

ANEXO I

PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE HOSPITALARIO EN SITUACIONES DE URGENCIA DE PERSONAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Introducción

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) y trastornos relacionados, son reconocidos como un problema de salud pública a nivel mundial. Ocasionan graves consecuencias sobre la salud general y son cargas de salud pública prevenibles y remediabiles que pueden atenuarse si se abordan adecuada y oportunamente.

Es por ello, que resulta fundamental el fortalecimiento de la red sanitaria existente, la optimización de recursos disponibles, así como también la actualización y capacitación continúa de los equipos de salud, desde un paradigma que considere la complejidad, multicausalidad y dificultades propias de esta problemática, con la intención de garantizar la realización de prácticas científicamente fundadas, desde la salud integral y considerando la red de servicios de salud con la que se dispone para distintas instancias de intervención.

Por estos motivos, se considera necesario contar con un protocolo local actualizado para la atención de situaciones de urgencia hospitalaria, vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas y trastornos relacionados con estas. Tomando como punto de partida protocolos locales e internacionales en los que se ha trabajado previamente. El presente protocolo deberá ser considerado como un instrumento al cual podrá recurrir el profesional interviniente, sin perjuicio de la prevalencia del criterio clínico y siempre que estime pertinentes sus disposiciones para la evaluación in situ del paciente.

Fundamentación

Teniendo en cuenta el contexto actual en el que se observa un incremento del consumo de sustancias psicoactivas con importantes consecuencias en la salud de la población, sumado a la variedad de sustancias existentes, el consumo de múltiples sustancias en simultáneo, las nuevas drogas de síntesis, la complejidad de los casos derivada de la vulnerabilidad social y económica; y el contexto internacional que nos muestra realidades que sabemos que pueden impactar en nuestra sociedad y para las cuales debemos estar preparados; es que consideramos necesario fortalecer el trabajo que los servicios de

urgencias de los hospitales vienen realizando, ya que resulta una instancia trascendental como parte del proceso terapéutico para el abordaje de estos trastornos.

Las nuevas líneas de tratamiento en adicciones, tienen el potencial de crear un cambio en la mirada de la gestión y planificación sanitaria, mediante el cual el consumo nocivo de sustancias psicoactivas se vea como un problema de salud susceptible de prevención y tratamiento mediante la aplicación de herramientas basadas en evidencia.

Por esto, es fundamental proponer alternativas sanitarias y académicas innovadoras para optimizar las condiciones de los tratamientos actuales, como el fortalecimiento de redes institucionales existentes y la capacitación a los equipos de salud.

En el marco de la realidad antes descrita, consideramos que es un verdadero reto para el sistema de salud que los profesionales conozcan las consecuencias de los TUS en la salud, así como su diagnóstico, abordaje adecuado y las redes de tratamiento según los distintos niveles de complejidad, con la intención de garantizar una atención integral de la problemática promoviendo estándares de calidad en los tratamientos de salud que se brindan.

El abordaje hospitalario agudo está indicado para personas que presentan:

- Problemas de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia moderado y severo.
- Problemas médicos moderados o severos derivados del consumo de sustancias psicoactivas.
- Trastornos mentales moderados o severos que requieren de los recursos disponibles en un hospital general de agudos.

Abordaje de personas con consumo de sustancias psicoactivas en situaciones de urgencia según la presentación clínica

1. Paciente hipoactivo: persona sedada o somnolienta

a. Medidas Generales de Cuidado

- Atención de apoyo.
- Control de signos vitales.
- Extraer muestras para determinación de gases en sangre, laboratorio analítico general, glucosa, electrolitos, urea y análisis toxicológicos (colectar orina, contenido de líquido estomacal o vómitos cuando se realizan medidas de descontaminación, muestra de sangre, etc)
- Monitoreo ECG.
- Colocar a la persona de costado para prevenir la aspiración (posición lateral de seguridad/ agregar imagen).



Posición lateral de seguridad:

- Cuerpo en posición lateral, peso del cuerpo sobre lado derecho
- Brazo derecho doblado
- Pierna derecha doblada
- Palma de la mano bajo la cara
- Pierna izquierda doblada

→ A -B -C -D-E

b. Evaluación Diagnóstica:

Sospechar una **intoxicación con sedantes** (OPS, 2017)¹:

- Intoxicación con alcohol: olor a alcohol en el aliento, dificultad para articular palabras, comportamiento desinhibido; alteración del estado de conciencia, de la cognición, la percepción, la afectividad o el comportamiento
- Otros sedantes: por ejemplo benzodiazepinas.
- Sobredosis de opiáceos: la persona no responde o la respuesta es mínima, tiene una frecuencia respiratoria lenta, pupilas diminutas.
- Exposición a MDMA con hiponatremia, causada por síndrome de inadecuada secreción de Hormona Antidiurética, ingesta inadecuada de agua, deshidratación producida por ingesta simultánea de alcohol.

Considerar causas clínicas generales:

Traumatismo craneoencefálico	Hipoglucemia	ACV	Tumores de SNC
Infecciones	Hiponatremia	Arritmias	Hipotensión

c. Abordaje

En caso de sospechar intoxicación con alcohol: en el tratamiento temprano se debe considerar la administración de :

- d. Dextrosa hipertónica por la posibilidad de un coma hipoglucémico.
- e. Tiamina para prevenir un Síndrome Wernicke – korsakoff.

¹ En 2017, la Organización Panamericana de la Salud, desarrolló la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*.

- f. Considerar proporcionar rehidratación por vía intravenosa, pero no dar líquidos por vía oral mientras la persona se encuentra sedada.

En caso de sospechar sobredosis de opiáceos:

Administrar:

Adultos: 0,4-2 mg de naloxona por vía intravenosa, intramuscular, intranasal o subcutánea. Si no hay respuesta se repiten dosis cada 2- 3 minutos, hasta un máximo de 10 mg. si con ésta dosis no hay respuesta, descartar opioides.

Debido a que la semivida de la Naloxona, es menor que la de los opioides, puede ser necesario la administración continua de Naloxona, 0.4 a 0.8 mg/hora, por vía IV (4 ampollas de 0.4 mg en 500 ml de dextrosa al 5 %), observando si los síntomas reaparecen, se puede aumentar la dosis de naloxona y continuar con el apoyo respiratorio.

Niños: 0.01 mg/kg. Si no hay respuesta se repiten dosis cada 2- 3 minutos. Si el caso es grave, la segunda dosis se recomienda sea de 0.1 mg/kg. Dosis total recomendada hasta 2 mg; si con ésta dosis no hay respuesta, descartar opioides.

