



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y  
ASISTENCIA SOCIAL**



**DIRECCIÓN DE REGULACIÓN  
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL**

**GUÍAS CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN  
A PERSONAS CON CONDUCTAS  
ADICTIVAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

*Documento Derogado*

**MAYO 2006**

**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.**





Gobierno de El Salvador

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION DE REGULACIÓN  
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL**



**GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN  
A LAS PERSONAS CON CONDUCTAS ADICTIVAS  
A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

*Documento Derogado*

**ABRIL DE 2005**



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL  
DIRECCION DE REGULACION  
Y ASISTENCIA SOCIAL  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA



**Documento Derogado**

GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN  
A LAS PERSONAS CON CONDUCTAS ADICTIVAS  
A ESTACIONES DE SERVICIOS

FECHA DE SALIDA

**AUTORIDADES**

**DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA**

**MINISTRO DE SALUD**

**DR. JOSE ERNESTO NAVARRO MARIN**

**VICEMINISTRO DE SALUD**

**DR. JOSE ROBERTO RIVAS AMAYA**

**DIRECTOR DE REGULACION**

**DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA**

**DIRECTOR GENERAL Y DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD**



AUTORIDADES

DR. JOSE GUILLEMO MAZA BRIZUELA

MINISTRO DE SALUD

DR. JOSE EUSTO NAVARRO MARIN

VICEMINISTRO DE SALUD

**Documento Derogado**

DR. JOSE ROBERTO RIVERA MAYA

DIRECTOR DE REGULACION

DR. ROBERTO ALCIDES URBINA

SECRETARÍA DE PLANIFICACION Y DE ASESORIA TECNICA DE LA CALIDAD

## PRESENTACION

La demanda creciente de atención de problemas de conductas adictivas a sustancias psicoactivas en sus múltiples manifestaciones ha generado la necesidad de darle respuesta al fenómeno, desde la perspectiva de la connotación clínica, y de la integralidad de la persona.

Las recomendaciones para la atención integral de los problemas de conductas adictivas a sustancias psicoactivas en sus múltiples manifestaciones, además de ser basadas en la evidencia científica, deben ser sistematizadas a fin de orientar las decisiones de los proveedores de servicios de salud. Asimismo, es necesario que los diferentes niveles de atención conozcan de las intervenciones más eficaces y eficientes a fin de prevenir, curar y rehabilitar a las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas.

Por las razones expuestas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de Salud Mental, presenta la **“GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON CONDUCTAS ADICTIVAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”**, la cual contiene lo relacionado con las principales patologías a las conductas adictivas a sustancias psicoactivas definiendo los factores de riesgo, la clasificación para el diagnóstico, categorías clínicas, diagnósticos diferenciales, la comorbilidad, tratamiento farmacológico y no farmacológico por nivel de atención, exámenes de laboratorio y los criterios para determinar la respuesta a los tratamientos y su modificación; con lo cual se pretende contar con un instrumento que logre la sistematización de criterios para las intervenciones orientadas a restablecer la salud mental de los usuarios.

  
  
**Dr. José Guillermo Maza Brizuela**  
Ministro de Salud Pública y Asistencia



PRESENTACION

El presente documento es el resultado de un estudio de campo realizado en el Hospital General de San Juan de los Rios, en el cual se evaluó el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el uso de medicamentos. El estudio se realizó en el mes de mayo del 2010, en el Hospital General de San Juan de los Rios, en el cual se evaluó el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el uso de medicamentos.

El estudio se realizó en el Hospital General de San Juan de los Rios, en el cual se evaluó el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el uso de medicamentos. El estudio se realizó en el mes de mayo del 2010, en el Hospital General de San Juan de los Rios, en el cual se evaluó el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el uso de medicamentos.

El estudio se realizó en el Hospital General de San Juan de los Rios, en el cual se evaluó el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el uso de medicamentos. El estudio se realizó en el mes de mayo del 2010, en el Hospital General de San Juan de los Rios, en el cual se evaluó el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el uso de medicamentos.

Dr. José Guillermo Mata Briceño  
Hospital de San Juan de los Rios

## INDICE

Contenido	Página
- Introducción .....	i
- Objetivos .....	1
- Guía clínica para la atención de:	
• Barbitúricos .....	2
• Tabaco .....	11
• Benzodiazepinas .....	19
• Anfetaminas .....	28
• Alcoholismo .....	37
• Cocaína .....	46
• Marihuana .....	53
• Inhalantes .....	60
- Bibliografía .....	70
- Instituciones participantes .....	71



## INTRODUCCION

El presente documento se logra como producto final de un esfuerzo orientado hacia la atención integral de la persona con conductas adictivas a sustancias psicoactivas, en el marco de la reforma a la atención en salud en general

Históricamente, la atención de la persona con conductas adictivas a sustancias psicoactivas ha sido centralizada al igual que la provisión de los medicamentos para el tratamiento, lo anterior ha limitado en gran manera la accesibilidad a los servicios de primer y segundo nivel; por lo que a través de estas guías se pretende sistematizar los procedimientos para la atención integral e integrada de las personas con conductas adictivas.

El presente documento, contiene las principales drogas de uso mas frecuente, destacando en cada una de ellas características tales como: Concepto, epidemiología, manifestaciones clínicas, modalidades de tratamiento, lo cual favorecerá los conocimientos y permitirá un lenguaje unificado en el abordaje terapéutico.

## OBJETIVOS

### GENERALES

- Mejorar la calidad de la promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación de las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas así, como también de la práctica clínica de acuerdo a los niveles de atención.
- Orientar el proceso de la toma de decisiones, al incorporar una secuencia sistematizada de actividades, reduciendo las variaciones inapropiadas de la práctica profesional en este tipo de patología.

### ESPECÍFICOS

- Normar los protocolos del manejo de las principales problemas por conductas adictivas a sustancias psicoactivas, según el nivel de atención y complejidad.
- Fortalecer la priorización de los recursos disponibles para su utilización efectiva y eficiente.
- Fortalecer y mejorar el sistema de referencia y retorno.
- Proporcionar un instrumento de fácil implementación para su ejecución en cada uno de los niveles de atención.



# GUÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON CONDUCTAS ADICTIVAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

## 1- BARBITÚRICOS.

### DEFINICIÓN

Son sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central.

### EPIDEMIOLOGÍA

No hay datos exactos en cuanto a epidemiología, ni su incidencia por sexo, sin embargo debido a pautas culturales se cree que el consumo de estos es mayor en el Sexo masculino que en el femenino.

### CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Factores genéticos.
- Factores biológicos.
- Factores socioculturales.

### FACTORES DE RIESGO

- Uso de otras sustancias Psicoactivas
- Enfermedades Mentales Existentes
- Personalidad

### TOXICIDAD

La toxicidad de los barbitúricos, tiene relación directa con la dosis ingerida, la producción de metabolitos activos, la vida media de estos y las características propias del sujeto que las ingiere. Una dosis de 100mg-200 mg es suficiente para producir un cuadro clínico de intoxicación.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

#### 1. INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropicas que produce alteraciones a nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones fisiológicas o psicológicas.

La intoxicación aguda suele tener estrecha relación con la dosis de la sustancia, en la que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, la intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia.

La recuperación es completa, los síntomas de la intoxicación no tienen porque reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.

## **2. CONSUMO PERJUDICIAL (F1X.1)**

Se trata de una forma de consumo que esta afectando ya a la salud física o mental.

Pautas para el diagnostico.

El diagnostico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por si mismo indicativo de un consumo perjudicial, como lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (F1x.4), no son en si misma suficiente evidencia del "daño para la salud" requerido para el diagnostico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe de diagnosticarse si esta presente un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas especificas de trastornos relacionados con sustancias psicotropas.

## **3. SÍNDROME DE DEPENDENCIA ( F1 X.2):**

El diagnostico de dependencia solo debe de hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado tres o más de los rasgos siguientes:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.



Tolerancia, de tal manera que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.

Abandono progresivo de otras fuentes de placer, 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.

#### **4. SÍNDROME DE ABSTINENCIA. (F1X.3)**

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de dependencia

- Presencia de síntomas somáticos:

- Temblor de lengua.
- Temblor de párpados.
- Náusea, vómitos
- Taquicardia
- Hipertensión postural
- Cefalea
- Insomnio
- Abstenia
- Ilusiones y alucinaciones
- Trastornos visuales
- Convulsiones.
- Delirios

- Presencia de síntomas psicológicos:

- Ansiedad y sus manifestaciones
- Depresión y sus manifestaciones
- Trastornos del Sueño

## 5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F1X.4)

Los síntomas prodromicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo vigilia-sueño y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

## 6. TRASTORNO PSICOTICO (F1X.5)

Este diagnostico esta reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de el (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean manifestación de otra entidad nosológica.

Los trastornos psicotico inducidos por sustancias psicotrónicas, tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

### ASPECTOS CLINICOS GENERALES.

#### A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

##### PRIMER NIVEL:

- Examen general de Orina
- Hemograma
- Ante la sospecha de intoxicación asociada a Barbitúricos, referirlo a nivel especializado.

##### SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Examen general de Orina
- Hemograma
- Niveles séricos del barbitúrico (Toxicología en sangre o contenido gástrico).
- Pruebas de funcionamiento renal (Nitrógeno Ureico y Creatinina) y de funcionamiento hepático (transaminasa Piruvica y Oxalacetica. Bilirrubinas)
- Radiografía de tórax
- Electrolitos
- Electrocardiograma
- Gases arteriales
- Hemograma
- TAC

## **B) COMPLICACIONES**

- Anemia
- Hepatitis
- Cirrosis
- Neumonía
- Insuficiencia renal aguda
- Insuficiencia respiratoria

## **C) CO-MORBILIDAD**

- Dependencia a otras drogas.
- Trastorno de personalidad.
- Epilepsia
- Enfermedades Hepáticas
- Enfermedades Renales
- Trastornos Mentales Orgánicos

## **D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Intoxicación o dependencia a otras sustancias.
- Enfermedades médicas.
- Trauma Craneoencefálico
- Epilepsia
- Intoxicación por metales pesados

## **E) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

### **ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN**

#### **PRIMER NIVEL:**

- Estabilización Hemodinamica
- Lavado gástrico tiempo menor de 8 horas de ingestión de medicamento.
- Estabilización Hemodinamica
- Venoclisis
- Sonda nasogastrica, según el estado de conciencia.

