

Adaptación de Guías de Atención para Colombia



Se presenta a continuación, el resultado de las adaptaciones originadas en el Taller de asesores y expertos, realizado del 21 al 23 de junio de 2016 en la sede la OPS/OMS en Bogotá, Colombia. Aún están pendientes algunos cambios que serán introducidos en el momento de tener respuesta de las consultas realizadas. Estas se incorporarán en el documento final que se subirá al CVSP el 15 de julio/16.

Índice



Principios generales de la atención de la salud.....	4
Depresión.....	9
Psicosis.....	16
Trastorno Bipolar.....	22
Epilepsia /Crisis epiléptica.....	28
Trastornos del Desarrollo.....	41
Trastornos de la Conducta.....	45
Demencia.....	49
Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol.....	60
Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas.....	68
Autolesión / Suicidio.....	75
Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente.....	80
Condiciones específicamente relacionadas con el estrés.....	81

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 6, primer columna, cuarta viñeta.	“Responda con sensibilidad a la revelación de información privada y problemática (por ejemplo, en relación con violaciones sexuales o actos de autolesión)”	“Responda con sensibilidad y garantice la confidencialidad a la revelación de información privada y problemática. Por ejemplo con relación a violaciones sexuales, actos de autolesión, conflicto armado población vulnerable. Infórmese sobre el contexto socio – político en el cual está trabajando.”	Se amplían asuntos como la confidencialidad y se incluyen otros ejemplos

1

Principios generales de la atención de la salud

1. Comunicación con las personas que buscan atención de la salud y con sus cuidadores

- Asegúrese que la comunicación sea clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- Sea amigable, respetuoso e imparcial en todo momento.
- Emplee lenguaje sencillo y claro.
- Responda con sensibilidad a la revelación de información privada y problemática (por ejemplo, en relación con violaciones sexuales o actos de autolesión).
- Brinde información a la persona acerca de su estado de salud en términos que los capaz de entender.
- Pregúntele cuál es su entendimiento respecto de la condición que padeció.

2. Evaluación

- Obtenga una historia médica, historia de los síntomas que presenta, historia pasada e historia familiar, según corresponda.
- Realice una evaluación física general.
- Según sea apropiado, evalúe, atienda o remita cualquier condición médica concomitante.
- Evalúe para detectar problemas psicosociales, observando los problemas en las relaciones sociales actuales y pasadas, las condiciones de vida y circunstancias financieras, y cualquier otro acontecimiento estresante en curso.

3. Tratamiento y monitoreo.

- Determine la importancia del tratamiento para la persona así como también su disposición para participar en el tratamiento.
- Determine las metas para el tratamiento de la persona afectada y realice un plan de tratamiento que respete sus preferencias de atención de salud (también las de sus cuidadores, si corresponde).
- De acuerdo con el paciente, diseñe un plan para la continuación y seguimiento del tratamiento.
- Infórmele sobre la duración esperada del tratamiento, los posibles efectos secundarios de la intervención, cualquier opción de tratamiento alternativa, la importancia de la adherencia al plan de tratamiento y sobre el probable pronóstico.
- Explique las dudas e inquietudes en relación con el tratamiento y comuníquele de manera realista las expectativas de un mejor funcionamiento y recuperación.
- Evalúe de manera continua los efectos y resultados del tratamiento, las interacciones de los medicamentos (incluyendo interacciones con el alcohol, medicamentos adyuvantes, un recado médico y medicinas complementarias/tradicionales) y los efectos adversos del tratamiento, ajustándolo según corresponda.
- Facilite las derivaciones a especialistas, si están disponibles y según se requiera.
- Realice esfuerzos para involucrar a la persona con el apoyo comunitario.
- Durante el seguimiento, evalúe las expectativas de la persona en relación con el tratamiento, el estado clínico, la comprensión y la adherencia al mismo, y corrija cualquier concepto equivocado que la pueda tener al respecto.

- Alerte a la autoevaluación de los síntomas y explique cuándo se debe buscar atención inmediata en los servicios de salud.
- Registre en la historia clínica los aspectos claves de la relación de la persona con su familia.
- Utilice recursos de la familia y comunitarios para contactar con los personas que no han regresado a su sesión de seguimiento periódica.
- Solicite visitas de seguimiento más frecuentes para las mujeres embarazadas o mujeres que están planeando quedar embarazadas.
- Cuando trate a mujeres embarazadas o a mujeres que están amamantando, evalúe los riesgos potenciales de los medicamentos sobre el feto o lactante.
- Asegúrese de monitorear a los bebés de mujeres que están bajo medicación y que están amamantando, con el fin de detectar si existen efectos adversos o síntomas de abstinencia y realice exámenes completos, si se requiere.
- Solicite sesiones de seguimiento más frecuentes para los adultos mayores con trastornos, privación y pérdida de independencia asociada o que están en situación de aislamiento social.
- Asegúrese que las personas sean tratadas de manera integral, satisfaciendo las necesidades de salud mental de las personas con trastornos físicos, así como también las necesidades de salud física de las personas con trastornos mentales.

4. Movilización e incentivación del apoyo social

- Sea sensible a los retos sociales a los que puede tener que enfrentarse la persona y observe cómo estos retos pueden influir en la salud física y mental y en el bienestar de la persona.

© mhGAP Principios generales de la atención de la salud

Gráfico 1. Guía de intervención mhGAP. Página 6

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 7, primer columna, punto 5, primer viñeta	“Preste atención especial a los estándares nacionales e internacionales de los derechos humanos (Cuadro 1)”	Se crea cuadro 2 con Legislación Nacional de Salud Mental (Anexo 1)	
2. Pág. 7, primer columna, punto 5, tercer viñeta	“Brinde servicios que respeten la dignidad de la persona, que sean culturalmente sensibles y apropiados y libres de discriminación a causa de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra clase, origen nacional, étnico, indígena o social, propiedad, nacimiento, edad u otras condiciones”	“Brinde servicios que respeten la dignidad de la persona, que sean culturalmente sensibles y apropiados y libres de discriminación a causa de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra clase, origen nacional, étnico, indígena o social, propiedad, nacimiento, edad, población LGBTI, privada de la libertad, habitante de calle, víctimas de violencia, adultos mayores, personas con discapacidad u otras condiciones”	Se agrega en el texto “...población LGBTI, privada de la libertad, habitante de calle, víctimas de violencia, adultos mayores, persona con discapacidad...”
3. Pág. 7 segunda columna, cuarta viñeta	“Evite el estigma, la marginalización y la discriminación, y promueva la inclusión social de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, fomentando vínculos sólidos con los sectores de empleo, de educación, el sector social (incluyendo vivienda) y otros sectores relevantes.”	“Evite el estigma, los prejuicios, la marginalización y la discriminación, y promueva la inclusión social de las personas con trastornos mentales, neurológicos, por uso de sustancias, y en condiciones de vulnerabilidad y riesgo; fomentando vínculos sólidos con los sectores de empleo, de educación, el sector social (incluyendo vivienda) y otros sectores relevantes.”	Se cambia la redacción incluyendo en el texto las frases: “...los prejuicios...” y “...y en condiciones de vulnerabilidad y riesgo...”
4. Pág. 7, segunda columna, punto 6, cuarta viñeta	“Informe a las personas sobre otras condiciones de riesgo (por ejemplo, sexo sin protección)”	“Informe a las personas sobre otras condiciones, por ejemplo sobre conductas sexuales de riesgo”	Hay un cambio de redacción
5. Pág. 7, finalizado el punto 6	Agregar un punto 7, titulado “Grupos Poblacionales Priorizados” (anexo 2)		

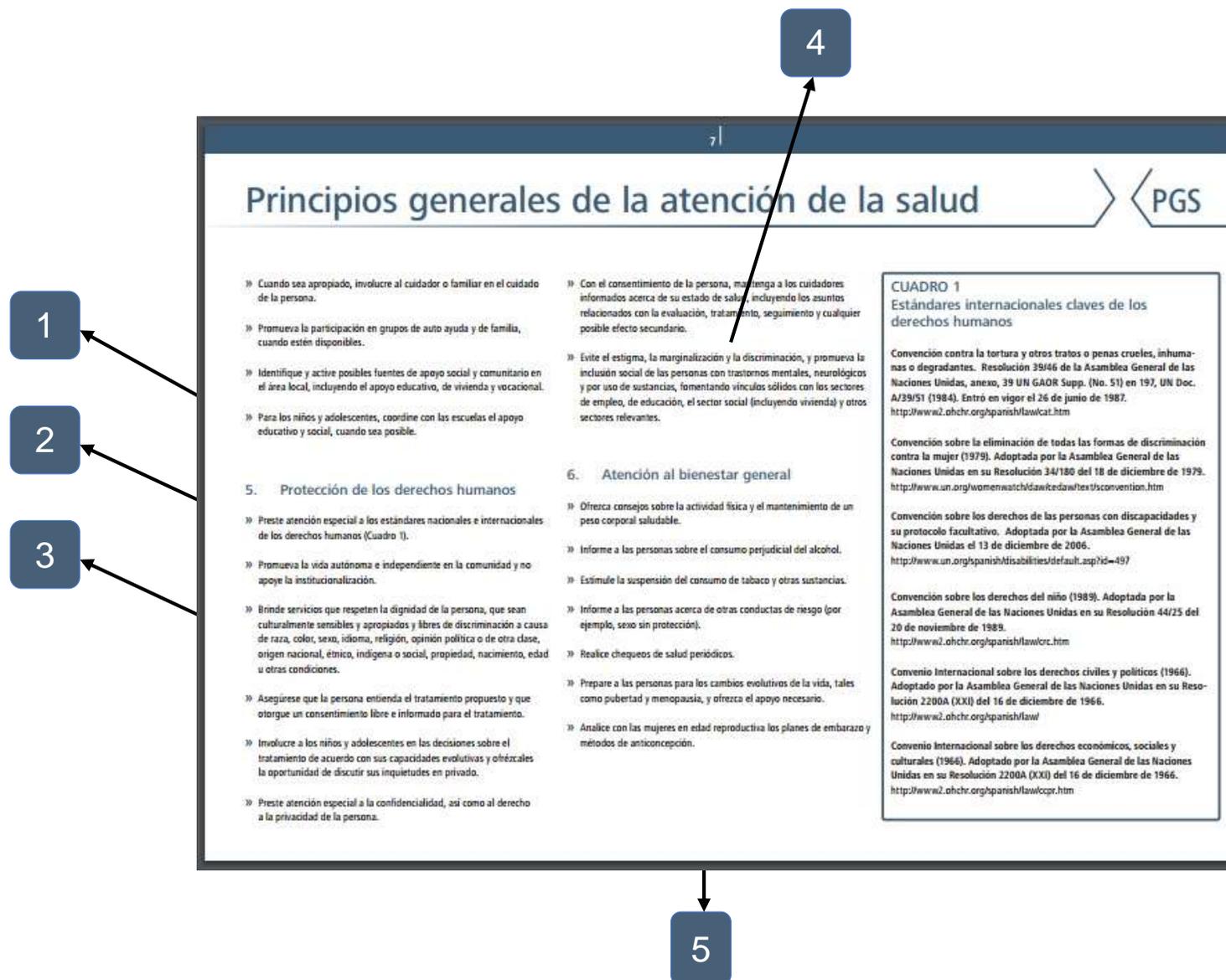


Gráfico 2. Guía de intervención mhGAP. Página 7

ANEXO 1

Legislación Nacional de Salud Mental

Ley 16161 de 2013 de Salud Mental

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Ley 1414 de 2010 de Epilepsia

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40746>

Ley 1448 de 2011 de Víctimas y Restitución de Tierras

http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/ley_victimas/ley_victimas_completa_web.pdf

Ley 1618 de 2013 de Discapacidad

http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1618_2013.htm

Conferencia Regional de Salud Mental – Consenso de Panamá

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>

Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Declaración de Caracas 1990

https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

Ley 1566 de 2012 para la atención integral de personas que consumen sustancias psicoactivas

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=48678>

Plan Nacional de Reducción de Consumo de Sustancias Psicoactivas

http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/savia/esp/Plan%20NacionalColombia20092010.pdf

Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

ANEXO 2

Grupos Poblacionales Priorizados

- * Recuerde que los niños, niñas y adolescentes son sujetos prioritarios de atención.
- * Asegúrese de conocer el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.
- * Asegúrese de conocer el modelo de atención en salud para la población privada de la libertad.
- * La atención puede generar fatiga o agotamiento en el profesional. Por lo anterior es necesario que evalúe constantemente sus actitudes, reacciones y emociones que emergen frente a la atención. Recuerde que su salud mental es importante para su ejercicio profesional y disminuye situaciones riesgo.
- * En el caso que la persona se bloquee y no pueda continuar, tenga en cuenta los principios de la escucha activa.
- * Permita la reacción emocional, reconózcala y recíbala. Sea empático con el dolor del otro.
- * Haga preguntas que le permitan entender los aspectos significativos para la salud de la persona desde su contexto.
- * Apoyarse en aspectos de medicina tradicional de la cultura propia para favorecer la adherencia del tratamiento.
- * Orientar las acciones de acuerdo al contexto cultural y material de la comunidad donde se habita.

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 11, primer columna, último recuadro, última viñeta	“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)”.	“Busque enfermedades médicas concomitantes, especialmente signos /síntomas que sugieran hipotiroidismo, anemia, tumores, enfermedad vascular cerebral, hipertensión, diabetes, VIH / SIDA, obesidad, epilepsia o abuso de medicamentos, que pueden causar o exacerbar la depresión (por ejemplo, esteroides)”.	Se incluye en la redacción la palabra “epilepsia”

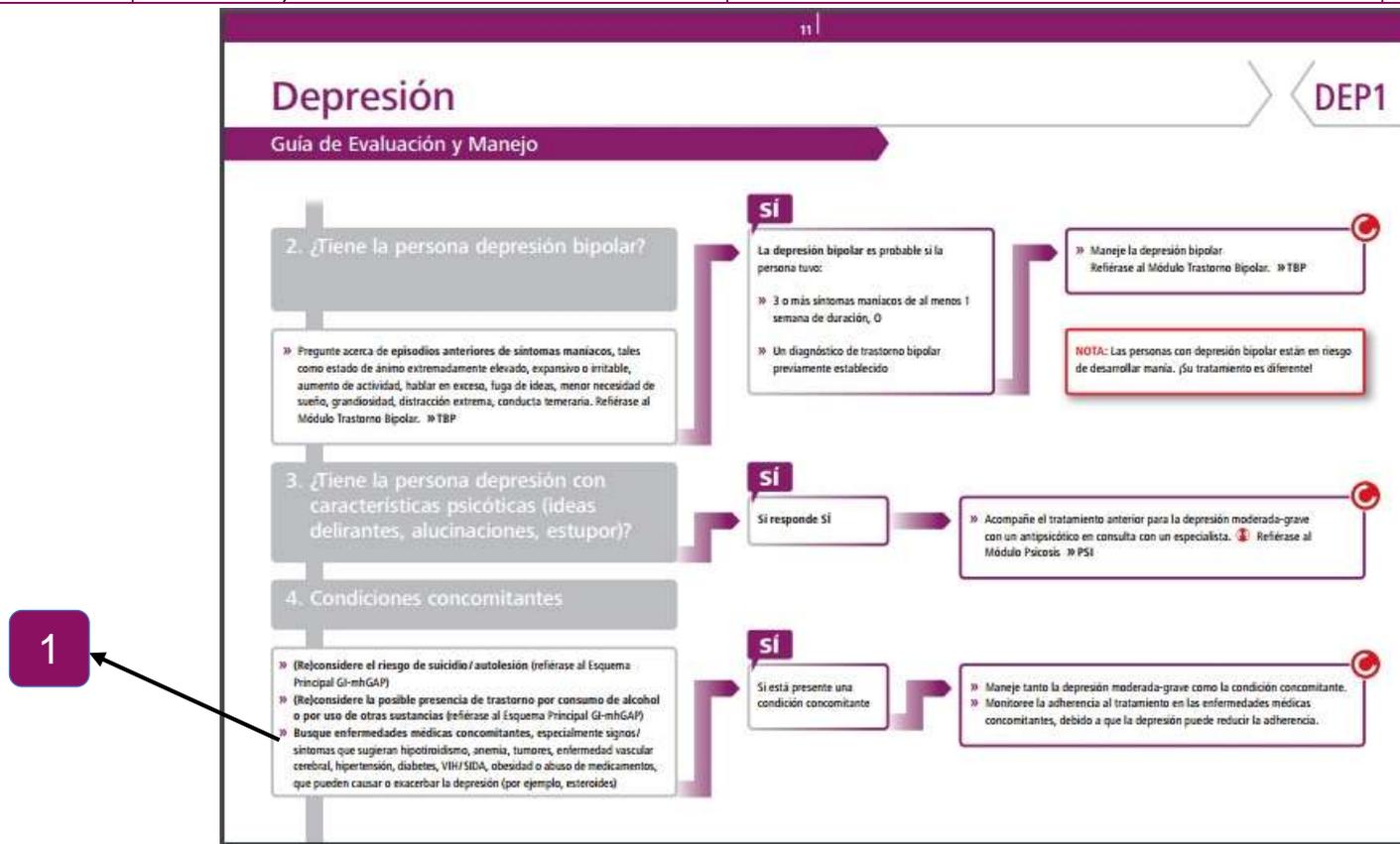


Gráfico 3. Guía de intervención mhGAP. Página 11

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 12, última columna, primer recuadro, primer viñeta	“Se debe evitar los antidepresivos dentro de lo posible durante el embarazo o la lactancia”	“Remita a especialista en psiquiatría”	Cambiar la frase por la sugerida
2. Pág. 12, última columna, primer recuadro, tercer viñeta	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA”	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA en psiquiatría o psiquiatría de niños/ niñas/ adolescentes en modalidad presencial”	Se amplía el párrafo con más información
3. Pág. 12, última columna, segundo recuadro, primer viñeta	“NO prescriba medicamentos antidepresivos”	“Consulta a especialista en psiquiatría o psiquiatría de niños/ niñas/ adolescentes en modalidad presencial”	Se modifica la frase inicial por la sugerida
4. Pág. 12, última columna, último recuadro, sexta viñeta	“Cuando las intervenciones psicosociales demuestren no ser efectivas, considere el tratamiento con fluoxetina (pero no con otros ISRS o ATC).”	“Cuando las intervenciones psicosociales demuestren no ser efectivas, se debe hacer consulta presencial con especialista en psiquiatría o psiquiatría de niños/niñas/ adolescentes en modalidad presencial	Se hace modificación de la última parte del fragmento

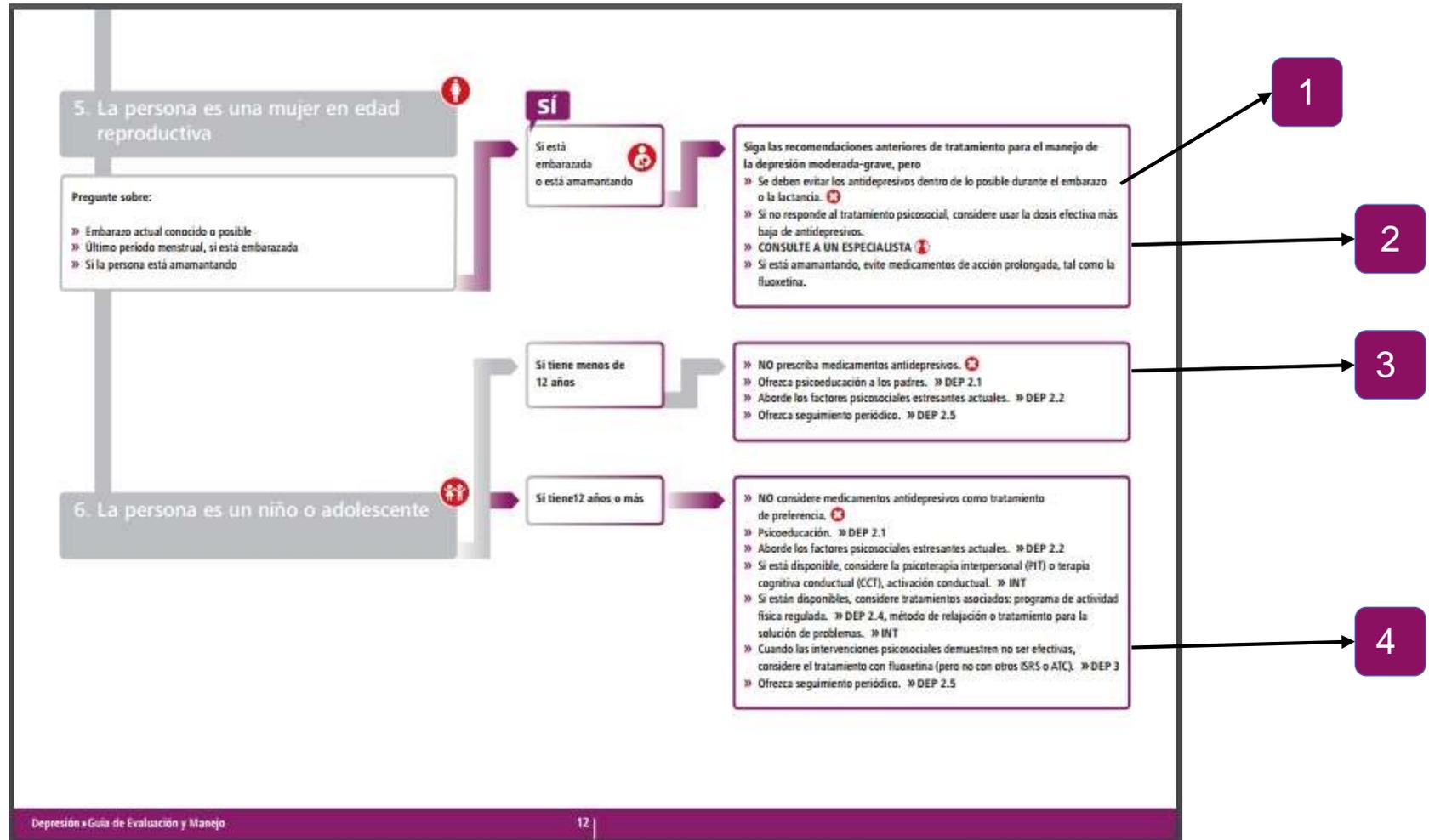


Gráfico 4. Guía de intervención mhGAP. Página 12

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
Pág. 16, al final de la primera columna	Incluir información sobre Sertralina: dosificación, efectos secundarios graves, efectos secundarios comunes, precauciones, tiempo para responder después de inicio, dosificación de acuerdo a la edad. ANEXO 3		
Pág. 16, segunda columna	Todo el apartado sobre Amitriptilina Cambiar todo el apartado por "Imaprilina" Se modifica todo el apartado de Amitriptilina por Impralina. ANEXO 4		
Pág. 16, final segunda columna	Incluir la frase : "Se sugiere revisar la Guía de Práctica Clínica para la Depresión"		

Depresión DEP3

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, 2010) (https://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 (son inusuales)

- Acalasia marcada/prolongada (impulso ineficaz 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)

- Irritabilidad, 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 día por medio durante 1-2 semanas y luego aumente a 20 mg si la 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 (son inusuales)

- Arritmia cardíaca

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

- Hipotensión ortostática (riesgo de caída), boca seca, estreñimiento, dificultad para orinar, mareo, visión borrosa y sedación.

Precauciones

- Riesgo de pasar a manía, especialmente en personas con trastorno bipolar.
- Alteración de la capacidad para realizar ciertas tareas que requieren destreza (por ejemplo, conducir un automóvil) - tome las precauciones necesarias hasta que la persona se acostumbre al medicamento.
- Riesgo de autlesión (mental en sobredosis).
- Si se da a consumidores regulares de alcohol es menos 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 tienden a mejorar en unos días).

Dosis de amitriptilina para adultos sanos

- Inicie el tratamiento con 50 mg a la hora de dormir.
- Aumento 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 (o 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 descartar la presencia de hipotensión ortostática.

Gráfico 5. Guía de intervención mhGAP. Página 16

ANEXO 3

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)				
MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN ANTIDEPRESIVA	MONITORIZACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANOTACIONES
Fluoxetina	20-40 mg/día. Una vez al día.	Ninguno para individuos sanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio y ansiedad • Diarrea • Mareo • Sangrado gastrointestinal • Fatiga • Cefalea • Náusea y vómito • Disfunción sexual* • Hiponatremia en ancianos 	<p>El antidepresivo que tiene mayor riesgo de disfunción sexual es la paroxetina. La diarrea se presenta especialmente con la sertralina. Con respecto al sangrado se presenta especialmente en ancianos o cuando estos medicamentos se combinan con otros fármacos que puedan producir alteraciones gástricas como los antiinflamatorios no esteroideos. Si se prescribieran a personas con alto riesgo de sangrado, se recomienda el uso de medicamentos protectores la mucosa gástrica. Síntomas de discontinuación con paroxetina.</p>
Sertralina	50-200 mg/día. Una vez al día.			
Floxoamina	100-200 mg/día. Una vez al día			
Escitalopram	10-20 mg/día. Una vez al día			
Paroxetina	20-40 mg/día. Una vez al día.			
<p>*Disfunción sexual puede incluir eyaculación retardada, disfunción eréctil, disminución del deseo sexual Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente - 2013 Guía No. 22 – Pág. 53</p>				

CONTINUACIÓN ANEXO 3

ANTIDEPRESIVOS DUALES				
MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN ANTIDEPRESIVA	MONITORIZACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANOTACIONES
Venlafaxina	75-300 mg/día. Una vez al día.	Toma de niveles de presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio y ansiedad • Disminución del apetito 	La ansiedad y el insomnio son más frecuentes en los ISRS que en este grupo.
Desvenlafaxina	50 mg una vez al día.	Toma de niveles de presión arterial. Perfil lipídico.	<ul style="list-style-type: none"> • Mareo, náusea y vómito • Hipertensión arterial • Disfunción sexual • Sangrado anormal • Hiponatremia en ancianos • Síntomas de discontinuación 	Hipertensión arterial se presenta especialmente con altas dosis de venlafaxina.
Duloxetina	30-60 mg en una o dos dosis diarias.	Toma de niveles de presión arterial		Elevación de colesterol y triglicéridos con desvenlafaxina. Precaución del uso de desvenlafaxina y duloxetina en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho (contraindicado si no está controlado). Monitoreo estricto y atención a interacciones farmacológicas.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente - 2013 Guía No. 22 – Pág. 54

ANEXO 4

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT)				
MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN ANTIDEPRESIVA	MONITORIZACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANOTACIONES
Amitriptilina	75-300 mg/día. Una vez al día.	Electrocardiograma: de base y de acuerdo a evolución clínica. Prueba de embarazo de acuerdo a sospecha clínica. Peso e índice de masa corporal (IMC): de base y durante el tratamiento. Electrolitos de control de acuerdo de clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Visión borrosa • Estreñimiento • Sequedad bucal y ocular • Hipotensión fotostática • Sedación y somnolencia • Taquicardia sinusal • Alteraciones en la conducción cardiaca • Crisis epilépticas • Retención urinaria • Toxicidad en sobredosis 	Las alteraciones cardiovasculares suceden especialmente en adultos mayores, personas con enfermedad cardiaca o en quienes están tomando múltiples medicamentos. Por lo tanto, en los pacientes con estas características deben prescribirse antidepresivos diferentes a los ATC. El riesgo de presentar crisis epilépticas es leve. Por el riesgo de toxicidad se recomienda para personas con alto riesgo de suicidio otro tipo de antidepresivos como primera línea y tener precauciones si es necesario prescribir este grupo. Debe tenerse especial atención en personas con diabetes y síndrome metabólico por el potencial en ganancia de peso. En pacientes en riesgo para alteraciones hidroelectrolíticas (por ej. Uso de diuréticos) medir electrolitos
Imipramina	50-300 mg/día. Una vez al día.			
Clomipramina	25-250 mg/día. Una vez al día.			

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente - 2013 Guía No. 22 – Pág. 55

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	Cambiar la palabra “discapacitado” por “persona con discapacidad”		
1. Pág. 18, segunda columna, segundo recuadro, última viñeta	“Delirio debido a condiciones médicas agudas, tales como malaria cerebral, infecciones sistémicas / sepsis, lesión en la cabeza”	“Delirio debido a condiciones médicas agudas, tales como malaria cerebral, infecciones o enfermedades sistémicas / sepsis, lesión en la cabeza”	Se agrega en el fragmento la palabra “...o enfermedades...”

