

Guía clínica de recomendaciones
para la atención del
**Consumo episódico
excesivo de alcohol
en adolescentes**

Autoridades

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

Dr. Fernando Zingman

Directora de Medicina Comunitaria

Dra. Silvia Baez Rocha

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Bustos Villar

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Dra. Matilde Massa

Coordinador del Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol

Lic. Aldo Dománico

Guía clínica de recomendaciones
para la atención del

Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes

Autores

Los lineamientos generales de este documento fueron elaborados por el Comité de Expertos conformado por: Dra. Marta Braschi, Dr. Miguel Ángel Casella, Mg. Roberto Canay, Dra. Ana María Girardelli, Dr. Mario Kamenieki, Dra. Mónica Nápoli, Lic. Silvia Pisano y Dra. Silvia Quevedo, convocados por el MSAL de Octubre a Diciembre de 2010.

El documento final fue elaborado por el Mg. Roberto Canay y la Dra. Mónica Nápoli, en conjunto con el equipo técnico del MSAL y sujeto a revisión del Consejo de Expertos en Mayo de 2011.

Por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia participaron: Lic. Lucía Pomares, Lic. María Rosner y Dr. Juan Carlos Escobar.

Por el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de Alcohol participaron: Lic. Mónica Cassini, Dra. Olga Charreau y Lic. Aldo Dománico.

Colaboradores

Silvia Bentolila (DINESA) y Dra. Andrea Franck (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia).

Coordinación Ejecutiva

Dr. Fernando Zingman y Lic. Lucía Pomares

Revisión legal

Dr. Javier Frías (Unidad de Fiscalización de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones) y Dra. Mariana Baresi (Asesora legal de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones).

Revisión general

Dr. Fernando Zingman

Fotografía

Agostina Chiodi. Bien al Sur Fotografía.

Las imágenes pertenecen a los encuentros de Adolescentes y Salud "Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s" realizados durante 2011 en Jujuy y Santiago del Estero, Argentina.

Diseño Editorial Integral

DCV Anahí Maroñas

Índice

I. Introducción	7
Marco conceptual.....	7
Situación epidemiológica.....	9
II. Marco general de la atención.....	11
III. Recomendaciones para un abordaje integral en la atención de urgencia.	14
1. Flujograma de atención	14
2. Procedimiento.....	15
2.1. Atención del paciente intoxicado (Intoxicación Alcohólica Aguda)	
2.1.1. Clínica de la intoxicación aguda	
2.1.2. Diagnóstico	
2.1.3. Abordaje de la intoxicación aguda	
3. Evaluación de Riesgo.....	18
3.1 Ejes a tener en cuenta sobre las prácticas de consumo	
3.2 En todos los casos detectar y registrar	
4. Derivación asistida.....	20
IV. Seguimiento.....	21
¿Para qué es el seguimiento?	21
¿En qué consiste?	21
1. Evaluación diagnóstica integral	22
2. Consejería / Asesoría	23
¿Quién lo puede realizar?.....	21
V. Bibliografía.....	25
VI. Anexos.....	29
1. Glosario	29
2. Jerga.....	30
3. Emergencias por alcohol y otras drogas	31
4. AUDIT.....	38
5. AUDIT C	44

I. Introducción

En los últimos años hemos asistido a un importante aumento de la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas al consumo de alcohol.

Esta guía se propone ofrecer lineamientos para que los equipos de salud de todo el país puedan brindar a los/las adolescentes una atención adecuada por consumo episódico excesivo de alcohol, en el marco de la red local de servicios y en cumplimiento de sus derechos de salud.

Se recomienda una atención basada en los procedimientos médicos, una evaluación diagnóstica integral y una oportuna consejería en consumo episódico excesivo de alcohol. Esta última está orientada a la comprensión de esta problemática y a la promoción de prácticas de cuidados de la salud por parte del adolescente y de su entorno.

Marco conceptual

A lo largo de la historia las bebidas alcohólicas han sido consumidas en muchas sociedades con diferentes propósitos. Dependiendo de cada cultura, tomar alcohol puede ser un símbolo de inclusión y/o exclusión al grupo social, un símbolo de celebración o un acto sacro. No obstante, en la actualidad, el consumo de alcohol se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel internacional.

El alcohol es una droga psicoactiva legal ampliamente consumida por las/las adolescentes en nuestro país. Se entiende como sustancia psicoactiva cualquiera con efectos sobre el sistema nervioso central, con la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.

Dado que nadie es igual ante una misma sustancia, los efectos de las bebidas alcohólicas dependen de la graduación que poseen, del contexto, del género, de las expectativas de quien las consume, del estado de ánimo y de las características psicológicas y corporales. También dependen de la cantidad que se ingiera y de otros factores como baja tolerancia, presencia de otras drogas y enfermedades pre-existentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la abstinencia completa de alcohol en menores de 18 años, debido a que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tarde sea la incorporación del joven al consumo de bebidas alcohólicas. También define como *“Trastornos Relacionados con el Alcohol”* a cualquier deterioro del funcionamiento físico,

Derechos legales de publicación ISBN

psíquico o social de un individuo, cuya naturaleza permite inferir que este consumo mantiene una relación causal directa o indirecta con la aparición de dicho trastorno¹.

Todo consumo en menores y embarazadas es de riesgo

Si bien el consumo de alcohol es en la actualidad un problema de salud pública complejo, es fundamentalmente un comportamiento social. En nuestro país, en las últimas décadas, el tradicional modelo de consumo de ingestión regular de vino y vinculado a la alimentación (característico de los inmigrantes italianos y españoles) fue dando paso progresivamente a un consumo episódico excesivo o intermitente. Situación que se da con mayor frecuencia los fines de semana (especialmente con cerveza, destilados o jarra loca)², por fuera del marco de la alimentación y de la situación familiar, prevalentemente en espacios vinculados con la nocturnidad. Esta modalidad la denominamos consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA).



A los fines de este documento definimos: el CEEA es la ingestión de gran cantidad de alcohol (más de 5 UNEs=60 Gr/cc alcohol puro) en una sola ocasión o en un período corto de tiempo (horas). Esta práctica se registra con mayor frecuencia durante los fines de semana, en escenarios nocturnos, por fuera del marco de la alimentación y del ámbito familiar, siendo su motivación principal la búsqueda del estado de embriaguez. Este tipo de consumo produce significativas alteraciones comportamentales y del estado de conciencia, ocasionando daños en el individuo que ingiere la sustancia además de efectos sociosanitarios³ negativos⁴.

1- Organización Mundial de la Salud (2004) *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: WHO.

2- Mezcla de bebidas alcohólicas en un balde o jarra que suele incluir psicofármacos.

3- Accidentes (tránsito, domésticos, laborales), situaciones de violencia, prácticas sexuales de riesgo, etc.

4- Definición consensuada por el Consejo de Expertos CEEA MSAL, Octubre – Diciembre 2010.

UNA UNIDAD ESTÁNDAR DE BEBIDA ALCOHÓLICA ES EQUIVALENTE A:



Este patrón de consumo, con grandes cantidades de alcohol y siendo cada vez más frecuente y elevado en cortos periodos de tiempo, se da de manera recurrente en la población juvenil. Comprende también una modalidad de ingesta denominada «binge drinking» (“fondo blanco”, “tomar de golpe”) y, la más actual, incorporación de las bebidas alcohólicas a través de las mucosas: *eyeballing* (a través de la mucosa oftálmica), uso de tampones embebidos en alcohol que se introducen en vagina y recto, entre otros.

Situación epidemiológica

En la Argentina se estima que 1.700.308 personas mayores de 15 años, padecen trastornos de abuso o dependencia al alcohol⁵.

Es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre las/los adolescentes y también la que registra inicios a edades más tempranas⁶. Entre los estudiantes de enseñanza media de nuestro país, la edad promedio de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas es de 13 años (OAD, 2009); vale recordar

5- Informe elaborado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la República Argentina.

6- De acuerdo a los Estudios Nacionales sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizados por el Observatorio Argentino de Drogas – OAD- (2004 / 2006 / 2008), el aumento del consumo de alcohol en menores de 12 a 15 años registra aumentos significativos, especialmente en los grandes centros urbanos.

que esta población está compuesta mayormente por menores de 18 años y que la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad está prohibida por ley. Aproximadamente 766.743 estudiantes de nivel medio han consumido alguna bebida alcohólica en el último mes, lo que representa un 46,3% del total de los estudiantes de nuestro país; de estos, el 60% reconoce haber tomado cinco tragos o más en una misma ocasión durante las últimas dos semanas (OAD, 2009). Es importante destacar que la mayor parte de las borracheras o abusos se registran durante los fines de semana.

Estos niveles y modalidades de consumo tienen un impacto directo en las salas de emergencia, ya sea por lesiones por violencia y accidentes (heridas cortantes, armas de fuego, lesiones en incendio, ahogamientos, incidentes en la vía pública, violencia familiar, suicidio, etc.) o, con frecuencia, con episodios de intoxicación alcohólica, acompañados principalmente por consumo de fármacos⁷.

El consumo de alcohol, aún en pequeñas cantidades, aumenta el riesgo de accidentología vial. La Organización Mundial de la Salud afirma que entre el 20% y 50% de las muertes por accidentes de tránsito en las Américas están relacionadas con el alcohol (OMS, 2004). Según un estudio realizado por el Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires (2010), en los accidentes de tránsito producidos en las autopistas de la Ciudad, el 23,8% de los conductores habían consumido alcohol, en estos casos el 50% de los conductores son menores de 25 años y el 87% de los accidentes sucedieron durante los fines de semana.