#### **REFERIR AL SEGUNDO NIVEL, CUANDO:**

Su estado de conciencia comprometido o no hay respuesta al tratamiento.



## SEGUNDO NIVEL:

- Intubación (Según estado de Conciencia)
- Forzar diuresis alcalinizando la orina con bicarbonato de sodio a dosis de 50-100 meq. en litro de SSN al 0.45% y administrada a razón 250-500 ml. por hora.
- Balance hídrico y Diuresis Horaria

## MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

### PRIMER NIVEL:

- Líquidos endovenosos y oxígeno
- Estabilización Hemodinámica
- Si no hay mejoría clínica, referir

### SEGUNDO NIVEL:

- Bicarbonato de sodio endovenoso para forzar diuresis.
- Haloperidol (Sí se presentan Complicaciones Psiquiátricas)
- Fenitona (Sí se presentan Complicaciones Neurológicas)
- Oxígeno

### TERCER NIVEL:

- Bicarbonato de sodio endovenoso para forzar diuresis.
- Haloperidol (Sí se presentan Complicaciones Psiquiátricas)
- Fenitona (Sí se presentan Complicaciones Neurológicas)
- Oxígeno

## F) EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES

- Examen general de Orina
- Hemograma
- Niveles séricos del barbitúrico (Toxicología en sangre o contenido gástrico).
- Pruebas de funcionamiento renal (Nitrógeno Ureico y Creatinina) y de funcionamiento hepático (transaminasa Piruvica y Oxalacetica. Bilirrubinas)
- Radiografía de tórax
- Electrolitos
- Electrocardiograma
- Gases arteriales
- Hemograma
- TAC

## **G- TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO**

### **PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL**

#### **PRIMER NIVEL:**

- Educación, promoción y prevención.
- Coordinación con otras Instituciones, líderes, comunitarios.
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Grupos de autoayuda para la familia y la Comunidad.

#### **SEGUNDO Y TERCER NIVEL:**

- Formación de redes sociosanitarios con institución gubernamentales y no gubernamentales para monitoreo y supervisión del tratamiento ambulatorio y formación de espacios saludables. (Familiares, comunitarios, laborales.)

#### **TERCER NIVEL:**

Programas para primer y segundo Nivel:

- Coordinación con Ministerio de Gobernación- para control de publicidad. (Prevención)
- Coordinación con el consejo superior de salud pública para un mejor control. (Oferta y Demanda)
- Capacitación al recurso humano sobre la identificación, manejo básico para los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas

### **TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL**

#### **PRIMER NIVEL:**

- Formación de grupos comunitarios de autoayuda.
- Sensibilización de grupos para realizar acciones orientadas a la prevención.

#### **SEGUNDO NIVEL:**

- Discusión de casos
- Entrevista clínica
- Detección de complicaciones
- Entrevista y consejería
- Evaluación psicosocial



### **TERCER NIVEL:**

- Comunidades Psicoterapéuticas
- Hospital de día
- Hospital de noche
- Terapia ocupacional.

### **PSICOTERAPIAS U OTROS**

#### **PRIMER NIVEL:**

Consejería, psicoterapia de apoyo, Intervención en crisis (si amerita)

#### **SEGUNDO NIVEL:**

Psicoterapia individual, familiar y grupal, Intervención en Crisis (si amerita)

#### **TERCER NIVEL:**

Todo lo anterior (Consejería, Psicoterapia Individual, familiar y Grupal), además Psicofarmacología.

### **H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SI EXISTE O APLICA)**

- Si el tratamiento farmacológico no estabiliza al paciente, este deberá ser manejado en tercer nivel. (Especialistas)
- Si el tratamiento psicoterapéutico falla, evaluar el empleo de otras alternativas de control del paciente y la familia según cada caso en particular.
- Si presente patología asociada como depresión evalúa seguimiento con las escalas al igual que en trastornos de ansiedad.

### **I) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

- Falla farmacológica, psicoterapéutica.
- Falta de apoyo familia y social.
- Persista condición crítica del paciente



## **CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

- Efectos secundarios y adversos de los medicamentos.
- Hipersensibilidad al Fármaco
- Patologías médicas asociadas que impidan el uso de determinado fármaco.
- Persista condición crítica del paciente

## **J- CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO**

### **MEJORÍA**

- Remisión de condición clínica
- Disminución en el patrón de consumo.
- Reinserción familiar social, laboral.

### **EGRESO**

- Del programa psicoterapéutico, abstinencia total de la droga
- Adecuada reinserción social.
- Ausencia de Síntomas

## **K) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD**

Si existe o no presencia de Enfermedad Médica Grave (compromete la vida del paciente) y enfermedad Mental Grave (que incapacite el funcionamiento social, laboral, familiar del Paciente), según evaluación del Especialista.

## **L) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO**

Si existe complicación médica o psiquiátrica que dificulte respuesta del nivel local. Que no exista capacidad instalada ni recurso humano capacitado. Retorno orientado a la reinserción social.

## 2- TABACO

### DEFINICIÓN

Son alcaloides naturales líquidos libres, cuyas principales características son incoloras y volátiles, altamente solubles en agua salina y no tiene efecto terapéutico alguno.

### EPIDEMIOLOGÍA

En Estados Unidos cerca de 55 millones de personas fuman cigarrillos. El 39% de hombres y el 29% de mujeres.

Prevalencia en nuestro país es del 22%

### CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Social
- Psicológico
- Biológico

### FACTORES DE RIESGO

- Disfunción Familiar
- Baja Escolaridad
- Aislamiento Social
- Personalidad
- Enfermedades Mentales Existentes

### TOXICIDAD

El tabaco es una de las sustancias más tóxicas de las que se tiene. La dosis fatal media para un adulto es probablemente cercana a los 60 miligramos. De hecho, hay cigarrillos que pueden contener 20-30 mg. En total. El porcentaje de nicotina promedio es de 0.5-8 mg. Un promedio habitual de nicotina por cigarrillo es de 6-8 mg

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

#### 1. INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas que produce alteraciones a nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones fisiológicas o psicológicas.



La intoxicación aguda suele tener estrecha relación con la dosis de la sustancia, en la que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, la intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia.

La recuperación es completa, los síntomas de la intoxicación no tienen porque reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.

## **2. CONSUMO PERJUDICIAL (F1X.1)**

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (F1x.3), no son en sí mismas suficiente evidencia del "daño para la salud" requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si está presente un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas específicas de trastornos relacionados con sustancias psicotropas.

## **3. SÍNDROME DE DEPENDENCIA ( F1 X.2):**

El diagnóstico de dependencia solo debe de hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.



- Tolerancia, de tal manera que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer, 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.

#### **4. SÍNDROME DE ABSTINENCIA. (F1X.3)**

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de dependencia.

Presencia de síntomas somáticos:

- Temblor de lengua.
- Temblor de párpados.
- Náusea, vómitos
- Taquicardia
- Hipertensión postural
- Cefalea
- Insomnio
- Abstenia
- Ilusiones y alucinaciones
- Trastornos visuales
- Convulsiones
- Delirios

Presencia de síntomas psicológicos:

- Ansiedad y sus manifestaciones
- Depresión y sus manifestaciones
- Trastornos del Sueño

## 5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F1X.4)

Los síntomas prodromicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo vigilia-sueño y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

## 6. TRASTORNO PSICOTICO (F1X.5)

Este diagnostico esta reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de el (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean manifestación de otra entidad nosológica.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicótropicas, tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPENDENCIA DEL TABACO

Uso continuo del tabaco, durante un mes como mínimo

Uno de los siguientes, ítems como mínimo:

Intentos sin éxitos de dejar de fumar o de reducir la cantidad de tabaco fumado de forma regular

Los intentos de dejar de fumar conducen al desarrollo de abstinencia del tabaco

El sujeto continúa el uso del tabaco, a pesar de que sabe que ello exacerba un grave trastorno físico

### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ABSTINENCIA DEL TABACO

- Uso de tabaco durante unas semanas, como mínimo, a un nivel equivalente a más de diez cigarrillos diarios, conteniendo cada cigarrillo un mínimo de 0.5 mg de nicotina.
- Cese total o reducción en el uso del tabaco, seguido en 24 horas, como mínimo, por cuatro de los siguientes síntomas:
  - Deseo de Tabaco
  - Irritabilidad

- Ansiedad
- Dificultad para concentrarse
- Intranquilidad
- Cefalea
- Somnolencia
- Trastornos Gastrointestinales

## ASPECTOS CLINICOS GENERALES

### A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Radiografía de Tórax
- Espirometría
- Ultrasonografía (en caso de embarazo)

### B) COMPLICACIONES

- Carcinoma de pulmón.
- Cáncer de Esófago
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica
- Hiperreacción Bronquial
- Enfermedades Cardiacas
- Enfermedades Gástricas
- Retardo de Crecimiento Intrauterino
- Bajo peso al nacer

### C) CO-MORBILIDAD

- Eventos Cerebrovasculares.
- Enfermedad Tromboembolica
- Episodios Depresivos
- Trastornos Mentales y el Comportamiento debido al consumo de otras sustancias
- Psicoactivas

### D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedades Endocrinas
- Trastornos de Ansiedad
- Alteraciones Hidroelectrolíticas
- Abstinencia a otras sustancias de otras sustancias.
- Enfermedades Pulmonares



## E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

### ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

#### PRIMER NIVEL:

Promoción y prevención con charlas educativas orientadas a divulgar las complicaciones por el consumo, si se presentan algún tipo de complicaciones referir al nivel especializado.

