

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

Resolución ministerial N° 2024/00001441

Ministerio de
SALUD



AUTORIDADES

Martín Llaryora
Gobernador de la Provincia de Córdoba

Myrian Prunotto
Vicegobernadora de la Provincia de Córdoba

Dr. Ricardo Pieckenstainer
Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba

Dr. Carlos Giordana
Secretario de Salud de la Provincia de Córdoba

Dr. Santos García Ferreira
Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones
del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

Lic. Pía Guidetti
Secretaria de Salud Mental del Ministerio de Salud
de la Provincia de Córdoba

Lic. Florencia Maiocco
Subsecretaria de Prevención de las Adicciones
del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

EQUIPO REDACTOR

Dr. Santos García Ferreira
Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones

Dra. Milagro Hernández
Coordinadora del nivel 3 de la Red de Asistencia de las Adicciones, Secre-
taría de Prevención y Asistencia de las Adicciones

Dr. Ricardo Fernández
Coordinador Departamento de Toxicología de la Facultad de
Ciencias de la Salud y Secretario de Posgrado de la Facultad de Ciencias
de la Salud, Universidad Católica de Córdoba

Lic. Cecilia Ponce
Directora de servicios de Salud Mental de Hospitales Generales,
Secretaría de Salud Mental

Dra. Verónica Goldaracena
Jefa del Centro de Toxicología del Hospital San Roque Nuevo,
Secretaría de Salud

Dr. Mario Vignolo
Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba
(Miembro de la Junta Directiva) y miembro de la Asociación
de Médicos Forenses de la República Argentina

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL

Martín Galoppo
Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones

INDICE

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

Introducción.....	1
Fundamentación.....	1
Objetivos.....	2
SECCIÓN 1.- Persona sedada o somnolienta (hipoactiva).....	3
SECCIÓN 2.- Persona sobrestimulada, ansiosa o agitada (hiperactiva).....	7
SECCIÓN 3.- Persona confusa (Desorientación y síndrome confusional).....	18
SECCIÓN 4- Valoración del equipo de salud mental. Criterios de riesgo. Abordaje del paciente en la unidad de internación.....	22
Bibliografía.....	25
Anexo.....	28
CIWA-Ar. Escala de Valoración de la Abstinencia por Alcohol.....	29

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 remediables 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 continua 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.

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.

Objetivos

- **Conformar un protocolo** para el abordaje hospitalario de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.
- **Capacitar a los equipos de salud** de hospitales en el abordaje agudo y subagudo de pacientes con trastornos por consumo de sustancias.
- **Consolidar y fortalecer el trabajo en red** y articulaciones dentro del sistema de salud.

SECCIÓN 1

Persona hipoactiva:

persona sedada o somnolienta



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 costádo para prevenir la aspiración (ver imagen)



→ A-B-C-D-E



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.

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.

CONSIDERAR CAUSAS CLÍNICAS GENERALES

Traumatismo craneoencefálico	Hipoglucemia	ACV	Tumores de SNC
Infecciones	Hiponatremia	Arritmias	Hipotensión



