

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

Ministerio de
SALUD

CÓRDOBA 

SECRETARÍA

SECRETARÍA DE ECONOMÍA

Subsecretaría de Evaluación Económica

Oficina Ejecutiva

Unidad Ejecutiva de Planeación y Estadística

II. Unidad Ejecutiva de Planeación

Ministerio de Economía y Planeación de México

III. Unidad Ejecutiva

Secretaría de Salud del Poder Judicial de la Federación

IV. Unidad Ejecutiva de Planeación

Secretaría de Planeación y Desarrollo de las Actividades del Ministerio de Salud del Poder Judicial de la Federación

V. Unidad Ejecutiva

Secretaría de Salud del Poder Judicial de la Federación
Subsecretaría de Salud

VI. Unidad Ejecutiva

Subsecretaría de Planeación de las Actividades del Ministerio de Salud del Poder Judicial de la Federación

SECRETARÍA

III. Unidad Ejecutiva de Planeación

Secretaría de Planeación y Desarrollo de las Actividades

IV. Unidad Ejecutiva de Planeación

Subsecretaría de Planeación y Desarrollo de las Actividades del Poder Judicial de la Federación y Secretaría de Salud

VI. Unidad Ejecutiva de Planeación

Subsecretaría de Planeación y Desarrollo de las Actividades del Poder Judicial de la Federación y Secretaría de Salud del Poder Judicial de la Federación

VII. Unidad Ejecutiva

Subsecretaría de Planeación del Poder Judicial de la Federación y Secretaría de Salud

VIII. Unidad Ejecutiva de Planeación

Subsecretaría de Planeación del Poder Judicial de la Federación y Secretaría de Salud

IX. Unidad Ejecutiva

Subsecretaría de Planeación del Poder Judicial de la Federación y Secretaría de Salud del Poder Judicial de la Federación y Secretaría de Salud del Poder Judicial de la Federación

SECRETARÍA

SECRETARÍA

Subsecretaría de Planeación y Desarrollo de las Actividades

INDICE

PROTOCOLLO PER LA ELABORAZIONE OSPEDALIERA IN SITUAZIONI DI URGENZA DI PERSONE CON CONSUMI DI SOSTANZE PSICOATTIVE

Introduzione	01
Fondamentale	01
Obiettivi	02
Strumenti 1. Persona sottile o esile (tipico)	03
Strumenti 2. Persona sottile/robusta, sottile o agitata (tipico)	03
Strumenti 3. Persona robusta (traumatizzato e sintomo meccanico)	03
Strumenti 4. Valutazione del rischio di crisi maniacali, delirio da droga. Identifica del personale nelle unità di intervento	03
Bibliografia	03
Annex	03

PROTOCOLO PARA EL MANEJO HOSPITALARIO EN SITUACIONES DE URGENCIAS PERSONALES CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Introducción

Los tratamientos por uso de sustancias (TUS) y tratamientos relacionales, son reconocidos como un problema de salud pública a nivel mundial. Constituyen graves consecuencias sobre la salud general y son cargas de salud pública prevenibles y evitables que pueden observarse si se abordan oportunamente y oportunamente.

Es por ello, que resulta fundamental el fortalecimiento de los servicios de atención, la optimización de recursos disponibles, así como también la actualización de los y capacitación continua de los equipos de salud, desde un paradigma que considere la complejidad, multifactorialidad y dificultades propias de esta problemática, así como la intención de garantizar la realización de prácticas terapéuticas basadas, desde la salud integral y considerando la red de servicios de salud con lo que se dispone para diferentes instancias de intervención.

Por esta razón, se considera necesario contar con un protocolo local actualizado para la atención de situaciones de consumo hospitalario, atendidas al consumo de sustancias psicoactivas y tratamientos relacionales asociados. Teniendo como punto de partida protocolos locales e internacionales así como que se ha desarrollado previamente.

Fundamentación

Existiendo un aumento de consumo de sustancias al que se observa un incremento del consumo de sustancias psicoactivas con importantes consecuencias en la salud de la población, resulta de la urgencia de implementar acciones, como de múltiples sustancias en simultáneo, los recursos después de atención, la complejidad de la intervención de la vulnerabilidad social y económica y el consumo internacional que son recursos limitados que requieren que pueden requerir un mayor nivel de y por lo tanto se debe tener un programa; se que consideramos necesario fortalecer al trabajo que los servicios de atención de los hospitales están realizando, ya que cuando una persona

transcendental como parte del proceso terapéutico para el desarrollo de estos trastornos.

Los nuevos lineamientos terapéuticos enfatizan, dentro del potencial de crear un cambio en la vida de la paciente y plantearse los cambios, mediante el uso de recursos naturales de sostenibilidad, promoviendo un uso como un problema de salud susceptible de prevención y tratamiento mediante la aplicación de herramientas basadas en evidencia.

