

Pautas para el abordaje clínico de intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia a sustancias psicoactivas

En personas mayores de 18 años asistidas en el sistema de salud público

Provincia del Neuquén

Julio 2025

Gobierno de la Provincia del Neuquén

Gobernador de la Provincia del Neuquén

Cdor. Rolando Figueroa

Viceregovernadora de la Provincia del Neuquén

Gloria Ruiz

Ministerio de Salud

Ministro de Salud

Martín Regueiro

Subsecretaria de Servicio de Salud

Guadalupe Montero

Subsecretaria de Administración Sanitaria

Iris Alejandra Martín

Título: Pautas para el abordaje clínico de intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia a sustancias psicoactivas

Emisor: Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén

Actualización: 2025

Ámbito de aplicación: Provincia del Neuquén

Autores: Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos
Paula Alegría

Dirección de Atención Integral de Consumos Problemáticos, Suicidios y Violencias
Verónica Domínguez

Dirección Provincial de Gestión de la Información
Marcelo Pizarro

Departamento de Toxicología Ambiental. Dirección Provincial de Gestión de la Información.
Horacio Trapassi

Revisores externos

Silvia Cortese. Médica especialista en Terapia Intensiva y Toxicología. Magíster en Adicciones. TOXIMED ARGENTINA. Directora de la Carrera de Medicina de la Universidad Maimónides. Profesora Titular de la Cátedra de Toxicología de la Universidad Católica Argentina.

Marina Risso. Médica especialista en Clínica Médica y Toxicología. Médica de planta de la División de Toxicología del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández". Médica Toxicóloga del Sanatorio Julio Méndez (GCABA). Docente Asociada de la Cátedra de Toxicología, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Aldo Sergio Saracco. Médico especialista en Emergentología. Magíster en Toxicología. Jefe del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico, Ministerio de Salud de Mendoza. Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Cuyo. Profesor de Toxicología de la Facultad de Medicina, Universidad de Mendoza.

I. Introducción

Esta guía se enmarca en la política de Salud Mental impulsada desde la Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria y Consumos Problemáticos del Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén. La atención de las personas con consumos problemáticos representa un desafío para el sistema de salud. Es una problemática que se ha visto acrecentada y agravada en un contexto socio-cultural, político, económico complejo, por lo que se ha puesto en la agenda pública priorizando su abordaje en el Plan Provincial de Salud 2024-2027, y se enmarca desde un enfoque de Derechos Humanos y en el marco de la Ley de Salud Mental 26657.

Ante las solicitudes de orientaciones y acompañamientos por parte de equipos de guardias generales y de salud mental del sistema de salud pública, se consideró importante construir lineamientos de acción accesibles, a fin de contribuir al fortalecimiento de su práctica y manejo clínico de cuadros complejos. Esta guía tiene como objetivo ser una herramienta común para todos los equipos interdisciplinarios de los hospitales generales, y ser un complemento a los protocolos existentes, como por ejemplo, el realizado por la Red Provincial de Consumos Problemáticos (2015).

Este documento se focalizará sólo en el abordaje clínico-toxicológico de algunos cuadros agudos ocasionados por sustancias psicoactivas legales o ilegales (no se abordarán los “consumos sin sustancias”). Es fundamental destacar que no sólo las disciplinas psicosociales deben actuar en urgencias con sustancias psicoactivas, sino también todas aquellas con competencia en cada caso según corresponda: medicina general, clínica médica, ginecología, pediatría, etc. Estas situaciones son un proceso continuo en la línea de cuidado, y los límites entre lo “bio”, lo “psico” y lo “social” no son rígidos, siendo cada componente interdependiente. Por tanto, se espera que este documento sea una nueva instancia de articulación entre las especialidades encargadas tanto de la atención biológica, como psicológica y social, en pos de asegurar los cuidados integrales, completos y simultáneos que cada neuquino y neuquina necesite.

II. Clasificación de las sustancias psicoactivas y los cuadros clínicos que pueden ocasionar

Las sustancias psicoactivas, como su nombre lo indica, son productos naturales o sintéticos que tienen la capacidad de actuar sobre el sistema nervioso central afectando sus funciones. Sin embargo, no por denominarse "psico" activas, presentan únicamente efectos a dicho nivel: como se abordará en las líneas que siguen, estas sustancias tienen muchos efectos "bio", requiriendo investigar y tratar oportunamente las complicaciones asociadas a los consumos.

Existen diversas clasificaciones de las sustancias psicoactivas, y dado que su regulación nacional e internacional suele implicar grandes debates - e incluso graves conflictos socio económicos -, es frecuente que confundamos la severidad de sus efectos sanitarios basándonos en que sean "lícitas" o "ilícitas". No debemos perder de vista que nuestro propósito como Equipos de Salud es el abordaje preventivo y asistencial, comprendiendo los efectos bio psico sociales de las sustancias, independientemente de su estatus legal.

De esta forma, **en la presente guía construiremos una clasificación que integre los siguientes 3 puntos:**

A. Los efectos de la sustancia en el sistema nervioso central - Clasificación **de Delay y Deniker**, que divide a las sustancias en **DEPRESORAS, ESTIMULANTES o ALUCINÓGENAS**.

B. Los síndromes toxicológicos o **TOXINDROMES** que deben reconocerse para el abordaje particular de ciertos cuadros que tienen tratamientos muy específicos.

C. Dos grandes cuadros clínicos que pueden identificarse en urgencias con sustancias psicoactivas: **SÍNDROME HIPOACTIVO y SÍNDROME HIPERACTIVO** (se insiste que, dentro de cada uno, pueden existir manifestaciones de toxindromes que deban identificarse oportunamente para un mejor abordaje).

