



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



Guía de práctica clínica

.....
para la detección temprana,
diagnóstico y tratamiento de la
fase aguda de intoxicación de
pacientes con abuso o
dependencia del alcohol

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud 2013 - Guía No. 23

Centro Nacional de Investigación en Evidencia
y Tecnologías en Salud CINETS



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



© Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias

Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013 Guía No. 23

ISBN: 978-958-8838-21-2

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

Nota legal

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de los dispuesto en el numeral 13 de la convocatoria 500 del 2009 y la cláusula DECIMO TERCERA -PROPIEDAD INTELECTUAL “En el evento en que se llegaren a generar derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan o se pudieran obtener en el desarrollo de la presente convocatoria y del contrato de financiamiento resultante de ella, estos serán de COLCIENCIAS y del Ministerio de Salud y Protección Social” y de conformidad con el clausulado de los contratos suscritos para este efecto.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muños

Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General



**Departamento Administrativo
de Ciencia, Tecnología e Innovación -
Colciencias**

Carlos Fonseca Zárate

Director General

Paula Marcela Arias Pulgarín

Subdirectora General

Arleys Cuesta Simanca

Secretario General

Alicia Ríos Hurtado

Directora de Redes de Conocimiento

Carlos Caicedo Escobar

Director de Fomento a la Investigación

Vianney Motavita García

*Gestora del Programa de Salud en Ciencia,
Tecnología e Innovación*



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Héctor Eduardo Castro Jaramillo

Director Ejecutivo

Aurelio Mejía Mejía

Subdirector de Evaluación

de Tecnologías en Salud

Iván Darío Flórez Gómez

Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica

Diana Esperanza Rivera Rodríguez

Subdirectora de Participación y Deliberación

Raquel Sofía Amaya Arias

Subdirección de Difusión y Comunicación



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE MEDICINA



Autores y colaboradores

Ricardo de la Espriella Guerrero

Líder – Experto metodológico y temático

Pontificia Universidad Javeriana

Médico psiquiatra, Terapeuta

Sistémico, Magíster en Epidemiología Clínica.

Ana María de la Hoz Bradford

Coordinadora – Experta metodológica

Pontificia Universidad Javeriana

Médica, Magistra en Epidemiología Clínica

Patricia Hidalgo Martínez

Coordinadora

(hasta noviembre de 2011)

Pontificia Universidad Javeriana

Médica internista, neumóloga, especialista en medicina del sueño, magistra en epidemiología clínica.

Equipo Desarrollador

EQUIPO METODOLÓGICO

Carlos Gómez Restrepo

Experto metodológico y temático

Pontificia Universidad Javeriana

Hospital Universitario San Ignacio

Médico psiquiatra, psicoanalista, psiquiatra de enlace, magíster en epidemiología clínica.

Juliana Guzmán Martínez

Asistente de investigación

Pontificia Universidad Javeriana

Médica, Candidata a magíster en epidemiología clínica

Michelle Cortés Barré

Asistente de investigación

Pontificia Universidad Javeriana

Médica, magistra en educación, candidata a magíster en epidemiología clínica

Patricia Rodríguez Lee

Asistente de investigación

Pontificia Universidad Javeriana

Médica psiquiatra

Alina Uribe-Holguín Zarate

Asistente de investigación

Pontificia Universidad Javeriana

Médica, especialista en psiquiatría

EQUIPO TEMÁTICO

Miguel Cote Menéndez

Experto temático

Universidad Nacional de Colombia

Médico psiquiatra, Magister en

Psicología Clínica y Terapia de

Familia, Especialista en Abuso de sustancias

Laura Marcela Gil Lemus

Experta temática

Pontificia universidad Javeriana

Médica psiquiatra, Especialista en

terapia con cognitivo conductual

Nathalie Tamayo Martínez

Experta temática

Pontificia Universidad Javeriana

Médica psiquiatra, psiquiatra de enlace.

Ana María Cano Rentería

Experta temática

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Médica psiquiatra

Delia Cristina Hernández

Experta temática
Asociación Colombiana de
Psiquiatría
Médica psiquiatra, Magistra en
Conductas Adictivas

Gabriel Hernández Kunzel

Experto temático
Asociación Colombiana de
Psiquiatría
Médico psiquiatra

Carlos Alberto Cardeño Castro

Experto temático
Universidad de Antioquia
Médico psiquiatra, magister
en psicofarmacología, psiquiatra
de enlace

EQUIPO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Darío Londoño Trujillo

Coordinador
Pontificia Universidad Javeriana
Médico internista, neumólogo,
magister en epidemiología clínica

Alejandra Taborda Restrepo

Apoyo económico
Pontificia Universidad Javeriana
Administradora en salud, especialista
en economía, magistra en salud
pública

Gloria Bernal Nisperuza

Apoyo económico
Pontificia Universidad Javeriana
Economista, magistra en economía

EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN

Natalia Sánchez Díaz

Desarrollador
Pontificia Universidad Javeriana
Médica, magistra en salud pública
internacional, residente de
psiquiatría

Andrés Duarte Osorio

Desarrollador
Pontificia Universidad Javeriana
Médico, especialista en medicina
familiar, magister en epidemiología
clínica

BIOESTADÍSTICA

Nelcy Rodríguez Malagón

Bioestadística
Pontificia Universidad Javeriana
Estadística, especialista en
epidemiología clínica, magister
en salud pública con énfasis en
bioestadística

EXPERTOS DE LA FUERZA DE TAREA AMPLIADA

Ana Lindy Moreno López

Colegio Colombiano de Terapia
Ocupacional
Experta temática

Ana Constanza Puerto Espinel

Colegio Colombiano de Terapia
Ocupacional
Experta temática

Francy Milena Rodríguez Herrera

Colegio Colombiano de Psicología
Experta temática

Diana Lucía Matallana Eslava

Pontificia Universidad Javeriana
Experta temática

Hernán Santacruz Oleas

Pontificia Universidad Javeriana
Experto temático

Pablo Zuleta González

Programa REDES, Clínica Nuestra
Señora de La Paz
Experto temático

Ricardo Alvarado Bestene

Pontificia Universidad Javeriana
Experto temático

USUARIOS

Representantes Comunidad de
Alcohólicos Anónimos (AA)
Representantes de Al-Anon

EQUIPO DE SOPORTE ADMINISTRATIVO

Carlos Gómez Restrepo
Pontificia Universidad Javeriana
Gerencia General

Jenny Severiche Báez
Pontificia Universidad Javeriana
Asistente de gerencia

Marisol Machetá Rico
Pontificia Universidad Javeriana
Asistente de gerencia

EQUIPO DE COORDINACIÓN EDITORIAL

Carlos Gómez Restrepo
Pontificia Universidad Javeriana
Director

Ana María De la Hoz Bradford
Pontificia Universidad Javeriana
Coordinadora

Gustavo Patiño Díaz
Corrector de estilo

María del Pilar Palacio Cardona
Diagramación

EQUIPO DE COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Juan Gabriel Ruiz Peláez
Pontificia Universidad Javeriana

Carlos Gómez Restrepo
Pontificia Universidad Javeriana

Juan Carlos Villar Centeno
Fundación Cardio Infantil

Ana María De la Hoz Bradford
Pontificia Universidad Javeriana

EQUIPO DE COORDINACIÓN GENERAL ALIANZA CINETS

Carlos Gómez Restrepo
Pontificia Universidad Javeriana
Rodrigo Pardo Turriago
Universidad Nacional de Colombia

Luz Helena Lugo Agudelo
Universidad de Antioquia

REVISOR EXTERNO

Agustín Ciapponi
Centro Cochrane Argentino - IECS
Asociación Argentina de Medicina
Familiar

Contenido

- 11** 1. Introducción
- 14** Recomendaciones
- 14** Aspecto 1: Tamización, detección temprana y factores de riesgo en pacientes con abuso o dependencia del alcohol
- 18** Aspecto 2: Prevención secundaria: evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol. Prevención de complicaciones
- 23** Aspecto 3: Prevención terciaria: diagnóstico y manejo del síndrome de abstinencia alcohólica
- 28** Aspecto 4: Intervenciones para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas
- 30** Referencias
- 31** Anexos
- 31** Anexo 1. Algoritmo de tamización

32	Anexo2. Algoritmo de manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol
33	Anexo3. Algoritmo de manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica
34	Anexo 4. Cuestionario AUDITC-C
35	Anexo 5. AUDIT
38	Anexo 6. Intervención motivacional breve
41	Anexo 7. Escala CIWA-Ar (<i>Clinical Institute Withdrawal Assesment</i>)
43	Anexo 8. Examen mental
47	Anexo 9. Guía para la ubicación de información de soporte de las recomendaciones en el documento completo de la GPC

1. Introducción

Después de la cafeína, el alcohol es la segunda sustancia psico-trópica más usada en el mundo y el tercer factor de riesgo para muerte prematura y discapacidad. Se considera el uso nocivo de alcohol como un problema de salud pública mundial; los trastornos relacionados con el alcohol tienden a cronificarse, tienen impacto personal, laboral, familiar, económico y social. Además de relacionarse con varias enfermedades médicas graves, se vincula con otros trastornos mentales, violencia y accidentes de tránsito. Se calcula que el alcohol provoca casi el 4% de las muertes en todo el mundo y es una de las veinte primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD).

