

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

ACTUALIZACIÓN
2012

Manejo del **SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA** en el Adulto, en el Primer Nivel de Atención

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-097-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto, en el primer nivel de atención.** México: Secretaría de Salud; 27/Junio/2013.

Actualización **parcial**.

Esta guía puede ser descargada de internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-10: F10.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol
 F10.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol: estado de abstinencia

GPC: Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto, en el primer nivel de atención

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2008

Coordinadores:			
Ricardo I. Nanni Alvarado	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones Posgrado en Administración de Servicios de Salud	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)	Médico Psiquiatra, Jefe de la Clínica de Trastornos Adictivos
Autores			
Ricardo I. Nanni Alvarado	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones Posgrado en Administración de Servicios de Salud	INPRFM	Médico Psiquiatra, Jefe de la Clínica de Trastornos Adictivos
Mario González Zavala	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones	INPRFM	Médico Psiquiatra
Elodia Guadalupe León Nandayapa	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones	INPRFM	Médica Psiquiatra
Natalia Morales Carrasco	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones	INPRFM	Médica Psiquiatra
Carlos Lima Rodríguez	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones	INPRFM	Médico Psiquiatra
Guillermo Ruiz Arias	Licenciado en Psicología Clínica	INPRFM	
Adriana de La Vega Pacheco	Médica Cirujana	INPRFM	Médica Residente en Psiquiatría
Héctor Javier González Jácome	Medicina Interna Administración y Políticas Públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)	Subdirección de Guías de Práctica Clínica
David Leonardo Hernández Santillán	Medicina Familiar	CENETEC	Asesor de Guías de Práctica Clínica (OMS)
Validación			
Rocío Romero Reséndez	Psicología	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Subjefe del Departamento de Normatividad de Hospitalización y Proyectos Clínicos
Gabriel Eugenia Rodríguez Rodríguez	Psicología	Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)	Subdirectora de Análisis y Proyectos
Revisión Institucional			
Dr. Manuel Flores Ibarra	Medicina Interna y Pediatría	Hospital General de México	Servicio de Medicina Interna
Dr. José Luis Pérez Hernández	Medicina Interna y Gastroenterología	Hospital General de México	Jefe de la Clínica de Hígado

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2012

Coordinadora				
Mtra. Ana Karina Suaste Herrera	Maestría en Psicología con Especialidad en Neuropsicología Especialidad en Psicoterapia Gestalt	Comisión Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica de la Dirección General de Programas en Adicciones	Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México PRESMA, S.C
Autores				
Mtra. Ana Karina Suaste Herrera	Maestría en Psicología con Especialidad en Neuropsicología Especialidad en Psicoterapia Gestalt	Comisión Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica de la Dirección General de Programas en Adicciones	Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México PRESMA, S.C
Mtra. Aldegunda González Aguilar	Maestría en Psicología Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones	Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México	Subdirectora de Diseño y Desarrollo de Modelos Preventivos	Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México PRESMA, S.C
Dr. Ricardo I. Nanni Alvarado	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones Posgrado en Administración de Servicios de Salud	INPRFM	Coordinador de la Clínica de Trastornos Adictivos	Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México PRESMA, S.C
Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Doctorado en Psicología de la Salud Maestría en Psicología General Experimental Especialidad en Psicología en Atención Primaria. Licenciada en Psicología	Comisión Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Integración y Seguimiento de los Programas Nacionales	
Dra. Ariana García Aguilar	Especialidad en Psiquiatría	INPRFM	Psiquiatra Adscrita a la Clínica de Trastornos Adictivos	Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México PRESMA, S.C
Dr. Jorge Luis Cortés	Especialidad en Psiquiatría. Diplomado de Alta Especialidad en Manejo de las Adicciones	INPRFM	Psiquiatra Adscrito a la Clínica de Trastornos Adictivos	Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México PRESMA, S.C
Dr. Juan Gámez López	Médico Cirujano Especialidad en Tratamiento de las Adicciones	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Especialista en Adicciones Adscrito al Departamento de Redes de Servicio del Primer Nivel de Atención	
Dra. María del Rosario Mondragón López	Doctorado en Sociología. Maestría en Terapia Familiar Diplomado en Adicciones	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos	Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México PRESMA, S.C
Dra. Marcela Ruelas Monjardín	Medicina General	Centros de Integración Juvenil, A.C	Subjefa del Departamento de Consulta Externa	Sociedad de Especialistas en Salud Mental y Adicciones de México PRESMA, S.C
Validación				
Dra. Eryka del Carmen Urdapilleta Herrera	Doctora en Psicología de la Salud, área de Adicciones Maestra en Psicología Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Investigadora, Departamento de Investigación en Tabaquismo, Clínica para Dejar de Fumar	
Lic. en Psic. González Aguilar Aldegunda	Psicóloga	Instituto para la Atención y prevención de las Adicciones en la Ciudad de México	Unidad Departamental de Gestión y Fortalecimiento	Jefe de Unidad

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER	7
3. ASPECTOS GENERALES	8
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.2 OBJETIVO	9
3.3 DEFINICIÓN.....	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	11
4.1 PREINTERVENCIÓN	12
4.1.1 <i>Hallazgos Clínicos</i>	12
4.1.2 <i>Valoración</i>	15
4.2 TRANSINTERVENCIÓN.....	16
4.2.1 <i>Complicaciones</i>	16
4.2.2 <i>Abordaje Terapéutico</i>	17
4.3 POSINTERVENCIÓN	22
4.3.1 <i>Pronóstico</i>	22
4.3.2 <i>Referencia a Segundo y Tercer Nivel de Atención</i>	23
4.3.3 <i>Prevención</i>	24
5. ANEXOS	25
5.1 EVALUACIÓN BIOMÉDICA INICIAL	25
5.2 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	26
5.3 ESCALAS DE GRADACIÓN	28
5.4 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA	32
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO	33
5.6 TABLA DE MEDICAMENTOS	34
6. GLOSARIO	36
7. BIBLIOGRAFÍA	39
8. AGRADECIMIENTOS	41
9. COMITÉ ACADÉMICO	42
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	43
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	44