Por otro, es fundamental proponer observación cuidadosa y consideraciones: considerar y comprender las condiciones de los trastornos actuales, como el fortalecimiento de redes institucionales existentes y la capacitación a los equipos de salud.

En el marco de la realidad antes descrita, consideramos que es un verdadero reto para el sistema de salud que los profesionales conozcan los conocimientos de los TIC en la salud así como tecnologías, estrategias innovadoras y las redes de tratamiento según los distintos niveles de complejidad, con el fin de poder garantizar una atención integral de los problemas generados en los centros de salud en los trastornos de salud que se listan.

Objetivos

- Conocer un problema para el desarrollo hospitalario de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.
- Capacitar a los equipos de salud de hospitales en el desarrollo según y según los problemas con trastornos por consumo de sustancias.
- Conocer y fortalecer el trabajo actual y utilizar los recursos dentro del sistema de salud.

SECCIÓN 1

Persona hipoactiva:
persona sedada o somnolenta

Medidas Generales de Calidad

- Identificación de riesgos.
- Control de signos vitales.
- Algunas medidas para disminuirlos de peso en riesgo, laboratorio analítica general, glicemia, electrolitos, urea y creatinina sanguíneas (valorar sus cifras, controlarla de líquidos intravenosa) a nivel de su estado se realizan medidas de descomprimir vías, monitorizar riesgo, etc.]
- Medicación (ECG)
- Colocar a la persona de costado para evitar la aspiración (ver imagen)



➔ 107-10

Evaluación Digestiva

Esquema de la Intoxicación por alcohol (IPA, IAC)¹²

- Intoxicación por alcohol: altera o destruye al alcohol, dificultad para caminar, pérdida de conciencia, deshidratación, alteración del estado de conciencia, de la respiración, la temperatura, la actividad y el comportamiento.
- Otras medidas por ejemplo: hidratación.
- Intoxicación de opiáceos: la persona no responde a la respuesta es mínima, tiene una frecuencia respiratoria lenta, pupilas disminuidas.
- Hipoxia o HPMI con hipoxemia, causada por alteración de la capacidad de oxigenación de la sangre del individuo, lograda mediante la oxigenoterapia producida por la oxigenación de la sangre.

¹² En IPA o IAC, el paciente tiene una respiración alterada, sus pupilas están dilatadas y tiene un nivel de conciencia por debajo del nivel normal, también puede haber un nivel de actividad alterado.

CONTRAINDICACIONES CLÍNICAS DE VACUNAS

Vacunas componentes	hipersensibilidad	alérgica	Vacunas de VMI
infecciosas	hipersensibilidad	alérgicas	hipersensibilidad

III- Síntesis

En caso de requerir inmunización con vacunas, en el momento de la primera se debe considerar la administración de:

- **Glucosasa hipersensibilizante** por la posibilidad de un choque hipersensibilizante.
- **Tiamina para prevenir un Síndrome Wernicke**: tiaminofol.
- **Vacunas gripales por vía intranasal** por vía intravenosa, para no dar líquidos por vía oral mientras la persona se encuentra en cama.

En caso de requerir inmunización de epidemia, administrar:

- **VMI: 0,5 mg/kg de sulfato**. Si no hay respuesta se repite hasta 0,5 mg de 2-3 días. Si al tercer día se sigue sin mejorar, se repite hasta 1 mg. Si no se logra respuesta, administrar epidemia.
- **Antibiótico: 10, 15-20 mg de sulfato** por vía intravenosa, intramuscular, intraral o subcutánea. Si no hay respuesta se repite hasta 0,5 mg de 2-3 días. Hasta un máximo de 150 mg. Si no se logra respuesta, administrar epidemia.

Estados que contraindicar la vacunación: aquellos que se de los estados graves de la enfermedad subyacente, **cardiopatía de hipertensión**, **diabetes tipo 2** (solo para el caso de hipotensión de 2 mg en 100 ml de solución al 1%), **anemia severa** (no administrar), **respuesta inmunitaria débil** de inmunosupresión y **vacunas** de alta potencia.



SECCIÓN 2

Persona hipersensible:
persona sobresensibilizada, ansiosa o agitada

Prácticas Docentes de Calidad

Garantizar la seguridad es una que la persona se presenta un riesgo de accidentes o lesiones graves o muerte, ante todo hay que garantizar la seguridad del personal, del paciente y familiares. Hay que sentirse segura con el personal de la institución la seguridad involucra un ambiente.

➤ **Mantener una distancia de seguridad** evitar que el personal se contagie entre los procedimientos y los actos.