IMPORTANTE

Aunque esta guía se integra por clasificaciones de psicofarmacología, toxicología y clínica, SIEMPRE debe prevalecer el criterio clínico del cuadro que se está asistiendo.

No atendemos "sustancias"; sino personas con un cuadro clínico determinado. Esto siempre es importante, porque una misma sustancia puede provocar diferentes cuadros clínicos, o bien las personas pudieron haber consumido algo que estaba adulterado o mezclado con otros productos desconocidos, que provoquen manifestaciones totalmente inesperadas para las sustancias en cuestión (Ej.: cocaína contaminada con fentanilo, provocando deterioro del sensorio y paro respiratorio).

II a - Clasificación de Delay y Deniker

Aunque cuenta con varios años, una de las clasificaciones de mayor utilidad para comprender frente a qué grupo de sustancias psicoactivas se está presente, es la clasificación de Delay y Deniker (1961), quienes categorizaron las drogas psicotrópicas en 3 grandes grupos (Tabla 1):

- **Sustancias DEPRESORAS**
- **Sustancias ESTIMULANTES**
- **Sustancias ALUCINÓGENAS**

Si bien la clasificación fue diseñada para el campo de la psicofarmacología, también es funcional para simplificar en esos 3 grandes grupos también sustancias psicoactivas que no tienen uso como fármacos, y así poder conducir los procesos diagnósticos y terapéuticos de los equipos asistenciales.

SUSTANCIAS		
DEPRESORAS	ESTIMULANTES	ALUCINÓGENAS
Ej.: Benzodiazepinas, anticonvulsivantes, antipsicóticos, bebidas alcohólicas, GHB.	Ej.: Cocaína, anfetaminas, cafeína.	Ej.: Marihuana, LSD, hongos, escopolamina, ketamina, fenciclidina.

Tabla 1: Ejemplos de sustancias psicoactivas según sus efectos depresores, estimulantes o alucinógenos. Clasificación de Delay y Deniker.

Como se verá más adelante, existen sustancias que algunas veces pueden tener manifestaciones de 2 grupos, lo que no debe confundirnos en el abordaje integral del cuadro que estén provocando (Ej.: la cocaína clasificada como "estimulante", en ocasiones puede provocar alucinaciones). Finalmente, también hay sustancias que provocan efectos clasificables en alguno de los 3 grupos, pero que pueden tener manifestaciones orgánicas muy específicas cuyo diagnóstico es indispensable para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico. Por ejemplo, el "floripondio" (*Brugmansia arborea*) puede provocar efectos que se identifiquen como como un "alucinógeno" ó como un "estimulante", pero sus efectos se deben a inhibición colinérgica, provocando un cuadro anticolinérgico y debiendo estar atentos/as a las complicaciones de dicho síndrome (globo vesical, íleo, etc.), como veremos posteriormente.

II b - Toxindromes o Síndromes Toxicológicos

Este término tiene su principal utilidad en el ordenamiento de signos y síntomas de aparición aguda, provocados por sustancias con efecto orgánico y psicoactivo, que orientan al equipo asistencial al reconocimiento de la o las sustancias involucradas en un cuadro, y su correspondiente tratamiento específico (si lo hubiera). Recordar que, como todo síndrome, no es necesario objetivar la totalidad de componentes para configurar un diagnóstico, sino que se puede arribar al mismo con la sumatoria de algunos signos y síntomas. En la Tabla 2 se muestran los toxindromes, el mecanismo biológico por el cual se originan y ejemplos de sustancias que pueden provocarlos.

TOXINDROME	CLÍNICA	ETIOPATOGENIA y EJEMPLOS de ETIOLOGÍAS
Opioide	Miosis, depresión respiratoria y sensorio, bradicardia, hipotermia, íleo.	Hiperestimulación de receptores opioides. Ejemplos: Opioides naturales y sintéticos
Sedativo Hipnótico	Deterioro sensorio, hipotensión arterial, pupilas variables hiporreactivas, hipotonía muscular, hipotermia.	Hiperestimulación de receptores GABA. Ejemplos: alcoholes, BZD, BBT, anticonvulsivantes, antipsicóticos, drogas de abuso (GHB, THC, etc)
Simpaticomimético	Taquicardia, HTA, midriasis, ansiedad, EPM, alucinaciones, convulsiones, diaforesis	Inhibición de recaptación de catecolaminas endógenas. Ejemplos: cocaína, anfetaminas, efedrina.
Colinérgico	Miosis, epifora, diaforesis, sialorrea, náuseas, vómitos, diarrea, secreciones respiratorias, incontinencia urinaria y/o fecal.	Inhibición de la degradación de acetilcolina endógena. Ejemplos: organofosforados, carbamatos
Anticolinérgico	Piel roja, seca, caliente, midriasis, visión borrosa, delirio, íleo, retención urinaria.	Inhibición de receptores colinérgicos muscarínicos. Ejemplos: Atropina, antihistamínicos, ATC, floripondio
Alucinógeno	Alucinaciones, EPM, hipertermia, midriasis, sinestias, despersonalización	Estimulación de receptores serotoninérgicos ó cannabinoides. Ejemplos: THC, anfetaminas, MDMA, LSD, hongos
Serotoninérgico	Alteración conciencia (+/-), disautonomía, hipertermia, alteración neuromuscular (clonus)	Estimulación de receptores serotoninérgicos ó inhibición de la recaptación de serotonina. Ejemplos: IRSS, IMAO, ATC, tramadol, MDMA
Extrapiramidal	Rigidez, temblor, posturas anómalas	Inhibición de receptores dopaminérgicos Ejemplos: antipsicóticos, metoclopramida.
Neurológico Maligno	Trastornos de sensorio, rigidez generalizada, hipertermia, disautonomía	Antipsicóticos, antiparkinsonianos

Referencias: BZD, benzodiazepinas; BBT, barbitúricos; GHB, ácido gamma hidroxibutírico; THC, tetrahydro cannabinol; HTA, hipertensión arterial; EPM, excitación psicomotriz; ATC, antidepresivos tricíclicos; IRSS, inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina; IMAO, inhibidores de la monoamino oxidasa; MDMA, metilendioxi metanfetamina o "éxtasis".

