
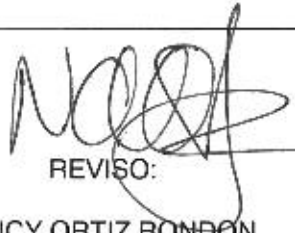
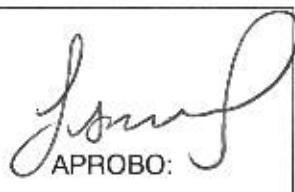





	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 1 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

## ATENCIÓN A PACIENTE CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

 <b>ELABORO:</b>  <b>NANCY ORTIZ RONDON</b> <b>Subgerente Asistencial</b>	 <b>REVISÓ:</b>  <b>NANCY ORTIZ RONDON</b> <b>Subgerente Asistencial</b>	 <b>APROBO:</b>  <b>LUIS IGNACIO BETANCOURT SILGUERO</b> <b>Gerente</b>
<b>FECHA: 2018/06/05</b>	<b>FECHA: 2018/06/05</b>	<b>RESOLUCIÓN No. 278 de 2018/06/13</b>
 <b>Vo.Bo: MARTHA ELENA AMAYA</b> <b>Oficina de Calidad</b>	<b>FECHA: 2018/06/08</b>	

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	Versión 1	Código GUI-URG-20	Página 2 de 25	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	Fecha Vigencia 2018/06/13	<b>Documento Controlado</b>		

## CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	3
2.	ALCANCES Y RESPONSABLES.....	3
3.	GENERALIDADES.....	3
3.1	ASPECTOS GENERALES:.....	3
3.2	RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO:.....	4
3.2.1	Cumplir los criterios de abstinencia:.....	5
3.2.2	Los criterios diagnósticos usados en el DSM-IV son:.....	5
3.3	RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO:.....	5
3.4	RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO, SEGÚN DROGA DE CONSUMO.....	6
3.4.1	Alcohol:.....	6
3.4.2	Opiáceos:.....	10
3.4.3	Depresores del sistema nervioso central:.....	13
3.4.4	Marihuana:.....	17
3.4.5	Cocaína:.....	18
3.4.6	Nicotina:.....	20
3.4.7	Anfetamínicos:.....	22
3.4.8	Cafeína:.....	23
4	FLUJOGRAMA.....	24
5	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	25
6	NORMATIVIDAD.....	25
7	REGISTRO DE CALIDAD.....	25

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 3 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SINDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

## 1. OBJETIVO

Determinar las pautas que permitan identificar un paciente con síndrome de abstinencia por consumo de sustancias psicoactivas.

## 2. ALCANCES Y RESPONSABLES


Aplica para el área asistencial de urgencias.

Es responsabilidad del Médico Valorar si el estado que presenta el paciente es debido a la discontinuación de la ingesta de una o varias sustancias psicotrópicas o si existen problemas físicos, sistémicos y/o psicoafectivos asociados.

## 3. GENERALIDADES

### 3.1 ASPECTOS GENERALES:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia al término "SINDROME DE ABSTINENCIA", descrito en función de las consecuencias pertinentes derivadas del consumo de sustancias psicoactivas, así: "Después de la administración reiterada de ciertas drogas que causan dependencia, como opiáceos, barbitúricos, benzodiazepinas, cocaína y alcohol, la abstinencia puede intensificar la conducta de avidez o apetencia de la droga, por la necesidad de evitar o de aliviar las molestias ocasionadas por la privación o producir alteraciones fisiológicas lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico".
- Por su parte, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Cuarta Versión (DSM-IV), estima que la abstinencia "consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con elementos e implicaciones fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica diferente y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- Los siguientes grupos de sustancias pueden dar lugar al diagnóstico de abstinencia: alcohol, anfetaminas y otras sustancias afines, cocaína, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos".
- En consecuencia, el término, de manera general, es usado para referirse al conjunto de signos y síntomas producido por la reducción o interrupción de la administración de un psicotrópico, después de un tiempo de uso prolongado, o en casos menos frecuentes, por el consumo de dosis altas.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 4 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- En general, las manifestaciones de la abstinencia estarán relacionadas con el modo de acción (a nivel del SNC) de la o las drogas que el individuo consuma. Muchos empiezan de forma opuesta a las manifestaciones observadas en la intoxicación de la misma sustancia: si es un estimulante, las manifestaciones tienden a ser depresoras y viceversa.
- La severidad, por lo general, se relaciona con el tiempo de acción de la droga (vida media), así, los de acción ultracorta y corta, son los que presentan síndromes más severos.
- La dosis usadas y el uso simultáneo de sustancias farmacológicamente sinérgicas, son factores que pueden determinar severidades mayores en la abstinencia.
- Otros elementos que determinan las características del síndrome de abstinencia son: patrones de uso, cronicidad del consumo, el estado de salud y personalidad del paciente, su estado emocional reciente y los componentes ambientales del fenómeno abstinente, tales como los estímulos auditivos, visuales, o de otro tipo. (Caso de los opiáceos).
- Las drogas psicotrópicas que pueden generar un síndrome de abstinencia con alto índice de mortalidad son: alcohol, tranquilizantes (sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y opiáceos). Requieren, necesariamente, de manejo médico-psiquiátrico.
- Los psicotrópicos con síndrome de abstinencia de baja tasa de mortalidad son: cocaína, estimulantes, algunos opiáceos y marihuana. No requieren, necesariamente, de manejo médico-psiquiátrico, pero sí de algunas medidas fármaco-terapéuticas, para evitar malestares o complicaciones psicológicas o sociales.
- El manejo del síndrome de abstinencia, es parte de un tratamiento integral planificado; puede representar el primer paso de un proceso largo de recuperación, bajo el criterio de sustitución de fármacos o de la abstinencia total inicial.
- Por eso, la importancia de que el tratamiento sea una experiencia positiva de enlace entre el paciente, el terapeuta y un programa.
- Es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia, por lo cual este diagnóstico también, debe ser tomado en consideración.

### 3.2 RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO:

Para el diagnóstico, hay que tomar en cuenta algunos aspectos básicos:

1. Tener presente si el estado que presenta el paciente es debido a la discontinuación de la ingesta de una o varias sustancias psicotrópicas.
2. Identificar si existen problemas físicos, sistémicos y/o psicoafectivos asociados.



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 5 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

3. En todos los casos de abstinencia tendremos manifestaciones conductuales, físicas y emocionales, las cuales dependerán de las características individuales de cada paciente y de las particularidades de su proceso adictivo.
4. El primer objetivo a considerar en el tratamiento de cualquier síndrome de abstinencia, es la evaluación y el mantenimiento de los signos vitales, posteriormente, pueden ser atendidos todos los demás aspectos.

