Monitorizar signos vitales y temperatura de la embarazada, así como monitorización continua del feto.
10. Estimular y favorecer que la paciente duerma y descansa.
11. Utilizar los esquemas farmacológicos, dependiendo de la gravedad del cuadro y del riesgo beneficio que implica utilizar esta medicación. Los tres medicamentos detallados a continuación son categoría D en el embarazo y no se aconsejan su uso durante la lactancia.
Esquemas sugeridos: a) <u>Fenobarbital</u> : 15-60 mg vía oral cada 4-6 horas, según sea necesario, los primeros 2 días y luego disminuir la dosis gradualmente a 15mg para el cuarto día. b) <u>Diazepam</u> : 10 mg vía oral cada 6 horas. Se puede administrar 10 mg cada 2 horas según sea necesario, con una dosis máxima de 150 mg/24 horas. Disminuir la dosis a razón del 25% de la dosis inicial en un tiempo aproximado de 5 días. c) <u>*Clordiazepoxido</u> : 25-50 mg vía oral/intramuscular/intravenoso cada 6 horas en los primeros 2 días.

Luego disminuir la dosis a 10 mg vía oral cada 6 horas por 8-10 días.
12. Monitorizar continuamente: <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria). - Estado mental - Nistagmus (encefalopatía de Wernicke) - Alucinaciones (psicosis) - Reflejos osteo-tendinosos - Bienestar fetal (frecuencia cardíaca, ecosonogramas, pruebas no estresantes)
13. Reducir dosis de la medicación en caso de presentar signos de sobredosis. (dificultad respiratoria, alteración del estado de conciencia, somnolencia, coma, etc)
14. Permitir el acompañamiento de un familiar o persona de confianza para tranquilizar a la paciente.
15. Luego de controlar y superar el síndrome de abstinencia se deberá manejar a la paciente bajo supervisión médica continua.

* *Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica según normativa vigente para autorizar su adquisición conforme normativa vigente, para cobertura pública.*
Fuente: TIP:2 Pregnant, Substance-Using Women: Treatment Improvement Protocol (TIP), 1993. ⁽²⁴⁷⁾

Síndrome alcohólico fetal

La exposición a alcohol durante el embarazo genera una variedad de efectos sobre el feto y recién nacido. Al momento del nacimiento pueden existir grandes implicaciones a nivel del sistema nervioso central, sin embargo pueden carecer, en ese momento, de rasgos físicos los cuales guíen hacia su diagnóstico. ⁽²⁵¹⁾

El diagnóstico clínico de este síndrome se basa en una triada de características semiológicas que constituyen el conjunto fundamental de las manifestaciones del síndrome. Estas manifestaciones son; retraso de crecimiento intra y extrauterino (\leq percentil 10), dismorfismo facial característico y anomalías morfofuncionales del neurodesarrollo. ^{(252) (253) (254)}

El síndrome alcohólico fetal no cuenta con tratamiento definitivo, por lo que la intervención más importante es la prevención. ⁽²⁴⁵⁾ Sin embargo se puede mejorar su desarrollo mediante intervenciones tempranas y focalizadas individualmente según el tipo y nivel de discapacidad que presenten. ^{(255) (256)}

Tabla 63. Recomendaciones con grado de evidencia de guías de práctica clínica sobre el uso nocivo y dependencia al alcohol relacionado con el embarazo. (Para una buena interpretación ver las escalas de valoración según la fuente en el Anexo 1).

Recomendación	Grado de evidencia
El consumo de una dosis media de 60 gramos de alcohol diario, en el primer trimestre de gestación puede producir anomalías faciales y deterioro del desarrollo, características del Síndrome alcohólico fetal. ⁽³¹⁾	E: 2
El consumo de una dosis media de 90 gramos de alcohol diario durante el primer trimestre de gestación puede producir anomalías faciales y deterioro del desarrollo fetal, catalogado como síndrome alcohólico fetal. ⁽³¹⁾	E: 1
El consumo de alcohol en hombres y mujeres en las semanas previas a la concepción o un consumo de 10 gramos o menor durante la gestación aumenta el riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal, mayor cuando más	E: 1

prolongado es el consumo. ⁽³¹⁾	
Mujeres que consuman un promedio de 17 gramos de alcohol diarios durante la gestación, tienen mayor probabilidad de presentar disminución del tiempo del embarazo. ⁽³¹⁾	E: 2
En mujeres que consuman un promedio de 20 gramos o más de alcohol diarios durante la gestación, es probable que se produzca un enlentecimiento del crecimiento fetal. ⁽³¹⁾	E: 2
El consumo de alcohol por la madre reduce la ingesta de leche por el niño. ⁽³¹⁾	E: 1
Los estudios individuales indican que las intervenciones psicológicas y educativas pueden aumentar la abstinencia del alcohol entre las mujeres embarazadas. ⁽³¹⁾	E: 2B
Se recomienda realizar intervenciones breves durante el embarazo así como su seguimiento. ⁽³¹⁾	E:2B R: B
Si una mujer presenta intoxicación durante el embarazo, se recomienda ingreso hospitalario para evaluar la seguridad fetal y la materna, y para una evaluación integral y la planificación de la atención. ⁽³¹⁾	E:5 R: D
La abstinencia del alcohol durante el embarazo debe manejarse en un hospital general, idealmente en una unidad de maternidad de alto riesgo. ⁽³¹⁾	E:5 R: D
Las mujeres que presentan durante el embarazo problemas con el alcohol (y/u otras drogas) deben ser ingresadas en una adecuada unidad hospitalaria para la estabilización, la evaluación y la planificación de la atención. ⁽³¹⁾	E: 5 R: D
Se recomienda realizar el seguimiento en atención prenatal de las mujeres que presente abuso de sustancias así como proveer asistencia social y protección infantil. ⁽³¹⁾	E: 5 R: D
No se recomienda farmacoterapia para mantener la abstinencia durante el embarazo debido a la insuficiencia de los datos sobre seguridad. ⁽³¹⁾	E: 5 R: D
El seguimiento de los recién nacidos con abstinencia de alcohol debe llevarse a cabo en unidades especializadas. ⁽³¹⁾	E: 5 R: D
Los hijos de mujeres que han consumido alcohol regularmente durante el embarazo deben ser cuidadosamente evaluados para diagnóstico de trastornos del espectro alcohólico fetal por parte de un pediatra consciente de la historia materna, junto con intervenciones interdisciplinarias para el manejo integral tanto de la embarazada como la del niño. ⁽³¹⁾	E: 5 R: D

2. Tabaco

El humo del cigarrillo contiene más de 2500 sustancias tóxicas, de éstas no se sabe con exactitud las que ocasionan más daño en el desarrollo fetal, sin embargo el monóxido de carbono y las altas dosis de nicotina provenientes de la inhalación del humo del tabaco interfieren con el suministro de oxígeno al feto. ^{(257) (258) (259)}

El consumo de tabaco provoca disminución del flujo sanguíneo uterino lo que ocasiona una reducción del aporte de oxígeno del útero a la placenta, además junto al aumento de los niveles de carboxihemoglobina presentes tanto en la embarazada como en el feto, conllevan a una hipoxia fetal crónica. ^{(260) (261)}

Se ha documentado que el efecto del humo del tabaco en embarazadas fumadoras o que estuvieron expuestas al humo de tabaco durante la gestación puede causar disminución del peso y la longitud del recién nacido. También se ha observado que fumar durante la gestación aumenta el riesgo de abortos y de mortalidad neonatal. ⁽²⁶²⁾

Además se ha documentado un menor volumen pulmonar y un aumento del intersticio en el parénquima pulmonar en fetos expuestos intra útero al humo del tabaco. Además en estos niños expuestos se ha documentado una mayor incidencia de síndrome de dificultad respiratoria, muerte súbita neonatal, hiperreactividad bronquial, aumento de infecciones respiratorias bajas y mayor insidencia de asma en la niñez y adolescencia. ^{(260) (262)}

Es por esto y por los propios efectos del tabaco sobre la salud de la persona que es de vital importancia realizar intervención temprana en mujeres fumadoras.

Terapia de reemplazo a nicotina (TRN)

Para que la embarazada deje de consumir cigarrillos la forma más adecuada es la terapia psicológica, mas si no se consigue los resultados esperados se debe usar la TRN. ⁽²⁶³⁾

La farmacoterapia debe considerarse cuando la embarazada fumadora no logra dejar de fumar de ninguna otra manera, y cuando los beneficios de dejar de fumar sobrepasan los riesgos de seguir fumando y los potenciales riesgos del propio tratamiento. La TRN más adecuada para conseguir dejar el hábito tabáquico es el parche de nicotina con preferencia el de 16 h sin ninguna terapia combinada, ⁽⁹⁶⁾ efectuándose antes de las semanas 16 y 18 de embarazo. ⁽⁹⁸⁾

Tabla 64. Recomendaciones con grado de evidencia de guías de práctica clínica sobre el uso nocivo y dependencia al tabaco relacionado con el embarazo. (Para una buena interpretación ver las escalas de valoración según la fuente en el Anexo 1).

Recomendaciones	Grados de evidencia
Los profesionales de la salud deben investigar a toda mujer embarazada sobre el consumo de tabaco antes, durante y después del embarazo, junto con la exposición al tabaco (fumador pasivo) en todas las consultas prenatales. ⁽²⁶⁴⁾	E: baja R: fuerte
Los profesionales de la salud deben ofrecer rutinariamente consejo e intervención psicosocial para la abstinencia de tabaco a todas las embarazadas tanto las que fuman como las que recién dejaron de hacerlo. ⁽²⁶⁴⁾	E: moderada R: fuerte
Se recomienda que las intervenciones para el cese del consumo de tabaco sea intensivo durante y después del embarazo. ⁽⁹³⁾	R: A
Si bien la abstinencia en fases tempranas del embarazo produce los mayores beneficios para el feto y para la futura madre, dejar de fumar en cualquier momento del embarazo puede producir beneficios. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben ofrecer intervenciones eficaces para tratar el tabaquismo en embarazadas fumadoras en la primera visita prenatal, así como a lo largo de todo el embarazo. ⁽⁹⁵⁾	R: B
Los profesionales de la salud deben proveer información tanto a las embarazadas como a sus convivientes sobre los riesgos que representa la exposición de humo de tabaco en la gestante. ⁽²⁶⁴⁾	E: baja R: alta
No se recomienda el uso de *bupropion o *vareniclina para el tratamiento de deshabituación de tabaco en las embarazadas. ⁽²⁶⁴⁾	E: no disponible R: fuerte

* Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, requiere justificación técnica conforme normativa vigente, para autorizar su adquisición para cobertura pública.

3. Cannabis

Actualmente no se cuenta con información delimitada acerca de todos los efectos producidos por el consumo de cannabis durante la gestación. Se debe tomar en cuenta que generalmente las usuarias de cannabis suelen serlo también de alcohol y otras drogas. Por lo tanto no se puede saber con exactitud los daños aislados de cada sustancia. ^{(12) (265) (266)}

Sin embargo, se ha descrito que existe un menor peso al nacer, un acortamiento del periodo de gestación, niños con conductas impulsivas y falta de atención durante su desarrollo. Otros estudios han asociado al uso de cannabis con la presencia de gastrosquisis en el feto. Por otra parte, se ha observado en algunos neonatos un incremento del temblor, exageración en las respuestas motoras, disminución de la respuesta visual y en algunas ocasiones, síndrome de abstinencia leve. ^{(258) (265) (266)}

En niños preescolares se ha documentado disminución de la capacidad verbal y la memoria. En los escolares hiperactividad, y en la adolescencia dificultad de resolver problemas o actividades que requieren integración visual o atención sostenida. ⁽²⁶⁵⁾

4. Cocaína

La cocaína además de producir vasoconstricción que afecta directamente a la vasculatura placentaria y uterina, traspasa la barrera placentaria causando toxicidad directa al feto. ⁽²⁶⁷⁾ El mecanismo principal por el cual la cocaína produce alteraciones en el embarazo y en el feto es la hipoxia. La vasoconstricción a nivel placentario y uterino produce: ⁽²⁶⁸⁾

- Aborto precoz
- Muerte intra-útero
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Retraso de crecimiento intra-útero
- Bajo peso al nacer

Mientras que el efecto directo que ocasiona la cocaína en el feto al traspasar la placenta ocasiona: ^{(267) (269)}

- Restricción del crecimiento intrauterino
- Microcefalia
- Disminución del perímetro craneal
- Hemorragias en el SNC del neonato (parálisis cerebral infantil, hemiplejía, alteraciones cognitivas y sensoriales)
- Alteraciones del tono muscular
- Anomalías en el tracto genito-urinario (hipospadias de segundo grado, síndrome de prune-belly, hidronefrosis, criptorquidia, pseudohermafroditismo femenino)
- Anomalías cardiovasculares (defecto del septo ventricular, defecto del septo auricular, cardiomegalia, hipoplasia cardíaca derecha o izquierda, coartación de la aorta, estenosis pulmonar, persistencia del ducto arterioso, ausencia de ventrículo, prolapso de la válvula aórtica, disección aórtica, bloqueo cardíaco, hipertensión)
- Defectos del tubo neural
- Afectación ocular (edema palpebral, hipoplasia del nervio óptico, retraso en la maduración visual, alteraciones refractarias)
- Muerte súbita
- Perforación intestinal espontánea
- Coagulopatías y sangrado

- Hemorragia pulmonar
- Acidosis metabólica tardía
- Teratogenia por vasoconstricción

El consumo crónico de cocaína en las mujeres embarazadas puede causar síndrome de abstinencia en el recién nacido, síndrome que puede pasar desapercibido y que es mucho más leve que el causado por opioides y suele aparecer a partir del segundo o tercer día del nacimiento.⁽²⁶⁷⁾ Éste se caracteriza por temblores, insomnio, espasmos musculares y dificultades para la alimentación.⁽²⁷⁰⁾

El manejo de la embarazada con intoxicación aguda se lo debe hacer según las complicaciones que se presenten, precautelando siempre la vida de la madre y del feto. No se conoce la eficacia de las intervenciones farmacológicas para reducir el consumo de cocaína durante el embarazo por lo que se deberá referir a la evidencia en la población general, normalmente no se recomienda el uso de fármacos con el objetivo de reducir el consumo. En caso de que la paciente necesite tratamiento, se recomienda el abordaje psicológico intensivo a nivel individual y grupal, enfocándola a su situación familiar y social.⁽²²⁷⁾⁽²⁷¹⁾ En casos de intoxicación aguda se puede utilizar benzodiazepinas a dosis mínimas efectivas y durante tiempo limitado.⁽²²⁷⁾

Hijos de madres adictas

El síndrome de abstinencia causado por la exposición prolongada intra-útero de cocaína no suele generar mayor sintomatología. Generalmente aparecen síntomas, leves, al segundo o tercer día tras el nacimiento, considerando los síntomas más atribuibles a los efectos de la cocaína en sí que de la abstinencia propiamente dicha.⁽²⁷²⁾

Los síntomas suelen ser leves y no precisan de medicación, sin embargo en caso de convulsiones se debe utilizar fenobarbital intravenoso a dosis de 10-20mg/kg. En caso de que éstas persistan se puede repetir la dosis de 10mg/kg a los 10-15 minutos. Tras controlar las convulsiones, se debe realizar exámenes complementarios para descartar patología intercurrente, alteraciones electrolíticas, hipoglucemia y sepsis, se debe incluir punción lumbar y exámenes de imagen del SNC. Con lo que se respecta a la lactancia materna no está desaconsejada, solo en caso que la paciente presente HIV concomitante.⁽²⁷¹⁾

Tabla 65. Recomendaciones con grado de evidencia de guías de práctica clínica sobre el uso nocivo y dependencia a sustancias estimulantes con el embarazo. (Para una buena interpretación ver las escalas de valoración según la fuente en el Anexo 1).

Recomendación	Grado de evidencia
El tratamiento farmacológico para la reducción del consumo en mujeres embarazadas, no está recomendado. ⁽²²³⁾	R; débil
En la intoxicación por cocaína en embarazadas, las benzodiazepinas pueden ser utilizadas por periodos cortos. ⁽²²³⁾	R; débil

Capítulo VII

Manejo psicoterapéutico integral

Criterios de inclusión y exclusión

Modalidad ambulatoria para el tratamiento a personas con usos y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Personas con diagnóstico (F10 a F19) subcategorías 1, (uso nocivo), con un grado de severidad manejable con los recursos disponibles o que han venido recibiendo tratamiento en una modalidad más intensiva y han mejorado al punto de poderse beneficiar de esta modalidad de atención y/o que pudieran requerir mayor intensidad de atención pero que en la actualidad no están listos (por factores psicosociales no podrían someterse a un tratamiento ambulatorio intensivo o residencial) para acometer un tratamiento de manera completa. Los criterios de inclusión en lo relacionado con tiempo, frecuencia, cantidad y tipo de sustancia se definen en función de una evaluación integral del usuario/paciente por parte del equipo interdisciplinario y se valora la intervención basada en reducción de riesgos y daños.

Modalidad ambulatoria intensiva para el tratamiento a personas con consumo nocivo de alcohol y otras drogas.

Personas con diagnóstico F10 a F19 (excluye F17) subcategorías .1 y .2, cuyos problemas tienen un grado de severidad que les permite ser manejados en un programa ambulatorio pero requieren de reforzamiento en cuanto a la intensidad de los cuidados, los cuales pueden ser brindados en un marco de frecuencia diario (hospital del día) y durante períodos de permanencia de varias horas. Estas personas cuentan con decidido apoyo familiar y/o comunitario. En esta modalidad pueden incorporarse componentes que habitualmente se brindan en una modalidad residencial y que proporcionan mayor estructura. Deseos persistentes e infructuosos de abandonar el consumo. Voluntariedad del usuario/paciente a recibir tratamiento. Los criterios de inclusión en lo relacionado con tiempo, frecuencia, cantidad y tipo de sustancia se definen en función de una evaluación integral del usuario/paciente por parte del equipo interdisciplinario.

Modalidad residencial para el tratamiento a personas con consumo nocivo de alcohol y otras drogas.

Destinado a personas con diagnóstico F10 a F19 (excluye F17) subcategorías .2, .3. Cuando después de haber aplicado tratamiento ambulatorio o tratamiento ambulatorio intensivo, es evidente que el usuario tiene serias dificultades para alcanzar los objetivos planteados en el Acuerdo Terapéutico (anexo 11). Carencia de apoyo familiar y/o social, o con grave deterioro de las relaciones familiares, sociales y/o laborales. Intentos persistentes e infructuosos de abandonar el consumo que pueden haber provocado síntomas fisiológicos significativos. Abandono de actividades familiares, recreativas (pérdida de interés), La conducta se centra en la obtención de la sustancia de consumo. Necesitan tiempo para generar herramientas de afrontamiento ya que tienen dificultades significativas con el consumo de alcohol u otras drogas. Poseen dificultad en sus relaciones interpersonales y en sus estilos de afrontamiento. Voluntariedad del usuario/paciente a recibir tratamiento.

Los criterios de inclusión en lo relacionado con tiempo, frecuencia, cantidad y tipo de sustancia se definen en función de una evaluación integral del usuario/paciente por parte del equipo interdisciplinario.

Tratamiento por Intoxicación Aguda

Personas con diagnóstico F10 a F19 (excluye F17) sub-categorías .0, .4, .5, (intoxicación aguda, síndrome abstinencia con delirio, trastorno psicótico) que presentan una descompensación de su condición biológica, psicológica, de una dimensión tan severa que requiere atención médica y de enfermería de inmediato. Pacientes con cuadros de intoxicación o de abstinencia de grave intensidad, los cuales presentan alto riesgo de complicaciones y deben ser atendidas por un equipo de profesionales de salud (médicos y de enfermería) con entrenamiento adecuado que brinda atención permanente (24 horas), con base en protocolos específicos de intervención que requieren de todos los recursos hospitalarios y de atención médica intensiva.

Criterios de exclusión para modalidad ambulatoria, ambulatoria intensiva y/o residencial ⁽²⁷³⁾

- Retraso Mental Moderado.
- Retraso Mental Grave.
- Trastornos Orgánicos que requieran intervención inmediata.
- Trastorno mental grave descompensado.
- Conductas auto o "hétero agresivas".

Metodología

Las modalidades ambulatoria, ambulatoria intensiva y/o residencial, son una tipología de tratamiento que se maneja de manera sistemática, con la orientación de profesionales formados, enfocada en personas con usos y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ambulatoria) y alcohol y otras drogas (ambulatoria intensiva y/o residencial), dentro de un plan de tratamiento con objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico (itinerante), psicosocial, evolución del cuadro clínico y del seguimiento del tratamiento farmacológico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, apoyo comunitario, entre otras intervenciones, las cuales son programadas con frecuencia diarias o varias veces a la semana. ⁽²⁷⁴⁾

El tratamiento está dividido en etapas bien determinadas. Se trata de modalidades de trabajo que ofrecen una estructuración que permite manejar la proyección psicológica en general, la posibilidad de saber a cada momento los progresos terapéuticos del programa. El paso de una fase de tratamiento a otra puede adquirir importancia y relevancia, si se le propone al usuario a través de un contexto fuertemente consensuado.

Para el ingreso al tratamiento es necesario que el usuario haya recibido una evaluación previa y se determine que requiere un tratamiento en modalidad ambulatoria, ambulatoria intensiva y /o residencial, sosteniendo que amerita un tratamiento específico para el consumo nocivo de alcohol, tabaco u otras drogas.

Existen situaciones especiales que pueden identificarse dentro de las evaluaciones como estados de intoxicación aguda y/o patología dual descompensada. Estos casos deberán ser referidos a los niveles especializados de intervención dentro del Sistema

Nacional de Salud. Si el usuario es compensado se considera el retorno al establecimiento de salud para el tratamiento específico.

Promoción de la salud y prevención de los usos y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Entre las actividades a desarrollar en temas de promoción de la salud, según establece el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), se contemplan lo siguiente: ⁽²⁰⁾

- Campañas informativas y educativas adaptándolas a la realidad local y dinamizando los recursos de la comunidad (fechas simbólicas para la comunidad, medios formales y alternativos de comunicación local, etc.)
- Jornadas de promoción de prácticas de vida saludables de acuerdo a las necesidades identificadas a nivel territorial, sea a nivel individual, familiar y colectivo: donde se promocióne la actividad física y de salud mental, nutrición, derechos, buen trato, entre otros.
- Colonias vacacionales de promoción del buen trato a la población en general involucrada con estos problemas, siempre que estén acordes con prácticas saludables. En la planificación intervienen los grupos a quienes va dirigida la actividad, además se gestiona el apoyo para materiales y logística con instituciones públicas, privadas; así como organizaciones formales e informales.
- Encuentros de culturas juveniles y urbanas. En los cuales se deben considerar las dinámicas internas de cada grupo siempre que estén acordes con prácticas saludables, organización o movimiento social.
- Colegios garantes de Derechos. Proyecto en el cual se integran todos los actores de la comunidad educativa y otras instituciones del sector público, como el Ministerio de Inclusión Económica y Social, y Ministerio de Salud Pública. Enfocado en la exigencia y restitución de derechos de los y las adolescentes.
- Clubes de apoyo de pares y autocuidado en personas que tengan problemas de uso, consumo y abuso de drogas, en los cuales se deben incluir consideraciones de tipo cultural, funcional, psicológicas para la conformación y acceso a estos clubes.
- Ferias de la salud y el buen vivir: en coordinación con los actores institucionales y comunitarios en las que se implementan actividades de prevención y fundamentalmente de promoción de la salud.
- Festivales de integración generacional. De igual manera intervienen instituciones y sectores presentes en la comunidad.
- Coordinación y participación en actividades de desarrollo comunitario y generación de ambientes saludables.
- Elaboración del diagnóstico situacional, mapeo de actores, planificación participativa, planes operativos y suscripción de compromisos de gestión.

- Comités locales de salud, comités de usuarios/as, grupos de autoayuda, entre otros participan también de manera activa en la promoción de salud y prevención de consumo nocivo de drogas.

Características asociadas con resultados positivos de prevención

La evidencia disponible indica que las siguientes características se asocian con resultados positivos de prevención:

- Promueve una serie de habilidades personales y sociales;
- Ofrecidas a través de una serie de sesiones estructuradas, a menudo proporcionando sesiones de refuerzos durante varios años;
- Las sesiones son fundamentalmente interactivas.
- Incluir estrategias para responder a un comportamiento inadecuado;
- Incluir estrategias para reconocer el comportamiento apropiado;
- Incluir comentarios sobre las expectativas;
- Utiliza métodos interactivos;
- Distribuida a través de una serie de sesiones estructuradas (normalmente 10-15) una vez a la semana, a menudo proporcionando sesiones de refuerzos durante varios años;
- Impartido por facilitadores capacitados (incluidos también los compañeros capacitados);
- Proporciona oportunidades para practicar y aprender una amplia gama de habilidades personales y sociales, para hacer frente a la toma de decisiones y estilos de afrontamiento en relación con el abuso de sustancias;
- Percepciones de impacto de los riesgos asociados con el abuso de sustancias, destacando las consecuencias inmediatas;
- Disipa conceptos erróneos acerca de la naturaleza normativa y las expectativas relacionadas con el abuso de sustancias.

Enfoques psicoterapéuticos

Diversos enfoques psicoterapéuticos basados en evidencia científica aportan para el trabajo en personas con consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, en el marco de un abordaje integral.⁽²⁷⁵⁾

Como por ejemplo; enfoque psicodinámico, sistémico- familiar, humanista, entre otros.

Terapia cognitivo conductual

Entrenamiento en habilidades sociales y de estilos de afrontamiento

El entrenamiento en habilidades sociales permite afrontar situaciones de alto riesgo y logra un mayor autocontrol de las mismas. No establecer estrategias cognitivas y conductuales en la persona que no tiene las habilidades suficientes para afrontar situaciones sociales o interpersonales, puede resultar un desencadenante al consumo. Los componentes principales están encaminados en el entrenamiento de habilidades sociales.