2.- Paciente hiperactivo: persona sobreestimulada, ansiosa o agitada

a. Medidas Generales de Cuidado

Garantizar la seguridad: en caso que la persona se presente un cuadro de agitación o excitación psicomotriz, ante todo hay que garantizar la seguridad del personal, del paciente y familiares. Hay que sentirse seguros con el paciente, de lo contrario la inseguridad interferirá en la evaluación.

- Mantener una distancia de seguridad. Evitar que el paciente se coloque entre los profesionales y la salida.
- No dar la espalda al paciente.
- Ambiente lo más relajante posible. Evitar estímulos externos (música, gente gritando, estímulos luminosos etc.).
- Estar atentos a signos inminentes de agitación.

Recomendaciones a tener en cuenta:

- .. Presentarse con el paciente como parte del equipo de salud.

- .. Mostrar actitud tranquilizadora pero de firmeza (aparentar calma y control de la situación en todo momento).
- .. Conversación tranquila, hablar sin elevar la voz, calmadamente y con preguntas cortas y sencillas, escucha activa, no enfrentarse al paciente (ni con actitudes ni con ideas) ni mostrar prejuicios, mostrar empatía e interés. Aunque es importante limitar su conducta, y comunicarle qué conducta se aceptará y cuál no.
- .. Para reducir la agresividad de los pacientes, estos deberían ser atendidos rápidamente, en un área aislada y tranquila, en la cual puedan ser controlados continuamente.
- .. Informar al paciente en todo momento lo que se va a hacer.
- .. Evitar amenazas y promesas falsas. Ofrecer expectativas razonables.
- .. No mantener la mirada fija, sino efectuar desplazamientos naturales de la vista.
- .. El ofrecer agua o alimentos puede favorecer el diálogo.
- .. La presencia de familiares debe ser valorada por el equipo. Pero siempre será conveniente y necesario preguntar a familiares sobre el paciente (antecedentes, consumo de sustancias, situación familiar, apoyo social, etc.) así como de la crisis concreta. (Fernandez- Gallego, 2020).

→ **Valorar, y estar atentos ante signos inminentes de violencia**

- Aumento del tono de voz: modificaciones en la velocidad del diálogo, el contenido y el tono, habla amenazante, lenguaje insolente y grosero.
- Tensión muscular: agarrarse a la silla, rigidez de puños y mandíbula, etc.
- Nerviosismo
- Hiperactividad: frotar las manos, caminar de un lado a otro, miradas de reojo, etc.
- El signo predictor más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del paciente.

- Control de signos vitales.
 - Laboratorio analítico general y análisis toxicológicos
 - Monitoreo ECG

b. Evaluación Diagnóstica

La agitación es en ocasiones la manifestación de una enfermedad médica, se debe establecer un diagnóstico diferencial de presunción previo al abordaje.

Diagnósticos a considerar en el paciente agitado	
Convulsiones	Hipoxia
Hipoglucemia	Traumatismo craneoencefálico
Infección	Hemorragia subaracnoidea

Dentro de las causas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas se encuentran:

- Abstinencia de alcohol, benzodiazepinas o de otros sedantes

La persona recientemente ha dejado de beber o de usar sedantes y presenta alguno de los siguientes signos:

- . temblores,
- . sudor,
- . vómitos,
- . aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca,
- . agitación

(APA, 2014)

- ➔ La cesación súbita del consumo de alcohol puede presentar complicaciones como episodios convulsivos y delirium tremens.

Evaluación clínica general

Se recomienda seguir los protocolos para evaluar y monitorear a los pacientes con abstinencia aguda de alcohol. Se puede utilizar como complemento del criterio clínico la escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Scale (CIWA), modificada en 1989 (CIWA-Ar) (Sullivan y cols., 1989). La escala CIWA-Ar ha

emergido como el "gold standard" para evaluar la severidad del síndrome de abstinencia alcohólica (NICE, 2011).

Tratamiento de la abstinencia:

- **Benzodiacepinas:**

- Diazepam dosis de inicio 10 - 20 mg vía oral
- Lorazepam vía oral o intramuscular dosis de inicio 2 a 4 mg (se puede usar si hay daño hepático),
- Observar y repetir las dosis según sea necesario de acuerdo con los signos continuos de abstinencia (temblores, sudor, presión arterial y frecuencia cardíaca elevadas) y evolución del cuadro.
- **Tiamina** 100 mg/diarios de tiamina durante cinco días.
- Mantener adecuada hidratación.

- En caso de aparición de *delirium tremens*: la persona ha dejado de beber en la última semana y presenta además confusión, alucinaciones, desorientación. Administrar primero diazepam o lorazepam. Tratar con antipsicóticos como el haloperidol, 1 - 2,5 mg por vía oral o intramuscular

- Intoxicación aguda con estimulantes

La persona ha usado recientemente estimulantes como la **cocaína o estimulantes tipo anfetaminas** y muestra algunos de los siguientes signos:

- . pupilas dilatadas,
- . ansiedad, agitación, hiperexcitación, pensamientos desenfrenados,
- . aumento del pulso y de la presión arterial.

Para la intoxicación por la mayoría de las drogas recreativas, especialmente estimulantes, las **benzodiazepinas** se consideran agentes de primera línea.

En pacientes que presentan además síntomas psicóticos, puede utilizarse un antipsicótico de segunda generación (SGA) además de la benzodiazepina (Wilson, 2012). Los antipsicóticos de primera generación como el haloperidol, deben ser usados con precaución ya que pueden precipitar distonías, hipertermias e incluso disminuir el umbral convulsivo.

→ Durante la fase de post intoxicación por estimulantes, estar alerta por que pueden aparecer pensamientos o actos suicidas.

○ Abstinencia aguda de opioides

La persona ha dejado recientemente de usar opioides y muestra algunos de los siguientes signos:

- . pupilas dilatadas,
- . dolores musculares,
- . cólicos,
- . cefalea,
- . náuseas, vómitos, diarrea,
- . lagrimeo y secreción nasal,
- . ansiedad, agitación.

Tratamiento de la abstinencia de opioides:

- Metadona 20 mg, con una dosis complementaria de 5-10 mg 4 horas después, de ser necesario.
- Buprenorfina 4-8 mg, con una dosis complementaria 12 horas después, de ser necesario.
- Si no se cuenta con metadona o buprenorfina, se puede usar cualquier opioide en estado agudo, por ejemplo, Morfina 10-20 mg como dosis inicial, con una dosis adicional de 10 mg, de ser necesario. En éste sentido, algunos agentes más nuevos también aprovechan estos mecanismos farmacológicos, incluido el tramadol (agonista al receptor μ -opioide), en su forma de liberación sostenida en dosis de 200 a 600 mg diarios, ha mostrado ser tan efectivo como la buprenorfina y podría ser una opción ante ausencia de otras opciones. El tramadol es una droga de baja potencia y relativamente bajo potencial de dependencia. (Dunn y cols., 2017; Lofwall y cols., 2017).