El diagnóstico, según la OMS, mediante la CIE-10, contempla las siguientes condiciones:

### **3.2.1 Cumplir los criterios de abstinencia:**

1. Evidencia de reciente suspensión o disminución del consumo de una sustancia capaz de producir dependencia, después de un consumo repetido y habitualmente prolongado, o a altas dosis.
2. Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un síndrome de abstinencia a una sustancia (s), según sea (n) ésta (s).
3. Los síntomas y signos no se justifican por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.

### **3.2.2 Los criterios diagnósticos usados en el DSM-IV son:**

1. Presencia de un síndrome específico a una sustancia, debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo, o un deterioro de la actividad laboral y social, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Finalmente, el diagnóstico del síndrome de abstinencia puede concretarse más, según lo recomienda la OMS, indicándole si el cuadro es no complicado, con convulsiones, con delirium, y éste último, a su vez, si presenta convulsiones o no.

### **3.3 RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO:**

- Utilizar el tratamiento de la abstinencia, como un mecanismo para involucrar al paciente en un programa de recuperación.
- Participar a la familia en el proceso terapéutico.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 6 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- Aplicar la medicación sólo en los casos recomendados y según el tipo de sustancia consumida, como se detalla en el apartado correspondiente: síndrome moderado a severo.
- Considerar la insidia (incontrolable desesperación por el consumo de la droga), como síntoma fundamental del proceso terapéutico, y primer elemento, en la dificultad para dejar la droga.
- Tener en cuenta que el tratamiento de la abstinencia, es un proceso que demanda acciones integrales:
  1. Evaluar y abordar los problemas asociados a la adicción: físicos, emocionales, familiares, conyugales, etc.
  2. Educar a la familia del paciente, o su grupo de apoyo, sobre la importancia de contener o controlar al paciente en la fase crítica, por el alto riesgo de recaída.
  3. Ofrecer herramientas que fortalezcan el área espiritual del paciente, independientemente de su religión.
  4. Educar al paciente sobre la enfermedad adictiva.
  5. En primer nivel se estabiliza el paciente y se remite según su estado hemodinámico a segundo nivel de complejidad.
  6. Referir a programas de rehabilitación y reinserción social, según el caso.

### 3.4 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO, SEGÚN DROGA DE CONSUMO

#### 3.4.1 Alcohol:

##### **Generalidades:**

- Cuando se hace referencia a la droga alcohol la misma es para citar al alcohol etílico, droga legal que se obtiene de la fermentación de diversos granos, frutos y plantas, depresor del SNC.
- La concentración de alcohol etílico, en las bebidas alcohólicas, es muy variada: 4-6%, en las cervezas; de 10-12%, en la mayoría de los vinos y; de 20-60%, en los destilados.
- El alcohol es capaz de producir tolerancia y dependencia.
- El síndrome de abstinencia al alcohol (supresión), empieza de 4-12 horas después de que la ingesta ha disminuido o cesado abruptamente. Alcanza su pico máximo a las 48-72 horas, para, posteriormente, irse atenuando favorablemente, a partir del 4-5 día.
- Resulta de una excesiva actividad del sistema nervioso simpático y, síntomas tales como ansiedad, insomnio y disfunción autonómica, en distintos grados de intensidad, pueden persistir durante períodos de 3-6 meses.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 7 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

### Diagnóstico:

El diagnóstico, según la OMS, CIE-10, contempla las siguientes condiciones:

1. Cumplir los criterios de abstinencia:
2. Presentar, al menos, tres (3) de los siguientes signos:
  - a. Temblor de lengua, párpados o; de manos extendidas, fino y distal.
  - b. Diaforesis
  - c. Náusea o vómito
  - d. Taquicardia o hipertensión
  - e. Agitación psicomotora
  - f. Cefalea
  - g. Insomnio
  - h. Malestar general o debilidad
  - i. Ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales, táctiles o ambas.
  - j. Convulsiones tónico-clónicas, tipo Gran Mal.

El síndrome de supresión al alcohol puede manifestarse mediante un cuadro de delirium el cual es muy severo y de alto riesgo, con mortalidad de hasta un 15%. Aparece entre las 48-72 horas de disminuir la ingesta, es conocido como DELIRIUM TREMENS y se caracteriza por:

- a. Estado de confusión y obnubilación mental
- b. Cuadro de delirio y alucinaciones, sobretodo, de tipo visual y táctil, con importante contenido de terror.
- c. Gran temblor generalizado.
- d. Sudoración profusa.
- e. Hipertermia: temperatura corporal superior a 37.5 °C
- f. Taquicardia: frecuencia cardíaca mayor de 120 latidos cardíacos por minuto.
- g. Hipertensión: frecuentemente, superior a 140/100.
- h. Agitación psicomotriz.
- i. En algunos casos, convulsiones.

### Tratamiento:

- El tratamiento de la supresión al alcohol es recomendable en todos los casos por su alto potencial de complicación y daño, con la participación de recurso profesional médico.
- Las necesidades en el tratamiento, serán determinadas tomando en cuenta, entre otras cosas: dosis de alcohol más recientemente consumida, momento de la última dosis, evaluación clínica inmediata y de seguimiento, tipo de bebedor.
- La decisión de efectuar el tratamiento ambulatoriamente (Consulta Externa) o en un medio vigilado (Hospital o Centro Especializado en el Tratamiento del

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 8 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

Alcoholismo), será determinada con base en la gravedad del síndrome y por el estado general de salud del paciente.