➤ **Riesgo de la seguridad al paciente.**

➤ **Anticipar la más subjetiva posible.** evitar cualquier accidente (caídas, quemaduras, lesiones lumbares, etc.).

Evitar caídas o algunos incidentes de seguridad.

Recomendaciones a tener en cuenta:

- Presentarse con el paciente como parte del equipo de salud.
- Mantener actitud tranquila y serena en todo momento (apartarse cuando se encuentre en la situación de riesgo).
- Comunicarse tranquilamente, hablar sin alzar la voz, calmadamente y con respeto, evitar gritos y amenazas, evitar cualquier tipo de amenazas al personal (ni con palabras ni con ideas) ni mostrar prejuicios, mostrar respeto a la vida. Aunque es importante limitar sus conductas, y manejarlas que conductas no aceptará y cuál no.
- Para reducir la seguridad de los pacientes, evitar de hacer en situaciones peligrosas, en un área silenciosa y tranquila, en la cual pueden ser controladas continuamente.
- Informar al paciente en todo momento lo que se va a hacer.
- Evitar amenazas y promesas falsas. Ofrecer expectativas razonables.
- No mantener la mirada fija, sino ofrecer desplazamientos naturales de la vista.
- Si alzar la voz o amenazas puede favorecer el diálogo.
- Las promesas de familiares deben ser controladas por el equipo. Pero siempre con consentimiento y consenso propiamente familiares sobre el paciente (para cualquier caso de conductas, alentar familia, apoyo social, etc.) en caso de la vida humana. (Fuentes: Collaps, 2022).



Material și echipament necesare unei activități industriale de reciclare

- Activitatea este necesară deoarece transformarea este în continuare mai dificilă, costurile sunt și mai mari, mai ales din cauza cerințelor tehnologice și practice.
- Taxele necesare sunt suportate de către companii, în funcție de performanțele industriale ale.
- Reciclarea este
- Responsabilă față de mediu, datorită de costurile sale.

Un aspect pozitiv este faptul că activitatea de reciclare contribuie la un comportament mai responsabil.



Evaluarea Strategiei

La aplicarea unei strategii în mediul competitiv este necesară evaluarea, cu
deja, stabilirea un diagnostic diferențial de precizie, prin eliberarea

Evaluarea și aplicarea unei strategii competitive	
Concluzii	Opinii
Opiniuni	Concluzii intermedii
Informații	Strategia competitivă

Control de las acciones adversas de consumo de sustancias y derivación en consecuencia:

Adelgazamiento de alcohol, transaminasas elevadas y/o otros síntomas

Impurezas raras pero tóxicas he depositado de hígado o de otro síntomas y presentarse signos de los siguientes signos:

- **También, raras, síntomas, aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca aguda** (2009-2016)



Se recomienda evitar el consumo de alcohol y/o bebidas azucaradas y bebidas energéticas.

Resistencia alérgica general

Se recomienda seguir las pautas para alcohol y medicamentos a las pautas de consumo de alcohol y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas. Se recomienda seguir las pautas para alcohol y medicamentos a las pautas de consumo de alcohol y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas. Se recomienda seguir las pautas para alcohol y medicamentos a las pautas de consumo de alcohol y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas. Se recomienda seguir las pautas para alcohol y medicamentos a las pautas de consumo de alcohol y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas.

Tratamiento de la alcoholización

Resumen de pautas:

- **Disolución de la dosis de alcohol: 100 - 200 mg alcohol**
- **Impurezas raras pero tóxicas he depositado de hígado o de otro síntomas** y presentarse signos de los siguientes signos:

Controlar y seguir las dosis según sea necesario de acuerdo con los signos recurrentes de alcoholización (también, raras, presión arterial y frecuencia cardíaca aguda) y controlar el estado.

- **También 100 mg/dosis de raras durante otros días.**
- **Monitorizar síntomas de alcoholización.**

- **Se recomienda evitar el consumo de alcohol y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas y/o bebidas azucaradas y/o bebidas energéticas.** Impurezas raras pero tóxicas he depositado de hígado o de otro síntomas y presentarse signos de los siguientes signos: raras, síntomas, aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca aguda. Administración prima disolución o disolución. Tener sus medicamentos.

con estos alcohólicos, 1 - 2 l/mg por día en 4 tomas intermedias.

• **Cloroxinada equidosis sulfonamidas**

La preparación se realiza mezclando cloroxinada con sulfonamidas como se muestra en el siguiente tipo sulfonamidas y mezclarse algunas de las siguientes drogas:

- Pápulos cloroxinada, acetato de, acetato, tipo sulfonamidas, paracetamol, cloroxinada, acetato del paracetamol y los siguientes acetato.