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SS-097-08				
Profesionales de la salud	Medicina de urgencia. Enfermería. Gastroenterología. Medicina familiar. Medicina interna. Medicina preventiva. Psicología. Psiquiatría			
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F10.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol.F10.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol: estado de abstinencia			
Categoría de GPC	Primer nivel de atención. Consejería. Evaluación. Diagnóstico y tamizaje. Pronóstico. Tratamiento. Tratamiento farmacológico. Tratamiento no farmacológico. Prevención. Evaluación del riesgo. Educación sanitaria			
Usuarios potenciales	Departamentos de salud pública. Enfermeras generales. Enfermeras especializadas. Estudiantes Hospitalares. Investigadores. Médicos especialistas. Médicos generales. Médicos familiares. Organizaciones orientadas a enfermos. Paramédicos técnicos en urgencias. Planificadores de servicios de salud. Proveedores de servicios de salud. Proveedores de atención en farmacodependencia. Psicólogos o profesionistas de la conducta no médicos. Técnicos en enfermería. Trabajadores sociales			
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Nacional de Psiquiatría (Clínica de trastornos adictivos); Comisión Nacional contra las Adicciones; Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México; Centros de Integración Juvenil, A.C			
Población blanco	Adultos de 19 a 44 años. Mediana edad, de 45 a 64 años. Adultos de 65 a 79 años. Adultos mayores de 80 años. Hombres. Mujeres			
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal			
Intervenciones y actividades consideradas	<table border="1"> <tr> <td>CIE-9: 94.0 Evaluación y pruebas psicológicas 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológicas 94.09 Determinación de estado mental psicológico, no especificado de otra manera 94.11 Determinación de estado mental psiquiátrico 94.12 Consulta psiquiátrica rutinaria, no especificada de otra manera 94.13 Evaluación psiquiátrica para internamiento 94.19 Otra entrevista y evaluación psiquiátricas</td> <td>94.25 Otra terapia psiquiátrica con fármacos 94.33 Terapia de comportamiento Modificación de la conducta 94.35 Intervención en crisis 94.37 Psicoterapia verbal exploratoria 94.38 Psicoterapia verbal de apoyo 94.39 Otra psicoterapia individual 94.4 Otra psicoterapia y asesoramiento 94.45 Asesoramiento sobre toxicomanía 94.46 Asesoramiento sobre alcoholismo 94.5 Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica 94.51 Remitir al paciente hacia psicoterapia</td> <td>94.54 Remitir al paciente hacia la rehabilitación de toxicomanía 94.55 Remitir al paciente hacia rehabilitación de profesional 94.59 Remitir al paciente hacia otra rehabilitación psicológica 94.6 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol y drogas 94.61 Rehabilitación de alcohol 94.62 Desintoxicación de alcohol 94.63 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol 94.69 Rehabilitación y desintoxicación combinada de alcohol y drogas</td> </tr> </table>	CIE-9: 94.0 Evaluación y pruebas psicológicas 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológicas 94.09 Determinación de estado mental psicológico, no especificado de otra manera 94.11 Determinación de estado mental psiquiátrico 94.12 Consulta psiquiátrica rutinaria, no especificada de otra manera 94.13 Evaluación psiquiátrica para internamiento 94.19 Otra entrevista y evaluación psiquiátricas	94.25 Otra terapia psiquiátrica con fármacos 94.33 Terapia de comportamiento Modificación de la conducta 94.35 Intervención en crisis 94.37 Psicoterapia verbal exploratoria 94.38 Psicoterapia verbal de apoyo 94.39 Otra psicoterapia individual 94.4 Otra psicoterapia y asesoramiento 94.45 Asesoramiento sobre toxicomanía 94.46 Asesoramiento sobre alcoholismo 94.5 Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica 94.51 Remitir al paciente hacia psicoterapia	94.54 Remitir al paciente hacia la rehabilitación de toxicomanía 94.55 Remitir al paciente hacia rehabilitación de profesional 94.59 Remitir al paciente hacia otra rehabilitación psicológica 94.6 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol y drogas 94.61 Rehabilitación de alcohol 94.62 Desintoxicación de alcohol 94.63 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol 94.69 Rehabilitación y desintoxicación combinada de alcohol y drogas
CIE-9: 94.0 Evaluación y pruebas psicológicas 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológicas 94.09 Determinación de estado mental psicológico, no especificado de otra manera 94.11 Determinación de estado mental psiquiátrico 94.12 Consulta psiquiátrica rutinaria, no especificada de otra manera 94.13 Evaluación psiquiátrica para internamiento 94.19 Otra entrevista y evaluación psiquiátricas	94.25 Otra terapia psiquiátrica con fármacos 94.33 Terapia de comportamiento Modificación de la conducta 94.35 Intervención en crisis 94.37 Psicoterapia verbal exploratoria 94.38 Psicoterapia verbal de apoyo 94.39 Otra psicoterapia individual 94.4 Otra psicoterapia y asesoramiento 94.45 Asesoramiento sobre toxicomanía 94.46 Asesoramiento sobre alcoholismo 94.5 Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica 94.51 Remitir al paciente hacia psicoterapia	94.54 Remitir al paciente hacia la rehabilitación de toxicomanía 94.55 Remitir al paciente hacia rehabilitación de profesional 94.59 Remitir al paciente hacia otra rehabilitación psicológica 94.6 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol y drogas 94.61 Rehabilitación de alcohol 94.62 Desintoxicación de alcohol 94.63 Rehabilitación y desintoxicación de alcohol 94.69 Rehabilitación y desintoxicación combinada de alcohol y drogas		
Impacto esperado en salud	Disminución de la tasa de incidencia y prevalencia de alcoholismo. Disminución de la tasa de mortalidad por alcoholismo.			
Metodología de actualización ¹	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación o rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaran las fuentes con mayor puntaje obtenido, en la evaluación de su metodología, las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.			
Método de integración	Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 17, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía.			
Método de validación de la GPC actualizada:	Validación por pares clínicos Validación de la guía: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto para la Atención y prevención de las Adicciones en la Ciudad de México Validación del protocolo de búsqueda: Lic. Rafael Mendoza Banda, Universidad del Valle de México			
Conflictos de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés			
Registro y actualización	Registro: SS-097-08 Fecha de publicación de la actualización: 27/Junio/2013. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.			

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Qué es el síndrome de abstinencia alcohólica (SAA)?
2. ¿Cuáles son los criterios de clasificación clínica del SAA?
3. ¿Qué aspectos clínicos debo evaluar en un paciente con SAA?
4. ¿Cuáles son las complicaciones médicas más frecuentes que pueden suceder durante el SAA?
5. ¿Cuál es el tratamiento integral a seguir en el SAA?
6. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico a seguir en el SAA?
7. ¿Cuál es el abordaje no farmacológico a seguir en el SAA?
8. ¿Cuál es el pronóstico del paciente que cursa con SAA?
9. ¿Cuáles son los criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención en el SAA?
10. ¿Qué se sugiere una vez que el SAA ha sido estabilizado?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El abuso del alcohol y el alcoholismo han cobrado gran importancia en las últimas décadas debido a sus consecuencias sociales y sanitarias. A nivel mundial el consumo de alcohol (OMS, 2011):

- Provoca 2 millones 500 mil muertes cada año en todo el mundo
- Se relaciona con las causas de muerte de 320 mil jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, lo que representa 9% de las defunciones en ese grupo de edad
- Ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad
- Está relacionado con problemas de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el ausentismo laboral

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la proporción de personas adultas entre los 18 y 65 años que reportaron consumir alcohol en nuestro país se ha incrementado. Esta misma tendencia se observa en la población adolescente de entre 12 y 17 años de edad, con más bebedores, tanto hombres como mujeres. Cabe destacar que si bien el uso de alcohol es mayor entre los adultos que entre los adolescentes, en esta población, del año 2002 al 2011 se ha registrado un aumento significativo, ya que la prevalencia de consumo “alguna vez en la vida” pasó de 72% a 77.1%, y la prevalencia de consumo “en los últimos 12 meses” se incrementó de 51.3% a 55.7%, mientras que la prevalencia “en el último mes” se incrementó notablemente, de 22.2% a 35%.

Considerando el patrón de consumo, que es uno de los indicadores más sensibles sobre la magnitud del problema, se observó que de 2002 a 2011 el consumo diario disminuyó (1.4% a .8%), mientras que el índice de bebedores consuetudinarios fue similar (5.6% a 5.4%); sin embargo, la tendencia de dependencia del alcohol, que actualmente equivale a 6% de la población (4.9 millones de personas, aproximadamente) se incrementó en los hombres, de 8.3% a 10.8%, mientras que en las mujeres este indicador se incrementó significativamente, pues se triplicó al pasar de 0.6% a 1.8%.

No obstante la demanda de servicios para la atención del alcoholismo, éste ha sido tratado principalmente por instituciones de la sociedad civil y los grupos de ayuda mutua, así como por algunas instituciones del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios Estatales de Salud, lo que revela la necesidad de generar redes para la referencia y contrarreferencia de casos. Ante esta situación, la mayoría de las personas con síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) actualmente son atendidas con base en modelos no médicos (casas de recuperación, anexos, entre otros), poniendo en riesgo la salud del usuario dada la poca o nula capacitación del personal que labora en estos lugares sobre las complicaciones médicas asociadas al proceso de desintoxicación.

Esta guía está dirigida a los profesionales que operan el primer nivel de atención en nuestro país, para que de manera oportuna y eficaz atiendan a las personas que presenten este cuadro clínico; y que en cumplimiento con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 se brinde una atención de calidad. Asimismo, para que los centros de atención residencial con modalidad de ayuda mutua cuenten con una herramienta que les permita referir a las personas que presenten SAA, hacia centros especializados de atención cuando requieran tratamiento farmacológico para salvaguardar su salud.

3.2 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Manejo del síndrome de abstinencia en el adulto, en el primer nivel de atención** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer nivel de atención** las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Diagnosticar y tratar oportunamente el síndrome de abstinencia alcohólica en el primer nivel de atención
- Identificar a los pacientes que requieran ser canalizados a la atención del segundo y tercer nivel
- Dar sugerencias pos-intervención una vez estabilizado el SAA

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

El síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) se caracteriza por la presencia de hiperactividad vegetativa (temblor, sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, náusea, vómito), síntomas de ansiedad, irritabilidad, inquietud, insomnio y deseo imperioso o “necesidad” (*craving*) de ingerir alcohol, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de alcohol (DSM-IV-TR, CIE- 10). La mayoría de los pacientes presenta estos síntomas a las 6 u 8 horas después de una abrupta reducción en la ingesta de alcohol, con un pico entre las 10 y 30 horas, hasta desaparecer 50 horas después (National Clinical Guidelines Centre, 2010).