Abordaje

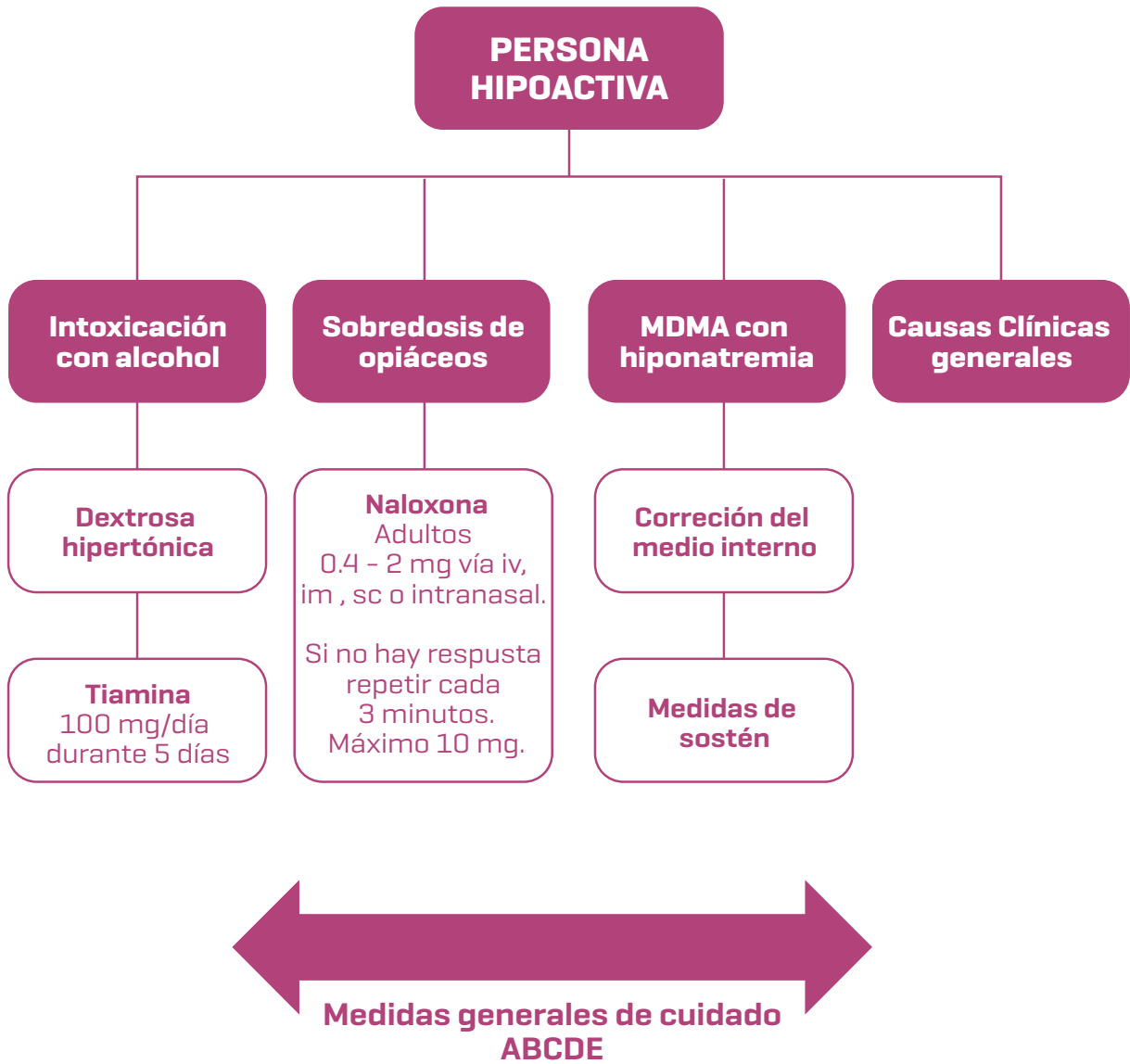
En caso de sospechar **intoxicación con alcohol**, en el tratamiento temprano se debe considerar la administración de:

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

- **Niños: 0.01 mg/kg de naloxona**. 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.
- **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



SECCIÓN 2

Persona hiperactiva:

persona sobreestimulada, ansiosa o agitada



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
----------------------------------	---	----------------------



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) (Shaw y colaboradores, 1981), 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) (ver anexo).

Tratamiento de la abstinencia

● **Benzodiazepinas:**

- 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 antipsicóti-

cos como el haloperidol, 1 - 2,5 mg por vía oral o intramuscular.

2

● 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 este 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)



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 GENERACION

- **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.

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 benzo-

diazepinas 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.

● 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.