En Colombia, el consumo de alcohol es ampliamente aceptado y promovido; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, la prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias psicoactivas es de 10,6%; así, el abuso de alcohol es el trastorno más prevalente. Se calcula que 1 de cada 15 colombianos abusa del alcohol, con una proporción hombre a mujer de 5 a 1.

A pesar de la gravedad y el impacto global de los trastornos relacionados con el alcohol, estas entidades son subdiagnosticadas; algunos estudios reportan que a pesar de que el consumo de alcohol está presente en el 20% a 50% de todos los pacientes hospitalizados, solo un 5% son diagnosticados.

Esta guía de práctica clínica basada en evidencia para la detección, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación y síndrome de abstinencia alcohólica de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, fue desarrollada por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud con experiencia y conocimiento en diferentes áreas (psiquiatras generales y con diferentes subespecialidades, metodólogos, médicos generales, médicos familiares, terapeutas ocupacionales, psicólogos, enfermeras) y representantes de los pacientes y sus familiares. La guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano sirvió de marco de referencia metodológico general para su elaboración (1).

Este documento está dirigido principalmente a los médicos encargados del manejo de pacientes en centros de baja complejidad de atención, y se abordan aspectos de detección y tamización, manejo y prevención de complicaciones. Las recomendaciones fueron formuladas para pacientes con abuso o dependencia del alcohol en el territorio colombiano; sin embargo, existen poblaciones para las cuales dichas recomendaciones podrían no ser apropiadas como mujeres embarazadas, niños y pacientes con dependencia a múltiples sustancias. A pesar de que se tocan temas de manejo especializado y rehabilitación, estos temas no están dentro del alcance de la presente guía y, por lo tanto, no se abordan en su totalidad.

La presente guía tiene como objetivos brindar parámetros de atención en salud basados en la mejor y más actualizada evidencia disponible, disminuir la variabilidad en la detección y tratamiento, y guiar el curso de acción del equipo de salud en el abordaje de los pacientes con abuso o dependencia del alcohol en la fase aguda de intoxicación y síndrome de abstinencia alcohólica. Adicionalmente se espera con las recomendaciones formuladas, brindar información pertinente y actualizada a los pacientes y/o sus familiares para ayudar a tomar decisiones informadas sobre el manejo de su condición.

La fuerza asignada a cada recomendación, de acuerdo con el sistema GRADE (2) (véase tabla 1), se basa no solo en el nivel de evidencia subyacente, sino también, en información y juicio de los expertos acerca del balance entre riesgos y beneficios de las intervenciones, la coherencia de las recomendaciones con los valores y preferencias de los pacientes, la disponibilidad local y la utilización de recursos y costos asociados.

Este documento incluye las recomendaciones que el grupo desarrollador consideró prioritarias para la detección y manejo de los pacientes. El documento completo de la guía contiene la totalidad de las recomendaciones formuladas, la información completa respecto a la metodología utilizada para su desarrollo, análisis de datos, detalles sobre la evidencia y procesos de formulación de las re-

comendaciones y su calidad (en caso de que requiera consultar la información de soporte para las recomendaciones, consulte el anexo 9 del presente documento, que contiene una guía para la rápida ubicación de información en el documento completo de la guía) . Existe también un documento de información para los pacientes y familiares. Toda la documentación se encuentra disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social¹.

Tabla 1. Implicaciones de los dos grados de la fuerza de recomendación para el sistema GRADE

GRUPO DE USUARIOS	RECOMENDACIÓN FUERTE	RECOMENDACIÓN DÉBIL
Pacientes	La gran mayoría de las personas en su situación querrán el curso de acción recomendado y solo una pequeña proporción no querrá utilizarla.	Una parte importante de las personas en su situación querrán utilizar el curso de acción recomendado, pero muchas no querrán utilizarla.
Clínicos	La mayoría de los pacientes deberían recibir el curso de acción recomendado.	Reconozca que diferentes opciones pueden ser apropiadas para diferentes pacientes y debe hacer un esfuerzo adicional para ayudar al paciente a tomar decisiones de manejo consistentes con sus propios valores y preferencias; las ayudas para la toma de decisiones y la toma de decisiones compartidas pueden ser particularmente útiles.
Trazadores de políticas	La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.	La formulación de políticas requiere debate y participación de varios grupos de interés.

1 Véase en <http://www.minsalud.gov.co>.

Recomendaciones

Aspecto 1: Tamización, detección temprana y factores de riesgo en pacientes con abuso o dependencia del alcohol

1. Identificación de los pacientes con abuso o dependencia del alcohol

1.1 Durante la entrevista clínica indague específicamente por frecuencia y cantidad de consumo de alcohol en los últimos 30 días en todos los pacientes adultos que soliciten servicios de salud en atención primaria. En caso de antecedente positivo de consumo de alcohol, aplique el cuestionario AUDIT-C para identificar el consumo de riesgo (anexo 4).

Recomendación fuerte a
favor de la prueba

1.2 En pacientes adultos con resultado positivo para consumo de riesgo en la prueba AUDIT-C (resultado > 4 puntos) aplique el cuestionario AUDIT (3) completo para identificar a los pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol (tabla 2). (véase anexo 5)

Recomendación fuerte a
favor de la prueba

Tabla 2. Clasificación de los pacientes según el instrumento AUDIT

	HOMBRES	MUJERES
Paciente sin problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-19	6-19
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	20-40	20-40

2. Factores de riesgo para desarrollar síndrome de abstinencia

2.1 Identifique a los pacientes adultos con abuso o dependencia del alcohol que se encuentran en alto riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia complicado para realizar observación cercana, informar sobre signos de alarma e instaurar manejo oportuno.

Punto de buena práctica clínica

2.2 Los factores que deben considerarse en los pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, y que podrían indicar alto riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia severo son:

Recomendación débil a favor de la consideración de los factores de riesgo

- Historia de amnesia lacunar (lagunas)
- Uso de alcohol al despertar
- Antecedente de *delirium tremens*
- Antecedente de convulsión por abstinencia
- Dos o más desintoxicaciones hospitalarias previas
- Historia de participación en dos o más programas de desintoxicación alcohólica
- Uso de heroína o cocaína
- Uso de benzodiazepinas
- Puntaje ciwa-ar en la evaluación inicial > 10

Aunque los siguientes exámenes no se solicitan de manera rutinaria, en caso de estar disponibles, considérellos como factores de riesgo para síndrome de abstinencia:

- Conteo inicial de plaquetas < $140 \times 10^9/L$
- Depuración de creatinina inicial < $70 \mu\text{mol/L}$
- Cloro < 100 mmol/L
- AST > 80 U/L .

2.3 Informe al paciente y a sus familiares y/o cuidadores, y advierta sobre la necesidad de consultar cuando se presenten signos y síntomas de alarma para el desarrollo de un síndrome de abstinencia: presencia de náuseas y vómito, temblor, sudoración, ansiedad, inquietud motora, alteraciones sensoriales, cefalea y desorientación.

Punto de buena práctica clínica

3. Factores de riesgo para desarrollar encefalopatía de Wernicke

3.1 Tenga en cuenta que los pacientes con abuso o dependencia del alcohol están en riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke. Identifique a los pacientes con abuso o dependencia del alcohol que se encuentran en alto riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke para realizar observación cercana; informe sobre signos de alarma e instaure manejo oportuno.

Punto de buena práctica clínica

3.2 Identifique a los pacientes con abuso o dependencia del alcohol en quienes hay sospecha o diagnóstico de desnutrición y otras enfermedades que conlleven a deficiencia en los niveles de tiamina, tales como: dieta inadecuada, enfermedades crónicas o cirugía bariátrica (cuadro 1).