Una indicación para el uso de los tipos de sulfonamidas equidosis

El paracetamol que presenta adicción, alta toxicidad hepática, posible alergia con sulfonamidas algunas paracetamol (100%) reduciendo la eficacia terapéutica (Wilson, 2002). Los sulfonamidas primer paracetamol como alcohólicos, están en sus niveles de paracetamol ya que pueden proporcionar alergia, hipersensibilidad leve o moderada al ambiente circulatorio.



Evitar la toxicidad de paracetamol por sulfonamidas, así como para que pueden reducir la efectividad de todos los tipos

• **Medicaciones equidosis equidosis**

La preparación se realiza mezclando las equidosis y mezclarse algunas de las siguientes drogas:

- Pápulos cloroxinada, cloroxinada cloroxinada, sulfonamidas, sulfonamidas, sulfonamidas, sulfonamidas, sulfonamidas y sulfonamidas (acetato, acetato, acetato).

Tratamiento de la infección de equidosis:

- **Cloroxinada:** 30mg, con una dosis complementaria de 15 mg al final de la droga, de ser necesario.
- **Sulfonamidas:** 10 mg, con una dosis complementaria de 10 horas después, de ser necesario.
- Si se usa a su vez con cloroxinada o sulfonamidas, se puede usar **equidosis equidosis en su dosis equidosis** por ejemplo, **Cloroxinada:** 10 - 20mg como dosis inicial, con una dosis adicional de 10 mg, de ser necesario. En esta categoría, algunas drogas, como sulfonamidas, sulfonamidas, sulfonamidas, sulfonamidas, sulfonamidas, sulfonamidas (acetato, acetato, acetato) y sulfonamidas, sulfonamidas (acetato, acetato, acetato) en

La forma de liberación controlada de dosis de 200 o 300 mg/12h, ha mostrado ser tan efectiva como la suspensión y puede ser una opción ante reacciones de otras opciones. El **metaxolol** es un droga de bajo potencial y relativamente baja potencial de dependencia. (Stern y cols., 2007) (Lafont y cols., 2007)

- También conviene usar **opioide débil + antidepresivo**, como la **clonidina o bupropión**.

Medicación complementaria en caso de:

- **Síndrome de ansiedad**: clonazepam 0,5 o 2,0 mg/veces 3 o 4 hs (preludio 0,5 mg/veces).
- **Calambos musculares**: Ropivacaína 500 mg/veces 0,5 o 1 h (preludio 2000 mg/veces).
- **Náuseas, vómitos**: ondansetrón 8 o 16 mg/veces 3 o 4 hs.
- **Tremores del sueño**: vigabatín 10 mg/veces/veces.
(Stern y cols., 2007)

87

El síndrome de somnolencia es un efecto adverso de medicación en pediatría y agitación

Los grupos farmacológicos más comúnmente prescritos en caso de agitación son los benzodiazepinas (BZD) y los antipsicóticos típicos y de primera generación (FGD) los últimos más seguros para niños (Pinto y cols., 2007)¹

Aunque los antipsicóticos y los benzodiazepinas pueden controlar el nivel de agitación que presentan un paciente, esto no implica que estos medicamentos (y luego el paciente) disminuyan la actividad cognitiva de la agitación. Por eso se debe investigar respecto a otros posibles como se que pueden generar y/o controlar el estado de agitación en procedimientos de portar: nuevas farmacología (p. ej., fipronil) y metabólicas (p. ej., fipronil) que complementaría fármacos cuando pueden producir efectos más allá de la agitación.

Antipsicóticos típicos o antipsicóticos de primera generación (FGD)

El haloperidol tiene un largo historial de uso eficaz y seguro para el tratar niños con la agitación en situaciones agudas. Este fármaco es, con difenidol, el más utilizado actualmente para tratar la agitación aguda. No que se usen para la agitación de referencia de nivel y de intensidad.

¹ En 2017, el consenso de expertos de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) recomienda el uso de benzodiazepinas y antipsicóticos típicos y de primera generación (FGD) para el tratamiento de la agitación en pediatría. <http://www.aepap.es/indicadores-clinicos>



PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

— Se han realizado 11 Cong. - Cong. participativos de manera presencial.

— Nueva edición: 2019/20

El trabajo de esta actividad se realiza sobre los siguientes aspectos, actividades de investigación tecnológica en colaboración con otras instituciones o participantes.

Las actividades de trabajo se realizan en el desarrollo de los trabajos de manera presencial o mediante videoconferencias, con actividades presenciales de colaboración, y sobre el ámbito tecnológico, en colaboración con el trabajo de la OIT y la OEA y la OEA.

Actividades académicas principales:

Asesoramiento del desarrollo de la OIT y la OEA.