II c - Clasificación clínica o sindrómica

En este apartado tomaremos parte de la clasificación utilizada en el "Protocolo para el abordaje hospitalario en situaciones de urgencia de personas con consumo con sustancias psicoactivas", del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba:

- Persona hipoactiva, sedada o somnolienta.
- Persona hiperactiva, sobreestimulada, ansiosa o agitada.

Como puede observarse, las 3 clasificaciones están constituidas en base principalmente a manifestaciones psicoactivas provocadas por sustancias, pero no debe perderse de vista que hay una gran diversidad de efectos orgánicos concomitantes que todo el Equipo de salud debe prevenir, diagnosticar y abordar oportunamente. Como esta guía se elabora con el propósito de integrar la línea de cuidado en relación a los consumos problemáticos, las mismas clasificaciones nos brindarán el direccionamiento hacia la comprensión de los efectos "bio" de cada sustancia.

IMPORTANTE

En este documento no se abordarán las causas clínicas generales que puedan causar cuadros de hipo o hiperactividad (por ejemplo, causas cerebrovasculares, infecciones, etc.). Los equipos asistenciales deben considerarlos en sus análisis diagnósticos y terapéuticos frente a cada situación. A su vez, se recuerda que se sintetizan cada vez más sustancias psicoactivas capaces de ocasionar los cuadros clínicos que se mencionan en este documento, razón por la cual se hará mención únicamente a las de presentación más frecuente.

III. Abordaje de urgencias en personas con hipoactividad/ sedación debido a sustancias psicoactivas

PERSONA HIPOACTIVA		
<p>ABCDE. Monitoreo cardíaco, TA y saturación. Prevenir broncoaspiración. Barandas de cama elevadas. Prevenir hipotermia. Guardar orina y vómito/ lavado gástrico si hay disponible (refrigerado y etiquetado con datos personales, fecha y hora). Guardar y etiquetar cualquier sustancia que haya entre sus pertenencias.</p>		
<p>¿Síndrome Sedativo - Hipnótico? Deterioro del sensorio, pupilas hiporreactivas, hipotonía, hiporreflexia, hipotermia, hipotensión.</p>		<p>¿Síndrome opioide? Sedativo hipnótico donde se identifica miosis, deterioro del sensorio y especialmente deterioro respiratorio/ventilatorio (frecuencia respiratoria baja y/o hipercapnia)</p>
<p>ALCOHOL RECORDAR que los alcoholes tóxicos (metanol, etilenglicol, etc.) dan etapas iniciales de ebriedad como el etanol, hasta manifestar todos sus efectos. POR LO TANTO, PRIORIZAR CUADRO CLÍNICO</p>	<p>BENZODIACEPINAS RECORDAR que el uso de Flumazenil no está indicado de rutina, y tiene más riesgos que beneficios. Su mayor utilidad es para reversión de sedación luego de procedimientos cortos y en casos de sedación iatrogénica.</p>	<p>OPIOIDES RECORDAR que hay cada vez más "ligandos de receptores opioides" (aunque molecularmente no sean opioides). POR LO TANTO, PRIORIZAR CUADRO CLÍNICO</p>
TRATAMIENTO		
<p>1. Plan de Hidratación (PHP) ATENCIÓN/PREVENCIÓN hipoglucemia</p> <p>2. Tiamina (infusión lenta)</p> <p>(a) 100 mg al iniciar aporte de glucosa en el PHP. (b) Si se sospecha Wernicke (nistagmo + oftalmoplejía + ataxia) 500 mg c/8hs los primeros 3 días. Luego 250 mg/día por 3 a 5 días. Luego continuar con 100 mg (VO)/día.</p> <p>3. Sulfato de Magnesio - si la función renal es normal y no hay bloqueo cardíaco: 2 g por día, en el PHP. Infusión en no menos de 20 a 30 minutos.</p> <p>4. Vigilar aparición de abstinencia alcohólica (score de CIWA-Ar, Anexo I)</p> <p>5. Laboratorio: hemograma, función renal, hepatograma, estado ácido-base venoso (arterial sólo si sospecha insuficiencia respiratoria). Alcoholemia especialmente indicada si quedan dudas, si no hay mejoría con el tratamiento, si hay acidosis metabólica que no mejora. También considerar cetoacidosis alcohólica por etanol e intoxicación por alcoholes tóxicos.</p>	<p>1. Plan de Hidratación (PHP) ATENCIÓN/PREVENCIÓN hipoglucemia.</p> <p>2. Flumazenil (presentación ampolla 0,1 mg en 1 ml; ampollas de 5 ml)</p> <p>(a) Pacientes de ALTO RIESGO para recibir Flumazenil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo crónico de BZD y cualquier otro depresor - Paciente con excitación psicomotriz - Coma de origen desconocido - Sospecha de consumo de cualquier sustancia pro - convulsivante (alteraciones en conducción de ECG, rigidez, hiperreflexia, etc.) - Isquemia, hipoxia, signos de hipertensión intracraneal. <p>(b) Administración lenta - 0,1 mg/minuto. Puede haber re-sedación a los 20-120 minutos. Repetir hasta dosis máxima de 1 mg. No se recomiendan infusiones continuas.</p>	<p>1. Plan de Hidratación (PHP) ATENCIÓN/PREVENCIÓN hipoglucemia.</p> <p>2. Naloxona (presentación ampolla 0,4 mg en 1 ml)</p> <p>(a) Iniciar dosis de 0,4 mg endovenoso. Si no hay respuesta, ir duplicando dosis sucesivamente. La bibliografía sugiere dosis máxima de 10 mg. Sin embargo, actualmente existen nuevas sustancias llamadas "ligandos de receptores opioides", pero que farmacológicamente no son opioides. Como en tal caso se desconoce la dosis máxima de reversión de naloxona, si la sospecha diagnóstica sigue siendo "síndrome opioide", podría considerarse dosis mayores a 10 mg. (b) Precaución en pacientes dependientes a opioides (posible síndrome de abstinencia): iniciar con dosis más bajas 0,05 mg EV, si no hay respuesta aplicar 0,4 mg, luego 2 mg y recién allí progresar hasta 10 mg (c) Luego de revertir el cuadro, debe realizarse infusión continua de naloxona. Es estable en solución fisiológica hasta 24hs. La dosis a administrar con bomba de infusión por hora, será 2/3 de la dosis total de reversión del cuadro opioide. Dosis máxima diaria: 10 mg (máximo 11 ml/hora de una solución de 25 ampollas de 0,4 mg en 250 ml de solución fisiológica). El tiempo de infusión continua dependerá de la vida media del opioide involucrado y de la evolución del cuadro clínico.</p>