El rechazar el consumo, desarrollar habilidades de escucha y conversación, entrenarse en solución de problemas, expresión de emociones y asertividad son los objetivos del entrenamiento.

Exposición a señales

Parte de los principios del condicionamiento clásico que señala los estímulos neutrales (desencadenantes internos y externos) que preceden al consumo y que después de asociarse con el mismo llegan a provocar respuestas condicionadas. Estos estímulos pueden llegar a provocar *craving*. Identificar estas señales y reducir la aparición de estas señales es uno de los objetivos de la terapia.

Prevención de recaídas

El sujeto vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo sus estrategias de afrontamiento no fueron las adecuadas o suficientes para mantenerse en abstinencia. La intervención se basa en identificar las situaciones de riesgo, pensamientos, conductas y/o emociones que pueden llevarlo al consumo y afrontarlas para evitar la recaída.

Se debe identificar estas situaciones de alto riesgo de consumo y establecer estrategias para el afrontamiento del craving. Detectar y afrontar los pensamientos, emociones y conductas asociadas al consumo y entrenamiento en resolución de problemas.

La intervención psicoterapéutica de usuarios con usos y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas será abordado desde diferentes referentes epistemológicos y conceptuales reconocidos para la atención de esta problemática.

Intervención en modalidad ambulatoria, ambulatoria intensiva

Proceso de intervención: este proceso lo realizará el psicólogo clínico de manera coordinada y permanente con el equipo interdisciplinario (médicos, enfermeras).

Tiempo de duración: El tratamiento psicoterapéutico tiene una duración de 6 meses aproximadamente, dependiendo de la evolución de cada usuario y la valoración del equipo interdisciplinario, cabe acotar que se deberá considerar la reevaluación sistemática del paciente.

Sesiones de psicoterapia individual: una o dos veces a la semana durante 6 meses aproximadamente. El curso de una fase a otra estará determinado por el cumplimiento de los objetivos trazados en las mismas.

Sesiones de psicoterapia familiar: se desarrollan al menos 2 sesiones por usuario/paciente durante el proceso en modalidad ambulatoria / ambulatoria intensiva (sesiones mensuales). Continuar en caso de ser necesario según valoración del psicólogo/a.

Sesiones de psicoterapia multifamiliar: se desarrollan al menos 2 sesiones por usuario/paciente durante el proceso en modalidad ambulatoria / ambulatoria intensiva (sesiones mensuales). Continuar en caso de ser necesario según valoración del psicólogo/a.

Sesiones de psicoterapia grupales: se desarrollan al menos 2 sesiones en modalidad de tratamiento ambulatorio / ambulatorio intensivo.

Sesiones de terapia ocupacional: se desarrollan al menos 24 sesiones mensuales en modalidad ambulatoria intensiva.

Sesiones de trabajo social comunitario: se desarrollarán en casos que procedan dadas las características del establecimiento de salud de acuerdo a las actividades extramurales programadas.

Actividades de integración social: Se planificarán para modalidad ambulatoria intensiva con una frecuencia mensual o de acuerdo a la planificación desarrollada por el equipo interdisciplinario.

Los profesionales a intervenir y las actividades específicas para las modalidades de tratamiento ambulatorio y ambulatorio intensivo, se contemplan en los lineamientos operativos anexos en el presente protocolo de atención. (Anexo 8 y 9)

Intervención de psicología

Fase "1"
"Individual"
Duración: 40 minutos
Objetivos:
Brindar atención integral, evaluación y diagnóstico presuntivo al usuario/a de los servicios de salud.
Actividades intramurales del psicólogo
1. Reciba al usuario en la consulta.
2. Complete el ASSIST, véase anexo 10 y AUDIT véase anexo 2 para determinar el grado de severidad del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
3. Proceda con la anamnesis.
4. Informe en qué consiste el tratamiento y sus fases.
5. Implemente los procedimientos y herramientas terapéuticas de acuerdo al caso para mitigar síntomas provocados por el consumo o la abstinencia si procede.
6. Realice interconsulta a medicina general o familiar para valoración de la necesidad de prescripción de psicofármacos, evaluación clínica y exámenes de laboratorio según criterio médico y que podrían estar asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Fase "1"
"Multifamiliar"
El abordaje familiar es una tarea muy enlazada a la intervención con los usuarios/a en tratamiento.
Duración: 1h30
Objetivo:
Interactuar con las familias de los pacientes de tratamiento, orientar en cuanto a implicaciones en el proceso e identificación de factores protectores y de riesgo.
Actividades extramurales del psicólogo
1. Informe y sensibilice a las familias sobre las distintas etapas del tratamiento para manejar el consumo, crisis, abstinencia y posibles recaídas.
2. Detecte situaciones de conflictos en las mismas.
3. Fortalezca la intervención (dentro del sistema familiar) y rutas de abordaje general.
4. Identifique los agentes mantenedores en su entorno (cognitivos, afectivos, comportamentales) que propicien el consumo.
5. Trabaje en cuanto a funciones, roles y nivel de responsabilidad dentro de la

familia por cada miembro.
6. Propicie e identifique situaciones familiares y el feedback que resulten relevantes dentro de la estructura familiar y su entorno (sistema de crianza, ausencia de miembros de la familia, identificación de roles y alianzas.)

Fase "1" continuación
"Individual"
Duración: 40 minutos
Objetivos: Establecer y firmar el acuerdo terapéutico, mismo que tendrá que ser enfocado en la abstinencia o reducción de riesgos y daños, tratamiento ambulatorio o ambulatorio intensivo de acuerdo a la demanda trabajada con el paciente.
Actividades intramurales del psicólogo
1. Establezca procedimientos e implemente estrategias que favorezcan el proceso de abstinencia o reducción de riesgos.
2. Se solicita el seguimiento en la administración de psicofármacos por el médico, en caso de ser necesario. Además al encontrar alteraciones cognitivas referir al psicólogo clínico y/o neuropsicólogo.
3. Fortalezca los recursos (herramientas) para manejar y superar el síndrome de abstinencia si es que ha decidido optar por la misma.
4. En caso de reducción de riesgos y/o daños establecidos según acuerdo terapéutico, se diseñarán los mecanismos personalizados para su ejecución.
5. Diseñar los mecanismos personalizados y/o estrategias terapéuticas para la ejecución del tratamiento.
6. Incentive el restablecimiento de actividades posiblemente afectadas por el consumo y potencie nuevas acciones (sociales, laborales, familiares, educativas, lúdico-artístico).
7. Elabore estrategias para evitar cualquier contacto que guarde relación con el consumo.
8. Utilice el material proporcionado por la familia en el proceso de recolección de información.
9. Canalice el tratamiento hacia la prevención de recaídas (aplicación de herramientas y estrategias de afrontamiento), manejando el síndrome de abstinencia o la reducción de riesgos si procede.
10. Implemente habilidades sociales como: asertividad, autoimagen, comunicación, resiliencia entre otras.
11. Motive a la reinserción e inserción de actividades sociales y/o laborales, si estaban afectadas hasta el momento y potencie las nuevas acciones que surgirán como parte del proceso terapéutico. (identificar en la comunidad y con las instituciones).
12. Oriente e implemente las acciones en función de las estrategias previamente elaboradas, referentes al contacto con personas, lugares o situaciones identificadas como factores de riesgo (zonas de consumo, personas asociadas al mismo).
13. Estructure el diario terapéutico elaborado por el paciente (eventos, dificultades, alternativas generadas y logros).
14. Motive la adherencia al tratamiento y a los procedimientos empleados. Incentive el cumplimiento del contrato terapéutico.
15. Realice seguimiento de la respuesta a los psicofármacos administrados en caso que proceda.

Fase "1" continuación
"Individual"

Duración: 40 minutos
Objetivo: Analizar la información que consta en el diario terapéutico y otras que aporten al proceso.
Actividades intramurales del psicólogo
1. Evalúe los procedimientos empleados (adecuación de los mismos en caso de ser necesario.)
2. Promueva la abstinencia inicial o disminución de consumo según lo establecido en el contrato terapéutico.
3. Plantee y fortalezca el proceso de cambio.
4. Inicie la deshabitación psicológica y fisiológica.
5. Promueva estilos de vida saludables.
6. Continúe el proceso de desarrollo de habilidades sociales.
7. Analice la información suministrada en la terapia familiar como complemento al proceso terapéutico
8. Analice la efectividad de los procedimientos.
9. Oriente respecto a conductas a seguir ante situaciones determinadas y proclives al consumo. (Estrategias de contingencias basadas en herramientas y procedimientos implementados).
10. Seguimiento del tratamiento de psicofármacos. (De ser el caso).

Fase "2"
"Individual"
Duración: 40 minutos.
Objetivos: Continuar o modificar los procedimientos implementados en la primera fase. Analizar las resistencias durante el proceso terapéutico.
Actividades intramurales del psicólogo
1. Promueva la abstinencia o reducción de riesgos y evalúe los psicofármacos en caso de estar recibéndolos.
2. Continúe la deshabitación psicológica y fisiológica
3. Promueva la práctica de estilos de vida saludables.
4. Continúe con herramientas para la prevención de recaídas.
5. Fortalezca el proceso de insight por medio del análisis de las situaciones, que han generado en momentos determinados sintomatologías específicas y que se asocian a comportamientos asociados al consumo.
6. Identifique las diferentes áreas afectadas por el consumo (afectiva, cognitiva, comportamental, entorno laboral, familiar).
7. Evalúe en equipo multidisciplinario los objetivos alcanzados en el proceso.

Fase "1" continuación
"Individual"
Duración: 40 minutos
Objetivo: Analizar la información que consta en el diario terapéutico y otras que aporten al proceso.
Actividades intramurales del psicólogo
1. Evalúe los procedimientos empleados (adecuación de los mismos en caso de ser necesario.)
2. Promueva la abstinencia inicial o disminución de consumo según lo establecido en el contrato terapéutico.
3. Plantee y fortalezca el proceso de cambio.
4. Inicie la deshabitación psicológica y fisiológica.
5. Promueva estilos de vida saludables.

6. Continúe el proceso de desarrollo de habilidades sociales.
7. Analice la información suministrada en la terapia familiar como complemento al proceso terapéutico
8. Analice la efectividad de los procedimientos.
9. Oriente respecto a conductas a seguir ante situaciones determinadas y proclives al consumo. (Estrategias de contingencias basadas en herramientas y procedimientos implementados).
10. Seguimiento del tratamiento de psicofármacos. (De ser el caso).

Fase "2"
"Individual"
Duración: 40 minutos.
Objetivos: Continuar o modificar los procedimientos implementados en la primera fase. Analizar las resistencias durante el proceso terapéutico.
Actividades intramurales del psicólogo
1. Promueva la abstinencia o reducción de riesgos y evalúe los psicofármacos en caso de estar recibiendo los mismos.
2. Continúe la deshabitación psicológica y fisiológica
3. Promueva la práctica de estilos de vida saludables.
4. Continúe con herramientas para la prevención de recaídas.
5. Fortalezca el proceso de insight por medio del análisis de las situaciones, que han generado en momentos determinados sintomatologías específicas y que se asocian a comportamientos asociados al consumo.
6. Identifique las diferentes áreas afectadas por el consumo (afectiva, cognitiva, comportamental, entorno laboral, familiar).
7. Evalúe en equipo multidisciplinario los objetivos alcanzados en el proceso.

Fase "2"
"Multifamiliar"
Duración: 1h.30
Objetivos: Analizar la implementación de estrategias abordadas en la primera sesión, con las familias de los pacientes en tratamiento y a la identificación de factores protectores sociales.
Actividades extramurales del psicólogo
1. Debata con las familias el manejo del consumo, crisis, abstinencia y posibles recaídas.
2. Identifique nuevas zonas álgidas (afectadas) de conflictos en las mismas.
3. Continúe el fortalecimiento de herramientas (dentro del sistema familiar) y rutas de abordaje general.
4. Continúe con la identificación de agentes mantenedores en su entorno (cognitivos, afectivos, comportamentales) que propicien el consumo.
5. Fortalezca funciones, roles y nivel de responsabilidad dentro de la familia por cada miembro.
6. Continúe con la identificación de situaciones familiares y el feedback que resulten relevantes dentro de la estructura familiar y su entorno (sistema de crianza, ausencia de miembros de la familia, identificación de roles, alianzas, y niveles de comunicación familiar).

Fase "3"
"Individual"
Duración: 40 minutos.
Objetivos: Realizar el seguimiento de los procedimientos que promueven la abstinencia o reducción de riesgos y/o daños.
Actividades intramurales del psicólogo
1. Continúe la deshabitación psicológica, fisiológica y la modificación de prácticas y estilos de vida saludables.
2. Continúe con la prevención de recaídas, encaminadas a fortalecer el proceso terapéutico y análisis de las situaciones que han generado en momentos determinados sintomatología específica y que se asocia a comportamientos relacionados con el consumo.
3. Continúe el desarrollo de habilidades sociales.
4. Seguimiento a los psicofármacos administrados si procede.
5. Implemente nuevos procedimientos en caso de ser necesario.

Fase "4"
"Individual"
Duración. 40 minutos
Objetivos: Determinar si se cumplió el programa terapéutico individual y se alcanzaron los objetivos planteados.
Actividades intramurales del psicólogo
1. Evalúe el programa terapéutico y cumplimiento de los objetivos trazados.
2. Evalúe a través del AUDIT y ASSIST
3. Remita a una nueva evaluación médica para valoración y exámenes de laboratorio según criterio médico.
4. Si se cumple con las metas trazadas en el programa terapéutico. Se recomienda por 6 meses intervención mensual. Caso contrario se valora retomar la frecuencia semanal de tratamiento o una intervención en modalidad de mayor contención según requiera.

Seguimiento y evaluación

Etapa en la cual el usuario ha dejado el servicio con un resultado satisfactorio y debe asistir al mismo con una periodicidad más baja (criterio del equipo interdisciplinario) para su mantenimiento y posteriores evaluaciones integrales de salud. Se realizan visitas del equipo técnico a su hogar para tener un mejor registro de los avances alcanzados con el programa terapéutico.

Se puede referir a otros tipos de terapias si el usuario lo manifiesta (grupos de autoayuda).

CAPÍTULO IX

Tratamiento residencial (tercer nivel de atención)

En el Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas se realizan varias intervenciones orientadas a trabajar con los usuarios/pacientes tanto a nivel individual, grupal y familiar.

Terapia psicológica individual	
Definición	Espacio psicoterapéutico donde previamente se realiza la evaluación y/o exploración de signos y síntomas específicos, rasgos de la personalidad, con el fin de generar alternativas ante los conflictos de acuerdo a un objetivo previamente planteado con el sujeto. ⁽²⁷⁶⁾
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Evaluación y diagnóstico psicológico de los usuarios/pacientes.- Identificación de la existencia de problemáticas relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas en cada usuario.- Elaboración de un plan terapéutico integral, acorde a las necesidades y objetivos de cada usuario.- Desarrollo de habilidades, aptitudes y destrezas en cada usuario que permita la posterior reinserción social, educativa y laboral.- Evaluación y seguimiento del usuario una vez concluido el proceso psicoterapéutico residencial.

Terapia psicológica grupal	
Definición	La Psicoterapia Grupal se establece en función de una deficiencia reconocida y admitida. El terapeuta selecciona a los participantes según la evaluación, diagnóstico y objetivos terapéuticos más o menos bien definidos. Los participantes no tienen un objetivo en común, sin embargo la motivación puede ser la misma, mejorar. [...] Se favorece la catarsis y se considera que las diferencias y conflictos sobre las ideas enmascaran sentimientos. ⁽²⁷⁷⁾
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Fortalece el trabajo realizado en terapia individual.- Establece procesos claros de trabajo a través de herramientas de convivencia y protección frente a factores de riesgo que circulan en las historias comunes de los usuarios.- Crea un espacio de discusión y búsqueda de soluciones, sobre temas comunes que afectan a los usuarios de la comunidad.- Establece u organiza procesos de empoderamiento que favorecen la cohesión, sentido de pertenencia, identificación y empatía hacia el programa terapéutico.

Terapia psicológica familiar	
Definición	La Terapia Familiar es una modalidad de intervención que aborda la familia en su conjunto. ⁽²⁷⁸⁾
Actividades	<ul style="list-style-type: none">- Identifica las áreas de interrelación familiar y el nivel de afección que el consumo de drogas ha producido en la familia.- Identifica los factores de riesgo dentro de la dinámica familiar, que pueden afectar el proceso de intervención del usuario en tratamiento.- Identifica las fortalezas dentro de la dinámica familiar que aporten en el

<p>proceso de intervención del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Involucra a la familia en el proceso terapéutico del usuario.

Terapia ocupacional
<p>Definición</p> <p>La Terapia Ocupacional utiliza la ocupación del individuo, como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos, siendo el básico y fundamental conseguir la independencia de la persona. ⁽²⁷⁹⁾</p>
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza y aplica el plan terapéutico ocupacional de intervención en base a necesidades individuales del usuario. - Desarrolla habilidades para el uso adecuado del tiempo libre utilizando como herramientas técnicas, actividades lúdico-recreativas y educativas. - Desarrolla actividades artísticas, manualidades y de emprendimiento, en base al conocimiento, intereses y capacidades personales para el desarrollo de funciones ejecutivas. - Favorece el desarrollo de habilidades sociales y habilidades emocionales (autoconocimiento, autocontrol, automotivación, empatía) que permitan a la persona asumir un rol activo en la relación con los demás. - Promueve la recuperación de hábitos de higiene y sociabilidad, organiza las actividades de la vida diaria. - Promueve el desarrollo de la psicomotricidad y la organización de los hábitos laborales, como preparación para el proceso de capacitación laboral

Actividades de integración
<p>Definición</p> <p>Vinculan al usuario con problemas de consumo nocivo de alcohol y otras drogas a un entorno diferente al rutinario, con el propósito de conseguir y mantener relaciones sociales saludables.</p>
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establece y mantiene vínculos sociales fuera del ámbito de consumo, lo cual aumenta la adherencia al tratamiento. - Mejora habilidades sociales a fin de adquirir y mantener una actitud social autónoma y responsable. - Mejora la calidad de vida en sus vertientes física, psicológica y social mediante el desarrollo de prácticas saludables.

Talleres artísticos
<p>Definición</p> <p>Es un espacio de desarrollo en obras plásticas, sonoras, teatrales, literarias, dancadas, etc. Tomando las muestras de expresión artística, a más de buscar la resolución de conflictos, permite al paciente/usuario recrearse a sí mismo. ⁽²⁸⁵⁾</p>
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza materiales que facilitan la expresión de elementos simbólicos que no se alcanza a interpretar a través de los medios convencionales psicoterapéuticos. - Articula la enseñanza de técnicas para la expresión artística y manifestación libre de las emociones.

Tratamiento psicofarmacológico
<p>Definición</p> <p>Según la guía de intervención mhGap, corresponde al tratamiento farmacológico (de ser necesario) prescrito por el médico, a partir de una evaluación y según el diagnóstico, bien sea para el manejo del síndrome de abstinencia, deshabitación</p>

de la sustancia y de sintomatología en general.

Actividades

- Realiza la evaluación y prescripción de fármacos, según la sintomatología y el diagnóstico.
- Brinda información al usuario de manera oportuna y adecuada, sobre cuadros psicósomáticos y/u orgánicos.
- Realiza el seguimiento de los casos, para hacer el alta medicamentosa de forma oportuna.
- Identifica y aplica el tratamiento adecuado en caso de patología dual.

Modelo de tratamiento integral residencial

Es una propuesta que se nutre del modelo de comunidad terapéutica, añadiéndole un enfoque integrativo que aborda de manera integral al consumo nocivo de alcohol y otras drogas, tomando en cuenta la presencia de factores bio-psico-socio-culturales en su etiología.

Principales características del Modelo de tratamiento integral residencial de los Centros de recuperación: ⁽²⁸⁰⁾

- a) Es un Centro residencial en el que los usuarios conviven con los miembros del equipo técnico (psicólogo, médico, trabajador social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, operador terapéutico y auxiliar de enfermería).
- b) La permanencia en el Centro tiene una duración determinada, definida de antemano con criterios temporales, o bien con el logro de ciertos objetivos, pero siempre con un límite temporal máximo.
- c) Cada Centro se orienta hacia un colectivo social con un perfil concreto y preestablecido. Sólo las personas que ofrecen dicho perfil son aptas para residir en el centro.
- d) El ingreso es voluntario, sin que puedan utilizarse medidas ni estrategias de retención que atenten contra los derechos individuales. Sin embargo, en el caso de adolescentes, debe tomarse en cuenta la normativa legal establecida en el Código de la Niñez y Adolescencia, según la cual el acogimiento institucional de adolescentes deberá estar respaldado por una orden judicial.
- e) El Centro exige la presencia y la intervención de un equipo técnico interdisciplinario, con un fuerte predominio de componentes bio-psico-sociales y educativos.
- f) La vida en el Centro es un intento de reproducir una vida cotidiana real. Para lograr tales efectos se debe tener un número limitado de plazas, de tal manera que se produzca un conocimiento personal compartido de todos los residentes y miembros del equipo.
- g) El diario vivir tras la internación en el Centro de recuperación permite, mediante las relaciones interpersonales, el aprendizaje social, que a su vez implica, autocontrol entre los miembros de esta nueva comunidad.
- h) El equipo técnico debe desarrollar una serie de procedimientos, que faciliten el intercambio de información y la toma de decisiones terapéuticas sobre los residentes, para que toda esta complejidad no le desborde o convierta a la comunidad del Centro en un espacio caótico y poco terapéutico.
- i) La internación se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan problemas sanitarios, sociales, psicológicos. El ingreso en la misma tiene como objetivo primario ayudar a resolver estos problemas. Pero el objetivo esencial de la metodología es ayudar a los residentes a construir de forma racional un proyecto de vida alternativo fuera de la comunidad, desde el cual tales problemas puedan minimizarse, evitarse o gestionarse.

- j) En el Centro los residentes no son sujetos pasivos que “reciben una ayuda profesional” sino que adoptan progresivas y crecientes responsabilidades asumiendo roles que contribuyen a dinamizar la vida comunitaria ayudando a los miembros más recientes a integrarse.
- k) Es un centro que aporta las ventajas aludidas en los puntos anteriores, pero no es (ni debe tratar de ser), una institución total que afronta y resuelve todos problemas de los residentes.
- l) La metodología del Centro exige la práctica de la evaluación continua, en al menos tres niveles: 1) la evaluación de los casos individuales por parte del equipo técnico, 2) la evaluación de los procesos, procedimientos y resultados grupales por parte de este equipo técnico y si es posible con supervisores externos, 3) la evaluación de los resultados (si es posible con estudios de seguimiento) para producir conocimiento e incorporar al Centro y su equipo en el ámbito de la producción científica.

Puntos fuertes del Modelo de tratamiento integral residencial

La intervención a través del contexto comunitario opera dentro de la dimensión integral, conductual, intrapsíquica y relacional, otorgando la posibilidad de realizar un trabajo terapéutico sobre la matriz psíquica del individuo. ⁽²⁸¹⁾

- a) La comunidad acoge al individuo a pesar de sus culpas y sus defectos, al contrario de lo que propone la sociedad, al mismo tiempo que ofrece una alternativa de organización, función habitualmente carente, dando al individuo la oportunidad de refugiarse y descansar de una práctica de vida frenética y agotadora.
- b) Provieniendo de una situación caracterizada por la máxima inconstancia en las relaciones humanas, los pacientes encuentran en la comunidad, un lugar en donde el objetivo es mantener la máxima constancia y coherencia de las relaciones interpersonales.
- c) La comunidad aparece como una alternativa para la re-agregación de una individualidad, de una historia y de un estado de conciencia fragmentado, una ocasión para no escapar más a la propia individuación y a los propios dolores.
- d) La presencia de los operadores terapéuticos y de los usuarios/participantes en las diferentes fases de recuperación, se proyecta como una oportunidad a nuevas posibilidades de ser.
- e) El operador en este caso cumple la función de catalizador relacional para las experiencias emocionales correctivas que pueden escapar a un lugar de interconexión de fragmentos de vida, que no han sido abiertos.

La relación terapéutica al interno de la comunidad se vuelve un instrumento para la instauración de experiencias cognitivas y emocionales correctivas, respecto a aquellas vividas anteriormente, siendo la ocasión para experimentar nuevas vivencias o experiencias.

Herramientas de los centros especializados de tratamiento para personas con consumo nocivo de alcohol y otras drogas

- a) Entrega de casa: participan solamente los miembros del equipo técnico. Se realiza la entrega del turno por parte del personal que veló hacia el personal que ingresa. Además durante este espacio se gestionan salidas o actividades no planificadas dentro del régimen diario y que deben ser consensuadas por el equipo técnico.

- b) Asamblea: la asamblea es el vehículo principal para la negociación de los asuntos de la comunidad terapéutica. Se celebran de lunes a viernes convocando a todos los residentes y a todo el personal. La función fundamental de este espacio es la administración de la comunidad, teniendo también un propósito clínico, pues es un foro para las comunicaciones positivas y negativas acerca de las actividades de los residentes.

En este espacio se dan a conocer las novedades que se han suscitado en la comunidad en el transcurso de la noche tanto colectiva como individualmente (que se colegiaron en la entrega de casa), y cuando es el caso se colocan las medidas correctivas pertinentes, lo que genera una presión social que facilita la modificación de las conductas no apropiadas.