Cuando la abstinencia es grave, el paciente puede presentar crisis convulsivas generalizadas y alteraciones perceptivas (alucinaciones) en el contexto de un estado confusional (*delirium*), que cursa con agitación psicomotora y que si no es correctamente tratado puede conducir incluso a la muerte, sobre todo cuando el paciente presenta otros trastornos orgánicos concomitantes, como traumatismo craneoencefálico, hemorragia cerebral, neumonía, graves alteraciones hidroelectrolíticas, entre otros (American Psychiatric Association, 2004).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron las escalas referidas en el anexo 5.3.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA
PRÁCTICA



4.1 PREINTERVENCIÓN

4.1.1 HALLAZGOS CLÍNICOS

4.1.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los signos y síntomas comienzan pocas horas o días después de interrumpir o disminuir la ingesta alcohólica, con la aparición de: sudoración, taquicardia, hipertensión, temblor de manos, insomnio, alucinaciones transitorias (táctiles, auditivas o visuales), náusea o vómito, agitación psicomotriz, ansiedad o crisis convulsivas.	Ib NICE <i>Sociedade Galega de Medicina Interna, 2011</i>
	Las modificaciones que se producen en la regulación de los neurotransmisores producto del consumo crónico de alcohol explican muchos de los síntomas de hiperexcitabilidad que sufre la persona con SAA.	Ib NICE <i>Sociedade Galega de Medicina Interna, 2011</i>
	Según la temporalidad, se distinguen dos cuadros clínicos diferenciados: tempranos o tardíos. El síndrome de abstinencia precoz hace referencia a las manifestaciones clínicas que aparecen en las primeras 24 a 48 horas de abstinencia. Este cuadro clínico puede evolucionar en un pequeño porcentaje de pacientes a formas más graves caracterizadas por la presencia de alteración de la conciencia y <i>delirium</i> , habitualmente acompañado de un mayor grado de hiperactividad autonómica, en lo que se reconoce como síndrome tardío, o mayor, de abstinencia.	IV (PP) NICE <i>Sociedade Galega de Medicina Interna, 2011</i>

4.1 PREINTERVENCIÓN

4.1.1 HALLAZGOS CLÍNICOS

4.1.1.2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La <i>Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol</i> revisada (CIWA-Ar) permite evaluar la gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica, pero conviene repetir su aplicación cada hora, tras la retirada del alcohol, ya que la abstinencia puede agravarse progresivamente.</p> <p>La puntuación total es la suma simple de cada ítem; la puntuación máxima es de 67 puntos.</p> <p>CIWA <10: SAA leve CIWA 10 a 20: SAA moderado CIWA >20: SAA grave</p>	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;"><i>Serecigni JG, 2007</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • SAA leve: generalmente consiste en ansiedad, irritabilidad, dificultad para dormir y disminución del apetito • SAA moderado: se define con menor claridad, pero presenta algunas características del síndrome de abstinencia moderado y severo • SAA severo: usualmente se caracteriza por temblor obvio de manos y brazos, sudoración, elevación del pulso (>100/min) y de la presión arterial (>140/90 mm Hg), náusea (algunas veces vómito) e hipersensibilidad al ruido (que aparenta ser más fuerte que el usual) y a la luz (aparenta ser más intensa que lo usual) 	<p style="text-align: center;">2++</p> <p style="text-align: center;">NICE <i>Center for Substance Abuse Treatment, 2006</i></p>

4.1 PREINTERVENCIÓN

4.1.2 VALORACIÓN

4.1.2.1 DIAGNÓSTICO OPORTUNO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La escala de abstinencia alcohólica (CIWA-Ar) se debe usar para evaluar la gravedad del síndrome, determinar el tratamiento y facilitar la comunicación objetiva entre el personal, pero no debe utilizarse como herramienta diagnóstica.	Ia Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>
E	La escala de abstinencia alcohólica no debe ser utilizada para guiar el tratamiento en pacientes que presenten simultáneamente un síndrome de abstinencia de otra sustancia o comorbilidad médica o psiquiátrica significativa, a menos que un especialista en adicciones oriente acerca de las necesidades en el manejo y monitoreo del paciente.	Ib Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>
R	La entrevista clínica semiestructurada debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y en todos los ámbitos clínicos, siempre que se disponga de al menos 15 minutos para realizarla.	C <i>Serecigni JG, 2007</i>
R	Se debe plantear la posibilidad de que una persona tenga problemas en el consumo de alcohol cuando presenta: <ul style="list-style-type: none"> • Una condición o diagnóstico previo de enfermedad relacionada (pancreatitis) • Datos de enfermedad hepática crónica (eritema, capilaridad excesiva en cara) • Niveles altos de gamma-glutamato • Ansiedad, agitación o confusión 	D NICE <i>NSW Department of Health, 2008</i>

4.1 PREINTERVENCIÓN

4.1.2 VALORACIÓN

4.1.2.2 EVALUACIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Las mediciones directas de alcohol en sangre o aliento son marcadores útiles para determinar el uso reciente o nivel de intoxicación en el individuo.	II <i>Shekelle</i> <i>The University of Sydney, 2009</i>
E	La evaluación del paciente debe incluir: la entrevista al paciente, aplicación de cuestionarios estructurados, examen físico e historial clínico.	IV <i>Shekelle</i> <i>The University of Sydney, 2009</i>
R	La realización del tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica en un contexto ambulatorio u hospitalario dependerá de factores médicos del paciente y de su accesibilidad a recursos sociales o familiares.	A <i>Serecigni JG, 2007</i>
R	La medicación puede no ser necesaria si: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente reporta un consumo menor a 15 unidades/día en hombres y 10 unidades/día en mujeres, y no reporta síntomas de abstinencia reciente, ni consumo reciente para prevenir los síntomas de abstinencia • El paciente no tiene aliento alcohólico y no presenta signos o síntomas de abstinencia 	4 <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003</i>

4.2 TRANSINTERVENCIÓN

4.2.1 COMPLICACIONES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El riesgo de que un síndrome de abstinencia evolucione a severo depende de varios factores, como: patrón de consumo actual, períodos de abstinencia anteriores, uso de sustancias concomitantes y condiciones médicas y psiquiátricas.	B Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>
	Hay datos procedentes de estudios de cohorte bien realizados que muestran que la existencia de enfermedad aguda médica concomitante y alteración hepática se asocian a mayor riesgo de desarrollar <i>delirium</i> y complicaciones durante el ingreso, así como a mayor severidad y duración de los síntomas de abstinencia.	A3 Hadorn <i>Sociedade Galega de Medicina Interna, 2011</i>
	La evolución desfavorable del SAA es el <i>delirium tremens</i> ; se produce en menos de 5% de los pacientes. Este síndrome, en general, comienza 48 a 72 horas después de la cesación del consumo de alcohol.	B NICE <i>National Clinical Guidelines Centre, 2010</i>

4.2 TRANSINTERVENCIÓN

4.2.2 ABORDAJE TERAPÉUTICO

4.2.2.1 MANEJO NO FARMACOLÓGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Individuos jóvenes, con buena salud, sin historial de abstinencia previa, pueden ser bien manejados sin medicación.	C NICE <i>Center for Substance Abuse Treatment, 2006</i>
	Los pacientes y cuidadores deben recibir información acerca de la naturaleza y el probable curso del SAA, así como de las estrategias para hacer frente a los síntomas más comunes, como la necesidad de consumir.	C Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>
	Se debe proporcionar apoyo psicológico para mantener la motivación; así como proporcionar estrategias para hacer frente a los síntomas y reducir las situaciones de alto riesgo.	D Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>
	El tratamiento debe darse en un ambiente tranquilo, no estimulante, no amenazante y donde el alcohol y otras drogas no estén disponibles.	S Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>

4.2 TRANSINTERVENCIÓN

4.2.2 ABORDAJE TERAPÉUTICO

4.2.2.2 MANEJO FARMACOLÓGICO

	Evidencia	Nivel
E	<p>En bebedores crónicos y con una ingesta dietética deficiente se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiamina (vitamina B1) 300 mg por 3 a 5 días, vía intravenosa o intramuscular • Posteriormente, mantener 300 mg de tiamina vía oral, por varias semanas 	<p>Ib Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
E	<p>En pacientes sanos con una ingesta dietética adecuada se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiamina 300 mg por 3 a 5 días • Posteriormente, mantener 100 mg de tiamina vía oral por 4 a 9 días (total 1 o 2 semanas) 	<p>IV Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
E	<p>Se debe proporcionar tiamina a todos los pacientes con síndrome de abstinencia, para prevenir la encefalopatía de Wernicke.</p>	<p>IV Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
R	<p>Se debe asegurar rehidratación adecuada, y en quienes no toleren la vía oral será necesaria hidratación intravenosa.</p>	<p>S Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
R	<p>Metoclopramida 10 mg cada 4 a 6 horas, para el control de náusea o vómito.</p> <p>Reducir la dosis cada 8 horas, hasta que los síntomas desaparezcan.</p>	<p>D NICE <i>NSW Department of Health, 2008</i></p>

4.2 TRANSINTERVENCIÓN

4.2.2 ABORDAJE TERAPÉUTICO

4.2.2.1 MANEJO FARMACOLÓGICO BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA

Los medicamentos que a continuación se describen deben ser administrados sólo bajo vigilancia, en pacientes que así lo requieran y no se puedan referir a segundo nivel por situaciones sociodemográficas, como las zonas rurales.