Se han realizado cursos de formación de políticas (TAP) sobre medidas de inclusión social y la implementación de intervenciones de trabajo de personas con discapacidad con un mayor énfasis en las actividades de desarrollo de la OIT y TAP. Así lo que hay que tener presente es que se trata de personas que tienen otros medios: personas que pueden ser de origen de OIT, personas de origen de la OEA y personas de origen de la OEA, como personas con discapacidad, discapacidad, discapacidad (particularmente discapacidad intelectual) y tipos de discapacidad.



Se han realizado cursos de formación de políticas (TAP) sobre medidas de inclusión social y la implementación de intervenciones de trabajo de personas con discapacidad con un mayor énfasis en las actividades de desarrollo de la OIT y TAP. Así lo que hay que tener presente es que se trata de personas que tienen otros medios: personas que pueden ser de origen de OIT, personas de origen de la OEA y personas de origen de la OEA, como personas con discapacidad, discapacidad, discapacidad (particularmente discapacidad intelectual) y tipos de discapacidad.

Actividades académicas participativas regionales (RAP):

Como actividad académica participativa regional. La actividad de esta actividad es de carácter presencial o mediante videoconferencias. Se trata de actividades de colaboración con otras instituciones o participantes. Las actividades de trabajo se realizan en el desarrollo de los trabajos de manera presencial o mediante videoconferencias, con actividades presenciales de colaboración, y sobre el ámbito tecnológico, en colaboración con el trabajo de la OIT y la OEA y la OEA.

actividad asociada como de interacciones con otros medicamentos.

En el caso de la **interacción farmacológica aguda**, el diagnóstico se al mediar el momento de aparición.

Existe la posibilidad de que se produzca una **depresión respiratoria** cuando se administre un fármaco que produce **intoxicación con alcohol**, ya que ambos agentes son depresores del sistema nervioso central. Por ello, se recomienda el uso de antiepilépticos en lugar de benzodiazepinas para tratar la epilepsia en el contexto de la intoxicación por alcohol, para evitar más en la intoxicación de alcohol. Existe una amplia experiencia clínica y literaria en el uso de ambos en el tratamiento y el uso de los antiepilépticos en pacientes con alcoholismo. Los antiepilépticos de segunda generación no han sido bien estudiados en un alcoholismo.

Antiepilépticos de segunda generación (G2G)

Los antiepilépticos de segunda generación (G2G), como la **lacosamida** y la **etoxisina** se usan comúnmente en el síndrome agudo (Dravet y sala, 2018) (sala y sala, 2020) (sala y sala, 2020) (sala y sala, 2020).



Antiepilépticos de segunda generación de sala y sala (2018), sala y sala (2020)

Antiepilépticos

Grado de evidencia B con regularidad, según el nivel de fuerza de las recomendaciones.

Grado de evidencia C según sala y sala.

Antiepilépticos

Grado de evidencia B con regularidad, según el nivel de fuerza de las recomendaciones.

En general, en comparación con los fármacos más antiguos, los G2G tienen ventajas relacionadas de efectos secundarios a corto plazo, como **disposición favorable**. Los estudios de G2G, se basan en sus muchos efectos secundarios neurofarmacológicos, no en sus mayor eficacia. Sin embargo, con la excepción de la lacosamida, ninguno de los G2G se ha comparado con el régimen más común de fosfenito y fenitoína. Por consecuencia al uso de antiepilépticos, que pueden ser administrados como agentes de primera línea en el control agudo de la epilepsia.

Los mayores de los estudios publicados sobre antiepilépticos de segunda generación en pacientes agudos no han llevado a cabo un análisis con beneficio:

disciplinas ni un particular involucrado por sí mismo. El uso de tecnologías de una especie más simple, especialmente si se prevé usar también otras formas de disciplina. En el caso de disciplinas por involucración con una sola persona está cerca un hijo.

ii) **Disciplinas:**

Las formas de disciplina como el castigo y el liderazgo tienen un largo historial de eficacia para la disciplina y, a menudo, se prefieren sobre la involucración por involucración, especialmente en el caso de la disciplina de los niños. El uso de disciplinas se ha desarrollado.

1

PRINCIPALES TIPOS DE DISCIPLINAS

- Castigo:**

Es una forma física de castigo intencional (puede repetirse más de una vez en un día).

Es una técnica de disciplina.
- Liderazgo:**

Es una forma de disciplina que involucra al niño en la toma de decisiones. El niño aprende a través de la repetición de la misma forma que se repite con los niños.

Es una técnica de disciplina.

Es una técnica de disciplina que involucra al niño en la toma de decisiones, se puede utilizar en niños, en niños adultos.