Punto de buena práctica clínica

Cuadro 1. Escenarios clínicos que pueden llevar a deficiencia de tiamina (4,5)

- Dieta a base de arroz blanco.
- Desnutrición.
- Procedimientos quirúrgicos gastrointestinales (gastrectomía, gastroyeyunostomía, colectomía parcial o subtotal, cirugía de bypass gástrico, gastroplastia en banda vertical, terapia con balón intragástrico).
- Desórdenes gastrointestinales (úlceras pépticas, cáncer gástrico, cáncer de colon, colitis ulcerativa con megacolon, obesidad severa).
- Vómito recurrente o diarrea crónica (estenosis pilórica, úlcera péptica, gastritis inducida por medicamentos, cólico biliar, enfermedad de Crohn, obstrucción o perforación intestinal, diarrea inducida por litio, ataques de migraña, anorexia nerviosa, pancreatitis, hiperemesis gravídica).
- Cáncer y condiciones relacionadas (carcinoma gástrico, carcinoma esofágico, linfoma no Hodgkin, leucemia mielomonocítica, linfoma de células grandes, leucemia mieloide, trasplante de médula ósea alogénica).
- Tratamientos quimioterapéuticos (erbulozol, ifosfamida).
- Enfermedades sistémicas (enfermedades renales, sida, enfermedades infecciosas crónicas, tirotoxicosis, cetoacidosis diabética, anemia perniciosa, tuberculosis, esquizofrenia, malaria).
- Depleción de magnesio (uso crónico de antihipertensivos, resección de tracto gastrointestinal, enfermedad de Crohn).
- Uso de componentes químicos y drogas (infusión intravenosa de altas dosis de nitroglicerina, tolazamida).

- Desequilibrios nutricionales (restricciones dietarias por razones económicas, o como parte del tratamiento de obesidad, rechazo psicogénico a la comida, ayuno por razones religiosas o filosóficas, descuido por edad avanzada o enfermedad de Alzheimer, nutrición parenteral desequilibrada, hiperalimentación parenteral, síndrome de realimentación, uso de fórmulas dietarias comerciales, uso de dietas para adelgazar, consumo de alimentos excesivamente cocinados, uso crónico de alimentos que contienen factores antitiamina, como té o café; uso crónico de aditivos alimentarios, como sulfitos; personas itinerantes o reclusos).

3.3 Una vez identificados los pacientes con abuso o dependencia del alcohol que se encuentran en alto riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke, adminístreles 200 mg de tiamina vía intramuscular diariamente, hasta completar 1 g (cinco días). En caso de que persista el factor de riesgo, considere la continuación del manejo con tiamina por vía oral (300-900 mg/día), hasta que la condición esté controlada.

Recomendación débil a favor de la intervención

4. Factores de riesgo para desarrollar *delirium tremens*

4.1. Identifique a los pacientes con síndrome de abstinencia que se encuentran en alto riesgo de desarrollar *delirium tremens* para realizar observación cercana, informar sobre signos de alarma e instaurar manejo oportuno.

Punto de buena práctica clínica

4.2 Los pacientes con síndrome de abstinencia con mayor riesgo de desarrollar *delirium tremens* son aquellos que presentan: historia previa de *delirium tremens* o convulsiones, presencia de convulsiones en el cuadro de abstinencia y frecuencia cardíaca al ingreso mayor de 100 latidos por minuto.

Recomendación fuerte a favor de los factores de riesgo

4.3 Informe al paciente y a sus familiares y/o cuidadores, y advierta sobre la necesidad de consultar cuando se presenten signos y síntomas de alarma para el desarrollo de un síndrome de abstinencia (que en sus casos más graves puede progresar a *Delirium Tremens*): presencia de náuseas y vómito, temblor, sudoración, ansiedad, inquietud motora, alteraciones sensorceptivas, cefalea y desorientación.

Punto de buena práctica clínica

Aspecto 2: Prevención secundaria: evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol. Prevención de complicaciones

5. Evaluación inicial del paciente con intoxicación aguda por alcohol

5.1 Durante la entrevista clínica, indague con el paciente y/o familiares o cuidadores sobre el patrón de consumo de alcohol (frecuencia y cantidad) y su cronicidad con el fin de tener herramientas para las decisiones sobre el manejo posterior (ver recomendaciones siguientes).

Punto de buena práctica clínica

5.2 En pacientes que ingresan al servicio de urgencias con intoxicación aguda por alcohol, determine el grado de intoxicación mediante la realización de un examen clínico completo (examen mental y físico). Tenga en cuenta que el examen clínico en pacientes con consumo crónico de alcohol puede no correlacionarse de manera confiable con los niveles de alcoholemia.

Recomendación débil a favor del curso de acción

5.2.1 No se recomienda la realización de alcoholemia de manera rutinaria (tabla 3).

Recomendación débil en contra del curso de acción

5.3 En pacientes que ingresen al servicio de urgencias con sospecha de intoxicación aguda por alcohol en el marco de casos ocupacionales o legales (heridos, abusos, maltratos, violencia de cualquier índole), solicite el nivel de alcoholemia para registro y manejo del caso.

Punto de buena práctica clínica

5.4 El examen mental del paciente con intoxicación aguda por alcohol debe incluir la evaluación de apariencia, porte y actitud; orientación, atención, afecto, lenguaje, pensamiento, juicio y raciocinio; actividad motora, sensopercepción, memoria, introspección y prospección (véase anexo 8 de examen mental).

Punto de buena práctica clínica

5.5 El examen físico del paciente con intoxicación aguda por alcohol debe incluir la evaluación de la presentación personal, presencia de aliento alcohólico o de olores inusuales, signos vitales, talla y peso, estado nutricional (índice de masa corporal [IMC]: peso/talla²), reflejos osteotendinosos, examen de piel y mucosas, examen de los ojos (pupilas, movimiento oculares), presencia de disartria, coordinación motora fina y gruesa, equilibrio y marcha, y signos de focalización neurológica. Busque activamente la presencia de estigmas alcohólicos y signos de desnutrición, dado que son considerados factores de riesgo para complicaciones como síndrome de abstinencia y encefalopatía de Wernicke (ver cuadros 3 y 4).

Punto de buena práctica clínica

Tabla 3. Niveles de alcoholemia y relación clínica (6)

ALCOHOLEMIA	CLÍNICA	CLÍNICA EN BEBEDOR CRÓNICO	GRADO DE EMBRIAGUEZ RESOLUCIÓN 414 DE 2002
20-39 mg%	Euforia, incoordinación motora leve-moderada, aliento alcohólico, nistagmos.	Poco efecto	Primer grado
40-99 mg%	Confusión, desinhibición emocional, nistagmus horizontal, hiperreflexia, hipoestesia, ataxia moderada, dificultad para la unipedestación		
100-149 mg%	Ataxia, alteración de concentración, juicio y análisis, hipotensión y taquicardia moderadas	Euforia, incoordinación motora	Segundo grado
150-299 mg%	Incoordinación motora severa, reacción prolongada, hiporreflexia, diplopía, disartria, pupilas midriáticas y con reacción lenta a la luz, náuseas, vómito, somnolencia	Cambios comportamentales, agresividad	Tercer grado
300-400 mg%	Depresión neurológica severa, disartria muy marcada, hipotermia, pulso filiforme, amnesia, imposibilidad para la marcha, convulsiones, pupilar midriáticas no reactivas a la luz, depresión cardiorrespiratoria, coma y muerte	Somnolencia. Mayor de 400: estupor y coma	

Cuadro 3. Estigmas alcohólicos (7, 8, 9)

Signos o síntomas comunes en pacientes con consumo crónico de alcohol (a mayor número de elementos presentes, mayor probabilidad de alcoholismo):

- Telangiectasias faciales
- Arañas vasculares
- Inyección conjuntival
- Hipertrofia parotídea
- Temblor lingual
- Eritema palmar
- Temblor de manos
- Contractura de dupuytren
- Neuropatía periférica
- Ginecomastia
- Circulación colateral superficial (signo de la cabeza de medusa)
- Ascitis
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Ictericia
- Desnutrición
- Hipertensión
- Alteraciones cognitivas

Cuadro 4. Signos de desnutrición (10)

A continuación se enumeran los signos clínicos más frecuentes en los pacientes con desnutrición:

- Irritabilidad
- Ánimo triste
- Fatiga o pérdida de energía
- Mareo
- Pérdida de peso no planeada
- Disminución del tejido adiposo subcutáneo
- Dolor en huesos o articulaciones
- Debilidad o atrofia muscular
- Edema periférico
- Distensión abdominal
- Hepatomegalia
- Cambios en piel y anexos (uñas quebradizas, uñas en forma de cuchara, piel seca y escamosa, alopecia, cambios de pigmentación y textura de piel y pelo)
- Pérdida del apetito
- Lenta cicatrización de heridas
- Mayor vulnerabilidad a infecciones

6. Manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol

6.1 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que puedan ser manejados con hidratación por vía oral se recomienda administrar suero oral.