- El tratamiento ambulatorio (Consulta Externa) debe considerar:
  1. La posibilidad de contar con la ayuda de la familia.
  2. La factibilidad de una evaluación continua del estado general.
  3. La ausencia de síntomas de desnutrición y/o avitaminosis.
  4. La ausencia de complicaciones neurológicas (solas y graves o simples y múltiples) y psiquiátricas.
  5. Así como de alteraciones metabólicas, del tipo de la deshidratación severa que impidan la buena marcha hacia una recuperación.
- Por ende, la recomendación de tratamiento bajo internamiento, será para aquellos casos que no presenten las condiciones anteriormente anotadas.
- El primer objetivo a considerar en el tratamiento de cualquier síndrome de abstinencia al alcohol, es la evaluación y el mantenimiento de los signos vitales; posteriormente, pueden ser atendidos todos los demás aspectos.
- Las medidas a considerar son:
  1. Examen físico completo, con énfasis en arritmias cardíacas, fallo respiratorio, sangrado digestivo, infecciones, insuficiencia hepática y daño neurológico.
  2. Medidas generales, para el cuidado y la integridad física y mental del paciente: Se debe ofrecer un ambiente adecuado para el sueño y la nutrición, libre de ruidos y luz en exceso, dando la indispensable confianza y seguridad del caso.
  3. Seguimiento y control de signos vitales.
  4. Soporte cardiorespiratorio.
  5. Identificación de otros problemas físicos y/o psicoafectivos asociados: identificar desórdenes hidroelectrolíticos, alteraciones metabólicas presencia de traumas e infecciones, estados de confusión o alucinatorios, demencias, etc.  
 Evaluar el peso corporal, estado nutricional y de hidratación del paciente, así como el estado químico-hematológico básico.  
 Los análisis básicos son: hemograma completo; glicemia en ayunas, nitrógeno ureico y creatinina; electrolitos, pruebas de función hepática, examen general de orina y heces.  
 Cualquier otro estudio de laboratorio dependerá del estado individual de cada paciente y de la patología asociada.
  6. Aplicación de técnicas de orientación hacia la realidad, particularmente, en pacientes con niveles discretos de confusión.
- Cuando el sujeto tolere la ingestión de líquidos, de ser necesaria la hidratación, ésta, preferiblemente, debe hacerse utilizando la vía oral.



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 9 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- El uso de la vía parenteral intravenosa, sólo se utilizará cuando la vía oral no esté accesible o si la condición del paciente amerita de intervención terapéutica emergente.
- La vía parenteral es usada, más frecuentemente, cuando hay presencia de: anorexia, náusea y vómito, diarrea, fiebre, diaforesis e hiperactividad muscular, déficit de electrolitos y deshidratación; otras condiciones graves asociadas.
- La alimentación e ingreso calórico deben ser calculados con base en un régimen hipercalórico de 2.000 kilocalorías, y su modificación habrá de hacerse, según la evolución del paciente.
- La medicación se utiliza para disminuir síntomas, aumentar el confort y disminuir el riesgo de convulsiones y delirium tremens:
  1. Benzodiacepinas: la sedación es uno de los aspectos más importantes en el manejo de pacientes con síndromes de abstinencia al alcohol, para ello, las benzodiacepinas se reconocen como el tratamiento de elección. Si bien cualquier benzodiacepina es terapéuticamente efectiva, algunos de ellas han demostrado mayor eficacia que otras y siendo que la lista es amplia, la escogencia dependerá de la experiencia que se tenga en el uso de esos medicamentos.

El más usado es: Diazepán,

- a. Diazepán: 1 mg/Kg/día VO. El 30-40% de inicio y el 70-60% restante dividido en 3-4 dosis, pero pueden ser necesarios hasta 20 mgs/2 horas hasta que los síntomas desaparezcan.

La vía IM o IV se recomienda cuando no se pueda utilizar la vía oral, o bien, en casos de convulsiones.

En vista de que uno de los inconvenientes de este tipo de drogas es la acumulación de metabolitos, sobretodo, en el paciente con daño hepático, lo que produce letargia, obnubilación y ataxia, una medida de seguridad es no aplicar la dosis siguiente, si el paciente está somnoliento y/o letárgico.

2. Tiamina: 300 mgs/día V.O, de 2-4 semanas. También, puede usarse 100 mg IM dos veces al día, los 3-5 primeros días, para luego continuar por V.O, según esquema anotado.

a. Complejo B: 2 cc/día IM, por espacio de 5 días, luego pasar a V.O.


b. Ácido fólico: 5 mgs/ dos veces al día V.O, por 5 días, luego, 5 mgs/día, por 3 semanas.

3. Sulfato de Magnesio: No debe aplicarse de rutina, sólo en casos de arritmias cardíacas (fibrilación auricular), antecedentes de crisis convulsivas en estado de supresión alcohólica y/o crisis mayores de 3 semanas. Aplicar 3cc de MgSO<sub>4</sub> al 25% IM cada 8-12 horas, de 3-4 dosis.

4. Antiácidos: 1-2 onzas V.O, después de las comidas, si es necesario.

5. Antieméticos: Dimenhidrinato 25-75 mgs IM ó VO, cada 6-8 horas, en caso necesario.

Metoclopramida 5-10 mgs VO o IM, cada 6-8, según necesidad.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 10 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SINDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

6. Antihistamínicos: Difenhidramina 25-100 mgs horas sueño, VO ó IM, como inductor del sueño. Puede utilizarse, en esta indicación y en pacientes seniles, como sustituto de las benzodiacepinas.

7. Beta bloqueadores: se recomiendan en el manejo de los síntomas de abstinencia al alcohol relacionados con la hiperactividad autonómica, tales como el temblor moderado a severo, hipertensión arterial asociada a la supresión etílica, dentro de los más importantes.

El tratamiento del DELIRIUM TREMENS incluye una exploración física completa y medidas de apoyo, tales como líquidos intravenosos, cuando hay evidencia de deshidratación. Además, se debe aplicar multivitaminas, incluyendo tiamina y ácido fólico. La sedación se hace con base en las benzodiacepinas.

Algunos se inclinan a favor de drogas antipsicóticas, como los neurolepticos (haloperidol,) no obstante, este grupo de drogas puede disminuir el umbral de las crisis convulsivas.

Los antipsicóticos están indicados cuando no hay respuesta a las benzodiacepinas: iniciar con haloperidol 10 mgs por día y repetir cada 12 horas, en caso necesario.

Las demás medidas terapéuticas dependen del estado del paciente, remisión a segundo nivel de complejidad y a programas de rehabilitación o reinserción social.

### 3.4.2 Opiáceos:

#### Generalidades:

- El término opiáceo describe a un grupo de alcaloides psicotrópicos, naturales o sintéticos, químicamente relacionados con el opio, todos depresores del SNC.
- Los naturales derivan de la planta papaver somniferum; entre los más conocidos están: opio y sus tinturas (la de opio puro y la alcanforada, o Elixir de Paregórico), morfina y codeína.
- Los derivados sintéticos están clasificados en tres grupos:
  1. Morfina y sus congéneres: heroína, hidromorfina, oximorfona, hidrocodona, oxycodona.
  2. Meperidina y sus congéneres: clorhidrato de Meperidina, metadona, anileridine, clorhidrato de difenoxilato, fentanil, loperamida y alfaprodine.
  3. Otros: clorhidrato de pentazocina, tartrato de butorfanol, clorhidrato de nalbufina, naloxona, naltrexona, buprenorfina.