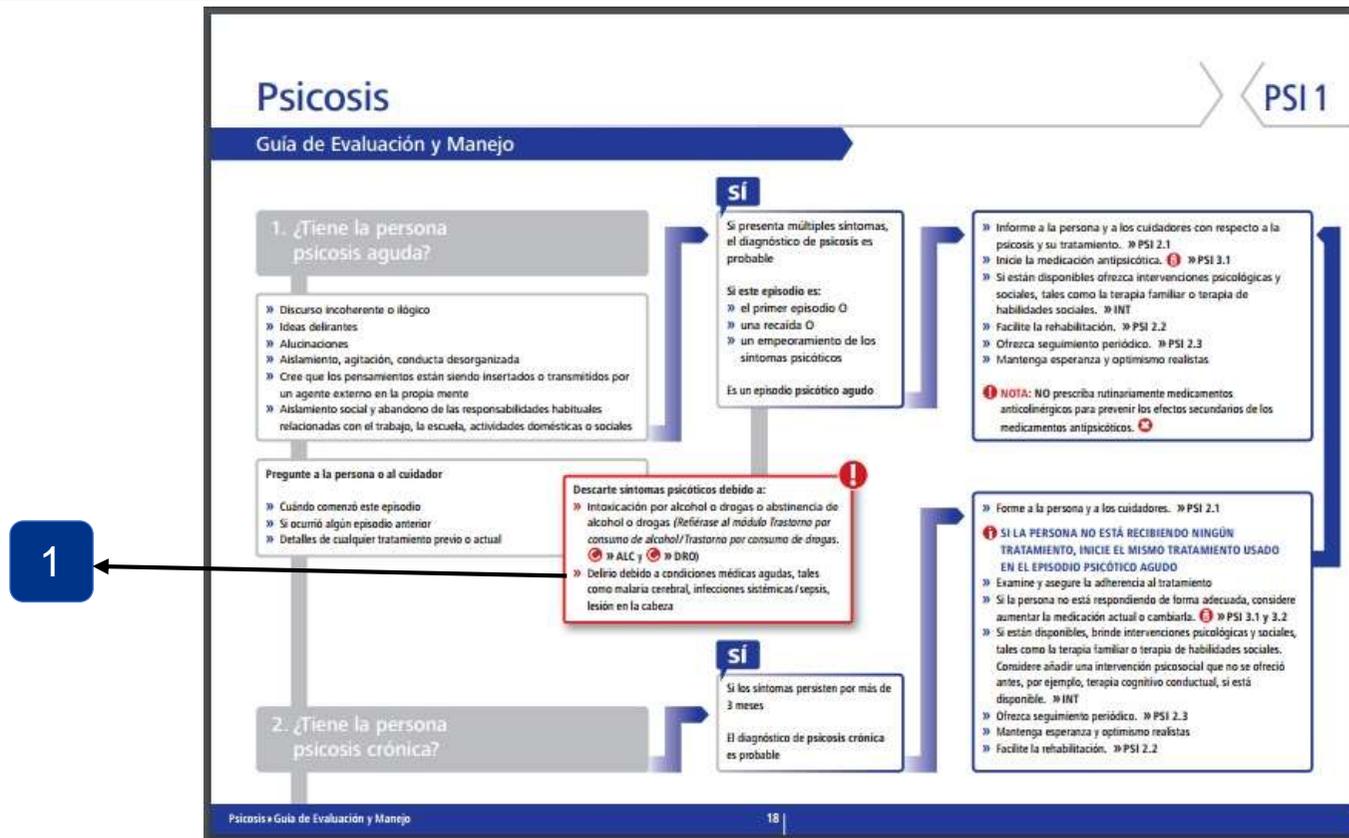


Gráfico 6. Guía de intervención mhGAP. Página 18

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	Cambiar la palabra “discapacitado” por “persona con discapacidad”		
1. Pág. 20, segunda columna, sección 2.2	“Facilitar la rehabilitación en la comunidad”	“Facilitar la rehabilitación en la comunidad. Considere los lineamientos sobre RBC en Salud Mental ”	Se agrega más información en el fragmento
2. Pág. 20, tercer columna, primer viñeta	“Si es necesario y están disponibles, explore las oportunidades de vivienda asistida/residencia de apoyo. Al recomendar y facilitar los arreglos óptimos de vivienda, considere detenidamente la capacidad funcional de la persona y la necesidad de apoyo, teniendo en cuenta los derechos humanos de la misma”	“Identifique las redes de apoyo familiares y comunitarias, y vincúlelas al tratamiento. Identifique y remita a los programas de asistencia y de protección presentes en su territorios”	Cambiar un fragmento por el propuesto
3. Pág. 20, tercer columna, sección seguimiento, primer viñeta	“Las personas con psicosis requieren de constante seguimiento”	“Las personas con psicosis requieren de constante seguimiento. Éste se puede realizar por medio de visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, ponerse en contacto con los cuidadores, familiares y amigos, a través de gestores comunitarios, auxiliares de salud pública o auxiliares de enfermería, y gestores de EAPB”	Agregar más información al fragmento original

Psicosis PSI 2

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

2.1 Psicoeducación

» Mensajes para la persona con psicosis

- la capacidad de recuperación de la persona;
- la importancia de continuar las actividades sociales, educativas y ocupacionales usuales, en la medida de lo posible;
- el sufrimiento y los problemas se pueden mitigar con el tratamiento;
- la importancia de tomar los medicamentos con regularidad;
- el derecho de la persona a ser tomada en cuenta para tomar las decisiones que tienen que ver con su tratamiento;
- la importancia de permanecer saludable (por ejemplo, dieta saludable, permanecer físicamente activo, mantener la higiene personal).

» Mensajes adicionales para los familiares de las personas con psicosis

- La persona con psicosis puede oír voces o puede creer firmemente cosas que no son ciertas.
- La persona con psicosis a menudo no acepta que está enferma y algunas veces puede ser hostil.
- Se debe enfatizar la importancia de reconocer recaídas/ empeoramiento de los síntomas y de volver a la reevaluación.
- Se debe recalcar la importancia de incluir a la persona en actividades familiares y en otras actividades sociales.
- Los familiares deben evitar expresar críticas constantes o severas u hostilidad hacia la persona con psicosis.
- Las personas con psicosis a menudo son discriminadas, sin embargo, deben disfrutar de los mismos derechos que todas las demás personas.
- Una persona con psicosis puede tener dificultad para recuperarse o para desenvolverse en ambientes de vida diaria o de trabajo estresantes.

2.2 Facilitar la rehabilitación en la comunidad

Involucra activamente a las personas con psicosis y a sus cuidadores en el diseño, implementación y evaluación de estas intervenciones.

» Coordine las intervenciones con el personal de salud y con los colegas que trabajan en los servicios sociales, incluyendo las organizaciones de servicios a discapacitados.

» Facilite el enlace con los recursos sanitarios y sociales disponibles para satisfacer las necesidades físicas, sociales y de salud mental de la familia.

» Motive activamente a la persona a reiniciar actividades sociales, educativas y ocupacionales, según corresponda, e informe a los familiares sobre ello. Facilite la inclusión de la persona en actividades económicas y sociales, incluyendo el empleo con apoyo social y culturalmente apropiado. Las personas con psicosis son con frecuencia discriminadas, de modo que es importante superar los prejuicios internos y externos y esforzarse por lograr la mejor calidad de vida posible. Trabaje con las instituciones

» Es mejor que la persona tenga un empleo o, bien, que se mantenga significativamente ocupada.

» En general, es mejor que la persona viva con familiares o miembros de la comunidad en un ambiente comprensivo fuera de los entornos hospitalarios. Se deben evitar periodos prolongados de hospitalización.

» locales para explorar las oportunidades de empleo o educativas, sobre la base de las necesidades y el nivel de habilidad de la persona.

» Si es necesario y están disponibles, explore las oportunidades de vivienda asistida/residencia de apoyo. Al recomendar y facilitar los arreglos óptimos de vivienda, considere detenidamente la capacidad funcional de la persona y la necesidad de apoyo, teniendo en cuenta los derechos humanos de la misma.

2.3 Seguimiento

» Las personas con psicosis requieren de constante seguimiento.

» El seguimiento inicial debe ser lo más frecuente posible, incluso diariamente, hasta que los síntomas agudos comiencen a responder al tratamiento. Una vez que los síntomas hayan respondido, se recomienda un seguimiento mensual o trimestral basado en la necesidad clínica y los factores de viabilidad, tales como la disponibilidad de personal, la distancia desde la clínica, etc.

» Mantenga esperanza y optimismo realistas durante el tratamiento.

» En cada sesión de seguimiento, evalúe los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos y la adherencia al tratamiento. Es frecuente la falta de adherencia al tratamiento y la participación de los cuidadores durante dichos periodos es fundamental.

» Evalúe y trate las condiciones médicas simultáneas.

» En cada sesión de seguimiento, evalúe la necesidad de realizar intervenciones psicosociales.

Psicosis • Detalles de la Intervención 20

Gráfico 7. Guía de intervención mhGAP. Página 20

UBICACIÓN	GUIA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	Cambiar la palabra “discapacitado” por “persona con discapacidad”		
1. Pág. 21, tabla	Tabla: Medicamentos antipsicóticos	La clorpromazina y la flufenazina no se encuentran en el país. El haroperidol se debe usar en eventos agudos.	Adicionar información sobre el contenido de la tabla. ANEXO 5

21

Psicosis

Detalles de la Intervención

Intervenciones Farmacológicas

3.1 Iniciar medicamentos antipsicóticos

- » Para obtener un rápido control de los síntomas psicóticos agudos, los profesionales de atención de la salud deben comenzar a suministrar los medicamentos antipsicóticos inmediatamente después de la evaluación. Considere el tratamiento intramuscular agudo solamente si el tratamiento oral no es posible. No prescriba inyecciones de depósito/largo plazo para un control rápido de los síntomas psicóticos agudos.
- » Prescriba un medicamento antipsicótico a la vez.
- » “Comience con dosis bajas y aumentelas lentamente”. Con el fin de reducir el riesgo de efectos secundarios, comience con una dosis baja dentro del rango terapéutico (refiérase a la tabla de medicamentos antipsicóticos para conocer los detalles) y aumente lentamente hasta llegar a la dosis efectiva más baja.
- » Procure suministrar el medicamento a una dosis óptima por lo menos durante 4 – 6 semanas antes de considerarla inefectiva.
- » A las personas con trastorno psicótico se les debe ofrecer rutinariamente haloperidol o clorpromazina por vía oral.

Tabla: Medicamentos antipsicóticos

Medicación:	Haloperidol	Clorpromazina	Flufenazina de depósito/de acción prolongada
Dosis inicial:	1.5–3 mg	75 mg	12.5 mg
Dosis efectiva terapéutica (mg):	3–20 mg/día	75–300 mg/día*	12.5–100 mg cada 2–5 semanas
Vía de administración:	oral/intramuscular (para la psicosis aguda)	oral	inyección intramuscular profunda en la región del glúteo
Efectos secundarios significativos:			
Sedación:	+	+++	+
Dificultad urinaria:	+	++	+
Hipotensión ortostática:	+	+++	+
Efectos secundarios extrapiramidales:**	+++	+	+++
Síndrome neuroleptico maligno:***	raro	raro	raro
Disquinesia tardía:****	+	+	+
Cambios en el ECG:	+	+	+
Contraindicaciones:	alteración de la conciencia, depresión de la médula ósea feocromocitoma, porfiria, enfermedad de ganglios basales	Alteración de la conciencia, depresión de la médula ósea, feocromocitoma	niños, alteración de la conciencia, parkinsonismo, arteriosclerosis cerebral pronunciada

* 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” (MHS-OPS, 2018) (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/psychotropic-drugs>)

+ En casos graves, se podrá necesitar hasta 1 g.

** Los síntomas extrapiramidales incluyen reacciones distónicas agudas, tics, temblor y rigidez muscular y en rueda dentada.

*** El síndrome neuroleptico maligno es un trastorno raro pero potencialmente fatal, caracterizado por rigidez muscular, temperatura elevada y presión arterial alta.

**** La disquinesia tardía es un efecto secundario prolongado por el uso de medicamentos antipsicóticos, caracterizado por movimientos musculares involuntarios, especialmente de la cara, las manos y el torso.

1

Gráfico 8. Guía de intervención mhGAP. Página 21

ANEXO 5. DOSIS DE ANTIPSICÓTICOS ORALES

Listado de antipsicóticos considerados por clasificación y dosis de la presentación oral

MEDICAMENTO	CLASIFICACIÓN	PRESENTACIÓN	DOSIS PROMEDIO DE MANTENIMIENTO (mg/día)	RANGO (mg/día)	DOSIS MÁXIMA (mg/día)
Amisulprida	Atípico	Comp. x 200 mg. Tab. x 50 mg.	200	50-300	1200
Aripiprazol	Atípico	Tab. x 10, 15 y 30 mg	15	10-30	30
Asenapina	Atípico	Tab. x 5 y 10 mg	20	10-20	20
Clozapina	Atípico	Tab. x 25 y 100 mg	200	100-400	900
Olanzapina	Atípico	Tab. x 5 y 10 mg	10	5-20	30
Paliperidona	Atípico	Comp. x 3 y 6 mg	6	6-12	12
Quetiapina	Atípico	Tab. x 25, 100, 200 y 300 mg XR 50, 150, 200, 300 y 400 mg	200	100-400	800
Risperidona	Atípico	Tab. x 1, 2 y 3 mg. Quickelt 0,5;1,2 y 3 mg	4	1-6	9
Ziprasidona	Atípico	Tab. x 40 y 80 mg	80	80-160	200
Haloperidol	Típico	Tab. x 5 mg y 10 mg. Gotas x 2 mg/ml y 10 mg/ml	5	5-20	30
Levomepromazina	Típico	Gotas 1 mg/ml Tab. x 25 y 100 mg	-	-	-
Trifluoperazina	Típico	Tab. x 1 mg y 5 mg	-	-	-
Sulpiride	Atípico	Tab. o cap. x 50 y 200 mg	-	-	-
Zotepina	Atípico	No disponible en Colombia. Comp. de 25, 50 y 100mg	-	-	-

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente - 2013 Guía No. 22 – Pág. 66

*Fuente de las presentaciones: Sistema de información de precios de medicamentos y Sistema Vademécum Med informática disponible en <http://www.med-informatica.com/> Abreviaturas: **mg**: miligramos, **tab**: tableta, **cap**: cápsula, **ml**: mililitro, **comp**: comprimido, **XR**: liberación prolongada. Presentaciones de las dosis: consenso del grupo desarrollador (no se presentan las dosis de los medicamentos que no tuvieron recomendación).

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	Cambiar la palabra “discapacitado” por “persona con discapacidad”		
1. Pág. 22, tercer columna, última viñeta	“Si es posible, CONSULTE CON UN ESPECIALISTA con respecto a la decisión de suspender la medicación antipsicótica”	“Si es posible, CONSULTE CON UN ESPECIALISTA en psiquiatría, en modalidad presencial, telemedicina o telefónica, con respecto a la decisión de suspender la medicación antipsicótica”	Se agrega información en medio del fragmento

Psicosis PSI 3

Detalles de la Intervención

Intervenciones Farmacológicas

3.2 Monitorear a las personas que reciben medicación antipsicótica

- » Si la respuesta es inadecuada a más de un medicamento antipsicótico usando un medicamento cada vez a una dosis adecuada y en la duración adecuada:
 - Revise el diagnóstico (y cualquier diagnóstico coexistente).
 - Descarte la psicosis inducida por consumo de alcohol o uso de sustancias psicoactivas (aún si se había descartado inicialmente).
 - Asegure la adherencia al tratamiento; considere antipsicóticos inyectables de depósito/de acción prolongada con miras a mejorar la adherencia.
 - Considere aumentar el medicamento actual o cambiar a otro medicamento.
 - Si el costo y la disponibilidad no son una limitación, considere los antipsicóticos de segunda generación (con excepción de la clozapina) como una alternativa al haloperidol o a la clorpromazina.
 - Considere la clozapina para aquellas personas que no han respondido a otros agentes antipsicóticos a dosis adecuadas en la duración adecuada. Los profesionales de atención de la salud no especializados en salud mental podrán considerar la clozapina, preferiblemente bajo la supervisión de profesionales de salud mental. Debido al riesgo de agranulocitosis fatal, la clozapina solo se debe considerar si está disponible el monitoreo rutinario de laboratorio.

» Si se presentan efectos secundarios extrapiramidales (tales como parkinsonismo o distonias):

- Reduzca la dosis de la medicación antipsicótica.
- Considere cambiar a otro antipsicótico (por ejemplo, cambiar de haloperidol a clorpromazina).
- Si estas estrategias fracasaron o los efectos secundarios fueran agudos, graves o discapacitantes, considere los medicamentos anticolinérgicos para su uso a corto plazo.

Medicamentos anticolinérgicos

Biperideno: si es necesario, se debe iniciar con 1 mg dos veces al día, aumentando hasta llegar a una dosis diana de 3–12 mg al día, por vía de administración oral o intravenosa. Los efectos secundarios incluyen sedación, confusión y alteración de la memoria, especialmente en los ancianos. Los efectos secundarios raros incluyen glaucoma de ángulo cerrado, miastenia gravis, obstrucción gastrointestinal.

Trihexifenidilo (Benzhexol): Se puede usar como un medicamento alternativo en dosis de 4–12 mg al día. Los efectos secundarios son similares a los del biperideno.

3.3 Suspensión de los medicamentos antipsicóticos

- » Para la psicosis aguda, continúe el tratamiento antipsicótico durante 12 meses después de una remisión completa.
- » Para las personas con psicosis crónica, considere la suspensión del tratamiento si la persona ha estado estable durante varios años, considere el aumento del riesgo de recaída después de la suspensión frente a los posibles efectos secundarios del medicamento, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y en consulta con la familia.
- » Si es posible, CONSULTE A UN ESPECIALISTA con respecto a la decisión de suspender la medicación antipsicótica.

Gráfico 9. Guía de intervención mhGAP. Página 22

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 24, tercera columna, primer recuadro, primera viñeta	“Inicie el tratamiento de la manía aguda con litio, valproato, carbamazepina y/o con antipsicóticos. » TBP 3.1”	“Inicie el tratamiento de la manía aguda con litio, valproato, carbamazepina y/o con antipsicóticos. » TBP 3.1”. No formular carbonato de litio.	Se adiciona información al final del fragmento

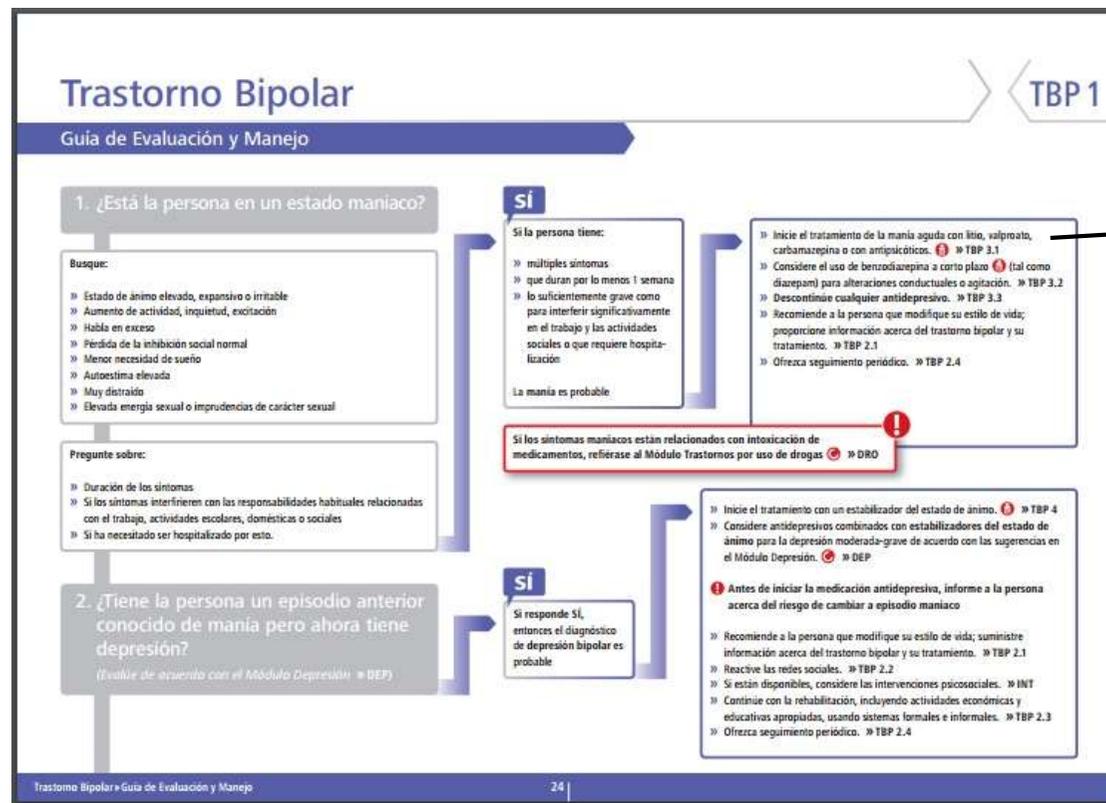


Gráfico 10. Guía de intervención mhGAP. Página 24

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 25, tercer columna, primer recuadro	"Maneje tanto el trastorno bipolar como la condición concomitante"	<p>"Trate tanto el trastorno bipolar como la condición concomitante, excepto con:</p> <p>Malaria, Dengue, Fiebre amarilla y Fiebre tifoidea: En estas trate la causa y no agregue estabilizadores del ánimo,</p> <p>No administrar carbonato de litio si la persona cursa con una enfermedad con diarrea o fiebre"</p>	Se modifica el fragmento por el propuesto

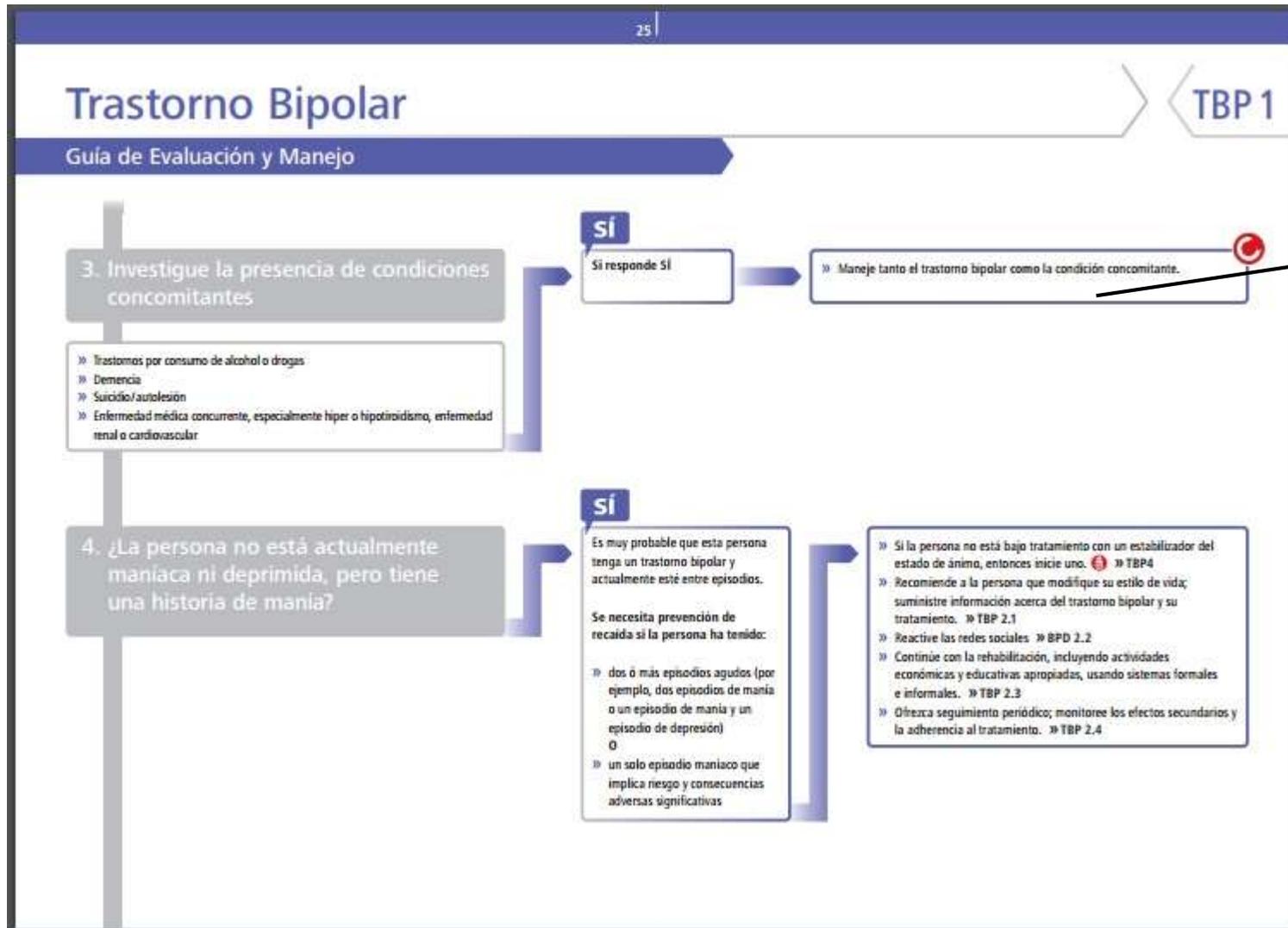


Gráfico 11. Guía de intervención mhGAP. Página 25

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 27, tercera columna, segunda viñeta	“Considere el empleo con apoyo para aquellas personas que tienen dificultad en obtener o conservar el empleo normal.”	Se sugiere suprimir esa viñeta, ya que dicho recurso no existe en Colombia	

27 |

TBP 2

Trastorno Bipolar

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

2.1 Psicoeducación

Mensajes para las personas con trastorno bipolar (que actualmente no están en un estado maniaco agudo) y para los familiares de las personas con trastorno bipolar.

- » Explicación: el trastorno bipolar es una condición de salud mental que tiende a producir estados de ánimo extremos, que pueden variar desde sentirse muy deprimidos y fatigados hasta sentirse con mucha energía, irritados y excesivamente excitados.
- » Se tiene que establecer algún método para monitorear el estado de ánimo, tal como mantener un registro diario del estado de ánimo en el cual se registran la irritabilidad, el enojo o la euforia.
- » Es importante 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 de la enfermedad, evitar dormir mucho menos que lo usual).
- » Se necesita prevenir las recaídas, reconociendo cuando reaparecen los síntomas, por ejemplo, dormir menos, gastar más dinero o sentirse mucho más energético que lo usual, y reiniciando el tratamiento cuando aparecen estos síntomas.
- » Una persona en estado maniaco carece de conciencia de la enfermedad y puede incluso disfrutar de la euforia y del aumento de la energía, de manera que los cuidadores deben participar en la prevención de recaídas.
- » Se debe evitar el alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- » Teniendo en cuenta que los cambios en el estilo de vida deben continuar mientras sean necesarios, posiblemente de forma indefinida, los mismos se deben planear y elaborar para que sean sostenibles.

- » Se debe motivar a la persona a que busque apoyo después de acontecimientos significativos en la vida (por ejemplo, duelo) y para que hable con la familia y amigos.
- » Se necesitan mejorar las estrategias generales de afrontamiento, tales como planear un programa regular de trabajo o escolar que evite la privación del sueño, mejorar los sistemas de apoyo social, discutir y solicitar consejo sobre decisiones importantes (especialmente las que involucran dinero o compromisos mayores).
- » Se deben considerar las necesidades físicas, sociales y de salud mental de la familia.
- » Establecer buenas relaciones: la confianza mutua entre la persona y el personal de atención de salud es esencial para una persona con trastorno bipolar, ya que una alianza terapéutica positiva puede mejorar los resultados a largo plazo, especialmente al mejorar la adherencia al tratamiento.

2.2 Restablecer las redes sociales

- » Identifique las actividades sociales previas de la persona que, si se reiniciaran, tendrían el potencial de ofrecer 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).
- » Motive activamente a la persona a reiniciar estas actividades sociales e informe a los familiares sobre esto.

2.3 Rehabilitación

- » Facilite las oportunidades para que las personas y sus cuidadores sean incluidos en actividades económicas, educativas y culturales que sean adecuadas a su entorno cultural, usando los sistemas formales e informales disponibles.
- » Considere el empleo con apoyo para aquellas personas que tienen dificultad en obtener o conservar el empleo normal.

2.4 Seguimiento

- » Se requiere seguimiento periódico. El índice de la recaída es alto y aquellas personas en un estado maniaco a menudo no son capaces de ver la necesidad del tratamiento, de manera que la falta de adherencia al tratamiento es frecuente y la participación de los cuidadores es fundamental durante dichos periodos.
- » En cada consulta de seguimiento, evalúe los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos, la adherencia al tratamiento y la necesidad de intervenciones psicosociales.
- » Una persona con manía debe regresar a recibir evaluación con la frecuencia necesaria. La evaluación debe ser más frecuente hasta que termine el episodio maniaco.
- » Suministre información a la persona y sus cuidadores acerca de la enfermedad y del tratamiento, especialmente en relación con los signos y síntomas de manía, la importancia de la adherencia regular al medicamento, aún en ausencia de síntomas, y la dificultad característica que puede algunas veces tener la persona en entender la necesidad del tratamiento. Si una persona no tiene un cuidador o por lo menos una persona que la examine periódicamente, promueva que se seleccione a alguien del entorno de la persona, idealmente alguien de su red de amigos y familiares.

1

Gráfico 12. Guía de intervención mhGAP. Página 27

25

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 28, segunda columna, último párrafo	“Si la persona no ha mejorado después de 6 semanas, considere cambiar a un medicamento que no ha sido utilizado, o añadir otro medicamento en combinación con la terapia, por ejemplo, un antipsicótico además de un estabilizador del estado de ánimo. Si la terapia combinada demuestra no ser efectiva, CONSULTE UN ESPECIALISTA.”	“Si la persona no ha mejorado después de 6 semanas, considere cambiar a un medicamento que no ha sido utilizado, o añadir otro medicamento en combinación con la terapia, por ejemplo, un antipsicótico además de un estabilizador del estado de ánimo. Si la terapia combinada demuestra no ser efectiva, CONSULTE UN ESPECIALISTA en psiquiatría, en modalidad presencial, telemedicina o telefónica.”	Se agrega información al final del párrafo

Trastorno Bipolar TBP3

Detalles de la Intervención

Tratamiento de la manía aguda

3.1 Litio, valproato, carbamazepina o antipsicóticos

Considere el litio, valproato, carbamazepina o antipsicóticos para el tratamiento de la manía aguda. El litio solo se puede considerar si se encuentra disponible el monitoreo clínico y de laboratorio. Si los síntomas son graves, considere el uso de un antipsicótico, debido a que el inicio de la efectividad es más rápido que con los estabilizadores del estado de ánimo.

