

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

### RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 339 -2016-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 13 de diciembre de 2016

**Vistos;** el Acta de Acuerdo de fecha 15 de julio de 2016 y la Nota Informativa Nº 147-UFSMC-HVLH-2016, emitida por el Responsable de la Unidad de Salud Mental Comunitaria del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del "Víctor Larco Herrera";

#### CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud, como Órgano Rector del Sector Salud conduce, regular y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respecto de los derechos fundamentales de la persona;

Que, la Ley 27783-Ley de Bases de la descentralización; fija las normas y procedimientos sobre el procesos de descentralización del gobierno, en aspectos administrativos, económicos, productivos, financieros, tributarios y fiscales; con el objeto de regular la estructura y correspondiente al Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. Asimismo, define las normas que regulan la descentralización administrativa, económica, productiva, financiera, tributaria y fiscal;

Que, la Ley 29889 – Ley que modifica el artículo 11º de la Ley 26842 – Ley General de Salud, establece que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. La atención de la salud mental se realiza en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial; siendo que la salud mental se realiza preferentemente de manera ambulatoria, dentro del entorno familiar, comunitario y social;

Que, el artículo 53º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera, aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, establece que el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, es la unidad orgánica encargada de brindar atención de Consulta Externa a los pacientes que lo requieren y promoción de la salud mental de los pacientes y sus familias y tiene asignado entre sus objetivos funcionales, ejecutar actividades programadas de carácter psicoeducativo, para los pacientes, sus familias, y por extensión a la comunidad en coordinación con la Dirección de la Red de Salud respectiva; supervisar, controlar y evaluar la eficiencia y eficacia de las actividades en Consulta Externa;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 322-2016-DG-HVLH se aprobó el Plan de Fortalecimiento de Competencias en Base a la Metodología de "Acompañamiento Clínico Psicosocial en el Hospital Víctor Larco Herrera, el cual comprende ejecutar las acciones en los departamentos de Piura, Cajamarca, Ayacucho, La Red Chilca-mala, la DRS de San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo;

Con la finalidad de poder incrementar progresivamente la cobertura y calidad de atención en salud mental, y en atención al documento del visto, la Responsable de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del Hospital Víctor Larco Herrera, en atención a la casuística de las regiones se han escogido los siguientes módulos, para su respectiva aprobación: "Módulo de Depresión de guía mhGAP", "Módulo de Alcoholismo de guía mhGAP" "Módulo de Intento Suicida de guía mhGAP" y "Módulo de OTR (ansiedad) de guía mhGAP"; en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su



aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Con el Visto bueno del Jefe del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, de la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con lo previsto por el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

**SE RESUELVE:**



**Artículo 1º.-** Aprobar, con eficacia anticipada al 18 de Julio del 2016, el Documento Técnico Denominado: **"MÓDULO DE DEPRESIÓN DE GUÍA MHGAP", "MÓDULO DE ALCOHOLISMO DE GUÍA MHGAP", "MÓDULO DE INTENTO SUICIDA DE GUÍA MHGAP" Y "MÓDULO DE OTR (ANSIEDAD) DE GUÍA MHGAP"**, que forma parte integrante de la presente Resolución.

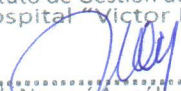


**Artículo 2º.-** El Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del Hospital "Víctor Larco Herrera", es la responsable de la difusión e implementación del citado Documento.

**Artículo 3º.-** Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar el referido Documento Técnico en el portal de internet del Hospital "Víctor Larco Herrera"

Regístrese y Comuníquese

Instituto de Gestión de Servicios de Salud  
Hospital "Víctor Larco Herrera"

  
.....  
Med. Noemí Angélica Collado Guzmán  
Directora General (e)  
C.M.P. 17783 R.N.E. 7718



NACG/MYRV.

**Distribución:**

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Archivo



## Depresión moderada-grave

En los típicos episodios depresivos, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de placer y bajo nivel de energía, lo que conduce a una disminución en la actividad durante por lo menos 2 semanas. Muchas personas con depresión también padecen de síntomas de ansiedad y síntomas somáticos sin explicación médica.

Este módulo cubre la depresión moderada-severa a lo largo de la vida, incluyendo infancia, adolescencia y vejez.

Una persona en la categoría de Depresión moderada-grave de la guía GI-mhGAP tiene dificultades para realizar su trabajo usual, sus actividades escolares, domésticas o sociales debido a los síntomas de depresión.

El manejo de los síntomas que no califiquen como depresión moderada-grave está cubierto en el módulo sobre Otros síntomas emocionales significativos o Padecimientos somáticos sin explicación médica. » OTR

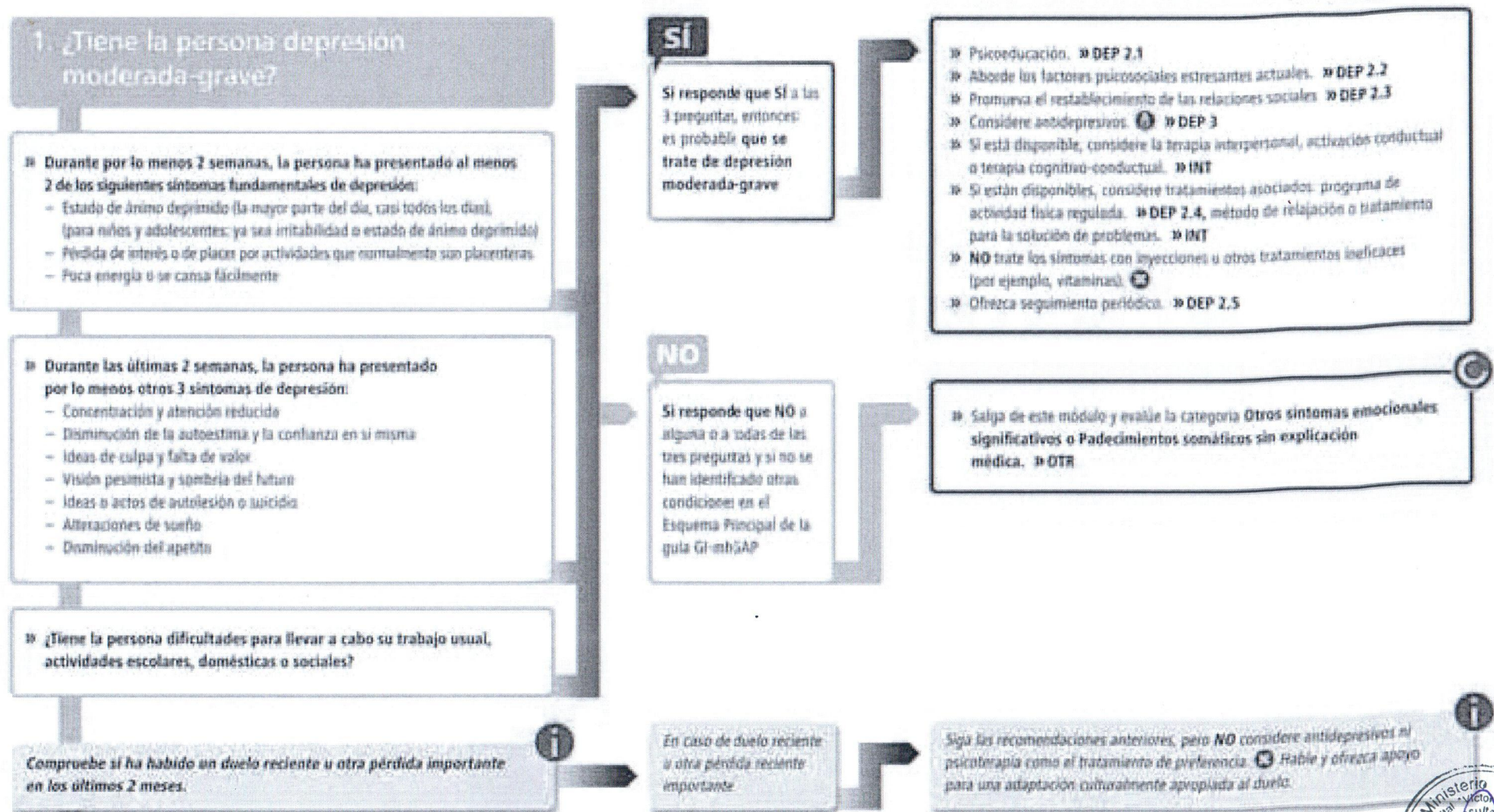
Es importante observar que las personas expuestas a grandes adversidades a menudo experimentan dificultades psicológicas que son consistentes con los síntomas de depresión, pero no necesariamente tienen depresión moderada-grave. Al considerar si la persona tiene depresión moderada-grave, es esencial evaluar si la persona no solo tiene síntomas, sino también dificultades en el funcionamiento diario debido a los síntomas.