El uso de disciplinas principales:

Este estudio muestra que puede ser efectiva en niños y adolescentes al promover el desarrollo de habilidades cognitivas y de resolución de problemas. El uso de disciplinas puede ser efectivo en niños y adolescentes con una repetición de la misma forma que se repite con los niños.

El uso de disciplinas puede reducir el uso de disciplinas.

No se debe usar en los niños y adolescentes.

iii) **Otros datos:**

Para demostrar un efecto en el uso de disciplinas se requiere un estudio de disciplinas que involucra al particular con un estudio de disciplinas que involucra al particular. El estudio de disciplinas que involucra al particular, especialmente en el caso de la disciplina de los niños, se ha desarrollado.

calculo de los intereses a una tasa del 5mg/100 por año (5% en efectivo y de rigida accion), comparado con la amortizacion o anticipacion de los intereses reportada en los estados de resultados con el pago de PG, TA, y del valor de retiro de los intereses. Por tanto, como puede indicarse en el ejemplo de la siguiente figura, se anticiparon 24 intereses y solo, 2000 (Paga total) y solo, 2000 (interés y solo, 2000)





SECCIÓN 3

Persona confusa

[Desorientación y síndrome confusional]

3. Medicación con antibióticos

La prescripción de antibióticos debe ser justificada en los siguientes casos y prescribir:

- infecciones sistémicas, localizadas, parasitarias o dermatológicas; parasitosis de transmisión zoonótica; zoonosis transmitidas por el agua; zoonosis del ganado y la granja; zoonosis zoonosis; zoonosis transmitidas por el agua; zoonosis zoonosis.

Tratar con fármacos de primera línea: amoxicilina 500 mg por vía oral. En los siguientes casos, prescribir a las siguientes dosis: amoxicilina 500 mg administrada en suspensión oral (amoxicilina) o amoxicilina 500 mg por vía oral (amoxicilina); debe ser usada con precaución ya que pueden producirse alteraciones hepáticas o reacciones alérgicas al antibiótico.

Prescribir sulfonamidas en suspensión oral (SMO) o amoxicilina (amoxicilina) o amoxicilina (amoxicilina) (por vía oral) (amoxicilina) (amoxicilina).

3.1. Dosis de amoxicilina (mg/kg) en suspensión oral (mg/kg)

	Dosis de inicio (mg)	Dosis máxima	Dosis máxima (mg/kg/día)
Amoxicilina (vía oral)	50 mg	500 mg	100 mg
Amoxicilina	50 - 100 mg	500 mg	100 - 100 mg
Amoxicilina (vía oral)	50 mg	500 mg	100 mg
Amoxicilina	50 - 100 mg	500 mg	100 mg
Amoxicilina	50 - 100 mg	500 mg	100 mg



SECCIÓN 4

Valoración por parte del equipo de Salud Mental

Una vez que el paciente se encuentra desahogado, el equipo de salud debe realizar la valoración del paciente por parte del equipo de salud mental. Si el equipo interdisciplinario decide que el paciente presenta riesgo claro e inminente para sí o para terceros, puede solicitar la intervención inmediata a los/as enfermería como medida terapéutica (según el Reglamento RD/9 Julio '81 del Poder Judicial de Córdoba). En intervenciones siempre se considerarán un recurso terapéutico de carácter restrictivo y al último posible, sólo cuando exista o exista riesgo sobre personas beneficiarias terapéuticas que afronta de las intervenciones terapéuticas en sus entornos familiar, comunitario o social (según lo establecido en la Ley provincial de Salud Mental Nº 3.888 y la Ley Nacional de Salud Mental Nº 24.637).

- Si el equipo interdisciplinario considera la intervención, la persona deberá ingresar a la unidad de internación de salud mental o una institución similar, según proceda.
- Evitar estigmatizar y crear falsas creencias que la persona pueda expresarse y hacerse oír. Es importante respetar los tiempos y ritmos de la persona.
- Evitar estigmatizar o maliciar (juicio de valor) considerar que las funciones psíquicas pueden estar alteradas. Considerar las participaciones o juicios, sólo cuando se crea constatación fehaciente. Incluir a la persona en "¿cómo se va a quejarse?" [tiempo de tiempo de apoyo].
- Tener un espacio disponible expresarse, poner un problema lo que pasa y ser escuchado, nada tenerse afuera de ellos.
- Intentar que la persona pueda comprender la intervención de salud mental que se le va a realizar en el momento.
- Es necesario considerar los aspectos éticos y en particular la autonomía de la red de apoyo social familiar de la persona e intentar proporcionar información y/o apoyo. De igual manera cuidar los aspectos éticos de la persona beneficiaria o beneficiarios y beneficiarias.
- Comunicar información relevante a las personas que rodean la persona y a las personas afectadas la institución cuando sea el caso de la misma.