“ El problema del consumo de bebidas alcohólicas en las/los adolescentes es tan grave que según la OMS: “una de cada cinco muertes de jóvenes está relacionada con el alcohol”. Siendo el CEEA una de las problemáticas que mayor impacto tiene en el sistema sociosanitario. ”

El abordaje del CEEA es de alta prioridad para el sistema sanitario. Los servicios de salud deben ofrecer acciones de prevención y tratamiento, trabajando en conjunto con diferentes actores sociales estimulando modalidades participativas, y generando conciencia sobre los riesgos y consecuencias derivados del abuso de alcohol.

7- Según el último relevamiento nacional realizado en las salas de emergencias por el OAD, el 9,4% de las consultas están vinculadas con el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia del alcohol es del 76,2%. Sobre el total de las situaciones de violencia que ingresan a las guardias, el 34,7% están relacionadas con el consumo de alcohol, de las cuales el 56,2% corresponden a jóvenes entre 15 y 25 años.

II. Marco general de la atención

La asistencia por CEEA es un **derecho del paciente** y su abordaje debe ser realizado dentro del marco de las políticas de salud y de la legislación vigente⁸, contemplando la Convención de los derechos del Niño⁹.

El equipo de salud tiene el deber de asistir al paciente **sin ningún tipo de menoscabo o discriminación**, prioritariamente para con los niños, niñas y adolescentes (Ley de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Convención de los Derechos del Niño, arts. 4, 24; Ley 26.061, arts. 5, 14, 28; Ley N° 26.529, art. 2 inc. a; Ley 26.657, art. 7).

Se promueve la atención en espacios de salud “**amigables**”¹⁰, que favorezcan el establecimiento de una relación de confianza y seguridad, de manera tal que las/los adolescentes puedan recurrir a ellos en casos de necesidad. Es fundamental **privilegiar la escucha** y no intervenir desde la sanción moral.

Consentimiento del adolescente

En cuanto su estado de conciencia lo permita, es necesario que las/los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas debiéndoseles suministrar información sobre los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados. Si es posible, deberá obtenerse el consentimiento informado del propio adolescente (Ley 26.529, arts. 2 inc. e 6; Ley 26.657, art. 10)¹¹.

8- En nuestro país, se han sancionado instrumentos legales municipales, provinciales y nacionales que de diferentes formas se ocupan tanto del tema del consumo de drogas (Ley nacional 23.737/Ley nacional 26.657) y más específicamente del consumo de alcohol (Ley nacional 24.788).

9- Entre los derechos básicos de la Convención en lo referido a la salud se hallan el propio derecho a la salud; el derecho a la no discriminación; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; el derecho a ser oído.

10- Servicios Amigables para adolescentes (OPS, UNFPA). “Servicios donde las y los adolescentes... encuentran oportunidades de salud cualquiera que sea la demanda, siendo agradables a las/los adolescentes y sus familias por el vínculo que se establece entre los usuarios/as y el proveedor de salud y por la calidad de sus intervenciones”.

11- Tanto la Convención de los Derechos del Niño, que tiene rango constitucional, como la Ley 26.061, no fijan una edad determinada para el ejercicio de los derechos que enuncian, por lo que puede considerarse que un niño que ya tiene discernimiento titulariza los derechos situados en el espacio constitucional de su autonomía personal sin que obste su minoridad. Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los

Confidencialidad

Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la **confidencialidad de la información** médica referente a los/las adolescentes, teniendo en cuenta los principios básicos de la Convención ya apuntados. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos (La Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina art. 11¹²). Las/los adolescentes pueden recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres.

Referente Adulto

Asimismo, se destaca la importancia de contar con un **referente adulto** que acompañe (familiar, miembro de la comunidad y/o otras personas legalmente responsables), sujeto al consentimiento del adolescente. Será imprescindible proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad con el joven (Observación General N° 4 ob. cit., puntos 15 y 16). Se debe prestar especial atención a entornos familiares que no constituyan un medio seguro o propicio para el adolescente y que requieran un tratamiento familiar.

En el caso de evaluar la necesidad de **comunicación a los padres y/o adulto responsable** y ésta se encuentre imposibilitada, deberá comunicarse a la autoridad administrativa de protección de los derechos del niño/ adolescente que corresponda en el ámbito local.

adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que esas opiniones sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse su consentimiento fundamentado y se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del “interés superior del niño” (conf. Observación General N° 4 del Comité de los Derechos del Niño: “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, punto 32). Asimismo, cabe destacar la Observación General N° 12 del Comité de los Derechos del Niño: “El derecho del niño a ser escuchado”, punto 100, que sostiene que “Se debe incluir a los niños, incluidos los niños pequeños, en los procesos de adopción de decisiones de modo conforme a la evolución de sus facultades”.

12- : “Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal—, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitararlo o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.”

Debe comunicar

En caso de **situación de vulneración de derechos** (Ley 26061¹³, artículos 9, 3° pár., 30 y 33¹⁴) se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/ adolescente que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral.

Toda lesión grave presumiblemente inflingida por otra persona en o por aprovechamiento de la situación de vulnerabilidad se deberá denunciar ante la autoridad fiscal, judicial y/o policial para que investigue la misma a los fines de elucidar si se halla configurado alguno de los delitos de lesiones previstos por el Código Penal (arts. 89 a 94), deber que le corresponde al profesional de salud en ejercicio de su función¹⁵.

No se debe denunciar a la policía ni adoptar medidas de encierro por consumo de alcohol ya que no es un delito para el Código Penal Argentino.

13- Art. 9, 3er pár: “La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley.”

Art. 30. Deber de comunicar. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

Art. 33. Medidas de protección integral de derechos. Son aquéllas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias.

La amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente.

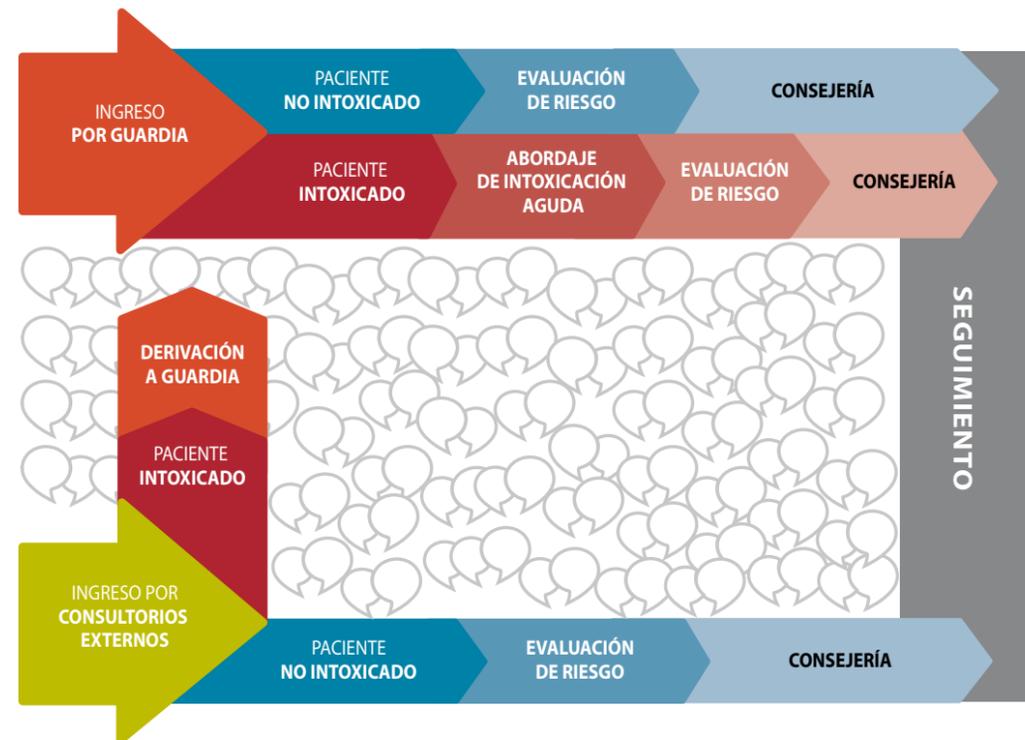
La falta de recursos materiales de los padres, de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas, niños y adolescentes, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza la separación de su familia nuclear, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización.

14- En la Pcia. de Bs. As., al igual que en Nación, en caso de amenazas, vulneración u autovulneración de derechos de los niños o adolescentes, son los Servicios Locales de Protección de los Derechos del Niño quienes deben “recibir denuncias e intervenir de oficio” (19 inc. b, Ley 13.298). El citado organismo “dentro de las 48 hs. de haber tomado conocimiento de una petición, o en el marco de su actuación de oficio, el servicio Local de Protección de Derechos debe citar al niño, sus familiares, responsables y allegados involucrados, a una reunión con el equipo técnico del servicio, que deberá fijarse dentro de las 72 horas siguientes” (art. 35.7 del Decreto 300/05).

15- El art. 177 del Código Procesal Penal de la Nación sostiene que “ Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio... 2º) Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional.”

III. Recomendaciones para un abordaje integral de la problemática de CEEA y otras sustancias psicoactivas en la adolescencia

1. Flujograma de atención



El paciente con problemas de CEEA puede tomar contacto con el sistema de salud por Consultorios externos, por Guardia u otros servicios o ámbitos de atención pudiendo ingresar por ambas vías intoxicado o no. Siempre que esté intoxicado es prioritaria la atención emergentológica siendo derivado de inmediato a la Guardia para su atención. En todos los casos (si está intoxicado, luego de su atención) debe realizarse la evaluación posterior.