#### SEGUNDO NIVEL:

Tratamiento orientado a modificar conductas (Psicoterapias), tratamiento farmacológico si se presentan complicaciones y/o comorbilidad según el caso (si se cuenta con el recurso humano capacitado)

#### TERCER NIVEL:

- Uso de Psicofarmacos (antidepresivos, ansiolíticos)
- Uso de parches, chicles de nicotina, ansiolíticos
- Tratamiento de complicaciones de ese nivel

### MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

#### PRIMER NIVEL

- Expectorantes, Ansiolíticos.
- Bromazepam 3mg 2 o 3 veces/día
- Diazepam 5-10 mg 2 o 3 veces/día

#### SEGUNDO NIVEL:

- Bromazepam 3mg 2 o 3 veces/día
- Diazepam 5-10 mg 2 o 3 veces/día
- Tratamiento de complicaciones pulmonares (tuberculosis), según norma establecida.

#### TERCER NIVEL:

- Bromazepam 3mg 2 o 3 veces/día
- Diazepam 5-10 mg 2 o 3 veces/día
- Antidepresivos Fluoxetina 20mg tableta 20 mg/día
- Antifímicos (Según norma)

## **F) EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)**

### **PRIMER NIVEL:**

- Baciloscopía
- Hemograma

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Baciloscopía
- Hemograma
- Gasometría
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax.

### **TERCER NIVEL:**

- Biopsia
- Marcadores Carcinogénicos

## **G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL**

- Crear programas psicoeducativos que prevengan los efectos nocivos del tabaquismo para ser implementados en diferentes centros educativos.
- Orientar al grupo familiar para el trato que debe ejercer con las personas adictas al tabaco.
- Creación de club de jóvenes para que planifique y ejecuten campañas de prevención y formación.
- Formación de grupos de apoyo y autoayuda para la persona adicta al tabaco

## **TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL**

- Coordinar con diferentes centros de rehabilitación para que faciliten la reincorporación familiar-social-laboral de la persona adicta al tabaco.
- Formación de grupos comunitarios de autoayuda.
- Sensibilización de grupos por prevención de la salud.

## PSICOTERAPIAS U OTROS

- Psicoterapia de Apoyo
- Psicoterapia de Grupo
- Psicoterapia Familiar.
- Técnicas de Relajación

## H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA

- Disminución del patrón de consumo.
- Disminución de sintomatología Asociada (Ansiedad, Depresión)
- Abstinencia total de la droga. (Tabaco)

## I) CRITERIOS PARA MODIFICAR EL TRATAMIENTO

- Persistencia del patrón de consumo
- Presencia de Comorbilidad
- Falla psicoterapéutica
- Hipersensibilidad al Fármaco
- Falta de apoyo. (social-familiar)

## CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO

- Fracaso farmacológico.
- Discutir con el paciente otras alternativas farmacológicas y psicoterapéuticas.
- Efectos secundarios o adversos de los medicamentos.

## J) CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO

### MEJORÍA:

- Disminución o modificación del patrón de consumo.
- Abstinencia total.
- Ausencia o disminución notoria de comorbilidad

## K) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD (SI APLICA)

- Cáncer de pulmón
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (según fase en que se encuentre)
- Enfermedades Cardiacas (fase aguda)
- Tuberculosis Fase terminal.



## L) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO

Si existen complicaciones médicas o psiquiátricas que nivel local no puede solucionar.

Cuando no existe capacidad instalada.

### 3- BENZODIACEPINAS:

#### DEFINICIÓN

Es un grupo de sustancias químicas que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, específicamente a nivel del neurotransmisor GABA, (potenciando su acción Inhibitoria)

#### LAS PRINCIPALES PROPIEDADES SON:

- Sedante
- Ansiolítico
- Hipnótico
- Anticonvulsivante
- Relajante muscular

#### EPIDEMIOLOGÍA

Los tranquilizantes menores son las drogas de mayor uso a nivel mundial, debido a la facilidad de acceso y disponibilidad en el mercado, estudios recientes demuestran una mayor incidencia de uso en mujeres que en hombres.

#### CAUSAS POSIBLES ETIOLOGÍA

- Factores genéticos
- Factores Sociales
- Factores Psicológicos

## FACTORES DE RIESGO

- Características de personalidad
- Disfunción Familiar
- Enfermedad mental existente
- Características propias del agente

## TOXICIDAD

La toxicidad de las Benzodiacepinas tiene relación directa con la dosis ingerida, la producción de metabolitos activos, la vida media de estos y las características individuales de los sujetos que las ingieren.

Las dosis de Benzodiacepinas capaces de producir síntomas de intoxicación varían de un individuo a otro, el margen de seguridad de las Benzodiacepinas es en general muy amplio, aunque dosis mayores de 700 miligramos pueden causar la muerte.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### 1. INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropicas que produce alteraciones al nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones fisiológicas o psicológicas.

- La intoxicación aguda suele tener estrecha relación con la dosis de la sustancia, en la que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.
- La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, la intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia.
- La recuperación es completa, los síntomas de la intoxicación no tienen porque reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.



## 2. CONSUMO PERJUDICIAL (F1X.1)

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (F1x.0), no son en sí mismas suficiente evidencia del “daño para la salud” requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si está presente un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas específicas de trastornos relacionados con sustancias psicotropas.

## 3. SÍNDROME DE DEPENDENCIA ( F1 X.2):

El diagnóstico de dependencia solo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos a un modo continuo, han estado tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- Tolerancia, de tal manera que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer, 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.

#### **4. SÍNDROME DE ABSTINENCIA. ( F1X.3)**

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de dependencia.

Presencia de síntomas somáticos:

- Temblor de lengua.
- Temblor de párpados.
- Náusea, vómitos
- Taquicardia
- Hipertensión postular
- Cefalea
- Insomnio
- Abstenia
- Ilusiones y alucinaciones
- Trastornos visuales
- Convulsiones
- Delirios

Presencia de síntomas psicológicos:

- Ansiedad y sus manifestaciones
- Depresión y sus manifestaciones

#### **5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F1X.4)**

Los síntomas prodromicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo vigilia-sueño y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

## 6. TRASTORNO PSICOTICO (F1X.5)

Este diagnóstico está reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean manifestación de otra entidad nosológica.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropicas, tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

### ASPECTOS CLINICOS GENERALES

#### A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

##### PRIMER NIVEL:

- Examen General de Orina
- Hemograma.

No existen exámenes específicos.

##### SEGUNDO Y TERCER NIVEL:

- Todo lo anterior más niveles séricos de las Benzodiazepinas (metabolitos Activo Desmetildiazepam).
- Radiografía de Tórax
- Electrolitos
- EKG
- Gases arteriales
- Hemograma
- TAC Cerebral

#### B) COMPLICACIONES

- Depresión respiratoria
- Estado de Coma
- Convulsiones
- Neumonía Aspirativa

#### C) CO-MORBILIDAD

- Trastorno de Personalidad
- Trastorno Mental y del Comportamiento debido al consumo de otras sustancias

- Episodios Depresivos
- Esquizofrenia
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

#### **D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Trastorno Mental y del Comportamiento debido al consumo de otras sustancias
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno de Pánico
- Enfermedades Endocrinas

#### **E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

##### **ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN**

##### **PRIMER NIVEL:**

Diagnostico y referencia a nivel especializado

##### **SEGUNDO NIVEL:**

- Estabilidad Hemodinamica
- Tratamiento de las complicaciones
- Monitoreo Constante de Signos Vitales
- Soluciones parenterales
- Lavado gástrico

##### **TERCER NIVEL:**

- Estabilidad Hemodinamica
- Monitoreo Constante de Signos Vitales
- Flumazenilo 0.2 mg. endovenoso (Si no mejora continuar con 01 mg cada 60/seg. Con un máximo de 1 mg.)
- Forzar diuresis
- Furozamida 20-40 mg E V c/8h.
- Solución salina 1 litro EV hora #4
- Descartar patología renal, cardiaca o desequilibrio Hidroelectrolítico.

##### **MEDICAMENTOS DE ELECCION:**

Flumazenilo (0.2 mg endovenoso)



## **EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)**

Niveles séricos de metabolitos activos

### **MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN**

Flumazenilo 0.2 mg EV. Si no mejora continuar con 0.1 mg EV c/ 60 seg. Con un máximo de 1 mg

### **F) EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES**

- Hemograma
- Glicemia
- Examen General de Orina
- Electrolitos
- Radiografía de Tórax
- TAC cerebral

### **G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PSICOEDUCACIÓN – INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL**

#### **PRIMER NIVEL:**

- Educación, promoción y prevención.
- Coordinación con otras instituciones, líderes comunitarios.
- Identificación de casos y grupos de riesgos.
- Promoción de estilo de vida saludable.
- Grupos de autoayuda para la familia.

#### **SEGUNDO NIVEL:**

- Promoción de redes sociosanitarios con instituciones gubernamentales y no gubernamentales para control y tratamiento, formación de espacios saludables.

#### **TERCER NIVEL:**

Programa de educación continua para personal de 2º y 2º nivel.

## **TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL**

### **PRIMER NIVEL:**

- Formación de grupos comunitarios y de autoayuda.
- Sensibilización de grupos para la promoción de la salud mental.

