



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

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: 978-958-8838-00-7

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 Muñoz

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 Rios 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



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, magíster en
psicofarmacología, psiquiatra de enlace

EQUIPO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Darío Londoño Trujillo

Coordinador
Pontificia Universidad Javeriana
Médico internista, neumólogo, magíster 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

Fuente de financiación

El desarrollo de la presente guía fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección social, y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), mediante Contrato 126 de 2010 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana.

Derechos de autor

De acuerdo con el artículo 20 de la Ley 23 de 1982, los derechos patrimoniales de esta obra pertenecen al Departamento de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), institución que otorgó el apoyo económico y realizó la supervisión de su ejecución, y al Ministerio de Salud y Protección Social (institución que diseñó los lineamientos generales para la elaboración de *guías de atención integral* en el país), sin perjuicio de los derechos morales a los que haya lugar, de acuerdo con el artículo 30 de la misma ley.

Esta guía hace parte de un grupo de guías de atención integral basadas en evidencia que incorporan consideraciones económicas y de implementabilidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, que se desarrollaron por iniciativa del Ministerio de la Salud y Protección Social en temas prioritarios y de alta prevalencia en el país.

Declaración de independencia editorial

El trabajo científico de investigación y la elaboración de las recomendaciones incluidas en el presente documento fue realizado de manera independiente por el Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) de la Pontificia Universidad Javeriana. Las entidades financiadoras realizaron un seguimiento a la elaboración del presente documento, para garantizar la libertad no condicionada de los contenidos de la guía.

Todos los miembros del GDG, los participantes directos de los procesos de desarrollo y las personas que participaron en la revisión externa realizaron la declaración de conflictos de interés.

Plan de actualización de la guía

Se recomienda a las entidades financiadoras realizar procesos formales de revisión y actualización de la presente GPC según sea requerido. A pesar de que no existe consenso sobre el tiempo que debe transcurrir para la actualización de una GPC, y de que este depende de la evidencia o información en que base sus recomendaciones, el GDG recomienda que el proceso de actualización no se realice en un tiempo mayor de tres años a partir de la fecha de publicación del presente documento.

Contenido

Fuente de financiación	9
Derechos de autor	9
Declaración de independencia editorial.....	9
Plan de actualización de la guía	10
Siglas y acrónimos.....	16
Presentación general de las Guías de Atención Integral	19

Sección I. Guía de atención integral

Resumen ejecutivo	25
1. Generalidades	25
2. Justificación.....	25
3. Alcance y objetivos de la guía	27
3.1. La guía busca contestar las siguientes preguntas clínicas elaborando recomendaciones basadas en evidencia:	27
3.2 Población	28
3.3 Usuarios.....	29
3.4 Ámbito asistencial	29
4. Metodología.....	29
5. Resultados	31

Aspecto 1: Tamizaje, detección temprana y factores de riesgo en pacientes con abuso o dependencia del alcohol	31
1. <i>Identificación de los pacientes con abuso o dependencia del alcohol</i>	31
2. <i>Factores de riesgo para desarrollar un síndrome de abstinencia</i>	32
3. <i>Factores de riesgo para desarrollar encefalopatía de Wernicke</i>	34
4. <i>Factores de riesgo para desarrollar delirium tremens</i>	35

Aspecto 2: Prevención secundaria: evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol. Prevención de complicaciones.....	36
5. <i>Evaluación inicial del paciente con intoxicación aguda por alcohol</i>	36
6. <i>Manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol</i>	38
7. <i>Suplencia con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes con abuso o dependencia del alcohol</i>	43

Aspecto 3: Prevención terciaria: diagnóstico y manejo del síndrome de abstinencia alcohólica.....	43
8. Evaluación, clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica	43
9. Imágenes diagnósticas en pacientes con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia alcohólica.	51
Aspecto 4: Intervenciones para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas	52
10. Terapias farmacológicas y no farmacológicas para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas	52
Introducción	58
1. Situación a escala mundial.....	59
2. Situación en América	60
3. Situación en Colombia	60
4. Alteraciones relacionadas con el consumo de alcohol	62
5. Tamización.....	63
6. Estrategias de intervención	64
7. Variabilidad en la práctica clínica.....	66
8. Necesidad de una GPC en Colombia	66
9. Alcance y objetivos.....	66
9.1 Alcance	66
9.2 Propósitos.....	66
9.3 Objetivos generales	67
9.4 Objetivos específicos de desarrollo de la guía.....	67
9.5 Objetivos específicos de la evaluación económica.....	68
10. Población blanco	68
10.1 Grupos poblacionales excluidos.....	68
10.2 Usuarios	68
11. Ámbito asistencial.....	68
Referencias	69

Metodología	72
1. Marco Conceptual.....	72
2. Aspectos generales.....	73
2.1. Diseño	73
2.2. Fase preparatoria.....	74
2.3. Fase de desarrollo de la GAI	80
2.4. Fase de Evaluación y validación.....	81
2.5. Procesos de socialización (no es una fase, es continuo)	81
3. Aspectos específicos: Generación de las Guías de práctica clínica basadas en evidencia	82
3.1 Primera etapa: evaluación adaptación y desarrollo de guías de práctica clínica: Procedimiento general del desarrollo de recomendaciones basadas en evidencia.....	82
1. Identificación de los pacientes con abuso o dependencia del alcohol	103
2. Factores de riesgo para desarrollar un síndrome de abstinencia.....	111
3. Factores de riesgo para desarrollar encefalopatía de Wernicke	116
4. Factores de riesgo para desarrollar <i>delirium tremens</i>	121
5. Evaluación inicial del paciente con intoxicación aguda por alcohol.....	129
6. Manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol	137
7. Suplencia con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes con abuso o dependencia del alcohol	148
8. Evaluación, clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica	154
9. Imágenes diagnósticas en pacientes con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia alcohólica.	197
10. Terapias farmacológicas y no farmacológicas para generar cambio en el patrón de consumo, abstinencia y prevención de recaídas.....	208
Referencias.....	243

Sección II. Evaluación económica

Costo-efectividad de la prueba de tamizaje AUDIT para la detección oportuna de problemas de abuso o dependencia del alcohol para prevenir accidentes de tránsito y enfermedad hepática asociada al alcohol en personas mayores de 18 años en Colombia	249
1. Pregunta económica	249
2. Objetivos	253

3. Revisión de la evidencia económica.....	255
4. Metodología	262
5. Resultados.....	274
6. Discusión	287
7. Conclusiones	288
Referencias	288

Sección III. Recomendaciones para la difusión de la guía

1. Introducción	292
2. Definición de términos utilizados referentes a implementación	293
3. Objetivos	294
4. Alcance	294
5. Identificación de barreras y facilitadores	295
5. Esquema resumido de las fases y estrategias del plan de implementación	298
5. Incentivos para la implementación de las GAI.....	300
6. Factores críticos de éxito para la implementación de la GAI Alcohol	301
7. Tablero de indicadores de seguimiento (de gestión y clínico) de la implementación de la GAI Alcohol.....	301
Referencias	302

Glosario	305
-----------------------	------------

Anexos	315
---------------------	------------

1. Descripción proceso de búsqueda.....	316
1. Tamizaje y reducción del número de guías obtenidas:	316
2. Reducción del número de guías resultantes del tamizaje.....	320
3. Evaluación de la calidad y proceso de las guías de práctica clínica (Instrumento AGREE II).....	323
4 Formulación de problemas y protocolos de revisión.....	356

5. Perfiles de evidencia GRADE.....	405
6. Niveles de evidencia para intervenciones CG 100 NICE	450
7. Categorías para el nivel de evidencia y la fuerza de la recomendación para la guía australiana....	451
8. Criterios diagnósticos DSM IV	452
9. Instrumento Audit	457
10. Cuestionario Audit C	460
11. Intervención motivacional breve	461
12. Examen mental	463
13. Escenarios clínicos que pueden llevar a deficiencia de tiamina	466
14. Estigmas alcohólicos	467
15. Signos de desnutrición	468
16. Sustancias contenidas en bebidas energizantes, y sus características.....	469
17. Escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assesment).....	471
18. Minimización de costos del esquema de dosis fijo y dosis variable con la aplicación de la escala CIWA en pacientes con síndrome de abstinencia moderada	473
18. Tablero de indicadores	480
20. Ficha técnica de los indicadores	485
21. Autores y colaboradores. Asistentes a reuniones de socialización.....	493
22. Tablas de evidencia	499
23. Reporte y evaluación de conflictos de interés.....	500
24. Formato para declaración de intereses creado por los GDGs de la Pontificia Universidad Javeriana	501
Anexo 25. Algoritmo de tamización.....	507