2. Procedimientos

2.1. Atención del paciente intoxicado (Intoxicación Alcohólica Aguda)

2.1.1. Clínica de la intoxicación aguda

a) Inicial o leve

Euforia, distimia, verborragia, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival, vómitos.

b) Moderada/ grave

Agresividad, impulsividad, deterioro de la atención, juicio alterado. Torpeza en los movimientos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, hipotonía, hiporreflexia, miosis, hipotermia, hiponatremia, hipogluceemia, convulsiones, coma.

Complicaciones relacionadas al consumo excesivo esporádico de alcohol en adolescentes	
DIGESTIVAS	Gastritis aguda Síndrome de Mallory-Weiss
CARDIOVASCULARES	Arritmias cardíacas ACV hemorrágico

2.1.2. Diagnóstico. Se basa en los antecedentes y las manifestaciones clínicas. Se puede confirmar mediante alcoholemia, alcoholuria o alcohol en aire expirado.



De acuerdo a los recursos con los que se cuente, se pueden arribar a los siguientes diagnósticos:

Diagnóstico presuntivo: se sospecha que el paciente ingirió alcohol, el paciente o algún acompañante lo refiere, el cuadro de situación coincide con prácticas de CEEA.

Diagnóstico clínico-toxicológico: el paciente presenta signos y síntomas de intoxicación etílica y responde al tratamiento instaurado para tal fin.



● ● ● Diagnóstico de certeza: se realiza una toma de muestra de aire expirado, orina o sangre que arroja presencia de alcohol en sangre.



Para el análisis de sangre el área de extracción debe limpiarse con solución jabonosa y dejar secar. Extraer la muestra de 5 cc (no menos de 2 cc) de sangre entera en recipiente de plástico con fluoruro de sodio, tapa hermética sin cámara de aire. Si el análisis no es inmediato conservar a 4° C.

El alcohol etílico puede ser medido en orina. Se utiliza para confirmar diagnóstico en intervenciones tardías.

Diagnóstico Diferencial:

- Coma hipoglucémico
- Cetoacidosis diabética
- Encefalopatía hepática
- Intoxicación por otras drogas de abuso
- Patología estructural del SNC
- Traumatismo craneo - encefálico

2.1.3. Abordaje de la intoxicación aguda

Los procedimientos se adecuarán a los recursos disponibles según la complejidad del efector.

a) Inicial o leve

1. Se debe atender en un lugar tranquilo y controlado. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras (sin estímulos lumínicos ni sonoros).
2. Examen físico: control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica. Descartar patología asociada.
3. Considerar el beneficio de realizar lavado gástrico si la ingesta ha sido masiva, muy reciente o si se presupone ingestión múltiple de riesgo.
4. En caso de ser posible, solicitar inmediatamente Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Rx. Tórax.
5. Tratamiento de sostén. Evitar hipotermia (abrigo) y broncoaspiración (cuidar el decúbito lateral izquierdo).

6. Observar durante 6 hs. con evaluación repetida cada 2 hs. Si la evolución es favorable, proceder a la evaluación de riesgo y consejería según protocolo para CEEA.
7. Si la evolución es desfavorable, completar indicaciones para intoxicación moderada/grave.

b) Moderada o grave

1. Utilizar protocolo de emergencia. Asegurar vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas. Si hay hipotensión expandir con cristaloides.
2. Colocar sonda nasogástrica con protección de la vía aérea para evitar aspiración.
3. Examen físico. Control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica.
4. Buscar evidencia de Traumatismo craneoencefálico (TCE), otros traumas y broncoaspiración.
5. Administrar suero Glucosado Hipertónico al 25 % IV lento (Dosis 2-4 ml/kg/dosis). A excepción de considerar riesgo de cetoacidosis.
6. Solicitar, en caso de ser posible, Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Ionograma, Ca – Mg, Gasometría, Creatinina, Rx. Tórax.
7. Se complementará con Alcoholemia, Dosaje de Drogas de Abuso en orina (no menos de 50 cc).
8. Se realizarán los exámenes necesarios para descartar comorbilidades. (TAC, Ecografía).
9. En caso de ser posible, monitoreo cardíaco/ECG para descartar arritmia.
10. Compensación del medio interno. Si presenta convulsiones el tratamiento específico de elección es lorazepam, fenitoína, etc.
11. Descartar, prevenir y tratar complicaciones:
 - ▶ Hipotermia: (< 35 °C) responde al calentamiento externo por medios físicos.
 - ▶ Agitación psicomotriz: Haloperidol 5-10 mg IM.
 - ▶ Síndrome de Wernicke – Korsakoff: en paciente alcoholista crónico o desnutrido. Tiamina 50 – 100 mg IV y proseguir con 50 mg IM por día hasta que el paciente pueda incorporar una dieta apropiada.
 - ▶ Rabdomiolisis (Mioglobulinuria positiva, CPK aumentada). Provocar diuresis alcalina.

“ Pautas a tener en cuenta con un paciente intoxicado agudo

1. Debido al trastorno por consumo de alcohol la confiabilidad de la anamnesis directa puede verse afectada.
2. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras.
3. Controles seriados y permanentes.



3. Evaluación de riesgo

Es importante **evaluar el riesgo** de experimentar consecuencias adversas debido al consumo de alcohol, teniendo en cuenta las situaciones particulares por las que el adolescente transita. Los problemas vinculados al consumo pueden afectar la salud física, emocional y social.

Para complementar el diagnóstico sobre la condición actual del adolescente en relación al consumo, realizar un breve sondeo acerca de la **cantidad y la frecuencia de consumo**. Se recomienda la inclusión de las tres primeras preguntas del AUDIT¹⁶ en la entrevista clínica:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas (tragos) bebe en un día de consumo normal?
3. ¿Con qué frecuencia ingiere 6 o más tragos en un solo día?

La primera pregunta explora la frecuencia del consumo, la segunda evalúa la cantidad de alcohol bebido en un día de consumo normal, y la tercera la frecuencia de episodios de consumo elevado de alcohol. (Ver Anexo IV - AUDIT C)

3.1. Ejes a tener en cuenta sobre las prácticas de consumo (evaluar la percepción subjetiva del riesgo):

- Motivación para el consumo (con quién/es consumió, dónde, si es una situación habitual, si en general está sólo o con amigos, ocurre con frecuencia durante las salidas que alguno se intoxique).
- Presencia de patrón múltiple de consumo de bebidas alcohólicas, y otras sustancias psicoactivas.
- Ausencia o no de cuidados previos, durante y posteriores a la ingesta de alcohol (inclusión de comida, jugos, agua).

16- Prueba de identificación de trastornos del uso del alcohol de la Organización Mundial de la Salud.

- Conducción de vehículos bajo consumo de alcohol o si ha subido a vehículos conducidos por alguien que ha bebido.
- Frecuencia de caídas, lesiones, peleas asociadas al consumo excesivo de alcohol.
- Frecuencia de relaciones sexuales no protegidas luego de la ingesta de alcohol, percepción de riesgo vinculado a la transmisión de enfermedades infecciosas y embarazos no deseados.
- Consumo de alcohol durante el embarazo, búsqueda de embarazo y lactancia.

3.2. En todos los casos detectar y registrar:

- **Black-outs:** son episodios de amnesia transitoria que ocurren en estado de intoxicación. Afecta la memoria a corto plazo, paciente consciente sin recuerdo del periodo de intoxicación. Se considera un indicador temprano y grave de desarrollo de dependencia al alcohol.
- **Ingresos reiterados al sistema de salud relacionados a ingesta de alcohol.**
- **Riesgo de suicidio** (antecedentes previos, verbalización de intención suicida, etc.).
- **Embarazo.**

Detección del consumo de riesgo en consultorios externos: considerar a todo paciente que presente algún efecto perjudicial orgánico, conductual o social relacionado al consumo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas. Prestar especial atención a pacientes con diagnóstico de gastritis, cefalea, mialgia, politrauma, o que hayan sufrido un accidente recientemente.

Se recomienda realizar previo al alta una intervención breve de consejería integral de salud en consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (ver Punto V.2 Consejería).



Atender la urgencia no es únicamente desintoxicar al paciente

La crisis es una instancia privilegiada para establecer un nexo entre la persona y el sistema de salud.

Con una asistencia apropiada, resulta más fácil a las personas que no son dependientes del alcohol adoptar prácticas de cuidado.

Se recomienda fortalecer la capacidad de autonomía de las personas para que puedan utilizar mejor sus propios recursos y los servicios que el sistema de salud le ofrece.

La atención de urgencia es también una intervención preventiva.



El CEEA es una práctica aceptada socialmente. No obstante, consumir en exceso es una conducta de riesgo aunque sea la primera vez que se hace.



4. Derivación asistida

Un episodio de CEEA que requirió asistencia no debe ser desestimado y deberá promoverse una derivación para el seguimiento.

Cómo derivar

Es fundamental que la derivación sea asistida. El integrante del equipo de salud debe acompañar y promover que el paciente establezca un vínculo con la institución de referencia.

A dónde derivar

Recomendar espacios de atención accesible y amigable para los adolescentes.

Referencia con turno otorgado

Previo al alta, dentro de los 30 días subsiguientes.



IV. Seguimiento

¿Para qué es el seguimiento?

1. Caracterización de la situación respecto de la consulta inicial (especialmente a partir de las preguntas de evaluación). Es importante identificar qué aspectos de la consulta inicial han variado y en qué sentido.
2. Identificación temprana de recaídas. Uno de los objetivos del seguimiento es poder identificar a tiempo situaciones de crisis que pueden desembocar en recaídas o retrocesos de los objetivos alcanzados.
3. Identificación y tratamiento de las complicaciones.
4. Evaluación y fortalecimiento de la motivación para el cambio. Cada consulta es una oportunidad para poder monitorear y fortalecer la motivación para el cambio. Evaluar el grado de comprensión acerca de lo ocurrido a lo largo del proceso terapéutico.

¿En qué consiste?