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Discusión de casos, entrevistas clínicas.
- Detección de complicaciones.
- Entrevista familiar (para apoyo)
- Evaluación social
- Psicoterapia Breve y de Apoyo
- Intervención en Crisis

### **TERCER NIVEL:**

- Comunidades terapéuticas
- Hospital de día
- Hospital de noche
- Terapia ocupacional
- Psicoterapia Breve y de Apoyo
- Intervención en Crisis

## **PSICOTERAPIAS U OTROS**

### **PRIMER NIVEL:**

- Consejería
- Psicoterapia de grupo

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Psicoterapia individual, familiar y grupal
- Psicoterapia Breve
- Intervención en crisis

### **TERCER NIVEL:**

- Psicoterapia Individual, familiar y Grupal
- Psicoterapia breve
- Intervención en Crisis
- Tratamiento de Comorbilidad

## **H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA**

- Mejoría estado General
- Resolución de síntomas de abstinencia.
- Si el Tratamiento farmacológico no produce mejoría clínica descartar patología médica y referida para manejo en 2º ó 3º nivel.
- Si hay presencia de comorbilidad referirlo a especialista
- El abordaje con psicoterapia debe ser individualizado de acuerdo a las características de cada paciente.

## **CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

- Hipersensibilidad al fármaco
- Falla en la respuesta farmacológica.
- Persistencia de falla Hemodinámica
- Pobre apoyo familiar y social
- Presencia de Comorbilidad

## **I) CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO**

- Mejoría del cuadro clínico.
- Resolución de abstinencia
- Protocolo de desintoxicación completa (incluye Psicoeducación).
- Adecuado funcionamiento social, laboral y familiar.

## **J) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERÍODO DE INCAPACIDAD**

Según criterio del especialista

## **K) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO**

Si existen complicaciones médicas o psiquiátricas que el nivel local no puede dar respuesta.

Cuando no existe capacidad instalada.

Retorno cuando se inicie el proceso de rehabilitación familiar, social y laboral.



## 4- ANFETAMINAS.

### DEFINICIÓN

Son drogas sintéticas, cuyas características principales es la estimulación del sistema nervioso central, produciendo en la persona que las consume sensaciones de mayor energía, mayor capacidad de trabajo y sentimientos de felicidad.

### EPIDEMIOLOGÍA

No hay datos disponibles al momento.

### CAUSAS POSIBLES

- Biológicas
- Psicológicas
- Sociales

### FACTORES DE RIESGO

- Personalidad
- Baja Escolaridad
- Adicción a otras sustancias
- Enfermedad Mental Existente

### TOXICIDAD

Los efectos adversos de estos fármacos son, en principio, extensiones de sus efectos en los receptores cardiovascular y del S.N.C. Las anfetaminas actúan principalmente incrementando la neurotransmisión catecolaminérgica.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

#### 1. INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropicas que produce alteraciones a nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones fisiológicas o psicológicas.

La intoxicación aguda suele tener estrecha relación con la dosis de la sustancia, en la que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, la intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia.

La recuperación es completa, los síntomas de la intoxicación no tienen porque reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.

## **2. CONSUMO PERJUDICIAL (F1X.1)**

Se trata de una forma de consumo que esta afectando ya a la salud física o mental.

Pautas para el diagnostico.

El diagnostico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por si mismo indicativo de un consumo perjudicial, como lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (F1x.0), no son en si misma suficiente evidencia del “daño para la salud” requerido para el diagnostico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe de diagnosticarse si esta presente un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas especificas de trastornos relacionados con sustancias psicótropas.

## **3. SÍNDROME DE DEPENDENCIA ( F1 X.2):**

El diagnostico de dependencia solo debe de hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- Tolerancia, de tal manera que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.



- Abandono progresivo de otras fuentes de placer, 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.

#### **4. SÍNDROME DE ABSTINENCIA. (F1X.3)**

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de dependencia.

Presencia de síntomas somáticos:

- Temblor de lengua.
- Temblor de párpados.
- Náusea, vómitos
- Taquicardia
- Hipertensión postural
- Cefalea
- Insomnio
- Abstenia
- Ilusiones y alucinaciones
- Trastornos visuales
- Convulsiones
- Delirios

Presencia de síntomas psicológicos:

- Ansiedad y sus manifestaciones
- Depresión y sus manifestaciones

#### **5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F1X.4)**

Los síntomas prodromicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo vigilia-sueño y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.



## 6. TRASTORNO PSICOTICO (F1X.5)

Este diagnóstico está reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean manifestación de otra entidad nosológica.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropicas, tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

### 1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS. ABUSO DE ANFETAMINAS

- Patrón Patológico de uso: Incapacidad para reducir o detener su uso; intoxicación a lo largo de todo el día; uso del tóxico de forma casi diaria, como mínimo durante un mes; episodios de trastornos delirantes por anfetaminas.
- Deterioro de la actividad social o laboral debido al uso de anfetaminas (peleas, pérdida de amigos, faltas en el trabajo, pérdida de empleo, problemas legales).
- Duración del trastorno de un mes como mínimo.

### 2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS. DEPENDENCIA DE ANFETAMINAS

Existencia de Tolerancia o abstinencia:

- Tolerancia: Necesidad de aumentar de forma notable la cantidad de sustancia tóxica para conseguir los efectos deseados, o notable disminución de los efectos a las mismas dosis tóxicas utilizadas de forma regular.
- Abstinencia: Desarrollo de abstinencia a las anfetaminas después de disminuir o abandonar el uso de la sustancia tóxica.

## ASPECTOS CLINICOS GENERALES

### A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Hemograma
- Creatin Fosfo Kinasa (CPK)
- Electrolitos
- Pruebas de Funcionamiento Tiroideo
- Nitrógeno Ureico y Creatinina
- Examen general de orina
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma

- Psicometría
- TAC cerebral

## **B) COMPLICACIONES**

- Insuficiencia renal.
- Psicosis Anfetamina
- Alteraciones Cardiacas
- Shock Cardiogenico
- Rabdomiólisis (desintegración de los músculos esqueléticos)
- Edema cerebral.
- Convulsiones

## **C) CO-MORBILIDAD**

- Trastornos de la personalidad
- Adicción a otras sustancias
- Esquizofrenia.
- Episodios Depresivos

## **D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias.
- Esquizofrenia Paranoide
- Endocrinopatias (Tiroides,
- Lesiones Ocupativas (Tumor Cerebral)

## **E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

### **ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN**

#### **PRIMER NIVEL:**

- Identificación y diagnóstico del patrón de consumo
- Garantizar seguridad del paciente y familia
- Referencia a nivel especializado

## SEGUNDO NIVEL:

Empleo de Psicofármacos si el cuadro clínico lo amerita (según clasificación) Ansiolítico:

Clonacepam 2 mg. Tableta  
2-6 mg. 2 o 3 veces/día  
Bromazepam 3 mg. Tableta  
3-9 mg. 2 o 3 veces/día

Antidepresivos:

Fluoxetina 20 mg. Tableta  
20mg. Cada día  
Sertralina 50 mg. Tableta  
50 mg. Cada día

## TERCER NIVEL:

- Estabilidad Hemodinámica
- Recuperar Equilibrio Hidroelectrolítico
- Ansiolíticos
- antipsicótico
- Bromocriptina

## MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

- Diazepam 10mg. EU c/15min (máximo 60 mg/día si se presentara ansiedad extrema)
- Haloperidol 5-10mg. IM. (máximo 30-40 mg/día)
- Clorpromacina 50mg. IM (máximo 600 mg/día)
- Ventolin 2 inhalaciones 2 veces/día
- Esteroides
- Bromocriptina 0.6-0.8mg. VO dividido en dos tomas por 10-15 días.
- Clonazepán 1 tab. c/8 horas
- Bromazepam 1 tab. C/8 horas
- Complejos vitamínicos
  - Tiamina
  - Complejo B

## F) EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Hemograma
- CPK
- Electrolitos
- Nitrógeno Ureico y Creatinina



- Examen general de orina
- Electrocardiograma
- Al mejorar el estado general:
  - Electroencefalograma
  - Psicometría

## **G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL**

### **PRIMER NIVEL:**

- Educación, promoción, prevención.
- Coordinación con otras instituciones, líderes comunitarios.
- Identificación de casos y grupos de riesgos.
- Promoción de estilo de vida saludable.
- Grupos de autoayuda para familia
- Coordinación en el Ministerio de gobernación para control de publicidad.

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Formación de redes sociosanitarias con instituciones gubernamentales y no gubernamentales para control y tratamiento y formación de espacios saludables.
- Charlas Psicoeducativas orientadas a la promoción, prevención.
- Si se cuenta con recurso humano capacitado:
  - Intervención en crisis
  - Psicoterapia Breve y de Apoyo

### **TERCER NIVEL:**

- Programa de educación continua para personal de 1º y 2º nivel.
- Charlas Psicoeducativas orientadas a la promoción, prevención.
- Psicoterapia Breve y de Apoyo, Intervención en crisis

## **TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL**

### **PRIMER NIVEL:**

- Formación de grupos comunitarios de autoayuda.
- Sensibilización de grupo y la promoción de la salud mental.

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Discusión de casos, entrevistas clínicas.
- Detección de complicaciones.
- Entrevista familiar (de apoyo).
- Evaluación social.

### **TERCER NIVEL:**

- Comunidades terapéuticas
- Hospital de día
- Hospital de noche.
- Terapia ocupacional

### **PSICOTERAPIAS U OTROS**

#### **PRIMER NIVEL:**

- Consejería
- Psicoterapia de apoyo

#### **SEGUNDO NIVEL:**

- Psicoterapia individual, familiar y grupal
- Psicoterapia de apoyo
- Intervención en crisis

#### **TERCER NIVEL:**

- Psicoterapia individual, familiar y grupal
- Psicoterapia de apoyo
- Intervención en crisis

### **CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA**

#### **1. RESOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE ABSTINENCIA:**

- Si el tratamiento farmacológico no estabiliza al paciente, descartar patología médica y manejo en 3er. Nivel.
- El abordaje psicoterapéutico deberá realizarse en forma individualizada buscando alternativas a cada caso.
- En caso de presentar complicaciones psiquiátricas (comorbilidad) realizar diagnóstico, clasificar y según criterio clínico evaluar que tipo de atención amerita (primer nivel, segundo nivel o tercer nivel)

## **CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

- Inestabilidad Hemodinamica
- Falla farmacologico
- Hipersensibilidad farmacológica
- Pobre apoyo familiar o social
- Falla en proceso psicoterapeutico
- Patologías médicas asociadas.