Siglas y acrónimos

AA	alcohólicos anónimos
ACP	American College of Physicians
ADAPTE	Colaboración internacional de investigadores, desarrolladores de guías e implementadores de guías
Al-anon	familiares de alcohólicos anónimos
ANCOVA	análisis de covarianza
APS	atención primaria en salud
ASC	Alcohol Symptoms Checklist
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AST	aspartato aminotransferasa
ATC	anatomical, therapeutic, chemical classification system
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVAC	años de vida ajustados con calidad
AVAD	años de vida ajustados por discapacidad
AWS	Alcohol Withdrawal Scale
BDI	Beck Depression Inventory
BNM	Beneficio neto monetario
CAD	centros de atención de drogadicción
CAGE	Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye opener
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a ed.
CINETS	Centro de Investigación y Evaluación de Tecnologías en Salud
CIWA	Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol
Colciencias	Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
CRES	Comisión de Regulación en Salud
CUM	Código Único de Medicamento
DECB	Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística
DM	diferencia de medias
DME	diferencia de medias estandarizada
DNE	Dirección Nacional de Estupeficientes
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, revised
DT	delirium tremens
EAPB	empresa administradora de planes de beneficios
EEG	electroencefalograma
EHA	enfermedad hepática alcohólica
EKG	electrocardiograma

EPS	entidad prestadora de salud
FDA	Food and Drug Administration
GABA	ácido gamma aminobutírico
GABAA	ácido gamma aminobutírico tipo A
GAI	guía de atención integral
GDG	grupo desarrollador de la guía
GGT	gamma glutamiltransferasa sérica
GHB	gamma-hidroxibutirato
GIN	guidelines international network
GPC	guía de práctica clínica
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
IECS	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS	institución prestadora de salud
ISRS	inhibidor selectivo de recaptura de serotonina
ISS	Instituto de Seguros Sociales
MBE	medicina basada en la evidencia
MPS	Ministerio de la Protección Social
NGCH	National Guidelines Clearinghouse
NHMRC	National Health and Medical Research Council
NICE	National Institute on Clinical Excellence
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NMDA	N-metil D-aspartato glutamato
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	odds ratio
PECOT-R	participante, exposición, comparación, outcome (desenlace), tiempo, recursos
PPP	paridad poder adquisitivo
QALY	quality-adjusted life-year
QOL	quality of life
RCEI	razón de costo-efectividad incremental
RCUI	razón de costo utilidad incremental
RNB	renta nacional bruta
RNM	resonancia nuclear magnética
RR	riesgo relativo
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SF-12	short form-12 health survey
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SMLDV	salario mínimo legal diario vigente
NC	sistema nervioso central
TAB	trastorno afectivo bipolar
TAC	tomografía axial computarizada
TDM	trastorno depresivo mayor
TEPT	trastorno por estrés postraumático
TIC	tecnologías de la información y la comunicación
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VCM	volumen de eritrocitos celular medio
VPP	valor predictivo positivo

Presentación general de las Guías de Atención Integral

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, que ha sido un gigantesco paso positivo en busca de la satisfacción apropiada, justa y equitativa de las necesidades en salud de todos los habitantes del país, enfrenta una grave crisis de sostenibilidad.

La demanda de atención en salud siempre parece exceder la cantidad de recursos disponibles para satisfacerla. Este postulado es válido en todas las sociedades, aún en los países clasificados como de altos ingresos. Para intentar hacer que un sistema de prestación de servicios de salud sea viable es indispensable asegurar el recaudo y administración apropiada de los recursos financieros que soporten la inversión y el funcionamiento de las estructuras y procesos de atención sanitaria. Esta condición es necesaria, más no suficiente; alcanzar algún punto de equilibrio del sistema implica no solo que el aporte y flujo de recursos sea suficiente, oportuno y adecuado, sino que además el gasto y la inversión sean razonables, eficientes y proporcionados a los recursos disponibles.

Aún en circunstancias en las cuales se optimice el recaudo, se maximicen las fuentes de financiación, se contenga y racionalice el costo administrativo y se minimice el desperdicio administrativo y las pérdidas por corrupción, los recursos disponibles nunca son suficientes para atender todas las demandas y expectativas de salud de toda la población, usando todas las alternativas de manejo viables y eventualmente disponibles.

Por tanto, en cualquier sociedad es necesario racionalizar el gasto asistencial, priorizar y regular el acceso a y el uso de intervenciones, empleando no solamente criterios de eficacia y seguridad, sino de eficiencia en el momento de seleccionar y dispensar intervenciones sanitarias, tanto a nivel de cuidados personales de salud (clínicos) como de intervenciones poblacionales o ambientales. Estos criterios deben aplicarse a todo el espectro de la atención en salud: tamización y diagnóstico, promoción de la salud y prevención primaria, prevención secundaria, terciaria y rehabilitación y deben abarcar todos los niveles de complejidad de atención, desde el primario hasta los niveles de mas alta tecnología.

En el contexto de un sistema administrativo y de financiación de salud sano y racional, la mayor proporción del gasto en atención sanitaria está representada por el proceso de cuidados individuales de salud (atención clínica): visitas médicas, atenciones de urgencias y hospitalarias y ordenamiento y administración de pruebas paraclínicas e intervenciones profilácticas, terapéuticas, paliativas o de rehabilitación. El profesional clínico de la salud es quien evalúa la información relacionada con el demandante del servicio sanitario (el paciente) y con base en dicha información y en sus conocimientos y habilidades, toma decisiones de manejo (ordena y realiza exámenes, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, etc.) que implican costos y consumo de recursos.

En resumen, el clínico que atiende pacientes es el ordenador y regulador primario de una proporción muy importante del gasto en salud. Esa condición hace que en momentos de crisis de sostenibilidad del sistema, controlar al clínico y a la actividad clínica se considere como una opción primaria de contención del gasto en salud.

Así, en Colombia entre los años 2008 y 2009 la idea que se ventiló fue disminuir el gasto en salud, limitando el número y la variedad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas que podían ser administradas a los derechohabientes y beneficiarios del SGSSS, a través de una normatización, regulación y auditoría de la actividad del clínico. Se propuso la generación de “pautas de manejo” que restringieran el espectro de las opciones de manejo clínicas, uniformaran la actividad clínica y contuvieran el gasto, a través de un sistema fundamentalmente de penalización (por ejemplo económica) al clínico que en el libre ejercicio de su autonomía profesional e intentando ofrecer la mejor alternativa de manejo a su paciente, se saliera de la “pauta”.

La propuesta generó un amplio debate que llevó a la emergencia de un consenso: controlar el gasto en salud a expensas de la calidad de la atención no es una opción aceptable para la sociedad colombiana. El problema de contención de costos entonces debe enmarcarse dentro de la necesidad y la exigencia de asegurar la calidad de la atención en salud.

Pero entonces, ¿Cuáles son las alternativas para enfrentar el problema de racionalizar el gasto, mantener o mejorar la cobertura y no comprometer y por el contrario mantener y mejorar la calidad de los procesos de atención en salud?

Hay que abordar al menos dos frentes con opciones que no son mutuamente excluyentes sino complementarias: definir las intervenciones y alternativas disponibles en el plan de beneficios del SGSSS (*evaluación de tecnología*) y hacer aseguramiento de la calidad de los procesos asistenciales (*aseguramiento de calidad – Guías de Práctica Clínica*).

En este sentido no todas las intervenciones y tecnologías disponibles pueden y deben ser puestas a disposición de profesionales de la salud y pacientes. Sus indicaciones, condiciones de uso y control de calidad deben estar cuidadosamente evaluadas, descritas y reguladas. Un plan de beneficios (inventario de intervenciones y tecnologías disponibles, utilizables y financiados por un sistema de salud) debe tener criterios claros y explícitos para definir que se incluye, cuando, cómo, bajo que circunstancias y con que indicaciones y limitaciones. También debe tener criterios para no incluir o proceder a excluir tecnologías obsoletas, ineficientes o peligrosas. La evaluación de tecnologías sanitarias es una herramienta que permite estudiar, describir y comprender las características, efectos, implicaciones y consumo de recursos asociados con el empleo de intervenciones o tecnologías específicas.