Además, existe un grupo de nuevos opiáceos: dextromoramide, dezocine, ketobemidone, clorhidrato de meptazinol, nalmetene, pentamorfona, clorhidrato de tilidina y clorhidrato de tramadol.

- Producen tolerancia y dependencia, y por ende, adicción, en períodos muy cortos, debido al fenómeno de taquifilaxia.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 11 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- El síndrome de abstinencia a los opiáceos es dosis dependiente y puede ocurrir después de 48 horas del uso continuo de estas sustancias. Existe dependencia cruzada entre las drogas opiáceas.
- El inicio varía según el tipo de opiáceo usado. Puede ir desde 4-6 horas después de su uso, para el caso de la heroína, hasta las 24 horas, para la metadona. En términos generales, se inicia dentro de las primeras 12 a 16 horas de la última dosis consumida.
- El pico máximo del síndrome se presenta de 2-3 días después de la administración de la última dosis, disminuyendo paulatinamente. Por lo general, los síntomas más aparentes no duran más de 5-10 días, pero algunos síntomas pueden persistir hasta por 6 meses.
- El síndrome de supresión a los opiáceos es desagradable y tormentoso, pero a diferencia del producido por los depresores del Sistema Nervioso Central, no suele atentar contra la vida. Puede ser riesgoso en personas con comorbilidad (otras patologías asociadas) como: enfermedades cardíacas, tuberculosis, enfermedades debilitantes, entre otras
- Durante el síndrome de abstinencia a los opiáceos, el riesgo suicida es muy alto, asunto de especial atención, durante el tratamiento.



#### **Diagnóstico:**

Los criterios diagnósticos de la OMS, CIE-10, establece que el diagnóstico se hace con base en los siguientes lineamientos:

1. Cumplir los criterios de abstinencia:
2. Presentar, al menos, tres (3) de los siguientes signos:
  1. Deseo imperioso de consumir opiáceos
  2. Rinorrea y estornudos
  3. Náusea o vómito
  4. Taquicardia o hipertensión
  5. Lagrimeo
  6. Calambres y dolores musculares
  7. Dolores abdominales
  8. Diarrea
  9. Dilatación pupilar
  10. Pilo erección
  11. Bostezos
  12. Sueño sin descanso

El síndrome casi nunca es leve; varía entre moderado y severo, por lo que el tratamiento, en todos los casos, se hace necesario y se le reconocen varias fases:



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 12 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

1. En las primeras 12 horas: se inicia malestar físico y se presenta enrojecimiento de ojos, secreción nasal, sudoración, bostezos, estornudos, sueño inquieto, lagrimeo y necesidad de la droga.
2. Entre las 12-24 horas, con un pico al 2-3 día: somnolencia, midriasis (dilatación pupilar), anorexia (pérdida o falta de apetito), pilo erección ("piel de gallina"), tremor, irritabilidad, fatiga, ansiedad, inquietud, depresión y dolor de espalda.
3. Entre las 36-72 horas, pico máximo del síndrome: insomnio, bostezos incesantes, síndrome catarral con debilidad, escalofríos con crisis de rubor facial y de cuello (enrojecimiento), desórdenes gastrointestinales como diarrea, espasmos y dolores musculares; eyaculación u orgasmos espontáneos, pero displacenteros; dolor y cólico abdominal e irritabilidad.

Puede presentarse taquicardia, hipertensión arterial secundaria, ligero aumento de la respiración y de la temperatura, pulso variable.

#### Tratamiento:

- Las necesidades en el tratamiento serán determinadas considerando, entre otras cosas: tipo de droga consumida, momento de la última dosis, evaluación clínica inmediata y de seguimiento, severidad de la adicción.
- Los elementos a tomar en cuenta son:
  1. Realizar examen físico completo
  2. Establecer una relación médico-paciente adecuada, para lograr confianza y seguridad. Es recomendable un solo equipo tratante.
  3. Explicar cuidadosamente al paciente los síntomas que puede presentar y que algunos de ellos podrán persistir por mucho tiempo.
  4. Determinar los exámenes de laboratorio que amerite cada caso.
  5. Identificar estados patológicos asociados, para su adecuado manejo.
  6. Determinar el grado de dependencia (indicador del síndrome de supresión que se puede presentar) por medio de una historia del consumo, análisis de drogas en orina, valoración de los signos, con el propósito de elegir el tratamiento adecuado.
  7. Los casos de supresión leve, prácticamente, no ameritan de medicación, en vista de que el síndrome no atenta contra la vida y es auto limitado, sin mayores trastornos.  
La medicación se considera en el síndrome moderado a severo, sea mediante regímenes terapéuticos opiáceos los cuales se realizan en centros de rehabilitación, o no opiáceos.

#### 8. Regímenes terapéuticos no opiáceos:



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 13 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

a- Clonidina: es el más usado. Esta sustancia es un hipotensor alfa adrenérgico que controla los síntomas autonómicos del síndrome: náusea, diarrea, vómitos, etc.

Los pacientes deben, necesariamente, dejar de usar otras drogas opioides, porque la Clonidina tiene un efecto sedante que se puede potencializar con el de ese tipo de sustancias.

El manejo de este esquema es, primordialmente, para pacientes internados, debido a los efectos secundarios que puede dar la Clonidina, sobretodo, hipotensión marcada y somnolencia; aunque, también, han sido reportadas alucinaciones y confusión.

### **Síndrome de abstinencia a los opiáceos en el neonato:**

- A parte del síndrome de supresión a los opiáceos en adultos, hay un caso especial: el que se reporta en neonatos nacidos de madres que consumen ese tipo de droga durante el embarazo.
- Este síndrome se ve en el 50-75% de los niños nacidos de madres abusadoras de opiáceos, amerita tratamiento e incrementa la mortalidad en un 3-30% más que los controles.
- Asimismo, el 25% de los niños cuyas madres se han mantenido en programas de metadona, ameritan de tratamiento por supresión, usualmente, por no menos de 2 semanas.
- La sintomatología se caracteriza por: irritabilidad, llanto agudo y persistente (80%), tremor (80%); hiperactividad (60%); vómito (40%); bostezos, estornudos e hipo (30%). Además, en frecuencias variables: rigidez muscular, hiperreflexia, aumento de la frecuencia respiratoria, diarrea, lagrimación espontánea.

Los síntomas aparecen entre el 1 y 2 día, pero en los casos nacidos de madres en programas de metadona, la sintomatología suele instaurarse entre el 3 y 4 día.