1. Evaluación Diagnóstica integral
2. Consejería

Duración

Se recomienda tres entrevistas como mínimo y cinco como máximo, aunque es conveniente que las consejerías tengan un espacio delimitado de tres entrevistas como mínimo (de cuarenta minutos cada una), en un período de tiempo de tres meses como máximo.

Realizar pocos días después de la consulta inicial que la origina, en un plazo no mayor a 30 días.

¿Quién lo puede realizar?

Integrantes del equipo de salud (profesional médico y/o integrante del equipo de salud mental: médico, psicólogo, trabajador social, agente sanitario o enfermero), priorizando el trabajo interdisciplinario.

1. Evaluación diagnóstica integral

Objetivo

Conformar un diagnóstico clínico básico suficiente: patrón de consumo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas y estado de salud física y mental.

La evaluación diagnóstica inicial utiliza:

- La entrevista semi-dirigida.
- El examen clínico.
- Los exámenes de laboratorio de rutina.

Evaluar la necesidad de realizar entrevistas a familiares y/o personas cercanas, prioritariamente en los casos de riesgo o problema asociado al consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas.

Es fundamental establecer un vínculo de confianza y respeto entre el/la adolescente y el equipo de salud, que le permita:

- Reflexionar sobre las preguntas o propuestas que hace el equipo de salud.
- En caso de resistencia del adolescente, acompañar y esperar el momento oportuno para dialogar.
- Dejar a la libre, pero informada, decisión del adolescente el camino a seguir, sin excluir la posibilidad de un nuevo contacto.

Es importante evaluar el grado de compromiso bio-psico-social, contemplando la situación actual del paciente, su historia de consumo, su historia familiar y su entorno social (riesgos o daños presentes en el consultante y en el grupo familiar/ vincular, tipo de sustancia, frecuencia de consumo, las circunstancias en que consume y las características particulares de la persona; así como su inserción social en ámbito educativo, recreativo, etc.) (Ver capítulo Evaluación de Riesgo)

Apreciar el grado de apoyo que el grupo de referencia pueda proveer en términos de aceptación, rechazo, violencia, modelos de consumo o de auto-control y prevención de recaídas.

Se recomienda la utilización del Cuestionario Audit en su versión completa para trabajar la toma de conciencia del consumo excesivo de alcohol por parte de la persona y su entorno. (Anexo III)

“ Informar diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable a seguir. En caso de ser necesario, explicitar el plan de seguimiento y derivación al nivel correspondiente. ”

- En caso de CEEA se propone la Consejería.
- En caso de consumo problemático o dependencia, se requiere derivación a intervención de salud mental.

2. Consejería

El objetivo principal de la consejería es la desnaturalización del CEEA, distinguir las prácticas de consumo, instalar la percepción del problema y reducir daños futuros.

Consiste en una o varias entrevistas a realizar en un **ambiente de privacidad/intimidad**, disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza. No es un lugar para dar consejos ni sancionar moralmente.

Se recomienda realizar antes del alta y efectuar derivación para su seguimiento. La estrategia de intervención se adecuará a los recursos disponibles y a la situación particular. Es un desafío no dejarse vencer por la falta de recursos.

En caso de ser necesario, realizar interconsulta con Salud Mental y/u otra especialidad requerida.

1. **Habilitar un espacio de escucha.** Algo puede estar pasándole que lo motive a consumir. Tras una ingesta excesiva de alcohol muchas veces se oculta un sufrimiento psíquico, emocional y/o físico. En esos casos se aconseja acompañar al paciente a la espera del mejor momento para hablar.
2. **Brindar información** sobre los riesgos del consumo para su salud. Facilitar **materiales impresos** con información preventiva y recursos de salud.
3. Registrar la **percepción de el/la adolescente** sobre la práctica riesgo y fomentar una toma de decisión respecto del patrón de consumo. Promover prácticas de cuidado y estrategias para reducir daños futuros.

En caso de considerar oportuno, con el consentimiento del/la adolescente, incluir:

- **Familiares o adultos referentes.** Dar pautas psico-educacionales, que les permitan tener una actitud comprensiva y de cuidado frente al problema.
- **Amigos/ pares** que acompañan (novia/o, etc.): capitalizar la situación crítica para promover una actitud reflexiva frente al impulso de beber ilimitadamente.



Información importante al momento de consumir alcohol

- Comé siempre algo antes de empezar.
- El alcohol te deshidrata, por eso es importante tomar agua al mismo tiempo. Si la última vuelta es de agua o jugo, mejor. Te ayuda a tener menos resaca.
- No mezcles alcohol con éxtasis. Esto aumenta el riesgo cardíaco y la deshidratación.
- No mezcles alcohol con viagra.
- Tené en cuenta que el alcohol reduce tu potencia sexual.
- Si tenés problemas de salud -diabetes, hepatitis, asma, estás medicado o sufrís del corazón- no tomes alcohol.
- Si estás embarazada o al cuidado de niños no tomes alcohol.

Si un amigo tomó de más...

- No le permitas manejar.
- Llévalo a un lugar tranquilo y ventilado.
- Si se descompuso o se desmayó, ponelo de costado para que no se ahogue si vomita.
- Aflojale la ropa. Abrígalo.
- No lo dejes solo.
- Dale mucha agua.
- Llamá a Emergencias.



Fuente: Folleto elaborado por MSAL, Dirección de Salud Mental y Adicciones, 2010.

Bibliografía

Agüero, Abel. Blanco, Gloria. Dabul, Karina. Daniell, Rosa. Herbón, Carlos. Kameniecki, Mario. Laner, Lucrecia. Morales, Norma. Pérez Barboza, Héctor. Quevedo, Silvia. Riadigós, Noemí. Testa, Adriana, Zbuczynski, Gustavo. *Clínica Institucional en toxicomanías: una cita con el Centro Carlos Gardel*. Letra viva. Buenos Aires. 2006

Baldelli, Beatriz. Quevedo, Silvia, "Proyecto de creación del Centro de Día La otra base de encuentro". Mimeo. (2006)

Braschi, Marta; Cardoso, Patricia. *Emergencias toxicológicas por sustancias de abuso: ¿cómo realizar el diagnóstico y el tratamiento inicial en la Guardia?*. Revista Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. (2007)

Canay, R., Pagés Larraya, F, Romero, C. "El discurso de Sergei Korsakoff. Estudio sobre Epidemiología Psiquiátrica del Alcoholismo". Buenos Aires: Seminario de Antropología. 17-V. (1994)

Cavalcanti, Lía, "Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías". Mimeo. (1986)

CIE 10, *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator. (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th revisión. (1992).

Constitución de la Nación Argentina (sancionada en 1853 con las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y 1994).

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990.

Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179 (T.O. 1984 actualizado).

Código Procesal Penal de de la Nación Argentina. Ley N° 23.984. Sancionada: 21 de agosto de 1991. Promulgada: 4 de setiembre de 1991.

Díaz-Muñoz y col. *Sistemas de salud en proceso de reforma*. Buenos Aires: OPS. (1994)

Doltó, François, *La causa de los adolescentes*. Editorial Paidós. (2004)

DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (1995)

Gigena Parker D., Nápoli M, et. al. *Abordaje farmacoterapéutico del Trastorno por Consumo de Alcohol*. Buenos Aires: Arte y Letras. S.A. (2010)

Gutiérrez, Juan Madrid. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Talleres Alcohol, adolescentes y jóvenes. Ayuntamiento de Madrid. (2002)

Grupo EPIC. Equipe de Prévention et d' Intervention Communautaire, "Una experiencia ginebrina de prevención comunitaria de la exclusión". Nota publicada en "Acción & Información". (1993)

Grup Igia, "Políticas e intervenciones en reducción de riesgos". Ed. Grup Igia. Barcelona. (1998)

Horwitz, J. Marconi, J. y Adis Castro, G. *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires: Acta fondo para la salud mental. (1967)

Jellinek, E.M. *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse. (1960)

Kameniecki, Mario -Quevedo, Silvia, "Dispositivos clínicos en toxicomanías" en Donghi, Alicia - Gartland, Cristina - Quevedo, Silvia. (Compiladores) "Cuerpo y Subjetividad. Variantes e Invariantes Clínicas". Ed. Letra Viva. (2005)

Larriba, Jaume, Durán, Antoni, Font, Pere, Casado, Maika: "Programa comunitario de prevención del abuso de alcohol y otras conductas de riesgo Fiebre del viernes por la noche". Versión Urbal Dro. ed.Frontera Editorial. Montevideo. (2004)

Ley 17.132. Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas. (1967)

Ley Nº 26.061, Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina. (2005)

Ley Nº 26.529, Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. (2009)

Ley Nº 26.657, Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. (2010)

Ley Nº 24.788, Ley Nacional de Lucha contra el alcoholismo. Argentina. (1997)

Ley Nº 23.737, Régimen Penal de Estupefacientes. Argentina. (1989)

Lebeau, Bertrand, "La gestión del fracaso". Mimeo. (1996)

Marconi J. "The concept of alcoholism. *Quart J Studies Alcohol*", 1959; 20:216-45. (1959)

Marconi J. "A survey on the prevalence of Alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago". *Quart J Studies Alcohol* 1955; 16:438. (1955)

Marconi J. "Estudios comparativos básicos acerca de los patrones culturales de ingestión, los problemas del alcohol y alcoholismo en América Latina". *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat* 1967; 13:9-19. (1967)

Mariátegui J. "Alcoholismo y Sociedad. Sobre la investigación epidemiológica del alcoholismo en América Latina". *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1967; 13: 221-228. (1967)

Mariátegui J. *Ingestión de alcohol y factores socioculturales*. En: Horwitz J,

Marconi J, Adis Castro G. (Editores). "Bases para una epidemiología del alcoholismo en América Latina". Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1967. p. 24-31.