Un aspecto importante, no solo de la racionalización del gasto en salud sino del alcance y efectividad de la atención sanitaria es la definición, actualización y mantenimiento de un plan de beneficios. Son al menos, dos los tipos de consideraciones que deberían regular la definición y actualización de las intervenciones incluidas o excluidas de los procesos de atención en salud del SGSSS: eficiencia productiva y eficiencia distributiva.

Eficiencia Productiva: El SGSSS debería incluir en su plan de beneficios solamente intervenciones con probada eficacia y seguridad, sin importar si se trata de los componentes del Plan Obligatorio en Salud (POS) o de intervenciones no incluidas en el POS, que eventualmente son dispensadas en casos especiales y financiadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) del SGSSS. En el caso de la existencia de más de una alternativa para el manejo de un problema determinado, se debe privilegiar la opción más costo-efectiva (eficiencia productiva).

Eficiencia distributiva: Los diferentes problemas de salud contribuyen de manera diferencial a la carga de enfermedad global, y la vulnerabilidad, y las necesidades de diferentes grupos etarios o subpoblaciones definidas por características sociodemográficas o perfiles de riesgo, son distintas. Esto obliga a priorizar y elegir entre problemas de salud a la hora de asignar recursos específicos (eficiencia distributiva).

En conclusión, la información adecuada para toma de decisiones sobre inclusiones en el plan de beneficios, con criterios de eficiencia tanto productiva (la mejor manera de dispensar un cuidado de salud específico) como distributiva (la asignación racional de recursos a problemas de salud que compiten entre sí, que maximice el impacto sobre la salud por unidad de recurso invertido) debe venir primariamente de evaluaciones formales de tecnología, que además de estimar la eficacia, efectividad, seguridad, factibilidad y sostenibilidad de una intervención o tecnología sanitaria hagan una evaluación económica completa de costos y consecuencias.

Las evaluaciones de tecnología permiten comprender y comparar la indicación y conveniencia del uso de intervenciones o tecnologías específicas, pero no modelan la práctica clínica ni permiten asegurar su calidad y eficiencia. En contraste y como se describe más adelante, el ejercicio de desarrollo e implementación de Guías de Atención Integral (GAI), basadas en evidencia sí puede modelar la práctica clínica. Las GAI son herramientas de mejoramiento de calidad de atención, pero no informan al tomador de decisiones sobre la conveniencia de incluir intervenciones en un plan de beneficios. Es muy importante no confundir las GAI con los procesos de evaluación de tecnología. Las GAI no evalúan tecnologías ni deben usarse como sustitutos de evaluaciones tecnológicas y económicas, para por ejemplo, definir inclusiones de diferentes alternativas en los planes de beneficios del SGSSS.

La propuesta de controlar el gasto en salud restringiendo la actividad clínica mediante la promulgación de “pautas de manejo” rígidas y la coartación de la autonomía clínica no es particular de Colombia. Analizando la historia mundial la primera reacción de una sociedad frente al incremento exponencial del gasto en salud (con la percepción de que los resultados no mejoraban exponencialmente) es la contención de costos, a cualquier precio. No obstante rápidamente se cae en cuenta de que una contención indiscriminada de costos usualmente afecta la calidad de los procesos asistenciales y aumentaba el riesgo de desenlaces desfavorables y eventualmente el supuesto ahorro se pierde al tener que gastar para manejar las complicaciones o secuelas no evitadas.

Dado que la simple restricción del gasto no parecía funcionar y más bien avalaba el aforismo popular de que “lo barato sale caro”, la actividad se centró en mejorar la calidad de los procesos asistenciales, para que los buenos desenlaces justificaran el ya incrementado gasto en salud. Esta etapa del aseguramiento de calidad y mejoría de la eficiencia se centró en “hacer bien las cosas”, es decir protocolizar y describir cuidadosamente los procesos asistenciales y procurar que los profesionales de la salud siguieran dichos procesos estandarizados y protocolos.

“Hacer bien las cosas” probó no ser suficiente. De poco servía que los procesos asistenciales se apegaran rigurosamente a normas y directrices, si esto no se traducía en mejores desenlaces en salud. La reacción, que llegó a su máximo en la década de 1980 se centró en “hacer las cosas beneficiosas”. Sin importar el rigor del proceso, cualquier método que se asocie a buenos resultados, debe ser utilizado.

Juzgar la calidad con base en los desenlaces en salud puede producir comparaciones inadecuadas y de hecho, disminuir la calidad asistencial. Si por ejemplo, el hospital A tiene mortalidad mas baja en manejo de revascularización miocárdica que el hospital B, su calidad asistencial no necesariamente es mejor. Otras explicaciones (por ejemplo, el perfil de riesgo de la población servida por el hospital B es peor), pueden ser correctas. La forma de evaluar no sesgadamente la efectividad comparativa de diferentes intervenciones es la experimentación científica empírica. Los resultados de experimentos aleatorios controlados adecuadamente diseñados y conducidos permiten estimar de forma no sesgada que cosas “son más beneficiosas”.

La propuesta contemporánea de evaluación y aseguramiento de calidad se centra entonces en “hacer bien” (respetar cuidadosamente los procesos y procedimientos) las cosas que “hacen bien” (intervenciones con evidencia científica de que hacen más beneficio que daño). Esta aproximación se describe como “aseguramiento de calidad basado en evidencia” y una de sus principales herramientas es la generación e implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia. Las presentes GAI pertenecen a esta categoría de herramientas poderosas de aseguramiento de calidad asistencial y

autoregulación profesional del personal sanitario. En la medida que reducen la variabilidad indeseada en el manejo de condiciones clínicas específicas y promueven la utilización de estrategias asistenciales e intervenciones con evidencia científica sobre su efectividad y seguridad, no solamente mejoran la calidad de atención y eventualmente los desenlaces en salud, sino que deben contribuir significativamente, sino a la reducción del gasto en salud, a la mejoría significativa de la eficiencia productiva del sistema.

Finalmente, el producto que ahora presentamos requirió el trabajo conjunto de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de Antioquia que constituyeron la Alianza CINETS (Centro Nacional de Investigación en Evaluación de Tecnologías en Salud) y la Asociación Colombiana de Psiquiatría con el fin de garantizar productos de altísima calidad y que den respuesta a las necesidades del país.

Ricardo de La Espriella Guerrero

Líder de la Guía para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol
Pontificia Universidad Javeriana

<p>Carlos Gómez-Restrepo Director Proyecto GAI Pontificia Universidad Javeriana</p>	<p>Rodrigo Pardo Turriago Director Proyecto GAI Universidad Nacional de Colombia</p>	<p>Luz Helena Lugo Directora Proyecto GAI Universidad de Antioquia</p>
---	--	--



Sección I

Guía de atención integral

Resumen ejecutivo

1. Generalidades

Dando cumplimiento a los términos de la convocatoria 500 de 2009 de Colciencias *Conformación de un banco de proyectos para el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) Basadas en Evidencia*, fue elegido por el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud el proyecto 120350026593, titulado *Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol*, en la modalidad de recuperación contingente; el proyecto fue liderado por la Pontificia Universidad Javeriana, en alianza con la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional de Colombia (Alianza CINETS).

Dentro de los objetivos de la convocatoria se encontraban realizar:

- Guías de práctica clínica (GPC) para el contexto colombiano, basadas en la evidencia.
- Guías para pacientes con base en las guías desarrolladas.
- Evaluaciones económicas de tecnologías en salud seleccionadas en las GPC.

La presente guía corresponde al grupo temático Número 25: “Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol”.

2. Justificación

Después de la cafeína, el alcohol es la segunda sustancia psicotrópica 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 hacerse crónicos y tienen impactos en los ámbitos personal, laboral, familiar, económico y social; por otra parte, además de estar involucrado en varias enfermedades médicas graves, se vincula a otros trastornos mentales, diversas formas de 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 20 primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD).