Recomendación débil a favor de la intervención

6.1.1 No se recomiendan agua pura, bebidas gaseosas, estimulantes, hidratantes comerciales ni bebidas energizantes.

Recomendación débil en contra de la intervención

6.2 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que presenten fiebre (temperatura mayor a 38°C), deshidratación moderada o severa, intolerancia a la vía oral, o signos compatibles con embriaguez grado dos en adelante se recomienda realizar hidratación por vía parenteral con cristaloideos isotónicos.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

6.3 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que ameriten observación hospitalaria (ver Algoritmo de manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol, anexo 2) se recomienda monitorizar el estado clínico cada cuatro horas, tomar signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), realizar examen físico completo y calcular el gasto urinario (cantidad de orina eliminada por unidad de tiempo. En un adulto normal es de 0,5 a 1 ml x kg x hora). No se requiere sonda vesical (control de líquidos).

Recomendación débil a favor del curso de acción

6.4 En pacientes que presenten estupor, signos de focalización neurológica o compromiso hemodinámico inicie hidratación vía parenteral con cristaloideos isotónicos y considere remisión a una institución de mayor nivel de complejidad.

Recomendación débil a favor de la intervención

6.5 En pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol no se recomienda la toma rutinaria de electrolitos.

Recomendación débil en contra del curso de acción

6.5.1 Considere solicitar niveles de sodio y potasio en pacientes con deshidratación severa o múltiples episodios de emesis, y niveles de magnesio en pacientes con antecedente de arritmia cardíaca o consumo crónico de alcohol. La reposición de electrolitos solo debe considerarse cuando se confirme una alteración a través de exámenes de laboratorio.

Recomendación débil a favor del curso de acción

6.6 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol no se recomienda el lavado gástrico.

Recomendación fuerte en contra del procedimiento

6.7 No se recomienda administrar carbón activado de manera rutinaria, excepto en pacientes en los que se sospeche o se conozca intoxicación medicamentosa asociada.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

6.8 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol se recomienda el uso de medicamentos como analgésicos, antieméticos y protectores de la mucosa gástrica solo cuando los síntomas lo ameriten.

Recomendación débil a favor de la intervención

6.9 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol no se recomienda el uso de diuréticos.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

6.10 Adicional a las medidas de soporte (observación, hidratación y tratamiento sintomático) no se recomienda en el paciente con intoxicación aguda el uso de neurolépticos de manera rutinaria.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

6.11 No se recomienda la solicitud de rutina de neuroimágenes en pacientes con intoxicación aguda por alcohol

Recomendación débil en contra del curso de acción

6.12 Considere la necesidad de tomar una TAC (tomografía axial computarizada) cerebral en pacientes con un cuadro de intoxicación aguda por alcohol ante la presencia de examen neurológico con signos de focalización o antecedente de trauma; en dichos casos, considere la remisión del paciente para manejo en una institución de mayor complejidad.

Recomendación débil a favor del curso de acción

7. Suplencia con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes con abuso o dependencia del alcohol

7.1 No se recomienda el uso rutinario de vitamina B12 ni ácido fólico en pacientes adultos con abuso o dependencia del alcohol sin que se haya documentado la presencia de anemia megaloblástica o se documenten niveles bajos de vitamina B12 y ácido fólico en sangre.

Recomendación débil en contra de la intervención

Aspecto 3: Prevención terciaria: diagnóstico y manejo del síndrome de abstinencia alcohólica

8. Evaluación y clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica

8.1 En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica, utilice la escala CIWA-Ar (11) (anexo 7) como herramienta de ayuda al juicio clínico para clasificar la severidad de la abstinencia a partir de los síntomas e identificar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico (tabla 4).

Recomendación fuerte a favor del curso de acción

Tabla 4. Clasificación de la severidad de la abstinencia alcohólica

SEVERIDAD DE LA ABSTINENCIA	PUNTAJE ESCALA CIWA-AR
Leve	≤ 8 puntos
Moderada	9-15 puntos
Severa	≥16 puntos

8.2 Considere tratamiento ambulatorio si:

Recomendación débil a favor del curso de acción

- El puntaje en la escala CIWA-AR es hasta de 8, y si no hay comorbilidades renales, cardíacas, cerebrales o mentales y existe información sobre antecedentes médicos y red de apoyo adecuados;

- B. El puntaje en la escala CIWA-AR se encuentra entre 9 y 15 y existe red de apoyo adecuada, disponibilidad de atención médica inmediata y el paciente no presenta comorbilidades (renales, cardíacas, cerebrales o mentales) ni factores de riesgo (o antecedente) para *delirium tremens* o Encefalopatía de Wernicke.

Se recomienda tratamiento intrahospitalario en:

- A. Pacientes con puntaje en la escala CIWA-AR entre 9 y 15 con antecedente o riesgo de *delirium tremens* o falla hepática, comorbilidades (renales, cardíacas, cerebrales o mentales) o cuando no se cuente con información suficiente para tomar una decisión.
- B. Todos los pacientes con puntaje en la escala CIWA-AR de 16 o mayor.
- C. Todos los pacientes con sospecha o diagnóstico de falla hepática, enfermedad médica grave o enfermedad mental asociada que amerite hospitalización (depresión mayor severa, manía, ideación suicida, dependencias mixtas, episodio psicótico agudo).

Nota: Entre los factores de riesgo descritos para la aparición de *delirium tremens* están: antecedente de convulsiones o *delirium tremens*, presencia de convulsiones en el síndrome de abstinencia y frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos/minuto al ingreso del paciente.

8.3 En caso de no contar con la información suficiente para tomar la decisión sobre el manejo intrahospitalario o ambulatorio (antecedentes, enfermedades concomitantes, red de apoyo, etc.), se recomienda mantener al paciente en observación hasta completar los datos de la historia clínica.

Punto de buena práctica clínica

8.4 Considere manejo farmacológico con benzodicepinas (ambulatorio o intrahospitalario) en pacientes con puntajes mayores de 8 en la escala CIWA-Ar (abstinencia moderada o severa) o con factores de riesgo para desarrollo de *delirium tremens* (tabla 5).

Recomendación fuerte a favor del curso de acción

Tabla 5. Puntaje escala CIWA-Ar para establecer necesidad de inicio de tratamiento farmacológico

PUNTAJE ESCALA CIWA-AR	SEVERIDAD DE LA ABSTINENCIA	SUGERENCIA DE MANEJO FARMACOLÓGICO
≤ 8 puntos	Leve	No se recomienda manejo farmacológico
9-15 puntos	Moderada	Considere iniciar manejo farmacológico
≥16 puntos	Severa	Se recomienda iniciar manejo farmacológico a dosis máxima

8.5 En pacientes adultos con síndrome de abstinencia alcohólica administre benzodiacepinas para el control de síntomas y la prevención de complicaciones, como convulsiones alcohólicas. Utilice clonazepam, lorazepam o diazepam en las dosis sugeridas (dosis habituales), según el puntaje en la escala de CIWA-Ar (tabla 6).

Recomendación fuerte a favor de la intervención

La tabla 6 describe las dosis habituales de los medicamentos. Es probable que los requerimientos cambien en casos y pacientes particulares. La dosis de mantenimiento dependerá del comportamiento o respuesta de los síntomas de abstinencia (puntaje en la escala CIWA-Ar).

Tabla 6. Dosis habituales de benzodiacepinas (BZD) en Colombia

BENZODIACEPINAS*	DOSIS MÍNIMA	DOSIS MÁXIMA
Lorazepam	1 mg cada 12 horas VO	2 mg cada 6 horas VO (IV cuando esté disponible)
Clonazepam	0,5 mg cada 12 horas VO	2 mg cada 8 horas IV
Diazepam	5 mg cada 12 horas VO	20 mg cada 6 horas IV

*La administración de BZD por vía IV (intra venosa) debe realizarse lentamente y bajo observación continua.

8.6 Ante la ausencia de evidencia sobre diferencias en la efectividad y seguridad entre benzodiacepinas para el control de síntomas del síndrome de abstinencia, se sugiere utilizar la benzodiacepina que se encuentre disponible, que se considere más conveniente o que tenga el menor costo localmente entre las siguientes opciones: lorazepam, clonazepam o diazepam. No se recomienda utilizar el tratamiento con benzodiacepinas por más de ocho días. Con un

Recomendación débil a favor del curso de acción

puntaje de CIWA-Ar mayor de 15 se recomienda iniciar tratamiento con dosis máxima (tabla 6). En pacientes con insuficiencia hepática y pacientes ancianos se recomienda usar benzodicepinas de vida media corta o intermedia como lorazepam.

8.7 No se recomienda la utilización de medicamentos adicionales al manejo con benzodicepinas de manera rutinaria en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica sin comorbilidad asociada

Recomendación débil a favor del curso de acción

8.8 Se recomienda la discontinuación gradual del tratamiento con benzodicepinas en el síndrome de abstinencia. Considere una reducción entre el 20% y el 30% de la dosis cada día, excepto en pacientes con compromiso más severo, en los que debe hacerse una discontinuación más lenta (entre el 10% y el 20% de la dosis por día).