Para obtener detalles en relación con la dosis, monitoreo, efectos secundarios, etc. refiérase a la sección sobre estabilizadores del estado de ánimo en el tratamiento de mantenimiento de los trastornos bipolares y la tabla sobre estabilizadores del estado de ánimo. » TBP 4

Para obtener detalles sobre el uso de antipsicóticos, refiérase al Módulo Psicosis, intervenciones farmacológicas. » PSI 2

3.2 Benzodiazepinas

La persona en un estado maniaco que está experimentando agitación se puede beneficiar del uso a corto plazo de una benzodiazepina, tal como el diazepam.

Las benzodiazepinas se deben discontinuar gradualmente tan pronto como mejoren los síntomas, ya que se puede desarrollar tolerancia.

3.3 Antidepresivos

Si un episodio maniaco se presenta en una persona que está en tratamiento con antidepresivos, suspenda los antidepresivos lo más pronto posible, abruptamente o gradualmente, considerando el riesgo de los síntomas de discontinuación frente al riesgo de que el antidepresivo empeore el estado maniaco (refiérase al Módulo Depresión, intervenciones farmacológicas, » DEP).

Las personas con trastorno bipolar no deben recibir solo antidepresivos debido al riesgo de que induzcan manía, particularmente con antidepresivos tricíclicos. Los antidepresivos tienen menos probabilidad de inducir manía cuando se prescriben conjunto con litio, terapia antipsicótica o valproato.

3.4 Monitoreo

El tratamiento se debe monitorear periódicamente y su efecto se debe evaluar después de 3 y 6 semanas.

Si la persona no ha mejorado después de 6 semanas, considere cambiar a un medicamento que no ha sido utilizado, o añadir otro medicamento en combinación con la terapia, por ejemplo, un antipsicótico además de un estabilizador del estado de ánimo. Si la terapia combinada demuestra no ser efectiva, CONSULTE A UN ESPECIALISTA. 1

Trastorno Bipolar » Detalles de la Intervención 28

Gráfico 13. Guía de intervención mhGAP. Página 28

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 30, primer columna, tercer viñeta	“Sin embargo, si una persona ha tenido episodios graves con síntomas psicóticos o recaídas frecuentes, CONSULTE UN ESPECIALISTA con relación a la decisión de discontinuar la terapia de mantenimiento después de 2 años”	“Sin embargo, si una persona ha tenido episodios graves con síntomas psicóticos o recaídas frecuentes, CONSULTE UN ESPECIALISTA en psiquiatría, modalidad presencial, telemedicina o telefónica, con relación a la decisión de discontinuar la terapia de mantenimiento después de 2 años”	Se agrega información en mitad del párrafo

Trastorno Bipolar

TBP 4

Detalles de la Intervención

4.4 Descontinuación de los estabilizadores del estado de ánimo

- » Si la persona no está actualmente en un estado maniaco o depresivo (trastorno bipolar entre episodios), se debe dar seguimiento cada 3 meses. Continúe el tratamiento y monitoree estrechamente observando si hay recaídas.
- » Continúe el tratamiento de mantenimiento con el estabilizador del estado de ánimo durante por lo menos 2 años después del último episodio bipolar.
- » Sin embargo, si una persona ha tenido episodios graves con síntomas psicóticos o recaídas frecuentes, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** con relación a la decisión de discontinuar la terapia de mantenimiento después de 2 años.
- » Cuando descontinúe los medicamentos, reduzca gradualmente la dosis durante un periodo de semanas o meses.
- » Si cambia a otro medicamento, comience ese medicamento primero y trate con ambos medicamentos durante 2 semanas antes de disminuir gradualmente el primer medicamento.

Tabla: Estabilizadores del estado de ánimo

Esta tabla 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, 2010) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf)

Medicación:	Litio	Valproato	Carbamazepina
Dosis inicial (mg):	300	500	200
Dosis efectiva típica (mg):	600–1200	1000–2000	400–600
Vía de administración:	oral	oral	oral
Nivel en sangre deseado:	0.6–1.0 mEq/litro; manía: 0.8–1.0 mEq/litro; mantenimiento: 0.6–0.8 mEq/litro. <i>El monitoreo periódico del nivel en suero es fundamental</i>	No se recomienda rutinariamente	No se recomienda rutinariamente
Efectos secundarios significativos:	Alteración en la coordinación, poliuria, polidipsia, problemas cognitivos, arritmias cardíacas, diabetes insípida, hipotiroidismo.	Precaución si hay enfermedad hepática subyacente Pérdida de cabello y, rara vez, pancreatitis.	Diplopia, alteración en la coordinación, erupciones cutáneas, elevaciones de las enzimas hepáticas; Rara vez: Síndrome Stevens-Johnson, anemia aplásica.
Sedación:	++	++	++
Temblo:	++	++	++
Aumento de peso:	++	++	++
Hepatotoxicidad:	-	++	+
Trombocitopenia:	-	+	+
Leucopenia leve asintomática:	-	+	+

1

Gráfico 14. Guía de intervención mhGAP. Página 30

27

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la palabra “convulsiones” por “crisis epiléptica”. • Donde dice “Lorazepam” se cambia por “Midazolam” 		
1. Pág. 32, apartado 1	“¿Está la persona convulsionando o inconsciente?”	“¿Está la persona convulsionando o tiene una alteración del estado de la conciencia?”	Se cambia la palabra “inconsciente” por “estado de la conciencia”
2. Pág. 32, primera columna, primer recuadro, única viñeta	“Presión arterial, temperatura y ritmo respiratorio”	“Presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y ritmo respiratorio”	Se incluye “frecuencia cardíaca” en el párrafo
3. Pág. 32, primera columna, último recuadro, quinta viñeta	“Otros problemas médicos, medicamentos o venenos (por ejemplo, envenenamiento con organofosforados), uso de sustancias (tales como intoxicación con estimulantes, benzodiacepina o abstinencia del alcohol »ALCy»DRO)	“Otros problemas médicos, medicamentos o venenos (por ejemplo, envenenamiento con organofosforados), uso de sustancias (tales como intoxicación con estimulantes, benzodiacepina o abstinencia del alcohol »ALCy»DRO), presencia de fiebre resiente para sospechar neuroinfección, otras enfermedades sistémicas tales como HTA, diabetes o uso de anticoagulantes.	Se agrega más información al final del fragmento
4. Pág. 32, tercer columna, segundo recuadro, primer viñeta	“Coloque una vía intravenosa (i. v.) y administre líquidos lentamente (30 gotas/ minuto).”	“Coloque una vía intravenosa (i. v.) y administre líquidos lentamente según la edad.”	Se cambia la última parte de la indicación
5. Pág. 32, tercer columna, segundo recuadro, segunda viñeta	“Administre glucosa i.v. (5 ml de glucosa al 50% para adultos; 2–5 ml/kg de glucosa al 10 % para niños).”	“Administre glucosa i.v. si el paciente tiene hipoglicemia (5 ml de glucosa al 50% para adultos; 2–5 ml/kg de glucosa al 10 % para niños).”	Se adiciona una aclaración en la mitad de la indicación
6. Pág. 32, tercer columna, segundo recuadro, tercera viñeta	“Administre diazepam i.v. 10 mg lentamente (niños: 1 mg / año de edad) o lorazepam i.v. 4 mg (0.1 mg / kg), si está disponible.”	“Administre diazepam i.v. 10 mg lentamente (niños: 1 mg / año de edad) o midazolam i.v. 200 mg/k), si está disponible. Otra opción es clonazepam (30 – 50 Mg/k)”	Se cambia el lorazepam por el midazolam y se incluye la indicación para clonazepam
7. Pág. 32, tercer columna, segundo recuadro, cuarta viñeta	“Si la vía i.v. es difícil de iniciar, administre diazepam en forma rectal (la misma dosis que la anterior)”	“Si la vía i:v. es difícil de iniciar, administre diazepam en forma rectal (la misma dosis que la anterior) o midazolam intramuscular o intranasal”	Se agrega información al final de la indicación
8. Pág. 32, tercer columna, tercer recuadro, viñeta de cruz	“REFIERA A LA PERSONA URGENTEMENTE AL HOSPITAL y siga las directrices locales para el manejo de la atención durante el embarazo, nacimiento y después del parto”	“Estabilice a la materna, REFIERALA URGENTEMENTE AL HOSPITAL y siga la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la atención durante el embarazo, nacimiento y después del parto”	Se realizaron cambios en la redacción y se modifica parte del contenido de la indicación.
9. Pág. 32, tercer columna, cuarto recuadro, última viñeta	“Neuroinfección: maneje la infección de acuerdo con las directrices locales”	“Neuroinfección: maneje la infección realizando manejo de traumas, basado en la Guía de Práctica. Para el manejo de Neuroinfección existen directrices generales ”	Hay cambio en la redacción y se incluye información sobre el manejo local que se da a la neuroinfección

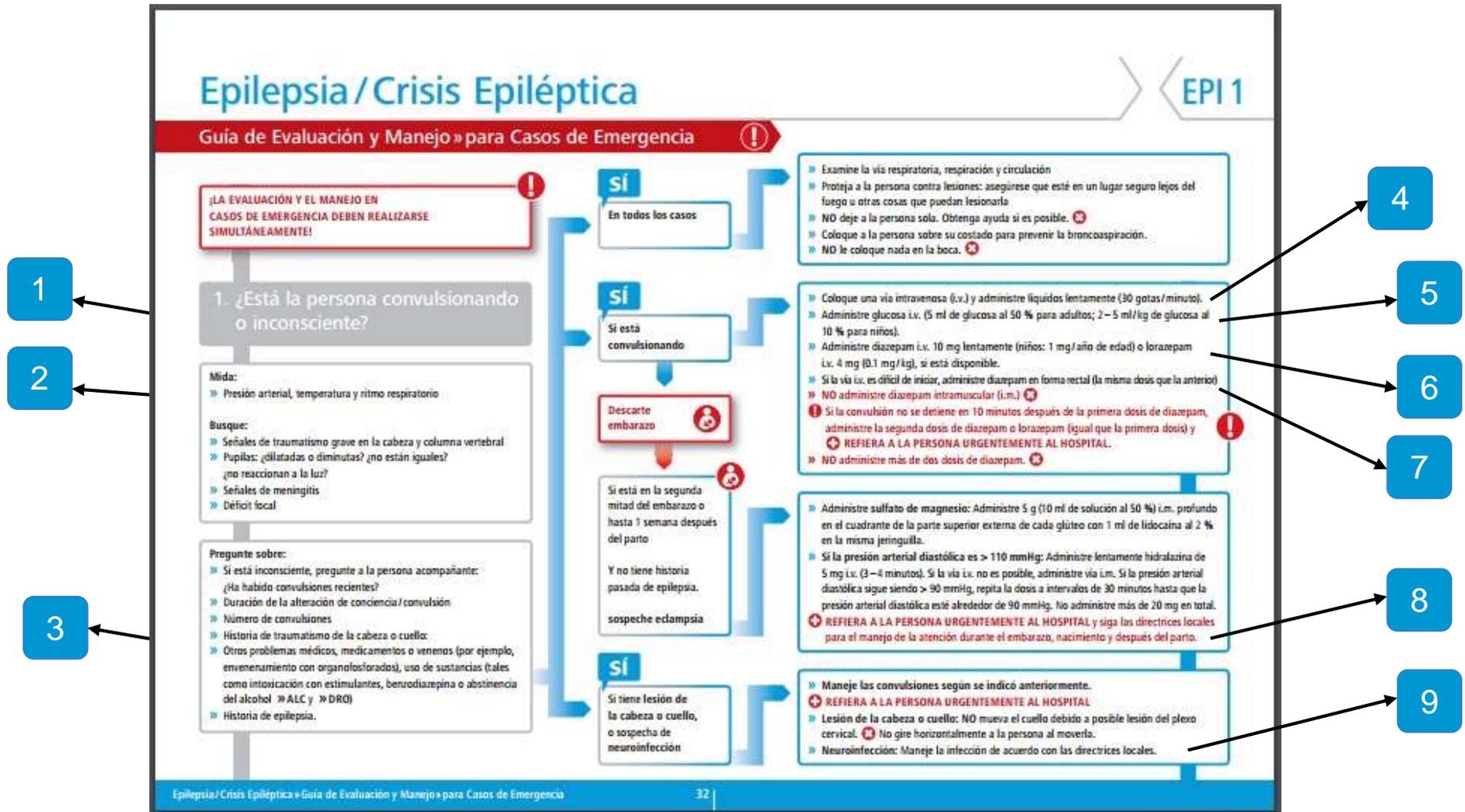


Gráfico 15. Guía de intervención mhGAP. Página 32

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la palabra “convulsiones” por “crisis epiléptica”. • Donde dice “Lorazepam” se cambia por “Midazolam” 		
1. Pág. 33, tercer columna, primer recuadro, subtítulo: administre, ambas viñetas	» “Fenobarbital 10 – 15 mg / kg, i.v. (para pasar a 100 mg / minuto). ○ » Fenitoína 15 – 18 mg / kg, i.v. (a través de una vía diferente al diazepam) durante 60 minutos. Es fundamental tener una vía i.v. muy buena, ya que el medicamento es muy cáustico y causará daño local significativo si se extravasa.”	» “Fenitoína 15 – 18 mg / kg, i.v. (a través de una vía diferente al diazepam diluido en solución salina normal) durante 20 minutos. Es fundamental tener una vía i.v. muy buena, ya que el medicamento es muy cáustico y causará daño local significativo si se extravasa. ○ »Fenobarbital 10 – 15 mg / kg, i.v. (para pasar a 100 mg / minuto).”	Se modifica el orden de las viñetas, hay modificaciones en el tiempo e indicaciones del uso de la Fenitoína.
2. Pág. 33, tercer columna, último recuadro, primera viñeta	“Administre el otro medicamento (si está disponible) ○ Fenitoína adicional de 10mg/kgi.v. (a través de diferentes vías para diazepam) durante 30 minutos.”	“Administre valproato de sodio endovenoso (15 – 30 Mg/K para niños. 500 mg/ para adultos) ○ Fenitoína adicional de 10mg/kgi.v. (a través de una vía diferente a la que se usó para administrar a diazepam) durante 30 minutos.”	Se modifica la primera indicación.
3. Pág. 33, tercer columna, último recuadro, última viñeta	“Monitoree a la persona para comprobar si hay depresión respiratoria”	“Monitoree a la persona para comprobar si hay depresión respiratoria. No deje solo al paciente”	Se agrega indicación al final del fragmento

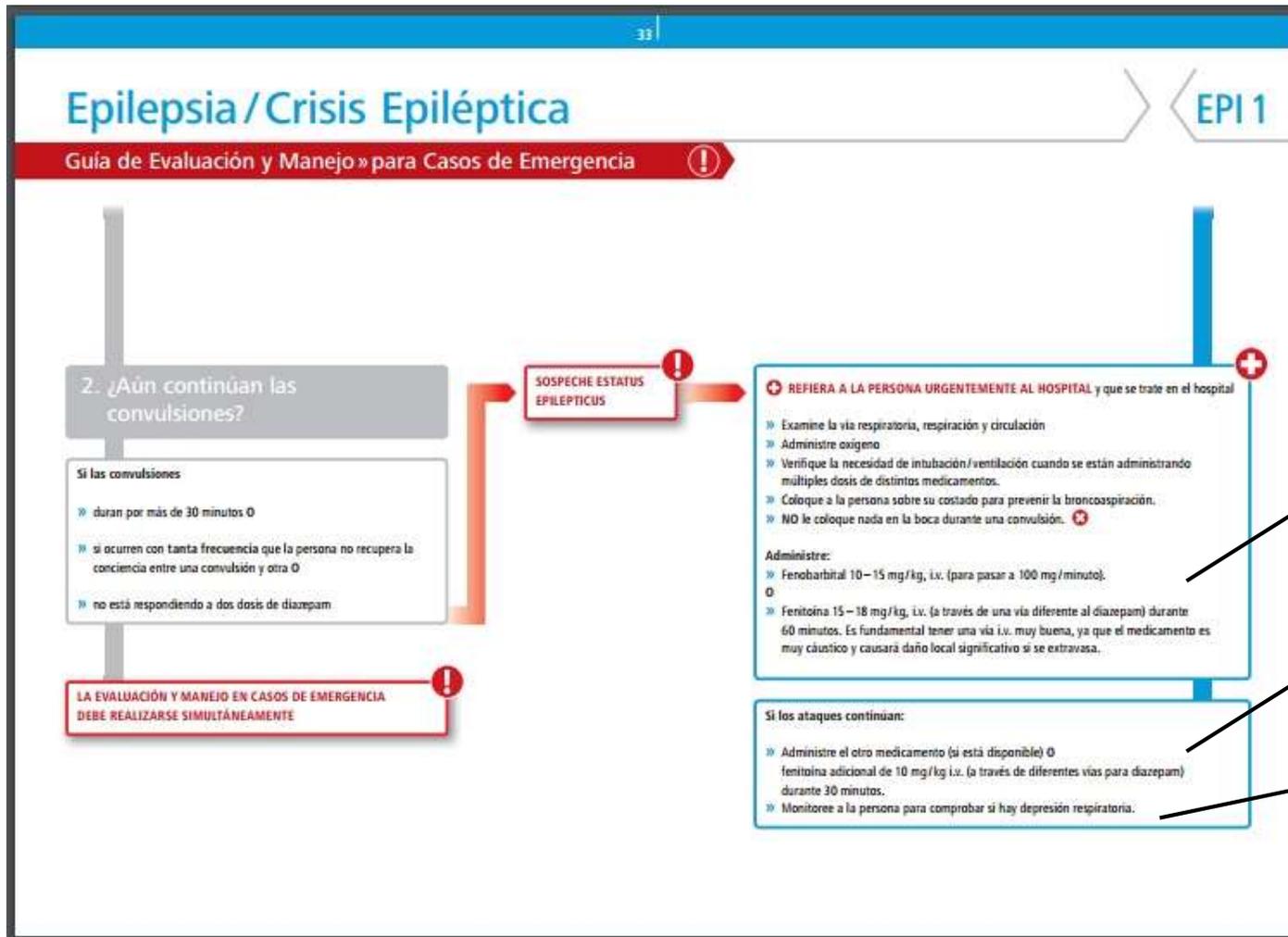


Gráfico 16. Guía de intervención mhGAP. Página 33

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la palabra “convulsiones” por “crisis epiléptica”. • Donde dice “Lorazepam” se cambia por “Midazolam” 		
1. Pág. 34, primera columna, primer recuadro, primera viñeta	“Pérdida o alteración de la conciencia”	“Pérdida, desconexión o alteración de la conciencia”	Se agrega una palabra en la mitad de la frase
2. Pág. 34, primera columna, primer recuadro, tercera viñeta	“Movimientos convulsivos que se prolongan más de 1-2 minutos”	“Episodios epiléptico que se prolongan más de 1-2 minutos”	Se cambia una palabra por otra
3. Pág. 34, primera columna, primer recuadro, cuarta viñeta	“Mordedura de lengua o lesiones autoinfligidas”	“Mordedura de lengua u otras lesiones”	Se cambia la frase “lesiones infligidas” por “otras lesiones”
4. Pág. 34, segunda columna,	“Sospeche de una etiología aguda » Neuroinfección (meningitis / encefalitis) » Malaria cerebral » Lesión de la cabeza » Hipoglicemia o hiponatremia » Uso / abstinencia de sustancias”	“Sospeche de una etiología aguda » Neuroinfección (meningitis / encefalitis/ neurocisticercosis) » Malaria cerebral » Lesión de la cabeza » Hipoglicemia o hiponatremia » Uso / abstinencia de sustancias » Ataque cerebro vascular”	Se incluye información en la primer viñeta y se crea una viñeta nueva al final
5. Pág. 34, tercera columna, primer recuadro, última viñeta	“En caso de episodios recurrentes, CONSULTE A UN ESPECIALISTA”	“En caso de episodios recurrentes, CONSULTE A UN ESPECIALISTA internista, pediatra, neurólogo o neuropediatra, en modalidad de interconsulta.”	Se agrega información al final del fragmento
6. Pág. 34, tercera columna, cuarto recuadro, primera viñeta	“Trate la fiebre y busque su causa de acuerdo con las directrices locales de AIEPI”	“Trate la fiebre y busque su causa de acuerdo con el capítulo de manejo de la fiebre de AIEPI”	Se modifica la redacción del fragmento y se incluye información adicional

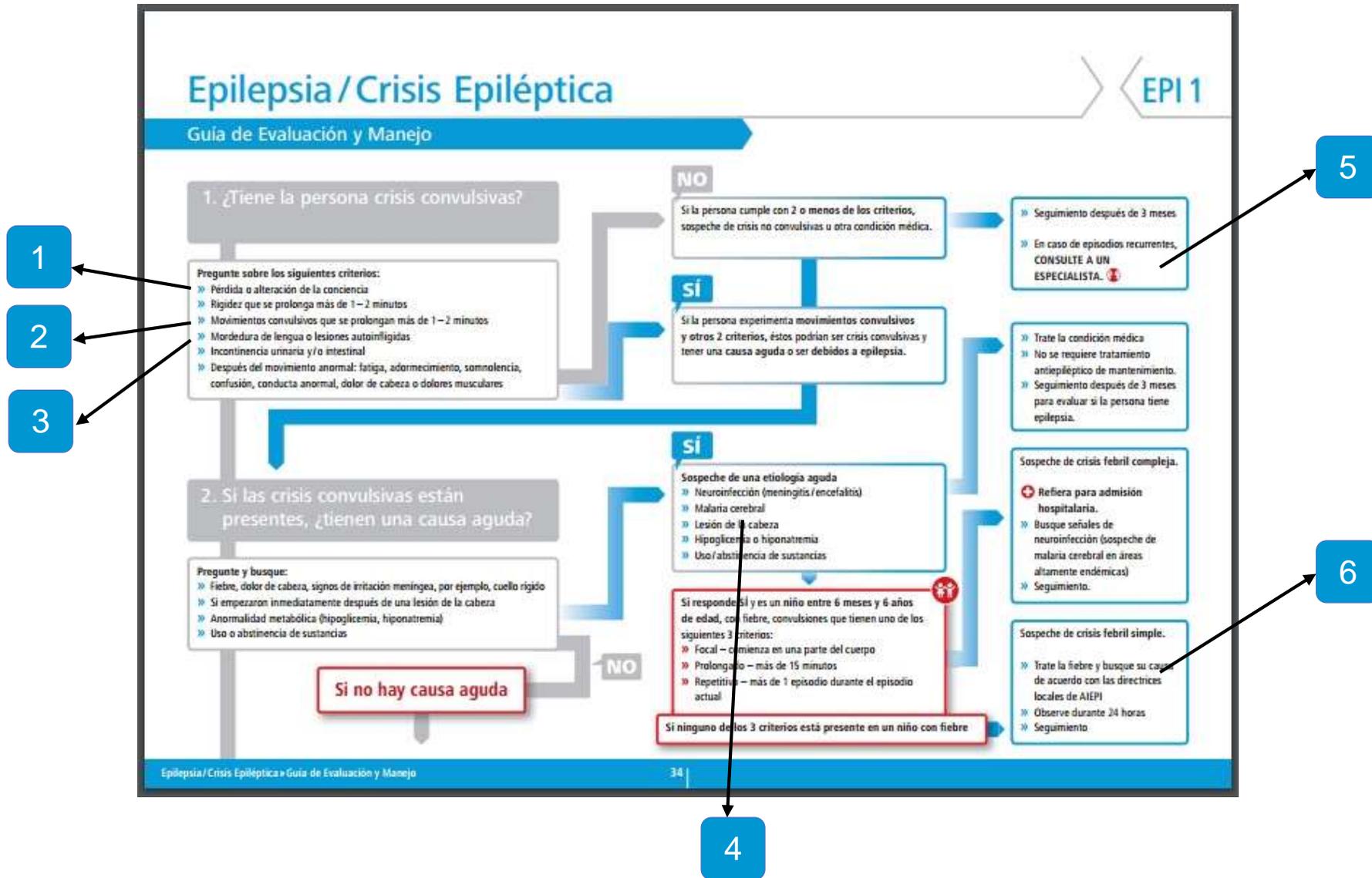


Gráfico 17. Guía de intervención mhGAP. Página 34

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la palabra “convulsiones” por “crisis epiléptica”. • Donde dice “Lorazepam” se cambia por “Midazolam” 		
1. Pág. 35, tercera columna, segundo recuadro	Se propone al inicio de este recuadro escribirle un subtítulo que diga “inicie el tratamiento”		
2. Pág. 35, tercera columna, segundo recuadro, primer viñeta	“Inicie el medicamento antiepiléptico, ya sea fenobarbital, fenitoína, carbamazepina o valproato.”	“Inicie el medicamento antiepiléptico, ya sea carbamazepina, valproato, fenitoína o fenobarbital”	Se sugiere que la frase esté en negrilla y se modifique el orden de los medicamentos
3. Pág. 35, tercera columna, segundo recuadro, segunda viñeta	“Informe acerca de la enfermedad, el estilo de vida y asuntos de seguridad, y la importancia de la adherencia al tratamiento y seguimiento periódico. »EPI3.1”	“Informe acerca de la enfermedad, el estilo de vida y asuntos de seguridad, y la importancia de la adherencia al tratamiento y seguimiento periódico. »EPI3.1”	Se sugiere que la frase esté en negrilla
4. Pág. 35, tercera columna, segundo recuadro	Incluir las siguientes dos viñetas: » “Realizar electroencefalograma computarizado en todos los pacientes” » “Todo paciente con crisis epiléptica de inicio focal debe tener una neuroimagen”		

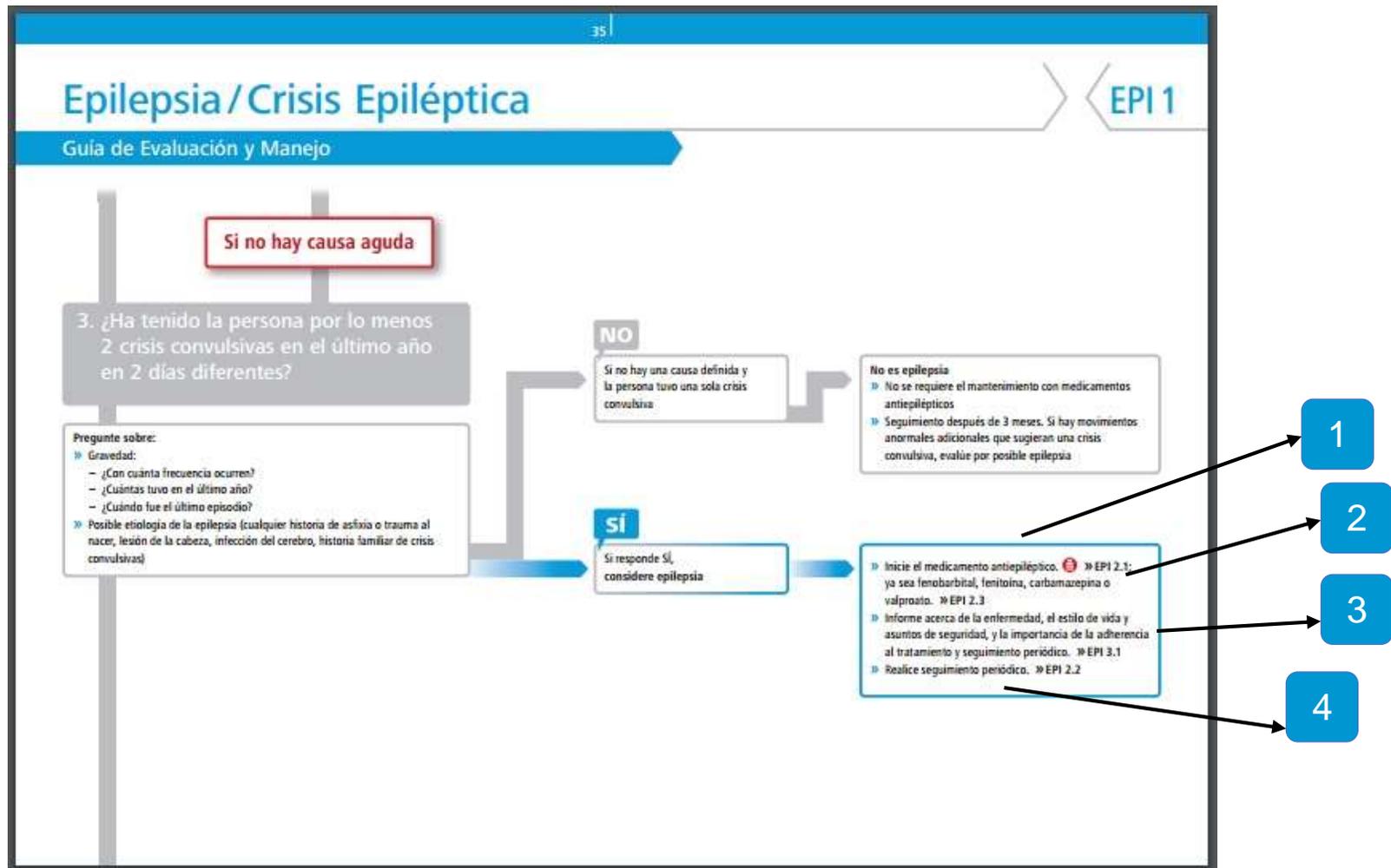


Gráfico 18. Guía de intervención mhGAP. Página 35

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la palabra “convulsiones” por “crisis epiléptica”. • Donde dice “Lorazepam” se cambia por “Midazolam” 		
1. Pág. 36, tercera columna, recuadro, última viñeta	“En el parto, administre 1 mg de vitamina K i.m. al recién nacido para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido”	“En el parto, administre 1 mg de vitamina K i.m. al recién nacido siguiente las directrices nacionales, para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido”	Se agrega una aclaración en mitad del fragmento