## **CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

- Mejoría de cuadro clínico que se presente (intoxicación, abstinencia), indica traslape de vía parenteral a vía oral.
- La presencia de efectos secundarios por neurolépticos sugiere cambio de medicación.
- Hipersensibilidad farmacológica

## **G) CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO**

- Mejoría del cuadro clínico
- Disminución de síntomas asociados
- Protocolo de desintoxicación completa, incluye Psicoeducación.
- Adecuado funcionamiento personal, familiar, laboral y social.

## **H) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD**

Según criterio del especialista

## **I) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO**

Si existen complicaciones médicas o psiquiátricas que el nivel local no puede dar respuesta.

Cuando no existe capacidad instalada

Retorno: cuando se inicia la fase de rehabilitación para seguimiento, familiar, social y laboral



## 5- ALCOHOLISMO.

### DEFINICIONES:

**ALCOHOL:** Es una sustancia legal de mayor consumo en la sociedad, que conlleva a problemas médicos, sociales y económicos; a nivel individual, familiar y comunitario.

**ALCOHOLISMO:** Es un trastorno del comportamiento que se manifiesta por la ingesta de sustancias que contienen alcohol, las cuales exceden las costumbres dietéticas y sociales del individuo en la comunidad, lo cual interfiere con la salud y su funcionamiento social. El consumo progresivo de esta sustancia genera tolerancia y dependencia.

Es un trastorno conductual crónico, manifestado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en exceso de los usos dietéticos y sociales de la comunidad y que interfiere en la salud del bebedor o en su funcionamiento social o económico.

### EPIDEMIOLOGÍA

El 10% de la población en general padece de alcoholismo.

Es una de las principales causas de consulta en las instituciones de la red nacional y seguridad social.

Se encuentra dentro de las primeras cinco causas de consulta a nivel nacional en el área de la salud mental.

Disminuye la esperanza de vida del individuo, en 10-12 años.

Se relaciona con el 35.3% de homicidios

33.6% de suicidios

60.0% de accidentes de tránsito

### CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Biológicas
- Psicológicas
- Social

### TOXICIDAD

Los efectos tóxicos del alcohol mantienen relación con las concentraciones de la sustancia en la sangre, de esa forma cuando el nivel de etanol en sangre no rebasa los 15 mg/100 ml prácticamente no se produce ninguna alteración en el sujeto. A una concentración de 100-150 mg /100ml en sangre se muestran los signos de intoxicación.

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS

### INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropicas que produce alteraciones a nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones fisiológicas o psicológicas.

La intoxicación aguda suele tener estrecha relación con la dosis de la sustancia, en la que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, la intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia.

La recuperación es completa, los síntomas de la intoxicación no tienen porque reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.

### CONSUMO PERJUDICIAL (F1X.1)

Se trata de una forma de consumo que afecta afectando ya a la salud física o mental.

Pautas para el diagnostico.

El diagnostico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por si mismo indicativo de un consumo perjudicial, como lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (F1x.0), no son en si misma suficiente evidencia del "daño para la salud" requerido para el diagnostico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe de diagnosticarse si esta presente un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicotico (F1x.5) u otras formas especificas de trastornos relacionados con sustancias psicotropas.



## **SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F1 X.2):**

El diagnóstico de dependencia solo debe de hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado tres o más de los rasgos siguientes:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.

Tolerancia, de tal manera que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producen dosis más bajas.

Abandono progresivo de otras fuentes de placer, 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.

## **SÍNDROME DE ABSTINENCIA. (F1X.3)**

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de dependencia.

Presencia de síntomas somáticos:

- Temblor de lengua.
- Temblor de párpados.
- Náusea, vómitos
- Taquicardia
- Hipertensión postural
- Cefalea
- Insomnio
- Abstenia



- Ilusiones y alucinaciones
- Trastornos visuales
- Convulsiones
- Delirios

Presencia de síntomas psicológicos:

- Ansiedad y sus manifestaciones
- Depresión y sus manifestaciones

### **SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F1X.4)**

Los síntomas prodromicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo vigilia-sueño y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

### **TRASTORNO PSICOTICO (F1X.5)**

Este diagnostico esta reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de el (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean manifestación de otra entidad nosológica.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropicas, tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

### **CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS**

Criterios para el diagnostico de Dependencia

- Patrón patológico de uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol: Necesidad diaria del uso del alcohol para las actividades diarias, incapacidad para disminuir o dejar de beber, repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida, consumo ocasional de licores para animarse, periodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación, continuación en el consumo de alcohol a pesar de que el sujeto que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta.
- Presencia de tolerancia o abstinencia

Tolerancia: Necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado, o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad de alcohol

Abstinencia: Desarrollo de síntomas de abstinencia (temblor matutino, malestar aliviado por la bebida después de abandonar o reducir la bebida).

## ASPECTOS CLINICOS GENERALES

### A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE

#### PRIMER NIVEL

- Hemograma
- Glicemia
- Examen General de orina.

#### SEGUNDO NIVEL

- Hemograma
- Glicemia
- Examen General de orina.
- Nitrógeno Ureico y Creatinina
- Electrolitos
- Gases arteriales
- Pruebas de funcionamiento Hepático
- Rayos X (Si es necesario)

#### TERCER NIVEL

- Hemograma
- Glicemia
- Examen General de orina.
- Nitrógeno Ureico y Creatinina
- Electrolitos
- Gases arteriales
- Pruebas de funcionamiento Hepático
- Rayos X (Si es necesario)
- Creatin Fosfo Kinasa (CPK)
- TAC cerebral
- Electroencefalograma
- Psicometría (al estabilizar)

## **B) COMPLICACIONES**

### **AGUDAS**

- Neumonías Aspirativa
- Desequilibrio Hidroelectrolítico
- Desequilibrio ácido/base
- Síndrome Convulsivo
- Insuficiencia renal aguda
- Insuficiencia respiratoria
- Pancreatitis
- Hepatitis alcohólica
- Intoxicación Patológica
- Alucinosis alcohólica
- Delirium Tremens

### **CRÓNICAS**

- Sangramiento de tubo digestivo superior e inferior
- Desnutrición
- Cirrosis hepática
- Hipertensión porta
- Enfermedad ácido péptica
- Pancreatitis
- Insuficiencia hepática
- Cardiopatía alcohólica
- Anemias
- Neuropatía alcohólica
- Demencia Alcohólica
- Síndrome de Wernicke-Korsakoff

## **C) CO-MORBILIDAD**

- Episodios Depresivos
- Trastornos de personalidad
- Esquizofrenia
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso y consumo de otras sustancias psicoactivas

## **D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso y consumo de otras sustancias psicoactivas
- Cetoacidosis Diabética
- Encefalopatía hepática
- Encefalopatía urémica
- Hematoma Subdural



## **E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN**

### **PRIMER NIVEL:**

Según cuadro clínico que se presente (ej: abstinencia)  
Charlas psicoeducativas orientadas a la prevención

### **SEGUNDO Y TERCER NIVEL:**

Es decir, cuando exista complicaciones medicas y /o psiquiátricas

### **MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN**

#### **PRIMER NIVEL:**

- Ansiolíticos:  
Clonacepam 2 mg tab. 2 o 3 veces/día  
Bromazepam 3 mg. Tab. 2 o 3 veces /día
- Antidepresivos:  
Fluoxetina 20 mg tab. 1 vez/día  
Sertralina 50mg tab. 1 vez/día
- Hematinicos:  
Tiamina  
Complejo B  
Ácido fólico  
Dextrosas 10% (líquidos endovenosos)

#### **SEGUNDO Y TERCER NIVEL:**

- Ansiolíticos:  
Clonacepam 2 mg tab. 2 o 3 veces/da  
Bromazepam 3 mg. Tab. 2 o 3 veces /día
- Antidepresivos:  
Fluoxetina 20 mg tab. 1 vez/día  
Sertralina 50mg tab. 1 vez/día
- Hematinicos:  
Tiamina  
Complejo B  
Ácido fólico  
Dextrosas 10% (líquidos endovenosos)  
Dextrosa 50%  
Bicarbonato  
Ansiolíticos (Diazepam 10 mg. Endovenoso c/8 horas máximo 60 mg/día)  
Antisicóticos (Haloperidol 5m Intramuscular c/8 horas máximo 30 mg/día)

## **F) EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES**

### **PRIMER NIVEL:**

- Hemograma
- Glicemia
- Examen General de orina

### **SEGUNDO Y TERCER NIVEL:**

- Hemograma
- Glicemia
- Examen General de orina
- Nitrógeno Ureico y Creatinina
- Electrolitos
- Glicemia
- Gases arteriales
- Pruebas de función hepática
- Radiografía de Tórax
- Electroencefalograma
- TAC Cerebral

## **G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL**

### **GRUPAL**

- Charlas psicoeducativas orientadas a prevención, estilos de vida saludables, espacios recreativos
- Fortalecimiento de normas y valores
- Terapias de familia

### **INDIVIDUAL**

Información sobre patología

### **TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL**

#### **TERAPIA OCUPACIONAL**

- Hospital del día
- VIDA
- Centro de noche
- Comunidades terapéuticas

#### **PSICOTERAPIAS U OTROS**

- Terapia individual
- Terapia de grupo
- Terapia con familia

- Terapia con pareja
- Grupo de confrontación
- Grupo de expresión de sentimientos
- Grupos de autoayuda
  - A.A.
  - Neuróticos Anónimos
  - A.A.A.
  - Iglesias
  - Centros de internamiento

#### **H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA**

- Disminución de sintomatología presentada (según cuadro clínico)
- Estabilidad Hemodinámica
- Incorporación a las actividades diarias.