Pese a la gravedad y el impacto global de los trastornos relacionados con el alcohol, las entidades mencionadas anteriormente son subdiagnosticadas. Algunos estudios al respecto reportan que si bien el consumo de alcohol está presente en el 20% al 50% de todos los pacientes hospitalizados por esas entidades, solo un 5% es diagnosticado en tal sentido.

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%; el abuso del alcohol es el trastorno más prevalente. Se calcula que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol, con una proporción hombre-mujer de 5 a 1.

Alteraciones relacionadas con el consumo del alcohol consideradas en la guía

- **Intoxicación aguda:** es una de las alteraciones que más generan consultas a los servicios de salud. Es definida por el DSM IV como el conjunto de los cambios psicológicos y comportamentales que aparecen tras la ingesta reciente de alcohol, y que pueden cursar con alteraciones en el lenguaje, la marcha, la memoria y el estado de conciencia. En términos generales, los síntomas y los signos que se presentan durante la intoxicación aguda por alcohol se correlacionan directamente con los niveles plasmáticos de alcohol; esto puede cambiar en sujetos con consumo crónico que a pesar de haber consumido grandes cantidades de alcohol pueden estar asintomáticos.
- **Abstinencia alcohólica:** síndrome que se produce por la interrupción abrupta o la disminución significativa de la ingesta de alcohol en individuos abusadores o dependientes del alcohol. Usualmente, las manifestaciones clínicas se presentan a lo largo de las primeras 72 horas y duran hasta 7 días. Cuando se complican puede aparecer el *delirium tremens*, que es la forma más grave de abstinencia, el cual se presenta en un 5% a un 10% de sujetos dependientes del alcohol, con una prevalencia mayor en hombres que en mujeres (relación de 5,3 a 1). Cursa con fluctuaciones del estado de conciencia, compromiso cognitivo y alucinaciones que suelen ser vívidas y tener alto impacto en el comportamiento del individuo. La tasa de mortalidad en sujetos con *delirium tremens* no tratados alcanza el 20%.
- **Encefalopatía:** alteraciones neurocognitivas que hacen parte de la encefalopatía de Wernicke y del síndrome de Korsakoff, entidades que aparecen como complicaciones del consumo crónico de alcohol, y que pueden ser prevenidas mediante estrategias de detección temprana y tratamiento oportuno, como el uso de tiamina, una vitamina que está disminuida en el 30% al 80% de los pacientes alcohólicos.

3. Alcance y objetivos de la guía

3.1. La guía busca contestar las siguientes preguntas clínicas elaborando recomendaciones basadas en evidencia:

- A. En una persona mayor de 18 años que consume alcohol, ¿cuáles son la sensibilidad y la especificidad de los instrumentos de tamizaje CAGE, ASSIST y AUDIT para identificar a aquellos con abuso o dependencia del alcohol, comparados con la entrevista psiquiátrica (patrón de oro) en un punto en el tiempo?
- B. ¿Cuál de estas pruebas es la que muestra un mejor desempeño y aplicabilidad global en un nivel de baja complejidad de atención para identificar a pacientes con problemas vinculados al consumo de alcohol?
- C. En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los criterios clínicos más importantes para predecir el desarrollo de un síndrome de abstinencia?
- D. En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de encefalopatía de Wernicke?
- E. En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿cuáles son los factores de riesgo más importantes para evaluar la probabilidad de que se presente un *delirium tremens*?
- F. En personas mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol que presentan intoxicación aguda por alcohol, ¿qué signos y síntomas deben identificarse y evaluarse durante el examen físico, y cuál es su utilidad para definir la estrategia de manejo al momento de ingreso al servicio de urgencias?
- G. En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, ¿la implementación de medidas de soporte, comparada con la no intervención, previene complicaciones médicas a lo largo de las siguientes 2 semanas?
- H. ¿En qué situación especial es necesario asociar al tratamiento otros medicamentos, como, por ejemplo, neurolépticos, anticonvulsivantes, antihipertensivos u otros a pacientes adultos con intoxicación aguda, para lograr el control de los síntomas?
- I. ¿En qué situaciones especiales es necesario solicitar neuroimágenes a pacientes adultos con intoxicación aguda o síndrome de abstinencia alcohólica para detectar lesiones cerebrales?
- J. ¿En qué casos se recomienda suplir con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes adultos con abuso o dependencia del alcohol?
- K. En personas adultas que presentan síndrome de abstinencia, ¿cuál es la utilidad de la escala CIWA-Ar, comparada con la entrevista psiquiátrica y el examen físico, para determinar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario?

- L. En pacientes adultos con síndrome de abstinencia, ¿la administración de benzodiazepinas, comparada con el uso de otros psicofármacos, es más efectiva en el control de los síntomas y la disminución de la morbilidad y de la mortalidad?
- M. En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento farmacológico con benzodiazepinas de acción larga, comparado con las benzodiazepinas de acción corta o media, se asocia a un rápido y mejor control de los síntomas, y a un mejor perfil de seguridad durante el tratamiento hospitalario?
- N. ¿En qué situación especial es necesario asociar al tratamiento farmacológico estándar otros psicofármacos, como, por ejemplo, neurolépticos, anticonvulsivantes o antihipertensivos a pacientes adultos con síndrome de abstinencia no resuelto, para lograr el control de los síntomas?
- O. Una vez controlados los síntomas del síndrome de abstinencia en pacientes mayores de 18 años, ¿la discontinuación gradual de las benzodiazepinas, comparada con la suspensión abrupta, disminuye la incidencia de recidiva de la sintomatología a lo largo de las siguientes 2 semanas?
- P. En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento hospitalario, comparado con el tratamiento ambulatorio, previene la morbilidad y la mortalidad asociadas al síndrome de abstinencia alcohólica a lo largo de las siguientes 2 semanas?
- Q. En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia moderado o severo, ¿la referencia a un centro de mayor complejidad (nivel II, III o IV), comparada con el manejo en un centro de baja complejidad (nivel I) que solo cuente con médico general, disminuye las complicaciones a lo largo de las siguientes 2 semanas?
- R. En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol con síndrome de abstinencia, ¿el uso rutinario de tiamina desde el primer día de tratamiento previene la aparición de encefalopatía de Wernicke y del síndrome Korsakoff?
- S. En pacientes con abuso o dependencia del alcohol, ¿qué intervenciones farmacológicas y no farmacológicas han mostrado generar abstinencia o cambio en el patrón de consumo y prevenir las recaídas?

3.2 Población

Las recomendaciones van dirigidas al manejo de la fase aguda de intoxicación, abstinencia y detección temprana de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, en la población colombiana mayor de 18 años.

Grupos excluidos:

- Menores de 18 años.
- Mujeres en embarazo.
- Pacientes con otros trastornos inducidos o no por el alcohol, como: trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos del sueño, miocardiopatía alcohólica, pancreatitis alcohólica, etc.

3.3 Usuarios

Personal clínico asistencial (médicos generales, psiquiatras, enfermeros, psicólogos) que realiza tamización de pacientes para el consumo de alcohol y que brinda cuidados a pacientes con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia en los diferentes niveles de atención.

3.4 Ámbito asistencial

La propuesta hace recomendaciones para los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Hace referencia, también, a la detección temprana para el primer nivel (detección, manejo inicial, evaluación de riesgos, referencia), las medidas de soporte, el tratamiento farmacológico y no farmacológico para controlar la intoxicación aguda por alcohol o el síndrome de abstinencia (prevención secundaria) y el direccionamiento del pacientes a programas de rehabilitación, para prevenir recaídas y lograr abstinencia total (prevención terciaria).

4. Metodología

Para la realización de esta GAI basada en evidencia se utilizaron como protocolo general los pasos propuestos en el documento Guía Metodológica para la elaboración de Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la unidad de pago por capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, y se hicieron modificaciones y adaptaciones que se explican en el reporte extenso.

En general, se realizaron los siguientes pasos:

Conformación de un grupo multidisciplinario para elaborar las guías, con expertos metodológicos y expertos de contenido (académicos de las universidades participantes y especialistas miembros de las sociedades científicas pertinentes), así como representantes de los usuarios y de los pacientes. El grupo se estandarizó y recibió capacitación básica en la elaboración de guías, por parte de los expertos metodológicos vinculados al proyecto. El grupo desarrollador de cada guía (fuerza de tarea) estuvo

compuesto por un núcleo de expertos metodológicos y sus asistentes, y un grupo, más amplio, de expertos de contenido, usuarios y representantes de pacientes. Cada parte llevó a cabo labores específicas.