- c) Reunión de la mañana: es un espacio de la comunidad terapéutica, en el que el encuentro grupal se utiliza para alentar y motivar a los integrantes de la comunidad, solucionar problemas individuales y colectivos, generando conciencia y crítica de reconocimiento en el propio participante sobre sus patrones de conducta específicos que deben ser modificados, fomentando la comunicación asertiva. Además que enriquece la forma de ver de la comunidad entre los participantes. Esta actividad siempre estará acompañada por el profesional de turno, a fin de aportar al proceso de tratamiento.

Los elementos de la reunión de la mañana son:

- Frase del día.- Ideas, refranes de sabiduría popular, previamente seleccionadas por uno de los participantes, que es quien la ubica en la pizarra o en un espacio adecuado, antes de analizarla.
- Estados de ánimo (Participación comunitaria).- Busca medir el clima emocional de la comunidad, consiste en que el terapeuta elije un participante quien irá a orientar todo encuentro, y pregunta a cada uno de sus compañeros como se siente, el mismo que al responder y dependiendo su respuesta accede a una motivación o alternativa.
- Evaluación del día dentro de la comunidad y logros (Participación comunitaria).- El participante que ha sido seleccionado para orientar el encuentro, continúa preguntando a cada uno de sus compañeros, para que evalúe su día, es decir describa brevemente que ha hecho y cuáles han sido sus logros o frutos obtenidos en el día.
- Auto-observaciones (Participación voluntaria).- De forma voluntaria se pone de pie el participante que quiera reconocer sus errores consistentes en pensamientos irracionales, emociones perturbadoras, conductas desadaptativas. Luego se expresan hacia sí mismos una alternativa para mejorar, a la vez la comunidad expresa alternativas para el participante.
- Observaciones hacia los demás (Participación voluntaria).- Consiste en que de manera voluntaria, si un participante desea llamar la atención e indicar su desacuerdo frente a alguien del grupo, se pone de pie y nombra al participante, expresándole de forma asertiva, es decir orientada hacia un comportamiento específico y con respeto en su diálogo, además de brindarle una alternativa para mejorar.
- Afirmaciones o refuerzos comunitarios (Participación voluntaria).- Se trata de la expresión voluntaria inter-participantes de todas las características positivas de los mismos, orientadas al reconocimiento de las fortalezas existentes.
- Análisis de la frase del día.- El participante que socializó la frase, comenta su significado y como puede aplicarla en el día, de igual forma los participantes que desean pueden intervenir voluntariamente.
- Dinámica grupal.- Consistente en un espacio lúdico que permita la integración comunitaria.

- Filosofía de cierre.- Expresión comunitaria de frases que han sido elaboradas por los participantes en sintonía con el equipo técnico de profesionales, invocan valores, motivaciones, reflexiones y buscan elevar el ánimo del grupo, procurando un sentido de pertenencia con su proceso y con el programa. Cada grupo construirá su propia filosofía de cierre.
- d) Reunión de la noche: es un espacio de la comunidad, semejante a la reunión de la mañana. El proceso grupal se utiliza para alentar y motivar a los integrantes de la comunidad, reconociendo sus logros diarios y afirmándolos positivamente. Además de enriquecer la forma de ver de la comunidad entre los participantes.
- Estados de ánimo (Participación comunitaria).
 - Evaluación del día dentro de la comunidad y expresión de logros (Participación comunitaria).
 - Afirmaciones o refuerzos comunitarios (Participación voluntaria)
 - Ayuda Comunitaria (frente a conductas negativas o que rompan las normas de convivencia de la comunidad)
 - Dinámica grupal.
 - Filosofía de cierre
- e) Seminarios: es una estrategia que permite el análisis de problemas o situaciones adversas que se pueden suscitar en la comunidad. Por lo general brinda respuestas ante acontecimientos, comportamientos generadores de dificultades, además se puede utilizar como reforzador de los aspectos positivos de los participantes.
- Procedimiento:
- Designación del tema.- El tema lo asigna el terapeuta de seguimiento o el equipo de terapeutas y dependiendo de la ocasión puede ser el mismo usuario quien se lo asigna a sí mismo.
 - Investigación del tema.- Se asigna un tiempo prudencial a los usuarios para que indaguen sobre el tema, a través de libros o en el internet con la supervisión de la auxiliar de enfermería.
 - Elaboración de cartelera.- En un pliego de papel, el usuario esbozará el título del tema del seminario y los puntos principales que serán expuestos y discutidos.
 - Exposición.- Aproximadamente 10 minutos para la presentación y 5 minutos para las preguntas por parte del resto de participantes.
 - Discusión y Aprendizajes.- Es un tiempo no mayor a 15 minutos. Se hace un cierre y conclusión de lo discutido. Este espacio es moderado por el psicólogo, cuando los contenidos de los seminarios los brinda el profesional hacia los participantes lo denominamos “psico-educación” y su función primordial es brindar información sobre temas de interés tanto psicológicos, ocupacionales o médicos.
- f) Diario terapéutico (Esquema de Introspección): consiste en el registro diario (en un cuaderno) de la experiencia cotidiana dentro de la Comunidad y de sus sentimientos y reflexiones sobre el proceso terapéutico. Su propósito principal es el de fortalecer en el usuario el proceso de auto-análisis sobre sus vivencias diarias.
- Contenido:
- Fecha, día y hora
 - Logros obtenidos
 - Dificultades vividas
 - Sentimientos
 - Registro de pensamientos

- Posibles soluciones

- g) Grupo de lectura: se realiza una lectura comprensiva y participativa que invita a la reflexión para extraer un aprendizaje dentro de su proceso de tratamiento; utilizando textos de autoayuda y/o literatura universal.
- h) Actividades recreativas: es una instancia que brinda a los usuarios un espacio para la distracción y uso adecuado del tiempo libre. Tiene como objetivo el reducir los niveles de estrés generado por el paso del tiempo en el tratamiento residencial y promover la integración del grupo comunitario a través de la participación de actividades de interés común, tales como juegos de mesa, deportes, ejercicios matutinos, etc.
- i) Video foro: herramienta por medio de la cual se propicia la discusión de varias personas sobre un tema determinado, convocado por la presentación de un video, cuyas ventajas se citan: permite la discusión y participación; permite la libre exposición de ideas y opiniones de los miembros del grupo; y esto es posible de una manera informal y con pocas limitaciones; da la oportunidad de conocer las opiniones del grupo sobre el tema del video; los presentes se enriquecen de los puntos de vista discutidos. El material audiovisual debe ser aprobado por el equipo técnico, siempre encaminado a aportar a su proyecto de vida.
- j) Designación de responsables: el equipo técnico designa una actividad semanalmente de acuerdo a las necesidades de la comunidad, a fin de encomendar al/los usuario/s residentes tareas puntuales que aporten a su proceso terapéutico. Por ningún motivo esta designación puede ser un instrumento de abuso de poder por parte de la persona asignada, factor por el cual requiere del acompañamiento permanente del personal de turno. Los responsables son de aseo (coordinación de lavado de vajilla, habitación, baños de los residentes/usuarios), académico (apoyo a personas iletradas) y deportes (logística).
- k) Evaluación de las visitas: espacio terapéutico desarrollado a continuación de las visitas familiares programadas los fines de semana, en el que el profesional de psicología motiva a los usuarios/residentes a dialogar sobre el aprendizaje que le dejó la visita del día, la importancia o no de su familia en su vida e identificar dificultades generadas por el consumo nocivo en el ámbito familiar.
- l) Tareas terapéuticas: son actividades como escribir el diario terapéutico, preparación de seminarios o trabajos designados por el terapeuta. Nunca servirán como herramienta de poder para someter al usuario/residente a los preceptos del profesional del servicio.
- m) Consecuencias educativas: este procedimiento será un recurso que empleará el equipo técnico cuando se ha faltado a una norma de la casa. La consecuencia se aplicará de acuerdo a la falta y tendrá un carácter gradual, para lo cual se establecerán en el apartado de "técnicas de grupo" varios niveles de intervención. . En principio será un llamado de atención de forma oral en el momento de la falta por parte del responsable del equipo técnico de acuerdo al horario de la comunidad que lo haga presente y se hará de manera controlada dentro de la metodología y los espacios de tratamiento de la comunidad como son las reuniones de la mañana o tarde; en un segundo momento será el director técnico y cabeza de la comunidad el que esté a cargo

como figura imaginaria de mayor autoridad y responsabilidad; el tercer momento será la invitación a trabajar en su tratamiento en una reunión de grupo con varios participantes de la comunidad y el equipo técnico; la cuarta instancia será por parte del equipo técnico en la asamblea todo el grupo de participantes.

- n) Psicoeducación.- “Educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico [...] La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. Se refuerzan las fortalezas, recursos y habilidades propias del paciente para hacer frente a la enfermedad, evitar recaídas y contribuir con su propia salud y bienestar.” ⁽²⁸²⁾
- o) Coloquio.- Son diálogos personales, informales de la vida diaria entre el participante y el terapeuta que pretende escudriñar conflictos específicos de la historia de vida para ayudar a encontrar alternativas adecuadas y prácticas, que le permitan al usuario superar las crisis y le promueva la motivación al cambio.
El coloquio tiene como objetivo principal propiciar el conocimiento del participante con relación a sus conflictos y la forma en que los percibe y resuelve; de tal manera que se pueda orientar y motivar a encontrar más y mejores alternativas.
- p) Mediación: esta se plantea entre dos participantes, uno que tiene un conflicto y con quien lo ha tenido o con el facilitador del mismo grupo que sea portavoz de este. Se expone la razón de la problemática o del conflicto por parte del miembro facilitador, el interpelado mantiene silencio mientras se expone lo que ocurre. Seguido de esto se permite la expresión del interpelado. Esta forma de intervención se la realiza al menos en tres ocasiones permitiendo hablar a cada uno sobre sus puntos de vista. Si son necesarias más de tres intervenciones se lo permite. Quien modera es el coordinador de la comunidad como mediador frente al conflicto. Se establece el número de intervenciones y cuando cerrar el encuentro a través de la propuesta de compromisos y soluciones. No se acaba la reunión hasta establecer esos acuerdos. Se lo realiza en una oficina que puede ser uno de los consultorios.

Encuentro cerrado:

Después de realizada la primera intervención y si la actitud y el conflicto se mantiene, se recurre a este encuentro. Se establece una reunión con todo el equipo técnico y el participante a ser interpelado. El coordinador de la comunidad del Centro expone cual es el conflicto, cada uno de los miembros del equipo expone su opinión sobre el conflicto y propone observaciones y recomendaciones a ser tomadas en cuenta por el participante; éste mientras tanto se mantiene a la escucha. Al final de las intervenciones, el coordinador del equipo invita al participante a realizar una retroalimentación, no se trata entonces de que el participante se defienda de lo dicho, sino que elabore con la ayuda del equipo técnico, cualquier duda que tenga sobre las intervenciones. El participante puede realizar una retroalimentación breve sobre lo expuesto. El objetivo de esta intervención es que el coordinador de la comunidad pueda establecer acuerdos y compromisos a ser revisados y evaluados en otra reunión del mismo corte si esto se considera necesario, antes de pasar al último nivel de intervención que es la asamblea. La reunión se efectúa en la sala de reuniones del equipo técnico.

Asamblea:

La asamblea tratará el conflicto del participante con la convivencia de la comunidad de manera abierta. En ésta participan todos los miembros de la comunidad. Cada uno de los miembros expone su opinión sobre el conflicto que está ocurriendo, tratando de que las intervenciones se manejen en forma de sugerencias con el propósito de manejar de mejor manera el problema. El coordinador de la comunidad convoca y dirige la reunión. El equipo técnico está presente pero no participa de las intervenciones de los demás, no realiza comentarios en este momento. Se designa a uno de los miembros del equipo para que intervenga. Es el coordinador de la comunidad quien modera este espacio. Al cierre de las intervenciones se permite al participante interpelado realizar una retroalimentación breve que no busca justificarse ni defenderse de lo dicho. Este es el último nivel de intervención. Se efectúa de la misma forma que las anteriores, pero se lo realiza en la sala comunal donde se hacen las reuniones de la mañana y la noche. Es de suma importancia cuidar que el participante no se sienta re-victimizado dentro de esta intervención.

Tratamiento residencial en los centros especializados de tratamiento para personas con consumo nocivo de alcohol y otras drogas

El proceso de atención e intervención terapéutica en el tratamiento residencial será integral, según sean las características y necesidades particulares del usuario/paciente, partiendo desde el diagnóstico inicial y tratamiento hasta el egreso y seguimiento, teniendo en cuenta su protagonismo y el de su familia, a fin de contar con un proyecto de vida.

Se estima que el tiempo de duración del Tratamiento Residencial, desde el ingreso, hasta el egreso del usuario/paciente, es de 6 meses. Dependiendo de la evolución individual del paciente/usuario dentro del tratamiento y del criterio del equipo técnico, el paciente podrá residir por un tiempo mayor o menor al estimado.

Etapas de intervención terapéutica en el centro especializado de tratamiento para personas con consumo nocivo de alcohol y otras drogas.

Primera etapa: atención integral residencial

En esta etapa el paciente/usuario ingresa a la modalidad residencial, con la finalidad de separarlo temporalmente del ambiente nocivo en el que se desenvuelve y en el cual no puede controlar voluntariamente la necesidad de consumir o no determinada sustancia.

La atención terapéutica será integral, sistemática y progresiva que permita al participante y a su familia una reflexión y resignificación de su realidad personal, familiar y social para generar cambios y transformaciones en su contexto particular

Aquí se desarrollan procesos de atención e intervención terapéutica integral, según sean las características y necesidades particulares del usuario, partiendo desde el diagnóstico inicial hasta el egreso, teniendo en cuenta su protagonismo y el de su familia.

Primera etapa: Atención integral residencial
Fase 1
Adaptación, motivación e inicio de proceso terapéutico
Objetivo general
Integrar al usuario a la comunidad terapéutica, mediante un proceso de adaptación, motivación e inicio de proceso Terapéutico.
Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> - Recibir al participante en un primer momento por parte de toda la comunidad. - Brindar información sobre el servicio y sus normas internas, los tiempos de intervención, los objetivos del trabajo terapéutico y las posibilidades de tratamiento para cada usuario. - Ampliar la evaluación del usuario en sus esferas psíquicas y orgánicas. - Evaluar la situación familiar, social, educativa y laboral del usuario. - Definir el acuerdo terapéutico e iniciar el proceso de tratamiento en comunidad. - Incluir a la familia dentro del proceso terapéutico, con el fin de comprender la problemática en torno al consumo y puedan apoyar al usuario en el proceso. - Firma del consentimiento informado por parte del área médica.
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Recepción de los participantes: Explicación empática por parte de la trabajadora social acerca del programa, ambientación de los espacios, presentación del reglamento interno, firma del acuerdo terapéutico (ver Anexo 11) y entrega de la lista de materiales. - Estrategias de Integración Social: Trabajo social será el responsable de realizar la red de apoyo del usuario. - Inicio de Proceso Terapéutico: Introducción y socialización grupal e inicio de Terapias Psicológicas individuales, familiares y grupales, donde se asignan los líderes de la comunidad (de casa, aseo, deportes y académico) y de requerirse de terapia ocupacional y de gimnasio. - Asimilación de las políticas y los procedimientos de la Comunidad Terapéutica, la filosofía del programa y el plan de las etapas. - Establecimiento de las relaciones de confianza con el personal y/o los residentes en proceso de recuperación. - Realización de una planificación de las intervenciones del equipo de trabajo. - Motivar al participante para el afianzamiento del compromiso de permanencia durante su proceso de recuperación. - Seguimiento del progreso terapéutico: Se realiza un análisis de casos respecto del desarrollo de las terapias en la reunión semanal del Equipo Técnico. - Sesiones de Psicoeducación y Seminarios: Abordaje de temáticas inherentes al uso y consumo de drogas, a través de técnicas de interacción grupal. - Desarrollo de terapias grupales con líneas terapéuticas acordes a las necesidades del grupo de participantes. - Terapias individuales y familiares que versen en torno a las características particulares del participante y su familia. - Asambleas multifamiliares con temáticas diseñadas en el equipo técnico y acordes a una línea terapéutica. - Actividades terapéuticas, ocupacionales y recreativas.
Tiempo de duración: cuatro semanas

Primera etapa: Atención integral residencial	
Fase 2	
Integración, afianzamiento y esclarecimiento del proceso terapéutico	
Objetivo general	
Empoderar al participante en su proceso terapéutico de cambio, con conciencia de sus características bio-psico-sociales.	
Objetivos específicos	
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la consciencia de enfermedad que permita consolidar el proceso terapéutico. - Empoderar a los usuarios en el ejercicio de valores y cohesión grupal fundamentales en la comunidad. - Desarrollar habilidades sociales que permitan la integración a un entorno social saludable. - Favorecer en los participantes, su capacidad de autoanálisis, auto-observación y a la vez la búsqueda de alternativas de solución. - Planificar salidas terapéuticas familiares con el objetivo de fomentar una adecuada reinserción. - Promover en la familia conciencia del trastorno adictivo y sus implicaciones en la dinámica familiar. 	
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de actividades terapéuticas orientadas a fortalecer el auto-reconocimiento de problemáticas, la auto-observación y el autoanálisis con la generación de alternativas de solución. - Seguimiento del progreso terapéutico: Se realiza un análisis de casos respecto del desarrollo de las terapias en la reunión semanal del Equipo Técnico. - Sesiones de Psicoeducación y Seminarios: abordaje de temáticas inherentes al uso y consumo de drogas, a través de técnicas de interacción grupal. Actividades terapéuticas, ocupacionales y recreativas. - Desarrollo de terapias grupales con líneas terapéuticas acordes a las necesidades del grupo de participantes. - Terapias individuales y familiares que versen en torno a las características particulares del participante y su familia. - Asambleas multifamiliares con temáticas diseñadas en el equipo técnico y acordes a una línea terapéutica. 	
Tiempo de duración: cuatro semanas	

Primera etapa: Atención integral residencial	
Fase 3	
Fortalecimiento de los logros alcanzados y preparación para la reinserción socio-familiar	
Objetivo general	
Brindar herramientas psicoterapéuticas de afrontamiento eficaces para la prevención de recaídas, la elaboración del proyecto de vida y la reinserción social, familiar y laboral.	
Objetivos específicos	
<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la identificación de factores personales de riesgo y de protección para prevenir recaídas en el consumo de drogas. - Proveer de herramientas y estrategias cognitivas, afectivas y conductuales para afrontar los momentos de crisis. - Formular un proyecto de vida que incluya metas de superación personal a corto, mediano y largo plazo. 	

- Establecer vínculos de apoyo familiar y social.
- Fortalecer las salidas terapéuticas hacia su núcleo familiar, incrementando su periodicidad cuando amerite.
- Determinar posibilidades de vinculación laboral y/o académica.
- Realizar un análisis de cada caso desde las distintas áreas profesionales dentro del tratamiento, para evaluar la extensión del proceso u otras alternativas.
- Abordar el posible proceso de duelo implícito en la separación de la comunidad terapéutica.

Actividades

- Grupos terapéuticos enfocados en la prevención de recaídas: Identificación de situaciones, pensamientos y/o estados emocionales para evitar nuevos consumos.
- Reconocimiento individual de situaciones de riesgo, basadas en la historia personal de cada sujeto, tanto en el ámbito grupal como individual.
- Construcción de alternativas de afrontamiento a situaciones de riesgo.
- Diseño del proyecto de vida del participante en conjunto con el área de trabajo social (ver Anexo 12).
- Promoción de relaciones de apoyo familiares y sociales, con soporte de trabajo social.
- Evaluación de las salidas terapéuticas realizadas y solventar las dificultades encontradas con el participante y la familia.
- Búsqueda de posibilidades de vinculación con aspectos laborales y/o académicos, a cargo de trabajo social.
- Identificación de aspectos que puedan obstaculizar una separación saludable de la comunidad, para trabajar en ellos, de forma que se logre una adecuada adaptación a la sociedad.

Tiempo de duración: cuatro semanas

Primera etapa: Atención integral residencial	
Terapias	Número de sesiones
Sesiones de terapia individual	12 por cada paciente/usuario
Sesiones de terapia familiar	6 por cada paciente/usuario
Multifamiliares	12

Segunda etapa: ambulatorio de seguimiento

Contrariamente a algunas posiciones comunitarias que no incluyen una fase específica de integración, la literatura sugiere que ésta, es una etapa de gran importancia y debe ser tomada en cuenta; sucede frecuentemente que tratamientos aparentemente exitosos al interno de la comunidad, se muestren como fracasos al momento de enfrentar la realidad externa. Para algunos usuarios se presenta como una verdadera recaída fisiológica anímica.⁽²⁸¹⁾

Por esta razón, es importante que la comunidad esté presente en estos momentos delicados, los mismos que pueden crear un retroceso en la evolución del usuario. En algunas situaciones la recaída debe ser considerada como un episodio de valor positivo.⁽²⁸¹⁾

Cuando un usuario retorna al contexto social, fase de extrema delicadeza, se considera que para cada caso debe ser prevista una modalidad específica. El alejamiento de la estructura comunitaria del Centro debe ser gradual impidiendo en el usuario/paciente un impacto brusco negativo. De todas maneras es oportuno mantener

una relación continua con el paciente para realizar seguimiento de su rehabilitación.
(281)

Para esta etapa, el Ministerio de Salud Pública (MSP) realiza un trabajo interinstitucional con el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), a fin de garantizar la calidad de su cartera de servicios (medicina general, terapia ocupacional, psiquiatría - itinerante, psicología clínica, trabajo social, auxiliar de enfermería, nutricionista - interconsulta, farmacia). El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) proporcionará las figuras de Trabajo Social, Terapeuta Ocupacional y Operador Terapéutico a los Centros Especializados en Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas. Esta disposición se encuentra oficializada mediante el Acuerdo Interministerial No.- 000005 MSP-MIES.

Las Fases que describiremos a continuación son competencia del personal proporcionado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES. Estas fases pueden comenzar a trabajarse desde el ingreso del paciente/usuario al Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, según las necesidades y objetivos del mismo.

Segunda etapa: Ambulatorio de seguimiento	
Proceso de reinserción educativa	
La deserción, inestabilidad y retraso escolar, son las consecuencias en el campo educativo más frecuentes concomitantes con la dependencia de drogas.	
Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> - Se determinará el nivel educativo formal del usuario/paciente. - Se realiza análisis de las opciones educativas. - Se evalúa capacidad de adaptación educativa de los pacientes/usuarios. 	
Objetivos	
<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar o reincorporar a los usuarios/pacientes del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas a procesos educativos de acuerdo a los niveles alcanzados y demandas individuales. - Facilitar proceso de readaptación, nivelación académica y reforzamiento de acuerdo a los requerimientos y a través de relaciones interinstitucionales. 	
Acciones	
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una red con instituciones educativas que permitan incorporar o reincorporar a los usuarios/pacientes del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas a los procesos de educación. - Hacer seguimiento y mantener control de reportes de rendimiento de los usuarios/pacientes. 	

Segunda etapa: Ambulatorio de seguimiento	
Proceso de capacitación profesional	
En muchos casos es necesario considerar la profesionalización o el desarrollo de capacidades para la vinculación laboral de usuarios/pacientes del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas entendida ésta como el proceso de alcanzar herramientas profesionales en carreras cortas o técnicas, capacitación artesanal o emprendimientos individuales. Estos procesos serán analizados de acuerdo a diversos factores del usuario como su nivel educativo, su edad, su experiencia previa, pero sobre todo su demanda al respecto.	

Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> - Se determinará el nivel educativo formal del usuario/paciente. - Se realiza análisis de las opciones educativas y de profesionalización en carreras cortas y/o técnicas - Se analiza y resuelve en consenso la demanda del usuario/paciente. - Se evalúa capacidad de adaptación educativa de los usuarios/pacientes.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar o reincorporar a los usuarios/pacientes del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas a procesos formativos y profesionalización de acuerdo a los niveles alcanzados y demandas individuales. - Facilitar proceso de readaptación, nivelación académica y reforzamiento de acuerdo a los requerimientos y a través de relaciones interinstitucionales.
Acciones
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una red con instituciones de formación profesional que permitan incorporar o reincorporar a los usuarios/pacientes del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas a los procesos de profesionalización.

Segunda etapa: Ambulatorio de seguimiento
Proceso de inclusión laboral
Es propio del tiempo de consumo, el deterioro e incluso pérdida de habilidades sociales y cognitivas que no permiten un adecuado desempeño o incorporación a una actividad laboral. El aislamiento, estigmatización y los procesos de exclusión, empeoran este panorama.
Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> - Se evaluará antecedentes laborales y ocupacionales del usuario/paciente. - Se brindará orientación para desempeño y plan de acceso a actividad laboral.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación o reincorporación del usuario/paciente a una actividad laboral - Incorporar y mantener procesos de educación, formación y/o profesionalización que favorezcan un futuro desempeño laboral.
Acciones
<ul style="list-style-type: none"> - Generar opciones de empleo y ubicación laboral a través de relaciones interinstitucionales particularmente Ministerio del Trabajo (Bolsa de empleo, microemprendimientos). - Mantener seguimiento de usuarios/pacientes incorporados a actividad laboral

Segunda etapa: Ambulatorio de seguimiento
Proceso de Inclusión socio familiar de la red de apoyo
Esta incorporación a su familia y hogar supone un proceso sumamente complejo, ya que parte del consumo nocivo de drogas conlleva a un deterioro significativo de las relaciones sociales, principalmente las familiares, las mismas que se mantiene frágiles e incluso inexistentes cuando se inicia un tratamiento.
Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> - Se partirá del informe realizado por el equipo multidisciplinario del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas respecto de situación familiar y trabajo terapéutico con la misma. - Se evaluará la evolución de las relaciones familiares del usuario.
Objetivos

- Promover la reincorporación funcional del usuario/paciente a su familia
- Favorecer la generación de redes sociales de soporte alternativo para el usuario, especialmente si no se pudiera contar con la reincorporación funcional a su familia.