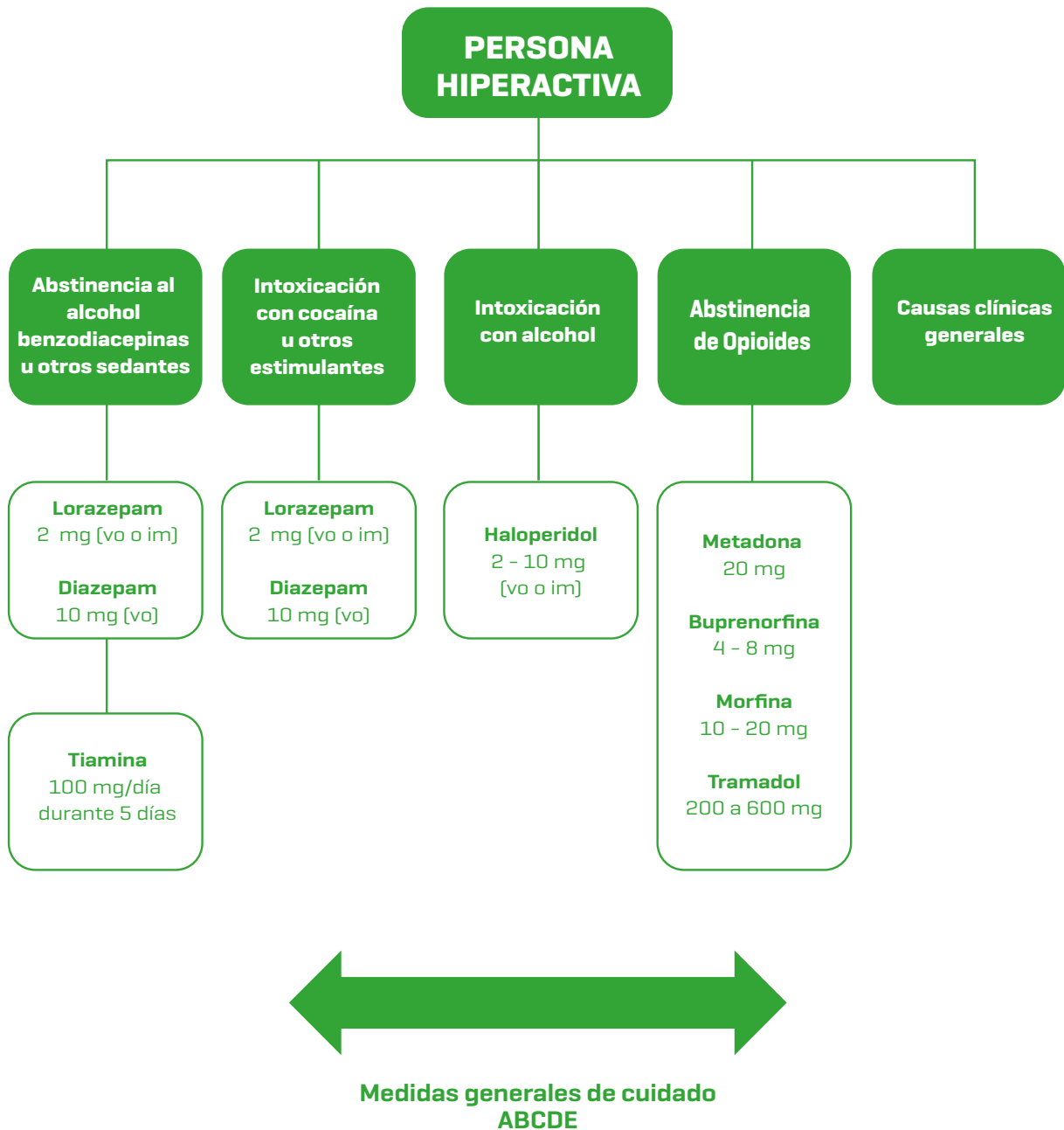
El uso prolongado puede conducir a la dependencia.