Tabla 3: Abordaje de urgencias en personas con hipoactividad/sedación debido a sustancias psicoactivas. Se mencionan específicamente las bebidas alcohólicas, las benzodiacepinas y los opioides. Sin embargo, si no se encuentran evidencias de que el cuadro hipoactivo sea ocasionado por alguno de esos agentes, seguir buscando otras causas tóxicas y no tóxicas.

IV. Abordaje de urgencias en personas con hiperactividad/agitación debido a sustancias psicoactivas

PERSONA HIPERACTIVA			
<p>PRIMERO GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LA ESCENA para paciente, personal, demás pacientes y familiares. Ambiente tranquilo, reducir estímulos. Ubicarse cerca de la salida donde esté sucediendo la situación. Nunca dar la espalda, presentarse. Mantener distancia mínima de "2 brazos", que el paciente vea nuestras manos. Que haya 1 solo interlocutor, usar tono de voz calmado y neutro. Frases cortas. Comprender el deseo de ese momento, parafrasear. Anticiparse lo que se va a hacer, no desafiar, no amenazar ni prometer cosas que no ocurrirán. No mirar fijamente. Ofrecer si desea agua o alimentos. Establecer límites con calma y explicar posibles consecuencias sin desafiar.</p> <p>DETECCIÓN DE SIGNOS INMINENTES DE VIOLENCIA: aumento de tono de voz, insultos, tensión muscular, aumento de actividad motora (este último es el mejor predictor: agarrarse de los muebles, frotarse manos/cuerpo, tensión mandibular, etc.).</p> <p>APENAS SEA POSIBLE: control de signos vitales, laboratorio y ECG.</p>			
<p>¿Síndrome simpaticomimético?</p> <p>Taquicardia, hipertensión arterial, midriasis, sudoración, ansiedad, agitación psíquica y motriz</p>	<p>¿Síndrome Anticolinérgico?</p> <p>Piel roja, seca, caliente, midriasis, visión borrosa, taquicardia, TA normal o hipertensión, delirio, íleo, retención urinaria</p>	<p>¿Síndrome de abstinencia de alcohol, benzodiazepinas u opioides?</p> <p>Taquicardia, hipertensión arterial, midriasis, sudoración, ansiedad, hiperexcitación, excitación psicomotriz, alucinaciones, (además en opioides: piloerección, diarrea, vómitos)</p>	<p>¿Síndrome serotoninérgico?</p> <p>Taquicardia, hipertensión arterial, midriasis, sudoración, hiperreflexia, clonus ocular, mioclonías, alteración de sensorio (desde desorientación hasta agitación), hipertonía</p>
POSIBLES CAUSAS			
<p>Cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, catinonas ("sales de baño"), fenetilaminas ("tuci"), agonistas alfa o beta adrenérgicos</p>	<p>Antidepresivos tricíclicos, escopolamina ("burundanga", "floripondio"), antihistamínicos, antiparkinsonianos, biperideno.</p>	<p>Síndrome de abstinencia de alcohol, benzodiazepinas u opioides</p>	<p>IRSS, MDMA, LSD, litio, meperidina, Ácido valproico, carbamazepina.</p>
TRATAMIENTO			
<p>a- Benzodiazepinas</p> <p>- Lorazepam (VO ó IM) 2 mg. Repetir c/2 hs de ser necesario Dosis máxima: 12mg/día</p> <p>- Diazepam (VO ó IM deltoides): 10-20 mg. Repetir c/2 hs de ser necesario Dosis máxima: 60-80 mg/día</p> <p>b- Antipsicóticos típicos</p> <p>- Haloperidol (VO ó IM) 1,5 - 5 mg. Puede repetirse a los 15 minutos. Dosis máxima: 20 mg/día Controlar QTc (prolongación)</p> <p>Si se elige vía EV, la dosis máxima diaria es 5-10 mg, con monitoreo ECG continuo.</p> <p>c- Antipsicóticos atípicos</p> <p>- Risperidona (VO) 1-2 mg, se puede repetir a las 2 hs, Dosis máxima 6 mg/día.</p> <p>- Olanzapina (VO) 5-10 mg, se puede repetir a las 2 hs. Dosis máxima 20 mg/día.</p>	<p>a- Benzodiazepinas (BZD)</p> <p>- Lorazepam (VO ó IM) 2 mg. Repetir c/2 hs de ser necesario Dosis máxima: 12mg/día</p> <p>- Diazepam (VO ó IM deltoides): 10-20 mg. Repetir c/2 hs de ser necesario Dosis máxima: 60-80 mg/día</p> <p>b- Tratamiento sintomático y de sostén según acompañantes. ATENCIÓN puede existir íleo y globo vesical.</p> <p>c- La mayoría de las veces es suficiente el tratamiento con BZD. Sin embargo, se menciona también la fisostigmina (por lo general, poco disponible en nuestro medio). Indicación: manifestaciones antimuscarínicas sin prolongación del QRS. Dosis: 1 a 2 mg en adultos (0,02 mg/kg - máximo, 0,5 mg/dosis - en niños), (EV) durante 5 minutos. Se puede repetir dosis después de 10 a 15 minutos si no se obtiene una respuesta adecuada y no se observan efectos muscarínicos. La administración rápida puede causar bradicardia, sialorrea que provoca dificultad respiratoria y convulsiones.</p>	<p>Abstinencia de alcohol: evaluar con Score CIWA-Ar (Anexo I)</p> <p>a- Iniciar benzodiazepinas</p> <p>- Lorazepam (VO ó IM) 2-4 mg</p> <p>- Diazepam (VO) 10-20 mg</p> <p>b- PHP+Tiamina</p> <p>c- Delirium Tremens: Haloperidol (VO ó IM) 1-2,5 mg</p> <p>Abstinencia de opiáceos: evaluar Score Retiro (Anexo II). En general, la persona lo vive como un cuadro severo, pero objetivamente suele ser moderado. Tratamiento sintomático:</p> <p>a - Náuseas / vómitos : metoclopramida</p> <p>b- Ansiedad o insomnio: benzodiazepinas (precaución con uso prolongado y dependencia) ó levomepromazina (ocasiona menos disforia que neurolepticos y también tiene efecto antiemético).</p> <p>c- Síntomas autonómicos: considerar bloqueantes alfa 2 (clonidina o dexmedetomidina).</p> <p>d- Diarrea: loperamida.</p> <p>e- Considerar metadona si no se logró controlar los síntomas con cada tratamiento específico. Iniciar con 5 mg (VO), y luego 5-10 mg c/4 hs según síntomas. Si no hay Metadona, considerar morfina 10-20 mg iniciales. Puede evaluarse respuesta terapéutica mediante score de abstinencia a opiáceos (Anexo II).</p>	<p>a- Benzodiazepinas</p> <p>- Lorazepam (VO ó IM) 2 mg. Repetir c/2 hs de ser necesario Dosis máxima: 12mg/día</p> <p>- Diazepam (VO ó IM deltoides): 10-20 mg. Repetir c/2 hs de ser necesario Dosis máxima: 60-80 mg/día</p> <p>b- Monitoreo cardiovascular, ECG y TA continuas.</p> <p>c- Ciproheptadina (antagonista de receptores 5HT-2A) (VO ó SNG): dosis inicial 12 mg, y 2 mg cada 2 hs hasta mejoría. Mantenimiento 8 mg cada 6 hs. Dosis máxima diaria 32 mg.</p> <p>d- Tratamiento sintomático según acompañantes.</p>