Marlatt, G. Alan, "Reducción del daño: Principios y estrategias básicas" en "Reducción del daño: Estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado". (1998)

Míguez, Hugo A. *Cambios de la alcoholización en la Argentina: problemas sociales y sanitarios*. Revista de Policía y Criminalística - Vol 362 - Nº 16

Ministerio de Salud de Nación. Dirección de Salud Mental y Adicciones. Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al Consumo Excesivo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas. (2010)

Ministerio de Salud de Córdoba. Atención Primaria en Salud Mental. 2008

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía clínica Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria. (2005)

Monteiro, Maristela. G. *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C. OPS. (2008)

Monteiro, M. G. *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington, D.C: OPS. (2007)

Newcombe, R. "La reducción de los daños relacionados con la droga", Grup IGIA, Barcelona. (1995)

Observación General Nº 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los Derechos del Niño. 33º período de sesiones, 19 de mayo a 6 de junio de 2003.

Observación General Nº 12. El derecho del niño a ser escuchado. Comité de los Derechos del Niño. 51º período de sesiones, Ginebra, 25 de mayo a 12 de junio de 2009.

Observatorio Argentino de Drogas (2004) Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactiva en Población General de 12 a 15 años. Buenos Aires: SEDRONAR.

Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactiva en Población General de 12 a 15 años. Buenos Aires: SEDRONAR. (2006)

Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactiva en Población General de 12 a 15 años. Buenos Aires: SEDRONAR. (2008)

Observatorio Argentino de Drogas El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Cuarto Estudio Nacional. Buenos Aires: SEDRONAR. (2009)

Observatorio Argentino de Drogas. Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Nivel Medio. Buenos Aires: SEDRONAR. (2009)

Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones. Consumo de alcohol y accidentes de tránsito. Buenos Aires: MDS, GCABA. (2010)

OMS. *Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ediciones de la OMS, Panamá. (2010)

OMS, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. *Intervención breve Para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol*. Un manual para la utilización en Atención Primaria. (2001)

Organización Mundial de la Salud, Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: WHO. (2004)

OPS, Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial. 63ª Asamblea Mundial de la Salud. (2010)

Pisano, Silvia. *Programa de Prevención en Áreas Educativas –SADA*. Publicaciones. (2010)

Quevedo, Silvia – Rossi, Mariela. “Programa Al Sur. Acerca de las prácticas sociales en reducción de riesgos y daño”. Comunicación oral presentada en la “1ª Conferencia Latina de Reducción de Riesgos” Relatora: Silvia Quevedo. Barcelona. (2001)

Riley, Diane - O’ Hare, Pat. “Reducción de Daños: Historia, Definición y Prácticas” - en Inchaurraga, S. (Compilación) “Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños”. Ed. CEADS- U.N.R. (1992)

Rodríguez-Martos Dauer Alicia. *Experiencias innovadoras en la prevención de las consecuencias del consumo de alcohol Agencia de Salud Pública*. Barcelona.

Rodríguez Sendin J. J. *Guía de buena práctica clínica en uso y abuso del alcohol*. Madrid: IM&C. (2006)

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Estimación de la Población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Buenos Aires: MSAL. (2010)

Stolle M, Sack PM, Thomasius R. *Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions*. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(19): 323–8. (2009)

UNICEF, Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra: UN. (2007)

Wagner de Sousa Campos, Gastao *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Editorial LUGAR. (2001)

Monteiro, Maristela G. *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.: OPS, (© 2008).

V. Anexos

ANEXO 1. Glosario

ABUSO Se establece cuando el consumo se reitera para una misma SPA en similares o diferentes situaciones, o cuando se recurre a diferentes SPA.

ADICCIÓN La dependencia se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica. Es consecuencia de la exposición reiterada a una SPA.

ALCOHOL El alcohol etílico o etanol es una sustancia psicoactiva, presente en bebidas, perfumes y algunos productos de uso doméstico o industrial, depresora del Sistema Nervioso Central (SNC), que produce tolerancia, dependencia psíquica y física y un importante síndrome de abstinencia, que en los casos graves puede llevar a la muerte del paciente.

La intoxicación aguda puede ir desde una ligera embriaguez hasta el coma, siempre en relación con la alcoholemia. La alcoholemia es la cantidad de alcohol etílico encontrado en la sangre humana, se mide en gramos por litro y es utilizada en pericias judiciales.

El síndrome de abstinencia aparece luego de 48 a 72 horas de la interrupción de la ingesta con temblores, fiebre, midriasis, cefalea, hipertensión arterial, etc. El cuadro más grave de abstinencia se denomina clásicamente Delirium tremens y puede evolucionar fatalmente si el paciente no recibe el tratamiento adecuado.

CONSUMO DE RIESGO El consumo de riesgo se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste (Babor et al. 1994). No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, pero, (...), cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos. La OMS lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004)¹⁷.

CONSUMO PERJUDICIAL El consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física -por ejemplo cirrosis hepática- como en su salud mental -por ejemplo depresión como resultante del consumo- (Organización Mundial de la Salud, 1992). Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004)¹⁷.

- DEPENDENCIA FÍSICA** Estado de adaptación del organismo que se caracteriza por la reiteración del consumo para evitar malestares físicos ocasionados por la falta de ella en el organismo.
- DEPENDENCIA PSÍQUICA** Es la compulsión a repetir el consumo de una SPA para sentir placer o evitar el displacer que produce la carencia de la SPA.
- SÍNDROME DE ABSTINENCIA** Es el conjunto de signos y síntomas que aparecen relacionados con la brusca supresión de la administración de una SPA. Es un cuadro similar en todos los casos, característico para cada SPA y que presenta las variaciones individuales de cada paciente.
- TOLERANCIA** Es la adaptación del organismo por la cual se produce la necesidad de aumentar la dosis consumida para conseguir el efecto buscado. Esta tolerancia está en relación con la dependencia física y el síndrome de abstinencia.
- USO** Es el consumo esporádico y circunstancial de una sustancia psicoactiva (SPA).

Anexo 2. Jerga

ANFETAS SAL: Anfetaminas.
PASTAS: Benzodicepinas.
FRULA, MERCA, MERLUZA, MILONGA, PACO, LATA, BLANCA, PALA, TIZA, PAPEL, ALITAS DE MOSCA (MÁXIMA PUREZA): Cocaína:
PEPAS, ACIDO, TRIP, AVATAR, BICICLETA: L.S.D. (ácido lisérgico)
PORRO, FASO, MARÍA, YERBA, CHALA, CHURRO: Marihuana
CHOCOLATE: Hachís
BICHO: MDMA (éxtasis)
BALDE: Mezcla de bebidas alcohólicas en un recipiente grande
JARRA LOCA: Mezcla de bebidas alcohólicas con psicofármacos (a veces sildenafil y anabólicos agregados)
PREVIA: Ingesta de alcohol grupal antes de la salida nocturna, generalmente en casas de familia
DEALER, TRANZA : Vendedor de droga
DURO: Estar bajo el efecto de la cocaína

17- Monteiro, Maristela G. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, © 2008.

ANEXO 3. Emergencias por alcohol y otras drogas

Intoxicación aguda alcohólica

Síntomas

- 1) Depresión del sensorio
- 2) Hipotonía generalizada
- 3) Hipoglucemia
- 4) Vómitos
- 5) Aliento enólico

Laboratorio patognomónico: alcoholemia / alcoholuria.

Tratamiento

- ▶ **Medidas generales**
 - Corrección de la hipoglucemia
 - Corrección de la acidosis
 - Vitamina B1
- ▶ **Rescate del tóxico**
 - Vómito provocado
 - Lavado gástrico
- ▶ **Antídotos / Antagonistas** → Se puede utilizar Naloxona.
- ▶ **Favorecer la eliminación**
 - Forzar diuresis alcalina
 - Purgantes salinos



Es importante abrigar al paciente, ya que la pérdida de calor es significativa.



Criterios de internación: descompensación clínica o metabólica, aparición de síndrome de abstinencia.

Cuidados intensivos: coma con acidosis, depresión respiratoria, potenciación con otras drogas.

Diagnóstico diferencial

- ▶ Coma hipoglucémico.
- ▶ Acidosis metabólica.
- ▶ Depresión del sensorio por otras drogas.

Síndrome de abstinencia alcohólica

Síntomas

- 1) Temblores
- 2) Excitación psicomotriz
- 3) Hipertermia
- 4) Alucinaciones (especialmente visuales y táctiles)
- 5) Convulsiones

La máxima expresión se denomina Delirium tremens, es un cuadro de coma, con delirio que requiere cuidados especiales.

Laboratorio patognomónico: no hay.

Tratamiento

- ▶ **Medidas generales**
 - Mantener vía aérea permeable.
 - Corregir la taquicardia.
 - Controlar la hiperglucemia.
 - Diazepam V.O. o E.V. de acuerdo a la gravedad del caso o Lorazepam en patología hepática.
 - Haloperidol o clorpromazina para la excitación
 - Vitamina B1

Evolución y pronóstico: aparece a las 48/ 72 hs. de la supresión de la ingesta de alcohol y dura aproximadamente entre 3 a 7 días.

Intoxicación aguda por opiáceos

Síntomas

- 1) Miosis
- 2) Depresión respiratoria
- 3) Depresión del sensorio
- 4) Bradicardia

Laboratorio patognomónico: dosaje de opiáceos en sangre u orina.