# Depresión

DEP1

## Guía de Evaluación y Manejo



# Depresión

DEP1

## Guía de Evaluación y Manejo

### 2. ¿Tiene la persona depresión bipolar?

- ❖ Pregunte acerca de episodios anteriores de síntomas maníacos, tales como estado de ánimo extremadamente elevado, expansivo o irritable, aumento de actividad, hablar en exceso, fuga de ideas, menor necesidad de sueño, grandiosidad, distracción extrema, conducta temeraria. Refiérase al Módulo Trastorno Bipolar. ➔ TBP

**SI**

La depresión bipolar es probable si la persona tuvo:

- ❖ 3 o más síntomas maníacos de al menos 1 semana de duración, O
- ❖ Un diagnóstico de trastorno bipolar previamente establecido

- ❖ Maneje la depresión bipolar. Refiérase al Módulo Trastorno Bipolar. ➔ TBP

NOTA: Las personas con depresión bipolar están en riesgo de desarrollar manía. ¡Su tratamiento es diferente!

### 3. ¿Tiene la persona depresión con características psicóticas (ideas delirantes, alucinaciones, estupor)?

**SI**

Si responde SI

- ❖ Acompañe el tratamiento anterior para la depresión moderada-grave con un antipsicótico en consulta con un especialista. ➔ Refiérase al Módulo Psicosis. ➔ PSI

### 4. Condiciones concomitantes

- ❖ (Re)considere el riesgo de suicidio/ autolesión (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP)
- ❖ (Re)considere la posible presencia de trastorno por consumo de alcohol o por uso de otras sustancias (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP)
- ❖ Busque enfermedades médicas concomitantes, especialmente signos/síntomas que sugieran hipotiroidismo, anemia, tumores, enfermedad vascular cerebral, hipertensión, diabetes, VIH/SIDA, obesidad o abuso de medicamentos, que pueden causar o exacerbar la depresión (por ejemplo, esteroides)

**SI**

Si está presente una condición concomitante

- ❖ Maneje tanto la depresión moderada-grave como la condición concomitante.
- ❖ Monitoree la adherencia al tratamiento en las enfermedades médicas concomitantes, debido a que la depresión puede reducir la adherencia.





### 6. La persona es un niño o adolescente

Si tiene 12 años o más

Si tiene menos de 12 años

NO considere medicamentos antidepresivos como tratamiento de preferencia. **DEP 2.1**  
 Aborde los factores psicosociales estresantes actuales. **DEP 2.2**  
 Si está disponible, considere la psicoterapia interpersonal (PII) o terapia cognitiva conductual (TCC), actividad conductual. **INT**  
 Si están disponibles, considere tratamientos asociados: programa de actividad física regular. **DEP 2.4**, método de relajación o tratamiento para la solución de problemas. **INT**  
 Cuando los intervenciones psicosociales demuestran no ser efectivos, considere el tratamiento con fluoxetina (pero no con otros ISRS o ATO). **DEP 3**  
 Chequea seguimiento periódico. **DEP 2.5**

NO prescriba medicamentos antidepresivos. **DEP 2.1**  
 Ofrece psicoeducación a los padres. **DEP 2.1**  
 Aborde los factores psicosociales estresantes actuales. **DEP 2.2**  
 Chequea seguimiento periódico. **DEP 2.5**

### 5. La persona es una mujer en edad reproductiva

Embarazo actual conocido o posible  
 Último periodo menstrual, si está embarazada  
 Si la persona está amamantando

Si esta embarazada o está amamantando

Siga las recomendaciones anteriores de tratamiento para el manejo de la depresión moderada-grave, pero:

- Se deben evitar los antidepresivos dentro de lo posible durante el embarazo o la lactancia.
- Si no responde al tratamiento psicococial, considere usar la dosis efectiva más baja de antidepresivos.
- CONSULTE A UN ESPECIALISTA**
- Si está amamantando, evite medicamentos de acción prolongada, tal como la fluoxetina.

# Depresión



DEP2

## Detalles de la Intervención

### II Tratamiento y Consejo Psicosocial/No Farmacológico

#### 2.1 Psicoeducación

(para la persona y su familia, según corresponda)

- ❏ La depresión es un problema muy frecuente que le puede ocurrir a cualquier persona.
- ❏ Las personas deprimidas tienden a tener opiniones negativas e irrealistas de sí mismas.
- ❏ Es posible el tratamiento efectivo. Generalmente, transcurren por lo menos dos semanas antes de que el tratamiento reduzca la depresión. Es importante la adherencia a cualquier tratamiento prescrito.
- ❏ Es necesario poner énfasis en lo siguiente:
  - la importancia de **continuar**, en la medida de lo posible, con las **actividades que solían ser interesantes o placenteras**, independientemente de si las mismas parecen ser interesantes o placenteras en este momento;
  - la importancia de tratar de **mantener un ciclo de sueño regular** (es decir, acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes, evitar dormir en exceso);
  - el beneficio de la **actividad física periódica**, hasta donde sea posible;
  - el beneficio de **actividades sociales periódicas**, incluyendo la participación en actividades sociales habituales, hasta donde sea posible;
  - reconocer los **pensamientos de autolesión o suicidio** y regresar a buscar ayuda cuando se presenten;
  - en las personas mayores, la importancia de continuar buscando ayuda para los problemas de salud física.