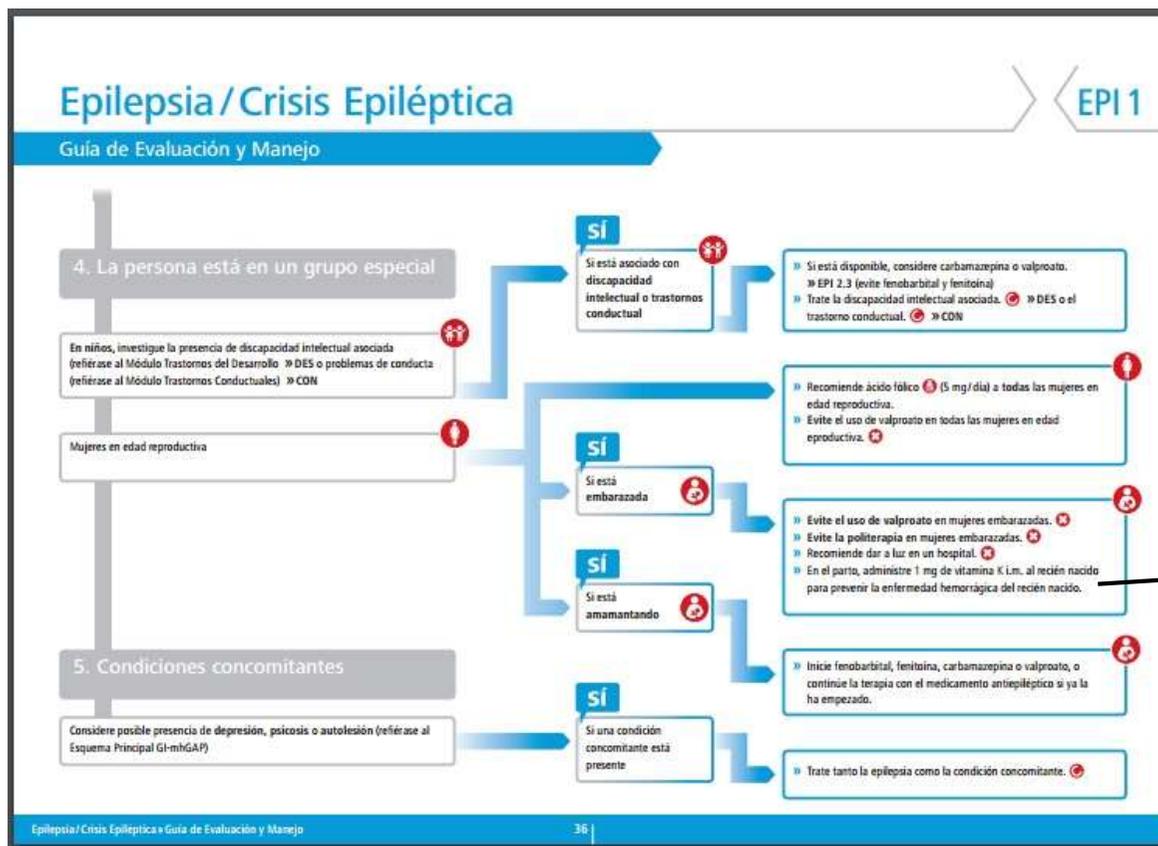


Gráfico 19. Guía de intervención mhGAP. Página 36

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la palabra “convulsiones” por “crisis epiléptica”. • Donde dice “Lorazepam” se cambia por “Midazolam” 		
1. Pág. 37, primera columna, tercera viñeta	“Inicie el tratamiento con la dosis más baja y aumente lentamente hasta obtener el control completo de la crisis convulsiva”	“Inicie el tratamiento con la dosis más baja y aumente lentamente hasta la dosis terapéutica u obtener el control completo de la crisis epiléptica”	Se agrega una indicación en la mitad del fragmento y se modifica la última palabra
2. Pág. 37, primera columna, quinta viñeta	<p>“Háblele a la persona y a la familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El lapso en el inicio del efecto y duración del tratamiento; - Los posibles efectos secundarios y el riesgo de estos síntomas; la obtención de ayuda inmediata si los mismos producen malestar; - El riesgo de los síntomas de discontinuación abrupta/ abstinencia en dosis no recibidas; - La necesidad de seguimiento periódico.” 	<p>“Háblele a la persona y a la familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El lapso en el inicio del efecto y duración del tratamiento; - Los posibles efectos secundarios y el riesgo de estos síntomas; la obtención de ayuda inmediata si los mismos producen malestar; - El riesgo de los síntomas de discontinuación abrupta/ abstinencia en dosis no recibidas; - La necesidad de seguimiento periódico. - Llevar un registro de las crisis epilépticas” 	Se incluye una indicación más
3. Pág. 37, primera columna, última viñeta	“Para condiciones médicas concomitantes: antes de prescribir un medicamento antiepiléptico, considere la posibilidad de interacción entre medicamento-enfermedad o medicamento-medicamento. Consulte el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS.”	“Para condiciones médicas concomitantes (como ansiedad, depresión, enfermedades sistémicas en el adultos – hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria) y problemas de aprendizaje): antes de prescribir un medicamento antiepiléptico, considere la posibilidad de interacción entre medicamento-enfermedad o medicamento-medicamento. Consulte el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS, y considere los medicamentos como: antihipertensivos, hipoglicemiantes, anticoagulantes, antidepresivos, ansiolíticos, antibióticos.”	Se agrega información en la mitad y al final del fragmento
4. Pág. 37, segunda columna	<p>En el subtítulo “seguimiento” se deben incluir dos viñetas iniciales que digan:</p> <ul style="list-style-type: none"> » “Todo paciente al que se le inicie un medicamento debe tener paraclínicos que permitan detectar tempranamente toxicidad: hemograma con plaquetas, animotranferasas. Otros según medicamento. » Evaluar necesidad de niveles séricos de medicación.” 		
5. Pág. 37, segunda columna, séptima viñeta	“Si la respuesta sigue siendo deficiente, intente la monoterapia con otro medicamento. Inicie el segundo medicamento y aumente a una dosis adecuada o máxima tolerada y solamente entonces disminuya gradualmente el primer medicamento.”	“Si la respuesta sigue siendo deficiente, intente la monoterapia con otro medicamento, o inicie el segundo medicamento y aumente a una dosis adecuada o máxima tolerada y solamente entonces disminuya gradualmente el primer medicamento.”	Se agrega una palabra en el medio del fragmento
6. Pág. 37, tercera columna, primera viñeta	“Si las crisis convulsivas continúan después de intentar dos monoterapias, revise el diagnóstico (incluyendo comorbilidad), la adherencia al tratamiento y, si es necesario, consulte a un especialista para obtener una evaluación y tratamiento adicionales.”	“Si las crisis convulsivas continúan después de intentar dos monoterapias, revise el diagnóstico (incluyendo comorbilidad), la adherencia al tratamiento y, si es necesario, consulte a un especialista en neurología o neuropediatría, en modalidad de consulta presencial o telemedicina, para obtener una evaluación y tratamiento adicionales. De persistir con la crisis, remita a Centro especializado de Epilepsia”	Se agrega información en la mitad y al final del fragmento

37

Epilepsia / Crisis Epiléptica

Detalles de la Intervención

Tratamiento y Consejo Farmacológico

2.1 Inicie la Terapia con Medicamento Antiepiléptico

La inmensa mayoría de las crisis convulsivas se pueden controlar (detener o reducir significativamente) mediante el uso de medicamentos antiepilépticos.

- Prescriba fenobarbital, fenitoína, carbamazepina o valproato, basado en la disponibilidad específica del país.
- Inicie el tratamiento usando un solo medicamento antiepiléptico.
- Inicie el tratamiento con la dosis más baja y aumente lentamente hasta obtener el control completo de la crisis convulsiva.
- La finalidad del tratamiento es lograr la dosis de mantenimiento más baja que proporcione control completo de la crisis convulsiva.
- Háblele a la persona y a la familia sobre:
 - el lapso en el inicio del efecto y duración del tratamiento;
 - los posibles efectos secundarios y el riesgo de estos síntomas; la obtención de ayuda inmediata si los mismos producen malestar;
 - el riesgo de los síntomas de discontinuación abrupta/abstinencia en dosis no recibidas;
 - la necesidad de seguimiento periódico.
- Pida a la persona y a la familia mantener un diario sencillo de las crisis convulsivas.
- Para condiciones médicas concomitantes: antes de prescribir un medicamento antiepiléptico, considere la posibilidad de interacción entre medicamento-enfermedad o medicamento-medicamento. Consulte el Formulario Nacional o el Formulario de la OMS.

2.2 Seguimiento

- Pregunte y busque signos y síntomas de efectos adversos y sobre adherencia al tratamiento.
- Los efectos adversos pueden ser debidos a altas dosis del medicamento antiepiléptico (tales como somnolencia, nistagmus, diplopia y ataxia) o pudieran ser efectos idiosincrásicos (tales como reacciones alérgicas, depresión de la médula ósea, fallo hepático).
- Para conocer los detalles individuales de los medicamentos antiepilépticos, refiérase » EPI 2.3
- La dosis correcta del medicamento antiepiléptico es la dosis más baja en la que se logra el control completo de la crisis sin efectos adversos.
- Si hay efectos adversos determinados por la dosis, disminuya la dosis del medicamento. En caso de reacciones idiosincrásicas, suspenda el medicamento antiepiléptico que está tomando la persona y cambie a cualquiera de los otros medicamentos antiepilépticos.
- Si a pesar de una buena adherencia al tratamiento, la respuesta no es buena (una reducción menor a 50 % en la frecuencia de las crisis), aumente hasta la dosis máxima tolerada.
- Si la respuesta sigue siendo deficiente, intente la monoterapia con otro medicamento. Inicie el segundo medicamento y aumente a una dosis adecuada o máxima tolerada y solamente entonces disminuya gradualmente el primer medicamento.
- Si las crisis convulsivas son muy poco frecuentes y las dosis más altas de los medicamentos producen efectos secundarios, la meta podrá ser estar libre de crisis convulsivas pero no totalmente.

» Si las crisis convulsivas continúan después de intentar dos monoterapias, revise el diagnóstico (incluyendo comorbilidad), la adherencia al tratamiento y, si es necesario, consulte a un especialista para obtener una evaluación y tratamiento adicionales.

» Si hay efectos adversos o si la respuesta no es buena, el seguimiento se debe realizar mensualmente.

» Continúe el seguimiento cada 3 meses, si las crisis están bien controladas.

Cómo y cuándo suspender los medicamentos antiepilépticos

- No se han presentado convulsiones en los últimos 2 años.
- Analice la decisión con la persona/cuidador, considerando el riesgo que las convulsiones vuelvan a empezar.
- En algunos casos de epilepsia, pudiera requerirse la terapia antiepiléptica a largo plazo, por ejemplo, en casos de epilepsia secundaria a traumatismo en la cabeza o infecciones neurológicas, o si las crisis convulsivas fueron difíciles de controlar.
- Reduzca gradualmente el tratamiento durante 2 meses.

Gráfico 20. Guía de intervención mhGAP. Página 37

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la palabra “convulsiones” por “crisis epiléptica”. • Donde dice “Lorazepam” se cambia por “Midazolam” 		
1. Pág. 38, tabla	Se sugiere modificar la tabla de Niños, de la siguiente manera: quitar toda la información que está allí y en su lugar poner la siguiente indicación: “Referirse a la Guía de AIEPI”		

Epilepsia / Crisis Epiléptica

EPI 2

Detalles de la Intervención

2.3 Tratamiento y Consejo Farmacológico

Fenobarbital

- » Solo necesita administrarse una vez al día.
- » Administre a la hora de dormir (reduce la somnolencia durante el día).
- ⓘ **Adultos:** Inicie con 1 mg/kg/día (tableta de 60 mg) durante 2 semanas. Si la respuesta no es buena, aumente a 2 mg/kg/día (120 mg) durante 2 meses. Si las crisis convulsivas persisten, aumente la dosis a 3 mg/kg/día (180 mg).
- ⓘ **Niños:** Inicie con 2 mg/kg/día durante 2 semanas. Si la respuesta no es buena, aumente a 3 mg/kg/día durante 2 meses. Si las crisis convulsivas persisten, aumente la dosis a un máximo de 6 mg/kg/día.
- » Se necesita la administración continua durante 14–21 días para obtener niveles estables de fenobarbital en la sangre; por lo tanto, la ocurrencia de las crisis convulsivas durante este periodo no debe ser considerada como fallo del tratamiento.
- » Efectos secundarios (determinados por la dosis): somnolencia, letargo e hiperactividad en niños; idiosincrásicos: erupciones cutáneas, depresión de la médula ósea, insuficiencia hepática.

Carbamazepina

- » Administre la medicación dos veces al día.
- » La estabilidad se logra hasta en 8 días.
- » Efectos secundarios: reacciones alérgicas cutáneas (las cuales pueden ser graves); visión borrosa, diplopía (visión doble), ataxia (marcha vacilante) y náuseas; los últimos síntomas mencionados generalmente se ven al inicio del tratamiento o en dosis altas.

- » Relacionados con la dosis: somnolencia, ataxia y lenguaje mal articulado, espasmo motor involuntario y confusión mental, endurecimiento de los rasgos faciales, hiperplasia de la encía e hirsutismo (inusuales); idiosincrásicos: anemia y otras anomalías hematológicas, reacciones de hipersensibilidad, incluyendo erupciones cutáneas, hepatitis.

Valproato sódico

- » Hay diferentes presentaciones a disposición; generalmente se administra 2 ó 3 veces al día.
- » Efectos secundarios: sedación y temblor (determinado por la dosis), pérdida temporal del cabello (vuelve a crecer normalmente en un periodo de 6 meses), aumento de peso corporal, fallo de la función hepática (idiosincrásico).

Fenitoína

- » En niños ⓘ, administre dos veces al día; en adultos ⓘ se puede administrar una vez al día.
- » Pequeños incrementos en la dosis pueden conducir a grandes cambios en la concentración, por lo tanto, los incrementos deben ser de 25–30 mg.

	Niño		Adolescente/adulto	
	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento
Carbamazepina	5 mg/kg/día	10–30 mg/kg/día	100–200 mg/día	400–1400 mg/día
Fenobarbital	2–3 mg/kg/día	2–6 mg/kg/día	60 mg/día	60–180 mg/día
Fenitoína	3–4 mg/kg/día	3–8 mg/kg/día (máximo 300 mg diarios)	150–200 mg/día	200–400 mg/día
Valproato sódico	15–20 mg/kg/día	15–30 mg/kg/día	400 mg/día	400–2000 mg/día

1

Gráfico 21. Guía de intervención mhGAP. Página 38 39

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
EN TODO EL MÓDULO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la palabra “convulsiones” por “crisis epiléptica”. • Donde dice “Lorazepam” se cambia por “Midazolam” 		
1. Pág. 39, primera columna, primera viñeta	“Que la epilepsia es una condición crónica, pero que las crisis se pueden controlar completamente en el 75% de las personas, después de lo cual pueden vivir sin medicación por el resto de sus vidas.”	“Que la epilepsia es una condición crónica, pero que las crisis se pueden controlar completamente en el 70% de las personas. Algunas de estas personas con epilepsia podrán en un momento determinado suspender la terapia anticonvulsiva si el especialista lo indica.”	Se modifica el porcentaje y se modifica el final del fragmento.
2. Pág. 39, tercera columna, última viñeta	“Se debe cumplir con las leyes nacionales relacionadas con el tema de conducir vehículos y la epilepsia.”	“Se debe cumplir con las leyes nacionales relacionadas con el tema de conducir vehículos y la epilepsia. Referirse a la promulgación de la Ley 1414/10”	Se agrega información al final del fragmento

1

2

Gráfico 22. Guía de intervención mhGAP. Página 39

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 40, primera columna, numeral 1	“1. ¿Tiene el niño un retraso en el desarrollo?”	“1. ¿Tiene el niño un retraso en el desarrollo o un problema para aprender?”	Se agrega información adicional al final de la frase
2. Pág. 40, primera columna, subtítulo del primer recuadro	“Evalúe el desarrollo del niño usando indicadores locales de desarrollo o comparando al niño con otros niños de la misma edad en el mismo país.”	“Evalúe el desarrollo del niño usando los indicadores de la escala abreviada del desarrollo”	Se modifica la última parte de la indicación
3. Pág. 40, segunda columna, primer recuadro	“Si existe un retraso en el desarrollo o las deficientes mencionadas en la comunicación o la conducta”	“Si existe un retraso en el desarrollo, un problema de aprendizaje o las deficientes mencionadas en la comunicación o la conducta”	Se agrega información en la mitad de la indicación
4. Pág. 40, segunda columna, segundo recuadro	“¿Hay alguna deficiencia nutricional, incluyendo deficiencias de yodo y/o condiciones médicas?”	“¿Si el profesional de la salud detecta un problema de mal nutrición (desnutrición o sobrepeso), incluyendo deficiencias de yodo y/o condiciones médicas?”	Se modifica la redacción al inicio de la indicación, incluyendo información adicional.
5. Pág. 40, tercera columna, primer recuadro	“Trate los problemas nutricionales, incluyendo la deficiencia de yodo y las condiciones médicas, usando las directrices de AIEPI”	“Trate los problemas nutricionales, incluyendo la deficiencia de yodo y las condiciones médicas, usando las directrices nacionales para el tratamiento de los problemas nutricionales”	Se modificó la última parte de la indicación
6. Pág. 40, tercera columna, título del segundo recuadro	“En todos los casos”	“En todos los casos, el equipo debe”	Se agrega información al título
7. Pág. 40, tercera columna, segundo recuadro	Se sugiere poner una viñeta inicial que diga: “Remita a medicina”		
8. Pág. 40, tercera columna, segundo recuadro, quinta viñeta	“Evalúe el nivel actual de funcionamiento adaptativo en consulta con el especialista, si está disponible.”	“Evalúe el nivel actual de funcionamiento adaptativo en consulta con el especialista en pediatría, en modalidad de consulta, remisión o telemedicina.”	Se agrega información adicional a la última parte de la indicación y se retira la frase “si está disponible”
9. Pág. 40, tercera columna, segundo recuadro, octava viñeta	“Facilite y colabore con los servicios de rehabilitación comunitarios.”	“Facilite y colabore con los servicios de rehabilitación comunitarios locales o redes comunitarias. Haga seguimiento al proceso.”	Se adiciona información a la indicación al final del fragmento.
10. Pág. 40, tercera columna, segundo recuadro, onceava viñeta	“Remita a un especialista, si está disponible, para que realice una evaluación etiológica más minuciosa.”	“Remita a un especialista en pediatría, neuropsiquiatría, psiquiatría o medicina familiar, para que realice una evaluación etiológica más minuciosa.”	Se agregó información a la indicación y se retiró la frase “si está disponible”.

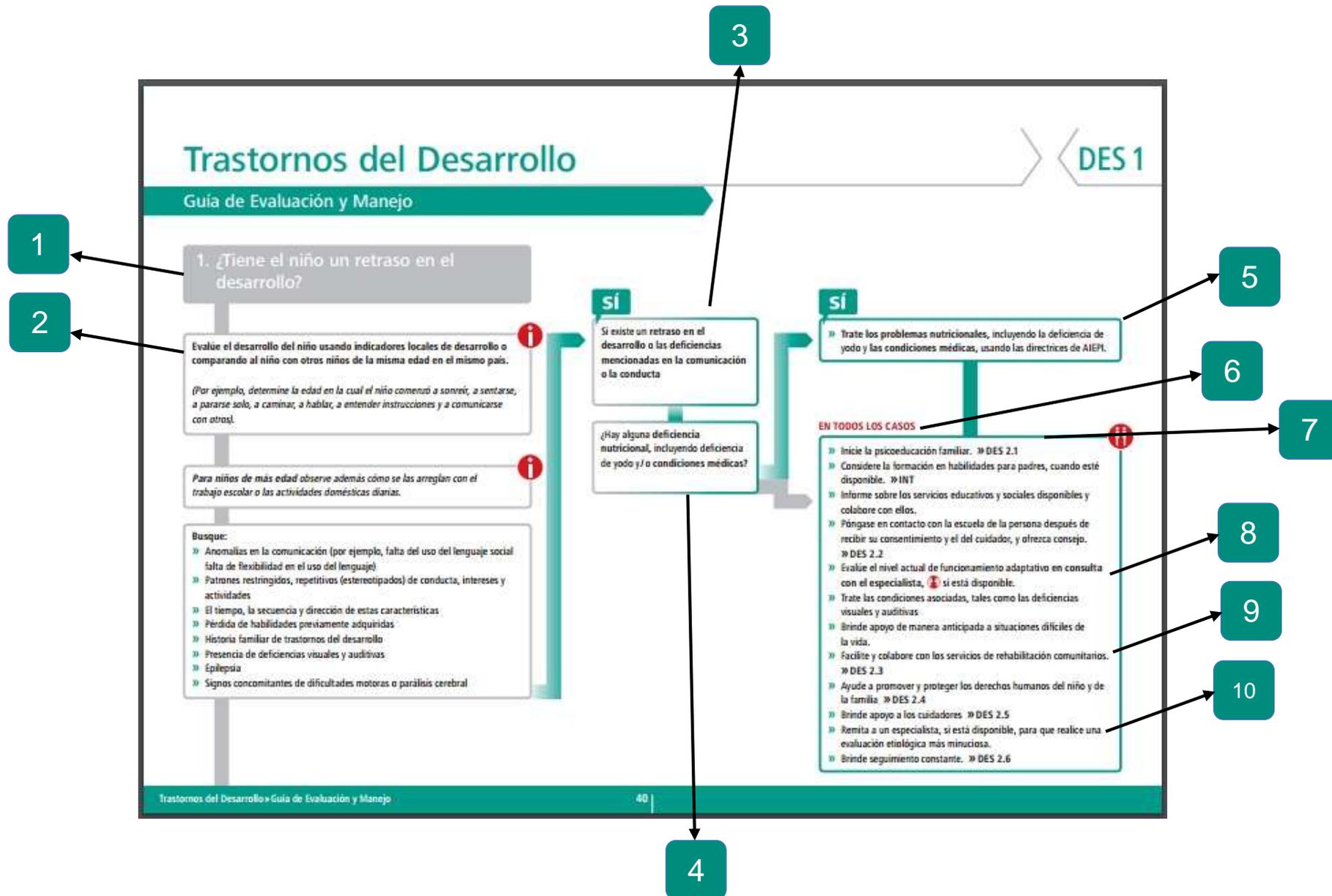


Gráfico 23. Guía de intervención mhGAP. Página 40

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 41, primera columna, enunciado 2	“2. ¿Se debe el retraso en el desarrollo a un ambiente no estimulante o a depresión materna?”	“2. ¿Se debe el retraso en el desarrollo a un ambiente no estimulante, a factores del ambiente que puedan generar estrés (como violencia intrafamiliar o en el contexto, cuidador con trastorno mental o consumo de SPA, violencia con ocasión del conflicto armado, etc.) o a depresión materna?”	Se amplía información en el enunciado
2. Pág. 41, tercera columna, primer recuadro, segunda viñeta	“Trate la depresión materna. Refiérase al Módulo Depresión » DEP y a otros documentos de la OMS sobre depresión materna y desarrollo de la primera infancia.”	“Trate la depresión materna. Refiérase al Módulo Depresión » DEP, al Módulo de Estrés, a las recomendaciones de la GPC de Depresión y a otros documentos de la OMS sobre depresión materna y desarrollo de la primera infancia.”	Se añade información en la mitad de la indicación.
3. Pág. 41, tercera columna, primer recuadro	Se sugiere incluir otra viñeta al final que diga: “Notifique al Sistema Nacional de Bienestar Familiar y al SIVIGILA si sospecha maltrato infantil”		
4. Pág. 41, tercera columna, último recuadro, tercera viñeta	“Si los recursos están disponibles, considere la terapia cognitivo conductual (TCC)”	“Si los recursos están disponibles, considere preferiblemente la terapia cognitivo conductual (TCC)”	Se agrega la palabra “preferiblemente” en medio de la indicación

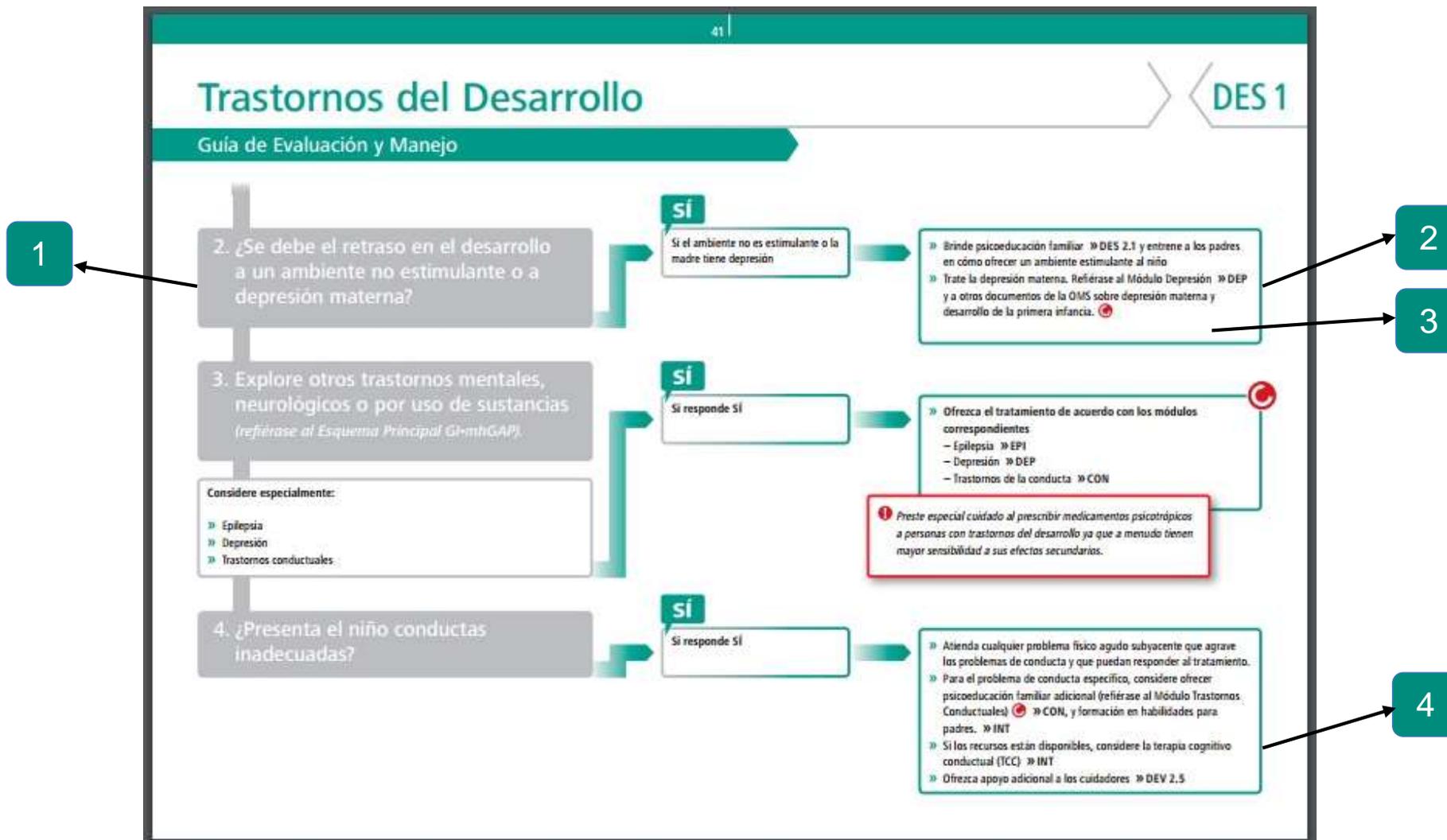


Gráfico 24. Guía de intervención mhGAP. Página 41

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 44, tercera columna, primer recuadro, cuarta viñeta	“Considere las intervenciones psicosociales, tales como la terapia cognitivo conductual (TCC) y la capacitación en habilidades sociales de acuerdo con la disponibilidad.”	“Considere las intervenciones psicosociales, preferiblemente la terapia cognitivo conductual (TCC) y la capacitación en habilidades sociales de acuerdo con la disponibilidad.”	Se cambia la frase “tales como” por la palabra “preferiblemente”
2. Pág. 44, tercera columna, segundo recuadro, primer viñeta	“CONSULTE UN ESPECIALISTA para el tratamiento con metilfenidato CON 3 solo si”	“CONSULTE UN ESPECIALISTA en neurología, neuropsiquiatría, psiquiatría o pediatría, para el tratamiento con metilfenidato, CON 3 solo si”	Se adiciona información en la mitad de la indicación

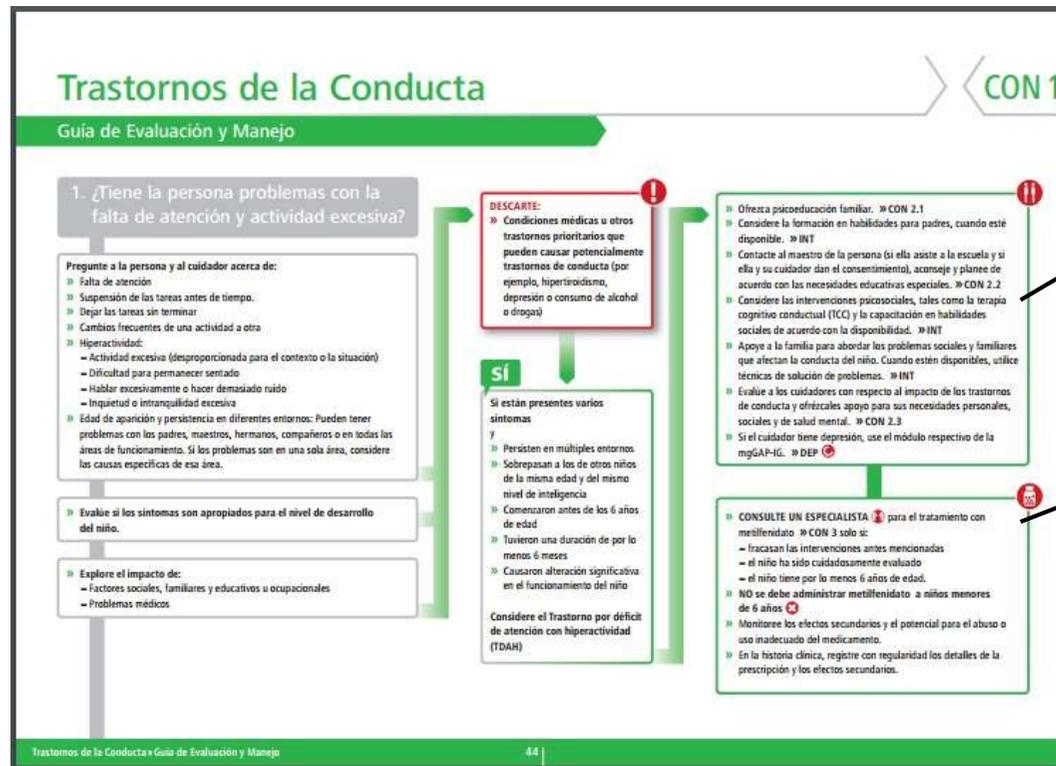


Gráfico 25. Guía de intervención mhGAP. Página 44

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 45, tercera columna, quinta viñeta	“Considere las intervenciones psicosociales, tales como la terapia cognitivo conductual (TCC) y el entrenamiento en habilidades sociales de acuerdo con la disponibilidad.”	“Considere las intervenciones psicosociales, preferiblemente la terapia cognitivo conductual (TCC) y el entrenamiento en habilidades sociales de acuerdo con la disponibilidad.”	Se cambia la frase “tales como” por la palabra “preferiblemente”
2. Pág. 45, tercera columna, última viñeta	“NO use medicinas para los trastornos de conducta de niños y adolescentes. Considere el metilfenidato solo en las condiciones antes mencionadas para el trastorno de hiperactividad”	“NO use medicinas para los trastornos de conducta de niños y adolescentes. Considere el metilfenidato solo en las condiciones antes mencionadas para el trastorno de hiperactividad, el cual sólo podrá ser formulado por un especialista en neuropsiquiatría, neurología, psiquiatría y pediatría.”	Se incluye información al final de la indicación.