- También considere usar agonistas alfa - adrenérgicos, como la clonidina o la lofexidina.

Medicación complementaria en caso de:

- ✓ Síntomas de ansiedad: clonazepam 0,5 a 2,0 mg cada 4 a 8 hs (máximo 6 mg al día).
- ✓ Calambres musculares: ibuprofeno 400 mg cada 4 a 6 h (máximo 2400 mg al día).
- ✓ Náuseas, vómitos: ondansetrón 8 a 16 mg cada 8 a 12 hs.
- ✓ Trastornos del sueño: zolpidem 10 mg al acostarse.

(Sigmon y cols., 2012)

c. Abordaje: RECOMENDACIONES RESPECTO AL USO DE MEDICACIÓN EN PACIENTES AGITADOS

Los grupos farmacológicos habitualmente prescritos en caso de agitación son las benzodiazepinas (BZD) y los antipsicóticos típicos o de primera generación (FGA) y los atípicos o de segunda generación (SGA) (Wilson y cols., 2012).²

Aunque los antipsicóticos y las benzodiazepinas pueden controlar el nivel de agitación que presenta un paciente, esto no implica que estos medicamentos lo hagan abordando directamente la etiología subyacente de la agitación. **Siempre se debe investigar respecto a otras posibles causas que puedan generar y/o sostener el estado de agitación:** un gran número de perturbaciones fisiológicas (p. ej., hipoxia) y metabólicas (p. ej., hipoglucemia) que comprometen la función cerebral pueden producir delirium asociado con agitación.

Antipsicóticos típicos o antipsicóticos de primera generación (FGA)

El haloperidol tiene un largo historial de uso eficaz y seguro para el tratamiento de la agitación en situaciones agudas. Este fármaco es, con diferencia, el más utilizado actualmente para tratar la agitación aguda. Ya que a su vez tiene la opción de utilizarse vía oral y vía intramuscular.

² En 2012, la Asociación Americana de Emergencias psiquiátricas desarrolló el protocolo de Buenas prácticas en la Evaluación y Tratamiento de la Agitación con directrices específicas para el uso de medicamentos “*The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup*”.

Prescripción de haloperidol:

Dosis de inicio: 1,5 mg - 5 mg, puede repetirse la dosis a los 15 minutos.

Dosis máxima: 20 mg/día

El haloperidol tiene efectos mínimos sobre los signos vitales, actividad anticolinérgica insignificante e interacciones mínimas con otros medicamentos no psiquiátricos.

Los antipsicóticos de baja potencia como la clorpromazina y la levomepromazina, tienen propensión a causar más hipotensión, más efectos secundarios anticolinérgicos, y reducir el umbral convulsivo, en comparación los del haloperidol (Citrome y Volavka, 1999).

➤ *Efectos secundarios principales:*

Alargamiento del intervalo QTc en el ECG.

Se han notificado casos de torsades de pointes (TdP). Sobre todo las dosis más altas y la administración intravenosa de haloperidol parecen estar asociadas con un mayor riesgo de prolongación del intervalo QT y TdP. Por lo que hay que tener precaución en pacientes que toman otros medicamentos que pueden prolongar el QTc, quienes tienen un QTc largo preexistente, o que tienen otras condiciones que predisponen a la TdP o la prolongación del QTc, como anomalías cardíacas subyacentes, desequilibrios electrolíticos (particularmente hipopotasemia e hipomagnesemia) o hipotiroidismo.

→ Cuando se administra haloperidol por vía intravenosa, la dosis debe limitarse a 5 a 10 mg/día y realizarlo junto con monitorización continua del ECG.

Efectos secundarios extrapiramidales agudos (SEP), como *distonía* o *síndrome neuroléptico maligno*. La aparición de estos síntomas disminuiría con el uso combinado de haloperidol y lorazepam. También se descubrió que este tratamiento combinado produce una reducción más rápida de la agitación. En parte debido a estos estudios, el haloperidol se administra frecuentemente en combinación con otros medicamentos como lorazepam (Battaglia y cols., 1997). Sin embargo, el uso de múltiples medicamentos

para controlar la agitación puede aumentar el riesgo tanto de sedación excesiva como de interacciones con otros medicamentos.

- En el caso de la intoxicación alcohólica aguda, el haloperidol es el medicamento de elección.

Existe la posibilidad de que se produzca una depresión respiratoria cuando se administran benzodiazepinas a pacientes intoxicados con alcohol, ya que ambos agentes son depresores del sistema nervioso central. Por ello, se recomienda el uso de antipsicóticos en lugar de benzodiazepinas para tratar la agitación en el contexto de la intoxicación por alcohol, pero lo contrario en la abstinencia de alcohol. Existe una amplia experiencia clínica y literatura publicada sobre el uso seguro y eficaz del haloperidol en pacientes intoxicados. Los antipsicóticos de segunda generación no han sido bien estudiados en esta situación.

Antipsicóticos atípicos o de segunda generación (SGA)

Los antipsicóticos de segunda generación (SGA), como la risperidona y la olanzapina se usan comúnmente en situaciones agudas (Pascual y cols., 2006; Allen y cols., 2005; Yildiz y cols., 2003; Lukens y cols., 2006).

Prescripción de antipsicóticos de segunda generación

Risperidona:

- **Dosis de inicio 1 a 2 mg vía oral, repetir a las 2 horas de ser necesario.**
- **Dosis máxima 6 mg/día.**

Olanzapina:

- **Dosis de inicio 5 a 10 mg vía oral, repetir a las 2 horas de ser necesario.**
- **Dosis máxima 20 mg/día.**

En general, en comparación con los fármacos más antiguos, los SGA tienen un riesgo reducido de efectos secundarios a corto plazo, como distonía o acatisia. **Las ventajas de SGA, se deben a sus menores**

efectos adversos extrapiramidales, no a una mayor eficacia. Sin embargo, con la excepción de la risperidona, ninguno de los SGA se ha comparado con el régimen más común de haloperidol y lorazepam. No se recomienda el uso de aripiprazol, quetiapina o clozapina como agentes de primera línea en el control agudo de la agitación.

La mayoría de los estudios publicados sobre antipsicóticos de segunda generación en pacientes agitados no han investigado su uso ni con benzodiazepinas ni en pacientes intoxicados por alcohol. El uso de haloperidol es una opción más segura, especialmente si se prevé usar también una benzodiazepina. En el caso de agitación por intoxicación con cocaína puede utilizarse un SGA.

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas como el diazepam y el lorazepam tienen un largo historial de eficacia para la agitación y, a menudo, se prefieren ante la intoxicación por estimulantes, abstinencia de alcohol o cuando la etiología de la agitación es indeterminada.