	Evidencia	Nivel
E	En el tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia alcohólica se utilizan fármacos hipnosedativos: benzodiazepinas, anticomiciales, simpaticolíticos y antidopaminérgicos. Además, vitaminoterapia (especialmente tiamina) para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff.	¹ <i>Serecigni JG, 2007</i>
E	Los barbitúricos, los bloqueadores beta-adrenérgicos, los antipsicóticos, la clonidina y el clordiazepóxido, no se encuentran dentro de la rutina de tratamiento.	1a Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>
E	Las benzodiazepinas son los medicamentos recomendados en el manejo del SAA; el diacepam es el medicamento de primera opción.	1a Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>
E	Las benzodiazepinas no deben prescribirse más de 7 días para el manejo del SAA, debido al fenómeno de rebote y la dependencia.	1a Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>
E	No se ha demostrado ningún beneficio al añadir anticonvulsivos al tratamiento de benzodiazepinas para tratar la abstinencia de alcohol.	1a Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>

	<p>Los medicamentos antipsicóticos sólo deben utilizarse como complemento a la terapia de benzodiacepina para tratar las alucinaciones o delirio. No se deben utilizar como medicamentos por sí solos durante el síndrome de abstinencia.</p>	<p>Ia Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
	<p>Diacepam</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 mg cada 2 horas hasta llegar a la dosis máxima de 60 a 80 mg, o hasta obtener una sedación leve • Se recomienda en pacientes con antecedente de convulsiones y delirios secundarios a la abstinencia 	<p>Ib Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
	<p>Los agentes antihipertensivos sólo se deben utilizar para controlar la hipertensión extrema que no ha respondido favorablemente al tratamiento con diacepam.</p>	<p>IV Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
	<p>Carbamazepina</p> <ul style="list-style-type: none"> • 600 a 800 mg al día por 7 a 12 días, para evitar posibilidad de crisis convulsivas, con posterior descenso gradual 	<p>A2 Hadorn <i>Sociedade Galega de Medicina Interna, 2011</i></p>
	<p>Loracepam</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 mg cada 2 horas hasta obtener respuesta 	<p>1+ NICE <i>Sociedade Galega de Medicina Interna, 2011</i></p>
	<p>Alprazolam</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 mg cada 6 horas, según respuesta • Dosis adicionales de 2 mg cada 6 horas, si es preciso • Previa valoración clínica del paciente antes de cada dosis • Descenso de dosis de 25% diario 	<p>A3 Hadorn <i>Sociedade Galega de Medicina Interna, 2011</i></p>

	<p>Los pacientes que están en abstinencia y que demuestran síntomas moderados requieren medicación inmediata.</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>NICE <i>Center for Substance Abuse Treatment, 2006</i></p>
	<p>Las benzodiazepinas de acción corta (lorazepam, alprazolam), pueden ser indicadas cuando el médico esté preocupado por la acumulación y la sedación, especialmente en pacientes ancianos, con enfermedad hepática grave, insuficiencia respiratoria, pacientes obesos o con diagnósticos no específicos.</p>	<p style="text-align: center;">D</p> <p>Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
	<p>Benzodiazepinas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elija la mejor opción para el caso clínico a atender • Valore si es necesario agregar un anticonvulsivo 	<p style="text-align: center;">Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Multivitamínico para infusión (M.V.I) 5 ml contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ácido ascórbico • Ácido fólico • Biotina • Cianocobalamina • Dexpantenol • Riboflavina • Nicotinamida • Clorhidrato de piridoxina • Clorhidrato de tiamina • Retinol • Colecalciferol • Fitomenadiona <p>Este esquema se administra durante 12 horas continuas en solución fisiológica de 1 000 cc.</p>	<p style="text-align: center;">Punto de Buena Práctica</p>

	<p>Soluciones intravenosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La reposición hídrica debe ser mayor que lo habitual, ya que el paciente se encuentra deshidratado y con déficit de vitaminas, minerales y electrolitos; suele requerir 2 a 4 litros de suero al día • Inicialmente, emplear solución fisiológica al 0.9% 1 000 cc, agregándole 10 a 20 mg de diacepam + multivitámico • Se administra cada 12 horas y se intercala con 1000 cc de solución con dextrosa 5% • En general, el paciente que presenta síndrome de abstinencia menor no presenta estado de deshidratación, por lo que el tratamiento por vía oral es el más recomendado 	<p>Punto de Buena Práctica</p>
---	--	---------------------------------------

4.3 POSINTERVENCIÓN

4.3.1 PRONÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La conclusión favorable del SAA no previene el consumo recurrente de alcohol. Por lo tanto, son necesarias intervenciones adicionales para lograr la reducción del consumo de alcohol a largo plazo.</p>	<p>Ia Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i></p>
	<p>El curso del SAA es impredecible, y las técnicas actuales disponibles de tamizaje y evaluación no permiten predecir si habrá, o no, complicaciones que pongan en riesgo la vida.</p>	<p>C NICE <i>Center for Substance Abuse Treatment, 2006</i></p>
	<p>Los factores asociados a un pronóstico desfavorable incluyen: inestabilidad social (no tener trabajo, familia o vivienda), antecedentes familiares de dependencia al alcohol, comorbilidad psiquiátrica, historia de deserción en tratamientos anteriores e intentos fallidos para abandonar o detener el consumo de alcohol.</p>	<p>D NICE <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2011</i></p>

4.3 POSINTERVENCIÓN

4.3.2 REFERENCIA A SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>En los pacientes con síntomas leves o moderados de SAA, siempre que no presenten una grave comorbilidad médica, psiquiátrica o adictiva, el tratamiento de desintoxicación ambulatorio es igual de efectivo y seguro que el tratamiento hospitalario, con menor costo y mayor accesibilidad.</p>	<p>1 <i>Serecigni JG, 2007</i></p>
	<p>El ingreso hospitalario de una persona con síndrome de abstinencia alcohólica depende de la gravedad del cuadro, el cual puede ser evaluado por el personal clínico con experiencia, con ayuda del CIWA-Ar.</p>	<p>1+ NICE <i>National Clinical Guidelines Centre, 2010</i></p>
	<p>Se debe considerar para el internamiento de un paciente con SAA, la eficacia de la asistencia médica durante el proceso de desintoxicación y los riesgos que conlleva éste, debido a que los síntomas de abstinencia se incrementan después de episodios repetidos de no consumo.</p>	<p>1+ NICE <i>National Clinical Guidelines Centre, 2010</i></p>
	<p>En pacientes con síntomas graves de abstinencia como convulsiones, delirium tremens y comorbilidad con problemas médicos, quirúrgicos o psiquiátricos (ideas de suicidio o abuso de polisustancias), embarazo, o si el paciente no es capaz de tomar la medicación por vía oral, es necesaria la hospitalización.</p>	<p>1+ NICE <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2011</i></p>
	<p>La persistencia del síndrome debido al fracaso en la asistencia ambulatoria sugiere la necesidad de derivación del paciente a un nivel de hospitalización.</p>	<p>1+ NICE <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2011</i></p>

4.3 POSINTERVENCIÓN

4.3.3 PREVENCIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las intervenciones para la prevención de recaídas, deben incluir acciones dirigidas principalmente al patrón de consumo de alcohol, mediante estrategias psicológicas, farmacológicas y sociales.	B NICE <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2011</i>
	La participación a largo plazo en Alcohólicos Anónimos puede ser una estrategia efectiva para mantener la abstinencia al alcohol, para algunos pacientes.	B Shekelle <i>Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems, 2009</i>
	Los estudios que analizan la eficiencia de los tratamientos contra consumo de alcohol reportan que 70% a 80% de los pacientes recaen al año siguiente de terminarlo; los 3 primeros meses presentan una tasa de recaída mayor.	C NICE <i>National Collaborating Centre for Mental Health, 2011</i>
	Los médicos deben orientar sobre tratamientos para la dependencia del alcohol durante el tratamiento de abstinencia.	D Shekelle <i>The University of Sydney, 2009</i>

5. ANEXOS

5.1 EVALUACIÓN BIOMÉDICA INICIAL

Historial de salud general

¿Cuál es el historial médico y quirúrgico del paciente? ¿Existe alguna condición médica o psiquiátrica? ¿Hay alguna alergia conocida a medicamentos? ¿Hay historial de crisis convulsivas?

Estado mental

¿Está el paciente orientado, alerta, cooperador? ¿Hay pensamientos incoherentes? ¿Hay signos de psicosis o pensamientos destructivos?

Evaluación física general y examen neurológico

Esto precisará la condición general del paciente e identificará alguna alteración médica o psiquiátrica de interés inmediato.

Temperatura, pulso, presión arterial

Son indicadores importantes y deberían ser monitorizados a lo largo del proceso.

Patrones de uso de sustancias

¿Cuándo las usó por última vez el paciente? ¿Cuáles son las sustancias que usa? ¿Hace cuánto que usa estas sustancias y con qué frecuencia?

Evaluación toxicológica urinaria para las sustancias con potencial de abuso más comunes

Tratamientos anteriores de desintoxicación

Se debería incluir el curso y número de episodios previos de síndrome de abstinencia, así como cualquier complicación que pudiera haber ocurrido.