Acciones

- Mantener el proceso terapéutico familiar trabajado en el Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.
- Reincorporar funcionalmente al usuario/paciente a su familia.
- Realizar seguimiento familiar.

Segunda etapa: Ambulatorio de seguimiento

Proceso de autonomía

Se entenderá autonomía como un proceso de independencia emocional y económica, muchas veces inexistente en el tiempo de consumo (codependencia emocional y económica).

Este es un objetivo a largo plazo que requiere un esfuerzo sostenido del usuario/paciente y el seguimiento cercano del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.

Evaluación

- Se evaluará la capacidad de contención familiar o su inhabilitación y, de acuerdo a esta, el desarrollo de proyecto de autonomía.
- En el caso de adolescentes, se evaluará alternativas de contención e integración dentro de la familia extensa, hasta que sea posible el plan de autonomía.
- Se evaluará la capacidad de autonomía domiciliaria

Objetivos

- Desarrollar plan de autonomía considerando los procesos educativo, de profesionalización y laboral.

Acciones

- Mantener una red con instituciones que permitan posibilidades de residencia con autonomía parcial a los usuarios/pacientes del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.

Segunda etapa: Ambulatorio de seguimiento

Egreso de la casa de acogida y tratamiento

Una vez que en las fases anteriores se ha obtenido el desarrollo de herramientas y apoyos para la autonomía, se decide el egreso del paciente/usuario del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas. Esta decisión se definirá por criterio consensuado del Equipo Técnico y el usuario/paciente, cuando se hayan cumplido las metas contempladas en el Acuerdo Terapéutico individualizado.

Segunda etapa: Ambulatorio de seguimiento

Proceso de seguimiento

Se entenderá como seguimiento el proceso de acompañamiento, verificación y apoyo a los logros de autonomía conseguidos en las etapas anteriores, una vez que usuario/paciente han egresado del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.

Evaluación

- La capacidad de control de sí mismo/a (tolerancia a la frustración, autoconcepto adecuado)

<ul style="list-style-type: none"> - La capacidad de mantener una interacción constructiva con su ambiente inmediato (su red familiar y/o social) - La capacidad de controlar y manejar sus circunstancias de vida (estabilidad laboral, adaptación a entornos cambiantes, resolución de problemas).
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Afianzar la autonomía en el espacio propio de vida del usuario/paciente, hasta que este consiga sostenerse por sí mismo.
Acciones
<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo de los avances de autonomía: progreso escolar, estabilidad laboral, mantenimiento del vínculo familiar y/o social. - Estudio social para verificación de condiciones de vida, de trabajo o escolares.

Abreviaturas

ACV: Accidente Cerebrovascular
ASI: Addiction Severity Index
ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
BLS: Basic Life Support
BZD: Benzodiacepinas
CAGE: Cut-Annoyed-Guilty-Eye opener
CBD: Cannabidiol
CDT: Carbohydrate Deficient Transferrin (Transferrina Deficiente de Carbohidrato)
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades
CIWA-Ar: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol review
CNMB: Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos
CONSEP: Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas
CPK: Creatine phosphokinase
DLCO: Diffusing capacity of the Lung for Carbon monoxide (Capacidad de diffusion de monoxide de carbon)
ECG: Electrocardiograma
EEG: Electroencefalograma
ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ET: Endotraqueal
FA: Fosfatasa alcalina
FC: Frecuencia Cardíaca
FDA: Food and Drug Administration
RF: Frecuencia Respiratoria
GABA: Gamma-Aminobutyric-Acid
GGT: Gamma-glutamyl transpeptidasa
HDL: High Density Lipoprotein (lipoproteína de alta densidad)
HTA: Hipertensión Arterial
IAM: Infarto Agudo de Miocardio
IMAO's: Inhibidores de la Monoaminoxidasa
LCR: Líquido Cefalo Raquídeo
LDH: Lactate dehydrogenase
LS: Liberación sostenida
MALT: Münchner Alkoholismus Test
mEq: miliequivalente
mg: miligramos
NA-AA: Narcoticos Anónimos - Alcohólicos Anónimos
NMDA: N-methyl-D-aspartate
OMS: Organización Mundial de la Salud
PA: Presión Arterial

PCC: Psicoterapias Conductivo Conductuales
PPD: Purified Protein Derivative
REM: Rapid Eye Movement
RGE: Reflujo Gastroesofágico
ROTS: Reflejos Osteotendinosos
RPR: Rapid plasma reagin
SAI: Siner Alter Indicatio
SDS: Severity Dependence Scale
SNC: Sistema Nervioso Central
SNP: Sistema Nervioso Periférico
Tº: Temperatura
TAC: Tomografía Axial Computarizada
TEAF: Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal
THC: Tetrahidrocannabinol
TGO: Transaminasa glutámico-oxalacética
TGP: Transaminasa glutámico-pirúvica
TRN: Terapia de remplazo de nicotina
UBE: Unidad de bebida estándar
VCM: Volúmen corpuscular medio
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
VHA: Virus Hepatitis A
VHB: Virus Hepatitis B
VHC: Virus Hepatitis C
VHD: Virus Hepatitis Delta
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VSG: Velocidad de sedimentación globular

Referencias

1. Organización de los Estados Americanos. El Problema de las Drogas en las Américas. Informe. Washington: Organización de los Estados Americanos, Secretaría General; 2013. Report No.: 978-0-8270-5988-7.
2. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Informe. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana; 2009. Report No.: 978-92-75-13058-2.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. 147th ed. New York: United Nations publications; 2014.
4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health Geneva: WHO Library Cataloguing; 2014.
5. World Health Organization. World Health Organization. [Online].; 2015 [cited 2015 July 11. Available from: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>.
6. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Estudio sobre Mortalidad Relacionada con Drogas en la Población Ecuatoriana. Primera ed. Tenorio R, editor. Quito: GM Láser Industria Gráfica; 2012.
7. Programa Anti-Drogas Ilícitas de la Comunidad Andina-PRADICAN. II Estudio Epidemiológicos Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Ecuador, 2012. Primera ed. CAN , editor. Lima: OHQUIS Desing E.I.R.L; 2013.
8. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 2008..
9. Ley Orgánica de la salud. Registro Oficial, Suplemento 423.. Diciembre 22, 2006..
10. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-Senplades. Plan Nacional para el Buen Vivir. Quito, Ecuador.; 2013. Report No.: 978-9942-07-448-5.
11. Marín MÁ. Ad Libitum. La improvisación como procedimiento compositivo. Primera ed. Madrid: Gráficas Jo magar. MÓSTOLES; 2008.
12. Sociodrogalcohol. Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación. Primera ed. Pereiro C, editor. Barcelona; 2010.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Glosario de términos de alcohol y drogas. Primera ed. OMS , editor. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 1994.
14. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Clasificación estadística internacional. Washington: Organización Mundial de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana; 2008. Report No.: 927531554X.
15. Becoña E, Cortés M, Arias F, etal. Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación. Primera ed. Sociodrogalcohol , editor. Barcelona: Martín Impresores, S.L; 2011.
16. Pedrero E, Fernández J, Casete L, etal. Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Primera ed. Sociodrogalcohol , editor. Barcelona: Martín Impresores; 2010.
17. Palma B, Comelli D. Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del "Insight": la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. Revista Chilena de Neuropsicología. 2008; 3(2): p. 14-27.
18. Rodríguez-Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. Adicciones. 2002; 14(Supl 1): p. 337-351.
19. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011; XXXIII(1): p. 11-14.
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. 2013..
21. Yurena A. Síndrome Alcohólico Fetal y Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal: Nivel de Conocimientos y actitudes de los profesionales socio-sanitarios. Universidad de Valencia Estudi General, Programa III Ciclo: Investigación en Psicología; 2011.
22. Llopis JJ, Gual A, Rodríguez-Maritos A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. Adicciones. 2000; 12(1): p.

11-19.

23. Ayuntamiento de Madrid. Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016. Madrid: Instituto de adicciones de la Ciudad de Madrid, Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad ; 2011.
24. Junta de Andalucía. Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias Estimulantes. Guía Clínica. Sevilla: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones ; 2008. Report No.: 978-84-690-8486-1.
25. Souza A, Schmidt A, Cruz AM, et al. Protocolo de Atenção em Saúde Mental. Protocolo. Tubarão: Prefeitura de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde - SMS; 2010. Report No.: 978-85-99554-41-8.
26. Zarco J, Caudevilla F, López S, et al. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007. Report No.: 978-84-96761-31-5.
27. Pascual F, Guardia J. Monografía sobre el alcoholismo. Primera ed. Sociodrogalcohol , editor. Barcelona: Martín Impresores, S.L.; 2012.
28. Díez-Hernández I. The influence of the alcohol in the society. Osasunaz. 2003 July; 5: p. 117-190.
29. Arias-Duque R. Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. Diversitas. 2005 Junio; 1(2): p. 138-147.
30. Ayesta FJ. Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. Adicciones. 2002; 14(Supl 1): p. 63-78.
31. Becoña E, Bobes J, Bobes-Bascarán T, et al. Alcoholismo. Guías Clínicas Sociodrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. Tercera ed. Pascual F, Guardia J, Pereiro C, Bodes J, editors. Madrid: SANED; 2013.
32. Pérez JC, Padilla J, Montes E, et al. Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación Aguda por Alcohol Etílico En el Adulto En el Segundo y Tercer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica GPC. México D.F: Secretaría de Salud; 2013. Report No.: 256-13.
33. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia de alcohol. Bogota: Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013-Guía N° 23. Report No.: 978-958-8838-00-7.
34. Roldán J, Frauca C, Dueñas A. Intoxicación por alcoholes. ANALES Sis San Navarra. 2006; 26((Supl 1)): p. 129-139.
35. García-Criado EI, Torres-Trillo M, Galán-Sánchez B, et al. Intoxicación etílica aguda. Manejo de urgencias. Semergen. 2006 Marzo; 25(1): p. 34-39.
36. Levine MD. Medscape. Alcohol Toxicity Differential Diagnoses. [Online].; 2015 [cited 2015 July 08. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/812411-differential>.
37. Levine M. Medscape. Alcohol Toxicity Workup. [Online].; 2015 [cited 2015 Junio 28. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/812411-workup>.
38. Pinzón MC. Intoxicación por etanol. In Social MdIP, editor. Guías para el manejo de Urgencias Toxicológicas. Bogota: Imprenta Nacional de Colombia; 2008. p. 1288-1293.
39. Fernandez E. Medscape. Ethanol Toxicity Treatment and Management. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 28. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1010220-treatment>.
40. Izquierdo M. Intoxicación alcohólica aguda. Adicciones. 2002; 14(1): p. 175-193.
41. Dirección General de Innovación Sanitaria. PCAI. Guía de Recomendaciones Clínicas. Consumo de Alcohol. Actualización. Guía de recomendaciones. Madrid: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2013.
42. Rozón-Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. Galicia Clin. 2008; 69(1): p. 29-44.
43. Freire WB, Ramírez M, Belmont P, Mendieta M, Silva M, Romero N, et al. Encuesta Nacional de Salud y nutrición del Ecuador. 2011-2013r. Quito: Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2013. Report No.: 978-9942-07-524-6.

44. Saíz PA, G-Portilla MP, Bascarán MT, Bobes J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*. 2002; 14(1): p. 387-403.
45. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guideline for the Treatment of Alcohol Problems. Guideline. Sydney: The University of Sydney, Area Health Service; 2009. Report No.: 1-74186-977-3.
46. Davila E, Davila E, Jurczuk I, Melgar E, Romero A. Protocolo de tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2008 Marzo; 14(3): p. 20-29.
47. Estruch R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*. 2002; 14(1): p. 43-61.
48. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud. *Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. 1st ed. Monteiro M, editor. Washington D.C: Biblioteca Sede OPS; 2008.
49. Betancourt-Pulsan A, Cuevas-Badenes J, Terrado-Quevedo S, Valls-Álvarez M. Marcadores biológicos en alcohólicos abstinentes. *Adicciones*. 2000; 12(1): p. 137-143.
50. Saíz PA, González MP, Bousoño M, Bobes J. Marcadores biológicos de la conducta alcohólica. *Psiquiatría Biológica*. 1998; 5(1): p. 35-38.
51. Ceccanti M, Balducci G, Attilia ML, Romeo M. Diagnóstico, aproximación terapéutica y rehabilitación del alcohólico. *Adicciones*. 1999; 11(4): p. 363-372.
52. Díaz-Salabert J. El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología*. 2001; 5: p. 21-35.
53. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.
54. Miller W, Zweben A, DiClemente C, Rychtarik R. Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S Department of Health and Human Services; 1995. Report No.: 94-3723.
55. Oviedo H, Arboleda P. Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol. *Universitas Médica*. 2006; 47(2): p. 112-120.
56. Monte-Secades R, Rabuñal R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2a edición. *Galicia Clin*. 2011 Abril; 72(2): p. 51-64.
57. Burns MJ. Medscape. Delirium Tremens (DTs) Clinical Presentation. [Online].; 2015 [cited 2015 July 08. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/166032-clinical>.
58. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra.; Departament de Salut Mental y Abuso de Sustancias; 2010. Report No.: 978 92 4 354806 7.
59. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Q4: Are acamprosate, disulfiram and naltrexone safe and effective in preventing relapse in alcohol dependence in non-specialized health care settings? [Online].; 2012 [cited 2015. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/alcohol_q4.pdf.
60. Valdés-Stauber J. Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones*. 2003; 15(4): p. 351-368.
61. Burns MJ. Medscape. Delirium Tremens (DTs) Treatment and Management. [Online].; 2015 [cited 2015 July 08. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/166032-treatment>.
62. Nanni R, González M, León E, et al. Manejo de Abstinencia Alcohólica en el Adulto en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica. México D.F.: CENETEC, Secretaría de Salud; 2008.
63. Minozzi A, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; Issue 3(CD005063).
64. Soler PA, Guasch M. Tratamiento farmacológico: la desintoxicación. *Adicciones*. 2002; 14(Supl 1): p. 421-438.
65. Monte R, Rabuñal R, Casariego E. Tratamiento Hospitalario del síndrome de privación alcohólica.. [Online].; 2003 [cited 2015 Julio 10. Available from:

<http://www.meiga.info/guias/thstda.asp#citar>.

66. Benzodiazepines Committee. Benzodiazepines: Good Practice Guidelines for Clinicians. Guideline. Dublin.; Department of Health and Children; 2002. Report No.: 1-873820-23-2.
67. Barkley L. Medscape Cocaine Toxicity Treatment and Management. [Online].; 2015 [cited 2015 06 05. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/813959-treatment>.
68. Attard A, Torrens N, Holvey C. 1. The detection of alcohol misusers attending hospital 2. The Management of alcohol withdrawal syndrome (AWS) 3. The Management of Wernicke`s Encephalopathy (WE). Guideline. London: Guy`s and St. Thomas (NHS), Drug and Therapeutics Committee; 2010. Report No.: 10052a.
69. Thomson A, Guerrini I, Marshal J. Wernicke`s Encephalopathy: Role of Thiamine. *Pactrical Gastroenterology*. 2009 June;(75): p. 21-30.
70. Pani P, Trogu E, R V, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Disulfiram for the treatment of cocaine dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; Issue 1(CD007024): p. 1-54.
71. Mason B, Quello S, Goodell V, etal. Gabapentin Treatment for Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Trial. *JAMA Inter Med*. 2014 January; 174(1): p. 70-77.
72. Barrons R. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2010;(35): p. 153-167.
73. Malcolm R, Myrick H, Roberts J, etal. The Effects of Carbamazepine and Lorazepam on Single versus Multiple Previous Alcohol Withdrawals in an Outpatient Randomized Trial. *JGIM*. 2002 May; 17: p. 349-355.
74. Asplund CA, Aaronson JW, Aaronson HE. 3 Regimens for alcohol withdrawal and detoxification. *The Journal of Family Practice*. 2004 July; 53(7): p. 545-554.
75. McKeown NJ. Medscape. Withdrawal Syndromes Clinical Presentation. [Online].; 2014 [cited 2015 July 10. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/819502-clinical>.
76. Brathen G, Ben-Menachem E, Brodtkorb E, etal. Alcohol-related seizures. In *Second* , editor. *European Handbook of neurological management*. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2010. p. 429-436.
77. Brathen G, Ben-Menachem E, Brodtkorb E, etal. EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of and EFNS task force. *European Journal of Neurology*. 2005; 12: p. 575-581.
78. Molyneux P. Protocol for the Management of Seizures and Status Epilepticus in Adults. Clinical guideline. St. Edmund: West Suffolk Hospitals (NHS), Drug and Therapeutic Committee; 2009. Report No.: 10054-1.
79. Burns MJ. Medscape. Delirium Tremens (DTs). [Online].; 2015 [cited 2015 July 08. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/166032-overview>.
80. García P. Delirium Tremens. *Urgencias en Atención Primaria*. JANO. 2003 Julio; LXV(1).
81. Saunders J, Janca A. Delirium Tremens: su etiología, historia natural y tratamiento. *RET*. 2003;(36): p. 11-16.
82. Burns MJ. Medscape. Delirium Tremens (DTs) Workup. [Online].; 2015 [cited 2015 July 10. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/166032-workup>.
83. Schuckit MA. Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). *N Engl J Med*. 2014 June;(371): p. 2109-2113.
84. Balcells M, Gual A. Farmacoterapia de la deshabituación alcohólica. *Nuevos fármacos, nuevos conceptos*. *Adicciones*. 2002; 14(Supl 1): p. 439-448.
85. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guideline. London.; National Institute for Health and Care Excellence; 2011. Report No.: CG115.
86. Pérez-Poza A, Corbera M, Borrueal MJ. Deshabituación alcohólica en atención primaria. *Aten*. 2005; 35(8): p. 427-435.
87. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Guía Clínica para el Abordaje de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar

- Social; 2007. Report No.: 978-84-690-5946-3.
88. Medscape. Acamprosate (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 July 10. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/acamprosate-343214>.
 89. Medscape. Medscape. Disulfiram (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 July 10. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/disulfiram-343199>.
 90. Benowitz NL. Nicotine Addiction. *N Engl J Med*. 2010 June; 362(24): p. 2295-2303.
 91. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina. Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al tabaco. 2005. Basado en recomendaciones del NICE.
 92. Bello S, Flores A, Bellos M. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Rev Chil Enf Respir*. 2008; 24: p. 127-137.
 93. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia. Buenos Aires.; Dirección General Adjunta de Programas Centrales; 2010.
 94. Rodriguez A, Trillo C, Espigares M. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria: Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Primera Edición ed. SAMFYC , editor. Granada: Ediciones Adhara; 2011.
 95. Fiore M, Jaén C, Baker T, etal. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: Public Health Service, U.S Department of Health and Human Services; 2008.
 96. Olando E, Otero M, Matilla B, Esteban A, Veiga S, Sénder L. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Guía de práctica clínica. Madrid: Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo; 2010. Report No.: 978-84-613-9903-1.
 97. de Granada JI, Solano S, Jareño J, Pérez A, Barrueco M, Jiménez CA. De la neurobiología de la adicción a la nicotina al tratamiento del tabaquismo. *Progresos terapéuticos. Prevención del tabaquismo*. 2006 Julio; 8(3): p. 116-128.
 98. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Guía de práctica clínica de adicción al tabaco. Guía de práctica clínica. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2008. Report No.: 978-84-690-7647-7.
 99. American Cancer Society. Guide to Quitting Smoking. 2014. Last medical review: 2/6/2014.
 100. Stahl S, Lerer B, Stein D. Psicofarmacología esencial basada en la evidencia. Segunda Edición ed.: Aula Médica; 2013.
 101. Nerín de la Puerta I, Córdoba-García R. Tratamiento farmacológico. Terapia sustitutiva con nicotina. *Adicciones*. 2004; 16(Supl 2): p. 265-274.
 102. Romero-Palacios P. Deshabitación tabáquica. In Barreco M, Hernandez M, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: ERGON.C; 2003. p. 305-319.
 103. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Tobacco use cessation during substance abuse treatment counseling. SAMHSA Advisory. 2011; 10(Issue 2).
 104. U.S Department of Health and Human Services. Helping Smokers Quit. A Guide for Clinicians. 2008. Public Health Service.
 105. Zwar N, Mendelsohn C, Richmond R. Tobacco smoking: options for helping smokers to quit. *Australian Family Physician*. 2014 June; 43(6).
 106. Ministerial Council on Drug Strategy. National Tobacco Strategy, 2004-2009. Brisbane: Intergovernmental Committee on Drugs, National Expert Advisory Committee on Tobacco ; 2004. Report No.: 0 642 82596 3.
 107. Ramos-Atance JA, Fernández-Ruiz J. Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones*. 2000; 12(Supl 2): p. 19-30.
 108. Bobes J, Calafat A. De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones*. 2000; 12(Supl 2): p. 7-17.
 109. Balcells-Oliveró M. Toxicología del cannabis. *Adicciones*. 2000; 12(Supl 2): p. 169-174.
 110. Galanza I, Nogué S, Marínez-Velasco C, etal. Intoxicación por drogas. *ANALES Sis San Navarra*. 2003; 26(Supl 1): p. 99-128.
 111. Calafat A. Cábnnabis. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del gobierno para el Plan

- Nacional sobre Drogas; 2003. Report No.: 126-03-037-9.
112. Moya-García C, Álvarez-Vara C, Sánchez-Máñez A, et al. Cannabis II. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaria General de Política Social Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas; 2006. Report No.: 978-84-920522-5-7.
 113. Heather-Aston C. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 178: p. 101-106.
 114. Borgelt LM, Franson KL, Nussbaum A, Wang G. The Pharmacologic and Clinical Effects of Medical Cannabis. *Pharmacotherapy*. 2013; 33(2): p. 195-209.
 115. Arévalo-Martín A, Baño MD, Berrendero F, et al. Guía Básica sobre los Cannabinoides. Guía. Madrid: Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides, Universidad Complutense de Madrid; 2002. Report No.: 84-699-8658-9.
 116. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicotrópicas. Washington D.C: OMS, Organización Panamericana de la Salud; 2005. Report No.: 92 75 32579 0.
 117. Grotenhermen F. Pharmacology of Cannabinoids. *Neuroendocrinol Lett*. 2004 January; 25(1-2): p. 14-23.
 118. Rodríguez de Fonseca F, Navarro M. Adicción y sistema cannabinoide endógeno: papel del receptor para cannabinoides CN1 en la fisiología de las neuronas dopaminérgicas mesotelencefálicas. *Adicciones*. 2000; 12(Supl 2): p. 83-95.
 119. Guindon J, Hohmann AG. The Endocannabinoid System and Pain. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2009 December; 8(6): p. 403-421.
 120. Leza JC, Lorenzo P. Efectos farmacológicos de los Cannabinoides. *Adicciones*. 2000; 12(Supl 2): p. 109-116.
 121. Gota D, Marsicano G, Lutz B, et al. Endogenous cannabinoid system as a modulator of food intake. *International Journal of Obesity*. 2003; 27: p. 289-301.
 122. Medscape. Medscape. Marijuana (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 July 10. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/cannabis-ganja-marijuana-343687>.
 123. Soderpalm A, Schuster A, de Wit H. Antiemetic efficacy of smoked marijuana. Subjective and behavioral effects on nausea induced by syrup of ipecac. *Pharmacology Biochemistry and Behavioral*. 2001 July; 69: p. 343-350.
 124. Darmani NA. Mechanisms of Broad-Spectrum Antiemetic Efficacy of Cannabinoids against Chemotherapy-Induced Acute and Delayed Vomiting. *Pharmaceuticals*. 2010 September; 3: p. 2930-2955.
 125. Jones N, Hill A, Smith I, et al. Cannabidiol Displays Antiepileptiform and Antiseizure Properties In Vitro and In Vivo. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 2010; 332(2): p. 569-577.
 126. Gholizadeh S, Shafaroodi H, Ghasemi M, et al. Ultra-low dose cannabinoid antagonist AM251 enhances cannabinoid anticonvulsants effects in the pentylenetetrazole-induced seizure in mice. *Neuropharmacology*. 2007 August; 53: p. 763-770.
 127. Rizzo V, Carletti F, Gambino G, et al. Role of CB2 receptors and cGMP pathway on the cannabinoid-dependent antiepileptic effects in an in vivo model of partial epilepsy. *Epilepsy Research*. 2014 October; 108: p. 1711-1718.
 128. Nagarkatti P, Pandey R, Amcaoglu-Rieder S, Hedge V, Nagarkatti M. Cannabinoids as novel anti-inflammatory drugs. *Future Med Chem*. 2009 October; 1(7): p. 1333-1349.
 129. Toguri JT, Lehmann C, Laprairie RB, et al. Anti-inflammatory effects of cannabinoid CB2 receptor activation in endotoxin-induced. *British Journal of Pharmacology*. 2013; 171: p. 1448-1461.
 130. Klein TW. Cannabinoid-Based Drugs as Anti-Inflammatory Therapeutics. *Nature Reviews Immunology*. 2005 May; 5: p. 400-411.
 131. Caudevilla F, Cabrera A. Efectos psicológicos del cannabis. *FMC*. 2008; 15(5): p. 282-290.
 132. Farrimond JA, Mercier MS, Whalley BJ, Williams CM. Cannabis sativa and the endogenous cannabinoid system: therapeutic potential for appetite regulation. *Phytotherapy Research*. 2011; 25: p. 170-188.
 133. Cary PL. The Marijuana Detection Window: Determining The Length of Time Cannabinoids