Recomendación débil a favor de la intervención

8.9 Se recomienda en pacientes con manejo intrahospitalario para el síndrome de abstinencia, realizar mediciones con la escala CIWA-Ar cada ocho horas (tres veces), para verificar que el puntaje se mantenga en el mismo nivel o disminuya.

Recomendación débil a favor del curso de acción

8.10 Se recomienda remitir para manejo en una institución de alta complejidad de atención a cualquier paciente con síndrome de abstinencia en el que en evaluaciones sucesivas se documente un aumento en el puntaje de la escala CIWA-Ar, se presenten convulsiones, se sospeche o se diagnostique *delirium tremens*, encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, alucinosis alcohólica u otras comorbilidades físicas o mentales que comprometan el estado hemodinámico, neurológico o mental del paciente.

Recomendación fuerte a favor del curso de acción

8.11 Para manejo ambulatorio, informe al paciente y cuidadores los siguientes signos de alarma para presentar síndrome de abstinencia complicado: temblor, sudoración, diarrea, náuseas constantes y vómitos, intolerancia a la vía oral, alteraciones del estado de conciencia o inconciencia, convulsiones, alteraciones sensorceptivas (alucinaciones) o dolor de cabeza. En estos casos, recomiende la consulta inmediata.

Punto de buena práctica clínica

8.12 Se debe asegurar que todo paciente con síndrome de abstinencia manejado ambulatoriamente pueda ser valorado entre el tercer y el séptimo día posterior al alta del servicio de urgencias.

Recomendación débil a favor del curso de acción

8.13 Todos los pacientes que ingresen al sistema hospitalario (en servicio de urgencias o en hospitalización) por un síndrome de abstinencia de cualquier grado de severidad deben ser evaluados con la herramienta AUDIT una vez lo permita el estado clínico, para determinar el patrón de consumo, abuso o dependencia, y manejar el caso adecuadamente (véanse recomendaciones del Aspecto 4).

Punto de buena práctica clínica

8.14 En la fase inicial de tratamiento de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol y síndrome de abstinencia, se recomienda la administración de tiamina por vía intramuscular en dosis de 200mg (2cc) diarios durante cinco días.

Recomendación débil a favor de la intervención

8.15 En pacientes con sospecha o diagnóstico de encefalopatía de Wernicke se debe realizar remisión a un nivel de mayor complejidad. Mientras se hace efectivo el traslado, se recomienda la administración de tiamina por vía intravenosa en dosis de 300 mg cada ocho horas (mezclar en buretrol 3 cc de tiamina en 100 cc de solución salina normal, y pasar en una hora).

Recomendación débil a favor de la intervención

Nota: Se considera que la encefalopatía de Wernicke corresponde a una condición aguda y prevenible; si bien algunos autores consideran que el síndrome de Korsakoff consiste en la evolución crónica de la misma condición, otros consideran que se deben tratar como condiciones separadas.

8.16 No se recomienda la solicitud de rutina de neuroimágenes en pacientes con síndrome de abstinencia por alcohol.

Recomendación débil en contra del curso de acción

8.17 Considere la necesidad de tomar una resonancia nuclear magnética cerebral (RNM cerebral) en un paciente adulto con síndrome de abstinencia alcohólica ante la presencia de encefalopatía de

Recomendación débil a favor del curso de acción

Wernicke o síndrome de Korsakoff, un puntaje en la escala CIWA-Ar mayor a 15 sin cambios o aumento en evaluaciones sucesivas a pesar de manejo adecuado, presencia de convulsión, o examen neurológico anormal. En estos casos, el paciente debe ser manejado en una institución hospitalaria de alta complejidad.

Aspecto 4: Intervenciones para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas

9. Terapias no farmacológicas para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas

9.1 En pacientes adultos en los que se documente consumo de riesgo o dependencia del alcohol, se recomienda la intervención breve o entrevista motivacional en cualquier nivel de atención como parte del manejo inicial. La intervención debe contener elementos fundamentales de entrevista motivacional.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

Administre esta intervención a todos los pacientes que, por medio del cuestionario AUDIT, hayan sido identificados como pacientes con consumo de riesgo o con dependencia del alcohol (véase anexo 6, entrevista breve motivacional).

9.2 Se recomienda como primera línea de elección para el tratamiento del abuso o dependencia del alcohol, las intervenciones no farmacológicas o de características psicoterapéuticas, para generar cambios en el patrón de consumo y prevenir recaídas.

Recomendación fuerte a favor de la intervención

9.3 Una vez sea identificado un paciente con dependencia del alcohol (puntaje AUDIT ≥ 20), garantice la remisión a especialista para manejo con una de las siguientes terapias no farmacológicas: terapia con enfoque cognitivo-conductual individual o grupal, terapias relacionadas con redes de apoyo y entorno, terapia de pareja, terapia de familia, técnicas motivacionales o programa de 12 pasos (modelo de autoayuda que constituye los principios y prácticas

Recomendación fuerte a favor de la intervención

utilizados en AA (alcohólico anónimos) y NA (narcóticos anónimos) para vivir en sobriedad).

9.4 Informe a los pacientes con consumo de riesgo (puntaje AUDIT en hombres de 8 a 19 y en mujeres de 6 a 19) sobre la existencia de terapias con enfoque psicoterapéutico individuales o grupales que pueden ser efectivas para lograr un cambio en el patrón de consumo y/o abstinencia, y concerte con él la posibilidad de remisión para manejo por especialista.

Punto de buena práctica clínica

10. Terapias farmacológicas para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas

10.1 Se deben considerar las siguientes intervenciones farmacológicas para prevenir recaídas en pacientes con dependencia del alcohol después de lograr abstinencia. Una vez sea identificado un paciente con dependencia del alcohol, en cualquier escenario de atención, garantice la remisión a especialista para manejo:

Recomendación débil a favor de la intervención

- A. Para las personas con dependencia del alcohol, puede considerarse la administración de naltrexona o acamprosato por vía oral, en combinación con terapias psicoterapéuticas o psicosociales (terapias individuales, grupales o de pareja) enfocadas específicamente en los problemas relacionados con el consumo de alcohol.
- B. Como segunda línea de tratamiento farmacológico, puede considerarse el uso de disulfiram en pacientes con contraindicaciones para el manejo con naltrexona o acamprosato.

10.2 No se recomienda el uso de gamma-hidroxibutirato (GHB) para el manejo de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

Recomendación débil en contra de la intervención

10.3 No se recomienda el uso de benzodiacepinas para el tratamiento de la dependencia del alcohol más allá de su uso para la asistencia de la abstinencia programada o no programada. No se recomienda el uso de antidepresivos ni anticonvulsivantes para el manejo de pacientes con dependencia del alcohol sin comorbilidades.

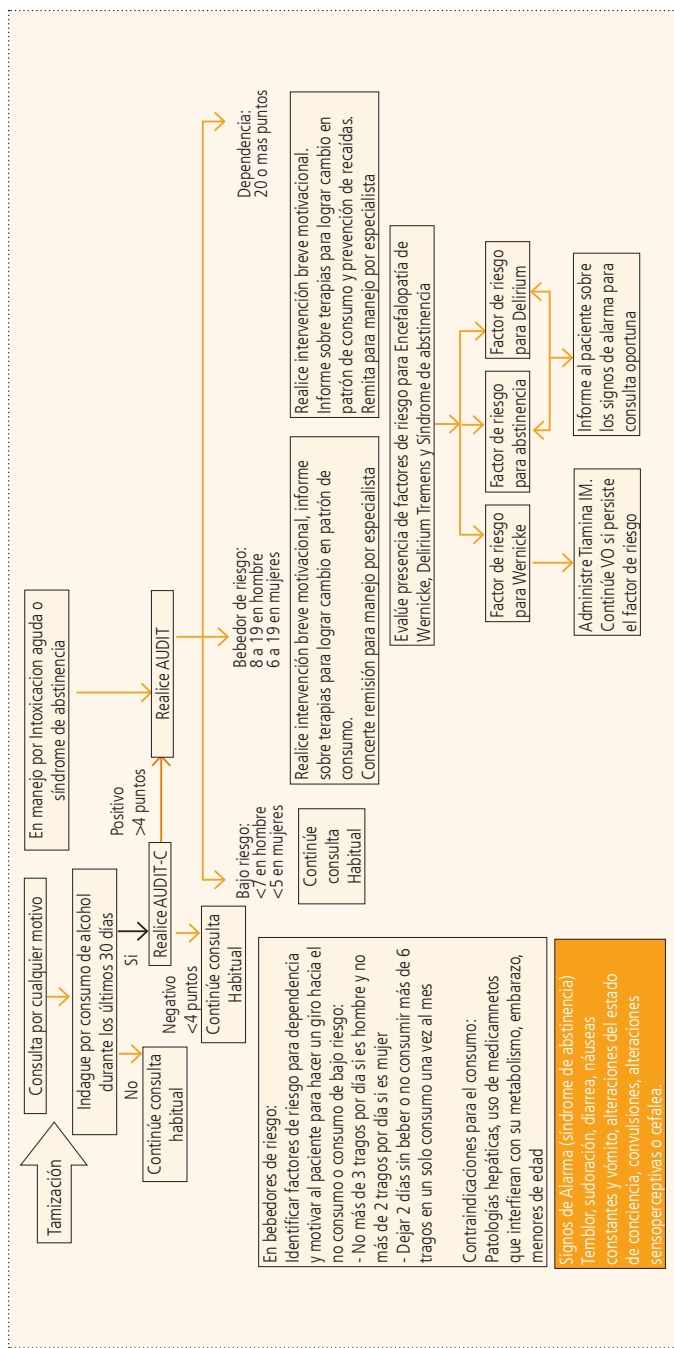
Recomendación fuerte en contra de las intervenciones