Tabla 4: Abordaje de urgencias en personas con hiperactividad/agitación debido a sustancias psicoactivas.

V. Apartado especial: "plantas de los dioses"

Se denominan "plantas de los dioses" (Schultes E. et al, 2000) a aquellas que tuvieron y tienen usos rituales y/o etnomedicinales en diferentes culturas alrededor del mundo. Es fundamental comprender que estas plantas contienen principios activos por medio de los cuales, ciertos miembros especiales de dichas comunidades, establecen comunicación con entidades divinas desde su cosmovisión, y puntualmente para acciones muy concretas y necesarias para esa comunidad. Es decir, las "plantas de los dioses" tienen usos ancestrales con finalidad concreta según necesidades de la comunidad, y no representan una actividad recreativa. En nuestro medio, el uso no suele ser predominantemente etnoreligioso sino recreativo o experimental.

En la tabla 5 se resumen algunas de las "plantas de los dioses" más conocidas, haciendo referencia a sus nombres científicos, nombres populares, región de origen, principios activos, mecanismos de acción y tratamiento en intoxicaciones.

	Peyote	San Pedro	Salvia	Ayahuasca	Burundanga	Cucumelo	Nuez Moscada
Nombre y Distribución	<i>Lophophora williamsii</i> México Oeste de Canadá y EEUU	<i>Trichocereus pachanoi</i> "Cacto de los 4 vientos" Andes de Ecuador, Perú y Colombia	<i>Salvia divinorum</i> "Hierba de la pastora" México	<i>Banisteriopsis sp + Psychotria viridis</i> "Soga del ahorcado". Amazonia	<i>Brugmansia arborea</i> "Borrachero", "Toá", "Floripondio" <i>Datura sp.</i> "Toloache" Sudamérica. México	<i>Psilocybe sp.</i> "Teonanacátl", hongo de San Isidro Mesoamérica	<i>Myristica fragans</i> "Fruto narcótico" India, Egipto, Europa
Usos étnicos, religiosos y/o medicinales	Curación, adivinación Crudo, seco, en pasta o en infusión	Curación, adivinación, brujería amorosa Cruda o en infusión	Curación, adivinación Mascada, fumada, en infusión	Liberar el alma de su confinamiento corporal Infusión	Magia, curación Semillas molidas dentro de bebidas o infusiones de flores/hojas	Adivinación y curación. Ingesta de hongo o infusión	Magia Ingesta, infusión.
Principios activos	<i>Mescalina</i> interactúa con receptor 5HT-2 A	<i>Mescalina</i> interactúa con receptor 5HT-2 A	<i>Salvinorinas (o Divinorinas)</i> A y B. No se encontró receptor específico (sólo que interactúa con receptor 5HT-2A)	Alcaloides de <i>Banisteriopsis sp (harmalina)</i> inhibidor de MAO <i>Psychotria viridis</i> DMT interactúa 5HT-2 A	<i>Escopolamina</i> provoca síndrome anticolinérgico	<i>Psilocibina y Psilocina</i> interactúa con receptor 5HT-2 A	<i>Miristicina</i> interactúa con receptor 5HT-2 A
Síndrome	Alucinógeno Serotoninérgico	Alucinógeno Serotoninérgico	Alucinógeno Serotoninérgico	Alucinógeno Serotoninérgico	Anticolinérgico	Alucinógeno Serotoninérgico	Alucinógeno Serotoninérgico
Tratamiento	Sintomático	Sintomático	Sintomático	Sintomático	Sintomático	Sintomático	Sintomático