#### **CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

- Deterioro del estado General
- Presencia de complicaciones médicas y/o psiquiátricas
- Deterioro del estado General
- Presencia de complicaciones médicas y/o psiquiátricas
- Hipersensibilidad al fármaco

#### **I) CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO**

- Cuando ha salido de la fase aguda y no presenta complicaciones.
- Cuando ha presentado notable mejoría con el tratamiento convencional y que funcione adecuadamente en el ámbito familiar, laboral y social.
- Cuando cuente con apoyo familiar.
- Presencia de Insight

#### **J) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD**

Según criterio del especialista

#### **K) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO**

##### **REFERENCIA**

##### **PRIMER AL SEGUNDO NIVEL:**

- Cuando no hay capacidad de respuesta de atención médica al momento de evaluación.
- Cuando exista riesgo de la vida del usuario.



## SEGUNDO AL TERCER NIVEL:

Cuando hay complicaciones médicas o psiquiátricas.

### RETORNO

- Ausencia de sintomatología aguda (según cuadro clínico presentado)
- Incorporación familiar-social-laboral
- Seguimiento de programa de recuperación,
- rehabilitación y reinserción

## 6- COCAINA

### DEFINICIÓN

Es un alcaloide extraído de la planta *Erythoxylon coca* que crece en las regiones andinas, no tiene uso terapéutico y en la mayor parte de países del mundo se considera un psicotrópico, su producción y consumo es ilegal.

El denominado Crack es una variedad de cocaína base que se obtiene al preparar el clorhidrato de cocaína en vapor de agua y bicarbonato cuyos efectos son más cortos, pero con poder adictivo.

### EPIDEMIOLOGÍA

El consumo de cocaína se ha vuelto un problema de salud pública en El Salvador, llegando a ubicarse junto con el alcohol entre las primeras 5 causas de consulta de emergencia y la 2ª causa de ingreso en hospitales psiquiátricos año 2002.

### CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Biológico
- Psicológico
- Social

### FACTORES DE RIESGO

- Personalidad
- Enfermedad mental existente
- Adicción a otras sustancias

### TOXICIDAD

El perfil toxicológico de esta sustancia está determinado en gran parte por la relativa facilidad de absorción y la más lenta capacidad de absorción. Por ello, se considera que es un psicotrópico que puede resultar muy tóxico; aun a dosis de 20 mg. Pueden presentarse reacciones tóxicas severas.

Las altas concentraciones de la sustancia que aparecen en la sangre en un tiempo relativamente breve mantienen relación con el incremento de las complicaciones y los accidentes mortales.

## **CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS**

### **1. INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)**

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropicas que produce alteraciones a nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones fisiológicas o psicológicas.

La intoxicación aguda suele tener estrecha relación con la dosis de la sustancia, en la que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, la intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia.

La recuperación es completa, los síntomas de la intoxicación no tienen porque reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.

### **2. CONSUMO PERJUDICIAL (F1X.1)**

Se trata de una forma de consumo que esta afectando ya a la salud física o mental.

Pautas para el diagnostico.

El diagnostico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por si mismo indicativo de un consumo perjudicial, como lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (F1x.0), no son en si misma suficiente evidencia del “daño para la salud” requerido para el diagnostico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe de diagnosticarse si esta presente un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas especificas de trastornos relacionados con sustancias psicotropas.



### 3. SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F1 X.2):

El diagnóstico de dependencia solo debe de hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado tres o más de los rasgos siguientes:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

Tolerancia, de tal manera que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.

Abandono progresivo de otras fuentes de placer, 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.

### 4. SÍNDROME DE ABSTINENCIA. (F1X.3)

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de dependencia.

Presencia de síntomas somáticos:

- Temblor de lengua.
- Temblor de párpados.
- Náusea, vómitos
- Taquicardia
- Hipertensión postural
- Cefalea
- Insomnio
- Abstenia
- Ilusiones y alucinaciones
- Trastornos visuales
- Convulsiones
- Delirios



Presencia de síntomas psicológicos:

- Ansiedad y sus manifestaciones
- Depresión y sus manifestaciones

## **5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F1X.4)**

Los síntomas prodromicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo vigilia-sueño y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

## **6. TRASTORNO PSICOTICO (F1X.5)**

Este diagnostico esta reservado para los trastornos psicoticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de el (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean manifestación de otra entidad nosológica.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropicas, tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

## **CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS**

### **1. ABUSO DE COCAINA**

- Patrón patológico de Uso; Incapacidad para reducir o cesar el uso. Intoxicación a lo largo de todo el día e episodios de sobredosificación de cocaína.
- Deterioro de la actividad laboral y social, debido al uso de cocaína (que no sean debidas a la simple detención por tenencia, adquisición o ventas de sustancias tóxicas).
- Duración de la alteración de un mes como mínimo.

## **ASPECTOS CLINICOS GENERALES**

### **A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE**

- Hemograma
- Glicemia
- Electrolitos
- Gases arteriales

- CPK
- Nitrógeno Ureico y creatinina
- Examen general de orina
- Niveles séricos
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Radiografía abdomen
- Electroencefalograma
- Psicometría( al estabilizar)

## **B) COMPLICACIONES**

- Perforación del tabique nasal
- Sinusitis crónica
- Hipertensión Arterial
- Arritmias Cardiacas
- Infartos cardiacos
- Glicemia
- Insuficiencia renal.
- Hemorragia cerebral
- Síndrome Convulsivo
- Psicosis Paranoide

## **C) CO-MORBILIDAD**

- Bronquitis crónica,
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva
- Síndrome Convulsivo
- Trastornos de Personalidad
- Episodios Depresivos
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicótropicas
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

## **D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Trastorno Psicotico Agudo Polimorfo
- Psicosis Parodies asociada la consumo de sustancias psicótropicas
- Endocrinopatias (tiroides)
- Lesiones Ocupativas (tumores cerebrales)



## E) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

### ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

#### PRIMER NIVEL:

Según cuadro clínico presentado (intoxicación aguda, abstinencia)

##### - Ansiolíticos:

Diazepan 10mg. Tableta. 10mg vía oral 2 o 3 veces/día

Bromazepam 3 mg. Tableta. 3mg. Vía oral 2 o 3 veces/día

##### Betabloqueadores:

Propranolol 40mg. Tableta 20-60 mg cada/día

#### SEGUNDO NIVEL:

- Ansiolíticos: Diazepam 10 mg. Endovenoso cada 8 horas (máximo 60 mg/día)

- Antihipertensivos: Enalapril 20mg. Cada 8 horas (según Presión Arterial)

- Betabloqueadores: Propranolol 40mg cada 12 horas

#### TERCER NIVEL:

- Ansiolíticos: Diazepam 10 mg. Endovenoso cada 8 horas (máximo 60 mg/día)

- Antihipertensivos: Enalapril 20mg. Cada 8 horas (según Presión Arterial)

- Betabloqueadores: Propranolol 40mg cada 12 horas

- neurolépticos: Haloperidol 5- 10 mg cada 8 horas (máximo 40 mg/día)

## F) EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES (PREVIOS Y/O DE SEGUIMIENTO)

- Hemograma
- Glicemia
- Electrolitos
- Gases arteriales
- Enzimas Cardíacas (CPK)
- Niveles de metabolitos activos (séricos y en orina)
- Nitrógeno Ureico y creatinina
- Examen general de orina
- Niveles séricos
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Radiografía abdomen
- Electroencefalograma
- Psicometría (al estabilizar)



## **G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL**

- Asignación de responsabilidad y participación.
- Sesiones de psicoterapia individual y de grupo, educación de la familia.
- Egreso y celos ambulatorios regulares.

## **TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL**

- Coordinación intersectorial con instituciones u organismos a fin de realizar campañas de promoción y prevención
- Coordinación con líderes comunales y promotores de salud para realizar jornadas contra las drogas.

## **PSICOTERAPIAS U OTROS**

- Individual
- Familiar
- Grupal

## **H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA**

- Disminución de sintomatología presentada (según Cuadro clínico)
- Estabilidad Hemodinámica
- Incorporación a las actividades diarias.

## **I) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

Deterioro del estado General Presencia de complicaciones médicas y /o psiquiátricas

## **II) CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN**

- Deterioro del estado General
- Presencia de complicaciones médicas y /o psiquiátricas
- Hipersensibilidad al fármaco

## **J) CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO**

- Cuando ha salido de la fase aguda y no presenta complicaciones.
- Cuando ha presentado notable mejoría con el tratamiento convencional y que funcione adecuadamente en el ámbito familiar, laboral y social.
- Cuando cuente con apoyo familiar.
- Presencia de Insight

## K) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD

Según criterio de especialista

### 7- MARIHUANA

#### DEFINICIÓN

Es una planta de origen asiático, ampliamente difundida, se conocen tres tipos de especies la más barata y potente denominada Bhang deriva de las partes superiores cortadas de las plantas no cultivadas y tiene un bajo contenido de resina, la Ganja se obtiene de los capullos de la flor y de las hojas de plantas cultivadas, ofrece una mayor calidad de resina, la tercera variedad y que contiene el mas alto grado de la droga se denomina Charas, esta propiamente elaborado a partir de la resina.

Cualquiera de las tres variedades posee propiedades altamente alucinógenas.

#### EPIDEMIOLOGÍA

Es una droga muy usada en el ámbito mundial, debido a su bajo costo y fácil disponibilidad y accesibilidad en el mercado estudios estiman un mayor consumo en el sexo masculino comparado con el femenino, la edad de inicio generalmente se da en la adolescencia (en algunos casos a partir de 9 o 10 años).

#### CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Biológico
- Psicológico
- Social

#### FACTORES DE RIESGO

- Personalidad
- Enfermedad mental Existente
- Adicción a otras sustancias

#### TOXICIDAD

Cuando el Tetrahidrocannabinóide (principio activo) se inhala, la dosis efectiva media en el hombre es de 3.3.5 mg, cuando el tóxico es ingerido; a dosis capaz de producir intoxicación varía entre 8.8-33 mg. Un cigarrillo promedio puede contener entre 2.5-5 mg de Tetrahidrocannabinóide (THC) No se han reportado muertes asociadas a una ingestión masiva.