Diagnóstico diferencial

- ▶ **Depresión por etanol**
- ▶ **Daño neurológico por politraumatismo**

Tratamiento

- ▶ **Medidas generales**
 - Corrección de la hipotensión y la bradicardia
 - Mantener la vía aérea permeable
 - Respiración asistida
- ▶ **Rescate del tóxico** → V.O.: lavado gástrico con manguito insuflable o intubación
- ▶ **Antídotos / antagonistas** → Naloxona por vía E.V.
- ▶ **Favorecer la eliminación**
 - Forzar diuresis alcalina
 - Utilización de purgantes salinos

Criterios de internación: bradicardia grave, hipotensión y shock, depresión respiratoria severa que requieran de internación en U.T.I.

Síndrome de abstinencia por opiáceos

Síntomas

- 1) Midriasis
- 2) Taquicardia
- 3) Vómitos, diarrea y dolores cólicos
- 4) Hipersalivación, lagrimeo, piel de gallina
- 5) Temblores, convulsiones

Laboratorio patognomónico: no hay.

Diagnóstico diferencial

- ▶ **Intoxicación con estimulantes**
- ▶ **Simulación para conseguir opiáceos y/o sedantes**

Tratamiento

- ▶ **Medidas generales**
 - Corregir la deshidratación
 - Controlar la taquicardia con monitoreo
 - Opiáceos de sustitución

Intoxicación aguda por cocaína

Síntomas

- 1) Midriasis
- 2) Taquicardia
- 3) Excitación psicomotriz
- 4) Contracturas generalizadas y convulsiones

Laboratorio patognomónico: dosaje de cocaína y ecgoninas en orina.

Diagnóstico diferencial

- ▶ **Excitación por otros estimulantes**
- ▶ **Psicosis no tóxica**

TRATAMIENTO

- ▶ **Medidas generales**
 - Corregir hipertensión (labetalol)
 - Monitorear taquicardia (posibles arritmias): bicarbonato y lidocaína.
 - Controlar fiebre
 - Diazepam para las contracturas y convulsiones
 - Haloperidol o clorpromazina en caso de excitación
- ▶ **Favorecer la eliminación** → Forzar diuresis (ayuda en la rabdomiolisis)

En las formas severas puede requerir de asistencia respiratoria, control de la acidosis, corrección de la hiperglucemia, etc., por lo que es fundamental disponer de Unidad de Cuidados Intensivos.

“ Es importante tener en cuenta la posible combinación con otras drogas (alcohol etílico, benzodiazepinas, etc.) ”

Intoxicación aguda por benzodiazepinas

Síntomas

- 1) Depresión del sensorio
- 2) Ataxia
- 3) Hipotonía
- 4) Disartria
- 5) Miosis

Laboratorio patognomónico: dosaje de benzodiazepinas y sus metabolitos en orina.

Diagnóstico diferencial: depresión por otros psicodélicos (las benzodiazepinas no producen depresión respiratoria).

Tratamiento

- ▶ **Rescate del tóxico**
 - Lavado gástrico
 - Vómito provocado
- ▶ **Antídoto / Antagonista** → Flumazenil (E.V.)

Intoxicación aguda por solventes

Síntomas

- 1) Náuseas y vómitos
- 2) Cefaleas
- 3) Mareos
- 4) Disartria
- 5) Estado confusional
- 6) Taquiarritmias

Laboratorio patognomónico: no hay.

Diagnóstico diferencial

- ▶ **Cuadro alucinatorios por otras drogas o no tóxicos**
- ▶ **Embriaguez alcohólica**

Tratamiento

- ▶ **Medidas generales** → Antidelirantes
- ▶ **Favorecer la eliminación** → Forzar diuresis

El cuadro es en general leve y pasajero, sin requerimiento de alta complejidad.

Intoxicación aguda por estimulantes de tipo anfetamínico

Síntomas

- 1) Excitación psicomotriz
- 2) Midriasis
- 3) Taquicardia
- 4) Convulsiones

Laboratorio patognomónico: Dosaje de grupo anfetamínico en orina

Diagnóstico diferencial

- ▶ **Excitación psicopatológica**
- ▶ **Psicosis no tóxica**
- ▶ **Intoxicación por cocaína**

Tratamiento

- ▶ **Medidas generales**
 - Diazepam
 - Monitoreo cardíaco
 - Control de la hipertensión
 - Asistencia respiratoria
- ▶ **Favorecer la eliminación**
 - Forzar diuresis
 - Utilización de purgantes salinos

Medicación de uso habitual en cuadros de intoxicación / dependencia por uso de sustancias psicoactivas

DROGA	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FORMA DE PRESENTACIÓN
Diazepam	Ataque: 0.2-0.5mg/Kg/dosis (EV) Mantenimiento: 0.5-1mg/Kg/dosis c/6 – 8 hs (V.O) Adolescentes > 40Kg: 5- 10mg/dosis	VO EV	Comprimidos: 2-5-10 mg. Gotas: 2mg/ml Ampollas: 10mg/ml
Lorazepam	Ataque: 0.1-0.25mg/Kg/dosis (EV – IM) Dosis máxima: 4mg Mantenimiento: 0.1-0.2mg/Kg/dosis c/6-8 hs (EV ó VO) Adolescentes >40Kg: 2mg/dosis. Máximo 10 mg	VO EV IM	Comprimidos: 1-2.5 mg. Sublinguales: 1-2 mg Ampollas: 4mg/ml
Flumazenil	0.2mg (EV) en no menos de 15 seg. Puede repetirse 0.1mg c/ 60 seg. Dosis total: 3mg	EV	Ampollas: 0.5mg/5 ml
Naloxona	0.01mg/Kg Repetir dosis si es necesario cada 2-3 min. hasta 10 veces Adolescentes >40kg: 0.4mg-2mg/dosis. Dosis máxima: 10mg	EV- Lento IM	Ampollas: 0.02mg/ml 0.4 mg/ml
Clorpromazina	0.5 mg/Kg(VO) c/g hs Adolescentes >40Kg: 10 a 50mg (IM) c/6-12hs (VO) ó 25-50mg (IM). Dosis máxima: hasta 1g/día	VO EV IM	Comprimidos: 25-100 mg. Ampollas EV: 50mg (al 2.5%) Ampollas IM: 25mg (al 0.5%) Gotas: 25mg/15ml
Haloperidol	0.1-0.2 mg/Kg/día Dosis máxima: 100mg/d Adolescentes >40kg: 5-10mg (EV)	VO EV	Comprimidos: 1-5-10mg Gotas: 2mg/ml Gotas Forte: 10mg/ml Ampollas: 5mg/ml
Sulfato de sodio (Purgante)	30g	VO	Papeles de 30g solución de lavado al 2-5%
Vitamina B1	50-100mg/d	VO EV IM	Comprimidos: 125-300mg Ampollas: 100mg Jarabe: 10mg/ml

EV: Vía endovenosa, VO: Vía Oral, IM: Vía Intramuscular

Bibliografía: Emergencias toxicológicas por drogas psicomoleculares. Dra. Mónica Nápoli.

ANEXO 4. AUDIT

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: Cuestionario Autodiagnóstico

Las siguientes preguntas se le formulan para que Ud. conozca mejor un factor de riesgo de salud que con frecuencia pasa desapercibido: el consumo de alcohol.

Nuestro organismo puede ser más o menos resistente a los efectos adversos del alcohol. Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia o su contrario, la vulnerabilidad. Uno de esos instrumentos es este cuestionario.

Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá. Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.

Antes tenga presente lo siguiente:

- **Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a:**
 - 1 botella o lata individual de cerveza (300 a 350), o
 - 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc), o
 - 1 trago de licor solo o combinado (45 cc de licor.). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares).
- **Embriaguez:** desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", "algo cocido", "curado", "pasado".

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo. Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo. Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y se lo comunicará.

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca <i>Pase a la n° 9</i>	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 ó más veces a la semana	4 ó más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	De 7 a 9	10 ó más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez por mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez por mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez por mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez por mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez por mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez por mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, el último año	
Total						

Si su puntuación total es:

De 0 a 7: Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

De 8 a 15: Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.

De 16 a 19: Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.

De 20 y más: definitivamente Ud. necesita un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

Felicitaciones. Ud. ha sido franco con Ud. mismo.
Ahora muestre Ud. sus respuestas al profesional que lo atenderá.

UD DECIDE.

Instrucciones para el uso del cuestionario de autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol

a) Administración

A objeto de aprovechar al máximo los tiempos de los consultantes y de los equipos de atención, se utilizará un cuestionario breve, de comprensión fácil, que puede ser llenado por el propio sujeto durante el período de espera, antes de la consulta.

Se ofrecerá el formulario del Cuestionario a todo consultante, hombre o mujer, adolescentes, adultos y adultos mayores, que demande atención por cualquier motivo.

Se le solicitará que lo lea, medite y llene en su totalidad, en forma personal. Se le proporcionará ayuda si la requiere.

Los datos que consigne serán estrictamente personales y sólo el profesional que lo atenderá le solicitará examinarlos en conjunto y en forma voluntaria.

En algunos casos, será necesario ayudar a su correcta comprensión, llenado y/o cómputo. En todo caso, es importante que éste último, sea comprobado por el profesional tratante.

Si el consultante lo prefiere, o el profesional que lo atiende lo estima necesario, el cuestionario puede ser administrado durante la consulta.

Siempre se aconsejará que las respuestas sean presentadas al profesional tratante, durante la atención. Sin embargo, se respetará la voluntad del consultante a este respecto.

El cuestionario está construido para que el consultante, si lo prefiere, lo lleve a su domicilio. Así, se constituye en un instrumento educativo más amplio. En este caso, el puntaje obtenido deberá ser registrado en la historia clínica.