VI. Consideraciones sobre los exámenes complementarios en contexto de intoxicación aguda / abstinencia a sustancias psicoactivas

En este documento se hace referencia exclusivamente a la asistencia de personas cursando intoxicación aguda y/o abstinencia a sustancias psicoactivas en contexto sanitario, es decir, no se incluyen situaciones de consumo en ámbitos como el laboral, judicial, etc. Sin embargo, cuando se trate de exámenes específicos (es decir, para detectar alcohol y/o drogas en matrices biológicas), se refuerza la importancia de resguardar muestras y asegurar la cadena de custodia de las mismas ante eventuales requerimientos de la justicia. Para conocer y organizar en sus respectivos hospitales cómo recolectar, conservar y derivar muestras con cadena de custodia, comunicarse con la Referente del Laboratorio de Toxicología Clínica del Hospital Provincial Neuquén, Dra. Beatriz Martel (beatrizmartel74@gmail.com). Asimismo, se refuerza que en el presente se hace hincapié en el reconocimiento clínico y abordaje de personas cursando urgencias con hipo o hiperactividad por sustancias psicoactivas, y no se deben demorar acciones sanitarias por la espera de un resultado de laboratorio.

Respecto a los exámenes complementarios "no específicos", no es posible elaborar un listado estricto de aquellos que deberían solicitarse en contexto de intoxicación aguda con sustancias psicoactivas. Por eso, frente a cada caso considerar la necesidad de solicitar:

- Hemograma. Urea. Creatinina. Ionograma. Hepatograma. CPK. Glucemia.
- Si se sospecha alteraciones del medio interno (Ej.: cetoacidosis alcohólica) solicitar estado ácido base. Reservar punción arterial sólo si se sospecha insuficiencia respiratoria/ventilatoria, cuando es indispensable conocer PaO₂.
- Determinaciones particulares por alguna situación puntual que se presente (Ej.: magnesemia en prolongación de QT, calcemia si se sospecha intoxicación con alcoholes tóxicos, etc.).

VII. Consideraciones sobre la contención mecánica

La contención mecánica es una medida terapéutica excepcional, que debe considerarse en situaciones de atención de personas hiperactivas - específicamente excitación psicomotriz - donde el equipo de salud evalúe que existe un riesgo inminente de daños para la persona asistida y/o para otras personas presentes en la escena. Recordar que en muchas situaciones - según dicha evaluación - será necesario solicitar que asistan las fuerzas policiales, en pos de la seguridad de la persona afectada, las/os demás pacientes y el equipo asistencial. La contención mecánica es uno de los componentes de la contención general, compuesta por:

- a. Gestión ambiental y contención verbal
- b. Contención farmacológica
- c. Contención mecánica

En algunas oportunidades, cuando se determina un riesgo inminente, es posible que no se pueda seguir ese orden y se requiera la contención mecánica en primer lugar. Sin embargo, siempre que sea posible, debe brindarse contención en el orden consecutivo antedicho.

VII a. Gestión ambiental y verbal

La gestión ambiental se refiere a generar un ámbito de tranquilidad para la persona hiperactiva y de seguridad para las demás personas presentes en el lugar:

- Que una sola persona del equipo sanitario coordine la escena, hablando con calma tanto al paciente como al resto del equipo,
- Reducir al máximo posible los estímulos (visuales, auditivos, táctiles),
- Seguridad de la escena: el personal sanitario debe ubicarse cerca de la salida, respetar el espacio físico de la persona afectada, que no haya elementos punzocortantes.

Desescalada verbal:

1. Que una sola persona del equipo sanitario tome la palabra, tono de voz bajo, utilizando lenguaje simple y breve.
2. No provocar, conservar calma, y tener las manos visibles.
3. Identificar deseos/emociones e intentar saciarlas.
4. Escucha activa, utilizando aclaración y parafraseo.
5. Gestionar las propias emociones y omitir comentarios ofensivos, no "contraatacar" al paciente.
6. Establecer límites, dejar en claro que las lesiones son inaceptables, informar si me provoca incomodidad lo que dice, informar consecuencias sin amenazar, explicar que podrían ser necesarios fármacos o medidas mecánicas para su bienestar.
7. Ofrecer opciones realistas y ser optimista, consultarle cómo resolvió situaciones similares a la actual en otras ocasiones, no competir por el poder "profesional-paciente", pero informar sobre las consecuencias de su accionar.
8. Prestar atención e interpretar oportunamente signos de violencia inminente: aumento del tono de voz, hiperactividad muscular en aumento, aparición de alucinaciones y incremento de las mismas (entre otras).
9. Análisis post-episodio, para procesamiento de lo sucedido por parte del propio equipo, y para reestablecer relación paciente-equipo sanitario.

VII b. Contención farmacológica

Ver opciones terapéuticas en el apartado "IV. Abordaje de urgencias en personas con hiperactividad/agitación debido a sustancias psicoactivas".