Referencias

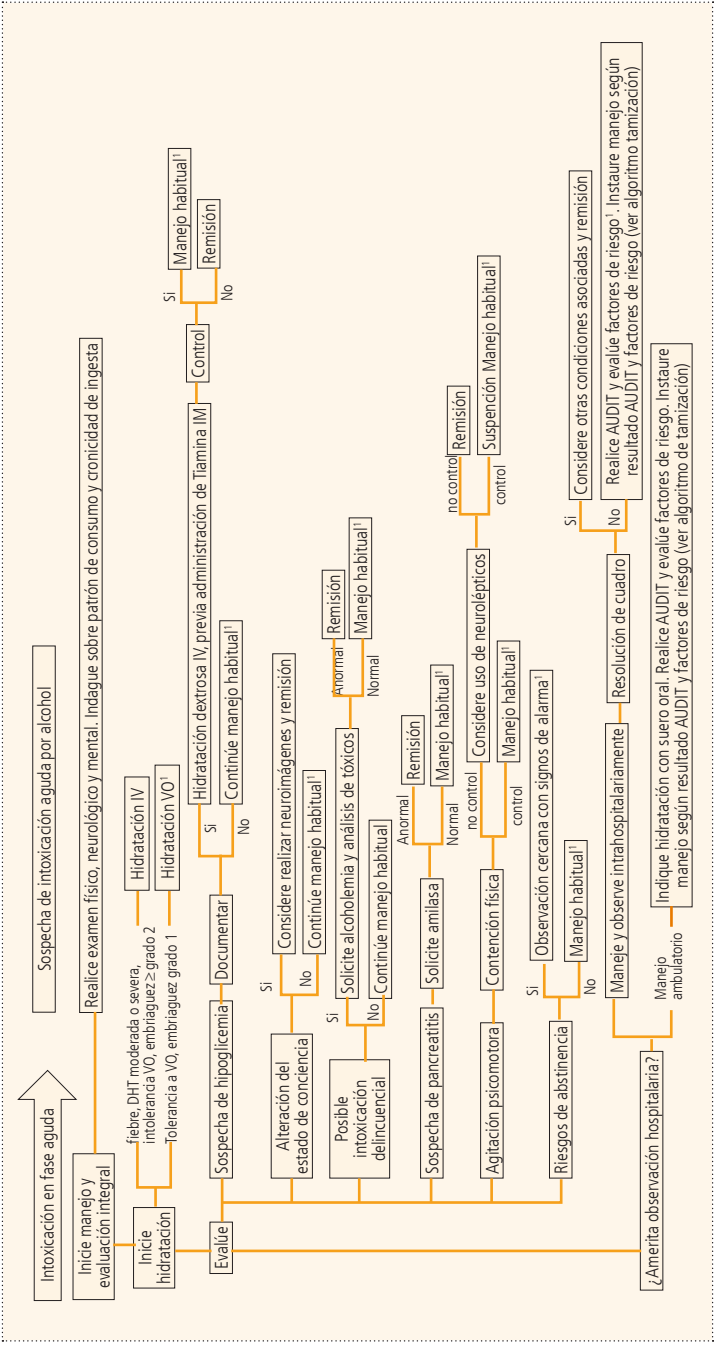
1. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, et al. Guía metodológica para el desarrollo de guías de atención integral en el sistema general de seguridad social en salud colombiano. Bogotá: Minprotección, Colciencias; 2010.
2. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction. GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011; 64:383-94.
3. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993; 88:791-804.
4. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2007; 6:442-55.
5. Thomson AD, Marshall EJ. The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. *Alcohol & Alcoholism*. 2006; 41:159-67.
6. Córdoba D. Toxicología. 5ta ed. Bogotá: Manual Moderno; 2006.
7. Australian Government Department of Health and Ageing. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: Commonwealth of Australia; 2009.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Edinburgh: A national clinical guideline; 2003.
9. Doncaster and Bassetlaw Hospitals NHS Foundation Trust. Guidelines for the management of alcohol issues in the acute general hospital setting. London: NHS Foundation Trust; 2007.
10. Toussaint G, García-Aranda JA. Desnutrición energético-proteínica. En: Casanueva E, Kaufer Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, et al, eds. *Nutriología Médica*. 2da ed. México: Fundación Mexicana para la Salud, Editorial Médica Panamericana; 2001.
11. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989; 84:1353-7.

Anexos

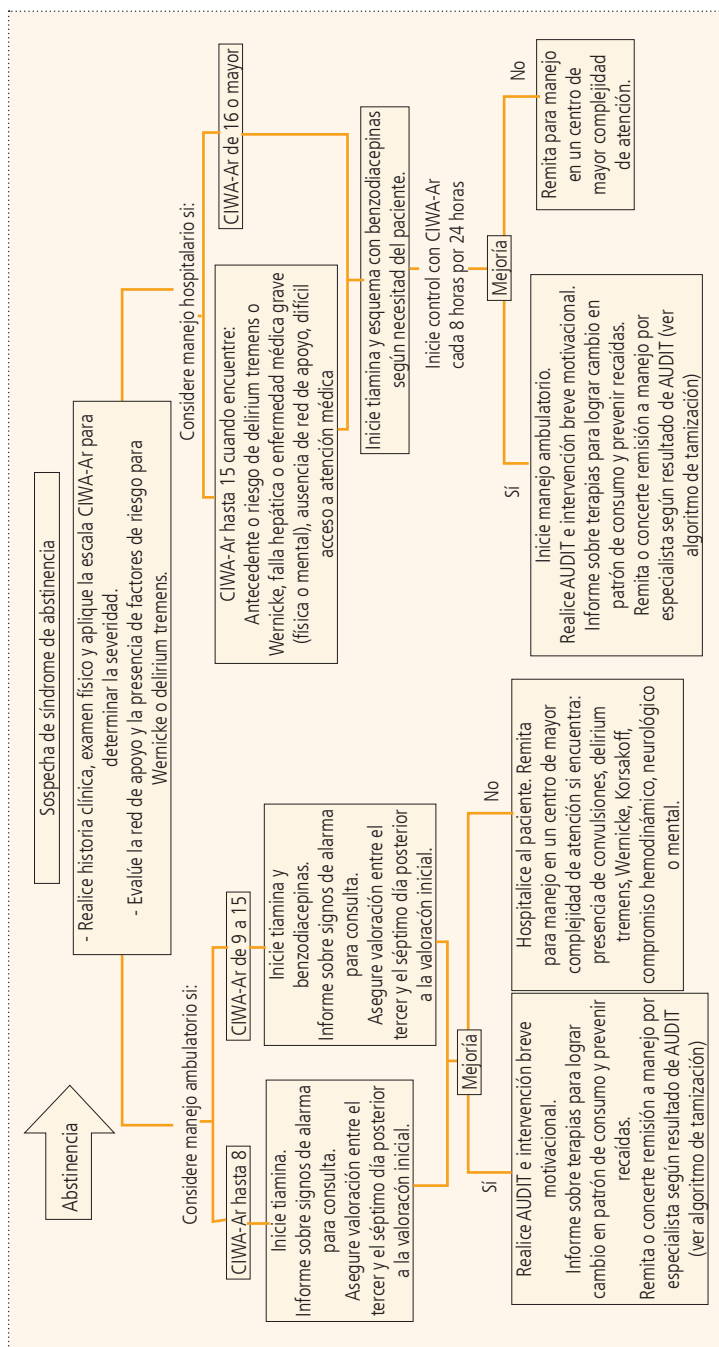
Anexo 1. Algoritmo de tamización



Anexo2. Algoritmo de manejo de paciente con intoxicación aguda por alcohol



Anexo3. Algoritmo de manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica



Anexo 4. Cuestionario AUDITC-C

- | |
|---|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
(0) Nunca
(1) Una o menos veces al mes
(2) De 2 a 4 veces al mes
(3) De 2 a 3 veces a la semana
(4) 4 o más veces a la semana |
| 2. ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
(0) 1 o 2
(1) 3 o 4
(2) 5 o 6
(3) 7, 8 o 9
(4) 10 o más |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario |

Suma los puntos. Con un resultado mayor de 4, proceda con AUDIT.