- Will Remain Detectable in Urine Following Smoking. National Drug Court Institute. 2006; IV(2).
134. Genen L. Cannabis-related Disorders Workup. [Online].; 2014 [cited 2015 July 12. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/286661-workup>.
 135. Genen L. Medscape.Cannabis-Related Disorders Treatment and Management. [Online].; 2014 [cited 2015 July 12. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/286661-treatment>.
 136. Budney A, Roffman R, Stephens R, Walker D. Marijuana Dependence and Its Treatment. *Addiction Science and Clinical Practice*. .
 137. Rey JM(. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012. Report No.: 978-0-646-57440-0.
 138. Diehl A, Cruz D, Laranjeira R. Cannabis abuse in patients with psychiatric disorders: an update to old evidence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010 May; 52(Supl 1): p. 541-545.
 139. Stein M, Goin M, Pollack M, etal. Treatment of Patients With Panic Disorders. 2nd ed. Fochtmann LJ, editor.: American Psychiatric Association; 2009.
 140. Crippa J, Zuardi A, Martín-Santos R, etal. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum. Psychopharmacol Clin Exp*. 2009 June.
 141. Manrique-Garcia E, Zammit S, Dalman C, Hemmingsson T, Allebeck P. Cannabis use and depression: a longitudinal study of a national cohort of Swedish conscripts. *BMC Psychiatry*. 2012; 12(112).
 142. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. 2003 November; 98(Issue 11): p. 1493-1504.
 143. Strakowski S, DelBello M, Fleck D, etal. Effects of Co-occurring Cannabis Use Disorders on the Course of Bipolar Disorder After a First Hospitalization for Mania. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: p. 57-64.
 144. Khan M, Akella S. Cannabis-Induced Bipolar Disorder with Psychotic Features: A Case Report. *Psychiatry (Edgemont)*. 2009; 6(12): p. 44-48.
 145. Arias-Horcajadas F. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis. *Trastornos Adictivos*. 2011 Septiembre; 13(3): p. 113-118.
 146. Quiroga-Gallego M. Cannabis y psicopatología comorbida. *Adicciones*. 2002; 14(2): p. 191-200.
 147. Tziraki S. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev Neurol*. 2012; 54(2): p. 750-760.
 148. Coullaut-Valera R, Arbaiza-Diaz del Rio I, de Arrúe-Ruiloba R, Coullaut-Valera J, Bajo-Bretón R. Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicotrópicas. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39(3): p. 168-173.
 149. Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 178: p. 116-122.
 150. Pierre JM. Cannabis, synthetic cannabinoids, and psychosis risk: What the evidence says. *Current Psychiatry*. 2011 September; 10(9): p. 49-58.
 151. Hall W. Cannabis and Psychosis. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 1998. Report No.: 0947229884.
 152. Müller-Vahl K. Cannabinoides y esquizofrenia: ¿dónde está el vínculo? *Cannabinoids*. 2008; 3(4): p. 11-15.
 153. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow up study of 535 incident cases. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 187: p. 510-515.
 154. Lerner A, Goodman G, Rudinski D, Bleich A. Benign and Time-Limited Visual Disturbances (Flashbacks) in Recent Abstinent High-Potency Heavy Cannabis Smokers: A Case Series Study. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2011; 48(1): p. 25-29.
 155. Passie T, Emrick H, Karst M, Brandt S, Halpern J. Mitigation of post-traumatic stress symptoms by Cannabis resin: A review of the clinical and neurobiological evidence. *Drug*

- Test. analysis. 2012 May;; p. 1-12.
156. Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*. 2000 April; 95(11): p. 1621-1630.
 157. Bergen H, Martin G, Roeger L, Allison S. Perceived Academic Performance and Alcohol, Tobacco and Marijuana Use: Longitudinal Relationships in Young Community Adolescents. *Addictive Behaviors*. 2005; 30(8): p. 1563-1573.
 158. U.S Department of Health and Human Services. Alcohol and Other Drug Use and Academic Achievement. 2009. Information from: Centers for Disease control and Prevention.
 159. Bolla K, Lesage S, Gamaldo C, etal. Sleep Disturbance in Heavy Marijuana Users. *Sleep*. 2008; 31(6).
 160. Martínez-Ortega JM. Consumo de cannabis, adolescencia y suicidio. *Trastornos Adictivos*. 2011; 13(3): p. 119-122.
 161. Gutiérrez-Rojas L, De Irala J, Martínez-González MA. Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Rev Med Univ Navarra*. 2006; 50(1): p. 3-10.
 162. Delforferie MJ, Lynskey MT, Huizink AC, etal. The relationship between cannabis involvement and suicidal thoughts and behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015 February;; p. 1-7.
 163. Quiroga M. Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. *Adicciones*. 2000; 12(2): p. 117-133.
 164. Earleywine M, Smucker-Barnwell S. Decreased respiratory symptoms in cannabis users who vaporize. *Harm Reduction Journal*. 2007 April; 4(11).
 165. Copeland J, Frewen A, Elkins K. Management of cannabis use disorders and related issues: a clinician's guide. Guideline. Sydney: National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales; 2009. Report No.: 9780733428074.
 166. Téllez-Mosquera J, Cote-Menéndez M. Efectos Toxicológicos y Neuropsiquiátricos Producidos por Consumo de Cocaína. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2005 Enero; 53(1): p. 10-26.
 167. Callado LF. Neurobiología de la drogadicción II. cocaín ay drogas de diseño. *Osasunaz*. 2001; 4: p. 197-210.
 168. Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo P. Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*. 2002; 14(1): p. 57-64.
 169. Tortajada-Navarro S. Cocaína y Conductas Violentas: un estudio cualitativo desde una perspectiva de género. Tesis Doctoral. València: Universitat de Valencia, Departament Psicologia Bàsica; 2008. Report No.: 978-84-370-7293-7.
 170. Barkley-Burnett L. Medscape. Cocaine Toxicity. [Online].; 2015 [cited 2015 June 05. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/813959-overview>.
 171. Caballero-Martínez L. Adicción a cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. Plan de Acción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas; 2005. Report No.: NIPO: 351-05-037-2.
 172. Balcells-Oliveró M. Complicaciones orgánicas de la cocaína. *Adicciones*. 2001; 13(2): p. 167-177.
 173. Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular Effects of Cocaine. *American Heart Association*. 2010; 122: p. 2558-2569.
 174. Barkley-Burnett L. Medscape. Cocaine Toxicity Clinical Presentation. [Online].; 2015 [cited 2015 June 05. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/813959-clinical>.
 175. Lange RA, Hillis D. Cardiovascular Complications of Cocaine Use. *N England J Med*. 2001 August; 345(5): p. 351-358.
 176. Marzoa-Rivas R, Ferrer-Castro V, Crespo MR, Crespo MG. Cocaína y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*. 2006; 18(1): p. 169-178.
 177. Torres-Hernández MA, Climent-Díaz B. Complicaciones neurológicas por cocaína. *Adicciones*. 2006; 18(1): p. 179-196.
 178. Dhuna A, Pascual-Leone Á, Belgrade M. Cocaine-related vascular headaches. *Journal of*

- Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 1991; 54: p. 803-806.
179. Bolla K, Cadet JL, London E. The Neuropsychiatry of Chronic Cocaine Abuse. *Journal of Neuropsychiatry*. 1998; 10(3): p. 280-289.
 180. Guardiola JM. Afectación pulmonar de las drogas inhaladas. *Adicciones*. 2006; 18(Supl 1): p. 161-168.
 181. Crowe AV, Howse M, Bell GM, Henry JA. Substance abuse and the kidney. *Q J Med*. 2000; 93: p. 147-152.
 182. van der Woude FJ. Cocaine use and the kidney damage. *Nephrol Dial Transplan*. 2000; 15: p. 299-301.
 183. Ortega-Morales AM. Actualización en rhabdmiolisis. *Bol. SPAO*. 2011; 5(2): p. 63-70.
 184. Khan FY. Rhabdomyolysis: a review of the literature. *Netherlands. The Journal of Medicine*. 2009 October; 67(9): p. 272-283.
 185. Dittmar P, Olmedo R. An Evidence-Based Approach To Cocaine-Associated Emergencies. *Emergency Medicine Practice*. 2008 January; 10(1): p. 1-20.
 186. Pereiro-Gómez C, Serrano-Cartón M. Drogas y disfunción sexual. *Adicciones*. 2006; 18(1): p. 231-243.
 187. Mayán-Conesa P, García-Fraga JA. Valoración del enfermo drogodependiente en los Servicios de Urgencias. *Adicciones*. 2006; 18(1): p. 263-283.
 188. Barkley-Burnett L. Medscape. Cocaine Toxicity Workup. [Online].; 2015 [cited 2015 June 05]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/813959-workup>.
 189. Gallardo-Becerra Aea. Guía-Protocolo de Actuación en Personas con Trastorno por Consumo de Cocaína. Guía Protocolo de salud. Mérida: Junta de Extremadura, consejería de Salud y Política Pública; 2011. Report No.: 13:978-84-96958-86-9.
 190. Association of Surgical Technologists. Guideline Statement for Malignant Hyperthermia in the Perioperative Environment. 2005. Revised January 2013.
 191. Cardona L, Caus P, Barroso de Fuenmayor E, Llop JM. Dantroleno intravenoso en hipertermia maligna y síndrome neurolopetico maligno: protocolo de utilización. *Farm Hosp*. 1995; 19(2): p. 95-98.
 192. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Malignant Hyperthermia Standard. Guideline. Vancouver: College of Physicians and Surgeons of British Columbia, Non-Hospital medical and Surgical Facilities Program Committee; 2012.
 193. Musselman M, Saely S. Diagnosis and treatment of drug-induced hyperthermia. *Am J Health-Syst-Pharm*. 2013 January; 7: p. 34-42.
 194. Shneiderbanger D, Johannsen S, Roewer N, Schuster F. Management of malignant hyperthermia: diagnosis and treatment. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2014 May; 10: p. 355-362.
 195. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Malignant Hyperthermia Crisis. 2011. AAGBI Safety Guideline.
 196. Tae W, Rosenberg H, Nami N. Current Concepts in the Understanding of Malignant Hyperthermia. *Anesthesiology News*. 2014 February;: p. 1-6.
 197. Parekh R, Caro D, Tainter C. Rhabdomyolysis: Advances In Diagnosis And Treatment. *Emergency Medicine Practice*. 2012 March; 14(3).
 198. Surgical Critical Care and Medical Critical Care Services - Orlando. Rhabdomyolysis: Prevention and Treatment. 2009. Guideline.
 199. Muscal E. Medscape. Rhabdomyolysis Treatment and Management. [Online].; 2014 [cited 2015 June 19]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1007814-treatment>.
 200. Vanholder R, Sukru M, Ereke E, Lameire N. Rhabdomyolysis. *J Am Soc Nephrol*. 2000; 11: p. 1553-1561.
 201. Brophy G, et al. Guidelines for the Evaluation and Management of Status Epilepticus. *Neurocritic care*. 2012 April; p. 1-21.
 202. Tasker R. Emergency treatment of acute seizures and status epilepticus. *Arch Dis Child*. 1998; 79: p. 78-83.
 203. West Suffolk Hospitals-NHS. Protocol for the Management of Seizures and Status epilepticus in Adult. 2009. Clinical Guideline.

204. Costello D, Cole A. Treatment of Acute Seizures and Status Epilepticus. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2006 December;; p. 1-29.
205. Mula M, Strigaro G. Clinical Trials fir Anxiety Disorders. In Hertzman M, Adler L, editors. *Clinical Trials in Psychopharmacology*. Second Edition ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2010. p. 422.
206. Medscape. Medscape. Diazepam (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 June 22. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/valium-diaostat-diazepam-342902#0>.
207. Medscape. Medscape. Lorazepam (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 June 22. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/ativan-loraz-lorazepam-342906>.
208. Medscape. Medscape. Haloperidol (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 June 22. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/haldol-decanoate-haloperidol-342974>.
209. Medscape. Medscape. Chlorpromazine (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 June 22. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/chlorpromazine-342970#0>.
210. DynaMed Plus. Diltiazem. [Online].; Updated 2013 [cited 2015 September 24. Available from: <http://www.dynamed.com>.
211. Hollander JE. Cocaine Intoxication and Hypertension. *Annals of Emergency Medicine*. 2008 March; 51(3).
212. Cline D, Amin A. Drug Treatment fo Hypertensive Emergencies. *Emergency Medicine Cardiac Research and Education Group*. 2008 January; 1: p. 1-12.
213. Medscape. Medscape. Verapamil (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 June 22. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/calan-sr-isoptin-sr-verapamil-342380>.
214. McCord J, Jneid H, Hollander J. Management of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction. *Circulation*. 2008; 117: p. 1897-1907.
215. Hoffman RS. Treatment of patients with cocaine-induced arrhythmias: bringing the bench to the bedside. *BJCP*. 2009 December; 69(5): p. 448-457.
216. American Heart Association. *Soporte Vital Cardiovascular Avanzado*. Libro del proveedor. Primera ed. Benson-Rogers A, Fraga-Sastrias J, Bibiano C, Martín A, Swieskowski S, Rivera-Bou W, editors. Estados Unidos: Integracolor Ltd; 2012.
217. Medscape. Medscape. Nitroglycerin sublingual (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 08. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/nitrostat-nitroquick-nitroglycerin-sublingual-342280>.
218. Medscape. Medscape. Morphine (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 08. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/ms-contin-avinza-morphine-343319>.
219. Weber J, Shofer F, Larkin L, Kalaria A, Hollander J. Validation of a Brief Observation Period for Patients with Cocaine-Associated Chest Pain. *N Engl J MED*. 2003 February; 348(6): p. 510-517.
220. Beckley lea. Clinical management of cocaine body packers: the Hillingdon experience. *Can J Surg*. 2009 October; 52(5): p. 417-421.
221. Wong G, Lai K, Chung C. Management of body packers in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2005 April; 12(2): p. 112-118.
222. Lingford HA, Welch S, Peters L, Nutt D. BAP update guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology*. 2012 May; 28: p. 1-54.
223. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína. *Guía de práctica clínica basada en la literatura científica del tratamiento de la dependencia de la cocaína*. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano, Departamento de Salud; 2011.
224. Al-Halabí S. *Manual de Trastornos Adictivos*. Segunda edición ed. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, editors.: Enfoque Editorial, S.C.; 2011.
225. Karila L. Pharmacological Treatments for Cocaine Dependence: Is There Something New? *Current Pharmaceutical Design*. 2011 February; 17(14): p. 1358-1368.
226. Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farré M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis.

- Drug and alcohol dependence. 2004 July; 78(2005): p. 1-22.
227. Agencia de Salud Pública de Catalunya. Guía de Práctica Clínica sobre el tratamiento de la dependencia de la cocaína. Primera edición ed. Drogodependencia SGd, editor. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2011.
 228. Kinsey BM, Kosten TR, Orson FM. Active immunotherapy for the Treatment of Cocaine Dependence. NIH. 2010 April; 35(4): p. 1-11.
 229. Fernández P, Lizasoain I. Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). Adicciones. 2003; 15(Supl 2): p. 51-75.
 230. Asghar K, De Souza E, (editors). Pharmacology and Toxicology of Amphetamine and Related Designer Drugs. Monograph. Monograph Series 94. Washington: National Institute on Drug Abuse, U.S Department of Health and Human Services; 1989. Report No.: (ADM)89-1640.
 231. Sulzer D, Sonders M, Pulsen N, Galli A. Mechanisms of neurotransmitter release by amphetamines: A review. Progress in Neurobiology. 2005 April; p. 406-433.
 232. Robledo P. Las anfetaminas. Trastornos Adictivos. 2008; 10(3): p. 166-174.
 233. Gómez U. Intoxicación por benzodiazepinas. In Correa-Serna L, editor. Guías para Manejo de Urgencias. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2009. p. 624.
 234. Vicens-Caldentey C, Fiol-Gelabert F. Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. Inf Ter Sist Nac Salud. 2008; 32: p. 52-57.
 235. Busto UE. Risk factors associated to benzodiazepine abuse and dependence. Trastornos Adictivos. 2000; 2(3): p. 177-182.
 236. Rosas-Gutiérrez I, Simón-Arceo K, Mercado F. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. Salud Mental. 2013 Julio; 36(4): p. 325-329.
 237. Ford C, Law F. Guidance for the use and reduction of misuse of benzodiazepines and other hypnotics and anxiolytics in general practice. [Online].; 2014 [cited 2015 June 04]. Available from: <http://www.smmgp.org.uk/download/guidance/guidance025.pdf>.
 238. Acuña JP. Intoxicación Grave por Psicofármacos. Rev. Med. Clin. CONDES. 2011 Abril; 22(3): p. 332-339.
 239. Capitán I, Selfa M, Méndez M, Franco MD. Dependencia a benzodiazepinas. Trastornos Adictivos. 2009 Marzo; 11(2): p. 118-124.
 240. Greller H, Amit G. UpToDate. Benzodiazepine poisoning and withdrawal. [Online].; 2015 [cited 2015 September 11]. Available from: [Benzodiazepine poisoning and withdrawal](#).
 241. Garzone P, Kroboth P. Farmacocinética de las benzodiazepinas más nuevas. Clin Pharmacokinet. 1989; 16(337).
 242. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. Curr Opin Psychiatry. 2005; 18: p. 249-255.
 243. Peña J, Matute E. Consumo de alcohol en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, entre 1991 y 1998. Sociedad. 2010 Enero; XVI(47): p. 211-229.
 244. Fuentes JA, Vidal O, Fuentes-Moya J, Lopez E. Consumo de Alcohol durante el Embarazo: Múltiples Efectos Negativos en el Feto. Rev Cient Cienc. 2009; 12(2): p. 26-31.
 245. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Addressing Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). A treatment improvement protocol (TIP) Series 58.. TIP 58. Rockville: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. Report No.: (SMA) 13-4803.
 246. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. JOGC. 2010 August; 32(8).
 247. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Pregnant, Substance-Using Women: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 2. TIP. Rockville: Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1993. Report No.: (SMA) 95-3056.
 248. CAMH and St. Joseph's Health Centre, Toronto. Canada's Mental Health and Addiction Network. [Online].; 2010 [cited 2015 July 12]. Available from:

- <https://www.porticonetwork.ca/web/alcohol-toolkit/specific-populations/pregnancy>.
249. Wilcox SR. Medscape. Hyperemesis Gravidarum in Emergency Medicine. [Online].; 2013 [cited 2015 July 12. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/796564-overview>.
 250. Medscape. Ondansetron (Rx). [Online].; 2015 [cited 2015 July 12. Available from: <http://reference.medscape.com/drug/zofran-zuplenz-ondansetron-342052>.
 251. Vaux KK. Medscape. Fetal Alcohol Syndrome. [Online].; 2015 [cited 2015 July 08. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/974016-overview>.
 252. Evrard SG. Diagnostic criteria for fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders. *Arch Argent Pediatr*. 2010; 108(1): p. 61-67.
 253. Bertrand J, Floyd R, Weber M, O`connor M, Riley E, Johnson K, et al. National Task Force on FAS/FAE. Fetal Alcohol Syndrome. Guidelines for Referral and Diagnosis. Guideline. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities; 2004.
 254. Clarren S, Carmichael H, Clarren S, Astley S. A Child with Fetal Alcohol Syndrome. In Paul H, editor. *Interdisciplinary Clinical Assessment of Young Children with Developmental Disabilities*. Baltimore, Maryland: Brookes Publishing Co; 2000. p. 307-326.
 255. CDC - Centers of Disease Control and Prevention. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs). [Online].; 2014 [cited 2015 July 09. Available from: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/treatments.html>.
 256. DynaMed Plus. Fetal alcohol spectrum disorder DynaMed Plus. [Online].; Updated 2015 [cited 2015 July 08. Available from: <http://www.dynamed.com>.
 257. Mendelson C, Gould G, Oncken C. Management of smoking in pregnant women. *Australian Family Physician*. 2014 February; 43(1-2): p. 46-51.
 258. Aguilera C, Arguiñe I. Abuso de sustancias tóxicas durante el embarazo. *Med Clin (Bar)*. 2005 Junio; 125(18): p. 714-716.
 259. Cornelius MD, Day NL. The Effects of Tobacco Use During and After Pregnancy on Exposed Children. *Alcohol Research & Health*. 2000; 24(4): p. 242-249.
 260. Aguirre V. Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. *Rev Chil Enf Respir*. 2007; 23: p. 173-178.
 261. Maggiolo J. Tabaquismo durante el embarazo. *Neumología Pediátrica*. 2011; 61: p. 12-15.
 262. Sánchez-Zamorano LM, Téllez-Rojo MM, Hernández-Avila M. Efecto del tabaquismo durante el embarazo sobre la antropometría al nacimiento. *Salud pública de México*. 2004 Agosto; 46(6): p. 529-533.
 263. The American College of Obstetricians and Gynecologists. A Clinician`s Guide to Helping Pregnant Women Quit Smoking. Smoking Cessation During Pregnancy. 2011. Self-instructional Guide and Tool Kit.
 264. World Health Organization. WHO Recommendation for the Prevention and Management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva.; 2013. Report No.: 978 92 4 150607 6.
 265. Ruoti-Cosp M, Ontano M, Calabrese E, et al. Illicit drug use and abuse during pregnancy. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2009; 7(2): p. 32-44.
 266. Porath-Waller AJ. Clearing the Smoke on Cannabis. Maternal Cannabis Use during Pregnancy. Update. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2015. Report No.: 978-1-77178-224-1.
 267. Cruz-Landeira A, Bouzas-Monero C, Concheiro-Guisán M, et al. Drogas y teratogenia. *Adicciones*. 2006; 18(1): p. 245-261.
 268. Deltsidou A. Cocaine Abuse in Pregnancy. *Epitheorese Klinikes Farmakologicas Kai Farmakokinetikes, International Edition*. 2001 October; 16: p. 225-232.
 269. Gomella T, Cunningham M, Eyal F. Neonatology. Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 25th ed. Gomella T, editor.: Mc Graw Hill Education; 2013.
 270. Malek A. Effects of Prenatal Cocaine Exposure on Human Pregnancy and Postpartum. *Pharmaceut Anal Acta*. 2012 November; 3(9).

271. U.S Department of Health and Human Services. Medications Development for the Treatment of Pregnant Addicts and Their Infants. First edition ed. Chiang N, Finnegan L, editors. Rockville: National Insittute on Drug Abuse; 1995.
272. American Academy of Pediatrics. Neonatal Drug Withdrawal. *Pediatrics*. 1998 June; 101(6): p. 1079-1088.
273. Fernández-Mayoralas C, Pineda-Albaladejo J. Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena. Funcionamiento y Diseño de Procesos. Diseño de procesos. Murcia: Servicio Murciano de Salud, Subdirección General de Saldu Mental; 2008. Report No.: 978-84-96994-15-7.
274. Organización de los Estados Americanos. Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas. V Reunión de Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda. Buenos Aires: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; 2003.
275. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Principio de Tratamientos para la Drogadicción. Una Guía Basada en las Investigaciones. Guía. Insituto Nacional de la Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U; 2010. Report No.: 10-4180(S).
276. Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug*. 2004 Diciembre; 68(2): p. 99-146.
277. Portillo-Diaz I. Bases de la terapia de grupo. Primera Edición ed. México D.F.: Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A.; 2000.
278. Mello R, Ferreira A. The conceptions of users, relatives, and professionals about a Day-Care Unit. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(3): p. 457-64.
279. Rojo-Mota R. Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos*. 2008; 10(2): p. 88-97.
280. Abeijón JA, Aguilar I, Amaro P, etal. La metodología de la comunidad terapéutica Comas D, editor.: Repromás; 2010.
281. Zanusso G, Giannantonio M. Tossicodipendenza e comunita terapéutica. 4th ed. Milano-Italia: Franco Angeli; 1995.
282. Pino A, Belenchon M. Trastorno Bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un programa para Clínicos España: Club Universitario; 2008.
283. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Geneva: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001.
284. Ewing JA. Detecting Alcoholism: the CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*. 1984; 252(14): p. 1905-1907.
285. Feuerlin W, Ringer C, Kufner H, Antons K. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test-MALT. *MMW Munch Med Wochenschr*. 1997 Oct; 119(40): p. 1275-82.
286. Sullivan JT, Sykora K, Schneidernman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*. 1989; 84: p. 1353-1357.
287. Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerström K. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fageström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*. 1991; 86: p. 1119-1127.
288. World Health Organization. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. 978 92 4 159938 2. Washington D.C.; 2010.

Anexos

Anexo 1: Tablas de valoración utilizadas en la elaboración del Protocolo según Guía de Práctica Clínica manejada.

Referencia nº31: Alcoholismo. Guías Clínicas Sociodrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. Madrid, 2013.

Niveles de evidencia	
1	Ensayos clínicos controlados, randomizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.
2	Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
3	Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
4	Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

Grados de recomendación

De acuerdo a niveles de evidencia descritos:

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A (máxima)	1
B (alta)	2 y 3
C(media)	4

Referencia Nº32: Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación Aguda por alcohol Etílico en el Adulto en el Segundo y Tercer Nivel de atención. Guía de Práctica Clínica. México D.F, 2013.

Símbolos utilizados	
E	Evidencia
R	Recomendación

Escala de gradación Oxford

Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de Ensayos clínicos aleatorios (ECA), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1 b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (<80% de seguimiento)
	2 c	Investigación de resultados en salud.
	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma

		dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.		

Estudios de diagnóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	1 b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico.
	1 c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2 b	Estudios exploratorios que, a través de p. e. una regresión logística determinan qué factores son significativos, y que sean validados con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba), o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico, o de validación de muestras separadas.
	3 b	Comparación cegada u objetiva de un espectro una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio.
C	4	Los estándares de referencia no son objetivables, cegados o independientes. Las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes. El estudio compara pacientes con un trastorno determinado conocido con pacientes diagnosticados de otra condición.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales.
*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.		

Estudios de historia natural y pronóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudio de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	1 b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento.
	1 c	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ECA, o GPC no validadas.
	2 c	Investigación de resultados de salud.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad.
*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.		