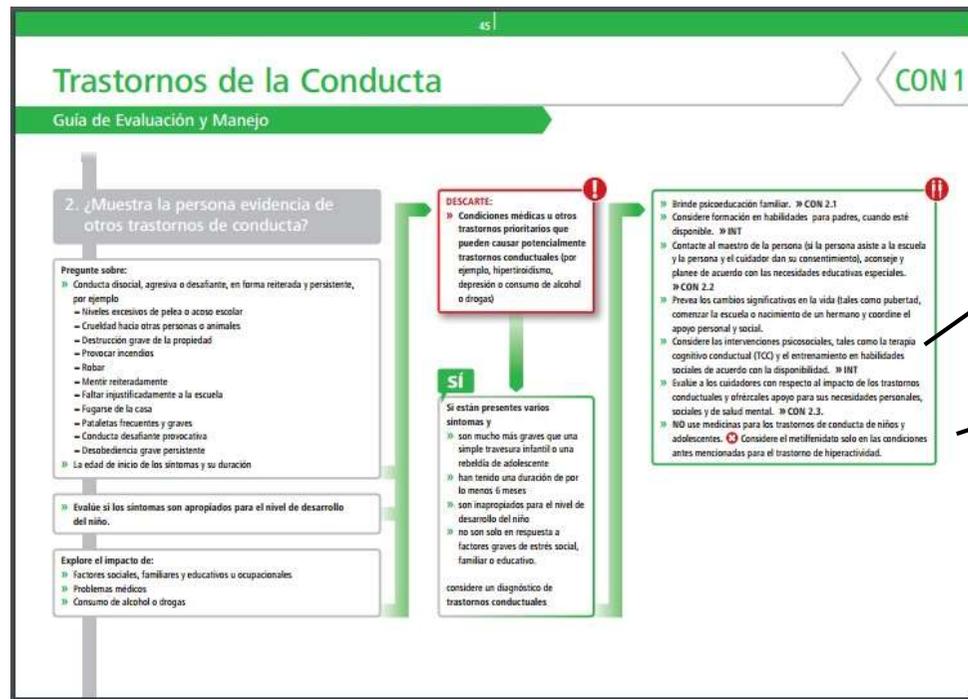


Gráfico 26. Guía de intervención mhGAP. Página 45

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 46, tercera columna, primer recuadro, segunda viñeta	“Informe a los padres y realice visitas al hogar. En caso de riesgo grave o falta de respuesta, involucre a otros recursos y especialistas disponibles.”	“Informe a los padres y realice visitas al hogar. En caso de riesgo grave o falta de respuesta identifique una red de apoyo más amplia familiar e institucional (personería, comisaría de familia, policía de infancia y adolescencia, defensoría y demás agente del Sistema Nacional de Bienestar Familiar) y especialistas disponibles.	Se incluye información en la mitad del párrafo.
2. Pág. 46, tercera columna, primer recuadro, tercera viñeta	“Considere las intervenciones legales de acuerdo con la legislación local.”	“Considere las intervenciones legales de acuerdo con la legislación local. Recuerde notificación obligatoria a SIVIGILA”	Se anexa información al final de la indicación.

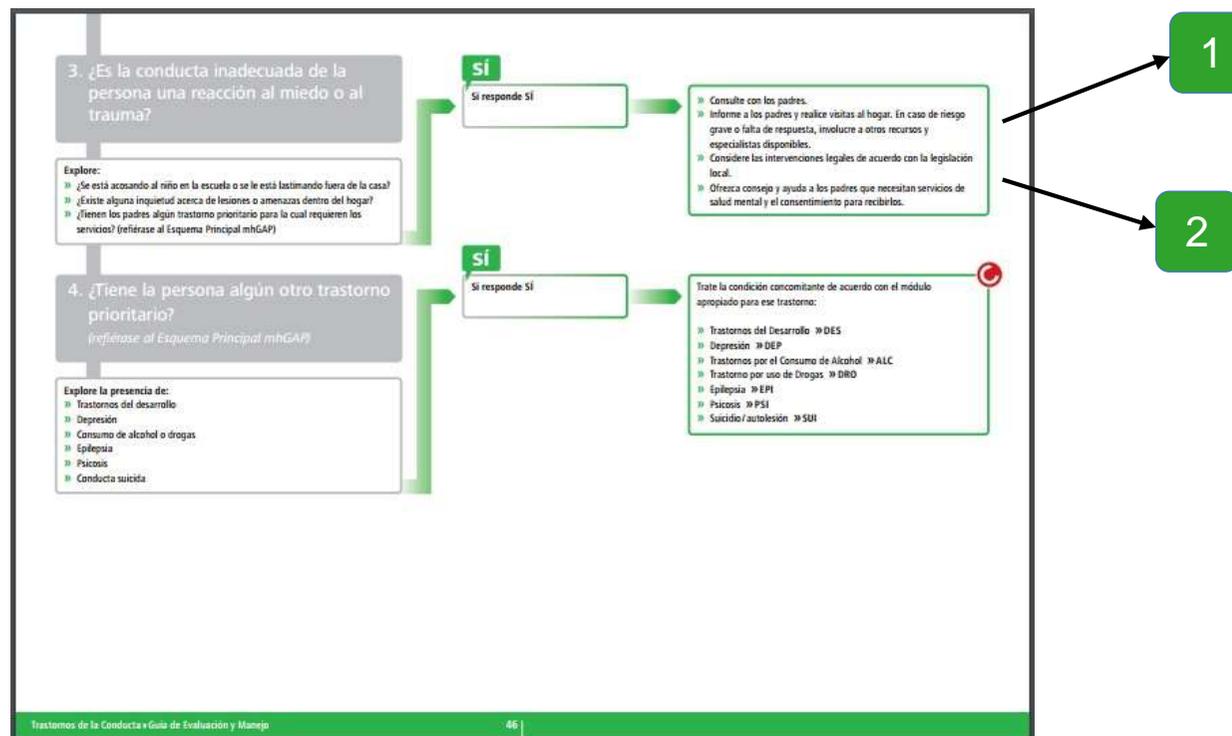


Gráfico 27. Guía de intervención mhGAP. Página 46

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 48, tercera columna, primer viñeta	“Efectos secundarios comunes: insomnio, disminución del apetito, ansiedad y cambios en el estado de ánimo. • Reduzca la dosis y CONSULTE A UN ESPECIALISTA”	“Efectos secundarios comunes: insomnio, disminución del apetito, ansiedad y cambios en el estado de ánimo. • Reduzca la dosis y CONSULTE A UN ESPECIALISTA en pediatría infantil o neuropsiquiatría, en modalidad presencial, telemedicina o consulta telefónica”	Se adiciona información al final de la indicación.
2. Pág. 48, tercera columna, numeral 3.5, segunda viñeta	“Obtenga el peso cada 3 meses y la talla cada 6 meses. Si deja de haber un aumento en la talla o el peso, descontinúe el metilfenidato y CONSULTE CON ESPECIALISTA.”	“Obtenga el peso cada 3 meses y la talla cada 6 meses. Si deja de haber un aumento en la talla o el peso, descontinúe el metilfenidato y CONSULTE CON ESPECIALISTA en psiquiatría, psiquiatría de niños/ niñas/ adolescentes o neuropsiquiatra, en modalidad presencial, telemedicina o consulta telefónica.”	Se adiciona información al final de la indicación.
3. Pág. 48, tercera columna, numeral 3.5, última viñeta	“Si el niño responde al metilfenidato, siga administrándolo durante un año y luego CONSULTE A UN ESPECIALISTA para verificar si se justifica su continuación.”	“Si el niño responde al metilfenidato, siga administrándolo durante un año y luego CONSULTE A UN ESPECIALISTA en psiquiatría, psiquiatría de niños/ niñas/ adolescentes o neuropsiquiatra, en modalidad presencial o telemedicina, para verificar si se justifica su continuación.”	Se anexa información en la indicación.

Trastornos de la Conducta CON 3

Detalles de la Intervención

Intervenciones Farmacológicas: Metilfenidato

- NO use medicamentos en la atención primaria sin consultar primero a un especialista.
- NO use metilfenidato para el tratamiento de la hiperactividad o déficit de atención en niños y adolescentes. Solo considere el metilfenidato para el tratamiento de la hiperactividad o déficit de atención en niños y adolescentes si el niño ha sido previamente evaluado y tiene por lo menos 6 años de edad, y si el niño ha sido tratado con otros tratamientos que no han resultado efectivos o si el niño ha sido tratado con otros medicamentos que no han resultado efectivos.
- El uso de medicamentos estimulantes siempre debe ser parte de un plan de tratamiento integral que incluya las intervenciones psicológicas, conductuales y educativas.
- Anote en la historia clínica la cantidad de medicamento prescrito y la fecha de la prescripción, así como la respuesta y los efectos secundarios.

Metilfenidato

3.1 Iniciar el tratamiento de metilfenidato

- Disponibilidad:** El metilfenidato está restringido en muchos países. Consulte la legislación que rige la prescripción y suministro de estimulantes.
- Preparación:** Las formulaciones de liberación inmediata están generalmente disponibles en forma de tabletas de 10 mg. Las formulaciones de liberación prolongada no están disponibles en algunos países.
- Evaluación previa al medicamento:** para la administración de metilfenidato: obtener de los registros para la evaluación que se presentan en el diagrama de flujo, evaluar regularmente:
 - sistema cardiovascular - tensión, pulso, presión arterial, examen

3.2 Dosificación y administración

- Formulación de liberación inmediata:**
 - Comience con 5 mg una o dos veces al día.
 - Aumente gradualmente (paciente 4 - 6) aumentado la dosis por 2 - 3 dosis divididas hasta que no se observe más mejoría y los efectos secundarios sean tolerables, hasta una máxima dosis diaria recomendada de 60 mg por 2 - 3 dosis divididas.
- Preparación de liberación prolongada:** Si está disponible, prescriba como una sola dosis en la mañana.

3.3 Evaluar la respuesta

Registre los síntomas y efectos secundarios en cada cambio de dosis. Si se presenta la hiperactividad de "rebote" tras discontinuar el efecto del medicamento, los días se pueden dividir para incluir una dosis a última hora de la tarde.

3.4 Efectos secundarios

- Efectos secundarios comunes: insomnio, disminución del apetito, ansiedad y cambios en el estado de ánimo.
 - Reduzca la dosis y CONSULTE A UN ESPECIALISTA.
- Efectos secundarios menos comunes: dolor abdominal, dolor de cabeza, náuseas, retardo temporal del crecimiento y bajo peso:
 - Obtenga el peso cada 3 meses y la talla cada 6 meses. Si deja de haber un aumento en la talla o el peso, descontinúe el medicamento y CONSULTE A UN ESPECIALISTA.
- No se requiere un ECG ni pruebas rutinarias de sangre; los niños sí deben recibir al menos una indicación clínica.

3.5 Seguimiento

- Suspenda la administración de metilfenidato si no hay respuesta después de 1 mes.
- Obtenga el peso cada 3 meses y la talla cada 6 meses. Si deja de haber un aumento en la talla o el peso, descontinúe el metilfenidato y CONSULTE A UN ESPECIALISTA.
- Si el niño responde al metilfenidato, siga administrándolo durante un año y luego CONSULTE A UN ESPECIALISTA para verificar si se justifica su continuación.

Gráfico 28. Guía de intervención mhGAP. Página 48

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 50, primera columna, cuarta viñeta	<p>“¿Existe una historia clínica de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Bocio, pulso lento, piel seca o hipertiroidismo? - ¿Infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH? - ¿Enfermedad cardiovascular? - ¿Régimen alimenticio deficiente, desnutrición, anemia?” 	<p>“¿Existe una historia clínica de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Bocio, pulso lento, piel seca o hipertiroidismo? - ¿Infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH? - ¿Enfermedad cardiovascular? - ¿Régimen alimenticio deficiente, desnutrición, anemia? - ¿Consumo crónico de alcohol?” 	Se incluye una última viñeta
2. Pág. 50, segunda columna, tercer recuadro	<p>“Si hay otras características inusuales , tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio antes de los 60 años de edad - Hipotiroidismo clínico - Enfermedad cardiovascular - Historia previa de ITS o VIH - Historia de traumatismo de la cabeza o enfermedad vascular cerebral. ” 	<p>“Si hay otras características inusuales , tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio antes de los 60 años de edad - Hipotiroidismo clínico - Enfermedad cardiovascular - Historia previa de ITS o VIH - Historia de traumatismo de la cabeza o enfermedad vascular cerebral. - Consumo crónico de alcohol o SPA” 	Se incluye una última viñeta
3. Pág. 50, tercera columna, segundo recuadro	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA”	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA en neurología, psiquiatría, medicina interna, medicina familiar o geriatría; en modalidad telefónica, presencial o telemedicina”	Se incluye información al final de la indicación.
4. Pág. 50, tercera columna, último recuadro	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA”	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA en neurología, psiquiatría, medicina interna o medicina familiar; en modalidad telefónica, presencial o telemedicina”	Se incluye información al final de la indicación.

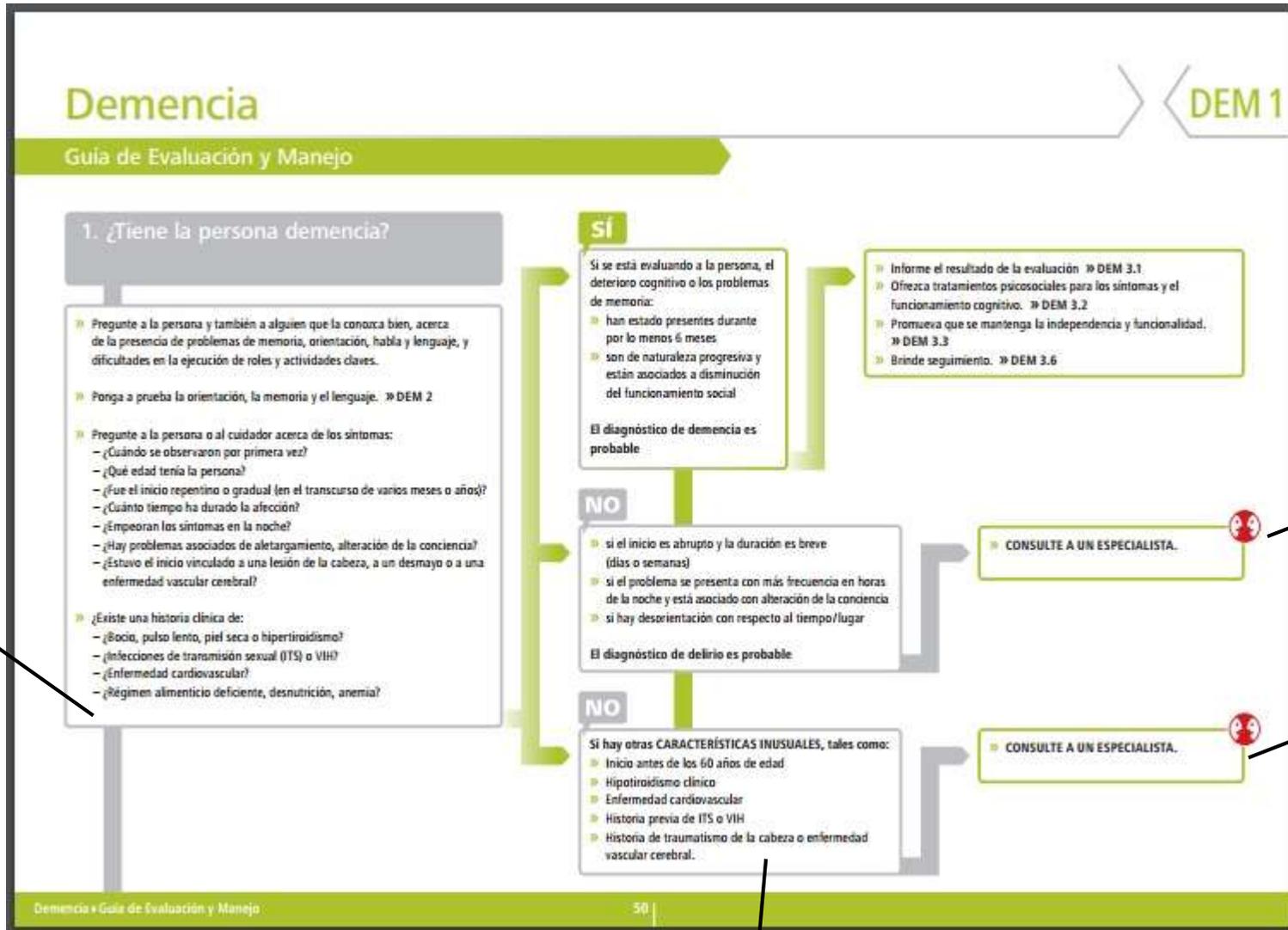


Gráfico 29. Guía de intervención mhGAP. Página 50

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 51, numeral 2	“2. ¿Tiene la persona otro trastorno mental prioritario?”	“2. ¿Tiene la persona otro trastorno mental prioritario o epilepsia?”	Se incluye la palabra “epilepsia” al finalizar el enunciado

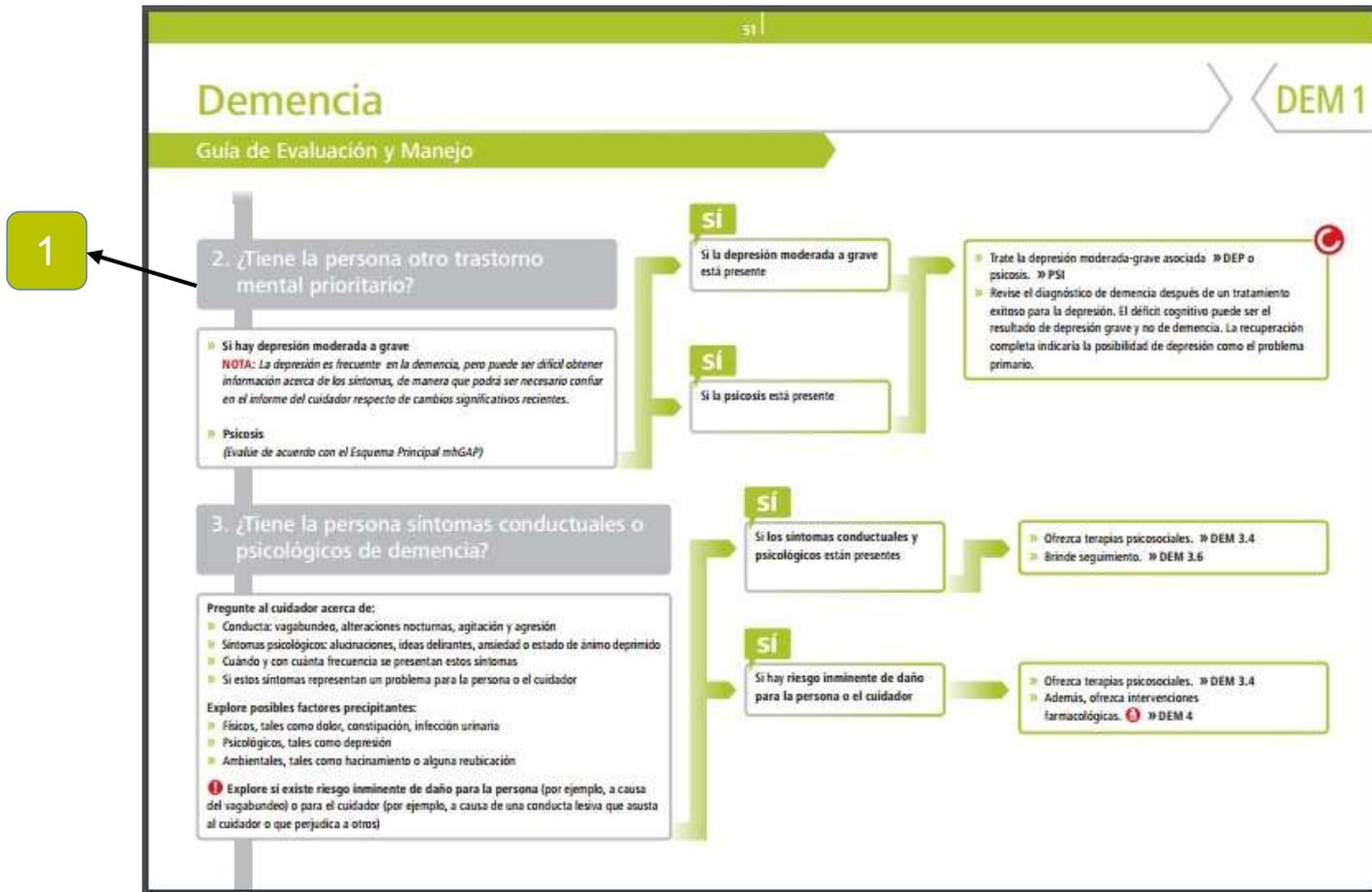


Gráfico 30. Guía de intervención mhGAP. Página 51

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 52, tercera columna, primer recuadro, primera viñeta	“Reduzca los factores de riesgo cardiovascular de acuerdo con las directrices locales...”	“Reduzca los factores de riesgo cardiovascular de acuerdo con directrices como la GPC, la Estrategia 4X4 y la Estrategia RECCETTA”	Se incluye información adicional al final del enunciado.
2. Pág. 52, tercera columna, primer recuadro, segunda viñeta	“Remita a los especialistas apropiados.”	“Remita a los especialistas apropiados, como médico internista, médico familiar o geriatra.”	Se incluye información adicional al final del enunciado.
3. Pág. 52, tercera columna, segundo recuadro, segunda viñeta	“Remita a los especialistas apropiados.”	“Remita a los especialistas apropiados, como médico internista, médico familiar o geriatra.”	Se incluye información adicional al final del enunciado.

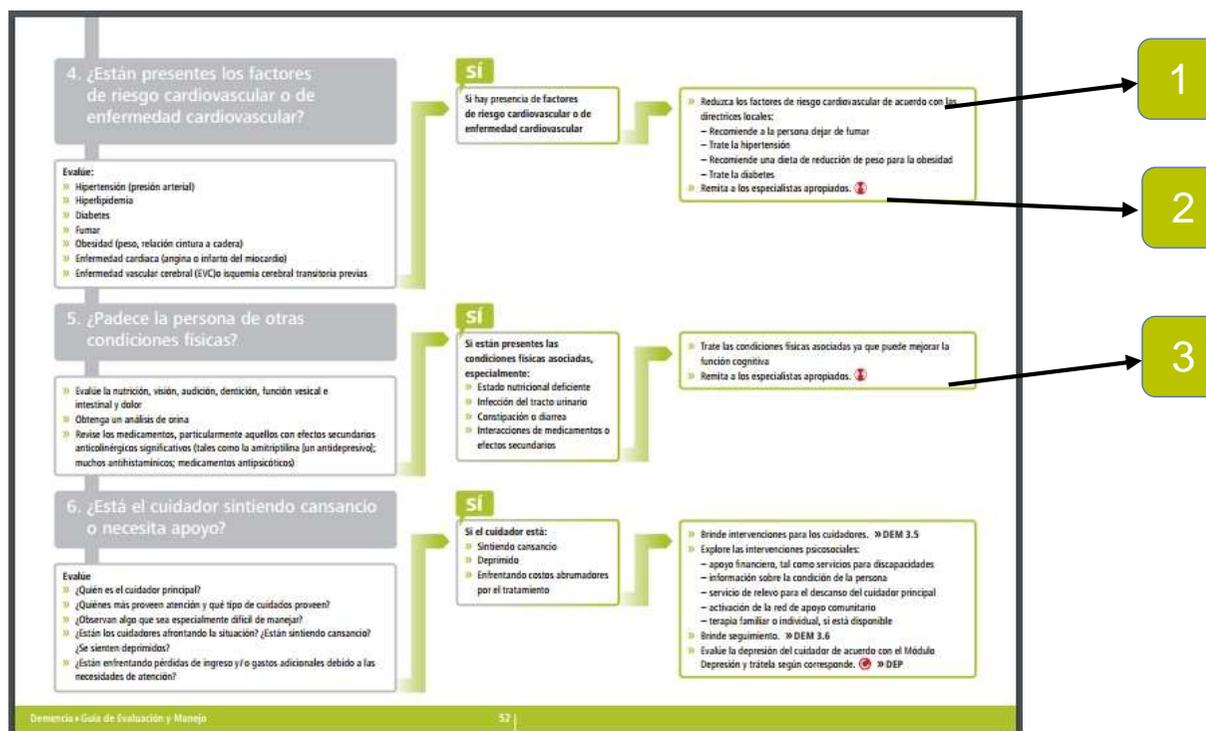


Gráfico 31. Guía de intervención mhGAP. Página 52

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 53, primera columna, último párrafo	“La demencia también se puede evaluar usando cualquier herramienta que haya sido localmente validada.”	“La demencia también se puede evaluar usando cualquier herramienta que haya sido localmente validada. Para el caso de Colombia existe el Minimental test”	Se incluye información adicional al final del enunciado.

Demencia DEM 2

Detalles de la Intervención

Identificación de la Demencia

La identificación de la demencia requiere:

- La evaluación de la memoria y el funcionamiento cognitivo usando pruebas sencillas.
- La confirmación, mediante entrevistas a familiares o a otra persona que conoce bien a la persona enferma, que estos problemas:
 - se presentaron hace poco tiempo
 - han ido empeorando
 - están causando dificultades moderadas para llevar a cabo el trabajo diario y las actividades domésticas o sociales.

La demencia también se puede evaluar usando cualquier herramienta que haya sido localmente validada.

2.1 Evaluación de la memoria y el funcionamiento cognitivo

- Evalúe la memoria pidiendo a la persona que repita inmediatamente tres palabras comunes, luego le pide que las repita 3–5 minutos más tarde.
- Evalúe la orientación con respecto al tiempo (hora del día, día de la semana, la estación y el año) y el lugar (dónde se está evaluando a la persona, o dónde queda el mercado o el almacén más cercano a su casa).
- Analice la capacidad para hablar pidiendo a la persona que nombre partes del cuerpo y que explique la función de un elemento, por ejemplo, “¿Para qué se usa un martillo?”