Una vez estandarizado, el grupo refinó y validó las preguntas clínicas objeto de la guía. El núcleo de expertos metodológicos hizo revisiones sistemáticas de la evidencia disponible y evaluó las guías pertinentes identificadas en la literatura científica con el fin de decidir, para cada pregunta, si se adopta con ella alguna recomendación, o si se adapta a una recomendación ya existente (metodología ADAPTE modificada), o bien, si se desarrollan recomendaciones *de novo*. En caso de generar recomendaciones *de novo* se realizó una síntesis de la evidencia, se elaboraron tablas de evidencia y, en conjunto con la fuerza de tarea en pleno, se formularon las recomendaciones basadas en evidencia. Para preguntas cuidadosamente seleccionadas y priorizadas se llevó a cabo una evaluación económica, con la asesoría y la participación de expertos en economía clínica vinculados al equipo, y siguiendo las recomendaciones que hace la Guía Metodológica.

Los resultados de cada etapa (formulación de preguntas, formulación de recomendaciones, evaluación económica) se sometieron a procesos de socialización y de legitimación por parte de los pares y de la comunidad. La guía completa contiene los siguientes productos: documentación del proceso; recomendaciones basadas en evidencia, con sus anexos (incluidas tablas de evidencia); evaluación económica (modelo empleado, si se hizo *de novo*; o proceso de adaptación, si se realizó); versión para pacientes y observaciones sobre la Guía Metodológica.

5. Resultados

Aspecto 1: Tamizaje, 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

Pregunta clínica 1

En una persona mayor de 18 años que consume alcohol, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de los instrumentos de tamizaje CAGE, ASSIST y AUDIT para identificar aquellos con abuso o dependencia del alcohol comparado con la entrevista psiquiátrica (patrón de oro) en un punto en el tiempo?

Pregunta clínica 2

¿Cuál de estas pruebas es la que muestra un mejor desempeño y aplicabilidad global en un nivel de baja complejidad de atención para la identificación de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol?

Recomendaciones

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 (véase anexo 10, cuestionario AUDIT-C).

Recomendación fuerte a favor de la prueba

Recomendación por consenso de expertos

1.2 En pacientes adultos con resultado positivo para consumo de riesgo en la prueba AUDIT-C (resultado ≥ 4 puntos) aplique el cuestionario AUDIT completo para identificar a los pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol (véase la siguiente tabla para puntos de corte en puntaje AUDIT).

	Hombres	Muñeres
No hay 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 al ohólica	20-40	20-40

(Recomendación adaptada de CG 115 NICE [1] y guía australiana [2])

Recomendación fuerte a favor de la prueba.

Calidad de la evidencia:

Guía fuente: nivel de evidencia I para la guía australiana (véase anexo de nivel de evidencia y recomendaciones de la guía australiana).

Evidencia de actualización: los estudios incluidos tienen bajo riesgo de sesgo (calificaciones ++ o + plantilla de evaluación de calidad).

2. Factores de riesgo para desarrollar un síndrome de abstinencia

Pregunta clínica 3

En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los criterios clínicos más importantes para predecir el desarrollo de un síndrome de abstinencia?

Recomendaciones

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:

- 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 benzodiacepinas
- Puntaje ciwa-ar en la evaluación inicial > 10.

Aunque los siguientes exámenes no se solicitan de manera rutinaria, en caso de estar disponibles, considérelos 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 < $100 \text{ mmol}/L$
- AST > $80 \text{ U}/L$.

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

El estudio incluido tiene riesgo de sesgo muy bajo (calificación ++ plantilla de evaluación de calidad).

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 sensorceptivas, cefalea y desorientación.

Punto de buena práctica clínica.

3. **Factores de riesgo para desarrollar encefalopatía de Wernicke**

Pregunta clínica 4

En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de encefalopatía de Wernicke?

Recomendaciones

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 un 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. (véase anexo 13: Escenarios clínicos que pueden llevar a la pérdida de tiamina)

Punto de buena práctica clínica.

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.

Recomendación por consenso de expertos.

4. Factores de riesgo para desarrollar delirium tremens

Pregunta clínica 5

En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿cuáles son los factores de riesgo más importantes para evaluar la probabilidad de presentar un *delirium tremens*?

Recomendaciones

4.1 Identifique 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.

Calidad de la evidencia: bajo riesgo de sesgo (calificaciones ++ o + plantilla de evaluación de calidad SIGN).

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

Pregunta clínica 6

En personas mayores de 18 años con abuso o dependencia de alcohol que presentan intoxicación aguda por alcohol, ¿qué signos y síntomas deben identificarse y/o evaluarse durante el examen físico y cuál es su utilidad para la definición de la estrategia de manejo al momento de ingreso al servicio de urgencias?

Recomendaciones

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.

Recomendación por consenso de expertos.

5.2.1 No se recomienda la realización de alcoholemia de manera rutinaria (véanse tablas 23 y 24).

Recomendación débil en contra del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos

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	

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 12: 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 (IMC: peso/talla²), reflejos osteotendinosos, examen de piel y mucosas, examen de los ojos (pupilas, movimientos 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 (véase anexos 14 y 15: estigmas alcohólicos y signos de desnutrición).

Punto de buena práctica clínica

6. Manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol

Pregunta clínica 7

¿En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, la implementación de medidas de soporte, comparado con la no intervención, previene complicaciones médicas en las siguientes dos semanas?

Pregunta clínica 8

¿En qué situación especial es necesario asociar con el tratamiento otros medicamentos, por ejemplo neurolépticos, anticonvulsivantes, antihipertensivos u otros, a pacientes adultos con intoxicación aguda para lograr el control de los síntomas?

Recomendaciones

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

Recomendación por consenso de expertos

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

Recomendación débil en contra de la intervención

Recomendación por consenso de expertos

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 cristaloides isotónicos

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

Recomendación por consenso de expertos.

6.3 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que ameriten observación hospitalaria (véase algoritmo de manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol, anexo 25), 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 uso de sonda vesical (control de líquidos).

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

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

Recomendación débil a favor de la intervención

Recomendación por consenso de expertos

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

Recomendación por consenso de expertos

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

Recomendación por consenso de expertos

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.

Recomendación por consenso de expertos.

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.

Recomendación por consenso de expertos.

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-

Recomendación por consenso de expertos.

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.

Recomendación por consenso de expertos

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.

Recomendación por consenso de expertos.

6.11 En caso de que el paciente presente agitación, se recomienda inicialmente contención física, hidratación y examen clínico para descartar otras causas de agitación (consumo de otras sustancias, trauma craneoencefálico, cuadros psicóticos, epilepsia).

Punto de buena práctica clínica.

6.12 En caso de que la agitación no se controle por medio de la contención física y la hidratación, y no tenga contraindicación para el uso de neurolépticos (antecedente de síndrome neuroléptico maligno, distonía, hipertermia maligna, enfermedad de Parkinson), considere el uso de haloperidol en dosis de 2 a 5 mg por vía intramuscular. En caso de presencia de contraindicaciones para haloperidol, considere remisión para manejo por especialista.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

6.13 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol en las que se sospeche intoxicación de origen delincriminal se recomienda realizar hidratación por vía parenteral con cristaloides isotónicos, y de acuerdo con la presentación clínica, solicitar tamizaje de tóxicos para descartar el uso concomitante de otras sustancias, como benzodiazepinas, antipsicóticos, alcohol metílico, escopolamina, etc.

Recomendación fuerte a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

6.14. En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, el uso de soluciones dextrosadas solo se recomienda en pacientes con evidencia de hipoglicemia.

Recomendación fuerte a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

6.15 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que presenten dolor abdominal continuo y vómito considere la toma de niveles de amilasa para el diagnóstico diferencial con pancreatitis aguda.

Recomendación débil a favor del curso de acción

Recomendación por consenso de expertos.

6.16 Se debe continuar la medicación anticonvulsivante en pacientes que la toman regularmente (por ejemplo, para convulsiones no relacionadas con el consumo de alcohol).

Punto de buena práctica clínica.

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

Pregunta clínica 10

¿En qué casos se recomienda la suplencia con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes adultos con abuso o dependencia del alcohol?

Recomendaciones

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.

Recomendación por consenso de expertos.