#### 2.2 Abordaje de los factores psicosociales estresantes actuales

- ❏ Ofrezca a la persona la **oportunidad de hablar**, preferiblemente en un área privada. Pida a la persona su opinión sobre las causas de sus síntomas.
- ❏ Pregunte sobre los **factores psicosociales estresantes** actuales y, en la medida de lo posible, aborde las dificultades sociales y la capacidad para resolver problemas relacionados con factores psicosociales estresantes, o las dificultades para relacionarse, con la ayuda de servicios/recursos comunitarios.
- ❏ Evalúe y maneje cualquier situación de **maltrato, abuso** (por ejemplo, violencia doméstica) y **descuido** (por ejemplo, de niños o personas mayores). Póngase en contacto con los recursos legales y comunitarios, según corresponda.
- ❏ **Identifique los familiares de apoyo e involúcrole** lo más posible y de manera oportuna.
- ❏ **En niños y adolescentes:**
  - Evalúe y atienda los **problemas mentales, neurológicos y por uso de sustancias** (especialmente la depresión) en los padres (refiérase al Esquema Principal GI-mHGAPE).
  - Evalúe los **factores psicosociales estresantes de los padres** y tráteles oportunamente, con la ayuda de los servicios/recursos comunitarios.
  - Evalúe y maneje el **maltrato, la exclusión o el acoso escolar** (pregunte directamente sobre ello al niño o adolescente).
  - Si existen **problemas de rendimiento escolar**, hable con el maestro para conocer cómo se puede apoyar al estudiante.
  - Si fuera posible, proporcione a los padres formación en habilidades apropiadas al entorno cultural. ❏ INT

#### 2.3 Restablecer las redes sociales

- ❏ **Identifique las actividades sociales previas** de la persona que, si se reinician, tendrían el potencial de proveer apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias).
- ❏ Estimule las fortalezas y habilidades de la persona y motive a **reanudar las actividades sociales previas**, en la medida posible.

#### 2.4 Programa de actividad física regulada

(opción de tratamiento auxiliar para la depresión moderada-grave)

- ❏ Organización de actividades físicas de duración moderada (por ejemplo, 45 minutos) 3 veces por semana.
- ❏ Explore con la persona qué clase de actividad física es más atractiva y apóyela para que aumente gradualmente la cantidad de actividad física, comenzando por ejemplo con 5 minutos.

#### 2.5 Ofrecer seguimiento periódico

- ❏ Ofrezca seguimiento periódico (por ejemplo, personalmente en la clínica, por teléfono, o a través del personal de salud comunitario).
- ❏ **Vuelva a evaluar a la persona para verificar la mejoría** (por ejemplo, después de 4 semanas).



### Medicación Antidepresiva

#### 3.1 Iniciar la medicación antidepresiva

##### » Seleccione un antidepresivo

- Seleccione un antidepresivo en el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS. La fluoxetina (pero no otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la amitriptilina (así como otros antidepresivos tricíclicos (ATC) son antidepresivos mencionados en el Formulario de la OMS y están en la Lista Modelo de Medicinas Esenciales de la OMS. Refiérase a » DEP 3.5
- Cuando seleccione un antidepresivo para la persona, considere el patrón de síntomas que presenta, el perfil de los efectos secundarios del medicamento y la eficacia de los tratamientos antidepresivos previos, si hubiere.
- Para condiciones médicas coexistentes: antes de prescribir antidepresivos, considere la potencial interacción entre medicamento y enfermedad o entre los medicamentos. Consulte el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS.
- La combinación de antidepresivos con otros medicamentos psicotrópicos requiere la supervisión o consulta con un especialista.

##### » Háblele a la persona y a la familia sobre:

- la demora en el inicio del efecto;
- los posibles efectos secundarios y el riesgo de estos síntomas, que busquen ayuda inmediata si los mismos producen malestar, y cómo identificar las señales de manía;
- la posibilidad de síntomas de discontinuación/abstinencia si se omiten dosis, y que estos síntomas generalmente son leves y auto limitados, pero que ocasionalmente pueden ser graves, especialmente si la medicación se interrumpe abruptamente. Sin embargo, los antidepresivos no son adictivos;
- la duración del tratamiento, aclarando que los antidepresivos son efectivos tanto para el tratamiento de la depresión como para la prevención de su recurrencia.

#### 3.2 Precauciones que se deben considerar para la medicación antidepresiva en poblaciones especiales

##### » Personas con ideas, planes o actos de autolesión o suicidio

- Los ISRS son la primera opción.
- Evalúe frecuentemente (por ejemplo, una vez por semana).
- Para evitar la sobredosis en las personas que están en riesgo inminente de autolesión, asegúrese que dichas personas tienen acceso solamente a una limitada provisión de antidepresivos (por ejemplo, entregar el medicamento para una semana). Refiérase al Módulo Autolesión/Suicidio. » SU1 1

##### » Adolescentes de 12 años o más

- Cuando las intervenciones psicosociales demuestren no ser efectivas, considere el tratamiento con fluoxetina (pero no con otros ISRS u ATC).
- Donde sea posible, consulte al especialista de salud mental para tratar a los adolescentes con fluoxetina.
- Evalúe frecuentemente a los adolescentes que están siendo tratados con fluoxetina (idealmente una vez por semana) para saber si han surgido ideas suicidas durante el primer mes de tratamiento. Háblele al adolescente y a los padres sobre el aumento del riesgo de aparición de ideas suicidas y que deben ponerse inmediatamente en contacto si observan dichas características.

##### » Personas mayores

- Si es posible, se deben evitar los ATC. Los ISRS son la primera opción.
- Monitoree cuidadosamente los efectos secundarios, especialmente los de los ATC.
- Considere el aumento del riesgo de interacciones entre medicamentos, y proporcione más tiempo para la respuesta (un mínimo de 6 a 12 semanas antes de considerar que la medicación no es efectiva y 12 semanas si existe una respuesta parcial dentro de ese período).

##### » Personas con enfermedad cardiovascular

- Los ISRS son la primera opción.
- **NO** prescriba ATC a personas en riesgo de arritmias cardiacas importantes o con reciente infarto de miocardio.
- En todos los casos de enfermedad cardiovascular mida la presión arterial antes de prescribir ATC y observe para ver si se presenta hipotensión ortostática una vez que inicia los ATC.

#### 3.3 Monitoreo de las personas bajo medicación antidepresiva

##### » Si surgen síntomas de manía durante el tratamiento: suspenda inmediatamente los antidepresivos y evalúe y maneje la manía y el trastorno bipolar. » TBP

##### » Si las personas que están bajo tratamiento con ISRS muestran **acatisia marcada/prolongada** (impulso irrefrenable de moverse continuamente o incapacidad para permanecer quietos), revise el uso de la medicación. Cambie a ATC o considere el uso concomitante de diazepam (5 – 10 mg/día) durante un breve período (1 semana). En caso de cambiar a ATC, tenga presente la escasa tolerancia ocasional en comparación con los ISRS y el aumento del riesgo de cardiotoxicidad y toxicidad en sobredosis.