5.2 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática **“Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto, en el primer nivel de atención”**. La búsqueda se realizó en las bases de datos que incluyen; PubMed, NGC, SIGN, NICE, NHS, TRIPDATABASE, AUS & NZ (KARINA), ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION GUIDELINES, SOCIEDAD GALEGA DE MEDICINA INTERNA, CENTRO PARA EL DESARROLLO ACADEMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés y español
- Publicados durante los últimos 10 años

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda consistió de una etapa que se enfocó en la recuperación de Guías de Práctica Clínica:

Primera etapa

Se identificaron los términos en MeSH sobre el tema temática **“Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto, en el primer nivel de atención”**, teniendo como resultado los descriptores: manage, Alcohol Withdrawal Delirium, adult. Se realizó la búsqueda en todas las Bases de Datos mencionadas anteriormente combinando algunos de los descriptores y límites como se describe a continuación:

Nota: Entre paréntesis se señala el número de resultados útiles.

Búsquedas	Base de Datos	Límites	Resultados
Alcohol Withdrawal Delirium	Pubmed	Humans, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish, All adult: 19+ years, Publication Date from 2008 to 2011	(1) 1
Alcohol Withdrawal Delirium	NGC	Adult (19 to 44 years), Aged (65 to 79 years), 80 and over, Guideline. Publication years: 2008 to 2011	12
Alcohol Withdrawal Delirium	SIGN		2
Alcohol Withdrawal Delirium	NICE	Clinical Guidelines	(1)3

Búsquedas	Base de Datos	Límites	Resultados
Alcohol Withdrawal Delirium	NHS	Clinical Guidelines	(1)8
Alcohol Withdrawal Delirium	TRIPDATABASE	From 2008 to 2011	(1)22
Alcohol Withdrawal Delirium	AUS & NZ (KARINA)		(1) 5
Alcohol Withdrawal Delirium	ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION GUIDELINES		2
Alcohol Withdrawal Delirium	SOCIEDAD GALEGA DE MEDICINA INTERNA		(1) 1
Alcohol Withdrawal Delirium	CENTRO PARA EL DESARROLLO ACADÉMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS		(1) 1

Se obtuvieron un total de 56 resultados, obtenidos del período de los últimos 10 años, de los cuales se decidió presentar 7 como finales.

Algoritmo de búsqueda

El algoritmo de búsqueda representa la estrategia de búsqueda que se aplicó para éste protocolo, aquí se evidencia el proceso lo que permite la reproducción del mismo para su posterior validación.

No. de búsqueda	Descriptor	Resultados
1	manage	35,146
2	Alcohol Withdrawal Delirium	1,698
3	adult	5,303,814
4	#1 AND #2 AND #3 Filters: published in the last 10 years; Humans; Meta-Analysis; Guideline; Practice Guideline; English	0
5	#2 Filters: published in the last 10 years; Humans; Meta-Analysis; Guideline; Practice Guideline; English; Adult: 19+ years	1

El algoritmo demuestra la exhaustividad de la búsqueda, así como el proceso completo que incluye todas las estrategias de búsqueda. Los resultados nuevos obtenidos a partir de éste Algoritmo y utilizados para la actualización de la Guía de Práctica Clínica fueron 7.

5.3 ESCALAS DE GRADACIÓN

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE)

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN

1++	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON MUY BAJO RIESGO DE SESGOS
1+	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON BAJO RIESGO DE SESGOS
1-	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON ALTO RIESGO DE SESGOS
2++	REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ALTA CALIDAD DE ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES, O ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES DE ALTA CALIDAD, CON MUY BAJO RIESGO DE CONFUSIÓN, SESGOS O AZAR Y UNA ALTA PROBABILIDAD DE QUE LA RELACIÓN SEA CAUSAL
2+	ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES BIEN REALIZADOS, CON BAJO RIESGO DE CONFUSIÓN, SESGOS O AZAR Y UNA MODERADA PROBABILIDAD DE QUE LA RELACIÓN SEA CAUSAL
2-	ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES CON ALTO RIESGO DE SESGO
3	ESTUDIOS NO ANALÍTICOS, COMO INFORME DE CASOS Y SERIES DE CASOS
4	OPINIÓN DE EXPERTOS

GRADOS DE RECOMENDACIONES PARA ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN

A	<ul style="list-style-type: none"> - AL MENOS UN METAANÁLISIS, O UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CATEGORIZADOS COMO 1++, QUE SEA DIRECTAMENTE APLICABLE A LA POBLACIÓN DIANA, O - UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA O UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, O UN VOLUMEN DE EVIDENCIA CON ESTUDIOS CATEGORIZADOS COMO 1+, QUE SEA DIRECTAMENTE APLICABLE A LA POBLACIÓN DIANA Y DEMUESTRE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS, O - EVIDENCIA A PARTIR DE LA APRECIACIÓN DEL NICE
B	<ul style="list-style-type: none"> - UN VOLUMEN DE EVIDENCIA QUE INCLUYA ESTUDIOS CALIFICADOS DE 2++, QUE SEAN DIRECTAMENTE APLICABLES A LA POBLACIÓN OBJETO Y QUE DEMUESTREN GLOBALMENTE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS, O - EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 1++ O 1+
C	<ul style="list-style-type: none"> - UN VOLUMEN DE EVIDENCIA QUE INCLUYA ESTUDIOS CALIFICADOS DE 2+, QUE SEAN DIRECTAMENTE APLICABLES A LA POBLACIÓN OBJETO Y QUE DEMUESTREN GLOBALMENTE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS, O - EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 2++
D	<ul style="list-style-type: none"> - EVIDENCIA NIVEL 3 O 4, O - EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 2+ O - CONSENSO FORMAL

D (PBP)	UN PUNTO DE BUENA PRÁCTICA (PBP) ES UNA RECOMENDACIÓN PARA LA MEJOR PRÁCTICA, BASADO EN LA EXPERIENCIA DEL GRUPO QUE ELABORA LA GUÍA
IP	RECOMENDACIÓN A PARTIR DEL MANUAL PARA PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN DEL NICE

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

IA	REVISIÓN SISTEMÁTICA (CON HOMOGENEIDAD)* DE ESTUDIOS DE NIVEL 1†
IB	ESTUDIOS DE NIVEL 1†
II	ESTUDIOS DE NIVEL 2‡, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ESTUDIOS DE NIVEL 2
III	ESTUDIOS DE NIVEL 3§, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ESTUDIOS DE NIVEL 3
IV	CONSENSO, INFORMES DE COMITÉS DE EXPERTOS U OPINIONES Y EXPERIENCIA CLÍNICA SIN VALORACIÓN CRÍTICA EXPLÍCITA; O CON BASE EN LA PSICOLOGÍA, DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN O 'PRINCIPIOS BÁSICOS'

* HOMOGENEIDAD: SIGNIFICA QUE NO HAY VARIACIONES O SON PEQUEÑAS, EN LA DIRECCIÓN Y GRADO DE LOS RESULTADOS ENTRE LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES QUE INCLUYE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

† ESTUDIOS DE NIVEL 1: AQUELLOS QUE UTILIZAN UNA COMPARACIÓN CIEGA DE LA PRUEBA CON UN ESTÁNDAR DE REFERENCIA VALIDADO (GOLD STANDARD) Y EN UNA MUESTRA DE PACIENTES QUE REFLEJA A LA POBLACIÓN A LA QUE SE APLICARÍA LA PRUEBA

‡ ESTUDIOS NIVEL 2: AQUELLOS QUE PRESENTAN UNA SOLA DE ESTAS CARACTERÍSTICAS

1) POBLACIÓN REDUCIDA (LA MUESTRA NO REFLEJA LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A LA QUE SE LE VA A APLICAR LA PRUEBA)

2) UTILIZAN UN ESTÁNDAR DE REFERENCIA POBRE (DEFINIDO COMO AQUEL DONDE LA 'PRUEBA' ES INCLUIDA EN LA 'REFERENCIA', O AQUEL EN QUE LAS 'PRUEBAS' AFECTAN A LA 'REFERENCIA')

3) LA COMPARACIÓN ENTRE LA PRUEBA Y LA REFERENCIA NO ESTÁ CEGADA

4) ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

§ ESTUDIOS DE NIVEL 3: SON AQUELLOS QUE PRESENTAN AL MENOS DOS O TRES DE LAS CARACTERÍSTICAS SEÑALADAS ANTERIORMENTE

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

A	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA IA O IB
B	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA II
C	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA III
D	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA IV

**ALCOHOLISMO: GUÍAS CLÍNICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOCIDROGALCOHOL
NIVELES DE EVIDENCIA**

1	ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS, ALEATORIZADOS Y BIEN DISEÑADOS, O BIEN, METAANÁLISIS
2	ENSAYOS CLÍNICOS QUE TIENEN PEQUEÑAS LIMITACIONES METODOLÓGICAS
3	ESTUDIOS DESCRIPTIVOS, COMPARATIVOS Y DE CASOS Y CONTROLES
4	CONSENSO DE COMITÉS DE EXPERTOS, INFORMES TÉCNICOS DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y SERIES DE CASOS

GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE ACUERDO A LOS NIVELES DE EVIDENCIA