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

En personas adultas que presentan síndrome de abstinencia, ¿cuál es la utilidad de la escala CIWA-Ar comparado con la entrevista psiquiátrica y el examen físico para determinar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario?

Recomendaciones

8.1. En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica utilice la escala CIWA-Ar (véase anexo 17) 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.

Severidad de la abstinencia	Puntaje escala CIWA-Ar
Leve	≤ 8 puntos
Moderada	9 - 15 puntos
Severa	≥ 16 puntos

Recomendación fuerte a favor del curso de acción.

(Recomendación adaptada de NICE 100).

Nivel de evidencia 3 NICE 100 (véase anexo de niveles de calidad NICE 100).

8.2 Considere tratamiento ambulatorio si:

- A. 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. 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. B. Todos los pacientes con puntaje en la escala CIWA-AR de 16 o mayor.
- C. 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).

Recomendación débil a favor del curso de acción

Recomendación por consenso de expertos

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 benzodiazepinas (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*.

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

Recomendación fuerte a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

8.5 En pacientes con enfermedad mental o neurológica, por ejemplo, temblor esencial, Parkinson, trastorno afectivo bipolar, depresión mayor psicótica, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, la escala CIWA-Ar disminuye su desempeño diagnóstico. Se recomienda en estos casos la realización de un examen mental y neurológico completo por parte del médico general (véase anexo de examen mental), y considerar la remisión para manejo por especialista.

Punto de buena práctica clínica.

Pregunta clínica 12

En pacientes adultos con síndrome de abstinencia, ¿la administración de benzodiazepinas comparado con el uso de otros psicofármacos es más efectiva en el control de los síntomas y la disminución de la morbilidad y mortalidad?

Pregunta clínica 13

En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento farmacológico con benzodiazepinas de acción larga comparado con las benzodiazepinas de acción corta o media se asocia con un rápido y mejor control de los síntomas y mejor perfil de seguridad durante el tratamiento hospitalario?

Pregunta clínica 14

¿En qué situación especial es necesario asociar con el tratamiento farmacológico estándar otros psicofármacos, por ejemplo: neurolépticos, anticonvulsivantes o antihipertensivos a pacientes adultos con síndrome de abstinencia no resuelto para lograr el control de los síntomas?

Recomendaciones

8.6 En pacientes adultos con síndrome de abstinencia alcohólica administre benzodiazepinas 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.

Benzodiazepinas	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

*Dosis habituales

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

(Recomendación adaptada de NICE 100).

Nivel de evidencia NICE 100: 1++ (véase anexo de niveles de evidencia NICE 100).

Calidad de la evidencia para los desenlaces críticos (evidencia de actualización): Baja

8.7 Ante la ausencia de evidencia sobre diferencias en la efectividad y seguridad entre benzodiazepinas para el control de síntomas del síndrome de abstinencia, se sugiere utilizar la benzodiazepina 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 benzodiazepinas por más de ocho días. Con un puntaje de CIWA-Ar mayor de 15 se recomienda iniciar tratamiento con dosis máxima (véase tabla 30). En pacientes con insuficiencia hepática y pacientes ancianos se recomienda usar benzodiazepinas de vida media corta o intermedia como lorazepam.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Calidad de la evidencia para los desenlaces críticos: Muy baja.

Pregunta clínica 15

Una vez controlados los síntomas del síndrome de abstinencia en pacientes mayores de 18 años, ¿la discontinuación gradual de las benzodiazepinas comparado con la suspensión abrupta disminuye la incidencia de recidiva de la sintomatología en las siguientes dos semanas?

Recomendaciones

8.10 Se recomienda la discontinuación gradual del tratamiento con benzodiazepinas 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.

Calidad de la evidencia baja.

Pregunta clínica 16

En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento hospitalario comparado con el tratamiento ambulatorio previene la morbilidad y mortalidad asociada con el síndrome de abstinencia alcohólica en las siguientes dos semanas?

Recomendaciones

8.11 Se recomienda, en pacientes con manejo intrahospitalario para el síndrome de abstinencia, realizar mediciones con la escala CIWA-Ar cada 8 horas (tres veces) para verificar que el puntaje se mantenga en el mismo nivel o disminuya.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

8.12 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 un *delirium tremens*, encefalopatía de Wernicke, síndrome 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.

Recomendación por consenso de expertos.

8.13 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 de conciencia o inconciencia, convulsiones, alteraciones sensorio-perceptivas (alucinaciones) o dolor de cabeza. En estos casos recomiende la consulta inmediata.

Punto de buena práctica clínica.

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

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

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

Punto de buena práctica clínica

8.16 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 permita el estado clínico, para determinar el patrón de consumo, abuso o dependencia, y manejar el caso adecuadamente (véanse recomendaciones aspecto 4)

Punto de buena práctica clínica.

8.17 Se debe realizar examen físico con toma de talla y peso a todo paciente con síndrome de abstinencia alcohólica para la determinación del estado nutricional con el IMC (índice de masa corporal).

Punto de buena práctica clínica.

8.18 Considere solicitar pruebas de función hepática en pacientes con hepatomegalia o estigmas alcohólicos (véase anexo 14, estigmas alcohólicos). Niveles de sodio y potasio en pacientes con deshidratación severa o múltiples episodios de emesis. Niveles de magnesio en pacientes con arritmia cardíaca o consumo crónico de alcohol. Glicemia en pacientes diabéticos o en pacientes con alteraciones del estado de conciencia. Cuadro hemático en pacientes con signos de desnutrición o sospecha de anemia megaloblástica.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

Pregunta clínica 17

En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia moderado o severo, ¿la referencia a un centro de mayor complejidad (nivel II, III o IV) comparado con el manejo en un centro de baja complejidad (nivel I) que solo cuente con médico general disminuye las complicaciones en las siguientes dos semanas?

Recomendaciones

8.19 El nivel de atención en el que debe manejarse el paciente con síndrome de abstinencia es el nivel de atención al que el paciente consulta inicialmente, siempre y cuando cuente con la estructura y proceso necesarios para los requerimientos de los pacientes según las recomendaciones de manejo.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

8.20 Los pacientes deben remitirse a un nivel de mayor complejidad de atención en los siguientes casos: sospecha o diagnóstico de encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, *delirium tremens*, convulsiones, 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.

Recomendación por consenso de expertos.

8.21 Si no se puede asegurar el manejo ambulatorio con seguimiento adecuado, el paciente debe ser manejado de manera intrahospitalaria en una institución de baja complejidad de atención.

Punto de buena práctica clínica

Pregunta clínica 18

En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol con síndrome de abstinencia, ¿el uso rutinario de tiamina desde el primer día de tratamiento previene la aparición de encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff?

Recomendaciones

8.22 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 200 mg (2 cc) diarios durante cinco días.

Recomendación débil a favor de la intervención.

Recomendación por consenso de expertos.

8.23 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 8 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.

Recomendación por consenso de expertos.

9. Imágenes diagnósticas en pacientes con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia alcohólica.

Pregunta clínica 9

¿En qué situaciones especiales es necesario solicitar neuroimágenes a pacientes adultos con intoxicación aguda o síndrome de abstinencia alcohólica para detectar lesiones cerebrales?

Recomendaciones

9.1 No se recomienda la solicitud de rutina de neuroimágenes en pacientes con intoxicación por alcohol o en caso de síndrome de abstinencia por alcohol.

Recomendación débil en contra del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

9.2 Considere la necesidad de tomar una TAC en pacientes con un cuadro de intoxicación aguda por alcohol ante la presencia de examen neurológico con signos de focalización o de alteración de la conciencia y 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.

Recomendación por consenso de expertos.

9.3 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 Wernicke o síndrome de Korsakoff, un puntaje de CIWA 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.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

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

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

Pregunta clínica 19

En pacientes con abuso o dependencia de alcohol, ¿cuáles intervenciones farmacológicas y no farmacológicas han mostrado generar abstinencia o cambio en el patrón de consumo y prevenir las recaídas?

Recomendaciones

10.1 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.

Administre esta intervención a todos los pacientes que, por medio del cuestionario AUDIT, hayan sido identificados como pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol (véase anexo 11: Entrevista breve motivacional).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

Calidad de la evidencia NICE-115: moderada y alta (GRADE).