##### » Si el grado de adherencia es bajo, identifique y trate de abordar las razones del bajo nivel de adherencia (por ejemplo, efectos secundarios, costos, creencias de la persona sobre el trastorno y el tratamiento).



# Depresión



DEP2

## Detalles de la Intervención

### II Tratamiento y Consejo Psicosocial/No Farmacológico

#### 2.1 Psicoeducación

(para la persona y su familia, según corresponda)

- ❖ La depresión es un problema muy frecuente que le puede ocurrir a cualquier persona.
- ❖ Las personas deprimidas tienden a tener opiniones negativas e irrealistas de sí mismas.
- ❖ Es posible el tratamiento efectivo. Generalmente, transcurren por lo menos dos semanas antes de que el tratamiento reduzca la depresión. Es importante la adherencia a cualquier tratamiento prescrito.
- ❖ Es necesario poner énfasis en lo siguiente:
  - la importancia de **continuar**, en la medida de lo posible, con las **actividades que solían ser interesantes o placenteras**, independientemente de si las mismas parecen ser interesantes o placenteras en este momento;
  - la importancia de tratar de **mantener un ciclo de sueño regular** (es decir, acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes, evitar dormir en exceso);
  - el beneficio de la **actividad física periódica**, hasta donde sea posible;
  - el beneficio de **actividades sociales periódicas**, incluyendo la participación en actividades sociales habituales, hasta donde sea posible;
  - reconocer los **pensamientos de autolesión o suicidio** y regresar a buscar ayuda cuando se presenten;
  - en las personas mayores, la importancia de continuar buscando ayuda para los problemas de salud física.

#### 2.2 Abordaje de los factores psicosociales estresantes actuales

- ❖ Ofrezca a la persona la **oportunidad de hablar**, preferiblemente en un área privada. Pida a la persona su opinión sobre las causas de sus síntomas.
- ❖ Pregunte sobre los **factores psicosociales estresantes** actuales y, en la medida de lo posible, aborde las dificultades sociales y la capacidad para resolver problemas relacionados con factores psicosociales estresantes, o las dificultades para relacionarse, con la ayuda de servicios/recursos comunitarios.
- ❖ Evalúe y maneje cualquier situación de **maltrato, abuso** (por ejemplo, violencia doméstica) y **descuido** (por ejemplo, de niños o personas mayores). Póngase en contacto con los recursos legales y comunitarios, según corresponda.
- ❖ **Identifique los familiares de apoyo e involúcrales** lo más posible y de manera oportuna.
- ❖ **En niños y adolescentes:**
  - Evalúe y atienda los **problemas mentales, neurológicos y por uso de sustancias** (especialmente la depresión) en los padres (refiérase al Esquema Principal GI-mhEAP).
  - Evalúe los **factores psicosociales estresantes de los padres** y trátelos oportunamente, con la ayuda de los servicios/recursos comunitarios;
  - Evalúe y maneje el **maltrato, la exclusión o el acoso escolar** (pregunte directamente sobre ello al niño o adolescente);
  - Si existen **problemas de rendimiento escolar**, hable con el maestro para conocer cómo se puede apoyar al estudiante;
  - Si fuera posible, proporcione a los padres formación en habilidades apropiadas al entorno cultural. ❖ INT

#### 2.3 Restablecer las redes sociales

- ❖ Identifique las **actividades sociales previas** de la persona que, si se reinician, tendrían el potencial de proveer apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias).
- ❖ Estimule las fortalezas y habilidades de la persona y motive a **reanudar las actividades sociales previas**, en la medida posible.

#### 2.4 Programa de actividad física regulada

(opción de tratamiento auxiliar para la depresión moderada-grave)

- ❖ Organización de actividades físicas de duración moderada (por ejemplo, 45 minutos) 3 veces por semana.
- ❖ Explore con la persona qué clase de actividad física es más atractiva y apóyela para que aumente gradualmente la cantidad de actividad física, comenzando por ejemplo con 5 minutos.

#### 2.5 Ofrecer seguimiento periódico

- ❖ Ofrezca seguimiento periódico (por ejemplo, personalmente en la clínica, por teléfono, o a través del personal de salud comunitario).
- ❖ Vuélvase a evaluar a la persona para verificar la mejoría (por ejemplo, después de 4 semanas).



## Medicación Antidepresiva

### 3.1 Iniciar la medicación antidepresiva

#### » Seleccione un antidepresivo

- Seleccione un antidepresivo en el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS. La fluoxetina (pero no otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la amitriptilina (así como otros antidepresivos tricíclicos (ATC) son antidepresivos mencionados en el Formulario de la OMS y están en la Lista Modelo de Medicinas Esenciales de la OMS. Refiérase a **» DEP 3.5**
- Cuando seleccione un antidepresivo para la persona, considere el patrón de síntomas que presenta, el perfil de los efectos secundarios del medicamento y la eficacia de los tratamientos antidepresivos previos, si hubiere.
- Para condiciones médicas coexistentes: antes de prescribir antidepresivos, considere la potencial interacción entre medicamento y enfermedad o entre los medicamentos. Consulte el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS.
- La combinación de antidepresivos con otros medicamentos psicotrópicos requiere la supervisión o consulta con un especialista.

#### » Háblele a la persona y a la familia sobre:

- la demora en el inicio del efecto;
- los posibles efectos secundarios y el riesgo de estos síntomas, que busquen ayuda inmediata si los mismos producen malestar, y cómo identificar las señales de manía;
- la posibilidad de síntomas de discontinuación/abstinencia si se omiten dosis, y que estos síntomas generalmente son leves y auto limitados, pero que ocasionalmente pueden ser graves, especialmente si la medicación se interrumpe abruptamente. Sin embargo, los antidepresivos no son adictivos;
- la duración del tratamiento, aclarando que los antidepresivos son efectivos tanto para el tratamiento de la depresión como para la prevención de su recurrencia.

### 3.2 Precauciones que se deben considerar para la medicación antidepresiva en poblaciones especiales

#### » Personas con ideas, planes o actos de autolesión o suicidio

- Los ISRS son la primera opción.
- Evalúe frecuentemente (por ejemplo, una vez por semana).
- Para evitar la sobredosis en las personas que están en riesgo inminente de autolesión, asegúrese que dichas personas tienen acceso solamente a una limitada provisión de antidepresivos (por ejemplo, entregar el medicamento para una semana). Refiérase al Módulo Autolesión/Suicidio. **» SUI 1**

#### » Adolescentes de 12 años o más

- Cuando las intervenciones psicosociales demuestren no ser efectivas, considere el tratamiento con fluoxetina (pero no con otros ISRS u ATC).
- Donde sea posible, consulte al especialista de salud mental para tratar a los adolescentes con fluoxetina.
- Evalúe frecuentemente a los adolescentes que están siendo tratados con fluoxetina (idealmente una vez por semana) para saber si han surgido ideas suicidas durante el primer mes de tratamiento. Háblele al adolescente y a los padres sobre el aumento del riesgo de aparición de ideas suicidas y que deben ponerse inmediatamente en contacto si observan dichas características.