Prescripción de benzodiazepinas:

Lorazepam:

- **Dosis inicial 2 mg vía oral o intramuscular, puede repetirse a las 2 horas de ser necesario.**
- **Dosis máxima 12 mg/ día**

Diazepam:

- **Dosis inicial 10-20 mg para la abstinencia de alcohol o de intoxicación con estimulantes, puede repetirse cada 2 horas hasta que desaparezcan los síntomas.**
- **Dosis máxima: 60-80 mg/día**
- Puede indicarse vía oral, intramuscular tiene absorción errática, se puede utilizar la vía IM, en músculo deltoides.

**En casos de manejo ambulatorio de pacientes con abstinencia de alcohol pueden usarse dosis de diazepam 10 mg cada 6 horas o lorazepam 2,5 mg cada 6 horas*

➤ *Efectos secundarios principales:*

Estos medicamentos pueden ser sedantes excesivos y tener el potencial de provocar depresión respiratoria o hipotensión cuando se usan por vía parenteral en pacientes con afecciones respiratorias subyacentes o en combinación con otros depresores del SNC como el alcohol.

El uso prolongado puede conducir a la dependencia.

No utilizarlo cuando las personas se encuentran sedadas.

Otras drogas

Han demostrado ser efectivas en el manejo de la agitación aguda en el paciente con consumo de sustancias psicoactivas, Ketamina, Dexmedetomidina, ziprasidona, entre otros. De estos, existe evidencia clara de que la administración de **ketamina** a una dosis de 5 mg/kg, por vía IM, es efectiva y de rápida acción, comparado con benzodiazepinas o antipsicóticos, habiéndose reportado mayores tasas de intubación orotraqueal, mayor FC, TA, y del volumen minuto cardíaco. Por todo esto, podría indicarse como droga de segunda línea, en estos eventos. (Lipscombe y cols., 2023; Preskorn y cols., 2022; Linder y cols., 2022)

3.- Persona confusa (desorientación/síndrome confusional)

a. Medidas Generales de Cuidado

- Atención de apoyo.
- Control de signos vitales.
- Extraer muestras para determinación de laboratorio analítico general, gases en sangre , glucosa , electrolitos, urea y análisis toxicológicos (colectar orina, contenido de líquido estomacal o vómitos cuando se realizan medidas de descontaminación, muestra de sangre, etc)
- Monitoreo ECG

b. Evaluación Diagnóstica

○ Condiciones médicas

Traumatismo craneoencefálico	Neumonía u otras infecciones	Encefalopatía hepática
Hipoglucemia	Hiponatremia	Accidentes cerebrovasculares (ACV)

— Evaluar otras causas según condición clínica.

○ Delirium Tremens (ver antes)

○ Encefalopatía de Wernicke

Los consumidores crónicos de alcohol presentan riesgo de sufrir encefalopatía de Wernicke, un síndrome de deficiencia de tiamina caracterizado por:

- nistagmo (movimiento involuntario, rápido y repetitivo de los ojos);
- oftalmoplejía (debilidad o parálisis de uno o más de los músculos que controlan los movimientos oculares);
- ataxia (movimientos no coordinados).

➔ Administrar tiamina, dosis 100 - 500 mg 2 o 3 veces al día (máximo 1000 mg en las primeras 12 horas), vía intramuscular o intravenosa (administración muy lenta), durante 5 días. Luego continuar con tiamina 100 mg/día vía oral (NICE, 2011; OMS 2018).

○ Intoxicación con estimulantes

La persona ha usado estimulantes en los últimos días y presenta:

- pupilas dilatadas,
- excitación, pensamientos desenfrenados, pensamiento desordenado, comportamiento extraño,

- aumento del pulso y la presión arterial,
- comportamiento agresivo, errático o violento.

Tratar con benzodiazepinas: diazepam 5-10 mg por vía oral. Si los síntomas psicóticos no responden al diazepam evaluar administrar un antipsicótico como el haloperidol, 1-2,5 mg por vía oral o intramuscular, debe ser usados con precaución ya que pueden precipitar distonías, hipertermias e incluso disminuir el umbral convulsivo.

Puede utilizarse un antipsicótico de segunda generación (SGA) como risperidona u olanzapina (ver dosis indicadas previamente).

Resumen fármacos			
	Dosis de inicio (mg)	Puede repetirse	Dosis máxima (mg/24 hs)
Lorazepam (vo o im)	2 mg	2 hs	12 mg
Diazepam	10 - 20 mg	2 hs	60 - 80 mg
Haloperidol (vo o im)	5 mg	15 minutos	20 mg
Risperidona	1 - 2 mg	2 hs	6 mg
Olanzapina	5 - 10 mg	2 hs	20 mg

(Modificado de Urrego-Sepúlveda, 2019)

4- Valoración por parte del equipo de salud mental:

Una vez que el paciente se encuentra desintoxicado, el equipo de salud debe solicitar la valoración del paciente por parte del equipo de salud mental. Si el equipo interdisciplinario evalúa que el paciente presenta riesgo cierto o inminente para sí o para terceros, puede considerar la internación voluntaria o involuntaria como medida terapéutica (Acuerdo Reglamentario 1575 Serie "A" del Poder Judicial de Córdoba). La internación siempre es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y el último posible, sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto

de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (acorde a lo dispuesto en la Ley provincial de Salud Mental N° 9.848 y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657).

Si el equipo interdisciplinario considera la internación, la persona deberá ingresar a la unidad de internación de salud mental o una habitación adecuada para tal fin.

El trato respetuoso y receptivo posibilita que la persona pueda expresarse y favorece la calma. Es importante respetar los tiempos y silencios de la persona.

Evitar confrontar o realizar juicios de valor; considerar que las funciones psíquicas pueden estar alteradas. Desestimar las percepciones o juicios, sólo conducirá a una confrontación innecesaria. Invitar a la persona a “hablar sobre lo que le pasa” (disponer de tiempo y de lugar).

Tener en cuenta que poder expresarse, poner en palabras lo que le pasa y ser escuchado, suele tener un efecto de alivio.

Intentar que la persona pueda comprender la circunstancia actual/motivo que desencadena la sintomatología.

Es necesario considerar los aspectos vinculares y en particular la existencia de la red de apoyo socio-familiar de la persona e intervenir para favorecer su inclusión participativa. De igual manera rescatar los aspectos sanos de la persona tendiendo a su autonomía y autovalimiento.

Consensuar soluciones en base a las propuestas que haga la persona y a las que puede brindarle la institución considerando el entorno de la misma.