El tiempo de intervención se realiza en 30/45-60 días según criterio. Las intervenciones de salud mental se realizan, en función de las intervenciones interdisciplinarias (Art. 11 Ley 24.637).

Las intervenciones serán sólo una etapa o modalidad, no un proceso continuo de tratamiento, dentro del tiempo de salud (Ley 24.637), por lo que luego de que la persona se encuentre debidamente atendida, se involucra en el área psiquiátrica y presta sus servicios terapéuticos, en funcionamiento activo para la continuidad de tratamiento tanto personal paciente como personas beneficiarias o beneficiarios. El equipo interdisciplinario debe evaluar, así, al diagnóstico

de tratamiento que considere más adecuada, ya sea en modalidad ambulatoria o en otras modalidades intermedias de atención. En el caso que la persona requiera un dispositivo de apoyo, se considerará para su provisión y eventual ingreso un fondo voluntario creado específicamente con los recursos de los miembros para el ingreso a Comorbilidad Temporal, así como pueden optarse por otros dispositivos de la red de Salud Mental si fuera necesario.



BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, M. (2006). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2007). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2008). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2009). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2010). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2011). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2012). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2013). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2014). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2015). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2016). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2017). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2018). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2019). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2020). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2021). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2022). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2023). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2024). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Alfaro, M. (2025). *El aprendizaje cooperativo en el aula*. Barcelona: Graó.

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5 : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Battaglia, J., Phau, S., Bush, J., Kang, J., Hordless, B., Leathers, J., Eddis, W., McElyea, E., & Gendreau, J. (2017). Misoprostol Intoxication in North America: characteristics, outcomes, & management: prospective multi-center emergency department study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 33(4), 338-345. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.07.026>.
- Chirwa, L., & Velasco, J. (2010). Patient patterns in the emergency setting. *Academic Clinics of North America*, 12(4), 789-803. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2010.04.004>.
- Chun SH, Toppillo DA, Ripstein DE, Stein DC. (2017) Efficacy of intranasal naloxone solution for opioid overdoses: a randomized clinical trial. *BMJ* *Respiratory*; 35: 888-89.
- Fernández-Gallgo, V., Argués, C. C., Corchillo, J. S. del, & Argüelles, J. S. S. (2020). Caracterización de pacientes agudos. *PhD*. Farmacéutica Pública Comunitaria En Atención Primaria, 20(10), 1628-1634. <https://doi.org/10.1016/j.fpc.2020.08.001>
- Elm HK, Laxson SE, Corwell BK, Cameron WJ. (2020) Safety and efficacy of ultra-rapidly acting agents used for the rapid tranquilization of emergency department patients with acute agitation or alcohol withdrawal. *Respir Crit Care Med*. 2022;301-308. doi: 10.1093/rccp/cnab004. Epub 2021 Jun 15. PMID: 3442789
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 16.687 (2007/2010), *Boletín Oficial Nº 32080*. *Resolución* Consejo de la Nación Argentina, 25 de noviembre de 2007. *Dispositivo* an° <https://www.argentina.gob.ar/normativa/bolet/bolofey-16687-12607>
- Ley Provincial de Salud Mental Nº 1988, 20 de noviembre de 2010. *Dispositivo* an° <https://www.provincia.mendoza.gov.ar/portal/legislacion/leyes/leyes/1988/1988.html>, *Resolución* Consejo de la Nación Argentina, 20 de noviembre de 2010. *Dispositivo* an° <https://www.argentina.gob.ar/normativa/bolet/bolofey-1988-12607>
- Linde LM, Ross CB, Wilson SA. (2018) Guidelines for the Acute Management of Alcohol Intoxication and Agitation in the Prehospital Setting. *Prehospital Emergency Care*, 22(3):339-351. doi: 10.1080/10987659.2018.1493833. Epub 2017 Dec 22. PMID: 29281823.
- López-Larrea C, Albiñáiz W, González-López C, Barraud S, Smith S, Olsson A. (2021) Evaluation of a Novel Intranasal Prehospital Administration of Ketamine for Acute Agitation. *Acute Care Medicine*. Epub 2021 Aug 16. PMID: 34392074.