#### » Personas mayores

- Si es posible, se deben evitar los ATC. Los ISRS son la primera opción.
- Monitoree cuidadosamente los efectos secundarios, especialmente los de los ATC.
- Considere el aumento del riesgo de interacciones entre medicamentos, y proporcione más tiempo para la respuesta (un mínimo de 6 a 12 semanas antes de considerar que la medicación no es efectiva y 12 semanas si existe una respuesta parcial dentro de ese periodo).

#### » Personas con enfermedad cardiovascular

- Los ISRS son la primera opción.
- **NO** prescriba ATC a personas en riesgo de arritmias cardíacas importantes o con reciente infarto de miocardio.
- En todos los casos de enfermedad cardiovascular mida la presión arterial antes de prescribir ATC y observe para ver si se presenta hipotensión ortostática una vez que inicia los ATC.

### 3.3 Monitoreo de las personas bajo medicación antidepresiva

#### » Si surgen síntomas de manía durante el tratamiento: suspenda inmediatamente los antidepresivos y evalúe y maneje la manía y el trastorno bipolar. **» TBP**

#### » Si las personas que están bajo tratamiento con ISRS muestran **acatisia marcada/prolongada** (impulso irrefrenable de moverse continuamente o incapacidad para permanecer quieto), revise el uso de la medicación. Cambie a ATC u considere el uso concomitante de diazepam (5 – 10 mg/día) durante un breve periodo (1 semana). En caso de cambiar a ATC, tenga presente la escasa tolerancia ocasional en comparación con los ISRS y el aumento del riesgo de cardiotoxicidad y toxicidad en sobredosis.

#### » Si el **grado de adherencia es bajo**, identifique y trate de abordar las razones del bajo nivel de adherencia (por ejemplo, efectos secundarios, costos, creencias de la persona sobre el trastorno y el tratamiento).

# Depresión

DEP3

## Detalles de la Intervención

- Si la respuesta es inadecuada (los síntomas empeoran o no mejoran después de 4 – 6 semanas): revise el diagnóstico (incluyendo los diagnósticos de comorbilidad) y verifique si la medicación se ha tomado regularmente y prescrito en la dosis máxima. Considere aumentar la dosis. Si con la prescripción de la dosis máxima, los síntomas persisten durante 4 – 6 semanas, considere cambiar a otro tratamiento (es decir, tratamiento psicológico) ► INT, diferente clase de antidepresivos ► DEP 3.5). Cambie de un antidepresivo a otro con precaución, es decir: suspenda el primer medicamento, deje pasar unos días, si es clínicamente posible, inicie el segundo medicamento. Si cambia de fluoxetina a ATC, el espacio de tiempo debe ser mayor, por ejemplo, una semana.
  - Si no responde al ensayo adecuado de dos medicamentos antidepresivos o si no responde a un solo ensayo adecuado de antidepresivos y a un curso de terapia cognitiva conductual (TCC) o psicoterapia interpersonal (TPI): **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** ►
- ### 3.4 Terminación de la medicación antidepresiva
- Considere suspender la medicación antidepresiva cuando la persona (a) no tiene síntomas o tiene síntomas mínimos de depresión durante 9– 12 meses y (b) ha podido realizar actividades de rutina durante ese período de tiempo.
  - Termine el contacto de la siguiente manera:
 
    - Converse de antemano con la persona sobre la finalización del tratamiento.
    - Para los ATC y la mayoría de los ISRS (pero más rápido para la fluoxetina): reduzca gradualmente las dosis durante por lo menos un período de 4 semanas; algunas personas podrán requerir un período más prolongado.
    - Recuerde a la persona sobre la posibilidad de presentar síntomas de discontinuación / abstinencia por la suspensión o reducción de la dosis, y que estos síntomas generalmente son leves y auto limitados pero que ocasionalmente pueden ser graves, especialmente si el medicamento se suspende abruptamente.
    - Informe acerca de los síntomas temporales de recaída (por ejemplo, alteración del sueño o del apetito durante más de 3 días) y cuándo debe acudir para seguimiento de rutina.
    - Repita mensajes de psicoeducación, según corresponda. ► DEP 2.1
  - Monitoree y maneje los síntomas de abstinencia de los antidepresivos (comunes: mareo, náuseas, ansiedad, irritabilidad, fatiga, dolor de cabeza, náuseas, problemas de sueño)
 
    - Síntomas leves de abstinencia: tranquilice a la persona y monitoree los síntomas.
    - Síntomas graves de abstinencia: vuelva a introducir el antidepresivo en la dosis efectiva y reduzca de forma más gradual.
    - **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** ► si persisten síntomas significativos de discontinuación / abstinencia.
  - Monitoree los síntomas de depresión re-emergente durante la abstinencia del antidepresivo: prescriba el mismo antidepresivo a la dosis efectiva previa durante 12 meses adicionales, si los síntomas vuelven a aparecer.



### Detalles de la Intervención

Esta información es solo para referencia rápida y no tiene el propósito de ser una guía exhaustiva de los medicamentos, sus dosis y efectos secundarios. Se pueden encontrar detalles adicionales en "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud" (OMS-OPS, 2019) ([http://www.who.int/mental\\_health/management/psychotropic\\_book\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf))

### 3.5 Información sobre ISRS y ATC

#### Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS; por ejemplo, fluoxetina)

##### Efectos secundarios graves (sin mortales)

- Apatía marcada/prolongada (impulsos irresistibles de moverse continuamente o incapacidad de permanecer quieto).
- Alteraciones de coagulación en aquellas personas que usan regularmente aspirina y otros medicamentos anti-inflamatorios no-esteroides.

##### Efectos secundarios comunes

(La mayoría de los efectos secundarios disminuyen después de algunos días; ninguno es permanente)

- Inquietud, nerviosismo, insomnio, anorexia y molestias gastrointestinales, dolor de cabeza, disfunción sexual

##### Precauciones

- Riesgo de provocar manía en personas con trastorno bipolar

##### Tiempo para responder después del inicio de la dosis adecuada

- 4 – 6 semanas

##### Dosis de fluoxetina para adultos sanos

- Inicie el tratamiento con 20 mg diarios (para reducir el riesgo de efectos secundarios que afectan la adherencia, se puede empezar con 10 mg (por ejemplo, medio comprimido) una vez al día y aumentar a 20 mg si el medicamento es tolerado)
- Si no responde en 4 – 6 semanas o responde parcialmente en 6 semanas, aumente la dosis en 20 mg (dosis máxima de 60 mg) de acuerdo con la tolerancia y la respuesta a los síntomas.