### **El tratamiento recomendado es:**

1. Soporte general y observación en un ambiente tranquilo y cálido, dándole seguimiento a los signos vitales, electrolitos (incluido el calcio) y glucosa.
2. Descartar otros cuadros que pueden dar sintomatología similar: hipoglicemia, hipocalcemia, infecciones y trauma del Sistema Nervioso Central. También, se debe descartar presencia de sífilis, gonorrea, SIDA.
3. La medicación, para niños con síndrome moderado o severo, preferiblemente remitir a segundo nivel.

### **3.4.3 Depresores del sistema nervioso central:**

### **SEDANTES, HIPNÓTICOS Y ANSIOLÍTICOS**

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 14 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

### Generalidades:

- Aunque no se relacionan estructuralmente entre sí, son grupos de sustancias que mantienen ciertos efectos semejantes: disminuyen a actividad del SNC.
- Los representantes son, básicamente, dos grupos: las benzodiazepinas y los barbitúricos.
- La mayoría de las veces, los depresores del SNC son utilizados en el control de la ansiedad, irritabilidad, tensión, insomnio y contracturas musculares.
- Estas sustancias cobran su importancia por su alto potencial adictivo y de dependencia; por su amplio abuso; porque la supresión puede llegar a ser una verdadera emergencia, quizás más grave que la de cualquier otra droga, sobretodo, por el alto riesgo de convulsiones.
- Son de uso medicamentoso, por lo que, casi siempre, son indicados por un profesional en medicina, aspecto relevante en los asuntos preventivos y de control de su uso.
- De los depresores del SNC, y después del alcohol, el síndrome de supresión a las benzodiazepinas es el que más frecuentemente se observa en los Servicios de Emergencias y otros ámbitos clínicos.
- En los pacientes que han estado crónicamente intoxicados, el síndrome de abstinencia puede desencadenarse con la sola disminución de la dosis diaria, asunto clave a la hora de intentar la desintoxicación.
- Existe tolerancia y dependencia cruzada entre los barbitúricos, así como entre éstos y los demás sedantes del SNC.

### Diagnóstico:

- Se considera, en términos generales, que no existen grandes diferencias entre las características clínicas del Síndrome de Supresión a los barbitúricos y al de las benzodiazepinas.
- La severidad del síndrome estará dada, entre otras cosas, por: el tiempo de acción de la droga (los de acción ultracorta y corta son los que presentan síndromes más severos); las dosis usadas y el uso simultáneo de sustancias farmacológicamente sinérgicas; patrones de uso; cronicidad del consumo; el estado de salud y, los componentes ambientales del fenómeno abstinente. (como los estímulos auditivos, visuales, etc.) y; la estructura de personalidad.
- La instalación de los síntomas de abstinencia de los barbitúricos comienza entre las 12-16 horas después de haber ingerido la última dosis.
- La mayor severidad de la abstinencia se da entre las 48-72 horas, aunque algunos síntomas tardíos, como las convulsiones generalizadas tónicas clónicas (tipo Gran Mal), pueden presentarse inclusive, 8º al día.
- El síndrome de supresión a las benzodiazepinas puede presentarse entre 8º y 10º día de disminuida o suspendida la dosis, debido a que se acumulan en las grasas del cuerpo, permaneciendo estables por período de 7-10 días.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 15 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- El diagnóstico del Síndrome de Abstinencia a estas sustancias se hace clínicamente, mediante la aplicación de los criterios de la CIE-10 de la OMS:

1. Cumplir los criterios de abstinencia:

2. Presentar, al menos, tres (3) de los siguientes signos:

- Tembor de lengua y párpados, o temblor fino distal en manos distendidas.
- Náusea y vómito.
- Taquicardia.
- Hipotensión postural.
- Agitación psicomotora.
- Cefalea
- Insomnio
- Astenia, malestar y debilidad.
- Ilusiones y alucinaciones, trastornos visuales, táctiles o auditivos.
- Ideación paranoide.
- Convulsiones.
- Delirium (Síndrome de supresión con delirium)

- Otros síntomas generales son: Hiperexcitabilidad rebote, hiperreflexia, sudoración excesiva, leve aumento de la temperatura, cólicos abdominales.
- El síndrome de supresión a los depresores del SNC siempre amerita tratamiento, y éste, en primer lugar, debe dirigirse a evitar complicaciones adicionales que pongan en peligro la vida del paciente.

#### **Tratamiento:**

Medidas generales:



Las metas del tratamiento incluyen tres tipos de acciones dirigidas a:

1. Estabilización del síndrome, mediante el uso de medicación sustitutiva, o la misma que está involucrada, si fuera del caso.
2. Reducción programada de la medicación sustitutiva.
3. Detección y manejo de problemática asociada que pueda complicar la condición del paciente.

Se recomienda tratamiento intrahospitalario, por medio de un régimen de disminución gradual de la dosis, a fin de evitar peligrosas consecuencias como las convulsiones.

- Las convulsiones, generalmente, se presentan entre el 2-3 día, pero pueden aparecer tardíamente, entre el 7-8 día.
- Como tratamiento de inicio, se acostumbra mantener la sustancia que la persona consume, reduciendo, aproximadamente, 5-10% de la dosis total inicial, por día o en días alternos, para que en un período de 10-14 días se trate de obtener a suspensión total.



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 16 de 25</b>	
	<b>ATENCION A PACIENTES CON SINDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- Otra manera es cambiar la sustancia que la persona consume, por una de larga duración, en dosis equivalentes a la que usa el individuo.
- Posteriormente, se sigue el esquema de reducción gradual.
- El inicio del tratamiento, por consiguiente, es establecer la dosis de inicio, que es aquella suficientemente capaz de controlar los síntomas de supresión, o bien, la que lleva a mostrar signos de intoxicación leve.

A partir de esa dosis, se empieza la reducción recomendada.

• Las medidas inmediatas consideran:

1. Realizar examen físico completo
  2. Establecer una relación médico-paciente adecuada, para lograr confianza y seguridad. Es recomendable un solo equipo tratante.
  3. Explicar cuidadosamente al paciente los síntomas que puede presentar y que algunos de ellos podrán persistir por mucho tiempo.
  4. Determinar los exámenes de laboratorio que amerite cada caso.
  5. Identificar estados patológicos asociados, para su adecuado manejo.
  6. Determinar el grado de dependencia (indicador del síndrome de supresión que se puede presentar) por medio de una historia del consumo, análisis de drogas en orina, valoración de los signos y síntomas supresivos.
- Uno de los principales riesgos de la supresión a los depresores del SNC son las convulsiones; se debe tener en cuenta que, en caso de historial de epilepsia, es urgente iniciar el esquema anticonvulsivante que el paciente utiliza.
  - Si el paciente presenta crisis convulsivas, tiene historia de epilepsia y se puede corroborar que abandonó el tratamiento en los últimos 5 días, se debe iniciar infusión de Difenilhidantoína, 10-15 mgs/Kg en un litro de solución fisiológica, para ser administrado en 1 hora.