2.2 Entrevista al informante clave

- En una entrevista con un informante clave (alguien que conoce bien a la persona), pregunte acerca de cambios recientes en el pensamiento y razonamiento, la memoria y orientación. Es frecuente que los adultos mayores tengan lapsos ocasionales de memoria, en tanto que algunos problemas pueden ser significativos aun si no son frecuentes.
- Pregunte, por ejemplo, si la persona a menudo olvida dónde pone las cosas. ¿Se olvidan algunas veces de lo que sucedió el día anterior? ¿La persona algunas veces olvida dónde está?
- Pregunte al informante cuándo comenzaron estos problemas y si han empeorado con el tiempo. ¿Hay algún periodo de tiempo que haya durado días, semanas o más, en el cual el pensamiento y la memoria regresaron por completo a la normalidad?
- Puede ser difícil identificar los problemas relacionados con las actividades diarias si la familia los minimiza, si los problemas son relativamente pequeños, o si las familias ofrecen rutinariamente mucho apoyo y cuidado a las personas mayores. Las tareas más complejas, como la administración del presupuesto del hogar, ir de compras o cocinar, tienden a ser las primeras en afectarse. Las actividades principales de cuidado personal tales como vestirse, bañarse, alimentarse y el control de esfínteres solo se ven afectadas en una etapa posterior.
- Necesitará conocer las “actividades usuales” de las personas mayores en su área y de esta familia en particular. Explore si ha habido algún cambio progresivo reciente. ¿Comete la persona errores o le toma más tiempo llevar a cabo las tareas, no las realiza tan bien como antes, o las abandona?

Gráfico 32. Guía de intervención mhGAP. Página 53

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 54, primera columna, primer párrafo	“Pregunte a las personas que son evaluadas para diagnosticar o descartar demencia, si desean saber el diagnóstico y con quiénes lo desean compartir. La explicación debe hacerse a la medida de su capacidad para entender y retener la información.”	“Pregunte a las personas que son evaluadas para diagnosticar o descartar demencia, si desean saber el diagnóstico y con quiénes lo desean compartir. Se sugiere que dicha información sea entregada a la persona y al cuidador principal. La explicación debe hacerse a la medida de su capacidad para entender y retener la información.”	Se incluye información adicional en la mitad del enunciado.
2. Pág. 54, segunda columna, apartado 3.2	Traducir el enunciado del apartado al español		
3. Pág. 54, segunda columna, numeral 3.2	Al inicio del apartado 3.2 se sugiere incluir dos primeras viñetas con la siguiente información: - “El equipo básico de salud (médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y gerontólogo) es el encargado de realizar las intervenciones psicosociales para los síntomas y el funcionamiento cognitivo” - “Recuerde evitar el estigma al adulto mayor”		
4. Pág. 54, segunda columna, numeral 3.3	Al inicio del apartado 3.3 se sugiere incluir párrafo con la siguiente información: “El equipo básico de salud (médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y gerontólogo) es el encargado de asesorar la promoción de la independencia, el funcionamiento y la movilidad. Para ello puede hacer uso de los recursos sociales disponibles como: centros de atención al adulto mayor, hogares geriátricos, grupos religiosos, grupos comunitarios, organizaciones de la sociedad civil, entre otros.”		

Demencia

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

3.1 Informar los resultados de la evaluación

Pregunte a las personas que son evaluadas para diagnosticar o descartar demencia, si desean saber el diagnóstico y con quiénes lo desean compartir. La explicación debe hacerse a la medida de su capacidad para entender y retener la información.

Comience dando información básica – pero no sobrecargue con demasiada información. Considere decir:

- La demencia es una enfermedad del cerebro y tiende a empeorar con el transcurso del tiempo.
- Aunque no existe cura, se puede hacer mucho para ayudar y apoyar a la persona y a la familia.
- Muchas inquietudes y conductas específicas se pueden manejar a medida que surgen. Se puede hacer mucho para que la persona se sienta cómoda y para que la vida del cuidador sea menos estresante.

Haga una oferta realista de ayuda y apoyo constante, e informe a la persona y al cuidador acerca de otros servicios de apoyo que están disponibles en su comunidad.

3.2 Psychosocial interventions for cognitive symptoms and functioning

- Suministre constante información de orientación (por ejemplo, día, fecha, clima, hora y nombres de personas) a las personas con demencia para ayudarlas a permanecer orientadas con respecto al tiempo, el lugar y la persona.
- Utilice materiales tales como periódicos, programas de radio o televisión, álbumes familiares y elementos caseros para promover la comunicación, orientarlas en relación con eventos actuales, estimular la memoria y permitir que las personas compartan y valoren sus experiencias.
- Utilice oraciones cortas y sencillas para que la comunicación verbal sea clara. Trate de minimizar los ruidos contrapuestos, tales como la radio, televisión o la conversación de otras personas. Escuche detenidamente lo que la persona tiene que decir.
- Mantenga las cosas simples, evite cambios en la rutina y evite exponer a la persona a lugares desconocidos y confusos a menos que sea necesario.

3.3 Promover la independencia, el funcionamiento y la movilidad

Planee actividades de la vida diaria de forma tal que maximice la actividad independiente, aumente el funcionamiento, ayude a adaptar y desarrollar habilidades, y minimice la necesidad de apoyo. Facilite la rehabilitación en la comunidad involucrando a las personas y a sus cuidadores en la planificación e implementación de estas intervenciones. Ayude en la coordinación de los recursos sociales disponibles.

Específicamente, considere lo siguiente:

- Aconseje respecto de mantener la independencia en el control de esfínteres, incluyendo recordatorios y la regulación de la ingesta de líquidos (si se presenta incontinencia, se deben evaluar todas las causas posibles e intentar todas las opciones de tratamiento antes de concluir que es permanente).
- Informe a los familiares que es importante que el suelo de la casa de la persona se mantenga ordenado para reducir el riesgo de caídas.
- Recomiende hacer adaptaciones en la casa de la persona. Puede resultar útil agregar pasamanos o rampas. La colocación de carteles en lugares claves (por ejemplo, inodoro, baño, dormitorio, puede evitar que la persona se pierda o desoriente cuando está en la casa.
- Recomiende la actividad física y el ejercicio para mantener la movilidad y reducir el riesgo de caídas.
- Recomiende actividades recreativas (personalizadas de acuerdo con la etapa de la demencia).
- Remita a terapia ocupacional, si estuviera disponible.
- Trate los cambios sensoriales (tales como deficiencias visuales o auditivas con los dispositivos apropiados (por ejemplo, lentes de aumento, ayudas auditivas).

Demencia » Detalles de la Intervención 54

Gráfico 33. Guía de intervención mhGAP. Página 54

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 55, primera columna, numeral 3.4	Al finalizar este apartado, se sugiere adicionar otra viñeta con la siguiente indicación: “Indique a la familia que es importante que la persona con demencia pueda tener una identificación que sea visible, por ejemplo tener un objeto (manilla, dije) con su nombre y el nombre del cuidador principal con datos de contacto. Si la persona no tolera estos objetos en su cuerpo, otra opción es tejer estos datos en la ropa que utiliza la persona con demencia.”		
2. Pág. 55, primera columna, numeral 3.4, último párrafo	“Teniendo en cuenta que las personas con demencia están en riesgo de abuso y abandono, los profesionales de atención sanitaria deben permanecer vigilantes para proteger a la persona con demencia y, en tal sentido, deben aplicar cualquier política local pertinente.”	“Teniendo en cuenta que las personas con demencia están en riesgo de abuso y abandono, los profesionales de atención sanitaria deben permanecer vigilantes para proteger a la persona con demencia y, en tal sentido, se invita a consultar la Ley 1251/08 sobre la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.”	Se modifica la última parte del párrafo, incluyendo información.
3. Pág. 55, segunda columna, entre la viñeta sexta y séptima	Entre la viñeta sexta y séptima, se sugiere incluir otra viñeta que diga: “El equipo básico de salud (médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y gerontólogos) serán el encargado de acompañar las intervenciones psicosociales de los cuidadores. Para esta población existen grupos de apoyo como los grupos de ayuda mutua de los RBC en salud mental, los centros de atención al adulto mayor, los hogares geriátricos, los grupos religiosos, los grupos comunitarios y las organizaciones de la sociedad civil.”		
4. Pág. 55, tercera columna, segunda viñeta	“En cada sesión de seguimiento, evalúe...”	Al finalizar esta sesión, incluir otras dos viñetas que digan: “- Presencia de menores de edad en el entorno familiar y su relación con la persona. - Evaluar el entorno físico de vivienda para disminuir el riesgo de caída.”	

55

Demencia

DEM 3

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

3.4 Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos

- Identifique y trate los problemas subyacentes de salud física que pueden afectar la conducta (dolor, infecciones, etc.).
- Considere las modificaciones ambientales, tales como sillas apropiadas, áreas donde pueda deambular en forma segura, carteles (por ejemplo, un cartel de "no salir" en la puerta principal de la casa o una indicación de la ruta hacia el inodoro).
- Identifique situaciones (por ejemplo, comprar en un mercado concurrido) o factores (por ejemplo, salir solo) que pueden preceder, desencadenar o aumentar las conductas inadecuadas y trate de ver si se pueden modificar.
- Considere estrategias que tranquilicen, calmen o distraigan, tales como sugerir a la persona que realice actividades que disfrute (por ejemplo, salir a caminar, escuchar música, participar en una conversación, especialmente cuando se siente agitada).

Teniendo en cuenta que las personas con demencia están en riesgo de abuso y abandono, los profesionales de atención sanitaria deben permanecer vigilantes para proteger a la persona con demencia y, en tal sentido, deben aplicar cualquier política local pertinente. ⓘ

3.5 Intervención para los cuidadores

- Identifique alteraciones psicológicas y el impacto psicosocial en los cuidadores. Evalúe las necesidades del cuidador y asegure el apoyo y los recursos necesarios para su vida familiar, empleo, actividades sociales y salud.
- Reconozca que cuidar a las personas con demencia puede ser extremadamente frustrante y estresante. Es importante que los cuidadores continúen atendiendo a las personas con demencia, evitando conductas hostiles hacia ellas y evitando descuidarlas. Se debe motivar a los cuidadores a que respeten la dignidad de la persona con demencia, involucrándolos en las decisiones sobre su vida, tanto como sea posible.
- A partir del momento del diagnóstico, brinde información a las personas con demencia así como a la familia y a otros cuidadores informales. Esto se debe hacer con sensibilidad y teniendo en cuenta los deseos de la persona y de los cuidadores.
- Ofrezca entrenamiento y apoyo en habilidades específicas (como el manejo de conductas difíciles), si es necesario. Para que estas intervenciones sean más efectivas, promueva la participación activa del cuidador (por ejemplo, a través de juegos de interpretación de roles).
- Considere ofrecer apoyo práctico, por ejemplo, servicio de relevo en el hogar para el descanso del cuidador principal. Otro familiar o persona apropiada puede supervisar y cuidar de la persona con demencia (preferiblemente en el entorno habitual del hogar). Esto puede aliviar al cuidador principal quien puede entonces descansar o realizar otras actividades.
- Explore si la persona califica para algún beneficio por discapacidad u otro apoyo social o financiero. Este apoyo puede provenir de fuentes gubernamentales o no gubernamentales o de redes sociales.
- Si fuera factible, trate de abordar el cansancio psicológico del cuidador mediante apoyo, consejería para la solución de problemas, o intervenciones cognitivas conductuales (refiérase al Módulo Intervenciones psicológicas avanzadas). ⓘ DEP y ⓘ INT
- Evalúe y trate la depresión moderada-severa de los cuidadores (refiérase al Módulo Depresión). ⓘ DEP

3.6 Seguimiento

- Realice un examen médico y social periódico por lo menos cada tres meses.
- En cada sesión de seguimiento, evalúe:
 - comorbilidades médicas y psiquiátricas, incluyendo déficit visual y auditivo, dolor, control de esfínteres;
 - estabilidad o progresión de los síntomas de demencia, buscando cualquier nuevo síntoma y cualquier cambio repentino;
 - capacidad para participar en actividades de la vida diaria y cualquier nueva necesidad de atención;
 - riesgos de seguridad (por ejemplo, conducir un vehículo, administración financiera, manejo de medicamentos, riesgos de seguridad en el hogar derivados de cocinar o fumar, posibilidad de vagabundeo, etc.); ⓘ
 - presencia y gravedad de la depresión;
 - presencia y gravedad de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia;
 - riesgo de autolesión;
 - si está bajo cualquier medicación: respuesta al tratamiento, efectos secundarios y adherencia al tratamiento, así como síntomas cognitivos y síntomas principales específicos;
 - cualquier obstáculo para participar en el tratamiento;
 - el cansancio y afrontamiento del cuidador, las necesidades de información, capacitación y apoyo.
- Compare la evaluación actual con las notas previas, y analice los hallazgos con la persona y su cuidador.
- Determine cualquier necesidad de apoyo de la persona y / o su cuidador y facilite el apoyo según sea necesario.
- Analice y póngase de acuerdo sobre cualquier cambio en el plan de tratamiento.

1

2

3

4

Gráfico 34. Guía de intervención mhGAP. Página 55

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 56, primera columna, segunda viñeta	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA”	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA de psiquiatría, geriatría o neurología, en modalidad telefónica, presencial o telemedicina.”	Se adiciona información al final del enunciado.
2. Pág. 56, primera columna, entre la segunda y tercer viñeta	Se sugiere incluir entre la segunda y tercer viñeta, otra viñeta que diga: “Los medicamentos antipsicóticos deben interrumpirse Cuando existe somnolencia, ataxia, infecciones, retención urinaria, síndromes extra piramidales., de forma inmediata. En caso de mejoría clínica de síntomas comportamentales se suspende en forma gradual.”		
3. Pág. 56, recuadro	“NO considere rutinariamente los inhibidores de la acetilcolinesterasa (como donepezil, galantamina y rivastigmina) o memantina para todos los casos de demencia. Considérelos solamente en entornos donde se pueden realizar diagnósticos específicos de la Enfermedad de Alzheimer y donde esté disponible el apoyo y la supervisión adecuada por parte de los especialistas, y el monitoreo (para los efectos secundarios) por parte de los cuidadores.”	“NO considere rutinariamente los inhibidores de la acetilcolinesterasa (como donepezil, galantamina y rivastigmina) o memantina para todos los casos de demencia. Considérelos solamente en entornos donde se pueden realizar diagnósticos específicos de la Enfermedad de Alzheimer y donde esté disponible el apoyo y la supervisión adecuada por parte de los especialistas, y el monitoreo (para los efectos secundarios) por parte de los cuidadores.” “NO considere rutinariamente los inhibidores de la acetilcolinesterasa (como donepezil, galantamina y rivastigmina) o memantina para todos los casos de demencia. Considérelos solamente donde esté disponible el apoyo y la supervisión adecuada por parte de los especialistas, y el monitoreo (para los efectos secundarios) por parte de los cuidadores.”	Se sugiere retirar parte del párrafo.

Demencia

DEM 4

Detalles de la Intervención

Intervenciones Farmacológicas

- » Para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, considere la medicación antipsicótica tal como haloperidol o un medicamento antipsicótico atípico solo después de un ensayo de intervenciones psicosociales. Puede considerar estos medicamentos si los síntomas persisten y existe riesgo inminente de daño.
- » **CONSULTE A UN ESPECIALISTA**
- Comience con 0.5 mg de haloperidol por vía oral, o i.m. si es necesario. Evite el haloperidol i.v. Evite el diazepam.
- » "Comience con dosis bajas y aumentelas lentamente", mida y ajuste, evalúe la necesidad periódicamente (por lo menos una vez al mes), verificando también los efectos secundarios extrapiramidales. Utilice la dosis efectiva más baja.
- » Refiérase al Módulo Psicosis para obtener detalles sobre la medicación antipsicótica. » **PSI 3**

NO considere rutinariamente los inhibidores de la acetilcolinesterasa (como donepezil, galantamina y rivastigmina) o memantina para todos los casos de demencia. Considérelos solamente en entornos donde se pueden realizar diagnósticos específicos de la Enfermedad de Alzheimer y donde esté disponible el apoyo y la supervisión adecuada por parte de los especialistas, y el monitoreo (para los efectos secundarios) por parte de los cuidadores.

1

2

3

Demencia » Detalles de la Intervención
56

Gráfico 35. Guía de intervención mhGAP. Página 56

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 58, tercer columna, segundo recuadro, segunda viñeta	“Administre el tratamiento en el hospital o en un centro de desintoxicación, si está disponible.”	“Administre el tratamiento en el hospital.”	Se retira parte del enunciado
2. Pág. 58, tercer columna, segundo recuadro, tercer viñeta	“Si la abstinencia se complica a causa del delirio: -Trate la abstinencia con diazepam -Atienda a la persona en un ambiente seguro...”	“Si la abstinencia se complica a causa del delirio. (para determinar presencia de delirio aplique la escala CIWAR): - Trate la abstinencia con la benzodicepina disponible en el entorno (puede consultar la GPC de alcohol). -Atienda a la persona...”	Se incluye información al inicio de esta viñeta y en la primera indicación, hay un cambio en el enunciado. Lo otro sigue igual.



Gráfico 36. Guía de intervención mhGAP. Página 58

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 60, primer columna, segundo recuadro	“Una bebida estándar es una medida de la cantidad de alcohol puro consumido, generalmente entre 8 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.”	“Una bebida estándar es una medida de la cantidad de alcohol puro consumido, generalmente entre 8 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. Para Colombia se sugiere ajustar la pregunta sobre la cantidad de bebidas, al estándar utilizado en el Audit y/o en la GPC de alcohol”	Se adiciona información al final del párrafo.



Gráfico 37. Guía de intervención mhGAP. Página 60

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 61, tercer columna, octava viñeta	“Considere remitir a un grupo de auto ayuda (tal como Alcohólicos Anónimos) o a una comunidad terapéutica residencial”	“Considere remitir a un grupo de auto ayuda (tal como Alcohólicos Anónimos), grupos de ayuda mutua y grupos de apoyo. Donde estén disponibles, remitir a servicios especializados”	Se retira parte de la redacción del enunciado y se incluye otra información al finalizar el fragmento.
2. Pág. 61, tercer columna, viñeta 14	“Ofrezca seguimiento según sea necesario, inicialmente con más frecuencia”	“Ofrezca seguimiento según sea necesario, de acuerdo a la etapa de cambio, inicialmente con más frecuencia”	Se agrega información en medio del enunciado.
3. Pág. 61, tercer columna, última viñeta	“Obtenga apoyo de un especialista, según sea necesario”	“Obtenga apoyo de un especialista en psiquiatría, modalidad presencial o virtual; según sea necesario”	Se incluye información en medio del enunciado.



Gráfico 38. Guía de intervención mhGAP. Página 61

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 62, segunda columna, apartado “cuando examine a la persona”, segunda viñeta	“Evidencia de consumo excesivo y prolongado de alcohol, tal como enfermedad hepática (hígado agrandado, señales periféricas de lesión hepática), daño cerebeloso de los nervios periféricos”	“Evidencia de consumo excesivo y prolongado de alcohol, tal como enfermedad hepática (hígado agrandado, señales periféricas de lesión hepática), daño cerebeloso o de los nervios periféricos”	Se agregó una “o” al final del enunciado.

1

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol > < **ALC2**

Detalles de la Intervención

2.1 Obtener la historia sobre el consumo de alcohol

Al preguntar acerca del consumo de alcohol:

- Pregunte sin inducir una respuesta y trate de no mostrar sorpresa por ninguna de las respuestas dadas.
- Pregunte acerca del nivel y el patrón de consumo de alcohol, así como también acerca de cualquier conducta asociada con el uso de alcohol que puede poner en riesgo la salud de la persona y la salud de terceros (es decir, dónde, cuándo y con quién está generalmente cuando consume alcohol, qué factores desencadenan el consumo de alcohol, qué actividades realiza cuando está embriagado, implicaciones financieras, capacidad de cuidar niños y violencia hacia otros).
- Pregunte acerca de daños causados por el alcohol, incluyendo:
 - accidentes, conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol;
 - relaciones interpersonales problemáticas;
 - problemas médicos tales como enfermedad hepática/úlceras estomacales;
 - problemas legales/financieros;
 - relaciones sexuales mientras está bajo los efectos del alcohol y de las que posteriormente se arrepiente o son riesgosas;
 - violencia relacionada con el alcohol, incluyendo violencia doméstica.
- Pregunte sobre el inicio y la evolución del consumo de alcohol en relación con otros acontecimientos de la vida, por ejemplo, haciendo una historia cronológica.
- Si existe evidencia de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, investigue la dependencia preguntando acerca del desarrollo de la tolerancia, síntomas de abstinencia, consumo de mayores cantidades o durante un periodo de tiempo más prolongado del que deseaba, consumo continuo de alcohol a pesar de los problemas relacionados con el mismo, dificultad para suspender o reducir el consumo de alcohol y dipsomanía.

■ Pregunte acerca de su red social y sobre los patrones del consumo de alcohol y de otras sustancias.

Cuando examine a la persona, explore:

- la presencia de intoxicación y abstinencia;
- evidencia de consumo excesivo y prolongado de alcohol, tal como enfermedad hepática (hígado agrandado, señales periféricas de lesión hepática), daño cerebeloso de los nervios periféricos.

Análisis que se deben considerar (cuando es posible):

- enzimas hepáticas y examen de hemograma.

2.2 Intervenciones breves para reducir el consumo perjudicial de alcohol

- Ejemplos de formas en que se puede reducir el consumo perjudicial o peligroso de alcohol
 - no tener bebidas alcohólicas en casa;
 - no ir a bares u otros lugares donde las personas consumen alcohol;
 - pedir apoyo a la familia o amigos;
 - pedir a la persona que regrese con la familia o amigos y que analicen juntos en el centro de salud cuál es el camino a seguir.
- Analizar con la persona acerca de las razones por las cuales consume alcohol
 - Involucra a la persona en una discusión sobre su consumo de alcohol permitiéndole que hable sobre los beneficios percibidos por el consumo de alcohol y sobre el daño real y/o potencial por el uso de alcohol, teniendo en consideración las cosas que son más importantes en la vida de esa persona;

2.3 Grupos de autoayuda

- Considere aconsejar a las personas que tienen dependencia de alcohol a formar parte de un grupo de autoayuda, por ejemplo, Alcohólicos Anónimos. Considere facilitar el contacto inicial, por ejemplo, concertando la cita y acompañando a la persona a la primera sesión.

2.4 Abordar las necesidades de vivienda y empleo

- Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para ofrecer empleo con apoyo a aquellas personas que necesitan ayuda para regresar al trabajo o para encontrar un empleo, y para permitir el acceso a oportunidades locales de empleo (o educativas), de acuerdo con las necesidades y el nivel de habilidades de la persona.

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol | Detalles de la intervención | 62

Gráfico 39. Guía de intervención mhGAP. Página 62

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 63, primer columna, primera viñeta	“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.”	“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 sobre el tipo de residencia favorable para su recuperación, considere detenidamente la capacidad de la persona, su red de apoyo y la disponibilidad de alcohol u otras sustancias.”	Se modifica la segunda parte del enunciado
2. Pág. 63, tercer columna, última viñeta	“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”	“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 por parte de trabajo social, capacitación en buenas prácticas de crianza y atención infantil durante las visitas médicas”	Se adiciona información en mitad del párrafo.



Gráfico 40. Guía de intervención mhGAP. Página 63

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 64, primer columna, segunda viñeta	“Cuando existe evidencia que se está desarrollando un síndrome de abstinencia (o, en el caso de abstinencia planeada, antes que se presenten los síntomas de abstinencia), administre diazepam a una dosis inicial de hasta 40 mg diarios (es decir, 10 mg cuatro veces al día o 20 mg dos veces al día) durante 3 – 7 días. En las personas con disminución del metabolismo hepático (por ejemplo, insuficiencia hepática, ancianos) use una sola dosis inicial (5 – 10 mg) y determine la acción de esta dosis antes de prescribir otras dosis.”	“Cuando existe evidencia que se está desarrollando un síndrome de abstinencia (o, en el caso de abstinencia planeada, antes que se presenten los síntomas de abstinencia), administre diazepam a una dosis inicial de hasta 40 mg diarios (es decir, 10 mg cuatro veces al día o 20 mg dos veces al día) durante 3 – 7 días. Cuando el metabolismo hepático se sospecha, use dosis bajas solo inicialmente (5-10 mg) y determine la duración de acción de esta dosis antes de prescribir dosis más. Consulte a un hospital o haga la consulta telefónica con un especialista del hígado en la enfermedad de alcohol”. Revisar GPC alcohol. Tipo y dosis de BZD. ”	Se modifica la redacción el contenido del párrafo a partir de la mitad de éste.
2. Pág. 64, segunda columna, segunda viñeta	“Cuando la persona tiene dependencia grave de alcohol (historia previa de síntomas graves por abstinencia de alcohol, convulsiones o delirio) o graves trastornos médicos o psiquiátricos concomitantes o no cuenta con el apoyo adecuado, CONSULTE UN ESPECIALISTA, si está disponible.”	“Cuando la persona tiene dependencia grave de alcohol (historia previa de síntomas graves por abstinencia de alcohol, convulsiones o delirio) o graves trastornos médicos o psiquiátricos concomitantes o no cuenta con el apoyo adecuado, CONSULTE UN ESPECIALISTA en psiquiatría, modalidad presencial o telemedicina, si está disponible.”	Se agrega información al final del párrafo.
3. Pág. 64, segunda columna, tercera viñeta	“Considere y trate otros problemas médicos (por ejemplo, encefalopatía de Wernicke, encefalopatía hepática, sangrado gastrointestinal, lesiones de la cabeza con o sin hematoma subdural). Las benzodiazepinas no se deben usar en personas con encefalopatía hepática o depresión respiratoria.”	“Considere y trate otros problemas médicos (por ejemplo, encefalopatía de Wernicke, encefalopatía hepática, sangrado gastrointestinal, lesiones de la cabeza con o sin hematoma subdural). Las benzodiazepinas no se deben usar en personas con encefalopatía hepática, alteración del estado de la conciencia o depresión respiratoria.”	Se agrega información al final del párrafo.
4. Pág. 64, tercer columna, sexta viñeta	“Evite constreñir a la persona”	En el caso de delirio por la abstinencia de alcohol la persona no está en capacidad de auto-determinarse ni decidir en el tratamiento, por lo que se sugiere suprimir este fragmento	

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol > < **ALC3**

Detalles de la Intervención

3.1 Tratamiento de la abstinencia de alcohol

1 **Manténgase pendiente de la persona en riesgo de un síndrome de abstinencia** (o, en el caso de abstinencia planeada, antes que se presenten los síntomas de abstinencia), administre diazepam 2 a una dosis inicial de hasta 40 mg diarios (es decir, 10 mg cuatro veces al día o 20 mg dos veces al día) durante 3–7 días. En las personas con disminución del metabolismo hepático (por ejemplo, insuficiencia hepática, ancianos) use una sola dosis inicial (5–10 mg) y determine la acción de esta dosis antes de prescribir otras dosis.

2 **En la medida posible, proporcione un ambiente tranquilo y no estimulante, que esté bien iluminado durante el día y suficientemente iluminado durante la noche para evitar que la persona se caiga si se levanta de la cama en la noche.**

3 **Cuando la persona tiene dependencia grave de alcohol (historia previa de síntomas graves por abstinencia de alcohol, convulsiones o delirio) o graves trastornos médicos o psiquiátricos concomitantes o no cuenta con el apoyo adecuado, CONSULTE A UN ESPECIALISTA, si está disponible.**

4 **Delirio por la abstinencia de alcohol**

Trate a la persona en un ambiente seguro y no estimulante donde sea muy poco probable que se pueda causar daño.

Administre diazepam para tratar los síntomas subyacentes de la abstinencia de alcohol. 1

Administre 100 mg de tiamina por vía i.v. o i.m. 3 veces al día durante 5 días. 1

Use medicación antipsicótica, si es necesario, solo mientras duren los síntomas psicóticos (por ejemplo 2.5–5 mg de haloperidol por vía oral tres veces al día). 1

Mantenga la hidratación.

Evite constreñir a la persona.

Considere siempre otras causas de delirio y alucinaciones (por ejemplo, lesiones de la cabeza, hipoglucemia, infección (neumonía, con mayor frecuencia), hipoxia, encefalopatía hepática o enfermedad vascular cerebral).

La dosis y duración del tratamiento con diazepam se debe determinar individualmente, de acuerdo con la gravedad de los síntomas de abstinencia y la presencia de otros trastornos médicos. En entornos hospitalarios, el diazepam se puede administrar con más frecuencia (es decir, cada hora) y hasta dosis diarias más altas (es decir, hasta 120 mg diarios por los primeros 3 días, si es necesario y en base a evaluaciones frecuentes de la persona.

Administre 100 mg diarios de tiamina 1 por vía oral durante 5 días (o durante más tiempo si se requiere) para prevenir el desarrollo de síndromes por deficiencia de tiamina, tales como la encefalopatía de Wernicke. Considere otro suplemento vitamínico cuando se indique.

Asegure una ingesta adecuada de líquidos y verifique que se satisfagan las necesidades de electrolitos. Corrija los niveles de potasio y magnesio que generalmente están bajos.

Asegure el apoyo a los cuidadores.

¿CUÁNDO abstenerse del alcohol?

¿Ha habido episodios previos de síntomas graves de abstinencia, convulsiones o delirio?

¿Existen otros problemas médicos o psiquiátricos significativos?

¿Se presentan características de abstinencia dentro de las 6 horas siguientes a la última bebida alcohólica?

¿Ha fracasado el tratamiento ambulatorio de la abstinencia?

¿No tiene donde vivir la persona o no cuenta con apoyo social?

1 **Si responde Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, entonces es preferible ingresar a la persona en un hospital para que reciba el tratamiento de abstinencia alcohólica.**

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol | Detalles de la Intervención | 64

Gráfico 41. Guía de intervención mhGAP. Página 64

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 65, primer columna, enunciado 3.2	“3.2 Medicamentos para la prevención de recaídas después de la abstinencia”	“3.2 Medicamentos para la prevención de recaídas después de la abstinencia (disponibles para atención especializada)”	Se incluye información en el subtítulo

1

Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol > ALC3

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 bullósas.

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.