Calidad de la evidencia global para los desenlaces críticos (evidencia de actualización): moderada.

10.2 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.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

10.3 Una vez sea identificado un paciente con dependencia del alcohol (puntaje AUDIT ≥ 20), garantice la remisión al 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 utilizados en AA (alcohólicos anónimos) y NA (narcóticos anónimos) para vivir en sobriedad).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

Calidad de la evidencia NICE-115: moderada y alta (GRADE).

10.4 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.

10.5 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 al especialista para manejo:

- 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.

Recomendación débil a favor de la intervención.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

Calidad de la evidencia NICE-115: moderada y alta (GRADE).

Calidad de la evidencia global para los desenlaces críticos (evidencia de actualización): alta.

10.6 No se recomienda el uso de gamma-hidroxiturato GHB para el manejo de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

Recomendación débil en contra de la intervención.

Calidad de la evidencia global para los desenlaces críticos: baja.

10.7 No se recomienda el uso rutinario 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.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

Calidad de la evidencia NICE-115: moderada y alta (GRADE).

Referencias

1. Maldonado J. An approach to the patient with substance use and abuse. *Med Clin North Am.* 2010;94:1169-205.
2. Aaron C, Albertson T, Amato C, et al. *Critical care toxicology. Diagnosis and management of the critically poisoned patient.* Philadelphia: Mosby; 2005.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). *CIE-10 Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento.* Ginebra: OMS; 1992.
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic Statistic Manual IV TR breviario. Criterios diagnósticos.* Barcelona: Editorial Masson; 1995
5. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Genève: WHO; 1992.
6. Moore RD, Bone LR, Geller G, et al. Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA.* 1989;261:403-7.
7. NIAAA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Neuroscience: Pathways to alcohol dependence. *Alcohol Alert [internet].* 2009;77. [citado: 15 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholAlerts/Documents/AA77.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial para reducir el consumo de alcohol.* Lausanne: OMS; 2010.
9. Alwan A. *Global status report on alcohol and health.* Geneva: World Health Organization; 2011.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas.* Ginebra: OMS; 2004.
11. United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). *World Drug Report 2010.* New York: UNODC; 2010.

12. Monteiro MG. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington: Biblioteca OPS; 2007.
13. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas-implications for alcohol policy. *Pan Am J Public Health*. 2005;(4-5):241-8.
14. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, et al. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002 (NESARC). *Drug Alcohol Depend*. 2004;74:223-34.
15. Dumbar JA, Penttila A, Pikkarainen J. Drinking and driving: choosing the legal limits. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295:1458-60.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Drinking and driving: a road safety manual for decision makers and practitioners. Ginebra: OMS; 2007.
17. Céspedes-Londoño J, Jaramillo-Pérez I, Castaño-Yepes R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002;1:1003-24.
18. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatría*. 2004;33:241-62.
19. Scoppetta O. Consumo de drogas en Colombia: características y tendencia. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia, DNE y Ministerio del Interior y Justicia; 2010.
20. República de Colombia. Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008. Bogotá: DNE; 2008.
21. República de Colombia. Decreto 3039 de 10 de agosto de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2007.
22. Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, et al. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22:998-1040.
23. Chad A, Aaronson J, Aaronson H. Regimen for alcohol withdrawal and detoxification. *J Fam Pract*. 2004;53:545-54.
24. Rush J, First MB, Blacker D, editor. Handbook of psychiatric measures, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007
25. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84:1353-7.
26. Hollbrook A, Crowther R, Lotter A, et al. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*. 1999;160:675-80.
27. Stuppaeck C, Barnas C, Falk M, et al. Assessment of the alcohol withdrawal syndrome: validity and reliability of the translated and modified clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA- Ar). *Addiction*. 1994;89:1287-92.

28. Saitz R, O'Malley S. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. *Med Clin North Am.* 1997;81:881-907.
29. Mayo-Smith M. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. *JAMA.* 1997;278:144-51.
30. Weiss F. Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Current Opin Pharmacol.* 2005;5:9-19.
31. Project MATCH Research Group. Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health.* 1998;7:589-602.
32. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change. A guide for practitioners. New York: Churchill Livingstone; 1999.
33. Patterson GR, Forgatch MS. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: a paradox for the behavior modifier. *J Consult Clin Psychol.* 1985;53:846-51.
34. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, et al. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:118-28.
35. Camacho A, Gómez-Restrepo C. Alcoholismo. *Guías de Manejo en Psiquiatría.* Bogotá: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús; 2008. Capítulo 14.
36. Gómez-Restrepo C, Uribe M. Delirium Tremens. *Guías de Manejo en Psiquiatría.* Bogotá: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús; 2008. Capítulo 15.
37. República de Colombia. Ministerio de Protección Social (Minsalud). Intoxicación por alcohol. *Guías para el manejo de urgencias.* Bogotá: Minsalud; 2003.
38. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. *Guías de manejo en salud mental, tomo 1. Guía de manejo para la atención del paciente con delirium.* Bogotá: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Provincia de Nuestra Señora del Buen Consejo; 2008.

Introducción

Después de la cafeína, el alcohol es la segunda sustancia psicotrópica más usada en el mundo (1). Su consumo es el tercer factor de riesgo para muerte prematura y discapacidad. Los trastornos relacionados con el alcohol tienden a ser crónicos, favorecen el ausentismo escolar y laboral, afectan el funcionamiento familiar, económico y social de los individuos que lo padecen (2), se relacionan con varias enfermedades médicas graves, tienen una alta comorbilidad con otros trastornos mentales y aumentan el riesgo de sufrir accidentes de tránsito.

El diagnóstico de los trastornos relacionados con el alcohol se realiza por medio de dos sistemas: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (CIE-10) (3), y el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM, por sus siglas del inglés Diagnostic Statistical Manual) (4), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su cuarta versión revisada (4). Los dos sistemas definen dos grandes categorías: los trastornos por uso de sustancias, que incluyen el abuso y la dependencia, y los trastornos mentales inducidos por la sustancia, donde están incluidos la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia (4,5) (véase anexo de criterios diagnósticos DSM IV y CIE-10).

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 entre el 20% y 50% de todos los pacientes hospitalizados, solo un 5% se diagnostica (6). Esto puede deberse a la falta de entrenamiento en su detección o a limitaciones para la búsqueda activa de sujetos con consumo o con riesgo que consultan los servicios de salud.

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos (7) define el *alcoholismo* como una enfermedad crónica, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de alcohol a pesar de sus efectos nocivos, el desarrollo de un estado fisiológico alterado (abstinencia), luego de la disminución significativa o suspensión de la ingesta de alcohol, y la aparición de sesgos cognitivos y comportamentales asociados.

La OMS se centra más en el impacto que en las características clínicas y define el *alcoholismo* como un trastorno crónico, caracterizado por la ingesta de bebidas alcohólicas en una cantidad que interfiere con la salud y el funcionamiento social y económico del individuo; plantea, así, que los servicios de salud deben ofrecer intervenciones encaminadas a la prevención y tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de alcohol. Para este fin, expone como puntos fundamentales la modificación de la capacidad de los sistemas de salud, de manera que les permita abordar individuos en riesgo o con el trastorno instaurado, la creación de iniciativas de detección temprana e intervenciones breves, el

desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y sus comorbilidades, el aumento de la disponibilidad y accesibilidad a los servicios salud, y la creación y mantenimiento de un sistema de registro y vigilancia de la morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol (8).

1. Situación a escala mundial

La OMS plantea que el uso nocivo de alcohol es un problema de salud pública mundial y causa millones de muertes (2,5 millones, en 2004), incluyendo las de miles de jóvenes (320.000 personas entre 15 y 29 años, en 2004). No solo es un factor causal de varias enfermedades graves, sino, también, un disparador de agresiones y situaciones de violencia (9).