Posteriormente, si el paciente no se encuentra en estado comatoso, iniciar el esquema terapéutico, vía oral, acostumbrado por él.

En caso contrario, mantener la infusión de Difenilhidantoína, a razón de 100-150 mgs cada 8 horas, a pasar en 250 ml de solución fisiológica.

- Para casos con antecedente de convulsiones en estados de supresión previos al actual, sin historial de epilepsia, tomar todas las medidas de iniciación rápida del tratamiento del síndrome de supresión. El uso del Diazepán, en la supresión a las benzodiacepinas, o el esquema de Fenobarbital, para el de los barbitúricos, es un mecanismo seguro de prevenirlas.

Medidas específicas:

Benzodiacepinas:



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 17 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- Determinar cuál es la sustancia que provoca la abstinencia y la dosis previamente usada por el paciente.
- Se decide cual esquema seguir:
  1. Uso de la misma sustancia, con disminución gradual de la dosis.
  2. Uso de una sustancia sustitutiva (benzodiazepina de acción prolongada), a dosis equivalentes respecto a la sustancia original que provoca la abstinencia.
- El esquema de uso de la misma sustancia fue explicado en los aspectos generales del manejo del síndrome. Para el esquema de sustancia sustitutiva, se considera lo siguiente:
  - a. Diazepán: dosis orales de 0.5-1 mg/Kg dividido en dos o tres tomas diarias. Los casos severos pueden requerir dosis de 10-20 mg IV, incluso cada 2 horas, hasta que los síntomas desaparezcan.



#### Barbitúricos:

- Se han descrito dos esquemas tradicionales para tratar el síndrome de abstinencia a los barbitúricos: el método del Pentobarbital y el método del fenobarbital pero en primer nivel no se hacen. Se remiten los paciente a nivel de complejidad superior

#### 3.4.4 Marihuana:

##### Generalidades:

- La marihuana deriva de la planta Cannabis sp., y se conocen tres especies:
- Sativa, Indica y Ruderalia.
- Esta droga contiene más de 400 sustancias químicas activas, de los cuales, al menos, 70 son cannabinoides, que son los que tienen actividades psicotrópicas.
- Los efectos psicotrópicos más conocidos son aquellos que alteran el estado de ánimo, la percepción, los procesos cognitivos y el estado de conciencia, los cuales van a variar de acuerdo a: la forma de preparación de la droga, dosis, vía de administración y, personalidad de quien la consume.
- El Delta-9-Tetrahidrocannabinol ( $\Delta$ -9-THC), es la principal sustancia activa de la marihuana; tiene propiedades: hipnóticas, analgésicas, antieméticas, anticonvulsivas y músculo relajantes.
- El uso médico de la marihuana se encuentra restringido y en amplia polémica, y, actualmente, sólo para fines de experimentales.
- Sin embargo, en algunos estados de los Estados Unidos de América, el uso está legalizado, para fines médicos.
- A pesar de que algunos estudios son controversiales, varios de ellos han mostrado que la marihuana (algunos de sus principios activos) tiene efectividad, sobretodo, en el tratamiento de la anorexia, las náuseas y vómitos, en pacientes caquéticos por SIDA o cáncer terminal con quimioterapia. Al respecto, algunos estudios son controversiales.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 18 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- Aunque la marihuana es capaz de producir diferentes niveles de intoxicación, y su uso crónico induce al desarrollo de cierto grado de tolerancia, aún hay discusión entorno a si es capaz de producir dependencia y síndrome de abstinencia.
- Al parecer, la dosis consumida a lo largo del tiempo, es un factor importante para la producción de las reacciones supresivas.
- En todo caso, la experiencia de los últimos años, ha permitido identificar un elemento de tipo supresivo que ocurre con al discontinuar el consumo cannábico, el cual se está caracterizado por un aumento compensatorio del período MOR del sueño (movimiento ocular rápido).

#### Diagnóstico:

- La CIE-10 y el DSM-IV, así como otros organismos que trabajan en la investigación del fenómeno droga, reconocen que, aún, no existen criterios diagnósticos definidos, para un síndrome de supresión a la marihuana.
- Algunos síntomas, que con alguna frecuencia se presentan al discontinuar o disminuir el consumo cannábico, son: ansiedad, de leve a moderada; irritabilidad, inquietud, insomnio, tremor, sudoración y dolores musculares.
- Estos episodios pueden durar varias horas, e incluso, persistir hasta por 7 días.
- Otros trastornos que pueden observarse son: náusea, vómito, diarrea, pérdida del apetito, pérdida de peso y aumento moderado de la temperatura corporal.

#### Tratamiento:

- De requerirse algún tratamiento, éste debe ser sobretodo, de tipo sintomático.
- Utilizar benzodicepinas a dosis convencionales, por períodos cortos, sin sobrepasar los 10 días.

#### 3.4.5 Cocaína:

##### Generalidades:

El síndrome de supresión a la cocaína, surge del agotamiento de las reservas catecolaminérgicas, que produce esta sustancia, en las porciones mesolímbicas y mesocorticales del cerebro.

Como parte del síndrome, se describen dos componentes esenciales:

- 1- La intensa apetencia por la sustancia
- 2- La anhedonia

- Debido al bloqueo en la recaptación de la dopamina, que produce la cocaína, y por su acción directa sobre los receptores dopaminérgicos de las neuronas, se ha observado un aumento importante en los niveles sanguíneos de prolactina, después de la supresión del uso de esta droga, lo que, incluso, se ha propuesto como un marcador biológico para el síndrome de supresión a dicha droga.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 19 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- Asimismo, se ha determinado que la alteración en el sistema dopaminérgico es uno de los responsables en el deseo intenso por la droga, por lo que el uso de sustancias dopamino-agonistas, como la bromocriptina, pueden controlar ese deseo.
- Los componentes del síndrome de abstinencia a la cocaína, pueden simular un trastorno afectivo mayor (depresión).
- Este síndrome, si bien es cierto no pone en peligro la vida, puede desencadenar el reinicio del consumo de cocaína, o descompensar algunas enfermedades psiquiátricas coexistentes.
- Los signos y síntomas tienden a ser los mismos, independientemente de la vía de administración o presentación de la droga.
- El inicio puede ser insidioso, donde el paciente no sabe por qué se siente deprimido, letárgico, irritable, o bien, puede instaurarse súbitamente.
- Diagnóstico:
- La interrupción del uso de cocaína produce, básicamente, un cuadro genérico de depresión severa, caracterizado por alteraciones del humor, sueño, apetito y funciones cognitivas y psicomotoras.
- Por lo general, los síntomas del síndrome suelen iniciarse después de algunos días de consumo vigoroso. La mayor intensidad se da entre 4-9 días después de suspender el consumo o de disminuirlo importantemente., aunque, también, están descritas dos fases:



1. **Fase aguda;** primeras 9 horas a 14 días: se caracteriza por la presencia de: intenso deseo por la droga; agitación marcada; sentimientos depresivos; disminución del apetito; insomnio; fatiga.  
Termina en: depresión continua; disminución del imperioso deseo por la droga; agotamiento físico; aumento rebote del apetito y gran deseo de dormir.

2. **Fase final;** siguientes 10 semanas: los patrones del sueño tienden a normalizarse; disminuye, notablemente, la necesidad de la droga; el humor está medianamente normalizado; recrudescen la fatiga y la ansiedad; se asocia anhedonia (incapacidad para experimentar placer).

Con base en la CIE-10, OMS, el diagnóstico se establece por la presencia de los siguientes criterios:

1. Cumplir los criterios de abstinencia:
2. Presencia de humor disfórico (Por ejemplo: tristeza)
3. Presentar, al menos, dos (2) de los siguientes signos:
  - a) Letargo y fatiga
  - b) Enlentecimiento o agitación psicomotora
  - c) Deseo imperioso de cocaína
  - d) Aumento del apetito



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 20 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SINDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- e) Insomnio o hipersomnia
- f) Sueños extraños y desagradables

- Las dificultades subjetivas para experimentar placer, y el letargo, aumentan el deseo de consumir cocaína; además, la sensación de poder controlar el consumo de cocaína se disipa, por lo que la ansiedad aumenta con una alta posibilidad de recidiva.
- La depresión, apatía y pérdida de iniciativa, tienden a desaparecer y reemerger en el transcurso de los primeros 2-4 meses, después de lograr la suspensión del consumo.
- El deseo de consumir cocaína, puede reaparecer aún tras de varios meses o años, después de su abandono.

#### Tratamiento:

- Consiste en el seguimiento de los síntomas. El manejo puede hacerse bajo internamiento o ambulatoriamente..
- Los pasos a seguir, independientemente de si es tratamiento ambulatorio o bajo internamiento, son:
  - 1- Historia clínica completa, con énfasis en el patrón de consumo de drogas y en antecedentes de problemas psiquiátricos.
  - 2- Cuidadoso examen físico y neurológico.
  - 3- Considerar el abuso de otras sustancias, principalmente depresores del SNC. Utilizar el análisis toxicológico, para valorar dicho uso de sustancias.
  - 4- Ofrecer un ambiente tranquilo y facilitar el dormir.
  - 5- Vigilar el riesgo de suicidio, sobretodo, en los pacientes muy deprimidos.
- La medicación: se utiliza para disminuir síntomas y aumentar el confort:
- Antidepresivos tricíclicos: se pueden utilizar los antidepresivos tricíclicos, tradicionalmente, amitriptilina, de 75 a 300 mgs por día, como intento de equilibrar los sistemas catecolaminérgicas alterados por la ingestión crónica de la cocaína. También, se utilizan los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina y la sertralina, a dosis de 20 mgs y 50 mgs por día, respectivamente. Mantener los antidepresivos, por un período de 8-12 semanas. Estos medicamentos solo se manejan en segundo nivel de complejidad por especialista.

#### 3.4.6 Nicotina:

##### Generalidades:

- La nicotina es de los pocos alcaloides naturales líquidos libres en la naturaleza, aislado de las hojas de la Nicotina tabacum, cuyas principales características



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 21 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

son: incoloro, volátil, altamente soluble en agua salina y, no tiene efecto terapéutico alguno.



- Es un estimulante del SNC, porque: libera norepinefrina de las terminaciones nerviosas de los nervios periféricos; estimula la liberación de catecolaminas de la médula adrenal; incrementa los niveles plasmáticos de cortisona y de la hormona del crecimiento; libera norepinefrina y dopamina, y puede aumentar la liberación de acetilcolina, en el tejido cerebral; aumenta los niveles cerebrales de serotonina.
- Es altamente adictiva, y por consiguiente, capaz de producir un síndrome de abstinencia.
- La dosis fatal media, para el ser humano, es de 30 mgs, consumidos en una sola dosis y pura  
La concentración de nicotina en los cigarrillos es muy variable, oscila entre 0.5 mg a 8 mgs., pero el promedio habitual, por cigarrillo, es de 1.5 mg.
- Se han descrito más de 500 componentes tóxicos, presentes en las partículas y gas inhalado del cigarrillo.

#### Diagnóstico:

- El diagnóstico se hace con base en los criterios de la CIE-10, OMS:
  1. Cumplir los criterios de abstinencia:
  2. Presentar, al menos, dos (2) de los siguientes signos:
    - a) Deseo imperioso de tabaco
    - b) Malestar o debilidad muscular
    - c) Ansiedad
    - d) Humor disfórico
    - e) Irritabilidad e inquietud
    - f) Insomnio
    - g) Aumento del apetito
    - h) Incremento de la tos
    - i) Ulceraciones bucales
    - j) Dificultad en la concentración
- El síndrome de abstinencia a la nicotina tiene una duración promedio de 6 a 8 días.
- Los síntomas están condicionados por la privación sanguínea de la nicotina y por los factores ambientales, psicológicos y conductuales asociados.
- Con el cese del fumado, la frecuencia cardíaca disminuye 5 a 12 latidos por minuto, en los primeros días, y, el peso aumenta 2-3 Kg, en el primer año.

#### Tratamiento:

- La abstinencia a la nicotina no tiene un tratamiento específico, y la mayoría de las veces, no amerita de medicación alguna.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 22 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- Un intento reciente, para manejar los síntomas supresivos de la nicotina, es el uso de parches dérmicos y/o goma de mascar con nicotina de diferente concentración, que permite un retiro gradual siempre y cuando el paciente abandone, totalmente, el consumo.
- El tratamiento tradicional consiste en el manejo paliativo y sintomático del síndrome. Los antidepresivos y/o ansiolíticos, juegan un importante papel, para tal efecto, sobretodo, cuando los síntomas son muy severos y prescritos por especialista.
- El apoyo grupal, mediante los grupos de autogestión, es importante en la recuperación del paciente.
- El apoyo y refuerzo psicoterapéutico, según el caso, es otra herramienta que debe tenerse en cuenta, a largo plazo, ya sea a nivel individual, de pareja, familiar o grupal.