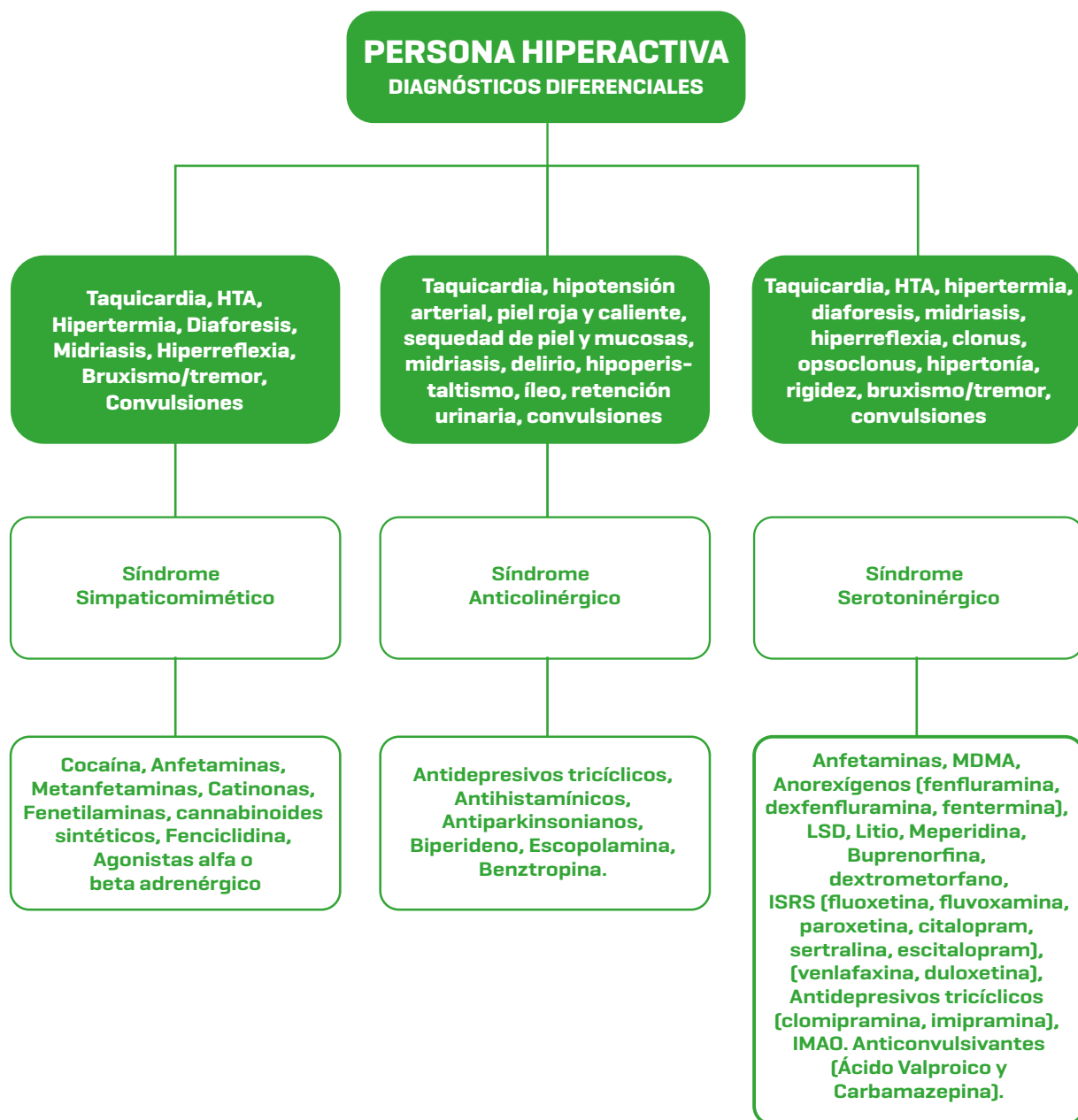
No utilizarlo cuando las personas se encuentran sedadas.