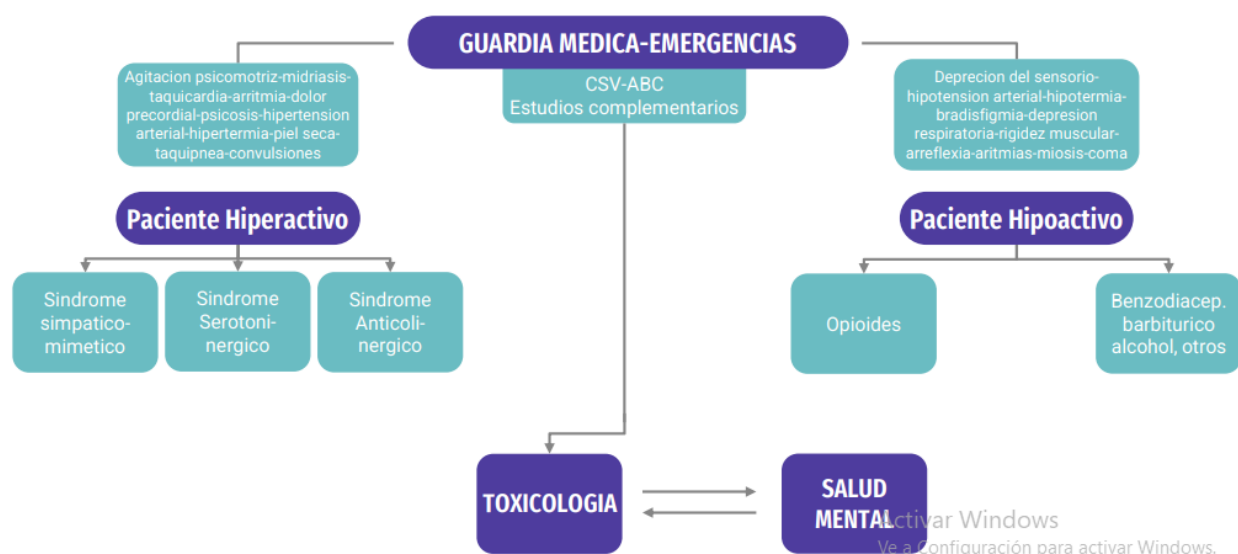
El tiempo de internación se estima en TREINTA (30) días como máximo. La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (Art. 15 Ley 26.657).

La internación será solo una etapa o modalidad, en un proceso continuo de tratamiento, dentro del sistema de salud (Ley 9.848), por lo que luego de que la persona se encuentre clínicamente estable, en condiciones de alta por Salud Mental y previo a su alta hospitalaria, es fundamental articular para la continuidad de tratamiento tanto para el paciente como para sus familiares o referentes afectivos. El equipo interviniente debe evaluar cual es el dispositivo de tratamiento que considera más adecuado, ya sea en modalidad ambulatoria u otros dispositivos intermedios de abordaje. En el caso que la persona

requiera un dispositivo de mayor complejidad para su recuperación y acepte el ingreso en forma voluntaria puede articularse con la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones para el ingreso a Comunidad Terapéutica, asimismo pueden optarse por otros dispositivos de la red de Salud Mental si fuera necesario.

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN

ABORDAJE HOSPITALARIO DE PACIENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS



BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Battaglia, J., Moss, S., Rush, J., Kang, J., Mendoza, R., Leedom, L., Dubin, W., McGlynn, C., & Goodman, L. (1997). Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 15(4), 335–340. [https://doi.org/10.1016/s0735-6757\(97\)90119-4](https://doi.org/10.1016/s0735-6757(97)90119-4).
- Citrome, L., & Volavka, J. (1999). *Violent patients in the emergency setting*. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(4), 789–801. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70126-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70126-x)
- Dunn KE, Tompkins DA, Bigelow GE, Strain EC. (2017) *Efficacy of tramadol extended-release for opioid withdrawal: a randomized clinical trial*. *JAMA Psychiatry*; 74: 885–93.
- Fernández-Gallego, V., Angulo, C. C., Castillo, J. S. del, & Aquilino, J. A. S. (2020). Contención del paciente agitado. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 27(10), 508–514. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.03.013>
- Kim HK, Leonard JB, Corwell BN, Connors NJ. (2021) *Safety and efficacy of pharmacologic agents used for rapid tranquilization of emergency department patients with acute agitation or excited delirium*. *Expert Opin Drug Saf*. 20(2):123-138. doi: 10.1080/14740338.2021.1865911. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33327811
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (26657/2010), Boletín Oficial N° 32041. Honorable Congreso de la Nación Argentina, 25 de noviembre de 2010. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- Ley Provincial de Salud Mental N° 9848, 20 de octubre de 2010. Disponible en: https://www.justiciacordoba.gob.ar/Estatico/justiciaCordoba/files/TSJ/intervenciones_voluntarias/1%20Ley%209848%20de%20Salud%20Mental%20Provincial.pdf
- Linder LM, Ross CA, Weant KA.(2018) *Ketamine for the Acute Management of Excited Delirium and Agitation in the Prehospital Setting*. *Pharmacotherapy*. 38(1):139-151. doi: 10.1002/phar.2060. Epub 2017 Dec 22. PMID: 29136301.
- Lipscombe C, Akhlaghi H, Groombridge C, Bernard S, Smith K, Olaussen A.(2023) *Intubation Rates following Prehospital Administration of Ketamine for Acute Agitation: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Prehosp Emerg Care*. 27(8):1016-1030. doi: 10.1080/10903127.2022.2108178. Epub 2022 Aug 30. PMID: 35913093.

- Lofwall MR, Babalonis S, Nuzzo PA, Siegel A, Campbell C, Walsh SL. (2013) *Efficacy of extended-release tramadol for treatment of prescription opioid withdrawal: a two-phase randomized controlled trial*. Drug Alcohol Depend. 1;133(1):188-97. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.05.010. Epub 2013 Jun 4. PMID: 23755929; PMCID: PMC3786049.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and dependence*. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). *Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications*. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS.
- Piccioni A, Tarli C, Cardone S, Brigida M, D'Addio S, Covino M, Zanza C, Merra G, Ojetti V, Gasbarrini A, Addolorato G, Franceschi F. (2020). *Role of first aid in the management of acute alcohol intoxication: a narrative review*. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 24(17):9121-9128. doi: 10.26355/eurrev_202009_22859. PMID: 32965003.
- Preskorn SH, Zeller S, Citrome L, Finman J, Goldberg JF, Fava M, Kakar R, De Vivo M, Yocca FD, Risinger R. (2022) *Effect of Sublingual Dexmedetomidine vs Placebo on Acute Agitation Associated With Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial*. JAMA. 22;327(8):727-736. doi: 10.1001/jama.2022.0799. PMID: 35191924; PMCID: PMC8864508.
- Sigmon SC, Bisaga A, Nunes EV, O'Connor PG, Kosten T, Woody G. (2012) *Opioid detoxification and naltrexone induction strategies: recommendations for clinical practice*. Am J Drug Alcohol Abuse; 38: 187–99.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). *Assessment of Alcohol Withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar)*. British Journal of Addiction, 84(11), 1353–1357. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737>.
- Urrego-Sepúlveda JC, Berrouet-Mejía MC, Montoya-González LE. (2019) *El paciente agitado de origen toxicológico en el servicio de urgencias: revisión de tema*. Arch. Med. Urgen. Mex. Vol. 11, Núm. 2; 2019, pp: 65-70.

- Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. (2012) *The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup*. West J Emerg Med ;13(1):26-34. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6866. PMID: 22461918; PMCID: PMC3298219

ANEXO II

PROTOCOLO PARA DESINTOXICACIÓN SUBAGUDA POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL MARCO DE UNA INTERNACIÓN HOSPITALARIA

1. Fundamentación

La desintoxicación subaguda de personas con Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el marco de una internación hospitalaria se plantea como una intervención dentro del proceso de tratamiento, la cual resulta necesaria en determinadas situaciones clínicas con el fin de estabilizar a la persona y posibilitar su continuidad de tratamiento en otros dispositivos de mayor complejidad ya sean estos ambulatorios o residenciales (Hospital de día, Comunidad Terapéutica, Casa de Medio Camino).

En algunas circunstancias al disminuir o cesar el consumo de SPA, puede aparecer sintomatología clínica aguda que requiera de una intervención médica especializada para controlar signos y síntomas y estabilizar el cuadro clínico. En otros casos las personas presentan severas dificultades para cesar el consumo de sustancias por sus propios medios, incluso no lo logran tampoco a través de un tratamiento ambulatorio y requieren de un espacio más estructurado para lograr la desintoxicación.

Por lo cual, a través de esta internación se busca reducir las posibilidades de aparición de sintomatología clínica aguda y las complicaciones derivadas de la intoxicación y abstinencia aguda. La desintoxicación subaguda posibilita a la persona dar continuidad a su proceso terapéutico y al equipo profesional tratante poder trabajar específicamente en la recuperación del consumo de sustancias.

2. Situaciones en las que se indica internación hospitalaria para desintoxicación subaguda.

La desintoxicación subaguda en Hospitales Generales se solicita para personas que se encuentren realizando tratamiento interdisciplinario en adicciones sostenido al momento de activar este mecanismo. Se solicitará en los siguientes casos:

- En personas con Trastorno por consumo de alcohol, alto riesgo de desarrollar convulsiones por abstinencia de alcohol o delirium tremens, por ejemplo si han ocurrido episodios pasados de síntomas graves de abstinencia, incluidas crisis convulsivas, síndrome confusional o delirium o aparecen síntomas importantes de abstinencia en las 6 horas posteriores al último consumo.

- Personas con consumo de opioides, alto riesgo de presentar complicaciones por la abstinencia a opioides.
- Problemas médicos o psiquiátricos importantes, deterioro cognitivo o comorbilidades múltiples.
- Personas vulnerables que se encuentran en abstinencia aguda sin red de sostén familiar o social, o se encuentran en situación de calle.
- Personas que no han podido sostener la abstinencia ambulatoria o han fracasado intentos de suspensión del consumo ambulatorio en el pasado.

Se solicita la permanencia de entre 3 a 7 días (según cada caso) para el monitoreo de signos y síntomas de abstinencia por consumo de sustancias, pudiendo ser de mayor cantidad de días para personas que tienen consumo crónico de alcohol y de acuerdo a la evolución clínica a criterio del equipo tratante en el hospital.

3. Mecanismo de derivación

El coordinador del equipo tratante se comunicará con el equipo del Hospital correspondiente a su zona de referencia para hacer el pedido de cama, enviando epicrisis de derivación, estudios realizados y modalidad de tratamiento posterior a la intervención hospitalaria. El pedido será convalidado por el equipo del Hospital referenciado.

Una vez confirmada la disponibilidad de cama, la persona debe asistir al Hospital indicado con acompañante familiar, en caso de no contar con familiar, de ser posible acompañado por equipo tratante. Debe llevar una epicrisis de derivación, así como también, los estudios que se ha realizado previamente.

En los casos que la persona ha sido admitida para ingreso a la Comunidad Terapéutica Pública Profesional (CTPP), la misma debe tener fecha probable de ingreso y estudios clínicos realizados (en caso de faltar algún estudio, se informará y solicitará la realización del mismo dentro de la institución hospitalaria); la persona acepta voluntariamente el ingreso a Hospital y la continuidad posterior de tratamiento en CTPP. El día del ingreso a la CTPP el paciente se retirará junto con un familiar o equipo tratante y se movilizará por sus propios medios hasta la CTPP.

Estudios médicos que se solicitan previo al ingreso a Comunidad Terapéutica (RAAC 4):

- Radiografía de tórax con informe.

- Electrocardiograma con informe
- Certificado de buena salud bucal
- Estudios de laboratorio: citológico completo con plaquetas, VSG, Urea, Creatinina, Ac. Úrico, Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL,, Ionograma, glucemia, FAL, GOT, GTP, GGT, TSH, Orina Completa.
- Serología para HIV, Hepatitis B y C, Chagas, Sífilis.
- Carnet de vacunación - Esquema obligatorio completo y Vacunación Covid (de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud)
 - Hasta 49 años sin comorbilidades: 1 dosis cada 1 año
 - Si pertenece a algunos de los grupos de riesgo: 1 dosis cada 6 meses

ANEXO III

PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE HOSPITALARIO AMBULATORIO DE PERSONAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1. *Desintoxicación subaguda por consumo de sustancias psicoactivas en el marco de un tratamiento hospitalario ambulatorio.*

La desintoxicación subaguda de personas con Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el marco de un abordaje ambulatorio se plantea como una intervención dentro del proceso de tratamiento, la cual resulta necesaria en determinadas situaciones clínicas con el fin de estabilizar a la persona y posibilitar su continuidad de tratamiento en otros dispositivos ya sean estos ambulatorios o residenciales. Este procedimiento podrá ser realizado por médicos formados en adicciones, psiquiatras, toxicólogos, clínicos y generalistas.

a) Situaciones en la que se indica la desintoxicación ambulatoria

En los casos que no sea necesaria la internación para desintoxicación subaguda, la misma puede llevarse a cabo en forma ambulatoria. En estas situaciones previo al ingreso a dispositivos de mayor complejidad como Hospitales de Día, Comunidades Terapéuticas, Casas de Medio Camino, etc., se realizará screening cualitativo de drogas de abuso en orina (cada equipo derivador debe coordinar un turno con CAS Córdoba, centro RAAC del interior o bien Hospital de referencia).