Anexo 5. AUDIT

Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Se define como un trago a un vaso de cerveza (330 ml), una copa de vino (150 ml), una copa (45 ml) de licor destilado (aguardiente, ron, vodka, whisky) u otros licores.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Instrumento AUDIT

PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica (trago)?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2a4 veces al mes	De 2a3 veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántos tragos (de bebidas alcohólicas) suele tomar en un día de consumo?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7a9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos en un solo día de consumo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	

PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido (laboral, familiar, social, etc.)?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	

Continúa

PREGUNTAS	0	1	2	3	4	TOTAL
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido alcohol?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
Total						

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), cuestionario de autorreporte (1).

Calificación

	HOMBRES	MUJERES
No hay problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-19	6-19
Problemas físico-químicos con la bebida. Probable dependencia	20-40	20-40

Anexo 6. Intervención motivacional breve

Tarjeta de intervención breve motivacional

PUNTAJE DE AUDIT		BEBIDAS ESTÁNDAR					LÍMITES de	Por día	Por semana	
20 o +	Consecuencias mayores, probablemente dependiente	Bebida	Aguardiente	Cerveza	Vino	Licor	Hombres sanos	4	14	
	De riesgo	Cantidad	1.5 Oz	12 Oz	5 Oz	1.5 Oz.	Mujeres sanas	3	7	
8 a 19 Hombres			1 Copa	1Botella	1 Copa	1 Trago				
6-19 Mujeres										
0 A 7 Hombres	Bajo riesgo	% Alcohol	29%	5%	12%	40%	Todos >65 años	3	7	
0 A 5 Mujeres		El porcentaje de alcohol 'puro' varía según la bebida, aquí se muestran valores usuales					ABSTENERSE SI VA A CONDUCIR, ESTÁ EMBARAZADA, O POSIBLEMENTE DEPENDIENTE			
Regla de buena disposición: Cuán importante es para usted reducir o eliminar el consumo de sustancias? En una escala del 0 al 10, donde 0 es 'no importante en lo absoluto', y 10 es 'muy importante', ¿cómo se calificaría a sí mismo?"										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No importante en lo absoluto										Muy importante
Regla de seguridad: ¿Cuán seguro está usted de poder reducir o eliminar el consumo de sustancias si decide hacerlo? En una escala del 0 al 10, donde 0 es 'nada seguro' y 10 es 'muy seguro', ¿cómo se calificaría a sí mismo?"										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro										Muy seguro

Continúa

Zona I: Bajo riesgo AUDIT 1 a 7 (hombres) 1 a 5 (mujeres)	Zona II: Riesgo AUDIT 8 a 19 Hombres y 6 a 19 Mujeres (≥ 1 embriaguez ocasional)	Zona II: Probablemente dependiente AUDIT ≥ 20
Pedir permiso	"Le agradezco por participar en responder este formulario. ¿ Podemos hablar unos minutos sobre sus resultados?"	
Proveer retroalimentación	Muestre la gráfica y comparta el puntaje. " Tomar de esta manera puede perjudicar su salud o ser la causa del problema que lo ha taído el día de hoy. ¿Qué opina usted?"	
Promover la motivación y el discurso de cambio	"¿Cuáles son las cosas buenas/no tan buenas acerca de su uso de alcohol?" (balance de decisiones) "En una regla de 0 a 10, ¿qué tan importante es para usted bajar su consumo o dejar de tomar?" (Usar la misma regla para preguntar sobre seguridad de que podría hacerlo si lo decidiera, y ver si está listo para hacer algún cambio) "¿Ha conside rado disminuir o dejar completamente de tomar?" Si es >0, "¿Porqué es así y no un número inferior?" "¿Ha conside rado disminuir o dejar de tomar completamente?" Si es así, "¿Porqué?", Si no, "¿Qué tendría que suceder para que usted conside rata disminuir su consumo?"	

Continúa

Zona I: Bajo riesgo AUDIT 1 a 7 (hombres) 1 a 5 (mujeres)	Zona II: Riesgo AUDIT 8 a 19 Hombres y 6 a 19 Mujeres (≥ 1 embriaguez ocasional)	Zona II: Probablemente dependiente AUDIT ≥ 20
Aconsejar	Muestre la gráfica en frente de la tarjeta para aconsejar Después de 1 o 2 días sin tomar ¿se siente enfermo, con temblores/ convulsiones, o ha visto y oído cosas que no existen?"	
Hablar sobre los próximos pasos	"Si fuera a hacer un cambio, ¿Cuál sería el primer paso que usted haría?"	Para más ayuda, ofrecer un menú de opciones: Medicamentos Derivación: Grupo de apoyo (Como AA) Apoyo psicológico (con tratamiento breve) Tratamiento especializado para dependencia
Cerrar con buenas relaciones	Resumir, destacar las habilidades del paciente, enfatizar el discurso del cambio y decisiones tomadas. Programar otra consulta	

Anexo 7. Escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assesment)

NÁUSEA Y VÓMITO	ALTERACIONES TÁCTILES
0 Sin náusea ni vómito	0 Ninguna
1 Náusea leve sin vómito	1 Sensación leve (punzante, ardiente, cosquilleo)
2	2 Idem suave
3	3 Idem moderado
4 Náusea intermitente con arcadas o esfuerzos secos	4 Alucinaciones moderadas
5	5 Alucinaciones severas
6	6 Alucinaciones extremas
7 Náusea constante y vómito	7 Alucinaciones continuas
Puntaje ____	Puntaje ____
TEMBLOR	ALTERACIONES AUDITIVAS
0 Sin temblor	0 Ninguna
1 Temblor no visible, puede percibirse en los dedos	1 Muy leves, sonidos secos
2	2 Leves
3	3 Moderados
4 Moderado, con los brazos extendidos	4 Alucinaciones moderadas
5	5 Alucinaciones severas
6	6 Alucinaciones extremas
7 Severo, incluso con los brazos no extendidos	7 Alucinaciones continuas
Puntaje ____	Puntaje ____
SUDORACIÓN	ALTERACIONES VISUALES
0 No visible	0 Ninguna
1 Palmas húmedas	1 Muy leves
2	2 Leves
3	3 Moderadas
4 Sudor en la frente	4 Alucinaciones moderadas
5	5 Alucinaciones severas
6	6 Alucinaciones extremas
7 Sudor abundante en todo el cuerpo	7 Alucinaciones continuas
Puntaje ____	Puntaje ____

Continúa

ANSIEDAD		CEFALEA	
0	Sin ansiedad	0	Sin cefalea
1	Ligeramente ansioso	1	Muy leve
2		2	Leve
3		3	Moderada
4	Moderadamente ansioso	4	Moderadamente severa
5		5	Severa
6		6	Muy severa
7	Ataque de pánico	7	Extremadamente severa
Puntaje ____		Puntaje ____	
AGITACIÓN PSICOMOTORA		ORIENTACIÓN Y FUNCIONES SUPERIORES	
0	Actividad normal	0	Orientado y puede sumar
1	Algo hiperactivo	1	No puede sumar, indeciso en la fecha
2		2	Desorientado temporalmente (<2 días)
3		3	Mayor desorientación temporal (>2 días)
4	Moderadamente inquieto	4	Desorientación espacial y/o en persona
5			
6			
7	Con agitación psicomotora y cambios de postura		
Puntaje ____		Puntaje ____	
Puntaje total: _____			

Anexo 8. Examen mental

ASPECTO	OBJETIVO	EVALUACIÓN	ALTERACIONES	COMENTARIOS
Conciencia	Explorar si el sujeto está alerta o no, y si capta su integridad biológica, psicológica y lo que lo rodea.	Las alteraciones en la estructura se determinan por el examen físico y neurológico; las del contenido, mediante la observación del paciente y su conducta.	Cuantitativas: somnolencia, obnubilación, estupor, coma. Cualitativas: de la percepción de sí mismo, su cuerpo o el entorno.	Haga diagnóstico diferencial en pacientes con alteraciones cualitativas. En pacientes con estupor o coma descartar intoxicación por otras sustancias, o trauma craneoencefálico particularmente.
Orientación	Identificar si el paciente logra una adecuada ubicación en las coordenadas de tiempo y espacio, así como su identidad como persona.	Interrogatorio adecuado sobre orientación en persona, espacio y tiempo, y observación de la conducta global del paciente.	Desorientación en tiempo, espacio o persona o global.	En pacientes con desorientación global o desorientación en persona sospeche comorbilidades psiquiátricas o neurológicas.
Atención	Identificar si el paciente puede enfocar, mantener y dirigir la atención autónomamente	El grado de atención se puede evaluar en la actitud del paciente, la mirada, la postura, la concordancia entre las preguntas y respuestas, la capacidad de mantener el “hilo” en la conversación.	Hiperprosexia Hipoprosexia Aprosexia Pseudoaprosexia	El hallazgo más frecuente en pacientes con intoxicación alcohólica es la hipoprosexia (atención disminuida).