● 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)





SECCIÓN 3

Persona confusa

[Desorientación y síndrome confusional]

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

Evaluación Diagnóstica

● Condiciones médicas

Traumatismo craneoencefálico	Neumonía u otras infecciones
Hipoglucemia	Encefalopatía hepática
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

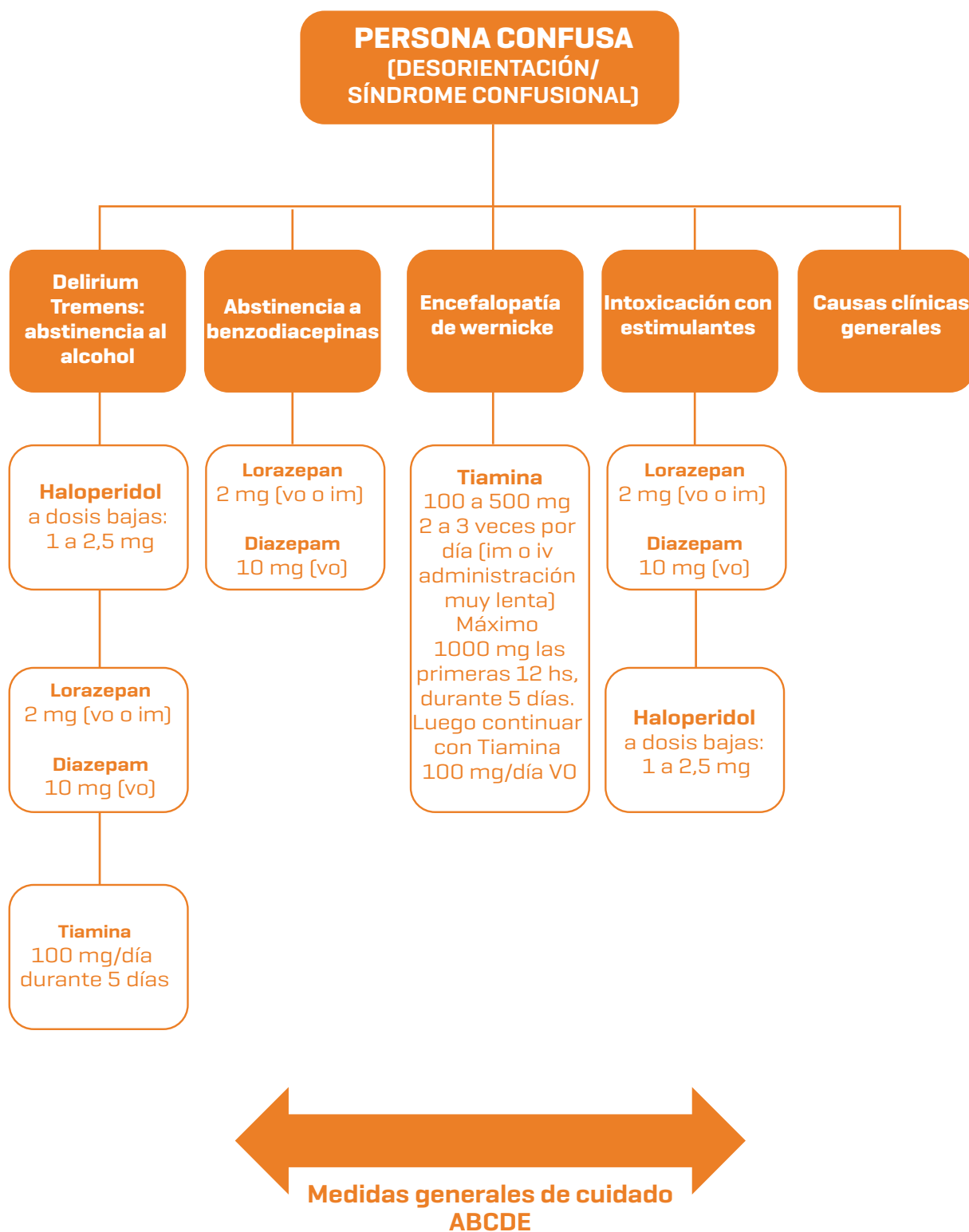
La persona ha usado estimulantes en los últimos días y presenta:

- pupilas dilatadas, excitación, pensamientos desenfadados, 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 DE FÁRMACOS USADOS CON MÁS FRECUENCIA			
	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	15 min	60 - 80 mg
Haloperidol (vo o im)	5 mg	2 hs	20 mg
Risperidona	1 - 2 mg	2 hs	6 mg
Olanzapina	5 - 10 mg	2 hs	20 mg



SECCIÓN 4

Valoración por parte del equipo de Salud Mental



Consideraciones generales

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.

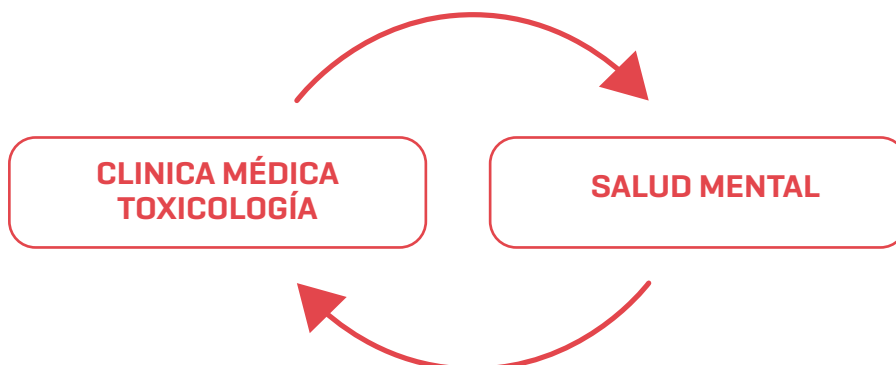
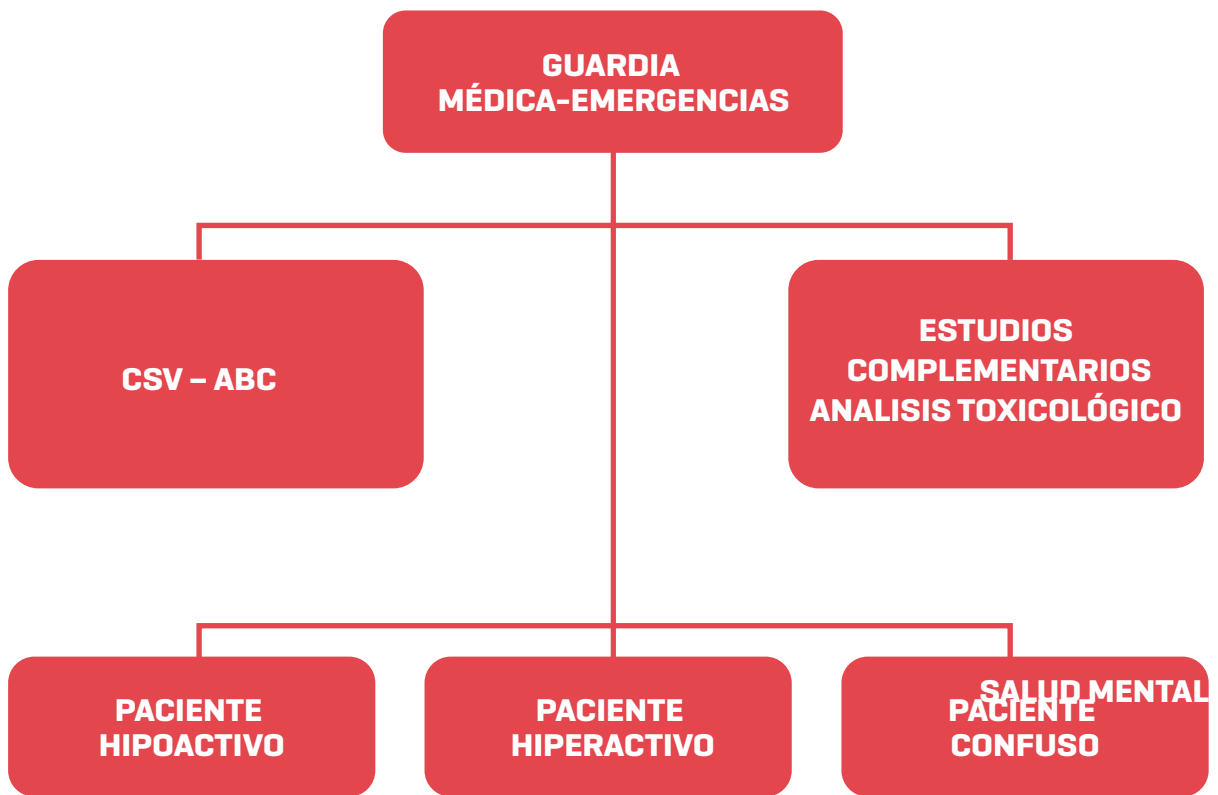
Es necesario considerar los **aspectos vinculares** y en particular la existencia de la **red de apoyo socio-familiar** de la persona e intervenir para favorecer su inclusión participativa. De igual manera rescatar los aspectos sanos de la persona tendiendo a su autonomía y autovalimiento.