**Screening cualitativo de drogas de abuso en orina Método: inmunocromatografía de flujo lateral*

Metabolito de cocaína: benzoilecgonina, cut-off: 300 ng/ml

Metabolito de marihuana: 11-nor-delta9-thc-9 cooh, cut-off: 50 ng/ml

Metabolito de benzodiacepina: oxacepam, cut-off: 200 ng/ml

**Ventana de detección aproximada de los metabolitos en orina:*

- Metabolito de cocaína: 6 h a 5 días Si el consumo es regular / crónico se extiende a varias semanas.

- Metabolito de marihuana: 3 h a 3 días (consumo único), 5 días (consumo moderado), 10 días (consumo frecuente), 1 mes (consumo crónico)
- Metabolito de benzodiacepinas: 6 h a 3 días (acción corta: triazo, fluraze), 5 días (acción intermedia: alpra, lora, oxa, clona), 10 días (acción prolongada: diaze, nordiaze)

2. Turnos Protegidos

Turnos Protegidos consiste en un sistema de obtención de turnos para personas que se encuentren realizando tratamiento interdisciplinario en adicciones sostenido al momento de activar este mecanismo. Será solicitado a la Secretaría de Salud, desde la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, para determinadas especialidades médicas que se vinculan con los efectos orgánicos de las adicciones. Dadas las características y particularidades de esta población, en muchas ocasiones presentan dificultades en el acceso al sistema de salud, por lo que se propone esta modalidad con el fin de acompañar los procesos de salud de cada paciente y garantizar una salud integral con un sistema de seguimiento completo. Es por esto que se determinarán hospitales específicos tanto en Córdoba Capital como en el interior provincial a los cuales los pacientes puedan asistir, con turno previamente otorgado, de modo directo y articulado entre ambas Secretarías.

Las especialidades médicas requeridas con mayor frecuencia son: clínica médica, medicina general y familiar, ginecología, cardiología, neurología, odontología, gastroenterología, traumatología.

a) Mecanismo de derivación.

Los equipos de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones pueden solicitar el turno específico para personas que se encuentren realizando un tratamiento, la solicitud será a través de un formulario establecido para ello, desde la página web de dicha Secretaría.

La coordinación de RAAC 3 responde a la solicitud de turnos, enviando la información del turno correspondiente a los equipos. Si el paciente no va a asistir al turno otorgado o si el profesional de la especialidad médica no atiende este día, se debe dar aviso por mail a RAAC 3, para cancelar oportunamente el turno.

En caso que en la consulta ambulatoria con las especialidades médicas anteriormente mencionadas se solicitara la realización de estudios específicos, se agilizará del mismo modo la concreción de dicho turno (solo en caso que corresponda y sea posible según la dinámica propia del servicio). Es decir, se

entiende como una continuidad del Turno protegido la necesidad de determinado estudio complementario.

Para otras especialidades no contempladas en lo ya mencionado, pero necesaria en casos particulares, se consultará en los hospitales la posibilidad de conseguir dicho turno.

3. Guía de Recomendaciones para la Intervención Farmacológica en el Tratamiento Ambulatorio a Mediano o Largo Plazo de Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas.

a) Tratamiento Farmacológico Subagudo, destinado a promover la deshabituación del alcohol.

Es importante trabajar con el paciente y su familia la aceptación sobre la vulnerabilidad respecto al alcohol, tabaco y otras sustancias, su dificultad para controlarlo y las consecuencias del consumo sobre su vida, aceptando la necesidad de recibir un tratamiento integral sostenido en el tiempo, con supervisión médica, terapia psicológica, participación en grupos de ayuda mutua y en programas comunitarios de recuperación.

Realizar evaluación médico-psiquiátrico, para llegar al diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol moderado a severo junto a las comorbilidades que pudieran estar presentes, informar sobre la importancia de alcanzar la abstinencia, hacer un uso racional de la medicación, evaluar si presenta criterios de internación, etc.

Es importante que el profesional realice seguimiento del caso para evaluar la adherencia del paciente, detectar aquellos factores que lo llevaron a abandonar el tratamiento y apoyarlo de manera positiva para continuar con el mismo y acompañarlo en el caso de presentar efectos adversos.

Si el paciente no puede o no acepta realizar abstinencia total, se lo debe motivar para que realice una reducción o cambios en la ingesta, utilizando racionalmente los recursos farmacológicos apropiados. Es probable que luego tenga mayor motivación para abstenerse y más confianza en su médico tratante, lo que promueve una mejor alianza terapéutica.

Brindar información clara y detallada de los posibles eventos adversos, evaluar la comprensión por parte del paciente y familiar y/o acompañante en el proceso terapéutico, informar en caso de presentar los mismos que hacer (asistencia a centro médico cercano), rma de consentimiento

voluntario y asesorar sobre la portación de acreditación de toma de medicación en caso de urgencia para disulfiram y naltrexona.

DISULFIRAM

1- Criterios de indicación:

Paciente con consumo crónico de alcohol (y policonsumo de alcohol y cocaína) motivados y con baja posibilidad de una recaída severa o de riesgo.

Voluntariedad (luego de informar uso, reacciones adversas y firma de consentimiento voluntario).

Paciente con adherencia al tratamiento que asista a dispositivos ambulatorios, grupos y programas comunitarios de recuperación.

Paciente con sostén familiar o referentes afectivos con influencia efectiva sobre él/ella.

Al inicio del tratamiento el paciente debe mantenerse abstinentes como mínimo 1 semana.

2- Contraindicaciones:

Paciente en estado de intoxicación etílica.

Consumo reciente (últimas 12hs).

Paciente con supresión reciente de alcohol y/o cursando síntomas de abstinencia.

Consumo activo de cocaína (no intermitente).

Farmacológicas: anticoagulado, amitriptilina, nortriptilina, bupropion, IMAO, anfetaminas, metilfenidato, fenitoína, metronidazol, opiáceos, con neurotóxicos como penicilina parenteral, isoniazidas, imipenem, omeprazol, uconazol, propranolol. Precaución con diazepam y sertralina, aumenta concentración sérica del disulfiram.

Embarazadas (categoría C) y lactancia.

Hipersensibilidad al disulfiram.

Estados psicóticos agudos y desestabilizados.

Insuficiencia hepática grave.

Insuficiencia renal grave.

Enfermedades cardíacas graves u oclusión de coronarias.

En niños y adolescentes no se cuenta con reportes de seguridad.

No recomendado en mayores de 65 años.

PRECAUCIÓN: diabetes, hipotiroidismo, epilepsia, si se lo asocia a naltrexona evaluar riesgo/beneficio por riesgo de hepatotoxicidad.

3- Recomendaciones de uso:

Tomar 500 mg si no tiene complicaciones en la función hepática, siempre iniciar con 250 mg. después del desayuno, sin el estómago vacío.

Dosis de mantenimiento 250 mg /día.