VII c. Contención mecánica

En este apartado se brindarán nociones generales extraídas de la "Guía de Procedimiento para la Contención Física de Usuarios asistidos en Salud Mental en situaciones de urgencia y/o emergencia" (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), documento que recomendamos para ampliar la lectura de este tema particular.

Como se mencionó anteriormente, esta medida no debe considerarse la primera opción de rutina, sino luego de haber evaluado la presencia de riesgo físico inminente para sí, terceras personas presentes en la escena y/o el entorno donde sucede el evento. Es una medida excepcional, con finalidad terapéutica y transitoria, debiendo suspenderse en el momento que cese la situación de riesgo por la cual se indicó inicialmente. La contención mecánica en contexto de urgencias de salud mental y/o consumos problemáticos es una práctica llevada a cabo en equipo y que debe constar como una indicación médica. Como tal, debe estar escrita junto a las otras que habitualmente se hacen en el contexto de la atención, así como en el registro de prácticas de enfermería.

El personal asistencial debe tener en cuenta:

- A.** Suelen requerirse entre 4 y 5 personas para realizar una maniobra de contención mecánica.
- B.** Todo el personal - sanitario y no sanitario - debe prestar asistencia en el manejo de esta situación, siguiendo las indicaciones de quien se haya designado a cargo.
- C.** Poner en práctica las premisas de "gestión ambiental y verbal".
- D.** Evaluar requerimiento de equipo de protección personal según la escena (Ej.: si hay sangre u otras secreciones utilizar guantes, etc.).
- E.** En lo posible no tener cinturón, cadenas, artículos en los bolsillos y cualquier otro accesorio de uso personal que puedan convertirse en objetos contundentes o cortopunzantes que causen lesiones a las personas de la escena.
- F.** Se recomienda utilizar sujeciones estandarizadas y homologadas que impidan ejercer una excesiva presión en las extremidades y así evitar lesiones.

Asimismo, se hace mención a las situaciones en que existe riesgo real e inminente tanto para la persona en situación de urgencia, como para otros pacientes y el equipo asistencial (por ejemplo, una persona con agitación psicomotriz que porta un arma, o que puede deambular en vía pública sin conciencia de situación, etc.). En este sentido, cobra vital importancia comprender que estas situaciones no competen únicamente a los equipos asistenciales, sino también a los de seguridad.

Por tal motivo, es fundamental articular y capacitar a todos los estamentos que podrían requerirse para prestar asistencia en este tipo de situaciones, en pos de garantizar no sólo la adecuada atención de pacientes sino también la seguridad e integridad de otras personas presentes en el evento. En tal sentido, el Ministerio Público Fiscal (Procuraduría de Violencia Institucional, Procuración General de la Nación, República Argentina), en 2024 emitió un documento titulado "Fuerzas de Seguridad y Salud Mental. Normativa vigente con relación a la intervención de las fuerzas de seguridad en el abordaje de situaciones conflictivas que involucren a personas con padecimientos mentales ", donde brinda un acertado acercamiento de cómo debería ser el abordaje interinstitucional de estas situaciones complejas. Algunos de los puntos más destacados de dicho documento son:

- Las fuerzas policiales y de seguridad, siempre deberán intervenir cuando exista una situación de riesgo cierto e inminente para sí mismos o terceros hasta que acuda el personal de salud [...] además de la posterior derivación
- Secuencia de contactos que las fuerzas deben respetar: (1) Efectores de Salud; (2) Comando; (3) Autoridades Judiciales.
- La sujeción mecánica preventiva [...] sólo debe realizarse de manera excepcional, y por el menor tiempo posible, cuando se hubieran agotado todas las instancias previas de contención y ante una situación de riesgo cierto e inminente [...]

Es evidente que la asistencia urgente de problemas de salud en situaciones que ponen en peligro la vida e integridad de las personas, no puede llevarse a cabo. Es por eso que se considera fundamental crear y/o fortalecer lazos entre efectores de salud y las fuerzas policiales provincial y local, a fin de establecer acuerdos y protocolos de trabajo que aseguren la integridad de todas las personas presentes.

Bibliografía consultada y sugerida

- Evans Schultes, R., Hoffman, A., Rätsch. Plantas de los dioses. Origen del uso de los alucinógenos. 2ª Edición. (2000). Ed. Fondo de Cultura Económica. ISBN 9789681663032.
- Guía de Procedimiento para la Contención Física de Usuarios asistidos en Salud Mental en Situaciones de Urgencia y/o Emergencia (2021). Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. IF-2021-37738735-GCABA-SSAH. Disponible en: <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSGC-SSAH-165-23-ANX.pdf>
- Ley Nacional de Salud Mental 26657/2010. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- Normativa vigente con relación a la intervención de las fuerzas de seguridad en el abordaje de situaciones conflictivas que involucren a personas con padecimientos mentales. Disponible en: <https://www.mpf.gob.ar/procuvin/files/2024/06/Fuerzas-de-Seguridad-y-salud-mental.pdf>
- Plan Provincial de Salud 2024 - 2027. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén. <https://salud.neuquen.gob.ar/planesregionalesdesalud/>
- Protocolo para el abordaje integral del consumo problemático de alcohol (2015). Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén. Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-para-el-Abordaje-Integral-del-Consumo-de-Alcohol.pdf>
- Recomendaciones intersocietarias para cuadros de toxicidad aguda por drogas de diseño x Aguilera y col. Disponible en: <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/127>
- Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs. 2003 Apr-Jun;35(2):253-9. doi: 10.1080/02791072.2003.10400007. PMID: 12924748. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12924748/>

Anexo I: Escala CIWA-Ar: Clinical Institute withdrawal Assessment Scale for Alcohol, revisada (CIWA-Ar. Sullivan y cols, 1989).