Nota práctica: se requiere de una provisión fluida de los cuestionarios correspondientes (una sola hoja); facilitar lápices a quienes no lo tienen; y en cuanto sea posible, favorecer un ambiente de cierta privacidad que permita la reflexión necesaria y un registro individual.

b) Orientaciones para el análisis conjunto de los resultados del cuestionario

La atención, durante la consulta de morbilidad o de control, se enriquece con la consideración que el profesional tratante hace del Cuestionario de Autodiagnóstico que ha respondido.

Un primer aspecto se juega en la estructura del diálogo que el profesional establece. Habitualmente, la consulta de APS utiliza un diálogo directo, conciso y dirigido a metas (diagnóstico e indicación de tratamiento o conducta a seguir). En este caso y en esta sección de la consulta de APS, en la que se evalúa el resultado del cuestionario, el diálogo debe ser más bien abierto y nunca crítico, pues el objetivo primordial es la detección del riesgo inicial, que no requerirá de una intervención propiamente terapéutica, sino más bien preventiva.

- El profesional pregunta si ha podido responder el Cuestionario de Autodiagnóstico.
- Luego ofrece revisar el puntaje obtenido y analizar en conjunto los resultados.
- Después realiza o revisa el cómputo obtenido e informa de sus resultados al consultante, poniendo especial énfasis en que se trata de una información para que él decida.
- Si, a partir del cuestionario y en particular de la atención de salud que el profesional realiza, se concluye que existe un trastorno por consumo, o una complicación médica o psiquiátrica, se informa igualmente y se indican los exámenes, tratamientos y referencias que correspondan al caso.
- El cuestionario tiene una estructura que permite apreciar tres niveles de puntaje y de significación para el tamizaje o screening.

Puntuaciones

De 0 a 7: orienta hacia un consumo de alcohol sin riesgos apreciables.

De 8 a 15: orienta hacia Consumo en Riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención preventiva.

De 16 a 19: orienta a Beber problema o Consumo perjudicial. Se debe discriminar de acuerdo a hallazgos de anamnesis y examen médico si corresponde indicar intervención preventiva o terapéutica.

20 y más: orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia. Se debe discriminar si se indica intervención terapéutica o referencia a tratamiento en nivel de especialidad.

En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad (0 a 6 y 7 a 15).

Nota: para efectos prácticos, en el caso de mujeres embarazadas y en lactancia, o en niños menores de 12 años, debe considerarse un punto de corte igual a 0.

Si el puntaje es incierto o dudoso, es conveniente revisar los indicadores de valor más determinantes del cuestionario:

Preguntas 2: puntaje igual o mayor que 2, indica consumo en nivel de riesgo.

Pregunta 3: puntaje igual o superior a 1, indica consumo en nivel de riesgo.

Preguntas 4, 5 y 6: puntajes de 1 y más en cualquiera de ellas indica presencia o inicio de una dependencia al alcohol.

Preguntas 7 a 10: indica que se están presentando problemas o daños relacionados con el consumo de alcohol.

Preguntas 9 y 10: pueden mostrar evidencias de problemas pasados (no en el último año) o presentes. Incluso si no hay consumo actual, son antecedentes para un mayor grado de apoyo y controles del consultante.

Luego, el profesional conduce la anamnesis y examen físico, de modo de apreciar el estado de salud en relación con el motivo de consulta y con las consecuencias potenciales del consumo de la sustancia psicoactiva en cuestión. (Ver Anexo N° 3 que incluye los criterios diagnósticos de los Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas).

Asimismo obtendrá una primera impresión del estado de salud mental del consultante a partir del diálogo y de la observación de su comportamiento, apariencia y lenguaje. Si lo anterior no resulta claro o suficiente para que el profesional tratante llegue a una conclusión, puede citarlo a una "Consulta de Evaluación de Riesgo" a cargo de un profesional especializado en salud mental.

Nombre: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

Publicación oficial: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencias de Sustancias. // Generalitat Valenciana Conselleria de Bienestar Social.

Autores: Thomas F. Babor; John C. Higgins- Biddle; John B. Saunders; Maristela G. Monteiro.

WHO / MSB / 01.6 a 2001.

“El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad, y las diferentes culturas”.

Se trata de un test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la Atención Primaria, que presenta las siguientes ventajas:

- Estandarización transnacional: validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening validado específicamente para uso internacional.
- Identifica el consumo en riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia; breve, rápido, flexible.
- Diseñado para el personal de atención primaria.
- Consistente con las definiciones de la CIE – 10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. - Se centra en el consumo reciente de alcohol.

Su elaboración fue solicitada en 1982 por la OMS a un grupo internacional de investigadores, quienes realizaron un estudio en seis países para seleccionar los puntos determinantes de otros test de screening (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México, y EEUU). La validez, sensibilidad, especificidad de cada uno de los ítems fueron estudiados y calculados según múltiples criterios. Las diversas pruebas mostraron una sensibilidad de 0,9 y una especificidad de 0,8 para el punto de corte en 8. Luego de su primera publicación en el año 1993, el AUDIT ha sido validado adicionalmente en muchos lugares, países y culturas. Estudios sobre confiabilidad interna demostraron su alta consistencia, el AUDIT ha sido utilizado con éxito para estudios de prevalencia en poblaciones clínicas y generales.

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo *“ahora te voy a hacer algunas preguntas sobre tu consumo de bebidas alcohólicas en el último año”*. Explique qué entiende por “bebidas alcohólicas” mencionándolas (cerveza, vino, vodka, etc.). Codifique las respuestas en términos de (“bebidas estándar”).

Marque la cifra de la respuesta adecuada en el cuadro de la derecha.

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (fin del cuestionario) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o más</p>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Puntuación Total: </div>	

Criterios de corrección (puntos de corte):

Hombres: puntuación igual o superior a 5.

Mujeres: puntuación igual o superior a 4.

Si la puntuación es mayor que el punto de corte recomendado, realizar la intervención pertinente.

PA

**PROTOCOLO
DE ATENCIÓN**

Instructivo para integrantes del Equipo de Salud

Este protocolo está destinado a la atención de adolescentes. Sus recomendaciones clínicas pueden adaptarse a la población en general.

“ **Consulta realizada debido a la ingestión de gran cantidad de alcohol (más de 5 UNEs=60 Grs alcohol puro), sola o asociada a otras sustancias psicoactivas, en una sola ocasión o en un período corto de tiempo.** ”

La misma puede ser realizada en servicios de emergencia o en otras instancias de atención dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud de la persona y dependiendo del estado clínico del paciente.

1. Marco general de la atención

- Se debe **asistir** al paciente sin ningún tipo de menoscabo o discriminación, prioritariamente para con los niños, niñas y adolescentes (Ley 26.529 Art. 2 inc A).
- **Consentimiento del adolescente.** En cuanto su estado de conciencia lo permita, es necesario que las/los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas debiéndoseles suministrar información sobre los tratamientos que se propongan, sus efectos y resultados. Si es posible, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente (Ley 26.529, arts. 2 inc. e), 6; Ley 26.657, art. 10).
- Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la **confidencialidad de la información** médica referente a los/las adolescentes. Información que sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos.
- En caso de situación de **vulneración o autovulneración de derechos** (Ley 26061 -artículos 30 y 33) se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/ adolescente que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral.

2. Atención del paciente intoxicado (Intoxicación Alcohólica Aguda)

2.1.1. Clínica de la intoxicación

a) Inicial o leve

Euforia, distimia, verborragia, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival, vómitos.

b) Moderada o grave

Agresividad, impulsividad, deterioro de la atención, juicio alterado. Torpeza en los movimientos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, hipotonía, hiporreflexia, miosis, hipotermia, hiponatremia, hipoglucemia, convulsiones, coma.

Complicaciones relacionadas al consumo excesivo esporádico de alcohol en adolescentes	
DIGESTIVAS	Gastritis aguda Síndrome de Mallory-Weiss
CARDIOVASCULARES	Arritmias cardíacas ACV hemorrágico

2.1.2. Diagnóstico

Se basa en los antecedentes y las manifestaciones clínicas. Se puede confirmar mediante alcoholemia, alcoholuria o alcohol en aire expirado.



De acuerdo a los recursos con los que se cuente, se pueden arribar a los siguientes diagnósticos:

Diagnóstico presuntivo: se sospecha que el paciente ingirió alcohol, el paciente o algún acompañante lo refiere, el cuadro de situación coincide con prácticas de CEEA.

Diagnóstico clínico-toxicológico: el paciente presenta signos y síntomas de intoxicación etílica y responde al tratamiento instaurado para tal fin.



● ● ● **Diagnóstico de certeza:** se realiza una toma de muestra de aire expirado, orina o sangre que arroja presencia de alcohol en sangre.



Para el análisis de sangre el área de extracción debe limpiarse con solución jabonosa y dejar secar. Extraer la muestra de 5 cc (no menos de 2 cc) de sangre entera en recipiente de plástico con fluoruro de Sodio, tapa hermética sin cámara de aire. Si el análisis no es inmediato conservar a 4° C.

El alcohol etílico puede ser medido en orina. Se utiliza para confirmar diagnóstico en intervenciones tardías.

Diagnóstico Diferencial

- Coma hipoglucémico
- Cetoacidosis diabética
- Encefalopatía hepática
- Intoxicación por otras drogas de abuso
- Patología estructural del SNC
- Traumatismo craneo - encefálico

2.1.3. Abordaje de la intoxicación aguda

Los procedimientos se adecuarán a los recursos disponibles según la complejidad del efector.

a) Inicial o leve

1. Se debe atender en un lugar tranquilo y controlado. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras (sin estímulos lumínicos ni sonoros).
2. Examen físico: control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica. Descartar patología asociada.
3. Considerar el beneficio de realizar lavado gástrico si la ingesta ha sido masiva, muy reciente o si se presupone ingestión múltiple de riesgo.
4. En caso de ser posible, solicitar inmediatamente Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Rx. Tórax.
5. Tratamiento de sostén. Evitar hipotermia (abrigo) y broncoaspiración (cuidar el decúbito lateral izquierdo).