##### Dosis de fluoxetina para adolescentes

- Inicie el tratamiento con 10 mg (por ejemplo, medio comprimido) una vez al día y aumente a 20 mg después de 1 – 2 semanas (dosis máxima de 20 mg).
- Si no responde en 6 – 12 semanas o responde parcialmente en 12 semanas, consulte a un especialista

##### Dosis de fluoxetina para personas mayores o con enfermedades médicas

- Inicie el tratamiento con comprimidos de 10 mg (si están disponibles) una vez al día o 20 mg (si no) por medio durante 1 – 2 semanas y luego aumente a 20 mg si lo tolera.
- Si no responde en 6 – 12 semanas o responde parcialmente en 12 semanas, aumente la dosis gradualmente (dosis máxima de 60 mg). Aumente la dosis de forma más gradual que en adultos sanos

#### Antidepresivos tricíclicos (ATC; por ejemplo, amitriptilina)

##### Efectos secundarios graves (sin mortales)

- Aritmia cardíaca

##### Efectos secundarios comunes

(La mayoría de los efectos secundarios disminuyen después de algunos días; ninguno es permanente)

- Hipertensión sistólica (riesgo de caída), boca seca, estreñimiento, dificultad para orinar, mareos, visión borrosa y somnolencia

##### Precauciones

- Riesgo de pasar a manía, especialmente en personas con trastorno bipolar
- Alteración de la capacidad para realizar ciertas tareas (por ejemplo, conducir un automóvil) – tome las precauciones necesarias hasta que la persona se acostumbre al medicamento.
- Riesgo de autotoxicidad (mortal en sobredosis)
- Si se da a consumidores regulares de alcohol, el efecto es más efectivo y la sedación es más fuerte.

##### Tiempo para responder después del inicio de la dosis adecuada

- 4 – 6 semanas (los síntomas de dolor y sueño también a mejorar en unos días)

##### Dosis de amitriptilina para adultos sanos

- Inicie el tratamiento con 50 mg a la hora de dormir
- Aumente en 25 a 50 mg cada 1 – 2 semanas, intentando alcanzar 100 – 150 mg en 4 – 6 semanas dependiendo de la respuesta y tolerancia
- Si no responde en 4 – 6 semanas o responde parcialmente en 6 semanas, aumente la dosis gradualmente (dosis máxima de 200 mg, en dosis separadas lo una sola dosis en la noche).

##### Dosis de amitriptilina para adolescentes

- **NO** prescriba amitriptilina para adolescentes.

##### Dosis de amitriptilina para personas mayores o con otras enfermedades médicas

- Inicie el tratamiento con 25 mg a la hora de dormir
- Aumente 25 mg cada semana, intentando alcanzar una dosis de 50 – 75 mg en 4 – 6 semanas
- Si no responde en 6 – 12 semanas o responde parcialmente en 12 semanas, aumente la dosis gradualmente (dosis máxima de 100 mg) en dosis separadas
- Monitoree para detectar la presencia de hipotensión ortostática

# Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC

Los trastornos derivados de los diferentes patrones de consumo de alcohol incluyen la intoxicación aguda por alcohol, consumo perjudicial de alcohol, síndrome de dependencia de alcohol y el estado de abstinencia de alcohol. La intoxicación aguda es un trastorno transitorio que sigue a la ingesta de alcohol y que causa alteraciones de la conciencia, del funcionamiento cognitivo, la percepción, el afecto o la conducta. El uso perjudicial de alcohol es un patrón de consumo que deteriora la salud. El daño puede ser físico (por ejemplo, enfermedad hepática) o mental (por ejemplo, episodios de trastorno depresivo). A menudo está asociado con consecuencias sociales (por ejemplo, problemas familiares o problemas en el trabajo).

La dependencia de alcohol es un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los cuales el consumo de alcohol assume una prioridad mucho más alta para un determinado individuo en comparación con otras conductas que alguna vez tuvieron un valor mayor. El estado de abstinencia de alcohol se refiere a un grupo de síntomas que se pueden presentar cuando se suspende el uso de alcohol después de un consumo diario y prolongado.



# Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol



ALC1

## Guía de Evaluación y Manejo para Casos de Emergencia



### 1. ¿Tiene la persona intoxicación aguda por alcohol?

#### Busque:

- Aliento a alcohol
- Lenguaje mal articulado
- Conducta desinhibida

#### Evalúe:

- Nivel de conciencia
- Conocimiento y percepción

SI

Si hay alteración del nivel de conciencia, de la función cognitiva, la percepción, el afecto o la conducta después de un consumo reciente de alcohol

La intoxicación por alcohol es probable

- Evalúe la vía respiratoria y la respiración
- Coloque a la persona sobre su costado para prevenir la aspiración en caso que vomite.
- Remita a la persona al hospital si es necesario, o obsérvela hasta que los efectos del alcohol hayan desaparecido.
- Si hay sospecha de envenenamiento por metanol, remita a la persona al hospital para que reciba tratamiento de emergencia.

### 2. ¿Tiene la persona características de abstinencia de alcohol?

La abstinencia del alcohol se presenta después de suspender el consumo excesivo de alcohol, típicamente entre 6 horas y 6 días después del último consumo

#### Busque:

- Temblor de las manos
- Sudoración
- Vómitos
- Aumento del pulso y de la presión arterial
- Agitación

#### Pregunte sobre:

- Dolor de cabeza
- Náuseas
- Ansiedad

**NOTA:** En casos graves se pueden presentar convulsiones y confusión.

SI

¿Es probable que la abstinencia sea GRAVE? Busque:

- Episodios previos de síntomas graves por abstinencia de alcohol incluyendo delirium y convulsiones
- Otros problemas médicos o psiquiátricos o dependencia de benzodiazepina
- Los síntomas graves de abstinencia ya están presentes solo unas horas después de suspender el consumo de alcohol

- Administre diazepam inmediatamente **ALC 3.1**
- Administre el tratamiento en el hospital o en un centro de desintoxicación, si está disponible.
- Si la abstinencia se complica a causa del delirium: **ALC 3.1**
  - Trate la abstinencia con diazepam
  - Atienda a la persona en un ambiente seguro
  - Mantenga una buena hidratación.
  - Si el delirium o las alucinaciones persisten a pesar del tratamiento de otros síntomas de abstinencia, entonces considere el uso de antipsicóticos como el haloperidol en dosis de 2.5–5 mg por vía oral hasta 3 veces al día.
- Si la abstinencia se complica a causa de una convulsión, administre diazepam en primera instancia y no use anticonvulsivos para prevenir futuras convulsiones.



# Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC 1

## Guía de Evaluación y Manejo

### 1. Explore la presencia de un patrón de consumo de alcohol y daño relacionado con el alcohol

▫ Pregunte si la persona consume alcohol:

Si responde Sí

▫ Pregunte si la persona consume alcohol de forma tal que la pone en riesgo de daño:

**cantidad y frecuencia de consumo**

- Ha consumido 5 ó más bebidas estándares (16-60 g de alcohol)\* en alguna ocasión en los últimos 12 meses.
- Consume en promedio más de dos bebidas por día
- Consume todos los días de la semana

\* Una bebida estándar es una medida de la cantidad de alcohol por consumo, generalmente entre 10 g y 12 g. Si la cantidad de alcohol contenida en una bebida estándar en ese país está fuera de estos límites, se necesitará ajustar el número de bebidas estándares.