Es especialmente útil para que todo el equipo de salud pueda comunicarse en el "mismo lenguaje", intentando objetivar las manifestaciones de cada paciente y también para registrar evolutivamente el comportamiento del cuadro y las respuestas terapéuticas.

<p>Náuseas y vómitos. Preguntar: "¿se siente mal del estómago? ¿Ha vomitado?"</p> <p>0 → No náuseas ni vómitos 1 → Náuseas ligeras sin vómitos 4 → Náuseas intermitentes con arcadas</p>	<p>Trastornos visuales. Preguntar: "¿Está viendo algo que le inquieta?" Observación</p> <p>0 → No hay 1 → Sensibilidad leve 3 → Sensibilidad moderada 5 → Alucinaciones graves 7 → Alucinaciones continuas</p>
<p>Temblores. Observación</p> <p>0 → No temblor 1 → Temblor no visible, pero puede sentirse al tacto 4 → Temblor moderado con las manos extendidas 7 → Temblor severo incluso con las manos en reposo</p>	<p>Trastornos táctiles. Preguntar: "¿siente algo extraño en su piel?" Observación</p> <p>0 → No 1 → Prurito, pinchazos, ardor o adormecimiento leves 2 → Leves 3 → Moderados 5 → Alucinaciones táctiles graves 7 → Alucinaciones continuas</p>
<p>Sudoración paroxística. Observación</p> <p>0 → No sudor 1 → Sudoración leve en palmas de las manos 4 → Sudoración visible en la frente 7 → Sudoración profusa generalizada</p>	<p>Trastornos auditivos. Preguntar: "¿Está escuchando algo que lo alarma?" Observación</p> <p>0 → No 1 → Intensidad o capacidad para asustarse muy leve 3 → Intensidad o capacidad para asustarse moderada 5 → Alucinaciones auditivas graves 7 → Alucinaciones continuas</p>
<p>Agitación. Observación</p> <p>0 → Actividad normal 1 → Actividad un poco mayor de lo normal 4 → Moderadamente inquieto</p>	<p>Orientación y entorpecimiento del sensorio. Preguntar: "¿Qué día es? ¿Dónde está? ¿Quiénes?"</p> <p>0 → Orientado 1 → No puede añadir datos en serie 2 → Desorientado para la fecha en menos de dos días de calendario 3 → Desorientado para la fecha en más de dos días de calendario 4 → Desorientado en lugar, persona o ambas cosas</p>
<p>Ansiedad. Preguntar: "¿Se siente nervioso?" Observación</p> <p>0 → Tranquilo 1 → Ligeramente ansioso 4 → Moderadamente ansioso, reservado 7 → Se mueve sin cesar</p>	<p>Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza No considerar la sensación de mareo</p> <p>0 → No hay 1 → Muy leve 2 → Moderada 3 → Moderadamente grave 4 → Grave 5 → Muy grave 6 → Extremadamente grave</p>
<p>TOTAL CIWA-Ar = (máximo 67 puntos)</p>	

Anexo II: Escala Clínica de Abstinencia de Opiáceos (COWS, Clinical Opiate Withdrawal Scale, Wesson, D. & Ling, W., 2003)

Paciente:

DNI: Historia Clínica: Habitación / Cama:

Parámetro y puntaje de cada hallazgo	
<p>Frecuencia cardíaca</p> <p>0: 80 lpm o menos 1: 81 a 100 lpm 2: 101 a 120 lpm 4: más de 120 lpm</p>	<p>Malestar gastrointestinal</p> <p>0: Sin síntomas gastrointestinales 1: Calambres estomacales 2: Náuseas o heces blandas 3: Vómitos o diarrea 5: Episodios múltiples de diarrea o vómitos</p>
<p>Sudoración</p> <p>0: Ausente 1: Informe subjetivo de escalofríos o enrojecimiento. 2: Enrojecimiento o humedad observable en la cara 3: Gotas de sudor en la cara 4: Sudor corriendo por la cara</p>	<p>Temblor</p> <p>0: Sin temblor 1: Se puede sentir temblor, pero no observar 2: Ligero temblor observable 4: Temblor grave o espasmos musculares</p>
<p>Inquietud</p> <p>0: Capaz de quedarse quieto/a 1: Logra quedarse quieto/a pero le cuesta 3: Cambios frecuentes o movimientos extraños de piernas/brazos 5: Incapaz de quedarse quieto/a</p>	<p>Bostezos</p> <p>0: sin bostezos 1: bosteza una o dos veces durante la evaluación 2: bostezos tres o más veces durante la evaluación 4: bostezos varias veces/minuto</p>
<p>Tamaño de la pupila</p> <p>0: Tamaño normal 1: Pupilas posiblemente más grandes de lo normal para la luz ambiental 2: Pupilas moderadamente dilatadas 5: Midriasis</p>	<p>Ansiedad o irritabilidad</p> <p>0: No presente 1: Refiere creciente irritabilidad o ansiedad 2: Irritabilidad o ansiedad evidentes 4: Irritabilidad o ansiedad que interfieren en la evaluación</p>
<p>Dolores de huesos o articulaciones de reciente aparición</p> <p>0: Ausente 1: Malestar leve y difuso 2: Dolor fuerte y difuso 4: Se frota áreas dolorosas y no puede quedarse quieto/a debido al malestar.</p>	<p>Piel de gallina</p> <p>0: Ausente 3: Se puede sentir piloerección al tacto 5: Piloerección prominente</p>
<p>Secreción nasal o lagrimeo (que no se explican por otras causas).</p> <p>0: No presente 1: Congestión nasal u ojos inusualmente húmedos 2: Nariz que gotea o lagrimea 4: Nariz que gotea constantemente o lágrimas que corren por las mejillas</p>	

la salud evoluciona para vos