Para su retiro no necesita una reducción gradual.

El tiempo de uso depende del criterio del médico y del paciente en particular, hasta 2 años en algunos casos.

Tomar por la mañana, si produce somnolencia tomar antes de acostarse.

El horario de ingesta puede modificarse según necesidades particulares (ejemplo, supervisión de la toma de la medicación).

No uso bebidas y comidas que contengan alcohol, ni ningún preparado como enjuagues bucales, perfumes u otro cosmético que contenga alcohol.

No ingerir si tomo alcohol las últimas 12 hs y hasta 2 semanas una vez que termine de tomar disulfiram.

NALTREXONA

1- Criterios de indicación:

Tratamiento para deshabituación de alcohol (y policonsumo de alcohol y cocaína).

Cuando está presente el fenómeno “Priming” (luego del consumo de escasas cantidades de alcohol el paciente no puede parar y necesita ingerir más).

Paciente con adherencia al tratamiento que asista a dispositivos ambulatorios, grupos de ayuda mutua y/o a programas comunitarios de recuperación.

Es más efectiva en consumo reciente y trastornos de conducta.

Para reducir el anhelo de alcohol (craving).

Es un recurso cuando el paciente desea y acepta una reducción en la ingesta de alcohol, se debe monitorear la función hepática en estos casos.

2- Contraindicaciones:

Uso concurrente de opiáceos.

Abstinencia aguda a opiáceos.

Insuficiencia hepática severa y cirrosis.

Insuficiencia renal.

Hepatitis aguda.

Si se requiere analgesia con opiáceos o derivados.

Embarazadas (categoría C) y lactancia.

No uso codeína (jarabe para tos), morna, y cualquier fármaco derivado de opioides.

Asociado a clozapina.

3- Recomendaciones de uso:

Por lo menos no haber consumido ningún opiáceo en 4 días previos e iniciar con la mitad de dosis.

Tomar después del desayuno o almuerzo 1 comprimido de 50mg, siempre se recomienda comenzar con ½ comprimido y luego aumentar para evitar efectos adversos y así mejorar adherencia terapéutica.

Evaluar a los 4 meses de uso, se puede sostener hasta 1 año.

Realizar hepatograma y citológico completo para prevenir hepatotoxicidad, pancitopenia y hemólisis.

Para su retiro no necesita una reducción gradual.

b) Tratamiento Farmacológico para Cesación Tabáquica

Interrogar sobre tabaquismo a todos los pacientes y recomendar la cesación tabáquica.

Pesquisar la presencia de afecciones debidas al tabaco y personalizar el riesgo teniendo en cuenta su historia clínica.

Investigar motivaciones positivas, comentándole que dejar de fumar es posible y los beneficios que obtendrá.

Identificar obstáculos y orientar al paciente.

Preparar al paciente ayudándolo a fijar un día y cumplirlo, indicar la medicación, alertar sobre efectos no deseados, alertarle sobre posibles efectos de la cesación (Síndrome de abstinencia), darle estímulos y apoyo, prever situaciones difíciles (invitación a fumar, dar una “pitada” solamente, cambio de rutinas, evitar situaciones propicias en las comidas, que evite estímulos asociados como café, mate, alcohol).

Citar al paciente en forma periódica, verificar si cumple con las indicaciones, recomendar un diferente estilo de vida e incentivar al deporte, observar la tolerancia.

En caso de que no logre la cesación, estadificar nuevamente al paciente, buscar nuevas motivaciones y proponer otro intento, interpretar errores y planificar situaciones difíciles.

Determinar el grado de severidad del trastorno por consumo de nicotina es importante en las decisiones referidas al tratamiento dado que puede requerir una dosificación más intensa y un recurso aceptado para averiguar el grado de severidad es el test de FAGESTRÖN.

Se debe aconsejar que deje de fumar completamente en la iniciación de la terapia.

Desalentar el uso de vapeadores, cigarrillos electrónicos, etc.

PARCHES DE NICOTINA

1- Criterios de indicación:

Paciente con trastorno por consumo de nicotina con un test de FAGESTRÖN de más de 4 puntos.

Intentar que deje de fumar al inicio o antes de 14 días de comenzado el tratamiento.

Paciente motivado, con adherencia y asistencia al tratamiento ambulatorio médico, terapéutico, asistencia a grupos y a programas comunitarios de recuperación.

2- Contraindicaciones:

Embarazadas y lactancia

Adolescente y niños.

No fumar ni usar productos fabricados a base de nicotina.

3- Forma de uso:

Fumadores de más de 20 cigarrillos por días iniciar con la dosis mayor 30 cm² y 20 cm² para en los demás.

Uso transdérmico preferentemente en la parte superior del tórax o en la parte externa del brazo cambiarlo cada 24 hs en la misma hora de ser posible, y cambiar la zona de aplicación de cada parche, escoger zona libre de vello, lavar bien y secar.

No usar fuentes de calor cerca del parche (como estufas, lámparas de calor).

Se debe colocar el parche por la mañana, por las noches es eficaz para combatir síntomas de abstinencia matutinos, pero puede causar pesadillas.

BUPROPION

1-Criterios de indicación:

Paciente con trastorno por consumo de nicotina con un test de FAGESTRÖN de más de 4 puntos.

Puede ser usado en adolescentes que quieran dejar de fumar.

Paciente motivado, con adherencia y asistencia al tratamiento ambulatorio médico, terapéutico, asistencia a grupos y a programas comunitarios de recuperación.

Para reducir el ansia por el consumo de tabaco.

2- Contraindicaciones:

Embarazo (categoría C). Lactancia, atraviesa trazas en la leche materna, evaluar riesgo-beneficio.

Traumatismos de cráneos recientes y tumores cerebrales.

Epilepsia.

Supresión brusca reciente de alcohol y sedantes.

Precaución en trastornos restrictivos de la conducta alimentaria, como la anorexia.

Asociado con tioridazina, IMAO. Precaución con tricíclicos, antiepilépticos, levodopa o amantadina.

No usar en pacientes con insomnio grave.

Precaución en trastorno bipolar salvo que estén con estabilizador del ánimo concomitantemente.

Paciente con insuficiencia renal e insuficiencia hepática debe ajustarse dosis, frecuencia y ser supervisada estrechamente.

3- Forma de uso:

Iniciar 1 o 2 semanas previas antes de la cesación tabáquica total con 1 comprimido de 150 mg por la mañana, por lo menos 3 días y luego aumentar a 2 comprimidos al día (desayuno y cena, si presenta insomnio, desayuno y almuerzo) por lo menos durante 6 meses.

En formulaciones de liberación prolongada (XR) se puede tomar 1 comprimido al desayuno de XR 150 mg. o XR 300 mg. según sea indicado.

Más eficaz asociado a parches de nicotina.