Análisis económico y análisis de decisiones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas de la evidencia; e inclusión de análisis de sensibilidad.
	1 c	Análisis en términos absolutas de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o menores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas con evidencia limitada; estudios individuales; e inclusión de análisis de sensibilidad.
	2 c	Investigación de resultados en salud.
	3 b	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables

		importantes.
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en teorías económicas.

Referencia N°33 Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia de alcohol. Bogotá, 2013.

Referencia N°58/59: Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, 2010. / Q4: Are acamposate, disulfiram and naltrexone safe and effective in preventing relapse in alcohol dependence in non-specialized health care settings?. Up date 2012.

Referencia N°223: Guía de práctica clínica basada en la literatura científica del tratamiento de la dependencia de la cocaína. Barcelona, 2011.

Referencia N°264: WHO Recommendations for the Prevention and Management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva, 2013.

GRADE

Calidad de la evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si:	Aumentar si:
Alta	ECA	Importante (-1) o muy importante (-2) limitación de la calidad de estudio	Asociación: evidencia de una fuerte asociación: RR > 2 ó <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1). Evidencias de una muy fuerte asociación RR> 5 ó <0,2 basada en evidencia sin posibilidad de sesgos (+2)
Moderada			
Baja	Estudio observacional	Inconsistencia importante (-1) Alguna (-1) o gran (-2) incertidumbre acerca de la que evidencia sea directa Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo notificación (-1)	Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Muy baja	Cualquier otra evidencia		

Calidad alta	Confianza alta en que la estimación del efecto a partir de la literatura disponible se encuentra muy cercana al efecto real.
Calidad moderada	Es probable que la estimación del efecto se encuentre cercana al efecto real, aunque podrían existir diferencias sustanciales.
Calidad baja	La estimación del efecto puede ser sustancialmente diferente al

	efecto real.
Calidad muy baja	Es muy probable que la estimación del efecto sea sustancialmente diferente al efecto real.

Referencia Nº 93: Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia. Buenos Aires, 2010.

Basado por lo establecido en la Guía de Nueva Zelanda. (New Zeland Smoking Cessation guidelines)

A	La recomendación está sustentada en evidencia BUENA (fuerte)
B	La recomendación está sustentada en evidencia SUFICIENTE (razonable), pero puede haber incertidumbre o inconsistencia mínima.
C	La recomendación está sustentada en OPINIÓN DE LOS EXPERTOS (publicada) solamente.
I	Recomendación con evidencia insuficiente.
✓	GPP buena práctica.

Referencia Nº94: Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada, 2011.

Recomendación	
A	Requiere al menos un meta-análisis (MA) bien realizado o de alta calidad, revisión sistemática (RS) de ensayos controlados aleatorizados (ECA), o ECA con riesgo de sesgos bajo o muy bajo, directamente aplicables a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	RS de alta calidad de estudios de cohortes o casos-controles. Estudios de cohortes o casos-controles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de MA de alta calidad, RS de ECA o ECA.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios cohortes y casos-controles bien realizados y con riesgo de sesgos bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de RS de alta calidad de estudios de cohortes o casos-controles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal.
D	Evidencia extrapolada de estudios de cohortes y casos-controles bien realizados y con riesgo de sesgos bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal. Estudios no analíticos (p.ej. serie de casos). Opinión de expertos.

Referencia Nº95: Treating tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, 2008. (Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo)

Recomendación	
A	Múltiples ensayos clínicos aleatorizados, relacionados directamente con la recomendación, ofrecieron un patrón homogéneo de resultados.
B	Algunos datos de ensayos clínicos aleatorizados respaldan la recomendación, pero el apoyo, científico no fue óptimo. Por ejemplo: había pocos ensayos aleatorizados, los ensayos existentes eran algo incostantes, o los estudios no

	se relacionanaban directamente con las recomendaciones.
C	Se reserva a situaciones clínicas importantes en las que el panel de expertos alcanzó el consenso en ausencia de ensayos aleatorizados y controlados relevantes.

Referencia N°222: BAP update guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP, 2012.

Escala Shekelle

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios.	A. Directamente basada en evidencia de categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorizar.	B. Directamente basada en evidencia de categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia de categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias de categoría I o II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III.

Anexo 2.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification)

Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista

<p>Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo "Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año". Explique qué entiende por "bebidas alcohólicas" utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones ("bebidas estándar"). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.</p>	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida? (0) Nunca (pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces a la semana (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p>

(2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
Registre la puntuación total aquí: _____	
Si la puntuación total es mayor al corte recomendado, consulte el Manual del Usuario.*	
Dominios e ítems del AUDIT: 1-2-3: consumo de riesgo de alcohol 4-5-6: síntomas de dependencia 7-8-9-10: consumo perjudicial de alcohol	

Fuente: AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Geneva, 2001. ⁽²⁸³⁾

***Disponible en:**

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

AUDIT-C

<p>Lea las preguntas tal como están escritas. Registre cuidadosamente las respuestas. Empiece el AUDIT-C diciendo: "Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas el último año". Explique qué se entiende por "bebidas alcohólicas" utilizando ejemplos típicos, como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de "bebidas estándar". Marque la cifra de la respuesta (cifra entre paréntesis) el recuadro de la derecha. Si la suma de las cifras de los recuadros es igual o mayor que 4, aplique el AUDIT completo.</p>
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida? (0) Nunca (pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces a la semana (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>

Fuente: AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Geneva, 2001. ⁽²⁸³⁾

Anexo 3.

Cuestionario CAGE

1.	¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir o dejar la bebida?
2.	¿Le ha molestado las observaciones de su familia, allegados, conocidos, acerca de sus hábitos de bebida?
3.	¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable por su manera de beber?
4.	¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse bien y empezar en forma el día?

Fuente: Alcoholism, the CAGE Questionnaire, Journal of the American Medical Association, 1984. ⁽²⁸⁴⁾

*Se considera que la persona tiene un consumo nocivo si responde al menos dos preguntas afirmativamente.

Anexo 4: Cuestionarios MALT

MALT-O (cuestionario heteroadministrado por el profesional de la salud)

El valor de cada respuesta afirmativa vale 4 puntos

	SI	NO
1. Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; p.ej. consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc, y al menos un valor de laboratorio patológico: p.eh. GOT, GPT, o GGT). (Solo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc).		
2. Polineuropatía (solo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej. diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4. Consumo alcohólico superior a lo 150 ml (en la mujer, 120ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses.		
5. Consumo alcohólico superior a los 300ml (en la mujer, 240ml) de alcohol puro, una o más veces al mes.		
6. Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica)		
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico/a, trabajador/a social o insituciones pertinentes).		
Puntuación total		

Fuente: Diagnosis of alcoholism, The Munich Alcoholism Test-MALT-. MMW Munch Med Wochenscher, 1997. ⁽²⁸⁵⁾

Valoración del cuestionario MALT-O

0-5 puntos	Ausencia de alcoholismo
6-10 puntos	Sospecha de alcoholismo o riesgo de alcoholismo
>11 puntos	Alcoholismo

Fuente: Diagnosis of alcoholism, The Munich Alcoholism Test-MALT-. MMW Munch Med Wochenscher, 1997. ⁽²⁸⁵⁾

MALT-S (cuestionario a complementar por el paciente)

El valor de cada respuesta afirmativa vale 1 punto

Nombre y Apellidos:		
Fecha:		
Nº Historia Clínica:		
Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación personal durante los últimos meses.		
	SI	NO
1.En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos.		
2.Por temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar.		
3.Alguna vez he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol.		
4.En la actualidad, me siento amargado por mis problemas y dificultades.		
5.No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo.		
6.Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo.		
7.A menudo pienso en el alcohol.		
8.A veces he bebido alcohol incluso cuando el médico me lo había prohibido.		
9.En las temporadas que bebo más, como menos.		
10.En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera.		
11.Últimamente prefiero beber alcohol a solas y sin que me vean.		
12.Bebo desde un trago y más de prisa que los demás.		
13.Desde que bebo más, soy menos activo.		
14.A menudo me remuerde la conciencia o tengo sentimiento de culpa, después de haber bebido.		
15.He ensayado un sistema para beber, por ejemplo no beber antes de determinadas horas.		
16.Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol.		
17.Sin alcohol no tendría tantos problemas.		
18.Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme.		
19.Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.		
20.Tan pronto quiere dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no.		
21.Otras personas no pueden comprender por qué bebo.		
22.Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi pareja.		
23.Ya he probado a pasar temporadas sin alcohol.		
24.Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo.		
25.Repetidamente me han mencionado mi “aliento alcohólico”.		
26.Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.		
27.A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera.		
Puntuación total		

Fuente: Diagnosis of alcoholism, The Munich Alcoholism Test-MALT-. MMW Munch Med Wochenscher, 1997. ⁽²⁸⁵⁾

Valoración del cuestionario MALT-S

0-5 puntos	Ausencia de alcoholismo
6-10 puntos	Sospecha de alcoholismo o riesgo de alcoholismo
>11 puntos	Alcoholismo

Fuente: Diagnosis of alcoholism, The Munich Alcoholism Test-MALT-. MMW Munch Med Wochenscher, 1997. ⁽²⁸⁵⁾

Anexo 5: CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assesment)

Náusea y vómito	Alteraciones táctiles
0 Sin náusea ni vómito 1 Náusea leve sin vómito 2 3 4 Náusea intermitente con arcadas o esfuerzos secos 5 6 7 Náusea constante y vómito Puntaje: _____	0 Ninguna 1 Sensación leve (punzante, ardiente, cosquilleo). 2 Suave 3 Moderado 4 Alucinaciones moderadas 5 Alucinaciones severas 6 Alucinaciones extremas 7 Alucinaciones continuas Puntaje: _____
Temblor	Alteraciones auditivas
0 Sin temblor 1 Temblor no visible; puede percibirse en los dedos 2 3 4 Moderado, con los brazos extendidos 5 6 7 Severo, incluso con los brazos no extendidos Puntaje: _____	0 Ninguna 1 Muy leve; sonidos secos 2 Leves 3 Moderados 4 Alucinaciones moderadas 5 Alucinaciones severas 6 Alucinaciones extremas 7 Alucinaciones continuas Puntaje: _____
Sudoración	Alteraciones visuales
0 No visible 1 Palmas húmedas 2 3 4 Sudor en la frente 5 6 7 Sudor abundante en todo el cuerpo Puntaje: _____	0 Ninguna 1 Muy leves 2 Leves 3 Moderadas 4 Alucinaciones moderadas 5 Alucinaciones severas 6 Alucinaciones extremas 7 Alucinaciones continuas Puntaje: _____
Ansiedad	Cefalea
0 Sin ansiedad 1 Ligeramente ansioso 2 3 4 Moderadamente ansioso 5 6 7 Ataque de pánico Puntaje: _____	0 Sin cefalea 1 Muy leve 2 Leve 3 Moderada 4 Moderadamente severa 5 Severa 6 Muy severa 7 Extremadamente severa Puntaje: _____
Agitación psicomotriz	Orientación y funciones superiores
0 Actividad normal 1 Algo hiperactivo 2 3 4 Moderadamente inquieto 5 6 7 con agitación psicomotriz y cambios	0 Orientado, puede sumar 1 No puede sumar; indeciso en la fecha 2 Desorientado temporalmente (<2 días) 3 Mayor desorientación temporal (>2 días) 4 Desorientación espacial o en la persona

de postura	Puntaje: _____	Puntaje: _____
Puntaje total: _____		
Nombre del examinador: _____		
Puntaje máximo posible: 67		

Fuente: Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction, 1989. ⁽²⁸⁶⁾

Puntuación de escala CIWA-ar, según nivel de abstinencia

Puntuación	Indicación según nivel de abstinencia para el tratamiento de los pacientes
0-8	No se recomienda manejo farmacológico
9-15	Considere iniciar tratamiento farmacológico
≥16	Se recomienda iniciar manejo farmacológico a dosis máximas
>20	Alto riesgo de degenerar en delirium tremens
Abstinencia leve	Puntuación ≤9
Abstinencia moderada	Puntuación entre 10-19
Abstinencia severa	Puntuación ≥ 20

Fuente: Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia de alcohol. Bogotá, 2013. ⁽³³⁾

Anexo 6. Estigmas alcohólicos

Signos o síntomas comunes en pacientes con consumo crónico de alcohol (a mayor número de elementos presentes, mayor probabilidad de alcoholismo).

Telangiectasias faciales
Arañas vasculares
Inyección conjuntival
Hipertrofia parotídea
Temblor lingual
Eritema palmar
Temblor de manos
Contractura de Dupuytren
Neuropatía periférica
Ginecomastia
Circulación colateral suprficial (signo de la cabeza de medusa)
Ascitis
Hepatomegalia
Esplenomegalia
Ictericia
Desnutrición
Hipertensión
Alteraciones cognitivas

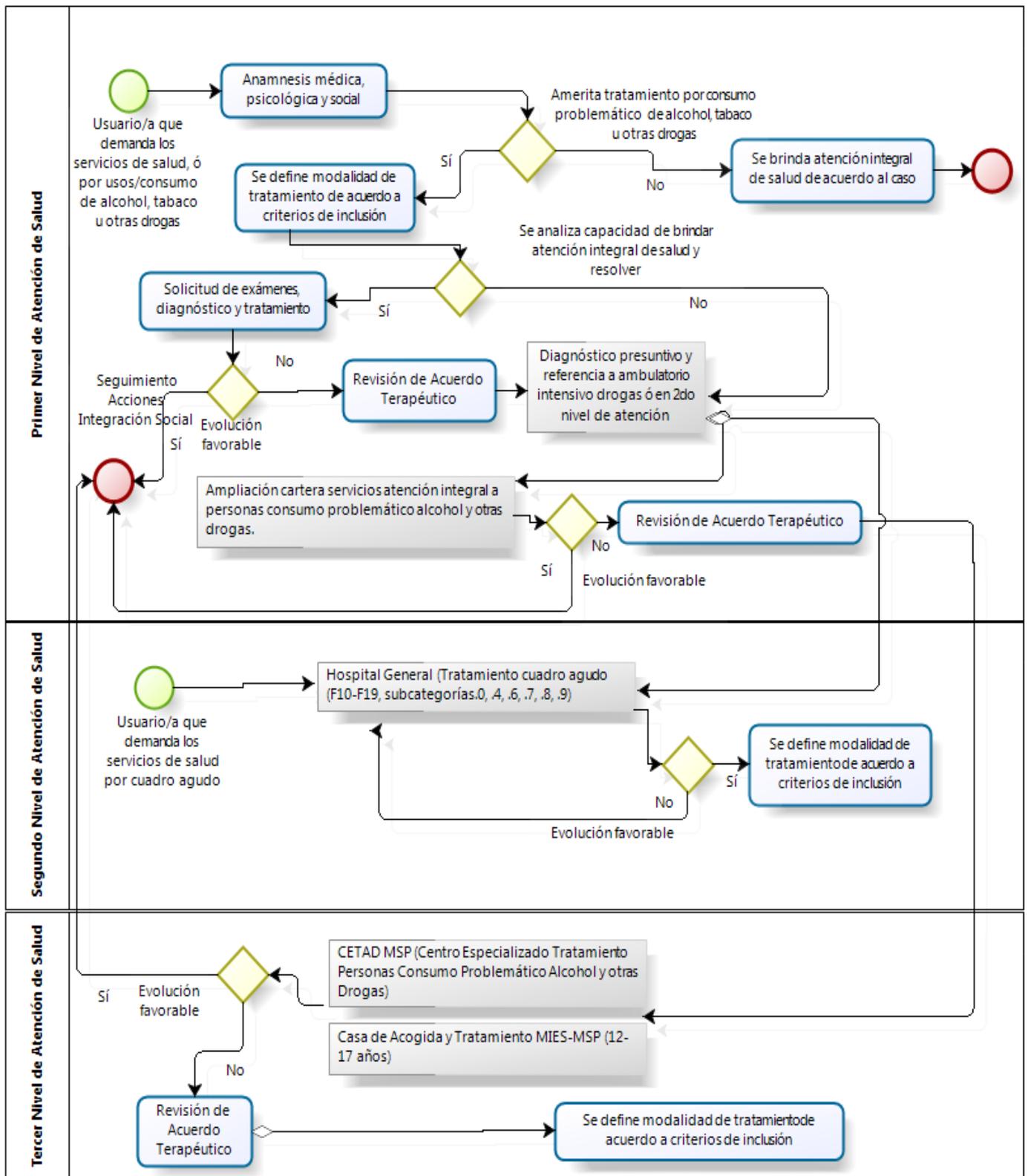
Fuente: Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia de alcohol. Bogotá, 2013. ⁽³³⁾

Anexo 7: Test de Fagerström de dependencia de la nicotina

Pregunta	Respuesta	Puntuación
¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	<5	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	>60 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?	Si	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	<11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si	1
	No	0

Fuente: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström tolerance Questionnaire, British Journal of Addictions, 1991. ⁽²⁸⁷⁾

Anexo 8: Flujoograma de atención a personas con consumo nocivo de alcohol y otras drogas



Descripción flujograma de atención

- Usuario/a que demanda atención de salud en general o por uso/consumo de alcohol, tabaco u otras drogas que acude al primer nivel de atención de salud.
- Se realiza la primera consulta: anamnesis médica, psicológica y social.
- Luego de la anamnesis se evalúa si amerita tratamiento por consumo nocivo de alcohol, tabaco u otras drogas.
- Si la respuesta es SI, se define la modalidad de tratamiento de acuerdo a criterios de inclusión, se analiza la capacidad de brindar atención integral y resolver el cuadro. Se solicita exámenes complementarios y se da tratamiento pertinente. Si la evolución es favorable se desarrollan acciones de seguimiento e integración social. Si la evolución NO es favorable se revisa el Acuerdo Terapéutico y se define modalidad de tratamiento.
- Si la respuesta es NO se refiere al servicio ambulatorio intensivo para el consumo nocivo de alcohol y otras drogas ó al segundo nivel de atención, con diagnóstico presuntivo (Formulario 053).
- Si la evolución SI es favorable en el servicio ambulatorio intensivo para el consumo nocivo de alcohol y otras drogas, se contrarefiere al centro de salud B o C, con servicio de psicología para seguimiento y acciones de integración social. Si la evolución NO es favorable en el servicio ambulatorio intensivo para el consumo nocivo de alcohol y otras drogas se revisa el Acuerdo Terapéutico, y se refiere al Centro Especializado en tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas CETAD, o a la casa de acogida y tratamiento (MIES-MSP) en caso de ser menor de edad (Formulario 053).
- Si la evolución SI es favorable en el Hospital se define la modalidad de tratamiento. Si la evolución NO es favorable en Hospital se mantiene en el hospital ya que se trata de un ámbito médico clínico.
- Si la evolución es favorable en el CETAD, se contrarefiere al centro de salud B o C, con servicio de Psicología para seguimiento y acciones de integración social. Si la evolución NO es favorable en el CETAD, se evalúa el Acuerdo Terapéutico y se define modalidad de tratamiento. Si presenta comorbilidad psiquiátrica se contrarefiere al hospital general para estabilizar el cuadro agudo para luego volver al CETAD.
- Si la evolución SI es favorable en la casa de Acogida y Tratamiento (MIES-MSP), se enfatizan las acciones de inclusión, para posterior contrareferencia al centro de salud B o C, con servicio de Psicología para seguimiento y acciones de integración social. Si la evolución NO es favorable en este establecimiento, se evalúa el acuerdo terapéutico y se define modalidad de tratamiento.
- Las personas autoreferidas al tercer nivel de atención en la materia, serán contenidas por el profesional de salud de turno, y de no tratarse de una urgencia/emergencia, se gestionará el ingreso al sistema nacional de salud por el primer nivel, garantizando la continuidad de la atención.
- Los criterios de inclusión en lo relacionado con tiempo, frecuencia, cantidad y tipo de sustancia se definen en función de una evaluación integral del usuario/paciente por parte del equipo inter-disciplinario.

Anexo 9. Actividades esenciales del equipo de salud

Equipo técnico

Responsable técnico

Responsable
Psiquiatra, médico o psicólogo especialista o con experiencia en drogodependencias.
Actividades
<ul style="list-style-type: none">- Dirigir y coordinar la gestión que se lleva a cabo dentro del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, con el fin de que los procesos se diseñen y ejecuten desde la perspectiva y necesidades del paciente.- Aplicar en el Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, la normativa vigente y políticas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.- Garantizar el cumplimiento de las etapas de Atención Integral en Salud y Ambulatorio de Seguimiento en el Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.- Administrar el Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas aplicando, presentar informes de avance técnico y económico, los mecanismos, instrumentos o formatos, incluyendo los indicadores de resultados e impactos que para ello se hubieran definido.- Solicitar los desembolsos periódicos de fondos para la ejecución de los proyectos, a través de la Coordinación Técnica y de acuerdo al cronograma aprobado. Para ello, deberán justificar con soportes de gastos o de inversiones el uso de recursos recibidos en forma previa.- Crear y ejecutar programas, planes y proyectos para el fortalecimiento de las actividades del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.- Supervisar el trabajo de administración en lo concerniente a alimentación, limpieza, transporte y guardiana.- Contactar y establecer convenios, acuerdos y programas con instituciones afines que favorezcan el desarrollo de la institución y se cumplan los objetivos bajo la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública.- Participar y dirigir reuniones de Equipo Técnico dentro del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.

Médico general

Responsable
Médico general con conocimientos en drogodependencia.
Actividades del cargo
<ul style="list-style-type: none">- Examina, diagnostica y prescribe medicación, terapia u otra forma de asistencia médica integral al paciente en las diferentes áreas, con actividades propias de su especialidad.- Analiza y deriva casos de pacientes con los médicos especialista, para dar un diagnóstico adecuado.- Elabora y mantiene actualizado el registro de pacientes mediante historias clínicas, hojas de descargo, y otros instrumentos de registro, para un seguimiento y control adecuado de la patología.- Refiere a pacientes a los diferentes niveles de atención- Realiza el consentimiento informado del paciente, de acuerdo a estudios y funcionamiento de la red social y comunitaria.

- Realizar las demás actividades requeridas por su jefe inmediato en su ámbito de acción.

Psiquiatra (Itinerante)

Responsable
Psiquiatra con conocimientos en drogodependencia.
Actividades del cargo
<ul style="list-style-type: none"> - Coordina las actividades de la/las especialidad/es y/o procesos a su cargo. - Atiende evalúa, diagnóstica y prescribe medicación, terapia, u otra forma de asistencia médica en el área de su especialidad para tratar o evitar una enfermedad o lesión. - Estudia y analiza casos conjuntamente con los médicos de la misma especialidad o de otras especialidades. - Reporta, investiga y resuelve problemas y casos médicos especiales. - Coordina y supervisa la atención integral sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos en su ámbito de acción. - Realiza las demás actividades requeridas por su jefe inmediato en su ámbito de acción. - Elabora y mantiene actualizado el registro de pacientes mediante historias clínicas, hojas de descargo, y otros instrumentos de registro, para un seguimiento y control adecuado de la patología.

Auxiliar de enfermería

Responsable
Auxiliar de enfermería
Actividades del cargo
<ul style="list-style-type: none"> - Entrega y recepta reporte de pacientes, lencería, materiales y equipo en cada turno - Realiza el ingreso del paciente, y lo prepara cuando se le ha dado el alta, brinda información al paciente antes de su salida del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas. - Apoya en la administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción del médico, en ausencia de licenciada de enfermería. - Realiza el retiro de medicamentos de farmacia en ausencia del auxiliar de farmacia - Realiza la desinfección del área diaria, concurrente y terminal, y el aseo de instrumentos y materiales de servicio - Prepara y abastece de todo el material estéril al Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.

Psicólogo

Responsable
Psicólogo clínico/psicóloga clínica
Actividades del cargo
<ul style="list-style-type: none"> - Atender individual y grupalmente a los usuarios en horarios establecidos. - Atender de acuerdo a la planificación diseñada por el Equipo Técnico del Ministerio de Salud Pública. - Brindar atención individual y grupal a la familia del usuario en horarios establecidos. - Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los usuarios/pacientes. - Elabora historias clínicas de su ámbito de acción de acuerdo a normativa y

<p>estándares y asegura la actualización y mantenimiento de las mismas en la unidad a su cargo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento en las actividades del Equipo Técnico para aplicarlas de manera adecuada y pertinente, cumpliendo los objetivos del plan terapéutico. - Acudir a las reuniones del Equipo Técnico. - Planificación de programas y proyectos de promoción, prevención, seguimiento y asistencia de desarrollo social en el área de rehabilitación de los usuarios y sus familiares.

Trabajador social

Responsable
Trabajador social/trabajadora social
Actividades del cargo
<ul style="list-style-type: none"> - Efectuar las investigaciones sociales de los casos atendidos. - Orientación a la familia de los usuarios/pacientes en situación de crisis. - Realizar las gestiones pertinentes y necesarias para el proceso de intervención, a nivel individual, familiar, social, laboral, así como en cuanto a regularizar la situación legal del usuario/paciente. - Contribuir a la toma de decisiones frente a la situación del usuario/paciente y su familia, aportando sus conocimientos específicos del área. - Motivar a la familia a participar en el proceso planteado para superar las situaciones que originaron el ingreso de usuario/paciente a la unidad de atención. - Realizar visitas domiciliarias y coordinación interinstitucional para la atención integral de adolescentes. - Mantener actualizada la base de datos de instituciones y contactos. - Liderar los procesos de reinserción familiar: investigación, análisis social del entorno familiar y comunitario, coordinación interdisciplinaria, intervención, seguimiento y evaluación de los procesos, conjuntamente con los integrantes del Equipo Técnico. - Seguimiento post acogimiento institucional (situación de usuarios/pacientes que egresaron de la unidad de atención por reinserción familiar o autonomía). - Elaborar los informes y documentos derivados de su labor profesional.