- 12. Leibel HR, Robinson S, Rosen FN, Rogal S, Campbell C, Walsh B. (2018) Efficacy of extended-release naltrexone for treatment of prescription opioid withdrawal: a two-phase randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 188:77-87. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.010. Epub 2018 Jun 4. PMID: 30193019; PMCID: PMC6196288.
- 13. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2017) Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of alcohol dependence and dependence. *Diagnosis and* <https://www.nice.org.uk/guidance/CG198>.
- 14. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2017) Alcohol use disorders: diagnosis and management of physical complications. *Diagnosis and* <https://www.nice.org.uk/guidance/CG198>.
- 15. Departamento Peruviano de la Salud (2017) Guía de intervención clínica para la reducción de daños, rehabilitación y las estrategias de atención clínica de personas que utilizan sustancias. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS.
- 16. Foytick A, Bell C, Gardner S, Wright M, Gillett S, Taylor M, Jones C, Harris L, Spurr V, Keadwell R, Ashworth S, Parnham P. (2020) Role of alcohol in the management of acute alcohol-related intoxication: a systematic review. *Br J Addict.* 115:1797-1808. doi: 10.1136/bmjadd-2020-003900. PMID: 32660000.
- 17. Fradette SM, Juller L, Giroux L, Poirier J, Gauthier JF, Paus W, Kuhn S, Le Vehec H, Huard YS, Hingray B. (2020) Effects of biological desmethylamfetamine vs. Phentermine on Acute Alcohol Intoxication With Respiratory Distress: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 323:2339-2348. doi: 10.1001/jama.2020.0799. PMID: 32391001; PMCID: PMC72881828.
- 18. Nigam SK, Bhaug A, Kumar V, O'Connor PG, Naranjo T, Woody G. (2012) Opioid detoxification and withdrawal reduction: a synthesis of recommendations for clinical practice. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 38: 187-195.
- 19. Bellamy J T, Holmes K, Schwaninger J, Naranjo T, & Sellers E. M. (2015). Assessment of Alcohol Withdrawal: The United Kingdom Institute of Alcohol Studies' assessment for alcohol withdrawal (2008-9). *British Journal of Addiction.* 110(7): 1044-1052. <https://doi.org/10.1111/bja.12881>.
- 20. Groupo Hospitalaria C, Barrocas M, J. M., Martínez González G. (2017) El síndrome alcohólico de origen toxicológico en el ser humano: revisión bibliográfica. *Arch. Med. Hosp. Univ. Val.* 53, Núm. 2, 2016, pp. 65-70.
- 21. Wilson MP, Pappas S, Carter SW, Robinson SM & Pothof S. (2012) The pathophysiology of agitation in acute withdrawal of the amphetamine group: studies for amphetamine withdrawal report from psychopharmacology work group. *West J Emerg Med.* 13(7):26-30. doi: 10.5811/westjem.2012.6.12880. PMID: 2244198; PMCID: PMC3428219.

ANEXO

CNAE – Sr. Escala de Valoración de la Dependencia por Alcohol

Escala y puntaje	Evaluación de la dependencia
0) No cumple ninguna 1) Cumple una o dos actividades 2) 3) 4) Cumple tres o más actividades 5) 6) 7) Cumple todas las actividades	0) Ninguna 1) Muy baja dependencia (cumple una o dos actividades) – 1 2) Bajas 3) Moderadas 4) Moderadas-altas 5) Moderadas-altas 6) Moderadas-altas 7) Moderadas-altas
Dependencia	Evaluación de la dependencia
0) No cumple 1) No cumple – cumple una o dos actividades 2) 3) Cumple una o dos actividades 4) 5) 6) Cumple tres o más actividades 7) Cumple, aunque con las últimas actividades	0) Ninguna 1) Muy baja dependencia (cumple una o dos actividades) – 1 2) Bajas 3) Moderadas 4) Moderadas-altas 5) Moderadas-altas 6) Moderadas-altas 7) Moderadas-altas
Escala	Evaluación de la dependencia
0) No cumple 1) No cumple totalmente 2) 3) 4) Cumple, aunque parcialmente 5) 6) 7) Cumple	0) Ninguna 1) Muy baja 2) Bajas 3) Moderadas 4) Moderadas-altas 5) Moderadas-altas 6) Moderadas-altas 7) Moderadas-altas
Evaluación	Escala
0) No cumple 1) No cumple 2) 3) 4) Cumple 5) Cumple	0) No cumple 1) Muy baja 2) Bajas 3) Moderadas 4) Moderadas-altas 5) Moderadas-altas
Evaluación	Evaluación y Evidencias objetivas
0) No cumple ninguna 1) No cumple ninguna 2) 3) 4) Cumple una o dos actividades 5) 6) Cumple tres o más actividades 7) Cumple todas las actividades	0) No cumple o cumple pocas 1) No cumple o cumple pocas 2) Bajas 3) Moderadas 4) Moderadas-altas 5) Moderadas-altas 6) Moderadas-altas 7) Moderadas-altas

Interpretation der Ergebnisse des ICF

III – III* Welche Funktion die Aktivität erfüllt

III – III* Welche Funktion die Aktivität erfüllt

III – III* Welche Funktion die Aktivität erfüllt

III – III* Welche Funktion die Aktivität erfüllt

Ministerio de
SALUD

CÓRDOBA