## CRITERIOS DIAGNOSTICOS O MANIFESTACIONES CLINICAS

### 1. INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas que produce alteraciones a nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones fisiológicas o psicológicas.

La intoxicación aguda suele tener estrecha relación con la dosis de la sustancia, en la que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, la intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia.

La recuperación es completa, los síntomas de la intoxicación no tienen porque reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.

### 2. CONSUMO PERJUDICIAL (F1X.1)

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (F1x.0), no son en sí misma suficiente evidencia del “daño para la salud” requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si está presente un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas específicas de trastornos relacionados con sustancias psicotropas.



### **3. SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F1 X.2):**

El diagnóstico de dependencia solo debe de hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado tres o más de los rasgos siguientes:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

Tolerancia, de tal manera que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.

Abandono progresivo de otras fuentes de placer, 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.

### **4. SÍNDROME DE ABSTINENCIA. (F1X.3)**

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de dependencia.

Presencia de síntomas somáticos:

- Temblor de lengua.
- Temblor de párpados.
- Náusea, vómitos
- Taquicardia
- Hipertensión postural
- Cefalea
- Insomnio
- Abstenia
- Ilusiones y alucinaciones
- Trastornos visuales
- Convulsiones
- Delirios

Presencia de síntomas psicológicos:

- Ansiedad y sus manifestaciones
- Depresión y sus manifestaciones

## **5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F1X.4)**

Los síntomas prodromicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor

Intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo vigilia-sueño y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

## **6. TRASTORNO PSICOTICO (F1X.5)**

Este diagnostico esta reservado para los trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de el (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean manifestación de otra entidad nosológica.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotropicas, tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

## **7. CRITERIOS CLINICOS**

### **1. DEPENDENCIA**

- Patrón patológico de uso o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de cannabis
- Patrón patológico de uso: Intoxicación a lo largo de todo el día, uso diario como mínimo durante un mes, episodios de trastornos delirantes asociados al consumo.
- Deterioro de la Actividad laboral y /o social debido al consumo

### **2. TOLERANCIA:**

Necesidad de un aumento notable en la cantidad de cannabis para alcanzar los efectos deseados o disminución notable de los efectos con la utilización regular de la misma cantidad de sustancia tóxica.



## **ASPECTOS CLINICOS GENERALES**

### **A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE**

- Hemograma
- Glicemia
- Electrolitos
- Gases arteriales
- Nitrógeno Ureico y creatinina
- Examen general de orina
- Niveles séricos
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Electroencefalograma
- Psicometría (al estabilizar)

### **B) COMPLICACIONES**

- Aislamiento Social
- Síndrome Amnésico Orgánico
- Psicosis Aguda

### **C) COMORBILIDAD**

- Trastornos de personalidad
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicotropicas
- Episodios Depresivos

### **D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de pánico
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otras sustancias psicotropicas

## **ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN**

### **K.1.1.PRIMER Y SEGUNDO NIVEL**

- Psicoterapia breve y de apoyo
- Manejo ambulatorio por problemas de adicción.



### **MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN**

- Según cuadro clínico presentado (Intoxicación Aguda, Abstinencia) y según síntomas asociados (ansiedad, depresión)
- Ansiolíticos: Diazepam 10 mg. tableta 10 mg. 3 veces/día
- Antidepresivos: Fluoxetina 20 mg. Tableta 20 mg. Cada día
- Antisicóticos (si el caso lo amerita) Haloperidol 5 mg. Tableta 5.10 mg cada día
- Propanolol 40 mg tableta 20mg. 2veces/día
- Si presenta marcada agitación psicomotriz usar Antisicóticos vía parenteral:
- Clorpromacina 50mg. Intramuscular cada 8 horas, Haloperidol 5 mg. Intramuscular cada 8 horas.

### **E) EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES**

Según nivel de atención (ya descritos anteriormente)

### **TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.**

#### **PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL**

##### **PRIMER NIVEL:**

Charlas psicoeducativas sobre la promoción y prevención, estilos de vida saludables, empleo del tiempo libre.

##### **SEGUNDO Y TERCER NIVEL:**

- Psicoterapia breve y de Apoyo
- Intervención en crisis
- Psicoterapia Familiar
- Psicoterapia Grupal

#### **TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL**

- Terapia ocupacional
- Terapia recreativa y deportiva
- Hospital de día
- Grupos de autoayuda

#### **PSICOTERAPIA U OTROS**

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia grupal
- Psicoterapia familia
- Psicoterapia Breve y de apoyo
- Intervención en Crisis
- Referencia a grupos de apoyo

## **F) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA**

- Disminución de sintomatología presentada
- Disminución o ausencia de comorbilidad
- Presencia de Insight
- Incorporación a las actividades cotidianas

## **G) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

- Deterioro del estado General
- Presencia de complicaciones médicas y /o psiquiátricas

## **CRITERIOS PARA HACER CAMBIOS O TRASLAPE DE MEDICACIÓN**

- Deterioro del estado General
- Presencia de complicaciones médicas y /o psiquiátricas
- Hipersensibilidad al fármaco

## **H) CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO**

- Cuando ha salido de la fase aguda y no presenta complicaciones.
- Cuando ha presentado notable mejoría con el tratamiento convencional y que funcione adecuadamente en el ámbito familiar, laboral y social.
- Cuando cuente con apoyo familiar.
- Presencia de Insight

## **I) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD (SI APLICA)**

Según criterio de especialista

## **J) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO**

Cuando el nivel local no tenga capacidad de respuesta (según cuadro clínico que se presente)

## **K) RETORNO**

Para el inicio de un programa Psicoterapéutico (reinserción y rehabilitación)

Para continuar tratamiento.



## 8- INHALANTES

### DEFINICIÓN

Se llama inhalantes a los disolventes industriales volátiles que son utilizados por algunas personas como drogas para obtener experiencias placenteras, utilizadas a través de inhalación por la nariz, o aspiración por la boca y que pueden provocar intoxicación voluntaria o involuntaria.

### EPIDEMIOLOGÍA

Son drogas que se consumen a nivel mundial debido a su fácil acceso y disponibilidad en el mercado, se estima que su uso es mayor en el sexo masculino en comparación con el sexo femenino.

### CAUSAS POSIBLES O ETIOLOGÍA

- Factores genéticos
- Factores biológicos
- Factores socioculturales

### FACTORES DE RIESGO

- Personalidad
- Enfermedad mental Existente
- Adicción a otras sustancias
- Baja escolaridad
- Desintegración familiar

### TOXICIDAD

Se desconocen las dosis tóxicas de los diferentes disolventes volátiles, pero parecen variar de sujeto a sujeto. La rápida absorción, distribución y fijación de los disolventes en el Sistema Nervioso Central genera los efectos clínicos de manera rápida e intensa.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS O MANIFESTACIONES CLÍNICAS

#### 1. INTOXICACIÓN AGUDA (F1X.0)

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas que produce alteraciones a nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones fisiológicas o psicológicas.



La intoxicación aguda suele tener estrecha relación con la dosis de la sustancia, en la que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación grave.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, la intensidad disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia.

La recuperación es completa, los síntomas de la intoxicación no tienen porque reflejar siempre la acción primaria de la sustancia.

## **2. CONSUMO PERJUDICIAL (F1X.1)**

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sea reprobada por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como lo es solo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial.

Las intoxicaciones agudas (F1x.3), no son en sí mismas suficiente evidencia del “daño para la salud” requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si está presente un síndrome de dependencia (F1x.2), un trastorno psicótico (F1x.5) u otras formas específicas de trastornos relacionados con sustancias psicotropas.

## **3. SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F1 X.2):**

El diagnóstico de dependencia solo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado tres o más de los rasgos siguientes:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

Tolerancia, de tal manera que requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.

Abandono progresivo de otras fuentes de placer, 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

#### **4. SÍNDROME DE ABSTINENCIA. (F1X.3)**

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia de dependencia.

Presencia de síntomas somáticos:

- Temblor de lengua.
- Temblor de párpados.
- Náusea, vómitos
- Taquicardia
- Hipertensión postural
- Cefalea
- Insomnio
- Abstenia
- Ilusiones y alucinaciones
- Trastornos visuales
- Convulsiones
- Delirios

Presencia de síntomas psicológicos:

- Ansiedad y sus manifestaciones
- Depresión y sus manifestaciones



## 5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F1X.4)

Los síntomas prodromicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo esta precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo vigilia-sueño y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

## 6. TRASTORNO PSICOTICO (F1X.5)

Este diagnostico esta reservado para los trastornos psicotico que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de el (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean manifestación de otra entidad nosológica.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias psicotrónicas, tienen síntomas variados que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor.

### ASPECTOS CLINICOS GENERALES

#### A) PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE.

- Hemograma
- Glicemia
- Electrolitos
- Gases arteriales
- CPK
- Nitrógeno Ureico y creatinina
- Examen general de orina
- Niveles séricos
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Radiografía abdomen
- Electroencefalograma
- Psicometría ( al estabilizar)

#### B) COMPLICACIONES

- Trastornos físicos asociados:
- Complicaciones respiratorias, neumonía, enfisema pulmonar, Enfermedades pulmonares intersticiales difusas, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, atelectasias, hemorragias pulmonares.



- Complicaciones neurológicas, convulsiones, encefalopatías, alteraciones irreversibles del Sistema nervioso Central.
- Complicaciones Renales: Insuficiencia Renal Aguda, Nefropatías
- Complicaciones Hepáticas: Hepatopatías, insuficiencia hepática, cirrosis hepática
- Complicaciones psiquiátricas: Psicosis Agudas, Psicosis Tóxicas, Trastornos mentales orgánicos, trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de otras sustancias psicotropicas.