A	1
B	2 y 3
C	4

SHEKELLE

EVIDENCIAS PARA RELACIONES CAUSALES Y TRATAMIENTO	
IA	EVIDENCIA DE METAANÁLISIS Y ENSAYOS ALEATORIZADOS
IB	EVIDENCIA DE AL MENOS UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO
IIA	EVIDENCIAS DE AL MENOS UN ESTUDIO CONTROLADO SIN ALEATORIZACIÓN
IIB	EVIDENCIA DE AL MENOS OTRO TIPO DE ESTUDIO, COMO EL CUASIEXPERIMENTAL
III	EVIDENCIA DE ESTUDIOS NO EXPERIMENTALES DESCRIPTIVOS, TALES COMO ESTUDIOS COMPARATIVOS, ESTUDIOS DE CORRELACIÓN Y ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES
IV	EVIDENCIA DE LOS INFORMES DE COMITÉS DE EXPERTOS U OPINIONES Y EXPERIENCIAS CLÍNICAS DE AUTORIDADES RESPETADAS
EVIDENCIAS PARA LAS RELACIONES DE OBSERVACIÓN	
I	EVIDENCIA DE GRANDES MUESTRAS DE POBLACIÓN REPRESENTATIVAS
II	EVIDENCIA DE MUESTRAS PEQUEÑAS Y BIEN DISEÑADAS, PERO NO NECESARIAMENTE REPRESENTATIVAS
III	EVIDENCIA NO REPRESENTATIVA, COMO ENCUESTAS E INFORMES DE CASOS
IV	EVIDENCIA DE LOS INFORMES DE COMITÉS DE EXPERTOS U OPINIONES Y EXPERIENCIAS CLÍNICAS DE AUTORIDADES RESPETADAS
GRADO DE RECOMENDACIÓN	
A	RECOMENDACIÓN BASADA EN EVIDENCIAS DE LA CATEGORÍA I
B	RECOMENDACIÓN BASADA EN LAS EVIDENCIAS DE LA CATEGORÍA II O EXTRAPOLADA DE LA CATEGORÍA I
C	RECOMENDACIÓN BASADA EN LAS EVIDENCIAS DE LA CATEGORÍA III O EXTRAPOLADA DE LA CATEGORÍA I o II
D	RECOMENDACIÓN BASADA EN LAS EVIDENCIAS DE LA CATEGORÍA IV O RECOMENDACIÓN EXTRAPOLADA DE CATEGORÍA I, II o III
S	OPINIÓN DE EXPERTOS SIN VALORACIÓN CRÍTICA EXPLÍCITA

ESCALA DE HADORN
EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ARTÍCULOS PUBLICADOS

1	ENSAYOS CONTROLADOS, ALEATORIZADOS, MULTICÉNTRICOS, BIEN REALIZADOS, QUE INCLUYAN MÁS DE 100 PACIENTES
2	ENSAYOS ALEATORIZADOS, CONTROLADOS, BIEN REALIZADOS, CON MENOS DE 100 PACIENTES
3	ESTUDIOS DE COHORTE BIEN REALIZADOS
4	ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES BIEN REALIZADOS
5	ESTUDIOS POBREMENTE CONTROLADOS O NO CONTROLADOS
6	EVIDENCIA CONFLICTIVA EN FAVOR DE LA RECOMENDACIÓN
7	OPINIÓN DE EXPERTOS

* LOS NIVELES 1, 2 Y 3 SE REFIEREN A UNA BUENA CALIDAD DE EVIDENCIA (A); LOS NIVELES 4, 5 Y 6 A CALIDAD DE LA EVIDENCIA CON SESGOS POTENCIALES (B); Y EL NIVEL 7 ES LA EVIDENCIA MÁS SUJETA A SESGOS (C). EN EL TEXTO SE REFERENCIA COMO LETRA SEGUIDO DE NÚMERO; POR EJEMPLO: A3, B5, C

5.4 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Escala CIWA: *Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol*, revisada (CIWA-Ar. Sullivan y cols, 1989)

Náusea y vómito. Preguntar: "¿se siente mal del estómago? ¿Ha vomitado?"

- 0 No náusea ni vómito
- 1 Náusea ligera sin vómito
- 4 Náusea intermitente con arcadas

Temblores. Observación

- 0 No temblor
- 1 Temblor no visible pero puede sentirse al tacto
- 4 Temblor moderado con las manos extendidas
- 7 Temblor severo incluso con las manos en reposo

Sudoración paroxística. Observación

- 0 No sudor
- 1 Sudoración leve en palmas de las manos
- 4 Sudoración visible en la frente
- 7 Sudoración profusa generalizada

Agitación. Observación

- 0 Actividad normal
- 1 Actividad un poco mayor de lo normal
- 4 Moderadamente inquieto

Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza

No considerar la sensación de mareo

- 0 No hay
- 1 Muy leve
- 2 Moderada
- 3 Moderadamente grave
- 4 Grave
- 5 Muy grave
- 6 Extremadamente grave

Ansiedad. Preguntar: "¿Se siente nervioso?"

Observación

- 0 Tranquilo
- 1 Ligeramente ansioso
- 4 Moderadamente ansioso, reservado
- 7 Se mueve sin cesar

Trastornos visuales. Preguntar: "¿Está viendo algo que le inquieta?" Observación

- 0 No hay
- 1 Sensibilidad leve
- 3 Sensibilidad moderada
- 5 Alucinaciones graves
- 7 Alucinaciones continuas

Trastornos táctiles. Preguntar: "¿siente algo extraño en su piel?" Observación

- 0 No
- 1 Prurito, pinchazos, ardor o adormecimiento leves
- 2 Leves
- 3 Moderados
- 5 Alucinaciones táctiles graves
- 7 Alucinaciones continuas

Trastornos auditivos. Preguntar: "¿Está escuchando algo que lo alarma?" Observación

- 0 No
- 1 Intensidad o capacidad para asustarse muy leve
- 3 Intensidad o capacidad para asustarse moderada
- 5 Alucinaciones auditivas graves
- 7 Alucinaciones continuas

Orientación y entorpecimiento del sensorio

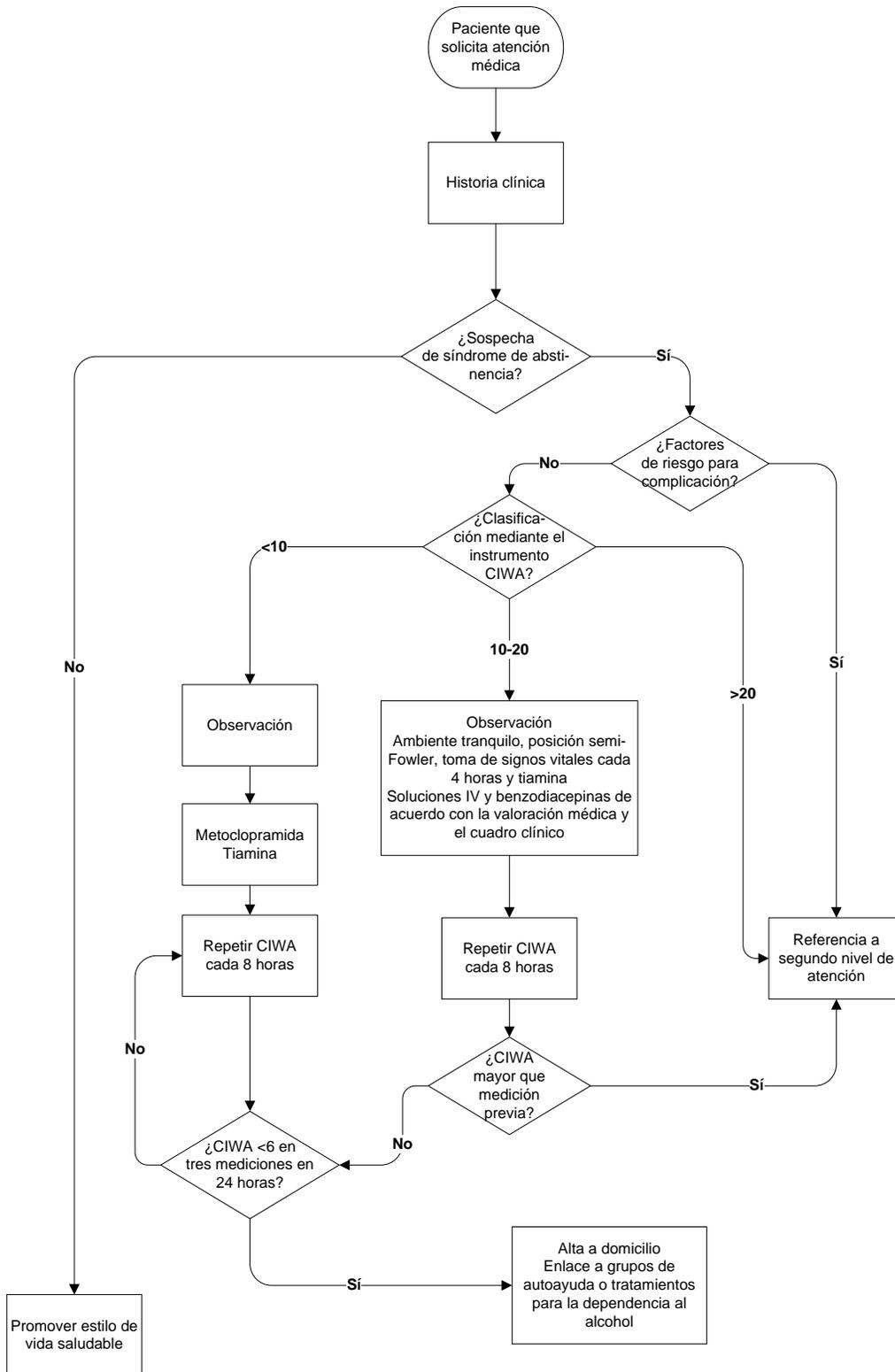
Preguntar: "¿Qué día es? ¿Dónde está? ¿Quién es?"