**NOTA:** La detección de trastornos por uso de alcohol en la atención de salud de rutina.

El consumo de riesgo de alcohol y los trastornos por uso de alcohol son frecuentes. A excepción de las áreas donde hay muy poco consumo de alcohol, se debe preguntar a las personas que acuden al establecimiento de salud acerca de su uso de alcohol. Se puede hacer de manera informal o mediante el uso de un cuestionario, como el cuestionario OMS-AUDIT o el cuestionario OMS-ASSIST.

SI

Si responde Sí

▫ Obtenga una historia más detallada para detectar si hay consumo o dependencia perjudicial del alcohol (refiérase al punto 2 a continuación y a **ALC 2.1**)

Si no hay dependencia de alcohol

▫ El cuadro clínico es  
CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL,  
o  
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL

- Indique claramente los resultados de la evaluación sobre el consumo de alcohol y explique los vínculos entre este nivel de consumo de alcohol, los problemas de salud de la persona y los riesgos a corto y largo plazo de continuar consumiendo alcohol al nivel actual
- Pregunte acerca de otros consumos de sustancias
- ① **DRD 2.1**
- Sostenga una breve conversación sobre las razones por las cuales la persona consume alcohol.

① Para conocer los detalles, refiérase a **Intervenciones Breves** **ALC 2.2**

- Indique claramente la recomendación para reducir el consumo a niveles más seguros o para suspender por completo el consumo de alcohol y su buena disposición para ayudar a la persona a lograrla.
  - Si la persona está dispuesta a tratar de reducir o suspender el consumo de alcohol, entonces analice las formas de lograr este objetivo.
  - De lo contrario, comuníquese con confianza que se puede suspender o reducir el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y motive a la persona a regresar si desea analizar el asunto en más detalle.

- Ofrezca seguimiento en la próxima oportunidad.
- Obtenga el consejo de un especialista ② para las personas con consumo perjudicial actual de alcohol que no han respondido a las intervenciones breves.

② Si la persona es un adolescente, refiérase a **ALC 2.6**

② Si es una mujer que está embarazada o está amamantando, refiérase a **ALC 2.7**

# Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol



ALC 1

## Guía de Evaluación y Manejo para Casos de Emergencia



### 1. ¿Tiene la persona intoxicación aguda por alcohol?

#### Busque:

- ▶ Aliento a alcohol
- ▶ Lenguaje mal articulado
- ▶ Conducta desinhibida

#### Evalúe:

- ▶ Nivel de conciencia
- ▶ Conocimiento y percepción

SI

Si hay alteración del nivel de conciencia, de la función cognitiva, la percepción, el afecto o la conducta después de un consumo reciente de alcohol

La intoxicación por alcohol es probable

- ▶ Evalúe la vía respiratoria y la respiración
- ▶ Coloque a la persona sobre su costado para prevenir la aspiración en caso que vomite.
- ▶ Remita a la persona al hospital si es necesario, o obsérvela hasta que los efectos del alcohol hayan desaparecido.
- ▶ Si hay sospecha de envenenamiento por metanol, remita a la persona al hospital para que reciba tratamiento de emergencia.

### 2. ¿Tiene la persona características de abstinencia de alcohol?

La abstinencia del alcohol se presenta después de suspender el consumo excesivo de alcohol, típicamente entre 6 horas y 6 días después del último consumo.

#### Busque:

- ▶ Temblor de las manos
- ▶ Sudoración
- ▶ Vómitos
- ▶ Aumento del pulso y de la presión arterial
- ▶ Agitación

#### Pregunte sobre:

- ▶ Dolor de cabeza
- ▶ Náuseas
- ▶ Ansiedad

NOTA: En casos graves se pueden presentar convulsiones y confusión.

SI

¿Es probable que la abstinencia sea GRAVE? Busque:

- ▶ Episodios previos de síntomas graves por abstinencia de alcohol incluyendo delirium y convulsiones
- ▶ Otros problemas médicos o psiquiátricos o dependencia de benzodiazepina
- ▶ Los síntomas graves de abstinencia ya están presentes solo unas horas después de suspender el consumo de alcohol

- ▶ Administre diazepam inmediatamente → ALC 3.1
- ▶ Administre el tratamiento en el hospital o en un centro de desintoxicación, si está disponible.
- ▶ Si la abstinencia se complica a causa del delirium → ALC 3.1
  - Trate la abstinencia con diazepam
  - Atienda a la persona en un ambiente seguro
  - Mantenga una buena hidratación.
  - Si el delirium o las alucinaciones persisten a pesar del tratamiento de otros síntomas de abstinencia, entonces considere el uso de antipsicóticos como el haloperidol en dosis de 2.5-5 mg por vía oral hasta 3 veces al día.
- ▶ Si la abstinencia se complica a causa de una convulsión, administre diazepam en primera instancia y no use anticonvulsivos para prevenir futuras convulsiones.





# Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC2

## Detalles de la Intervención

- » Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para encontrar residencias asistidas o residencia de apoyo, así como también centros de vida independiente, si fueran necesarios. Al aconsejar y facilitar el tipo de residencia óptima, considere detenidamente la capacidad de la persona y la disponibilidad de alcohol u otras sustancias.

### 2.5 Apoyo a las familias y los cuidadores

Analice con las familias y los cuidadores el impacto que el consumo y dependencia de alcohol tiene sobre ellos mismos y sobre otros familiares, incluyendo los niños. Basada en la reafirmación de las familias:

- » Ofrezca una evaluación de sus necesidades personales, sociales y de salud mental.
- » Brinde información y educación acerca del consumo y la dependencia de alcohol.
- » Ayude a identificar fuentes de estrés relacionadas con el consumo de alcohol; explore métodos de afrontamiento y promueva conductas de afrontamiento efectivas.
- » Informe a la persona y ayúdela a acceder a grupos de apoyo (por ejemplo, grupos de auto ayuda para familias y cuidadores) y otros recursos sociales.

### 2.6 Uso de sustancias en la adolescencia

Aclere la naturaleza confidencial de la discusión sobre la atención de la salud, incluyendo en qué circunstancias se suministrará información a los padres o a otros adultos.

- » Identifique los asuntos subyacentes más importantes para el adolescente, teniendo en cuenta que ellos a menudo no pueden expresar bien sus problemas. Esto podría hacerse mediante preguntas abiertas que abarquen las áreas cubiertas por el acrónimo en inglés HEAD ( Hogar, Educación, Empleo/Alimentación, Actividades, Drogas y alcohol, Sexualidad, Seguridad/Suicidio) y permitiendo tiempo suficiente para el debate.