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 Adicciones para el ingreso a Comunidad Terapéutica, asimismo pueden optarse por otros dispositivos de la red de Salud Mental si fuera necesario.



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, Olausson 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. Urogen. 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

CIWA-Ar. Escala de Valoración de la Abstinencia por Alcohol

Nauseas y vómitos	Alteraciones táctiles
0: Sin nauseas ni vómitos 1: Nauseas leves sin vómitos 2 3 4: Nauseas intermitentes con esfuerzos secos 5 6 7: Nauseas constantes y vómitos	0: Ninguna 1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...) 2: Idem suave 3: Idem moderado 4: Alucinaciones moderadas 5: Alucinaciones severas 6: Alucinaciones extremas 7: Alucinaciones continuas
Temblores	Alteraciones auditivas
0: Sin temblor 1: No visible, puede sentirse en los dedos 2 3 4: Moderado con los brazos extendidos 5 6 7: Severo, incluso con los brazos no extendidos	0: Ninguna 1: Muy leves sonidos secos o capaces de asustar 2: Idem leves 3: Idem moderados 4: Alucinaciones moderadas 5: Alucinaciones severas 6: Alucinaciones extremas 7: Alucinaciones continuas
Sudor	Alteraciones visuales
0: No visible 1: Palmas húmedas 2 3 4: Sudor en la frente 5 6 7: Empapado	0: Ninguna 1: Muy leves 2: Leves 3: Moderadas 4: Alucinaciones moderadas 5: Alucinaciones severas 6: Alucinaciones extremas 7: Alucinaciones continuas
Ansiedad	Cefalea
0: No ansioso 1: Ligeramente 2 3 4: Moderado 5 6 7: Ataque agudo de pánico	0: No presente 1: Muy leve 2: Leve 3: Moderada 4: Moderadamente severa 5: Severa 6: Muy severa 7: Extremadamente severa
Agitación	Orientación y funciones superiores
0: Actividad normal 1: Algo hiperactivo 2 3 4: Moderadamente inquieto 5 6 7: Cambio continuo de postura	0: Orientado y puede sumar 1: No puede sumar, indeciso en la fecha 2: Desorientado temporalmente (<2 días calendario) 3: Mayor desorientación temporal (>2 días) 4: Desorientación espacial y/o en persona

Interpretación de la puntuación de CIWA

00— 09 Puntos: Síndrome de abstinencia muy leve

10 — 15 Puntos: Síndrome de abstinencia leve

16 — 20 Puntos: Síndrome de abstinencia moderado

21 — 67 Puntos: Síndrome de abstinencia intenso

Ministerio de
SALUD