6. Observar durante 6 hs. con evaluación repetida cada 2 hs. Si la evolución es favorable, proceder a la consejería/asesoría según protocolo para CEEA.
7. Si la evolución es desfavorable, completar indicaciones para intoxicación moderada/grave

b) Moderada o grave

1. Utilizar protocolo de emergencia. Asegurar vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas. Si hay hipotensión expandir con cristaloides.
2. Colocar sonda nasogástrica con protección de la vía aérea para evitar aspiración.
3. Examen físico. Control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica.
4. Buscar evidencia de Traumatismo craneoencefálico (TCE), otros traumatismos y broncoaspiración.
5. Administrar suero Glucosado Hipertónico al 25 % IV lento (Dosis 2-4 ml/kg/dosis). A excepción de considerar riesgo de cetoacidosis.
6. Solicitar, en caso de ser posible, hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Ionograma, Ca – Mg, Gasometría, Creatinina, Rx.Tórax.
7. Se complementará con Alcoholemia, Dosaje de Drogas de Abuso en orina (no menos de 50 cc).
8. Se realizarán los exámenes necesarios para descartar comorbilidades. (TAC, Ecografía)
9. En caso de ser posible, monitoreo cardíaco/ECG para descartar arritmia.
10. Compensación del medio interno. Convulsiones, el tratamiento específico de elección es lorazepam, fenitoína, etc.
11. Descartar, prevenir y tratar complicaciones:
 - Hipotermia: (< 35 °C) responde al calentamiento externo por medios físicos.
 - Agitación psicomotriz: Haloperidol 5-10 mg IM.
 - Síndrome de Wernicke – Korsakoff: en paciente alcoholista crónico o desnutrido. Tiamina 50 – 100 mg IV y proseguir con 50 mg IM por día hasta que el paciente pueda incorporar una dieta apropiada.
 - Rabdomiolisis (Mioglobulinuria positiva, CPK aumentada). Provocar diuresis alcalina.



Pautas a tener en cuenta con un paciente intoxicado agudo

1. Debido al trastorno por consumo de alcohol la confiabilidad de la anamnesis directa puede verse afectada.
2. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras.
3. Controles seriados y permanentes.



3. Evaluación de riesgo

Evaluar el riesgo de experimentar consecuencias adversas debido al consumo de alcohol. Los problemas vinculados al consumo pueden afectar la salud física, emocional y social.

Para complementar el diagnóstico sobre la condición actual del adolescente en relación al consumo, realizar un breve sondeo acerca de la **cantidad y frecuencia**.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas (tragos) bebe en un día de consumo normal?
3. ¿Con qué frecuencia ingiere 6 o más tragos en un solo día?

(Ver AUDIT C – Guía CEEA)

Ejes a tener en cuenta sobre prácticas de consumo

- Motivación para el consumo (con quién/es consumió, dónde, si es una situación habitual, si en general está sólo o con amigos, ocurre con frecuencia durante las salidas que alguno se intoxique).
- Presencia de patrón múltiple de consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas.
- Ausencia o no de cuidados previos, durante y posteriores a la ingesta de alcohol (inclusión de comida, jugos, agua).
- Conducción de vehículos bajo consumo de alcohol o si ha subido a vehículos conducidos por alguien que ha bebido.
- Frecuencia de caídas, lesiones, peleas asociadas al consumo excesivo de alcohol.

- Frecuencia de relaciones sexuales no protegidas luego de la ingesta de alcohol, percepción de riesgo vinculado a la transmisión de enfermedades infecciosas y embarazos no deseados.
- Consumo de alcohol durante embarazo, búsqueda de embarazo, y lactancia.

En todos los casos detectar y registrar:

- Black-outs: Son episodios de amnesia transitoria que ocurren en estado de intoxicación. Afecta la memoria a corto plazo, paciente conciente sin recuerdo del periodo de intoxicación. Se considera un indicador temprano y grave de desarrollo de dependencia a alcohol.
- Ingresos reiterados relacionados a ingesta de alcohol.
- Riesgo de suicidio (antecedentes previos, verbalización de intención suicida, etc.).
- Embarazo.

“ Es importante tener en cuenta el momento de la vida y las situaciones particulares por las que el adolescente transita. ”

4. Consejería

Realizar una entrevista previa al alta, en un **ambiente de privacidad/intimidad**, disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza. No desestimar los relatos ni emitir juicios morales o de valor. Si se actúa punitivamente aumenta la posibilidad de reticencia y negación a hablar. En caso de reticencia, acompañar al paciente a la espera del mejor momento para hablar.

El objetivo principal de la consejería es la desnaturalización del CEEA.

1. **Habilitar un espacio de escucha.** Tras una ingesta excesiva de alcohol muchas veces se oculta un sufrimiento psíquico, emocional y/o físico.
2. **Registrar la percepción de el/la adolescente de la práctica riesgo.** Promover prácticas de cuidado para reducir daños futuros.
3. **Brindar información sobre los riesgos del consumo.** Facilitar **materiales impresos** con información preventiva y recursos de salud.

En caso de considerar oportuno, con el consentimiento del adolescente, incluir:

- **Familiares o adultos referentes.** Dar pautas psico-educacionales que les permitan tener una actitud comprensiva y de cuidado frente al problema.
- **Amigos/ pares** que acompañan (novia/o, etc.). Capitalizar la situación crítica para promover una actitud reflexiva frente al impulso de beber ilimitadamente.

“ La situación de crisis es un momento privilegiado para establecer un nexo entre la persona y los servicios de salud. Puede constituirse en “puerta de entrada” a los servicios de salud. ”

“ La atención de urgencia es también una intervención preventiva. ”

5. Derivación asistida

Un episodio de CEEA que requirió asistencia no debe ser desestimado y deberá promoverse una derivación para seguimiento (evaluación diagnóstica integral y consejería en caso de CEEA).

CÓMO DERIVAR. Es fundamental que la derivación sea asistida. El integrante del equipo de salud debe acompañar y promover que el paciente establezca un vínculo con la institución de referencia.

A DÓNDE DERIVAR. Espacios de atención accesibles y amigables para adolescentes.

REFERENCIA CON TURNO OTORGADO previo al alta dentro de los 30 días subsiguientes.

Registro CEEA

Nombre y Apellido _____ Edad: _____

Sexo F M Fecha de nacimiento _____ DNI: _____

Email: _____ Dirección: _____

Tel. particular: _____ Tel. celular _____ MSJ Localidad: _____

Establecimiento _____ HC n° _____

Cobertura y/o protección social: _____ Escolaridad: _____

Llega acompañado/a: Si No Vínculo _____

Nombre y Apellido acompañante: _____

Edad: _____ Tel.: _____

Grupo familiar conviviente: _____

Marco general de la atención

Comunicación a la autoridad administrativa de protección de derechos

Si No

¿Por qué?

Notificación de confidencialidad

Si No

¿Por qué?

¿El paciente ha podido brindar su consentimiento?

Si No

¿Por qué?

Atención del paciente intoxicado (Intoxicación Alcohólica Aguda) Clínica de la intoxicación

Diagnóstico	Presuntivo	Clinico/Toxicológico	Certeza
Inicial o leve ¹ : <input type="checkbox"/>	Descripción		
Moderada / grave ² : <input type="checkbox"/>			

Examen Físico: Signos Vitales

FC _____

FR _____

TA _____

T°C _____

Escala de Glasgow _____

Estudios de laboratorio

Hemograma _____

Glucemia _____

Hepatograma con gama GT _____

Ionograma/ Ca²⁺-Mg²⁺ _____

Dosaje de drogas de abuso-
Creatina _____

EAB (Estado Ácido Básico) _____

Otros / Especificar _____

Estudios complementarios

Rx Torax _____

ECG _____

TAC _____

Otros / Especificar _____

Evaluación de Riesgo

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) Nunca (fin del cuestionario)

(1) Una ó menos veces al mes

(2) De 2 a 4 veces al mes

(3) De 2 a 3 veces a la semana

(4) 4 ó más veces a la semana

¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas (tragos) bebe en un día de consumo?

(0) 1 ó 2

(1) 3 ó 4

(2) 5 ó 6

(3) 7, 8 ó 9

(4) 10 ó más

¿Con qué frecuencia ingiere 6 ó más tragos en un solo día?

(0) Nunca

(1) Menos de una vez al mes

(2) Mensualmente

(3) Semanalmente

(4) A diario o casi a diario

Total _____

En todos los casos detectar y registrar:

Black-outs

Ingresos reiterados relacionados a ingesta de alcohol

Riesgo de suicidio

Embarazo

Consejería

Si No

¿Por qué?

Observaciones

Tratamiento instaurado

Tratamiento en guardia

Internación

UTI

Fallecimiento

Alta

Observaciones

Derivación asistida

Fecha _____

Hora del turno _____

Firma y aclaración del profesional

De ser necesario agregar más información, adjunte una hoja con el rótulo "Observaciones" con la firma y aclaración del profesional

1. Síntomas: Euforia, distimia, verbosidad, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival, vómitos

2. Síntomas: Agresividad, impulsividad, deterioro de la atención, juicio alterado. Torpeza en los movimientos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, hipotonía, hiporreflexia, miosis, hipotermia, hiponatremia, hipoglucemia, convulsiones, coma

“

*Tus derechos
son mis derechos,
pidamos que se respeten
y se cumplan
todos por igual!!!*

”

Leyenda extraída de los encuentros de Adolescentes y Salud “Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s” realizados durante 2011 en Jujuy y Santiago del Estero, Argentina.