- 0 Orientado
- 1 No puede añadir datos en serie
- 2 Desorientado para la fecha en menos de 2 días de calendario
- 3 Desorientado para la fecha en más de 2 días de calendario
- 4 Desorientado en lugar, persona o ambas cosas

Total CIWA-Ar: _____

Puntuación máxima posible:
67 puntos

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO



5.6 TABLA DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto, del Cuadro Básico Sectorial:

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
040.000.3215.00	Diazepam	10 a 20 mg	TABLETA Cada tableta contiene: Diazepam 10 mg	Cada 6 horas por 1 o 2 días	Insuficiencia respiratoria, paro cardíaco, urticaria, náusea, vómito, excitación, alucinaciones, leucopenia, daño hepático, flebitis, trombosis venosa y dependencia	Potencia el efecto de cumarínicos y antihipertensivos La asociación con disulfiram o antidepresivos tricíclicos, potencia el efecto del diazepam	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, <i>miastenia gravis</i> , niños menores de 10 kg de peso corporal, embarazo, estado de choque, uso de otros depresores del sistema nervioso central, ancianos y enfermos graves e insuficiencia renal
040.000.0202.00	Diazepam	10 a 20 mg	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolla contiene: Diazepam 10 mg	Cada 6 horas por 1 a 2 días	Insuficiencia respiratoria, paro cardíaco, urticaria, náusea, vómito, excitación, alucinaciones, leucopenia, daño hepático, flebitis, trombosis venosa y dependencia	Potencia el efecto de cumarínicos y antihipertensivos La asociación con disulfiram o antidepresivos tricíclicos, potencia el efecto del diazepam	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, <i>miastenia gravis</i> , niños menores de 10 kg de peso corporal, embarazo, estado de choque, uso de otros depresores del sistema nervioso central, ancianos y enfermos graves e insuficiencia renal
040.000.5478.00	Lorazepam	2 mg	TABLETA Cada tableta contiene: Lorazepam 1 mg	Cada 4 horas por 1 a 2 días	Hiporreflexia, ataxia, somnolencia, apnea, insuficiencia respiratoria, depresión del estado de conciencia, dependencia y tolerancia	La administración simultánea de barbitúricos, ingestión de alcohol y otras benzodiazepinas aumenta los efectos depresivos	Hipersensibilidad al fármaco y a las benzodiazepinas Precauciones: en glaucoma, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, <i>miastenia gravis</i>
040.000.2499.00	Alprazolam	1 a 2 mg	TABLETA Cada tableta contiene: Alprazolam 2 mg	Cada 6 horas	Somnolencia, aturdimiento, cefalea, hostilidad, hipotensión, taquicardia, náusea, vómito	El alcohol y otros depresores del sistema nervioso central aumentan el estado depresivo Los antidepresivos tricíclicos aumentan su concentración plasmática	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma agudo, psicosis y trastornos psiquiátricos sin ansiedad Precauciones: no prescribir para el estrés cotidiano; no se debe administrar por más de 4 meses
040.000.2164.00	Carbamazepina	600 a 800 mg	TABLETA Cada tableta contiene: Carbamazepina 400 mg	Cada 24 horas por 7 a 12 días	Náusea, vómito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis	Náusea, vómito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica, agranulocitosis	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia aplásica, insuficiencia renal y

MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA EN EL ADULTO, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

							hepática
010.000.5395.00	Tiamina	300 mg	SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula con liofilizado contiene: Clorhidrato de tiamina 500 mg	Cada 24 horas por 3 a 5 días Posteriormente, mantener 100 mg de tiamina vía oral por 4 a 9 días (total 1 o 2 semanas)	Reacción anafiláctica, hipotensión, sensación de calor, náusea, prurito, urticaria y diaforesis	Sin interacciones importantes	Hipersensibilidad al fármaco
010.000.3608.00	Cloruro de sodio		SOLUCIÓN INYECTABLE AL 0.9% Cada 100 ml contienen: Cloruro de sodio 0.9 g Agua inyectable 100 ml Envase con 250 ml Contiene: Sodio 38.5 mEq Cloruro 38.5 mEq		Administrado en cantidades apropiadas no produce reacciones adversas. Si se aplica en dosis por encima de lo requerido se presenta edema, hiperosmolaridad y acidosis hiperclorémica	Ninguna de importancia clínica	Hipernatriemia o retención de líquidos, insuficiencia renal, hipertensión intracraneana, enfermedad cardiopulmonar Precauciones: preeclampsia y eclampsia
010.000.3601.00			SOLUCIÓN INYECTABLE AL 5% Cada 100 ml contiene: Glucosa anhidra o glucosa 5 g o Glucosa monohidratada equivalente a 5.0 g de glucosa Envase con 250 ml Contiene: Glucosa 12.5 g		Poco frecuentes: irritación venosa local, hiperglucemia y glucosuria	Se favorece la hiperglucemia con medicamentos como corticoesteroides, diuréticos tiacídicos, furosemda	La solución de 50% en diuresis osmótica, hemorragia intracraneal o intrarraquídea, <i>delirium tremens</i> Precauciones: restringir su uso en edema con o sin hiponatriemia, insuficiencia cardíaca o renal, hiperglucemia, coma diabético

6. GLOSARIO

Abordaje inicial: primeras acciones enfocadas en el tratamiento o en la prevención del consumo de sustancias.

Abuso: uso de una droga por una razón diferente a la cual se pretendía o en cantidades y forma diferentes a las indicadas.

Alteraciones del sueño: cualquier tipo de dificultad relacionada con el hecho de dormir, como dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño.

Alucinaciones: percepción falsa de los estímulos externos a través de los sentidos (percibir sin objeto) en un estado despierto y consciente.

Ansiedad: estado emocional que se caracteriza por un sentimiento de miedo (ante lo desconocido) con aumento en las funciones fisiológicas adrenérgicas.

Apoyo interpersonal: brindar protección, auxilio o favor a otra persona.

Atención: capacidad de orientar la actividad psíquica para seleccionar ciertos estímulos y discriminar otros.

Centro de atención para las adicciones: lugar especializado en el manejo, prevención y rehabilitación de personas con padecimientos adictivos.

Cognición: conjunto de procesos mentales que dan origen al pensamiento, razonamiento, memoria, atención.

Comorbilidad: es la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

Concentración: capacidad para mantener la atención en determinados estímulos.

Conducta adictiva: serie de factores que generan y conllevan a la búsqueda de sustancias con potencial adictivo.

Conducta: patrón de comportamiento condicionado por la interacción con el medio ambiente.

Confabulación: se produce por un deterioro de la memoria; al no ser capaz de recordar algo debido a este deterioro, falseará la respuesta. Esto no significa que esté mintiendo conscientemente.

Confusión: es la incapacidad para pensar con la claridad y velocidad usuales. Presenta cierta dificultad para centrar la atención o se puede estar desorientado.

Crisis convulsiva: cambio súbito en el comportamiento debido a la actividad eléctrica anormal en el cerebro.

Delirium o estado confusional agudo: síndrome mental orgánico transitorio, caracterizado por un trastorno global de la cognición y la atención, un nivel de conciencia reducido, incremento o reducción de la actividad psicomotora y un desorden en el ciclo sueño-vigilia.

Dependencia al alcohol: es una forma crónica de abuso de alcohol que tiene efectos fisiológicos, de conducta y cognitivos: cuando se toma alcohol repetidamente, y durante un período prolongado, el cerebro se adapta a su uso, esto es, el cuerpo se vuelve tolerante al alcohol y depende de él para mantener algunas de sus funciones.

Depresión: trastorno mental que afecta el ánimo y que se caracteriza por abatimiento emocional, infelicidad, dificultad para disfrutar las cosas que previamente hacían sentir bien a un individuo.

Desintoxicación: es un grupo de intervenciones con el objetivo de manejar la intoxicación aguda y la abstinencia. Denota una eliminación de toxinas del cuerpo del paciente que está agudamente intoxicado o depende de alguna sustancia de abuso.