### 3.4.7 Anfetamínicos:

#### Generalidades:

- Son estimulantes del SNC, y todas sintéticas.
- Producen: sensación de bienestar y energía; alerta intensa; euforia; producción del pensamiento y actividad acelerados; disminución del apetito; aumento de la presión arterial; aumento del pulso y; ligero aumento de la temperatura, si se usa en grandes dosis.
- Se usan en la narcolepsia, desórdenes de atención en niños y supresión del apetito, entre otros problemas.
- Hay otras sustancias de diseño, cuyo único propósito es el abuso y, por tanto, psicotrópicos ilegales, tal es el caso de la 3-4- Metilenedioximetanfetamina (MDMA), conocida popularmente como "éxtasis", y la metanfetamina, llamada "hielo" (ice) o "cristal" (glass).
- Su efecto es de tipo dopaminérgico y noradrenérgico, parecido al de la cocaína, activando la corteza cerebral y la formación reticular (sistema activador reticular ascendente del encéfalo). También, liberan serotonina.
- Existe tolerancia cruzada entre estas sustancias y producen dependencia, por lo general, de rápida instauración.

#### Diagnóstico:

- En vista de que el síndrome de supresión de los estimulantes del SNC es muy parecido, los criterios diagnósticos, igualmente, son similares.
- La CIE-10, OMS, considera los siguientes criterios:
  1. Cumplir los criterios de abstinencia:
  2. Presencia de humor disfórico (Por ejemplo: tristeza)
  3. Presentar, al menos, dos (2) de los siguientes signos:
    - a) Letargia o fatiga
    - b) Retardo o agitación psicomotora

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 23 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- c) Deseo imperioso de la sustancia
- d) Aumento del apetito
- e) Insomnio o hipersomnias
- f) Sueños extraños o desagradables

- El síndrome de supresión de las anfetaminas recuerda al de la cocaína, e incluso, en ocasiones, no se puede diferenciar.
- La mayoría de las veces, el cuadro desaparece a los pocos días, nunca es fatal y, por ende, el requerimiento de tratamiento farmacológico es limitado.

#### **Tratamiento:**

- De requerirse algún tratamiento, éste será, sobretodo, de tipo sintomático.
- Utilizar antidepresivos e hipnóticos a dosis convencionales prescritos por especialista.

#### **3.4.8 Cafeína:**

##### **Generalidades:**

- La cafeína, la teofilina y la teobromina, son tres alcaloides de origen vegetal, de propiedades semejantes, estimulantes del SNC.
- Derivan de las xantinas metiladas llamadas dioxipurinas, sustancias cercanas, por su estructura química, al ácido úrico.
- Presentan tolerancia, y ésta es cruzada entre sí; la habituación es casi la regla, sobretodo, si se considera que las personas que las consumen lo hacen por lapsos muy amplios, por lo general, de años.

##### **Diagnóstico:**

- No se ha descrito un síndrome de abstinencia típico de la cafeína.
- Como estimulante del SNC, sus características se asemejan a la abstinencia generada por la interrupción o disminución del consumo de la cocaína.
- La supresión a la cafeína es incluida dentro del síndrome general de los estimulantes del SNC, cuyos criterios diagnósticos, según la CIE-10, OMS, son los siguientes:

1. Cumplir los criterios de abstinencia:
2. Presencia de humor disfórico (Por ejemplo: tristeza o anhedonia)
3. Presentar, al menos, dos (2) de los siguientes signos:
  - a) Letargia o fatiga
  - b) Retardo o agitación psicomotora
  - c) Deseo imperioso de la sustancia
  - d) Aumento del apetito
  - e) Insomnio o hipersomnias
  - f) Sueños extraños o desagradables.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 24 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SINDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

**Tratamiento:**

- De requerirse algún tratamiento, éste será, sobre todo, de tipo sintomático.
- Utilizar antidepresivos e hipnóticos a dosis convencionales y prescritos por especialista.

**4 FLUJOGRAMA.**

PROCEDIMIENTO		SINDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS					
No	ACTIVIDAD	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO	
1		INICIO					
2	INGOC	Ingresar el paciente	Personal de admisiones	Tan pronto llegue el paciente	Admisión urgencias	Ingreso a urgencias	
3	Ingreso urgencias	Clasificación Triage	Auxiliar enfermería	Durante la atención	Admisión urgencias	atención medica	
4	Verificar estado paciente	Verificar si es debido a la disminución o suspensión de ingesta de sustancias psicoactivas	Medico		consultorio urgencias	atención medica	
5	Realizar evaluación física, sistémica y psicosocial	Evaluación física, sistémica y psicosocial	Medico		consultorio urgencias	atención medica	
6	Ordenar exámenes laboratorio	Exámenes de laboratorio	Medico		consultorio urgencias	atención medica	
7	Diagnostico, plan de tratamiento	Diagnostico –Plan de Tratamiento – Estabilización	Medico		consultorio urgencias	atención medica	
8	Remisión	Remisión a Nivel de complejidad superior o centro de rehabilitación según el estado del paciente	Medico		El médico de la orden	Consultorio Urgencias	Atención medica
9	FIN	FIN					



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código GUI-URG-20</b>	<b>Página 25 de 25</b>	
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	<b>Fecha Vigencia 2018/06/13</b>	<b>Documento Controlado</b>		

## 5 TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

**Abstinencia:** disminución o suspensión del consumo de una sustancia capaz de producir dependencia.

**Diaforesis:** sudoración profusa

**Opiáceos:** sustancias alcaloides naturales o sintéticos presentes en el opio, depresores del sistema nervioso central.

**Humor disfórico:** estado de ánimo irritable, ansioso, triste

**Hipnóticos- Sedantes:** sustancias que deprimen el sistema nervioso central que dependiendo de la dosis producen somnolencia- inconciencia.

**Hiperactividad autonómica:** ataque de ansiedad va desde alucinaciones hasta el delirio

**Hipersomnia:** sueño excesivamente prolongado y profundo

## 6 NORMATIVIDAD.

Ley 100 de 1993

## 7 REGISTRO DE CALIDAD.

Historia clínica

### CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
1	Se elabora la primera versión de la guía de atención a pacientes con síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas	Gerencia	13/06/2018