Terapeuta ocupacional

Responsable
Terapeuta ocupacional
Actividades del cargo
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el perfil ocupacional (destrezas psicomotrices, capacidades remanentes, aspectos vocacionales, orientación laboral) de los/las adolescentes, a través de la aplicación de instrumentos de especialidad. - Diseñar y ejecutar el plan de Actividades de la Vida Diaria (AVD) para la adquisición de hábitos, asumir responsabilidades y desarrollar destrezas de comunicación interpersonal. - Promover actividades ocupacionales individuales y/o grupales dirigidas a preparar a cada usuario/paciente para el proceso de capacitación laboral. - Planificar y participar en las actividades lúdicas o deportivas programadas, junto con el operador de casa. - Acompañar el proceso de capacitación e inclusión laboral, a través de las acciones necesarias que requiera cada caso. - Elaborar los informes y documentos derivados de su labor profesional.

Operador de casa

Responsable
Egresados de psicología, terapia ocupacional, sociología o afines.
Actividades del cargo
<ul style="list-style-type: none">- Guiar la convivencia diaria en el Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.- Acompañamiento y orientación en las actividades diarias programadas con los usuarios/pacientes durante su permanencia en la unidad de atención (junto con el/la Terapeuta Ocupacional)- Realizar las actividades diarias según correspondan en los planes de intervención.- Guiar y verificar el aseo, higiene y hábitos, nutrición, actividades lúdicas y recreativas de los usuarios/pacientes.- Facilitar el ingreso del usuario/paciente al Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas- Apoyar en gestiones interinstitucionales para la coordinación de actividades culturales, recreativas, deportivas, educativas, atención médica de los usuarios/pacientes.- Responder a las necesidades de orientación y apoyo a los pacientes/usuarios.- Contribuir al proceso formativo de los usuarios/pacientes, capacitándoles en habilidades y competencias para la vida y procesos para la autonomía.- Realizar reuniones grupales para el desarrollo de habilidades sociales.- Desarrollar herramientas formativas y de apoyo dentro del Centro Especializado de Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, tales como talleres de lectura dirigida, talleres de hábitos, talleres de salud sexual y reproductiva, etc.- Apuntar las observaciones y novedades en los registros correspondientes.- Reportar mensualmente las actividades realizadas mediante un informe a la Coordinación Técnica.

Bioquímico farmacéutico (Itinerante)

Responsable
Químico o bioquímico farmacéutico
Actividades del cargo
<ul style="list-style-type: none">- Elaborar el perfil farmacoterapéutico del los pacientes internados.- Realizar dispensación informada de los medicamentos prescritos por el médico- Elaborar informes mensuales del uso de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos al Ministerio de Salud Pública.- Ejecutar actividades de verificación del stock de medicamentos, y, dispositivos médicos para evitar el desabastecimiento- Realizar la recepción técnica de medicamentos, , dispositivos médicos , verificando que sus caracteres organolépticos estén de acuerdo al registro sanitario y al certificado de análisis de control de calidad del medicamento- Revisar las fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos ,- Controlar la aplicación de las normas de almacenamiento de acuerdo a la Guía para Recepción y Almacenamiento de medicamentos.- Realizar las demás actividades requeridas por su inmediato superior dentro de su ámbito de acción

Anexo 10: ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Fuente: World Health Organization. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Washington D.C; 2010. ⁽²⁸⁸⁾

OMS-ASSIST V3.0

Nombre y apellidos:

Fecha:

Nº Historia Clínica:

Introducción (Léalo al paciente)

Gracias por participar en esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada en absoluta confidencialidad.

Nota: antes de formular las preguntas, entregue las tarjetas de respuesta al paciente.

Pregunta 1:

(Al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deberá se explorada)

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO MÉDICOS)	No	Si
a.Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b.Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	3
c.Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc)	0	3
d.Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc)	0	3
f.Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc).	0	3
g.Tranquilizantes o pastillas para dormir diazepam (valium), alprazolam / (xanax)/, lorazepam, flunitrazepam (rohipnol), etc)	0	3
h.Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc)	0	3
i.Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, buprenorfina, etc)	0	3
j.Otros-especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: “¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?”

Si constestó “No” a todos los ítems, pare la entrevista.

Si constestó “Si” a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a.Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b.Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	2	3	4	6
c.Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc)	0	2	3	4	6
d.Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc)	0	2	3	4	6
f.Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc).	0	2	3	4	6
g.Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Xanax/alprazolam, lorazepam, rohipnol, etc)	0	2	3	4	6
h.Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc)	0	2	3	4	6
i.Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, buprenorfina, etc)	0	2	3	4	6
j.Otros-especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido “Nunca” a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6. Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3,4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿Con que frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a.Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b.Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	3	4	5	6
c.Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc)	0	3	4	5	6
d.Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc)	0	3	4	5	6
f.Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento,	0	3	4	5	6

etc).					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Xanax/alprazolam, lorazepam, rohipnol, etc)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, buprenorfina, etc)	0	3	4	5	6
j. Otros-especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc).	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Xanax/alprazolam, lorazepam, rohipnol, etc)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, buprenorfina, etc)	0	4	5	6	7
j. Otros-especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc).	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Xanax/alprazolam, lorazepam, rohipnol, etc)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc)	0	5	6	7	8

i.Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, buprenorfina, etc)	0	5	6	7	8
j.Otros-especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
a.Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b.Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	6	3
c.Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc)	0	6	3
d.Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc)	0	6	3
f.Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc).	0	6	3
g.Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Xanax/alprazolam, lorazepam, rohipnol, etc)	0	6	3
h.Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc)	0	6	3
i.Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, buprenorfina, etc)	0	6	3
j.Otros-especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
a.Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b.Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	6	3
c.Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc)	0	6	3
d.Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc)	0	6	3
f.Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc).	0	6	3
g.Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Xanax/alprazolam, lorazepam, rohipnol, etc)	0	6	3
h.Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc)	0	6	3

i.Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, buprenorfina, etc)	0	6	3
j.Otros-especifique:	0	6	3

Pregunta 8

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los ultimos 3 meses	Si, pero no en los ultimos tres meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

Nota importante

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar el patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

Patrón de inyección	Guías de intervención
Una vez a la semana o menos ○ Menos de 3 días seguidos	Intervención breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"
Más de una vez a la semana ○ 3 o más días seguidos	Requiere mayor evaluación y tratamiento más intenso

Cómo calcular una puntuación específica para cada sustancia

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: $P2c+P3c+P4c+P5c+P6c+P7c$

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: $P2a+P3a+P4a+P6a+P7a$

El tipo de intervención se determina por la puntuación específica del paciente para cada sustancia.

Anexo11. Acuerdo terapéutico

ACUERDO TERAPÉUTICO

En la Ciudad de a losdías del mes de año con la finalidad de dar fiel cumplimiento al proceso terapéutico, se acuerda el siguiente COMPROMISO DE INGRESO, entre el Señor: de años de edad, con cédula de ciudadanía número Dirección: Teléfonos:, sus representantes legales o testigos son:, C.C.:, y el Centro de Tratamiento especializado en tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas CETAD, adquiriendo los siguientes compromisos:

CLAUSULA 1.- DEL PARTICIPANTE:

1. Evitar consumo de drogas y sus sitios
2. Evitar las agresiones (físicas, psicológicas, verbales y sexuales).
3. Evitar hurto, robo, prestar, vender o regalar cualquier tipo de objeto.
4. Evitar el esquema de calle
5. Evitar uso de dinero
6. Ser honesto y responsable
7. Esforzarme en el trabajo diario
8. Cuidado de mi presentación personal
9. Comunicar mis sentimientos, pensamientos
10. Participar en los grupos
11. Cumplimiento de todas las normas y reglas de casa
12. Evitar abandonar el proceso sin la debida autorización de los profesionales del equipo técnico

CLAUSULA 2.- DE LA FAMILIA:

1. Asistir puntualmente a Asambleas multifamiliares, grupos terapéuticos familiares, encuentros especiales y demás ocasiones en que sean requeridos para los fines terapéuticos.
2. Corresponsabilidad en el cumplimiento de los compromisos asumidos por el participante.
3. Aceptar que somos parte imprescindible en el tratamiento de su familiar.
4. Generar los cambios pertinentes que aporten al proceso terapéutico de su familiar.

CLAUSULA 3.- DEL CENTRO DE ESPECIALIZACIÓN EN TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS:

1. Acoger al usuario/residente y a su familia, dándoles las herramientas terapéuticas necesarias que contribuyan de la mejor manera posible en su proceso de cambio, con profesionalismo, ética y confidencialidad.
2. Dar a conocer los logros y dificultades dentro del proceso de los usuarios/residentes y sus familias periódicamente.

CLAUSULAS ESPECIALES

1. En caso de existir alta no autorizada, el servicio del Centro especializado en tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas CETAD no se responsabiliza por los daños que pueda causar el usuario/residente a sí mismo y/o a terceros.
2. El Centro especializado en tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas CETAD realiza el mayor esfuerzo por brindar un tratamiento profesional, mas no se responsabiliza por las acciones u omisiones que pueda cometer el usuario/residente dentro o fuera de la institución.
3. En caso de que mi familiar (usuario/residente) genere algún daño material dentro de la Institución, yo:, representante de:, me comprometo a reponer en el lapso de 15 días calendario el mencionado daño.

Para constancia firman las partes implicadas.

_____	_____	
FIRMA DEL PARTICIPANTE COORDINADOR	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA
C.C _____ C.C _____	C.C _____	

Anexo 12. Proyecto de vida

Proyecto de vida

Nombres:	Apellidos:
-----------------	-------------------

C.C.	Edad:	Estado civil:
-------------	--------------	----------------------

Dirección:	Teléfono:
-------------------	------------------

Misión

Visión

Objetivo de vida

Objetivos específicos

1	
2	
3	
4	

Estrategias/tácticas ¿Cómo lo hago?

1	
2	
3	
4	

Responsabilidades

1	
2	

3	
4	

¿En qué tiempo lo vas a realizar?

Recursos económicos	
Talento humano	
Recursos materiales	

FIRMAS

Testigo familia:	
Participante:	
Trabajo social:	
Terapeuta de seguimiento:	

Anexo 13. Medicamentos avalados en este protocolo

Ácido acetil salicílico

ATC	B01AC6
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 100 mg y 500 mg
Dosis	<p>Síndrome coronario agudo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas agudo: 162-325 mg vía oral, inmediatamente - Prevención secundaria: 75 mg vía oral, una vez al día <p>Prevención de eventos trombóticos o embólicos cardíacos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100-300 mg Vía oral cada día <p>Prevención de ACV</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100-300 mg Vía oral cada día

Ácido fólico

ATC	B03BB01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 1 mg Sólido oral 5 mg
Dosis	<p>Tratamiento de anemia megaloblástica, deficiencia de ácido fólico o profilaxis en embarazo y lactancia</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 mg Vía oral cada día hasta corregir el déficit hematológico, durante el embarazo o la lactancia. Máximo 5 mg Vía oral una vez al día Durante el embarazo y lactancia no se obtienen mejores resultados con dosis mayores a 1 mg. <p>Síndrome de abstinencia por alcohol en embarazadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 mg Vía oral cada día

Adenosina

ATC	C01EB10
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 3 mg/ml
Dosis	<p>Anti arrítmico (conversión de taquicardia paroxística supraventricular y taquicardia en RCP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todas las dosis como bolo rápido en 1 a 3 segundos. - Inicio: 6 mg Intravenoso en bolo rápido, administrado en 1-3 segundos. - Dosis subsecuente: 12 mg Intravenoso cada 1-2 minutos, por 1 o 2 dosis Por razones necesarias. - Dosis mayores para pacientes con altas concentraciones de metilxantinas en sangre. - Iniciar con 3 mg Intravenoso en pacientes que tomen carbamazepina, dipiridamol o tengan trasplante cardíaco.

Alprazolam

ATC	N05BA12
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 0.25 mg Solido oral 0.50 mg
	<p>Ansiedad y ansiedad relacionada a depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.25 mg Vía oral tres veces al día, se puede incrementar la dosis c/3-4 días - Dosis usual: 0.25 mg-0.50 mg Vía oral tres veces al día - Dosis máxima: 4 mg/día - En adultos mayores: 0.25 mg Vía oral, dos veces al día- tres veces al día.

Dosis	<ul style="list-style-type: none"> - Para suspender el tratamiento, disminuir en no más de 0.5 mg/día cada 3 días. <p>Síndrome de adaptación / Agitación psicomotriz / Crisis de pánico-angustia</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.25-0.50 mg/día <p>Insomnio</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.25 mg Hora sueño - Máximo de 7 a 21 días.
--------------	---

Amiodarona

ATC	C01BD01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 200 mg Líquido parenteral 50 mg/ml
Dosis	<p>Tratamiento y prevención secundaria de arritmias ventriculares y supraventriculares (especialmente asociadas a Síndrome de Wolf-Parkinson-White). Fibrilación Ventricular (ACLS)</p> <p><u>Vía oral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis de carga: 200 mg 3 veces al día durante 1 semana reducida a 200 mg dos veces al día durante una semana más. - Dosis de mantenimiento: 200 mg al día o el mínimo requerido para controlar la arritmia. <p><u>Vía intravenosa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente 5 mg/kg durante 20 a 120 minutos con la monitorización del ECG; posterior infusión dada si es necesario según la respuesta hasta un máximo 1.2 gramos en 24 horas. <p>ACLS Taquicardia con pulso:</p> <p>Dosis intravenosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera dosis: 150 mg durante 10 minutos. Repetir en casos necesario, si aparece taquicardia ventricular. - Dosis de mantenimiento: infusión a velocidad de 1 mg/minuto durante las primeras 6 horas. <p>Indicación arritmia ventricular (Hipertermia causada por intoxicación por cocaína)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 50 mg intravenoso en los primeros 10 minutos. (15 mg/min) - Luego administrar 360 mg durante 6 horas (1 mg/minuto). - Pasada las seis horas; 540 mg durante las siguientes 18 horas (0.5 mg/min), por un total de 1000 mg en 24 horas antes de la dosis de mantenimiento. - Dosis de mantenimiento: 0.5 mg/min en un total de 720 mg en 24 horas a una concentración de 1-6 mg/ml. - Tiempo de terapia: 2-3 semanas a dosis de 0.5mg/minuto

Bicarbonato de sodio

ATC	B05XA02
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 1 mEq/ml (8.4%)
Dosis	<p>Tratamiento de acidosis metabólica, reanimación cardiopulmonar avanzada, hiperkalemia, intoxicación por antidepresivos tricíclicos (por cardiotoxicidad) y en la alcalinización de la orina.</p> <p><u>Reanimación cardiovascular avanzada (RCP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración intravenosa lenta - 1 mEq/kg/min Intravenoso por razones necesarias ajustar de acuerdo con respuesta de gasometría arterial - Se puede repetir cada 10 minutos una dosis de 0.5 mEq/Kg Intravenoso por razones necesarias <p><u>Hiperkalemia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 mEq Intravenoso pasar en 5 minutos

	<p><u>Acidosis metabólica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2-5 mEq/kg Intravenoso pasar en 4-8 horas <p><u>Acidosis láctica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Calcular según el déficit con la siguiente fórmula HCO_3^- (déficit en mEq) = $0.5 \times (\text{peso Kg}) \times (\text{HCO}_3^- \text{ deseado} - \text{HCO}_3^- \text{ actual del paciente})$. - La dosis de inicio suele ser un tercio a un medio del déficit extracelular calculado. - Valore normales bicarbonato en gasometría arterial 22-28 mEq/L
--	--

Carbamazepina

ATC	N03AF01												
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 200 mg Sólido oral liberación controlada 400 mg Líquido oral 100 mg/5 ml												
Dosis	<p>Fármaco utilizado generalmente para cuadros epilépticos y neuralgia del trigémino. Otro uso recomendado: síndrome de abstinencia alcohólica. Síndrome de abstinencia alcohólica Esquema terapéutico de 5 días para desintoxicación del consumo de alcohol</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Dosis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º</td> <td>200 mg cada 6 horas</td> </tr> <tr> <td>2º</td> <td>200 mg cada 8 horas</td> </tr> <tr> <td>3º</td> <td>200 mg cada 12 horas</td> </tr> <tr> <td>4º</td> <td>200 mg cada 24 horas</td> </tr> <tr> <td>5º</td> <td>200 mg cada 24 horas</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: 3 Regimens for alcohol withdrawal and detoxification, 2004. ⁽⁷⁴⁾</p>	Día	Dosis	1º	200 mg cada 6 horas	2º	200 mg cada 8 horas	3º	200 mg cada 12 horas	4º	200 mg cada 24 horas	5º	200 mg cada 24 horas
Día	Dosis												
1º	200 mg cada 6 horas												
2º	200 mg cada 8 horas												
3º	200 mg cada 12 horas												
4º	200 mg cada 24 horas												
5º	200 mg cada 24 horas												

Carbón activado

ATC	A07BA01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral
Dosis	<p>Descontaminación gastrointestinal / Disminución de absorción intestinal de sustancias nocivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 1 gramo/kilo c/4 horas (24 horas)

Clonazepam

ATC	N03AE01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Dosis	<p>Convulsiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.5 mg Vía oral tres veces al día - Incrementos: 0.5-1 mg cada 3 días, hasta controlar las convulsiones - Mantenimiento: 0.5-5 mg Vía oral tres veces al día - Dosis máxima: 20 mg/día <p>Trastornos de pánico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.25 mg Vía oral dos veces al día - Incrementos: 0.25 mg-0.5 mg Vía oral cada 3 días. - Mantenimiento 0.5-2 mg Vía oral dos veces al día - Dosis máxima: 4 mg <p><i>Dosis oral equivalente a 5mg de diazepam</i> (considerar conversión para síndrome de abstinencia alcohólica y deshabitación de benzodiazepinas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.25-0.50 mg

Clorpromazina

ATC	N05AA01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 25 mg, 100 mg Líquido parenteral 25 mg/2ml
Dosis	<p>Esquizofrenia, desórdenes psicóticos <u>Moderada a severa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 200 mg – 400 mg/día Vía oral tres veces al día-dos veces al día. - Dosis inicial: 10 mg – 25 mg Vía oral tres veces al día - Incrementos: 20 mg-50 mg/día después de 1-2 días, luego c/3-4 días - Dosis máxima: 1000 mg/día <p><u>Severa no hospitalizados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 200 mg – 600 mg/día Vía oral tres veces al día-dos veces al día. - Dosis inicial: 25 mg Intramuscular por una ocasión, se puede repetir en 1 hora, luego 25-50 mg Vía oral tres veces al día. - Incrementos: 20 mg-50 mg/día después de 1-2 días, luego c/3-4 días - Dosis máxima: 1000 mg/día <p><u>Severa hospitalizados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 200 mg – 800 mg/día Vía oral tres veces al día-dos veces al día. - Dosis inicial: 25 mg intramuscular por una ocasión, se puede repetir en 1 hora, luego 25-50 mg Vía oral tres veces al día - Posteriormente cambiar a vía oral - Dosis máxima: 400 mg Intramuscular c/4h; 2000 mg/día Vía oral - Dosis Vía oral >1000 mg/día raramente son más efectivas; pueden incrementar los efectos adversos. <p>Psicosis ocasionada por intoxicación aguda por cocaína <u>Vía oral</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 30-75 mg cada 6-12 horas. - Dosis de mantenimiento: 200-800 mg/día. <p><u>Intramuscular/Intravenoso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial; 25 mg - Dosis por razones necesarias pasadas 1-4 horas tras dosis inicial: 25-50 mg (dosis máxima 400 mg c/4-6 horas)

Complejo B (Tiamina, Piridoxina, Cianocobalamina)

ATC	A11DB
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral (4 mg/1 mg/1 mcg) Líquido parenteral (100 mg/100 mg/1 mg) Polvo parenteral (200 mg/50 mg/0.030 mg)
Dosis	<p>Tomar en cuenta los requerimientos según déficit vitamínico.</p> <p><u>Tiamina (VB1)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 mg Intravenoso/Intramuscular cada día hasta que se establezca una dieta adecuada. <p><u>Piridoxina (VB6)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mg-5 mg Vía oral cada día. Iniciar con 10 mg-20 mg Vía oral /Intramuscular/Intravenoso cada día por 3 semanas. - Deficiencia: 20-50 mg tres veces por día. <p><u>Cianocobalamina (hidroxocobalamina) (VB12)</u> Dosis inicial: 30 mcg Intramuscular cada día por 5-10 días. Dosis de mantenimiento: 100-200 mcg Intramuscular mensualmente</p>

Combinaciones de vitaminas

ATC	A11JA																																										
Forma farmacéutica y concentración	Sólido parenteral																																										
Dosis	<p>Se deberá tomar en cuenta la siguiente tabla Requerimientos diarios estimados de administración por vía parenteral de vitaminas y oligoelementos en pacientes adultos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Vitamina/Oligoelemento</th> <th>Requerimiento diario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitamina B1 (Tiamina)</td> <td>6 mg</td> </tr> <tr> <td>Vitamina B2 (Riboflavina)</td> <td>3.6 mg</td> </tr> <tr> <td>Vitamina B6 (Piridoxina)</td> <td>6 mg</td> </tr> <tr> <td>Vitamina B12 (Cobalamina)</td> <td>5 ug</td> </tr> <tr> <td>Ácido Pantoténico</td> <td>15 mg</td> </tr> <tr> <td>Niacina</td> <td>40 mg</td> </tr> <tr> <td>Biotina</td> <td>60 ug</td> </tr> <tr> <td>Ácido Fólico</td> <td>600 ug</td> </tr> <tr> <td>Vitamina C (Ácido Ascórbico)</td> <td>200 mg</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A</td> <td>3300 UI (1 mg)</td> </tr> <tr> <td>Vitamina D</td> <td>200 UI</td> </tr> <tr> <td>Vitamina E</td> <td>10 UI (9.1 mg)</td> </tr> <tr> <td>Vitamina K</td> <td>150 ug</td> </tr> <tr> <td>Cromo</td> <td>10-20 ug (0.05-0.10 umol)</td> </tr> <tr> <td>Cobre</td> <td>0.3-1.2 mg (4.7-18.8 umol)</td> </tr> <tr> <td>Yodo</td> <td>70-140 ug (0.54-1.08 umol)</td> </tr> <tr> <td>Hierro</td> <td>1-1.5 mg (18-27 umol)</td> </tr> <tr> <td>Manganeso</td> <td>0.2-0.8 mg (3.6-14.6 umol)</td> </tr> <tr> <td>Selenio</td> <td>20-80 ug (0.25-1.0 umol)</td> </tr> <tr> <td>Zinc</td> <td>2.5-4 mg (38-61 umol)</td> </tr> </tbody> </table>	Vitamina/Oligoelemento	Requerimiento diario	Vitamina B1 (Tiamina)	6 mg	Vitamina B2 (Riboflavina)	3.6 mg	Vitamina B6 (Piridoxina)	6 mg	Vitamina B12 (Cobalamina)	5 ug	Ácido Pantoténico	15 mg	Niacina	40 mg	Biotina	60 ug	Ácido Fólico	600 ug	Vitamina C (Ácido Ascórbico)	200 mg	Vitamina A	3300 UI (1 mg)	Vitamina D	200 UI	Vitamina E	10 UI (9.1 mg)	Vitamina K	150 ug	Cromo	10-20 ug (0.05-0.10 umol)	Cobre	0.3-1.2 mg (4.7-18.8 umol)	Yodo	70-140 ug (0.54-1.08 umol)	Hierro	1-1.5 mg (18-27 umol)	Manganeso	0.2-0.8 mg (3.6-14.6 umol)	Selenio	20-80 ug (0.25-1.0 umol)	Zinc	2.5-4 mg (38-61 umol)
Vitamina/Oligoelemento	Requerimiento diario																																										
Vitamina B1 (Tiamina)	6 mg																																										
Vitamina B2 (Riboflavina)	3.6 mg																																										
Vitamina B6 (Piridoxina)	6 mg																																										
Vitamina B12 (Cobalamina)	5 ug																																										
Ácido Pantoténico	15 mg																																										
Niacina	40 mg																																										
Biotina	60 ug																																										
Ácido Fólico	600 ug																																										
Vitamina C (Ácido Ascórbico)	200 mg																																										
Vitamina A	3300 UI (1 mg)																																										
Vitamina D	200 UI																																										
Vitamina E	10 UI (9.1 mg)																																										
Vitamina K	150 ug																																										
Cromo	10-20 ug (0.05-0.10 umol)																																										
Cobre	0.3-1.2 mg (4.7-18.8 umol)																																										
Yodo	70-140 ug (0.54-1.08 umol)																																										
Hierro	1-1.5 mg (18-27 umol)																																										
Manganeso	0.2-0.8 mg (3.6-14.6 umol)																																										
Selenio	20-80 ug (0.25-1.0 umol)																																										
Zinc	2.5-4 mg (38-61 umol)																																										

Dantroleno

ATC	M03CA01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido parenteral 20 mg
Dosis	<p>Hipertermia maligna.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 2.5 mg/kg Intravenoso en bolo, repetir por razones necesarias - En ciertas ocasiones son necesarias dosis mayores a 10 mg/kg - Dosis máxima: 30 mg/kg - Dosis de mantenimiento: 1 mg/kg Intravenoso cada 4-6 horas, o 0.25 mg/kg/h Intravenoso en infusión continua. - Administrar al menos por 36 horas. <p>Espasticidad, rabdomiolisis inducida por drogas que incrementan la contractura muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 25 mg Vía oral cada día por 7 días. - Luego: 25 mg Vía oral cada 8 horas por 7 días. - Luego: 50 mg Vía oral cada 8 horas por 7 días. - Luego 100 mg Vía oral cada 8 horas por 7 días. - Dosis máxima: 100 mg Vía oral cada 6 horas. - Discontinuar si es que no existe efecto a las 6-7 semanas.