### **C) CO-MORBILIDAD**

- Trastorno de la personalidad.
- Esquizofrenia
- Episodios Depresivos
- Trastorno Mental y del comportamiento debidos al uso y consumo de otras sustancias psicotropicas
- Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida

### **D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Trastorno Mental y del comportamiento debidos al uso y consumo de otras sustancias psicotropicas
- Trastorno Psicótico Agudo polimorfo
- Psicosis Reactiva Breve
- Hematoma Subdural

### **E) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

#### **ESTRATEGIAS PARA SELECCIONAR MEDICACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN**

##### **PRIMER NIVEL:**

Según cuadro clínico presentado (intoxicación aguda, abstinencia):

- Ansiolíticos:

Diazepan 10mg. Tableta. 10mg vía oral 2 o 3 veces/día

Bromazepam 3 mg. Tableta. 3mg. Vía oral 2 o 3 veces/día

Betabloqueadores:

Propranolol 40mg. Tableta 20-60 mg cada/día

- Antidepresivos: Fluoxetina 20mg. Tableta. 20 mg. Cada día

Sertralina 50 mg. Tableta 50 mg. Cada día

## SEGUNDO NIVEL:

- Ansiolíticos: Diazepam 10 mg. Endovenoso cada 8 horas (máximo 60 mg/día)
- Antidepresivos: Fluoxetina 20mg. Tableta. 20 mg. Cada día
- Sertralina 50 mg. Tableta 50 mg. Cada día
- Antihipertensivos: Enalapril 20mg. Vía oral Cada 8 horas (según Presión Arterial)
- Betabloqueadores: Propanolol Vía Oral 40mg cada 12 horas
- antipsicótico: Haloperidol 5-10 mg. intramuscular C/8 horas (máximo 30 mg/día)
- Clorpromacina 50 mg. Intramuscular c/8 horas (máximo 300mg/día)

## TERCER NIVEL:

- Ansiolíticos: Diazepam 10 mg. Endovenoso cada 8 horas (máximo 60 mg/día)
- Antihipertensivos: Enalapril 20mg. Cada 8 horas (según Presión Arterial)
- Betabloqueadores: Propanolol 40mg cada 12 horas
- antipsicótico: Haloperidol 5-10 mg. intramuscular C/8 horas (máximo 30 mg/día)
- Clorpromacina 50 mg. Intramuscular c/8 horas (máximo 300mg/día)

## MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

### PRIMER NIVEL:

- Ansiolíticos:
  - Diazepam 10mg. Tableta. 10mg vía oral 2 o 3 veces/día
  - Bromazepam 3 mg. Tableta. 3mg. Vía oral 2 o 3 veces/día
- Betabloqueadores:
  - Propanolol 40mg. Tableta. 20-60 mg cada/día
- Antidepresivos: Fluoxetina 20mg. Tableta. 20 mg. Cada día
- Tiamina 50 mg. Intramuscular c/12 horas
- Complejo B Zinc intramuscular cada día
- Soluciones Parenterales (Dextrosa 5%, Suero Mixto, Solución salina)

### SEGUNDO NIVEL:

- Ansiolíticos:
  - Diazepam 10mg. Tableta. 10mg vía oral 2 o 3 veces/día
  - Bromazepam 3 mg. Tableta. 3mg. Vía oral 2 o 3 veces/día
- Betabloqueadores:
  - Propanolol 40mg. Tableta 20-60 mg cada/día
- Antidepresivos: Fluoxetina 20mg. Tableta 20 mg. Cada día
- Sertralina 50 mg. Tableta 50 mg. Cada día



Tiamina 50 mg. Intramuscular c/12 horas

Complejo B 2 cc intramuscular cada día

Soluciones Parenterales (Dextrosa 5%, Suero Mixto, Solución salina)

- Antipsicótico: Haloperidol 5-10 mg Intramuscular C/8 horas (máximo 30 mg/día)
- Clorpromacina 50 mg. Intramuscular c/8 horas (máximo 300mg/día)

### **TERCER NIVEL:**

- Ansiolíticos:

Diazepam 10mg. Tableta. 10mg vía oral 2 o 3 veces/día

Bromazepam 3 mg. Tableta. 3mg. Vía oral 2 o 3 veces/día

Betabloqueadores:

Propranolol 40mg. Tableta 20-60 mg cada/día

- Antidepresivos: Fluoxetina 20mg. Tableta. 20 mg. Cada día

Sertralina 50 mg. Tableta 50 mg. Cada día

Tiamina 50 mg. Intramuscular c/12 horas

Complejo B 2 cc intramuscular cada día

Soluciones Parenterales (Dextrosa 5%, Suero Mixto, Solución salina)

- Antipsicóticos: Haloperidol 5-10 mg. intramuscular C/8 horas (máximo 30 mg/día)
- Clorpromacina 50 mg. Intramuscular c/8 horas (máximo 300mg/día)
- Evaluar realización de TAC cerebral, Electroencefalograma.

## **F) EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETES**

### **PRIMER NIVEL:**

- Hemograma.
- Examen General de Orina.
- Glicemia.

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Hemograma.
- Examen General de Orina.
- Glicemia.
- Electrolitos
- Enzimas Cardíacas (CPK)
- Nitrógeno Ureico y Creatinina
- Transaminasas, tiempo y valor de Protrombina, Bilirrubinas
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma



## **G) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO. PSICOEDUCACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y GRUPAL**

### **PRIMER NIVEL:**

- Educación, promoción, prevención.
- Coordinación con otras instituciones, líderes comunitarios.
- Identificación de casos.
- Promoción de estilo de vida saludable.
- Grupos de autoayuda para familia.

### **SEGUNDO NIVEL:**

Formación de redes sociosanitarios con instituciones gubernamentales y no gubernamentales para control, tratamiento y formación de espacios saludables.

### **TERCER NIVEL:**

Programas de educación continua para personal de 1° y 2° nivel.

## **TERAPIA OCUPACIONAL Y DE REINSERCIÓN SOCIAL**

### **PRIMER NIVEL:**

Formación de grupos comunitarios de autoayuda.

Sensibilización de grupos para la promoción de la salud mental y prevención de las adicciones.

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Discusión de casos, entrevistas clínicas, detección de complicaciones.
- Entrevista familiar (para apoyo)
- Evaluación social
- Psicoterapia Individual, familiar, Grupal
- Intervención en Crisis

### **TERCER NIVEL:**

- Comunidades terapéuticas
- Hospital de día
- Hospital de noche
- Terapia ocupacional
- Grupos de Autoayuda

## **PSICOTERAPIAS U OTROS**

### **PRIMER NIVEL:**

- Consejería
- Psicoterapia breve y de apoyo.

### **SEGUNDO NIVEL:**

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia grupal
- Intervención en Crisis

### **TERCER NIVEL:**

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia grupal
- Intervención en Crisis

### **H) CRITERIOS PARA DETERMINAR RESPUESTA A TRATAMIENTO O RESISTENCIA (AGREGAR ESCALA SI EXISTE O APLICA)**

- Disminución de sintomatología presentada
- Disminución o ausencia de comorbilidad
- Presencia de Insight
- Incorporación a las actividades cotidianas

### **I) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTO**

- Deterioro del estado General
- Presencia de complicaciones médicas y /o psiquiátricas

### **J) CRITERIOS PARA MODIFICAR TRATAMIENTOS**

- Deterioro del estado General
- Presencia de complicaciones médicas y /o psiquiátricas
- Hipersensibilidad al fármaco

### **K) CRITERIOS DE CURACIÓN, MEJORÍA O EGRESO**

- Cuando ha salido de la fase aguda y no presenta complicaciones.
- Cuando ha presentado notable mejoría con el tratamiento convencional y que funcione adecuadamente en el ámbito familiar, laboral y social.
- Cuando cuente con apoyo familiar.
- Presencia de Insight

### **L) CRITERIOS PARA DETERMINAR PERIODO DE INCAPACIDAD (SI APLICA)**

Según criterio del especialista.

## **M) CRITERIOS PARA REFERENCIA Y RETORNO**

### **REFERENCIA**

Si existen complicaciones médicas o psiquiátricas en el que el nivel local no pueda dar respuesta.

Cuando no exista capacidad instalada.

### **RETORNO**

Cuando se inicia la fase de rehabilitación para seguimiento, familiar, social y laboral.

Documento Derogado



## BIBLIOGRAFIA.

**“Guía para la elaboración de Normas Técnicas Sanitarias, Administrativas”.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación, 2003.

**“Psiquiatría en atención primaria”**, José Luis Vázquez Barquero, atención primaria libros Princeps, biblioteca aula médica.

DSM –IV R, **“Manual de tratamiento y diagnóstico de las enfermedades mentales”.**

CIE- 10, **“Clasificación Internacional de las Enfermedades”.**

**“Programa de Acción, adicciones Farmacodependencia”**, Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Secretaría de Salud de México.

**“Temas de Salud Mental en la Comunidad: Itzhak Levav, serie Paltex”**, Organización Panamericana de la Salud.

**“Programa de Acción Salud Mental”**, Secretaría de Salud de México.

## INSTITUCIONES PARTICIPANTES

- INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
- BIENESTAR MAGISTERIAL
- BATALLON DE SANIDAD MILITAR
- HOSPITAL MILITAR
- UNIVERSIDAD TECNOLOGICA
- UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA
- JUNTA VIGILANCIA PROFESION EN PSICOLOGIA
- VISION MUNDIAL
- ALCOHOLICOS ANONIMOS
- HOGARES CREA
- REMAR
- TABERNACULO BIBLICO BAUTISTA CENTRAL
- COMISION NACIONAL ANTIDROGAS
- IEPROES
- CATHOLIC RELIEF SERVICES
- FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A
- CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO
- ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE PSIQUIATRÍA
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

## INSTITUCIONES PARTICIPANTES

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS



Talleres Técnicos UCA  
2000

**Documento Derogado**

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN  
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL**

**Año 2006. San Salvador. El Salvador**

Documento Derogado



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*