Continúa

ASPECTO	OBJETIVO	EVALUACIÓN	ALTERACIONES	COMENTARIOS
Memoria	Identificar si se conserva o no la función cognitiva de retención, fijación, evocación y pérdida del recuerdo.	Se debe evaluar dentro del contexto, preguntar al paciente fallas en la memoria, olvidos, preguntar a los familiares, fallas en la memoria, si se ubica en la ciudad, en la casa. Se le pregunta al paciente que repita un nombre o un número, o que recuerde algo, por ejemplo, qué desayunó.	Hipomnesia. Amnesias (general, parcial). Paramnesias (errores en la localización del recuerdo, falsos recuerdos y reconocimientos, fabulación).	Los hallazgos posibles en pacientes con abuso o dependencia al alcohol son la amnesia lacunar (lagunas). Si encuentra confabulaciones (reemplazar vacíos en la memoria con información falsa) sospeche síndrome Korsakoff.
Lenguaje y comunicación	Identificar si el lenguaje cumple con su función comunicativa.	Se observa el discurso espontáneo durante la entrevista y las respuestas del paciente, se evalúa el tono de la voz, la fluidez, la facilidad para nombrar, la comprensión. Se le dice al paciente que nombre o reconozca objetos.	Disfasias, disartrias, disfemias o afasias, alteraciones en el curso, la comprensibilidad, o del lenguaje preverbal.	Los hallazgos más frecuentes son disartria y logorrea. Sospeche enfermedades psiquiátricas si encuentra otras alteraciones.
Pensamiento	Identificar si es lógico, si expresan ideas coherentes o contraindica el juicio de realidad.	Se debe evaluar desde el origen, contenido, curso, forma y comprensibilidad, durante toda la entrevista, corroborando la información con los familiares o acompañantes. Ver si altera el funcionamiento del paciente.	Origen (lógico o ilógico), contenido (ideas fijas, sobrevaloradas, obsesivas, fóbicas y delirantes), curso (bradipsiquia, taquipsiquia).	Son comunes las ideas sobrevaloradas. Sospeche comorbilidad en caso de contenidos extraños, celotipia o ideas paranoicas.

Continúa

ASPECTO	OBJETIVO	EVALUACIÓN	ALTERACIONES	COMENTARIOS
Sensopercepción	Identificar alteraciones en la autonomía de la función psicológica en cuanto a la percepción de los estímulos internos y del mundo externo.	Hay que interrogar cuidadosamente sobre las percepciones del paciente. Observe la conducta del paciente: si habla o ríe solo o sin motivo, o toma objetos que no existen.	Alucinaciones (percepción externa sin objeto y sin crítica). Pseudoalucinaciones (percepción interna sin objeto sin crítica), alucinosis (percepción externa sin objeto con crítica) e ilusiones (percepción externa con objeto y con crítica).	En cuadros de intoxicación aguda por alcohol o abstinencia alcohólica puede presentarse alucinosis. En caso de alucinaciones, sospechar comorbilidad.
Afecto	Identificar afectos de base, las reacciones emocionales habituales, el control de la voluntad sobre ellas y sobre su expresión.	Se debe observar el paciente y evaluar si el afecto es concordante con su realidad, observar qué tan calmado o tan ansioso está, qué tanto se puede expresar emocionalmente y evaluar su estado afectivo de base.	Expansivos (euforia, manía, hipomanía), depresivos, ansiosos, paroxísticos. Cualitativos (labilidad emocional, incontinencia, disociación ideoafectiva, anhedonia, ambivalencia, alexitimia o hiperexpresividad emocional)	En caso de no progresar adecuadamente con la resolución de la intoxicación, sospeche comorbilidad.

Continúa

ASPECTO	OBJETIVO	EVALUACIÓN	ALTERACIONES	COMENTARIOS
Juicio y raciocinio	Identificar la validez del juicio crítico de la realidad y el conjunto del funcionamiento adecuado de abstracción y simbolización.	Se debe explorar a partir de la confrontación con la realidad y observar las dificultades en la forma de calificar el juicio de la realidad. El raciocinio se debe evaluar por procesos lógico-formales.	Alteración del juicio de la realidad. Alteración del razonamiento lógico. Alteración en el proceso de toma de decisiones.	Si los síntomas no evolucionan con la resolución del cuadro, sospeche comorbilidad.
Introspección y prospección	Valorar la capacidad de reconocer como propias actividades conscientes e inconscientes, la elaboración razonable de los planes.	Se observa la capacidad y la facilidad de expresar lo que siente y piensa respecto a su situación. Se evalúa además la facilidad para hacer planes sobre realidad en el momento y en el futuro y la concordancia de los planes.	Introspección (adecuado, deficiente o nulo). Prospección (adecuada, en elaboración o inadecuada).	Si los síntomas no evolucionan con la resolución del cuadro, sospeche comorbilidad.
Conducta motora	Identificar alteraciones que dificultan la adaptación al ambiente.	Se debe observar en el contexto del paciente.	Agitación, inhibición, catatonía, catalepsia, oposición negativista y flexibilidad cérica temblores, tics, paracinesias (estereotipias, manierismos o ecopraxia).	Pacientes intoxicados presentan frecuentemente inquietud o agitación. Si encuentra otras alteraciones sospeche comorbilidad. En abstinencia puede presentarse temblor que debe ser evaluado durante la progresión del cuadro.

Anexo 9. Guía para la ubicación de información de soporte de las recomendaciones en el documento completo de la GPC

NÚMERO(S) DE RECOMENDACIÓN EN EL PRESENTE DOCUMENTO	UBICACIÓN EN EL DOCUMENTO COMPLETO DE LA GUÍA ASPECTOS Y PREGUNTAS CLÍNICAS CORRESPONDIENTES
1.1 - 1.2	Aspecto 1: Tamización, detección temprana y factores de riesgo en pacientes con abuso o dependencia del alcohol
1.	1. Identificación de los pacientes con abuso o dependencia del alcohol
	Preguntas clínicas 1 y 2
2.1 - 2.3	2. Factores de riesgo para desarrollar un síndrome de abstinencia
	Pregunta clínica 3
3.1 - 3.3	3. Factores de riesgo para desarrollar encefalopatía de Wernicke
	Pregunta clínica 4
4.1 - 4.3	4. Factores de riesgo para desarrollar <i>delirium tremens</i>
	Pregunta clínica 5
5.1 - 5.5	Aspecto 2: Prevención secundaria: evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol. Prevención de complicaciones
5.	5. Evaluación inicial del paciente con intoxicación aguda por alcohol
	Pregunta clínica 6
6.1 - 6.11	6. Manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol
	Pregunta clínica 7 y 8
6.12	Aspecto 3: Prevención terciaria: diagnóstico y manejo del síndrome de abstinencia alcohólica
	9. Imágenes diagnósticas en pacientes con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia alcohólica.
	Pregunta clínica 9
7.1	Aspecto 2: Prevención secundaria: evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol. Prevención de complicaciones
	7. Suplencia con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes con abuso o dependencia del alcohol
	Pregunta clínica 10

Continúa

NÚMERO(S) DE RECOMENDACIÓN EN EL PRESENTE DOCUMENTO	UBICACIÓN EN EL DOCUMENTO COMPLETO DE LA GUÍA ASPECTOS Y PREGUNTAS CLÍNICAS CORRESPONDIENTES	
8.1 – 8.4	Aspecto 3: Prevención terciaria: diagnóstico y manejo del síndrome de abstinencia alcohólica	
		8. Evaluación, clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica
		Pregunta clínica 11
8.5 – 8.7		8. Evaluación, clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica
		Preguntas clínicas 12, 13 y 14
8.8		8. Evaluación, clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica
		Pregunta clínica 15
8.9 – 8.13		8. Evaluación, clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica
		Pregunta clínica 16
8.14 – 8.15		8. Evaluación, clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica
		Pregunta clínica 17
8.16 – 8.17		9. Imágenes diagnósticas en pacientes con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia alcohólica.
		Pregunta clínica 9
9.1 - 9.4	Aspecto 4: Intervenciones para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas	
10.1 – 10.3		10. Terapias farmacológicas y no farmacológicas para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas
		Pregunta clínica 19