Gráfico 42. Guía de intervención mhGAP. Página 65

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
<p>1. Pág. 66, primer columna, después del segundo recuadro</p>	<p>Se sugiere incluir un apartado adicional con los tres momentos propuestos por el modelo, así: “3. ¿Está la persona en un estado de intoxicación aguda por cannabinoides?” Y generar un recuadro donde se expliquen los criterios clínicos, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad -Inquietud motora -Sudoración -Ansiedad -Consumo reciente de cannabinoides -Nauseas -Vómito -Alucinaciones -Alteraciones sensoriales -Conducta errática” <p>Si la respuesta es SI, es una intoxicación por cannabinoides.</p> <p>Tenga en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubique a la persona en un lugar tranquilo con poca estimulación sensorial con observación • Monitoree cada 2 a 4 horas signos vitales • Mantenga hidratado • Administre sedación ligera con benzodiazepina a bajas dosis • Si los síntomas no responden a las Benzodiazepinas, considere el uso de antipsicótico a corto plazo • Si los síntomas no mejoran, si la conducta se torna violenta, hay pensamientos o acciones suicidas derive la persona al prestador complementario de atención. 		

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas



DR0 1

Guía de Evaluación y Manejo » para Casos de Emergencia



1. ¿Está la persona sufriendo de una sobredosis de sedantes?

Sobredosis de opioides u otras sobredosis de sedantes o drogas mezcladas con o sin sobredosis de alcohol

- » No reacciona o la reacción es mínima
- » Ritmo respiratorio lento
- » Pupilas diminutas (sobredosis de opioides)

SÍ

- » Frecuencia respiratoria < 10
- » Saturación de oxígeno < 92 %

- » Examine la vía respiratoria, respiración y circulación
- » Naloxona 0.4 mg, subcutáneo, i.m. o i.v. (efectiva para sobredosis de opioides – pero no para sobredosis de otros sedantes), repita si es necesario.
- » Observe durante 1 – 2 horas después de la administración de naloxona.
- » Para sobredosis debida a opioides de acción prolongada – derive a la persona al hospital para que reciba una infusión de naloxona o soporte ventilatorio.

¿Si no reacciona a la naloxona?

- » ofrezca soporte ventilatorio y derive a la persona al hospital

2. ¿Está la persona en un estado de intoxicación o sobredosis aguda por estimulantes?

- » Pupilas dilatadas
- » Excitación, flujo del pensamiento acelerado, razonamiento desordenado, paranoia
- » Consumo reciente de cocaína u otros estimulantes
- » Aumento del pulso y de la presión arterial
- » Conducta agresiva, errática o violenta

SÍ

Intoxicación o sobredosis por estimulantes del tipo anfetamina o cocaína

- » Administre diazepam en dosis progresivas hasta que la persona esté calmada y ligeramente sedada.
- » Si los síntomas psicóticos no responden a las benzodiazepinas, entonces considere el uso de antipsicóticos a corto plazo.
- » NO comience el tratamiento prolongado con antipsicóticos.
- » Monitoree cada 2 – 4 horas la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria, la temperatura
- » Si la persona se queja de dolor en el pecho, si hay presencia de taquiarritmias o si se torna violenta o incontrolable, derive la persona al hospital.
- » Durante la fase posterior a la intoxicación – esté pendiente de los pensamientos o acciones suicidas.

3. ¿Está la persona sufriendo de una abstinencia aguda de opioides?

- » Historia de dependencia de opioides, reciente suspensión en los últimos días después de consumo excesivo
- » Dolores musculares, calambres abdominales, dolores de cabeza
- » Náuseas, vómito, diarrea
- » Pupilas dilatadas
- » Aumento del pulso y de la presión arterial
- » Bosteros, ojos llorosos y secreción nasal, piloerección ("piel de gallina")
- » Ansiedad, inquietud

SÍ

Abstinencia de opioides

- » Trate a la persona reduciendo las dosis de opioides (metadona, buprenorfina) o agentes alfa-adrenérgicos (clonidina, lofexidina) usando dosis supervisadas o dosis suministradas diariamente.
- » Trate los síntomas específicos (diarrea, vómitos, dolor muscular, insomnio), según sea necesario.
- » Considere iniciar el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides
- » Rehidratación por vía oral o vía intravenosa, si es necesario.

1

Gráfico 43. Guía de intervención mhGAP. Página 66

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 69, segunda columna, primer viñeta	“Señales de inyección: los sitios comunes de inyección son la fosa antecubital o la ingle. La persona puede mostrar dónde se ha inyectado la droga. Las marcas de inyecciones previas aparecen como pigmentaciones de la piel, o adelgazamiento de la piel. Los sitios de inyecciones recientes son pequeños y por lo general están ligeramente rojos e inflamados. En casos de dependencia de drogas inyectadas (como la heroína), tanto los sitios de inyección previos como los recientes deben estar visibles.”	“Señales de inyección: los sitios comunes de inyección son la fosa antecubital o la ingle. La persona puede mostrar dónde se ha inyectado la droga. Las marcas de inyecciones previas aparecen como pigmentaciones de la piel, o adelgazamiento de la piel. Los sitios de inyecciones recientes son pequeños y por lo general están ligeramente rojos e inflamados. En casos de dependencia de drogas inyectadas (como la heroína), tanto los sitios de inyección previos como los recientes deben estar visibles. En caso de que se logre identificar el uso de este tipo de drogas, se debe reportar el caso en SIVIGILA”	Se adiciona información al final del párrafo
2. Pág. 69, segunda columna, penúltimo fragmento	“Intoxicación por marihuana: conjuntivas rojas, reacciones retardadas y pupilas de tamaño normal.”	“Intoxicación por marihuana: conjuntivas rojas, reacciones retardadas y pupilas de tamaño normal o, irritabilidad, inquietud motora, sudoración, ansiedad, náuseas, vómitos, alteraciones sensorio-perceptivas, y conducta errática”	Se incluye información al final del apartado.
3. Pág. 69, segunda columna, último fragmento	“Abstinencia de marihuana: cambios en el estado de ánimo, ansiedad y calambres musculares (puede no haber ninguna característica observable)”	“Abstinencia de marihuana: cambios en el estado de ánimo, ansiedad, calambres musculares, irritabilidad, insomnio, inapetencia y sudoración (puede no haber ninguna característica observable)”	Se incluye información en medio del apartado.

DRO 2

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas

Detalles de la Intervención

2.1 Evaluación

Obtener la historia sobre el consumo de drogas

Al preguntar acerca del consumo de drogas:

- » Pregunte en forma imparcial acerca del uso de drogas ilícitas, tal vez después de preguntar sobre el consumo de tabaco / nicotina, alcohol y cualquier droga tradicional que puede ser relevante.
- » Pregunte acerca del nivel y el patrón de consumo, y cualquier conducta asociada con el uso de drogas que pudiera poner en riesgo la salud de la persona y de terceros (por ejemplo, fumar drogas, inyectarse drogas, actividades que realiza cuando está bajo los efectos de la droga, implicaciones financieras, capacidad de cuidar niños, violencia hacia otros).
- » Pregunte sobre el inicio y la evolución del consumo de drogas en relación con otros eventos de la vida, por ejemplo, haciendo una historia cronológica.
- » Pregunte acerca de daños causados por el uso de drogas, incluyendo:
 - lesiones y accidentes
 - conducir un vehículo mientras está bajo los efectos de la droga
 - problemas de interrelaciones
 - inyección de drogas y riesgos relacionados
 - problemas legales / financieros
 - relaciones sexuales mientras está bajo los efectos de la droga y de las que posteriormente se arrepiente o son de riesgo
- » Indague si existe dependencia preguntando acerca del desarrollo de la tolerancia, los síntomas de abstinencia, el consumo de mayores cantidades o durante un periodo de tiempo más prolongado del que deseaba, consumo continuo de drogas a pesar de problemas relacionados con el mismo, dificultad para suspender o reducir el consumo de drogas y ansia por consumir drogas (craving).

Aspectos que se deben explorar durante el examen

- » Señales de inyección: Los sitios comunes de inyección son la fosa antecubital o la ingle. La persona puede mostrar dónde se ha inyectado la droga. Las marcas de inyecciones previas aparecen como pigmentaciones de la piel, o adelgazamiento de la piel. Los sitios de inyecciones recientes son pequeños y por lo general están ligeramente rojos e inflamados. En casos de dependencia de drogas inyectadas (como la heroína), tanto los sitios de inyección previos como los recientes deben estar viables).
- » Presencia de intoxicación y abstinencia:
 - Intoxicación por opiáceos: somnolencia, "aturdimiento", lentitud al hablar, pupilas pequeñas y respiración deprimida.
 - Abstinencia de opiáceos: ansiedad, pupilas dilatadas, calambres abdominales, bostezos, nariz goteante y piloerección. ("piel de gallina").
 - Intoxicación por benzodiazepinas: sedación, lentitud al hablar y lenguaje mal articulado, respiración deprimida.
 - Abstinencia de benzodiazepinas: ansiedad y agitación, calambres musculares, calambres abdominales, aumento del pulso y de la presión arterial, insomnio y (cuando es grave) convulsiones y delirio.
 - Intoxicación por estimulantes: hiperactividad, habla rápida y pupilas dilatadas.
 - Abstinencia de estimulantes: inicialmente fatiga, aumento del apetito, irritabilidad, depresión emocional y ansiedad.
 - Intoxicación por marihuana: conjuntivas rojas, reacciones retardadas y pupilas de tamaño normal.
 - Abstinencia de marihuana: cambios en el estado de ánimo, ansiedad y calambres musculares (puede no haber ninguna característica observable).

- » Apariencia física y estado mental. La apariencia física es una guía útil para verificar la capacidad de cuidado personal.
- » Complicaciones médicas comunes por el uso de drogas inyectadas: puede haber evidencia de infección VIH y enfermedades relacionadas, hepatitis B o C, infecciones en los sitios de la inyección o tuberculosis.
- » Otras condiciones médicas frecuentes asociadas con el uso de drogas: pobre salud bucodental, infecciones cutáneas parasitarias (piojos, sarna), infecciones de transmisión sexual, desnutrición.

Investigaciones que se deben considerar

- » Prueba de detección de drogas en orina: puede ser una forma conveniente de verificar una historia de consumo de drogas, especialmente si la persona gana algo por no decir la verdad. Se debe realizar antes de comenzar con la TSO y los resultados deben estar listos antes de empezar la tercera dosis (para prevenir una sobredosis accidental en personas que empiezan TSO sin ser dependientes de opiáceos). Se puede usar una prueba rápida de orina, aunque sea menos fiables.
- » Serología para virus de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis B y C).
- » Pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS).
- » Prueba de esputo (cuando hay sospecha de tuberculosis).

1

2

3

Gráfico 44. Guía de intervención mhGAP. Página 69

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 70, primer columna, después de la última viñeta	Incluir otra viñeta que diga: “Explíqueme claramente a la persona y a la familia los síntomas de abstinencia que se pueden presentar en los días posteriores, para mejorar su capacidad de afrontamiento en este periodo”		

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas **DRO 2**

Detalles de la Intervención

Intervenciones Psicosociales

2.2 Técnicas de intervención breve

Formas de hablarle a la persona sobre el uso de sustancias:

- Involucre a la persona en una discusión sobre su consumo de sustancias de tal manera que pueda hablar sobre los beneficios percibidos y el daño real y / o potencial por el consumo de sustancias, teniendo en consideración las cosas que son más importantes en la vida de esa persona.
- Dirija la discusión hacia una evaluación equilibrada de los efectos positivos y negativos de la sustancia, cuestionando los beneficios alegados, y traiga a colación algunos de los aspectos negativos que tal vez estén siendo subestimados.
- Evite entrar en conflicto con la persona y, si encuentra resistencia, trate de expresarse en una forma diferente – tratando, en la medida de lo posible, de que ella llegue a entender el impacto real del consumo de la sustancia en su vida en ese momento.
- Motive a la persona a decidir por sí misma si desea cambiar su patrón de uso de sustancias, especialmente después de haber hecho un análisis equilibrado de los pros y los contras del actual patrón de consumo.
- Si la persona todavía no está lista para suspender o reducir el consumo de sustancias, entonces pídale que regrese, tal vez con un familiar o amigo para analizarlo en más detalle.

2.3 Grupos de auto ayuda

Considere aconsejar a las personas que tienen dependencia de drogas a formar parte de un grupo de auto ayuda, por ejemplo, Narcóticos Anónimos. Considere facilitar el contacto inicial, por ejemplo, concertando la cita y acompañando a la persona a la primera sesión.

2.4 Abordar las necesidades de vivienda y empleo

- Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para ofrecer empleo con apoyo a aquellas personas que necesitan ayuda para regresar al trabajo o para encontrar un empleo, y para permitir el acceso a oportunidades locales de empleo (o educativas), basado en las necesidades y nivel de habilidades de la persona.
- Donde estén disponibles, trabaje con las agencias locales y los recursos comunitarios para encontrar residencias asistidas o residencias de apoyo, así como también centros de vida independiente, si fueran necesarios. Al aconsejar y facilitar el modo óptimo de residencia, 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 de drogas y los trastornos por consumo de drogas tienen sobre ellos mismos y otros familiares, incluyendo los niños. Basado en la retroalimentación de las familias:

- Ofrezca una evaluación de sus necesidades personales, sociales y de salud mental.
- Ofrezca información y educación acerca del consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas.
- Ayude a identificar las fuentes de estrés relacionadas con el consumo de drogas; 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 a otros recursos sociales.

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas • Detalles de la Intervención 70

Gráfico 45. Guía de intervención mhGAP. Página 70

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 71, al finalizar el último apartado	Incluir un apartado adicional que diga: “2.8 Niños/ Niñas y Adolescentes En caso de intoxicación, de cualquier sustancia o síntomas de abstinencia consulte a especialista psiquiatra – Psiquiatra de NNA y Toxicólogo. Línea 018000916012”		

Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas **DRO 2**

Detalles de la intervención

Intervenciones Psicosociales

2.6 Estrategias de reducción de daño

- » Aconseje sobre los riesgos de la inyección de drogas.
- » Ofrezca información sobre las técnicas de inyección de menor riesgo y la importancia de utilizar un equipo de inyección estéril.
- » Ofrezca información sobre cómo tener acceso a programas de intercambio de agujas y jeringuillas, si existieran, o a otras fuentes de equipos de inyección estéril.
- » Siempre que sea posible, promueva y ofrezca pruebas para enfermedades virales de transmisión sanguínea.
- » Ofrezca apoyo psicosocial y tratamiento para complicaciones por el uso de drogas y para otros problemas médicos y psiquiátricos, aun si en este momento la persona no desea dejar de consumir sustancias.
- » Cuando se haya establecido una relación a lo largo del tiempo, se deben intensificar los esfuerzos para animar a las personas que se inyectan drogas a recibir tratamiento para sus trastornos por consumo de drogas.

2.7 Mujeres – embarazo y lactancia

- » Indague acerca del ciclo menstrual e informe a las mujeres que el consumo de drogas puede interferir en el ciclo menstrual, creando algunas veces la falsa impresión que no es posible quedar embarazada.
- » Aconseje y apoye a las mujeres que están embarazadas a que suspendan por completo el consumo de sustancias psicoactivas. Se debe informar a las mujeres embarazadas que tienen dependencia de opioides, que deben usar un reemplazo de agonista opioide, por ejemplo, metadona.
- » Explore a los bebés de madres con trastornos por consumo de drogas para detectar síntomas de abstinencia (también conocido como el síndrome de abstinencia neonatal). El síndrome de abstinencia neonatal debido al uso materno de opioides se debe tratar con dosis bajas de opioides (tal como morfina) o barbitúricos.
- » Aconseje y apoye a las mujeres que están amamantando a no consumir ninguna droga psicoactiva.
- » Aconseje y apoye a las madres con trastornos por uso de sustancias a amamantar exclusivamente por lo menos los 6 primeros meses, a menos que un especialista recomiende que no debe amamantar.
- » Se debe ofrecer a las madres con uso de sustancias perjudiciales y a los niños pequeños, los servicios de apoyo que estén disponibles, incluyendo visitas adicionales después del parto, capacitación en buenas prácticas de crianza y el cuidado del niño durante las visitas médicas.

Gráfico 46. Guía de intervención mhGAP. Página 71

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 72, primer columna, al finalizar la última viñeta	Se sugiere incluir una última viñeta que diga: “Si ninguno de los medicamentos anteriores está disponible, se sugiere usar fármacos de uso habitual”		
2. Pág. 72, Segunda columna, primera viñeta del subtítulo 3.3	“Trate los síntomas de abstinencia a medida que surgen, por ejemplo, trate las náuseas con antieméticos, el dolor con analgésicos simples y el insomnio con sedantes ligeros.”	“Trate los síntomas de abstinencia a medida que surgen, por ejemplo, trate las náuseas con antieméticos, el dolor con analgésicos simples y el insomnio con sedantes ligeros. Por ejemplo trazodona, levomepromazina, neuromoduladores, como ácido valpróico o carbamazepina a bajas dosis por corto tiempo.”	Se incluye información al final del enunciado.

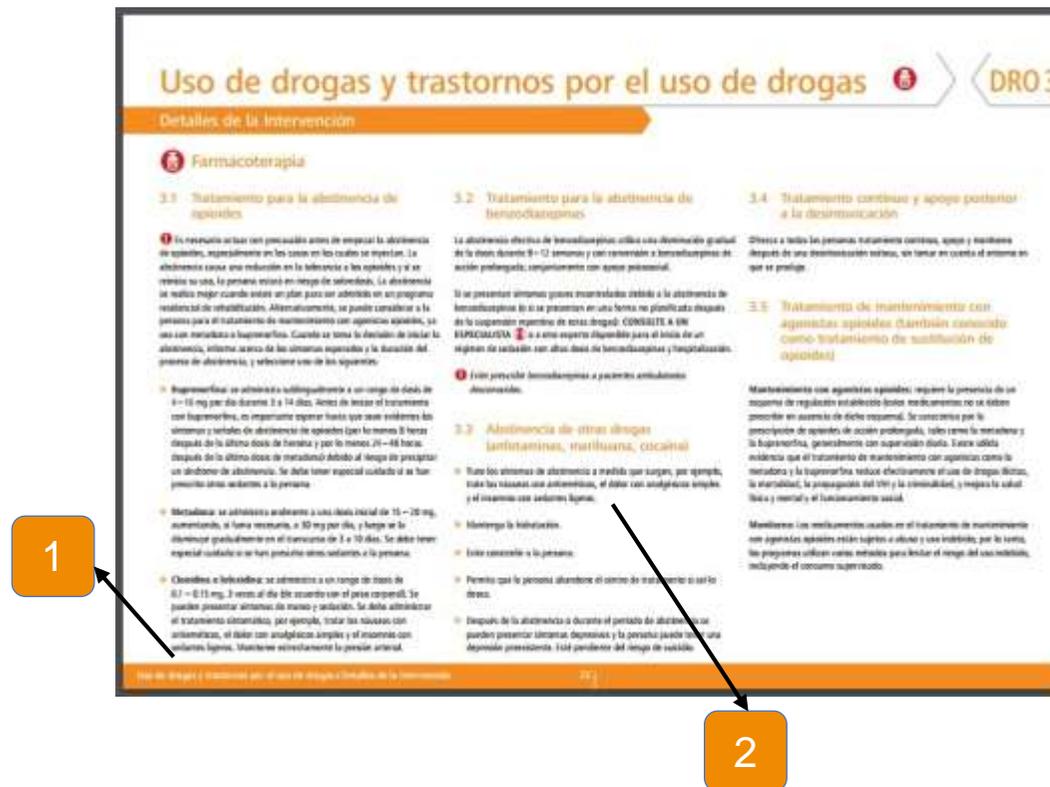


Gráfico 47. Guía de intervención mhGAP. Página 72

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. introducción módulo	73, del	Se sugiere incluir un párrafo al final del apartado que diga: “Es necesario estar atentos a los signos de alarma que indiquen la remisión urgente a un nivel de atención complementario, como intento suicida en adolescentes, adulto mayor, mujeres en período de gestación o lactancia, si es el segundo episodio de autolesión en el último año o si el método de autolesión utilizado tiene un alto potencial de letalidad. Se recomienda revisar la GPC para Esquizofrenia y realizar atención pre – hospitalaria.”	

Autolesión / Suicidio SUI

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida. La autolesión es un término más amplio que concierne al envenenamiento o lesión intencional autoinflingida, la cual puede o no tener un objetivo o resultado fatal.

A toda persona de más de 10 años de edad que tenga alguna de las siguientes condiciones, se le debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y acerca de actos de autolesión en el último año:

- » cualquier otro trastorno prioritario (refiérase al Esquema Principal G-mhGAP);
- » dolor crónico;
- » alteraciones emocionales agudas.

Evalúe los pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y de allí en adelante en forma periódica, según se requiera.

Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona.

! Las preguntas sobre autolesión NO provocan actos de autolesión. A menudo reducen la ansiedad asociada con los pensamientos o actos de autolesión y ayudan a la persona a sentirse comprendida. Sin embargo, trate de establecer una relación de confianza con la persona antes de hacerle preguntas sobre autolesión. Pida a la persona que explique cuáles son sus razones para causarse daño.

1

Gráfico 48. Guía de intervención mhGAP. Página 73

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 74, tercera columna, último recuadro, tercer viñeta	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA de salud mental si está disponible”	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA de salud mental si está disponible. Llame a la línea de orientación toxicológica nacional 018000-916012”	Se adiciona información al final del enunciado.

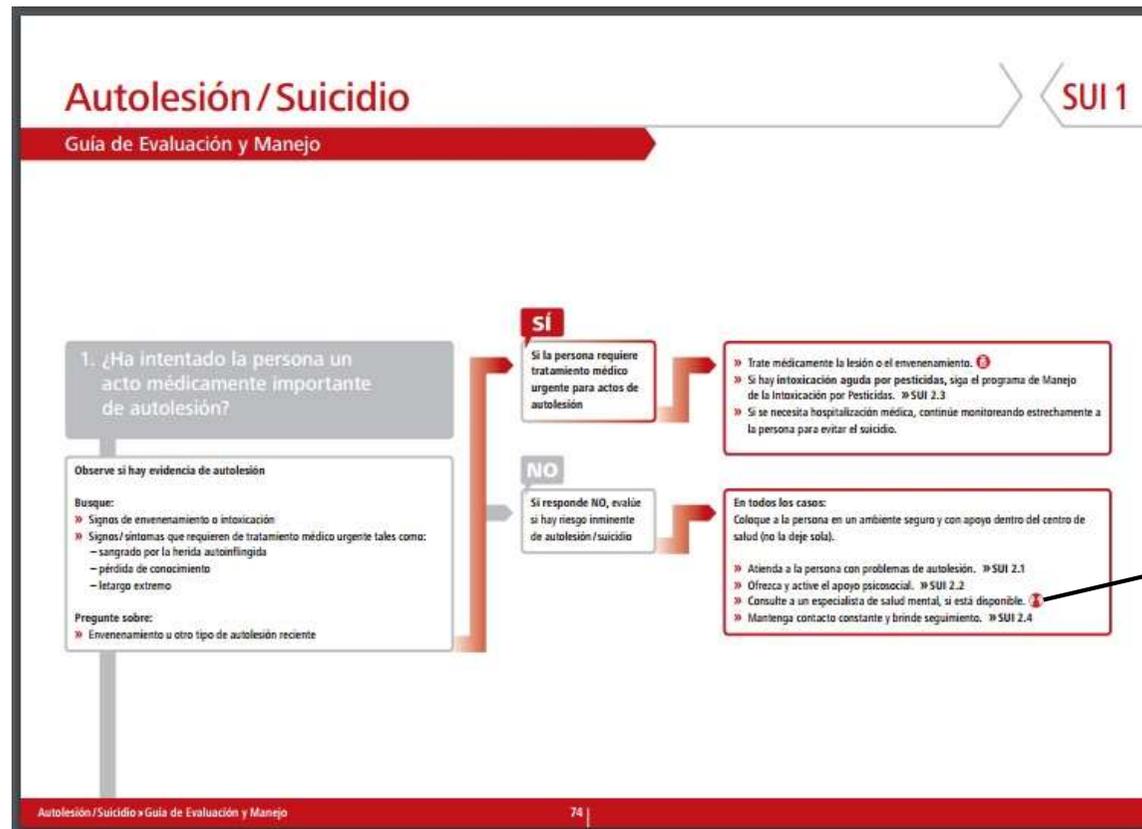


Gráfico 49. Guía de intervención mhGAP. Página 74

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 75, tercera columna, último recuadro, segunda viñeta	“Consulte a un especialista de salud mental si está disponible”	“Consulte a un especialista de salud mental si está disponible. Llame a la línea de orientación toxicológica nacional 018000-916012”	Se adiciona información al final del enunciado.

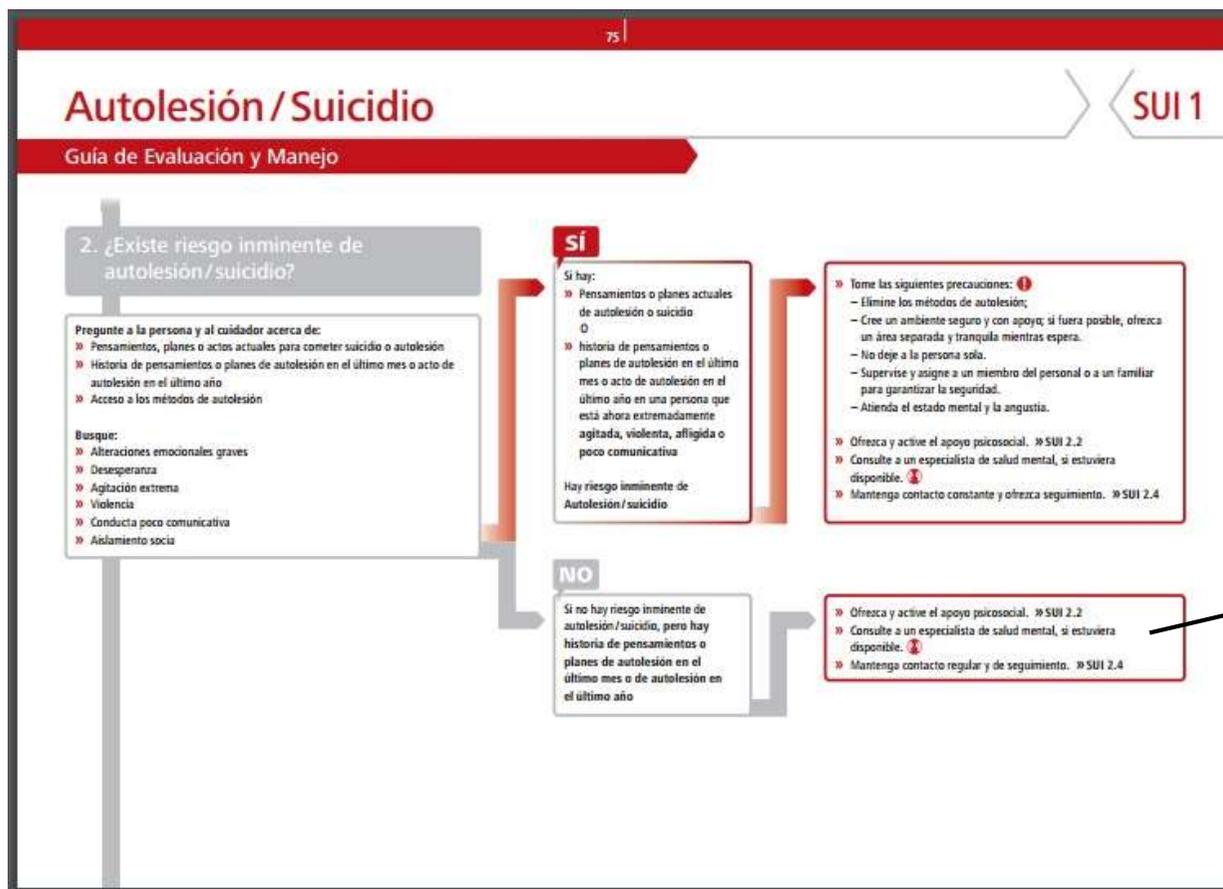


Gráfico 50. Guía de intervención mhGAP. Página 75

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 77, primera columna, tercer viñeta	“Consulte a un especialista de salud mental, si está disponible”	“Consulte a un especialista de salud mental, si está disponible. Llame a la línea de orientación toxicológica nacional 018000-916012”	Se adiciona información al final del enunciado.
2. Pág. 77, tercera columna, segunda viñeta	“Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.”	“Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.”	Se adiciona información en la mitad del enunciado.
3. Pág. 77, tercera columna, tercera viñeta	“Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales como centros de crisis y centros locales de salud mental.”	“Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales como líneas telefónicas de atención en salud mental, centros de escucha y zonas de orientación y centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE).”	Se modifica la última parte del párrafo, incluyendo información nueva.