Drogas ilegales: medicamentos o sustancias no prescritos por un médico o personal de salud, que se obtienen por medios ilegales, y que pueden tener un potencial adictivo.

Drogas médicas: medicamentos o sustancias prescritos por el médico y que pueden tener un potencial adictivo.

Estabilización: incluye el proceso médico y psicosocial de asistir al paciente a través de la intoxicación aguda y la abstinencia para lograr un estado médico estable, con un apoyo completo y libre de sustancias.

Factores de riesgo: conjunto de características que predisponen al sujeto a consumir una sustancia, y que ésa sea, o no, potencialmente adictiva.

Factores estresantes medioambientales: factores que se dan alrededor del sujeto para el consumo de una sustancia (familia, sociedad).

Formicación: sensación de que los insectos se arrastran bajo la piel.

Hipertensión arterial: condición médica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial mayor a 140/90 mm Hg.

Hipertermia: temperatura elevada más allá de la temperatura normal (37 °C).

Ideas delirantes: creencias falsas sobre la realidad externa, basada en inferencias incorrectas, que se sostienen firmemente a pesar de que los demás estén en desacuerdo o se obtengan pruebas y evidencias indiscutibles en su contra.

Impulsividad: patrón de autocontrol disminuido, con problemas para inhibir las respuestas iniciales y reparar en ellas.

Instrumentos: métodos para evaluar consumo de sustancias y grado de severidad (cuestionarios, escalas).

Intentos suicidas: el acto de intentar quitarse la propia vida, por medio de varios métodos autoinfligidos.

Interacción multisistémica: acción recíproca entre factores de varios aspectos: social, psicológico, médico, entre otros.

Interdisciplinaria: que incluye varias disciplinas o áreas de estudio.

Intoxicación: estado en el cual se ve alterada la función fisiológica normal y que es producido por la ingestión o por la inhalación de sustancias tóxicas.

Irritabilidad: estado emocional que se caracteriza por sensibilidad acentuada hacia los estímulos ambientales y sociales, lo cual puede provocar enojo o tristeza exagerada.

Marcadores biológicos: son entidades medibles y cuantificables que sirven como índices de salud y asesoramiento fisiológico. Los marcadores biológicos clásicos de consumo de alcohol son: la gamma-glutamil-transpeptidasa (GGT) y el volumen corpuscular medio (VCM).

Norma Oficial Mexicana 028 SSA (NOM-028-SSA2-1999): tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Parestesias: sensaciones anormales que pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo. Hormigueo o entumecimiento.

Percepción: la percepción es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

Primer nivel de atención: servicios de salud que satisfacen la mayoría de las necesidades de atención básica de salud con el transcurso del tiempo. La atención primaria incluye exámenes físicos, tratamiento de las afecciones médicas comunes y atención preventiva, como la inmunización y la detección. Los médicos del primer nivel de atención son, generalmente, los primeros profesionales de la salud a quienes los pacientes consultan para la atención médica básica.

Profesional en salud mental: personas capacitadas en el manejo de estrategias de prevención y atención de enfermedades encaminadas a la salud mental de la población (enfermeras, médicos generales, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos).

Psiquiatría: rama de la medicina que se encarga del estudio y tratamiento de los trastornos mentales.

Recaída: la reaparición de síntomas y signos de un trastorno posterior a un período de mejoría.

Síndrome de abstinencia: conjunto de reacciones fisiológicas que ocurren cuando una persona con dependencia a una sustancia deja de consumirla.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff: es un trastorno cerebral debido a la deficiencia de tiamina. El síndrome de Korsakoff es la forma crónica del síndrome de Wernicke y está caracterizada por la pérdida de la memoria a corto plazo y confabulación, con preservación relativa de otras funciones intelectuales.

Síntomas cognoscitivos: indicios relacionados con trastornos en el proceso del pensamiento, como el aprendizaje, la comprensión, la memoria, el razonamiento y el juicio.

Sustancias psicoactivas: cualquier compuesto que genera alteraciones sobre la actividad mental.

Tamizaje: realizar un proceso de detección de una patología.

Tolerancia: proceso por el cual el organismo necesita cantidades cada vez más grandes de una sustancia para conseguir el efecto deseado.

Tratamiento eficaz: medidas de abordaje exitosas con las cuales se logra la rehabilitación, recuperación y reinserción social de sujetos con trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Tratamientos previos fallidos: programas de atención que no lograron su cometido.

Uso múltiple de sustancias: uso de dos o más sustancias psicoactivas con potencial de abuso.

Vida media corta: sustancia o metabolito que hace sus principales acciones en corto tiempo (hasta 24 horas).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Atención Primaria. DSM-IV-TR. AP.* Barcelona: Masson; 2004.
2. Center for Substance Abuse Treatment. *Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45.* DHHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2006.
3. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008.* México: Secretaría de Salud; 2008.
4. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol.* Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México, DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
5. National Clinical Guidelines Centre. *Alcohol-use disorders. Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications.* Londres; 2010.
6. National Collaborating Centre for Mental Health. *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence.* Gran Bretaña; 2011.
7. National Drug and Alcohol Research Centre. *Commonwealth Department of Health and Ageing. Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems.* 2003.
8. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.* México, DF: Diario Oficial de la Federación, 23 de junio de 2009. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/plazas/NOM_028.pdf
9. NSW Department of Health. *NSW Drug and Alcohol Withdrawal. Clinical Practice Guidelines North Sydney.* Mental Health and Drug & Alcohol Office; 2008.
10. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento.* Décima revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
11. Organización Mundial de la Salud. *El consumo nocivo de alcohol.* Nota descriptiva N° 349. Febrero 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
12. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration.* Rockville, MD, 2006.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care.* A national clinical guideline No. 74. 2003.
14. Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2007-2012.* México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf
15. Serecigni JG, Jiménez-Arriero MA, Pascual P, Flórez G. *Alcoholismo: Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica.* Segunda edición. Cuba, Socidrogalcohol, 2007.

16. Sociedad de Galega de Medicina Interna. *Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica*. 2ª Edición. Galicia, 2011.
17. The University of Sydney. *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems*. Sydney, 2009.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la **Comisión Nacional contra las Adicciones**, del **Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México**, del **Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"**, del **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**, del **Instituto Mexicano del Seguro Social** y de los **Centros de Integración Juvenil, A. C.**, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por la **Comisión Nacional contra las Adicciones** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de las instituciones que participaron en los procesos de **validación interna y validación de protocolo de búsqueda**, su valiosa colaboración en los procesos realizados de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

- M. en A. María Luisa González Rétiz *Directora General*
- Dr. David Leonardo Hernández Santillán *Director de Integración de GPC*
- Dra. Selene Martínez Aldana *Subdirectora de GPC*
- Dra. Violeta Estrada Espino *Departamento de Validación y Normatividad de GPC*
- Dr. Jesús Ojino Sosa García *Coordinador de guías de medicina interna*
- Dr. Luis Agüero y Reyes *Coordinador de guías de medicina interna*
- Dr. Héctor González Jácome *Coordinador de guías de medicina interna*
- Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández *Coordinadora de guías de gineco-obstetricia*
- Dr. Arturo Ramírez Rivera *Coordinador de guías de pediatría*
- Dr. Eric Romero Arredondo *Coordinador de guías de cirugía*
- Dr. Joan Erick Gómez Miranda *Coordinador de guías de cirugía*
- Lic. Enrique Juárez Sánchez *Investigación Documental*
- Dra. Ana María Corrales Estrada *Apoyo a los centros desarrolladores institucionales*
- Dra. Magda Luz Atrián Salazar *Revisión Editorial*
- Dr. Pedro Nieves Hernández *Subdirector para la gestión de GPC*
- Dra. Maricela Sánchez Zúñiga *Departamento de Apoyo Científico para GPC*
- Lic. Juan Ulises San Miguel Medina *Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC*
- Dra. Gilda Morales Peña *Coordinación de avances sectoriales*

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial

Secretaría de Salud
Dra. Mercedes Juan López
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. José Antonio González Anaya
Director General

**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales de los Trabajadores del Estado**
Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
Director General

**Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia**
Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos
Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin
Director General

Secretaría de Marina Armada de México
Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio del Centro Desarrollador

Comisión Nacional contra las Adicciones

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Lic. José Manuel Castrejón Vacio
Director General de Programas en Adicciones

Dr. Raúl Martín del Campo Sánchez
**Director de Coordinación de Programas contra las
Adicciones**

Dra. María Teresa Oviedo Gómez
**Subdirectora de Integración y Seguimiento de los
Programas Nacionales**

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Fontes	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
Secretario del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contralmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. José Ignacio Santos Preciado	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular 2013-2014
Dr. Agustín Lara Esqueda	
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	
M.C.M.F. M.A. Rafael Humberto Alpuche Delgado	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo	
Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Salud de Sinaloa	
Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Eduardo González Pier	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	
Dr. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.	
Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	