Diazepam

ATC	N05BA01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 5 mg-10 mg Líquido oral 2 mg/5ml Líquido parenteral 5 mg/ml

Dosis	<p>*Administración Intravenoso lenta a 1 mg/minuto, para evitar depresión respiratoria</p> <p>Ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis oral: 2-10mg Vía oral c/6-12 horas - Dosis parenteral: 2-10mg Intravenoso/Intramuscular c/3-4 horas - Dosis máxima: 30 mg c/8horas <p>Síndrome de abstinencia alcohólico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 10 mg Vía oral tres veces al día-cuatro veces al día por 24 horas. - Alternativa: 10 mg Intramuscular/Intravenoso por una ocasión, luego 5-10 mg Intramuscular/Intravenoso c/3-4 horas por razones necesarias - Dosis usual: 5 mg Vía oral tres veces al día-cuatro veces al día por razones necesarias <p>Pauta de dosis fija de diazepam para el tratamiento de síndrome de abstinencia</p>																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Diazepam 10 mg</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Día</th> <th colspan="3">Consumo de alcohol (gramos/día)</th> </tr> <tr> <th><50</th> <th>50-100</th> <th>>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1-1-1-1</td> <td>1-1-1-1-1-1</td> <td>2-2-2-2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1-1-1</td> <td>1-1-1-1-1</td> <td>2-2-2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1-1</td> <td>1-1-1-1</td> <td>2-1-2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1</td> <td>1-1-1</td> <td>1-1-2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td>1-1</td> <td>1-1-1</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td>1</td> <td>1-1</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Diazepam 10 mg				Día	Consumo de alcohol (gramos/día)			<50	50-100	>100	1	1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	2-2-2-2	2	1-1-1	1-1-1-1-1	2-2-2	3	1-1	1-1-1-1	2-1-2	4	1	1-1-1	1-1-2	5		1-1	1-1-1	6		1	1-1	7			1
	Diazepam 10 mg																																							
	Día	Consumo de alcohol (gramos/día)																																						
		<50	50-100	>100																																				
	1	1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	2-2-2-2																																				
	2	1-1-1	1-1-1-1-1	2-2-2																																				
	3	1-1	1-1-1-1	2-1-2																																				
	4	1	1-1-1	1-1-2																																				
	5		1-1	1-1-1																																				
6		1	1-1																																					
7			1																																					
<ul style="list-style-type: none"> - Según la respuesta clínica, se podrá administrar dosis de 10-20 mg cada 1-2 horas. - No se deberá administrar ninguna dosis extra si el paciente está sedado. - El descenso medio de la dosis de diazepam es del 25% cada día. 																																								
<p>Fuente: Guía de recomendaciones clínicas, consumo de alcohol, 2013. ⁽⁴⁰⁾ / Tratamiento hospitalario del síndrome de privación alcohólica, 2006. ⁽⁶²⁾</p>																																								
<p>Convulsiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 2 mg-10 mg Vía oral dos veces al día-cuatro veces al día. 																																								
<p>Estatus epiléptico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 5-10 mg/dosis Intravenoso c/10-15 minutos. - Dosis máxima: 30 mg. 																																								

Diltiazem	
ATC	C08DB01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 60 mg Sólido oral de liberación prolongada 90 mg-120 mg Sólido parenteral 25 mg
Dosis	<p>Hipertensión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis de inicio: 120-180 mg Vía oral diario. - Dosis incremental: hasta 360 mg Vía oral diario. <p>Angina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 30 mg Vía oral cuatro veces al día - Incrementos: cada 2 días hasta controlar la sintomatología. Usualmente 180 mg-360 mg/día Vía oral tres veces al día-cuatro veces al día Comprimidos de acción prolongada - Dosis inicial: 90 mg Vía oral dos veces al día - Incrementos: valorar en un periodo de 14 días, de ser necesario incrementar a una dosis máxima de 360 mg. <p>Taquicardia supraventricular - Fibrilación auricular - Flutter</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.25 mg/kg Intravenoso en 2 minutos, 15 minutos después: 0.35 mg/kg Intravenoso - Seguimiento: la respuesta puede ser inadecuada por lo que se sugiere dosis seguidas cada 15 minutos. - Para mantenimiento en el control de la frecuencia ventricular en fibrilación auricular, la dosis de mantenimiento es de 60 mg Vía oral tres veces al día a 360 mg Vía oral cada día
--	---

Disulfiram

ATC	N07BB01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg
Dosis	<p>Coadyuvante en el tratamiento de dependencia alcohólica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 200-250 mg/día Vía oral - Si la dosis inicial, ingerida durante al menos una semana, no causa el malestar suficiente al ingerir alcohol, considerar aumentar la dosis. - Dosis máxima diaria: 500 mg - Duración del tratamiento de al menos 6-12 meses.

Fenitoína

ATC	N03AB02
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 100 mg Líquido oral 125 mg/5ml Líquido parenteral 50 mg/ml
Dosis	<p>*Se debe disminuir gradualmente la dosis para suspender el medicamento</p> <p>Estatus epiléptico <u>Tratamiento inicial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial de carga: 15-20 mg/kg/ Intravenoso por una ocasión - Dosis adicional de carga: se puede administrar 10 mg/kg Intravenoso por una ocasión, si después de 20 minutos no hay respuesta a la dosis inicial <p><u>Mantenimiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar la dosis de mantenimiento 12 horas después de la última dosis de carga. - Dosis usual: 100 mg Vía oral/Intravenoso c/6-8 horas. - Ajustar la dosis a base de la respuesta o a los niveles séricos.

Fenobarbital

ATC	N03AA02
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 100 mg Líquido oral 20 mg/5 ml Líquido parenteral 60 mg/ml
Dosis	<p>Convulsiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 300 mg-800 mg Intravenoso o 15-20 mg/kg Intravenoso por una ocasión - Dosis usual: 60 mg Vía oral dos veces al día- tres veces al día - Ajustar la dosis basados en la respuesta al tratamiento y en los niveles séricos <p>Estatus epiléptico: luego de falla de benzodiazepinas y fenitoína.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 15-18 mg/kg Intravenoso c/20 minutos por razones necesarias (Infundir a menos de 60 mg/min) - Dosis máxima: 30 mg/kg - Soporte ventilatorio <p>Síndrome de abstinencia por alcohol en la embarazada (dependerá de la gravedad del cuadro y el riesgo beneficio que implica utilizar esta medicación –categoría D-)</p>

	<p>Esquema sugerido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15-60 mg vía oral cada 4-6 horas, según sea necesario, los primeros 2 días y luego disminuir la dosis gradualmente a 15 mg para el cuarto día. <p>Convulsiones en RN de madres adictas a la cocaína</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis intravenosa: 10 mg-20 mg/kg. - Si existe persistencia del cuadro se puede repetir la dosis de 10 mg/kg a los 10-15 minutos.
--	--

Flumazenil

ATC	V03AB25
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 0.1 mg/ml
Dosis	<p>Sobredosis de benzodiacepinas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.2 mg intravenoso cada 15-30 segundos. - Si no responde a los 30 segundos; administrar 0.3 mg tras un minuto, y si no responde, se deberá administrar 0.5 mg intravenoso a los 30 segundos, repitiendo la dosis a intervalos de 1 minuto hasta una dosis máxima acumulada de 3 mg/hora.

Gabapentina

ATC	N03AX12
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 300 mg
Dosis	<p>Se ha mostrado efectivo en el tratamiento de dependencia de alcohol y en síntomas de abstinencia relacionados como el insomnio, disforia y craving, con un favorable perfil de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis recomendada: 1200-1800 mg/día dividida en tres tomas.

Haloperidol

ATC	N05AD01
Forma farmacéutica y concentración	<p>Sólido oral 5 mg-10 mg</p> <p>Líquido oral 2 mg/ml</p> <p>Líquido parenteral 5 mg/ml</p> <p>Haloperidol decanoato: líquido parenteral 50 mg/ml</p>
Dosis	<p>Psicosis agudas y crónicas. Como coadyuvante en la agitación psicomotriz.</p> <p><u>Sintomatología moderada</u></p> <p>Vía oral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.5-2 mg Vía oral c/8-12 horas. Aumentar la dosis según necesidades y tolerancia. - Dosis máxima: 100 mg Vía oral cada día. <p>Vía parenteral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 2-5 mg Intramuscular. Puede repetirse en 1 hora por razones necesarias, o cada 4-8 horas, si los síntomas han sido controlados adecuadamente. <p><u>Sintomatología severa</u></p> <p>Vía oral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: no exceder de 30 mg/día - Dosis usual: 3 mg-5 mg Vía oral cada 8-12 horas <p>Vía parenteral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.5 mg-30 mg Intravenosa, a una velocidad de infusión de 5 mg/min. Repetir a intervalos de 30 minutos por razones necesarias. - Infusión continua: diluir la dosis correspondiente en 30 ml-50 ml de solución salina para administración Intravenoso en 30 minutos.

†Lorazepam

ATC	N05BA06
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
Dosis	Trastornos de ansiedad <ul style="list-style-type: none">- Dosis inicial: 2-3 mg Vía oral c/8-12 horas por razones necesarias- Dosis máxima: 10 mg/día- Dosis de mantenimiento: 2-6 mg/día Vía oral dividido c/8-12 horas Insomnio Pautas cortas de tratamiento <ul style="list-style-type: none">- 2-4 mg Vía oral Horas de sueño

† Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB, pero se encuentra autorizado para cobertura pública en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica con falla hepática.

Manitol

ATC	B05BC01
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 20%
Dosis	*La dosis total, concentración y velocidad de administración deben ser guiados por la naturaleza y la gravedad de la afección a tratar, y el requerimiento de fluidos del paciente y la producción de orina. Rabdomiolisis; cuando existe una diuresis <200 ml/hora: <ul style="list-style-type: none">- 12.5 gramos intravenoso cada 6 hroas.

Metoclopramida

ATC	A03FA0
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 10 mg Líquido parenteral 5 mg/ml
Dosis	Náusea y vómito <ul style="list-style-type: none">- Dosis usual: 10-15 mg Vía oral cuatro veces al día 30 minutos antes de comidas y hora de sueño, dosis máxima

Midazolam

ATC	N05CD08
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 1 mg/ml, 5 mg/ml
Dosis	*Administrar en condiciones que permitan una monitorización continua de la función respiratoria y cardíaca, con la disponibilidad inmediata de medicamentos (fumazenil) y equipamientos adecuados a la edad del paciente, para intervenir oportunamente en caso de suscitarse algún efecto adverso. *La dosis deberá ser individualizada. *Inicio del efecto, por vía Intramuscular: 5-10 minutos *Para infusión Intravenoso continua, diluir con glucosa al 5% o cloruro de sodio al 0.9%. Sedación <ul style="list-style-type: none">- Dosis usual: 1 mg Intravenoso lento en 2-3 minutos. Máximo 2.5 mg/dosis.- Valorar la necesidad de nuevas dosis en función del tiempo que toma en hacer efecto.

	<ul style="list-style-type: none"> - Generalmente se logra los efectos deseados con una dosis total de 5 mg. - Intravenoso lento, inicialmente 2-2.5 mg (aproximadamente 2 mg/minuto), si es necesario incrementar en intervalos de 1mg, dosis total habitual 3.5 mg-5 mg (máximo 7.5 mg). <p><u>Adultos mayores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis usual: 1 mg Intravenoso lento en 2-3 minutos. Máximo 1.5 mg/dosis. - Valorar la necesidad de nuevas dosis en función del tiempo que toma en hacer efecto. - Intravenoso lento, inicialmente 0.5-1 mg (aproximadamente 2 mg/minuto), si es necesario incrementar en intervalos de 0.5-1 mg, dosis máxima 3.5 mg.
--	---

Morfina

ATC	N02AA01
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 10 mg/ml, 20 mg/ml Sólido oral liberación prolongada 10 mg, 30 mg, 60 mg Sólido oral 10 mg Líquido oral 2 mg/ml, 20 mg/ml
Dosis	<p>Síndrome coronario agudo (intoxicación por cocaína) *Únicamente en casos donde la nitroglicerina no haya surgido efecto controlando el dolor torácico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10-30 mg Vía oral cada 4 horas, por razones necesarias. - Ó, 5-10mg intramuscular o subcutánea c/4 horas, por razones necesarias

Naloxona

ATC	V03AB15
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral: 0.4 mg/ml
Dosis	<p>Sobredosis de opioides: Administrar por vía intravenosa, se puede utilizar otras vías (Intramuscular, Subcutánea) en ausencia de vía intravenosa o en niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 0.4 mg-2 mg Intravenoso - Repetir 2 mg Intravenoso cada 2-3 minutos Por razones necesarias - Dosis máxima: 10 mg Si al administrar la dosis máxima no se obtiene resultados positivos se debe considerar la probabilidad de otro agente etiológico. - Dosis de mantenimiento: 0.0025 mg/kg/hora Intravenoso en infusión. <p><u>Embarazadas</u> Tener mucha precaución en su uso, puede ocasionar síndrome de abstinencia brusca en ella y en el feto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.01 mg/kg/dosis. Repetir dosis en caso necesario cada 5 minutos. - Dosis máxima: 10 mg

Nitroglicerina (Trinitrato de glicerilo)

ATC	C01DA02
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 5mg/ml
	<p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspender o administrar soporte vasopresor si la presión arterial sistólica baja de los 90mmHg o un descenso de más de 30mmHg de la presión arterial de base, bradicardia extrema (<50lpm). • Diluir en soluciones de glucosa (dextrosa) al 5% o cloruro de sodio al 0.9%.

Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Use equipos libres de PVC con protección para la luz. • Se recomienda preparar una solución de 400mcg/ml o menos, dependiendo la dosis prevista. <p>Hipertensión ocasionada por intoxicación por cocaína</p> <p>Infusión continua</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis de inicio 5 mcg/minuto, incrementando 5 mcg/minuto cada 3-5 minutos hasta 20mcg/minuto. - Si no hay respuesta: incrementar la dosis a 10 mcg/minuto cada 3-5 minutos hasta un máximo de 200mcg/minuto. <p>Síndrome coronario agudo</p> <p>Únicamente si el paciente presenta PAS >90mmHg o no ha disminuido más de 30 mmHg por debajo de la inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0.3-0.6 mg por vía sublingual cada 5 minutos hasta un máximo de 3 dosis - O, dosis inicial: 0.25mcg/kg/min Intravenoso en infusión continua con incrementos progresivos cada 5 minutos de acuerdo con la respuesta del paciente. <p>Dosis usual: 5mcg-200mcg/min Intravenoso Dosis máxima: 400mcg/min Intravenoso</p>
--------------	--

Omeprazol

ATC	A02BC01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 20 mg Solido oral en polvo 10 mg/5ml Solido parenteral 40 mg
Dosis	Protección gástrica, intoxicación aguda por alcohol <ul style="list-style-type: none"> - Administración intravenosa en infusión continua de al menos 5 minutos - Dosis: 20 mg-40 mg Intravenoso administración inmediata

Ondansetrón

ATC	A04AA01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 4 mg, 8 mg Líquido parenteral 2 mg/ml
Dosis	Náusea y vómito en embarazadas con intoxicación aguda por etanol <ul style="list-style-type: none"> - Dosis recomendada: 10 mg Intravenoso c/8 horas.

Polietilenglicol

ATC	A06AD65
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral granualdo
Dosis	<p>*La administración por sonda nasogástrica ha de efectuarse a una velocidad de 20 ml por minuto (1-2 litros por hora), vigilando que no ocurra vómito o distensión abdominal.</p> <p>Transportadores corporales de sustancias encapsuladas, "mulas" (cocaína)</p> <p>Preparación: diluir un sobre en un litro de agua. La solución debe dejarse enfriar para la toma. La solución preparada puede ser refrigerada máximo por 48 horas, luego de lo cual debe desecharse. No debe añadirse saborizantes a la solución.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 1.5 litros/hora (como promedio se utilizan 6 litros al día) Se puede tomar un vaso de 250 ml cada 15 minutos (1 litro hora), preferiblemente de forma rápida. - La primera evacuación suele ocurrir una hora luego de iniciar la

	administración. - No se deberá utilizar en caso de: <ul style="list-style-type: none"> - Obstrucción intestinal - Perforación intestinal - Hemorragia intestinal activa - Inestabilidad hemodinámica
--	---

Ranitidina

ATC	A02BA02
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 150 mg Líquido parenteral 25 mg/ml
Dosis	Protección gástrica, intoxicación aguda por alcohol *Administración intravenosa lenta. Se recomienda diluir a una concentración de 2.5 mg/ml de dextrosa al 5% o cloruro de sodio al 0.9%. *Administrar la solución en al menos 3 minutos. - Dosis: 50 mg Intravenoso c/6-8 horas.

Risperidona

ATC	N05AX08
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 1 mg, 2 mg Sólido parenteral 25 mg, 37.5 mg Líquido oral 1 mg/ml
Dosis	Esquizofrenia <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 2 mg/día Vía oral cada día - Incrementos: 1-2 mg/día en intervalos ≥ 24 horas - Dosis objetivo recomendada: 4-8 mg/día cada día o dividida cada 12 horas. - Alternativa: 12.5-50 mg Intramuscular en músculo deltoides o glúteo cada 2 semanas, la dosis no debe ser ajustada en menos de 4 semanas. - Se recomienda estabilizar la tolerabilidad oral de risperidona, antes de iniciar el tratamiento con risperidona Intramuscular. Desorden bipolar maníaco <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial: 2 mg-3 mg/día cada día vía oral - Incrementos: 1 mg/día en intervalos >24 horas hasta 6 mg/día. No se dispone de recomendaciones de dosis para uso por más de 3 semanas. - Dosis objetivo recomendada: 4-8 mg/día cada día o dividida cada 12 horas. - Alternativa: 12.5-50 mg Intramuscular en músculo deltoides o glúteo cada 2 semanas, la dosis no debe ser ajustada en menos de 4 semanas. - Se recomienda estabilizar la tolerabilidad oral de risperidona, antes de iniciar el tratamiento con risperidona Intramuscular. Trastorno de comportamiento y psicosis en ancianos <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar con 0.5 mg dos veces al día, incrementar a 0.5 mg dos veces al día cada semana hasta llegar a 2 mg/día.

Sulfato de magnesio

ATC	B05XA05
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral 20%
	Delirium tremens *Pacientes alcohólico dependientes suelen tener hipomagnesemia, el cual se manifiesta con; hiperreflexia (ROTS), debilidad, temblor, hipopotasemia refractaria, hipoparatiroidismo con hipocalcemia reversible y arritmia

Dosis	<p>cardíaca.</p> <p>Administrar de forma rutinaria (en pacientes con buena función renal):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeras 24 horas: 4-6 gramos de sulfato de magnesio administrado en infusión continua. - Cuatro días siguientes: mitad de la dosis (2-3 gramos) de sulfato de magnesio administrado en infusión continua. O se podrá administrar la misma dosis por vía intramuscular en intervalos de 6-8 horas. - No se recomienda el magnesio por vía oral (preparados con antiácidos) por generar diarrea.
--------------	--

Tiamina (Vitamina B1)

ATC	A11DA01
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 50 mg Líquido parenteral 50 mg/ml
Dosis	<p>*La administración de tiamina debe ser previa a cualquier administración de solución glucosada.</p> <p>Intoxicación aguda por etanol (consumidores crónicos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 mg Intravenoso o Intramuscular administración inmediata. <p>Síndrome de abstinencia alcohólica (prevención de Encefalopatía de Wernicke)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 mg c/8 horas por 2-3 días <p>Delirium Tremens (prevención de Encefalopatía de Wernicke)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 500 mg Intravenoso c/12-24 horas por 3 días.

Anexo 14

Dispositivos médicos esenciales

Lista de dispositivos médicos esenciales para el protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia		
Código UMDNS	Nombre genérico	Especificaciones técnicas
17-028	Reactivos/Kits para biometría hemática, automatizado	Incluye reactivos para: - Recuento leucocitos - Diluyente - Lisante - Controles Entre otros reactivos.
17-126	Reactivos/Kits para determinación de gases/pH en sangre	Contiene reactivos para llevar a cabo el análisis químico cualitativo y/o cuantitativo en una muestra de sangre para determinar el valor de pH y los niveles de gases comúnmente presentes en la sangre. Reactivos listos para usar.
18-881	Reactivos/Kits para determinación de creatina cinasa	Contiene: reactivos, calibrador, control. Reactivos listos para usar.
18-929	Reactivos/Kits para determinación de glucosa	Método enzimático. Contiene reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-940	Reactivos/Kits para determinación de úrea	Método cinético o colorimétrico. Contiene reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-941	Reactivos/Kits para determinación de creatinina	Método enzimático o método de Jaffee. Contiene reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-947	Reactivos/Kits para determinación de electrolito	Contiene: reactivos, calibrador, control. Reactivos listos para usar.
18-872	Reactivos/Kits para determinación de alanina transferasa (ALT/TGP)	Método cinético. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-878	Reactivos/Kits para determinación de aspartato aminotransferasa (AST/TGO)	Método cinético. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-885	Reactivos/Kits para determinación de gamma glutamil transferasa (GGT)	Método cinético. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-888	Reactivos/Kits para determinación de deshidrogenasa láctica (LDH)	Método cinético. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-874	Reactivos/Kits para determinación de fosfatasa alcalina	Método cinético. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-933	Reactivos/Kits para determinación de bilirrubina total	Método colorimétrico. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-934	Reactivos/Kits para determinación de bilirrubina	Método colorimétrico. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio

	directa (Conjugada)	calibrador.
18-906	Reactivos/Kits para determinación de proteínas totales	Método colorimétrico. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
18-901	Reactivos/Kits para determinación de albúmina	Método colorimétrico. Reactivos listos para usar. Puede incluir su propio calibrador.
19-478	Reactivos/Kits para prueba rápida VIH 1/2 (3 ^o generación)	El kit contiene: - Dispositivos de prueba a. - Frasco de diluyente o buffer - Pipetas plásticas desechables. - Inserto (instrucciones de uso).
19-474-1	Reactivos/Kits para prueba rápida de hepatitis C	El kit contiene: - Dispositivos de prueba. - Pipetas plásticas desechables. - Diluyente. - Inserto (instrucciones de uso).
19-473-1	Reactivos/Kits para prueba rápida de hepatitis B	El kit contiene: - Dispositivos de prueba. - Pipetas plásticas desechables. - Diluyente. - Inserto (instrucciones de uso).
12-736	Agujas para extracción de sangre al vacío (Toma múltiple),	Aguja de doble punta, de acero inoxidable, empaque individual plastificado, posee sello de seguridad. Estéril y descartable.
14-183	Tubo para extracción de sangre al vacío	Sellado al vacío, posee etiquetado de identificación de paciente, cierre hermético y doble tapón de seguridad. Estéril y descartable.
15-187	Tubos de ensayos	De vidrio borosilicato, transparente, incoloro, un extremo abierto y otro cerrado y redondeado, con o sin borde, resistente a altas temperaturas (Pyrex) y a químicos.
18-331	Catéter intravenoso con y sin aletas N° 20 G, 22 G, 24 G	Teflón o poliuretano, radiopaco, con bisel biangulado y trifacetado, con mandril, con y sin cámara de flujo con alta transparencia, con flujo igual o mayor a 60 ml/min, con dispositivo antipinchazos, estéril, descartable
16-649	Equipo de venoclisis	Cámara de goteo transparente, 20 gotas/ml, válvula dosificadora de presión, filtro de 15 micras, línea de 180 cm (+/- 10 cm) de longitud, conector Luer Lock, libre de látex y DEHP (PHTalatos), regulador de flujo roller, puerto de acceso en Y, punzón ISO universal, estéril, descartable
16-579	Equipo de infusión para bomba	Polivinil, silicona, tubuladura libre de DEHP, protector de espiga, cámara de llenado, con regulador micrométrico de caudal, conector Luer Lock, estéril, descartable
14-303	Frasco para muestra de orina	Polipropileno transparente, boca ancha, 30 ml - 150 ml, graduación en la parte externa del recipiente, tapa con rosca, estéril, descartable
11-882	Guantes de examinación, talla grande, mediano, pequeño	De nitrilo o látex, ambidiestro, hipoalergénico, con reborde, sin polvo

		absorbente, no estéril, descartable
14-221	Sonda nasogástrica, 8 Fr, 10, Fr, 12 Fr, 14 Fr, 16 Fr, 18 Fr	Siliconizada, 60-85 cm de longitud, señal radiopaca, extremo distal redondeado, fenestraciones laterales, fenestraciones laterales, marcada a intervalos, estéril, descartable
14-227	Sonda Rectal	De polivinil suave, 40 cm largo, punta distal prelubricada, estéril, descartable.
14-085	Tubo endotraqueal I.D. 3.0 mm hasta 8.5 mm	Polivinil siliconizado, termosensible, línea radiopaca, conector universal de 15 mm, marcado cada 10 mm, marca de profundidad visible, extremo en bisel, punta atraumática, con/sin balón, libre de látex, estéril, descartable
Equipos Biomédicos	Equipos de laboratorio Monitor Cardiorespiratorio Electrocardiógrafo Ecocardiógrafo Equipo de Rayos X Oxímetro de pulso Bomba de infusión	

	Nombre	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dra. Gina Reyes	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud.	
Solicitado	Dra. Martha Gordón,	Directora Nacional de Normatización. Encargada	
Revisado	Dra. Silvia Álvarez Dra. Ximena Raza	Especialista, DNMDM.-MSP Coordinadora de la DNN	
Elaborado	Dra. Ma- José Larrea Med. David Armas MSc. Carlos Díaz	Dirección Nacional de Normatización Dirección Nacional de Normatización Proyecto de Salud Mental	