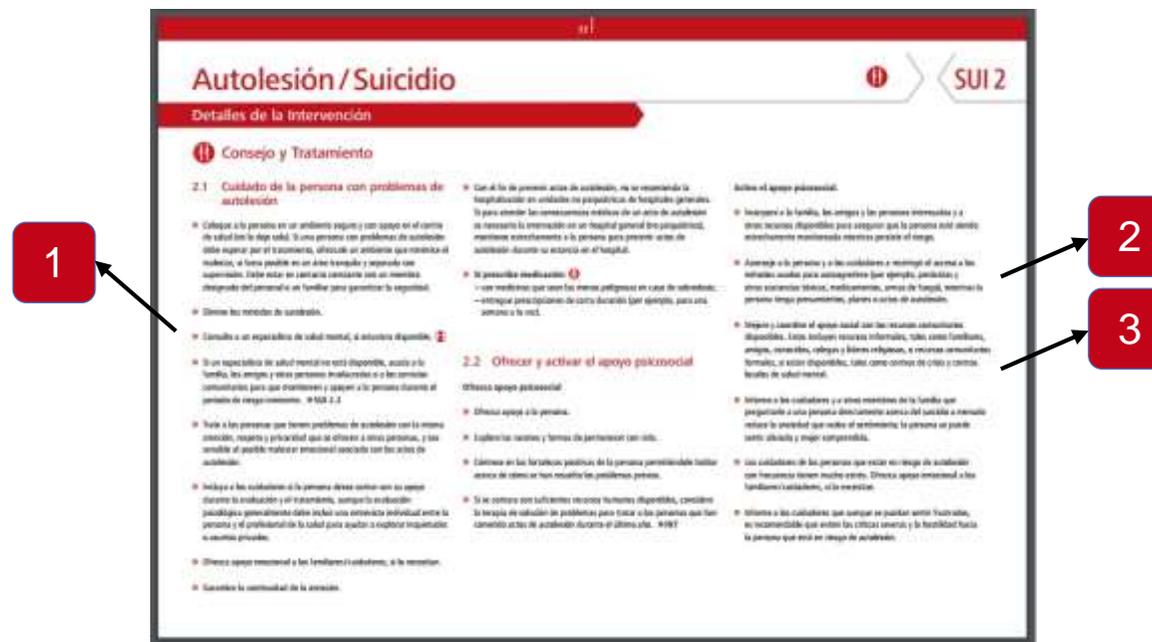


Gráfico 51. Guía de intervención mhGAP. Página 77

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 78, segunda columna, primer viñeta	“Inicialmente mantenga contacto (a través del teléfono, visitas al domicilio, cartas o tarjetas de contacto) con más frecuencia (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (de allí en adelante, una vez en 2 – 4 semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado.”	“Inicialmente mantenga contacto (a través del teléfono, visitas domiciliarias, de cuidadores y familiares, gestores comunitarios, técnicos en salud pública, auxiliares de enfermería y gestores de las EAPB) con más frecuencia (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (de allí en adelante, una vez en 2 – 4 semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado.”	Se incluye información en mitad del párrafo
2. Pág. 78, tercer columna, primer viñeta	“Restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (tales como pesticidas, armas de fuego, lugares altos).”	“Restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (tales como pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzantes, ahorcamiento).”	Se incluye información al final del enunciado y se quita la palabra “lugares altos”.

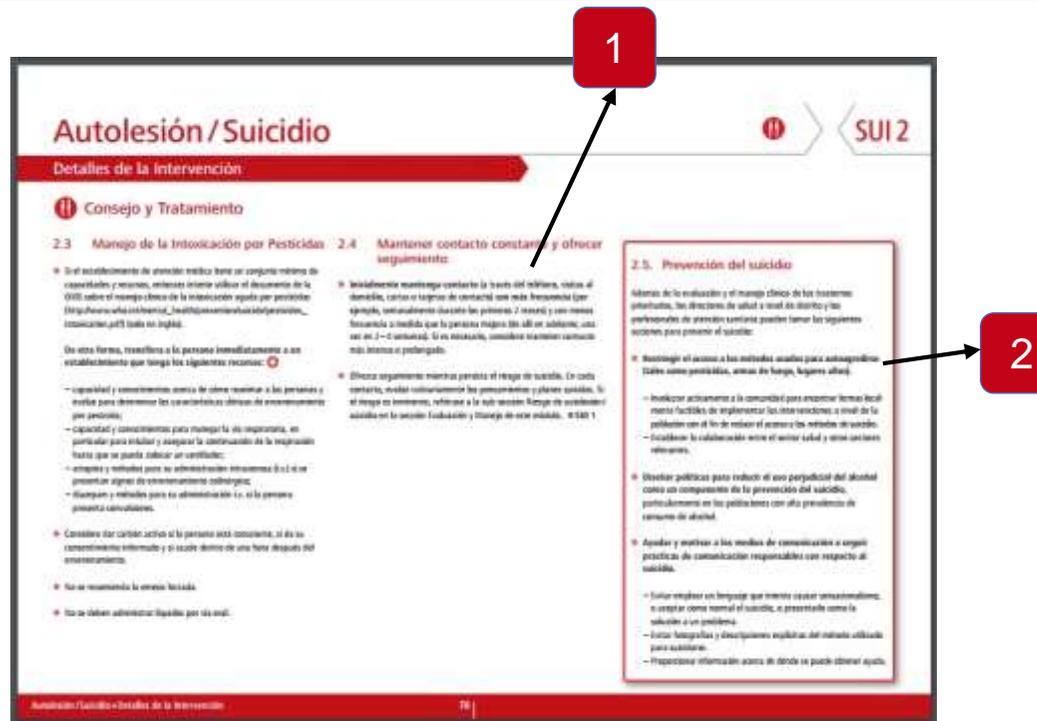
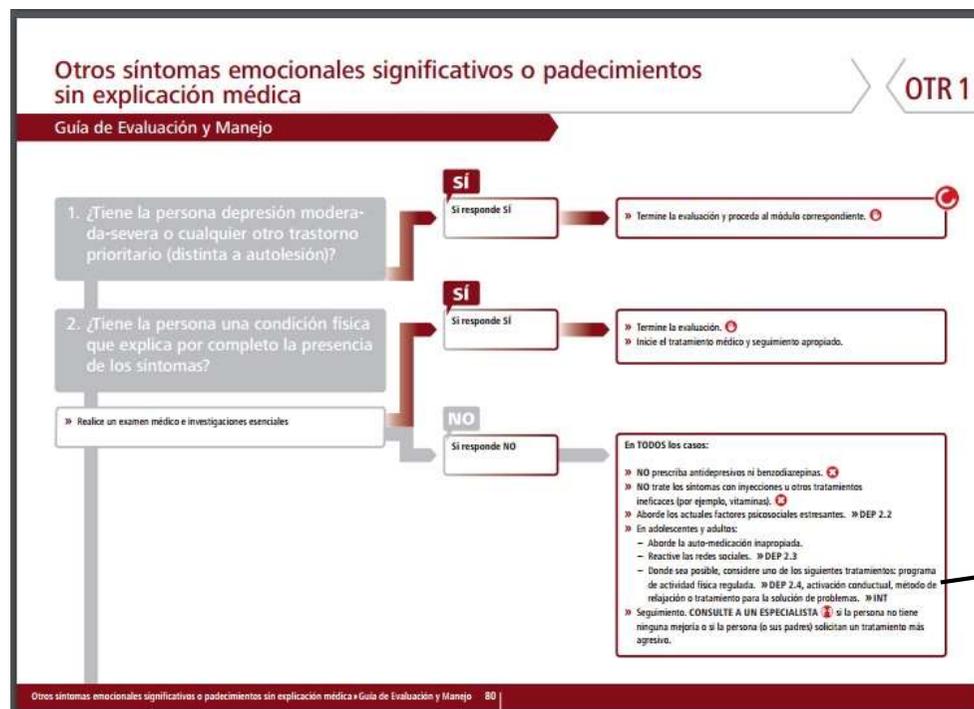


Gráfico 52. Guía de intervención mhGAP. Página 78

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 80, tercera columna, último recuadro, cuarta viñeta	“...Donde sea posible, considere uno de los siguientes tratamientos: programa de actividad física regulada, activación conductual, método de relajación o tratamiento para la solución de problemas...”	“...Donde sea posible, considere uno de los siguientes tratamientos: programa de actividad física regulada, activación conductual, método de relajación o tratamiento para la solución de problemas. Algunos de estos servicios son ofrecidos por las Cajas de Compensación Familiar.”	Se incluye información al final del enunciado.



1

Gráfico 53. Guía de intervención mhGAP. Página 80

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES	
1. Pág. 4, primer columna, recuadro,	primer primer	“Determine cuánto tiempo ha pasado desde el hecho potencialmente traumático (v.g. una situación muy amenazante o terrible, como violencia física o sexual, o un accidente grave).”	“Determine cuánto tiempo ha pasado desde el hecho potencialmente traumático, desde la percepción de la persona (v.g. una situación muy amenazante o terrible, como violencia física o sexual, o un accidente grave).”	Se incluye observación en mitad del fragmento.

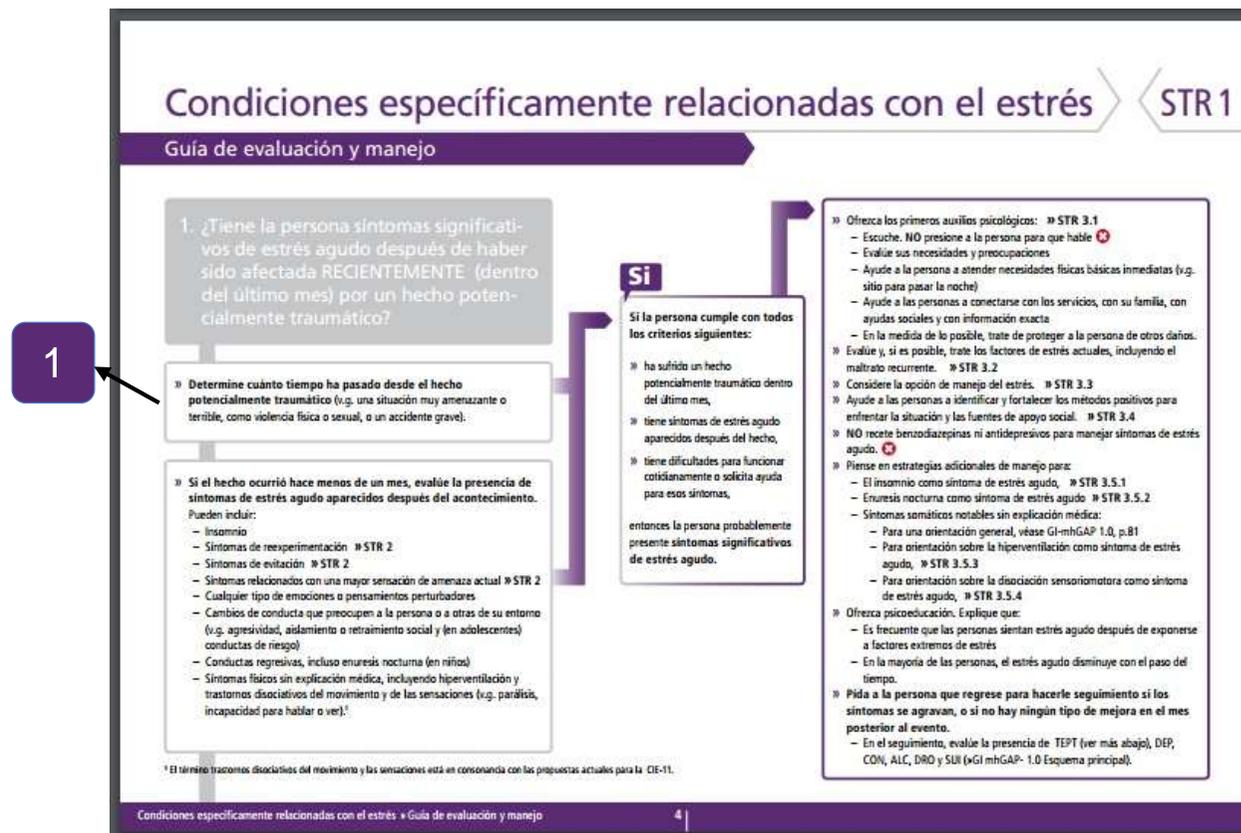


Gráfico 54. Módulo de la Guía de Intervención mhGAP - Estrés. Página 4

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 5, tercer columna, séptima viñeta	“En niños y adolescentes, NO recete antidepresivos para tratar el TEPT.”	“En niños y adolescentes, NO recete antidepresivos para tratar el TEPT, y consulte al especialista en psiquiatría o psiquiatría de niños/niñas y adolescentes.”	Se incluye información al final del fragmento.



Gráfico 55. . Módulo de la Guía de Intervención mhGAP - Estrés. Página 5

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 6, primer columna, primer recuadro, primer viñeta	“Evalúe la presencia de los siguientes síntomas (e.g. añoranza persistente e intensa de la persona fallecida, preocupación por la persona fallecida o por las circunstancias de la muerte; amargura por la pérdida, dificultad para aceptar la pérdida; dificultad para seguir sus actividades o formar amistades; sentimientos de falta de sentido de la vida), con sufrimiento emocional asociado.”	“Evalúe la presencia de los siguientes síntomas (e.g. añoranza persistente e intensa de la persona fallecida, desaparecida o ausente; preocupación por la persona fallecida o por las circunstancias de la muerte; amargura por la pérdida, dificultad para aceptar la pérdida; dificultad para seguir sus actividades o formar amistades; sentimientos de falta de sentido de la vida), con sufrimiento emocional asociado.”	Se agrega información en la mitad del párrafo.
2. Pág. 6, segunda columna, segundo recuadro, primer viñeta	“Sentimiento de añoranza persistente e intensa de la persona fallecida (por lo general, combinado con otros síntomas de duelo, como rabia y dificultad para aceptar la pérdida) con sufrimiento emocional asociado”	“Sentimiento de añoranza persistente e intensa de la persona fallecida o desaparecida (por lo general, combinado con otros síntomas de duelo, como rabia y dificultad para aceptar la pérdida) con sufrimiento emocional asociado”	Se agrega la frase “o desaparecida” en mitad del párrafo.
3. Pág. 6, tercer columna, primer recuadro, última viñeta	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA si la persona solicita un tratamiento más intenso.”	“CONSULTE A UN ESPECIALISTA en psiquiatría si la persona solicita un tratamiento más intenso.”	Se incluye información en la mitad del enunciado.

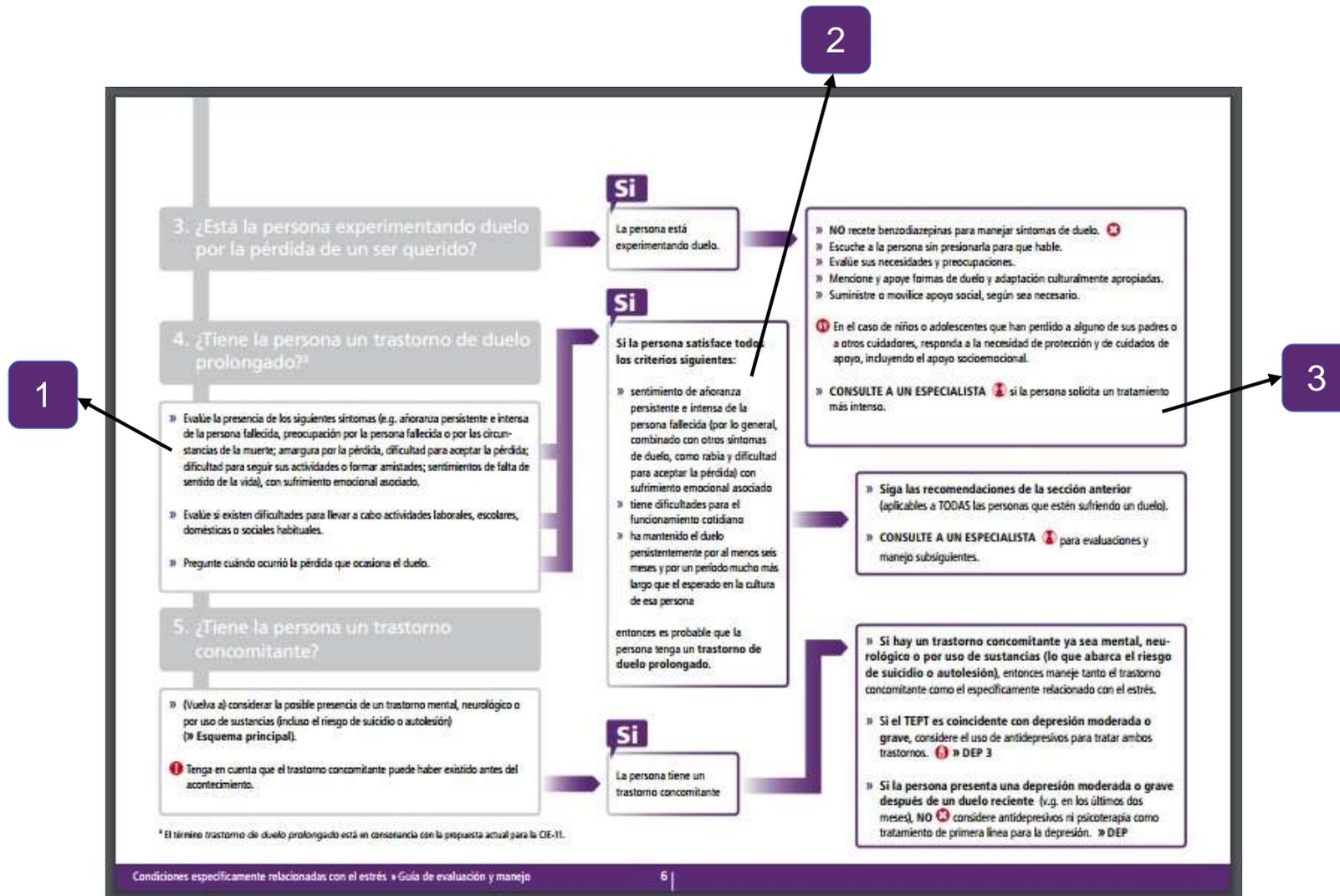


Gráfico 56. . Módulo de la Guía de Intervención mhGAP - Estrés. Página 6

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 8, primer columna, subtítulo 3.2, primer viñeta	“Haga preguntas acerca de los estresores psicosociales. En la medida de lo posible, use técnicas de resolución de problemas para ayudar a la persona a reducir los elementos principales de estrés psicosocial o dificultades en las relaciones. Involucre a los servicios y recursos comunitarios, en la medida en que sea apropiado, (v.g. con el consentimiento de la persona).”	“Haga preguntas acerca de los estresores psicosociales. En la medida de lo posible, use técnicas de resolución de problemas para ayudar a la persona a reducir los elementos principales de estrés psicosocial o dificultades en las relaciones. Involucre a los servicios y recursos comunitarios, incluyendo aquellos que brindan atención psicosocial en el territorio, en la medida en que sea apropiado, (v.g. con el consentimiento de la persona).”	Se incluye información al final del párrafo
2. Pág. 8, segunda columna, primer viñeta	“En niños y adolescentes: – Evalúe el maltrato, la exclusión o el acoso escolar. Pregunte directamente al niño o adolescente acerca de ellos en privado. En lo posible, trabaje con la familia, la escuela y la comunidad para garantizar la seguridad del niño o adolescente.”	“En niños y adolescentes: – Evalúe el maltrato, la exclusión o el acoso escolar. Pregunte directamente al niño o adolescente acerca de ellos en privado. En lo posible, trabaje con la familia, la escuela, la comunidad y las agencias del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para garantizar la seguridad del niño o adolescente.”	Se incluye información en la mitad del párrafo.

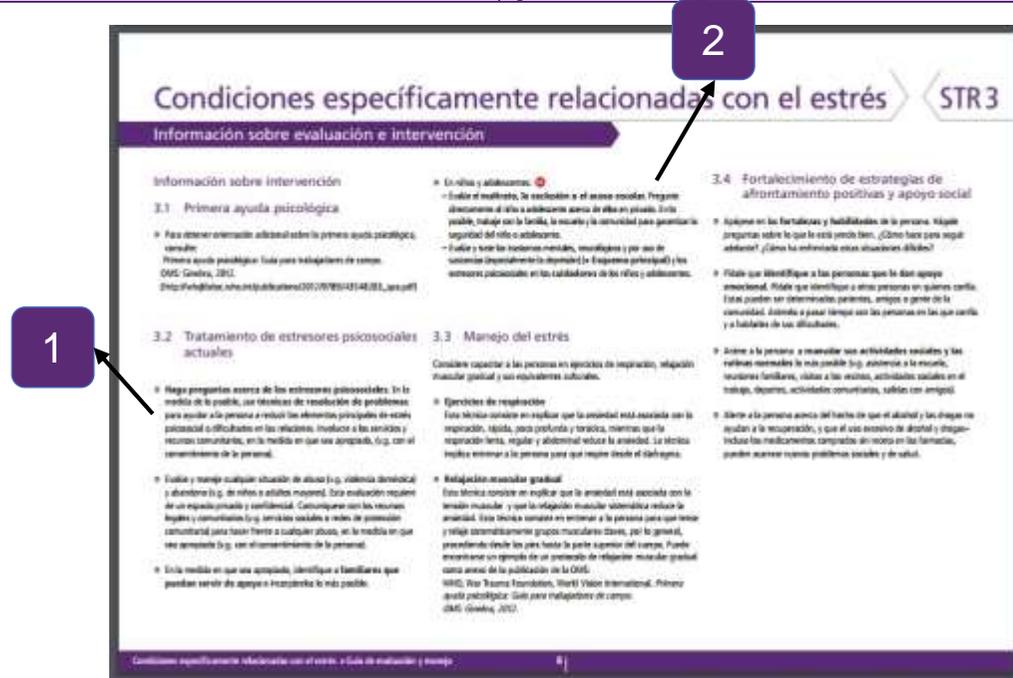


Gráfico 57. . Módulo de la Guía de Intervención mhGAP - Estrés. Página 8

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 9, primer columna, segunda viñeta	“Descarte causas externas de insomnio (v.g. ruido). Descarte y maneje posibles causas físicas (v.g. dolor físico), aunque el insomnio haya empezado inmediatamente después de un Acontecimiento estresante.”	“Descarte causas externas de insomnio (v.g. ruido). Descarte y maneje posibles causas físicas (v.g. dolor físico), aunque el insomnio haya empezado inmediatamente después de un Acontecimiento estresante. Indague sobre otros síntomas asociados al insomnio.”	Se adiciona información al final del párrafo
2. Pág. 9, segunda columna, última viñeta	“Si el problema continúa después de un mes, volver a evaluar y tratar cualquier otro trastorno mental concomitante (» Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA.”	“Si el problema continúa después de un mes, volver a evaluar y tratar cualquier otro trastorno mental concomitante (» Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA en psiquiatría o neurología.”	Se incluye información al final del párrafo.
3. Pág. 9, tercera columna, última viñeta	“Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno físico o mental concomitante (»Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA.”	“Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno físico o mental concomitante (»Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA en psiquiatría de niños/ niñas/ adolescentes, psiquiatría, neuropsiquiatría o pediatría.”	Se incluye información al final del párrafo.

9 |

Condiciones específicamente relacionadas con el estrés

STR 3

Información sobre evaluación e intervención

3.5 Otras estrategias para el manejo de distintos síntomas de estrés agudo después de un hecho estresante reciente de naturaleza sumamente amenazante u horrible.

3.5.1 El insomnio como síntoma de estrés agudo

- » Aplique las estrategias generales de manejo para síntomas de estrés agudo (» STR 3.1–3.4).
- » Descarte causas externas de insomnio (v.g. ruido). Descarte y maneje posibles causas físicas (v.g. dolor físico), aunque el insomnio haya empezado inmediatamente después de un acontecimiento estresante.
- » Pida a la persona que explique cuál sería la causa del insomnio.
- » Dele consejos sobre la higiene del sueño (entre otras, evitar los psicoestimulantes, como el café, la nicotina y el alcohol).
- » Explíquelo que a menudo las personas tienen este problema después de estar expuestas a factores estresantes extremos.

❗ En casos excepcionales, en adultos, cuando no son posibles las intervenciones orientadas psicológicamente (v.g. técnicas de relajación), el tratamiento de corto plazo (3 a 7 días) con benzodiazepinas (v.g. diazepam de 2 a 5 mg/día, lorazepam 0,5 a 2 mg/día, que figuran en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS) podría considerarse como una opción para los casos de insomnio que interfieren gravemente con el funcionamiento diario. En ese caso, deben tenerse en cuenta las siguientes precauciones:

- El uso de benzodiazepinas puede conducir rápidamente a la dependencia en algunas personas. A menudo las benzodiazepinas se recetan demasiado. Solo deben recetarse para el insomnio por periodo muy cortos y en casos excepcionales
- En los adultos mayores ❗, por lo general se necesitan dosis más bajas (es decir la mitad de las dosis mencionadas más arriba para adultos) y deben preferirse las benzodiazepinas de acción corta (v.g. lorazepam) si están disponibles.
- Durante el embarazo y la lactancia ❗ deben evitarse las benzodiazepinas.
- En el caso de varios trastornos médicos concomitantes; antes de recetar benzodiazepinas, considere el potencial de interacción medicamento/enfermedad o medicamento/medicamento. Consulte el Formulario Terapéutico Nacional o el de la OMS.

» En niños y adolescentes ❗, NO recete benzodiazepinas para el insomnio

» Si el problema continúa después de un mes, volver a evaluar y tratar cualquier otro trastorno mental concomitante (» Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA. ❗

3.5.2 Enuresis nocturna como un síntoma de estrés agudo en niños

- » Aplique las estrategias generales de manejo para los síntomas de estrés agudo (» STR 3.1–3.4).
- » Obtenga una historia acerca del problema de enuresis nocturna para confirmar si empezó solo después de un acontecimiento estresante. Descarte y maneje posibles causas físicas (por ejemplo, cuando el niño tiene signos que sugieren una infección de las vías urinarias), aunque el problema de enuresis nocturna haya empezado dentro del mes siguiente al posible hecho traumático.
- » Evalúe y maneje los trastornos mentales y los factores psicosociales estresantes de las personas que cuidan a los niños.
- » Eduque a los cuidadores. Explíquelo que no deben castigar al niño por la enuresis nocturna. Explíquelo que es una reacción común en los niños que experimentan factores estresantes y que el castigo aumenta el estrés del niño. Explique a los cuidadores la importancia de mantener la calma y de darle apoyo emocional al niño. Enséñelo que no se concentren demasiado en los síntomas y le den atención positiva al niño en otras oportunidades.
- » Considere capacitar a los padres en el uso de intervenciones conductuales sencillas (v.g. recompensar al niño cuando evita beber demasiados líquidos antes de ir a dormir; recompensarlo por ir al baño antes de dormir). Las recompensas pueden ser más tiempo para jugar, estrellas en un cuadro, o un equivalente local.
- » Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno físico o mental concomitante (» Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA. ❗

1
2
3

Gráfico 58. . Módulo de la Guía de Intervención mhGAP - Estrés. Página 9

UBICACIÓN	GUÍA	ADAPTACIÓN SUGERIDA	OBSERVACIONES
1. Pág. 10, primera columna, última viñeta	“Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno mental concomitante (»Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA.”	“Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno mental concomitante (»Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA en psiquiatría o psiquiatría de niños/ niñas/ adolescentes.”	Se agrega información al final del párrafo.
2. Pág. 10, segunda columna, séptima viñeta	“Considere el uso de intervenciones culturalmente específicas que no hagan daño, según sea el caso.”	“Considere las características de la cultura propia para las intervenciones que realice. Aplique el enfoque de acción sin daño”	Se modifica todo el contenido de la viñeta
3. Pág. 10, segunda columna, última viñeta	“Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno concomitante (»Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA”	“Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno concomitante (»Esquema principal). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, CONSULTE A UN ESPECIALISTA en psiquiatría.”	Se incluye información al final del párrafo.

Condiciones específicamente relacionadas con el estrés

STR 3

Información sobre evaluación e intervención

3.5.3 Hiperventilación como un síntoma de estrés agudo

- » Aplique las estrategias generales de manejo para los síntomas de estrés agudo (» STR 3.1–3.4).
- » Descarte y maneje posibles causas físicas aunque la hiperventilación haya empezado inmediatamente después de un acontecimiento estresante. Siempre efectúe investigaciones médicas esenciales para identificar posibles causas físicas.
- » Explique que a menudo las personas presentan este problema después de estar expuestas a factores estresantes extremos.
- » Mantenga una actitud calma y, siempre que sea posible, elimine las fuentes de ansiedad y enseñe a la persona a respirar en forma apropiada (es decir, animéla a que respire normalmente, no de manera más profunda y más rápida que lo acostumbrado).
- » Recuerde que respirar en una bolsa de papel es una técnica muy utilizada, pero que no se ha investigado lo suficiente. Hay riesgos si esta técnica se usa con personas que tienen enfermedad cardíaca o asma.
- » **NO** aliente a los niños a respirar dentro de una bolsa de papel.
- » Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno mental concomitante («Esquema principal»). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.**

3.5.4 Disociación sensoriomotora (v.g. parálisis no justificada médicamente, incapacidad no justificada médicamente para hablar o ver) como un síntoma de estrés agudo

- » Aplique estrategias generales de manejo para los síntomas de estrés agudo (» STR 3.1–3.4).
- » Además, examine siempre al paciente y efectúe investigaciones médicas esenciales para identificar, manejar o descartar posibles causas físicas, aunque el problema haya empezado inmediatamente después de un acontecimiento estresante.
- » Pídale a la persona que le explique sus síntomas.
- » Reconozca el sufrimiento de las personas y mantenga una relación de respeto con ellas, evitando reforzar cualquier ventaja subconsciente que la persona pudiera lograr de los síntomas.
- » Explique que algunas veces las personas presentan este problema después de estar expuestas a factores estresantes extremos.
- » Aplique la orientación general acerca del manejo de los síntomas somáticos que no tienen explicación médica (» OTR).
- » Considere el uso de intervenciones culturalmente específicas que no hagan daño, según sea el caso.
- » Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno concomitante («Esquema principal»). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.**

Condiciones específicamente relacionadas con el estrés • Guía de evaluación y manejo 10

1

2

3

Gráfico 59. Módulo de la Guía de Intervención mhGAP - Estrés. Página 10