- » Los jóvenes pueden presentar una dependencia grave de alcohol, aunque casualmente sus problemas por uso de sustancias son menos graves que en los adultos. La aplicación de pruebas que detectan problemas de alcohol y droga es de igual importancia en adolescentes y adultos.

- » Brinde información a los padres y adolescentes con respecto a los efectos que el alcohol y otras sustancias tienen en la salud y el funcionamiento social de la persona.

- » Promueva un cambio en el entorno del adolescente en lugar de enfocarse directamente en el adolescente como el problema. Por ejemplo, promueva la participación en la escuela o el trabajo y en actividades después de clase/trabajo que ocupen el tiempo del adolescente, y promueva la participación en actividades de grupo que faciliten la adquisición de habilidades y la contribución a sus comunidades. Es importante que los adolescentes se involucren en actividades que les interesen.

- » Motive a los padres y/o a los adultos responsables a que se mantengan informados sobre dónde está el adolescente, con quién está, qué está haciendo, cuándo volverá a casa, y a que esperen que el adolescente sea responsable de sus actividades.

- » Aliente a los padres a establecer expectativas claras (y que al mismo tiempo estén preparados para negociarlas con el adolescente) y a analizar con él las consecuencias de su conducta y de su falta de cumplimiento con las expectativas.

- » Recomiende a los padres limitar las conductas propias que puedan estar contribuyendo al uso de sustancias de sus hijos, incluyendo la compra o suministro de alcohol o la provisión de dinero que se gasta en el uso de sustancias, teniendo en cuenta la posible influencia que su propio consumo de alcohol y sustancias puede tener en sus hijos.

### 2.7 Mujeres – Embarazo y lactancia

- » Aconseje a las mujeres que están embarazadas o que consideran quedar embarazadas evitar por completo el consumo de alcohol.

- » Aconseje a las mujeres que el consumo de alcohol durante los primeros meses de embarazo, aunque solo sean cantidades pequeñas, puede causar daño al feto en formación y que cantidades más grandes de alcohol pueden causar un síndrome de graves problemas del desarrollo conocido como Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).

- » Aconseje a las mujeres que están amamantando que eviten por completo el consumo de alcohol.

- » Teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia exclusiva (especialmente durante los 6 primeros meses), si la madre continúa consumiendo alcohol, se les debe aconsejar que limiten su consumo y que minimicen el contenido de alcohol en la leche materna, por ejemplo, amamantando antes de ingerir alcohol y no volviendo a amamantar hasta que los niveles de alcohol en la sangre bajen a cero (permitiendo aproximadamente 2 horas para cada bebida consumida, es decir, 4 horas si se han consumido DOS bebidas) o usando leche materna almacenada.

- » Se debe ofrecer a las madres con uso de sustancias y a sus hijos pequeños, los servicios de apoyo disponibles, incluyendo visitas adicionales después del parto, capacitación en buenas prácticas de crianza y atención infantil durante las visitas médicas.



# Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol

ALC 3

## Detalles de la intervención

### 3.2 Medicamentos para la prevención de recaídas después de la abstinencia

Algunos medicamentos ayudan al tratamiento de la dependencia de alcohol y aumentan las probabilidades de que la persona se mantenga abstemia. Los medicamentos principales son acamprosato, naltrexona y disulfiram. La decisión para usar cualquiera de estos medicamentos se debe tomar teniendo en consideración las preferencias de la persona, así como una evaluación del beneficio frente al riesgo (por ejemplo, existe riesgo excesivo si el medicamento es administrado por personal de salud que no está médicamente capacitado o si la persona tiene enfermedad hepática o está usando otras drogas). Si fuera posible, se deben evitar los tres medicamentos en mujeres que estén embarazadas o amamantando, y en personas con insuficiencia renal o hepática significativa, aunque cada situación se debe evaluar individualmente. Si existe la disponibilidad de un centro especializado, la persona puede ser referida a dicho lugar para recibir éste y otros tratamientos. Una respuesta efectiva con la administración de estos medicamentos puede incluir una reducción en la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, o una abstinencia completa.

#### 3.2.1 Acamprosato

En la persona dependiente del alcohol, el acamprosato suprime el ansia por consumir alcohol. Es preferible comenzar inmediatamente después de que se ha logrado suspender el consumo de alcohol. Se administra en una dosis de 2 comprimidos (cada uno contiene 333 mg de acamprosato), tres veces al día, excepto en las personas con un peso corporal de menos de 60 kg, en cuyo caso la dosis se reduce a 2 comprimidos dos veces al día. El tratamiento generalmente se administra durante 12 meses. Un 20 % de los pacientes pueden presentar reacciones adversas asociadas con el tratamiento de acamprosato. Las mismas incluyen diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, prurito, ocasionalmente erupción maculopapular, y rara vez reacciones cutáneas bullosas.

#### 3.2.2 Naltrexona

La naltrexona también suprime el ansia por ingerir alcohol. Se puede empezar después de la abstinencia de alcohol a una dosis de 50 mg por día. Luego se mantiene dentro del rango de 50-100 mg durante 12 meses. Es importante destacar que la persona no debe haber tomado ningún medicamento opiáceo en los últimos 7 días. Se debe advertir a la persona que la naltrexona bloqueará los medicamentos opiáceos en caso de que necesite analgesia opiáceo en el futuro cercano. Las reacciones adversas se presentan en aproximadamente 20% de los pacientes e incluyen náuseas, dolor abdominal, ansiedad, dificultades del sueño, dolor de cabeza, reducción de la energía, dolor de articulaciones y dolor muscular. Dosis más altas de naltrexona pueden producir toxicidad hepática y, si fuera posible, se deben realizar pruebas rutinarias de la función hepática.

#### 3.2.3 Disulfiram

El efecto del disulfiram está basado en el temor a la reacción desagradable y potencialmente peligrosa cuando la persona que está tomando el medicamento consume alcohol. Las reacciones incluyen rubor facial, náuseas, vómitos y desvanecimiento. Se debe informar a la persona acerca de este mecanismo de acción y la naturaleza de la reacción disulfiram-alcohol, incluyendo el hecho de que 15,000 pacientes tratados con disulfiram fallecieron a causa de la reacción con el alcohol (esta cifra es baja en comparación con el riesgo de morir por dependencia de alcohol no tratada). Se debe ofrecer disulfiram a los pacientes motivados cuya adherencia al tratamiento puede ser monitoreada por el personal, los cuidadores o familiares que administran el tratamiento, y cuando los profesionales de atención de la salud conocen perfectamente los posibles efectos adversos, incluyendo la reacción disulfiram-alcohol. La dosis generalmente es de 20 mg al día. Las reacciones adversas incluyen somnolencia, fatiga, náuseas, vómito, reducción de la libido, y menos comunes son las reacciones psicóticas, dermatitis alérgicas, neuritis periférica o daño de las células hepáticas. El disulfiram está contraindicado en personas con enfermedad coronaria del corazón, insuficiencia cardíaca, historia de enfermedad vascular cerebral, hipertensión, psicosis, trastornos graves de la personalidad o riesgo suicida.