Según la Organización de Estados Iberoamericanos, el consumo excesivo de alcohol es un problema en naciones desarrolladas y en países del Tercer Mundo¹.(www.cicad.oas.org). Se calcula que el alcohol provoca casi el 4% de las muertes en todo el mundo y es una de las 20 primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD), ya sea por condiciones neurológicas y/o psiquiátricas asociadas (38%), por lesiones accidentales (28%) o por lesiones causadas de forma intencional (12%). En los hombres, el total de AVAD por enfermedades atribuibles al consumo de alcohol es del 6,5%, mientras que en las mujeres es del 1,3% (10,11). Un estudio realizado por la Universidad de Oxford en un grupo de mujeres (24% no bebedoras, 29% bebedoras de dos o menos bebidas alcohólicas a la semana, 23% bebedoras de 7 a 14 bebidas y 5%, de hasta 15 bebidas semanales) encontró que el alcohol estaba involucrado en alrededor de sesenta tipos distintos de enfermedades y lesiones, entre las que estaban cirrosis hepática, epilepsia y varios tipos de cáncer, como el hepático, el colorrectal, el cáncer de seno y el de laringe. Este grupo concluyó que en el Reino Unido el alcohol tiene una relación directa con la aparición del 11% de todos los cánceres de mama (5.000 tumores por año), el 9% de los rectales (500 casos por año) y el 25% de los tumores de cavidad oral, faringe, laringe y esófago, y que al comparar el vino con otras bebidas, los resultados no se modificaban².

A pesar de que la evidencia de las alteraciones relacionadas con el consumo de alcohol es clara, esta es una práctica ampliamente aceptada en la cultura occidental, lo que favorece el desarrollo de patrones de abuso y dependencia, y el uso concomitantemente de otras sustancias, como cocaína y benzodicepinas.

¹ Véase <http://www.cicad.oas.org>.

² Véase <http://www.millionwomenstudy.org>.

2. Situación en América

El alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en los países en vía de desarrollo, superando el tabaquismo (12). Por este motivo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha considerado el alcoholismo como una prioridad en salud pública, teniendo en cuenta que los problemas relacionados con el consumo de alcohol superan las estadísticas medias globales. A pesar de las amplias variaciones subregionales, el valor promedio de consumo de alcohol per cápita ponderado por población en las Américas es de 8,7 L, mientras que la media global es de 6,2 L. Los países con mayor consumo son Estados Unidos, Colombia y México (13).

En Estados Unidos se estima que el 90% de los hombres y el 75% de las mujeres en algún momento de la vida han tenido una experiencia con el alcohol. En este país, la prevalencia de abuso de alcohol es de 4,65% y la dependencia, de 3,81%, con una mayor afectación de los nativos americanos en los dos grupos y predominancia del género masculino en todos los grupos (14).

Entre las consecuencias más importantes del consumo de alcohol están los accidentes de tránsito y los hechos de violencia. En los Estados Unidos se calcula que el 40% de choques fatales está relacionado con el alcohol; así, el número de choques por unidad de tiempo es uno de los desenlaces por medir en los estudios de salud pública. Trabajos realizados en laboratorio con simuladores de manejo han establecido que pequeñas cantidades de alcohol afectan la capacidad y destreza para conducir, al generar alteraciones en la visión, el nivel de vigilancia, el procesamiento de la información y la atención, lo que se evidencia en la aparición de colisiones con concentraciones de alcohol mayores a 0,05% en sangre (15-17). En cuanto a los hechos violentos, la intoxicación alcohólica en sujetos con elementos antisociales de la personalidad se relaciona con la ejecución de actos criminales, intentos suicidas y suicidios consumados (12).

3. Situación en Colombia

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%; el abuso de alcohol es el trastorno más prevalente. Se calcula que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol, con una proporción hombre a mujer de 5 a 1. En cuanto a las cifras de consumo, existe variabilidad geográfica; porcentajes superiores a 17% se encontraron en Medellín, San Andrés y Providencia, Córdoba y Chocó, y las diferencias son mayores si se considera el porcentaje de personas con uso de riesgo o perjudicial, en relación con los consumidores del último mes, que en algunas regiones, como Córdoba, Chocó, La Guajira, Nariño y Sucre, superó el 50% (18).

Un estudio realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) mostró que el 86% de las personas declararon haber consumido alcohol al menos una vez en su vida, el 61% en el último año y el 35% en el último mes. El uso de drogas tiende a iniciarse en la adolescencia, y se presenta en forma más temprana el consumo de alcohol y de cigarrillo (19).

Un estudio realizado en población general en 1996 reportó que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol era 15,9 años, un promedio mayor al obtenido en el estudio del 2008 (19) (tabla 1). La edad de aparición de los trastornos relacionados con sustancias se encuentra entre 18 y 26 años, con una edad promedio de inicio de abuso de alcohol a los 23 años, y la mayor tasa de uso actual está en jóvenes de 18 a 24 años, que constituyen la mayor proporción de sujetos con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol (20). La prevalencia de vida de abuso de alcohol es de 6,8% y de dependencia, de 2,4%.

Tabla 1. Promedios de edad de inicio de consumo de alcohol por grupos de edad en 1996 y 2008

Grupos de edad	Media (1996)	Media (2008)
12 a 17 años	12,4	13,3
18 a 24 años	14,9	15,7
25 a 44 años	16,6	17,5
45 a 60 años	18,0	19,6

Fuente: Scoppetta, 2010 (19).

En cuanto a los factores de riesgo, la posibilidad de sufrir trastornos por abuso de alcohol es mayor en personas con antecedentes de enfermedad mental, dependencia de nicotina activa o en remisión, conflictos en la infancia con las personas que los criaron, comorbilidad física y experiencias emocionalmente perturbadoras. Al analizar el problema, dividiendo al país en cinco regiones, se observó que la región pacífica y la central presentan la prevalencia más elevada de trastornos relacionados con el consumo de sustancias, 12,3% y 11,8% respectivamente; sin embargo, la frecuencia de uso de servicios de salud para los trastornos por uso de sustancias psicoactivas es tan solo del 5% (18).

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 planteado en el Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, del Ministerio de la Protección Social, por medio de la Circular 0018 de 2004 (que contiene los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del plan de atención básica 2004-2007 y de los recursos asignados para la salud pública), que fue modificado por la Resolución 9425 de 2008 (documento que define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de

Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales) definió dentro de las seis acciones de salud pública prioritarias para la nación la implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas (21); de allí surgió la necesidad de generar una *guía de atención integral* para pacientes con abuso o dependencia del alcohol, que proporcione recomendaciones para la buena práctica basadas en la mejor evidencia clínica disponible y en la racionalización de costos para mejorar la calidad de atención en salud, actualizar el plan obligatorio de salud y promover el desarrollo del país.

4. Alteraciones relacionadas con el consumo de alcohol

El alcohol actúa en la membrana neuronal alterando la permeabilidad y las propiedades de sus componentes, lo que genera un desequilibrio entre los neurotransmisores inhibitorios (GABA, glicina) y los excitatorios (glutamato), y modifica la actividad enzimática de los sistemas de generación de segundos mensajeros (22).

El 90% del alcohol se elimina por vía hepática por oxidación enzimática y el 10% restante se elimina sin cambios a través de la piel, los riñones y los pulmones. La velocidad de eliminación promedio es de 10 ml a 15 ml/hora; en mujeres, esta tasa disminuye, porque tienen menor cantidad de aldehído deshidrogenasa (2).

Una de las alteraciones que genera más consultas al servicio de salud es la intoxicación aguda por alcohol, definida por el DSM-IV como los cambios psicológicos y comportamentales que aparecen después de la ingesta reciente de alcohol y que pueden cursar con alteraciones en el lenguaje, la marcha, la memoria y el estado de conciencia (véase anexo de criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10). En términos generales, los síntomas y signos que se presentan en la intoxicación aguda por alcohol se correlacionan directamente con los niveles plasmáticos de alcohol; esto puede cambiar en sujetos con consumo crónico, que, a pesar de haber consumido grandes cantidades de alcohol, pueden estar asintomáticos.

La otra causa de consulta es el síndrome de abstinencia alcohólica, que se produce por interrupción abrupta o disminución significativa de la ingesta de alcohol en individuos abusadores o dependientes del alcohol. Usualmente, las manifestaciones clínicas de este síndrome se presentan en las primeras 72 horas y duran hasta siete días. Cuando se complica, puede aparecer el *delirium tremens*, que es la forma más grave de abstinencia; se presenta en un 5% a 10% de sujetos dependientes del alcohol, con una prevalencia mayor en hombres que en mujeres (relación 5,3 a 1). Cursa con fluctuaciones del estado de conciencia, compromiso cognitivo y alucinaciones, que suelen ser vívidas y tener alto impacto en el comportamiento del individuo. La tasa de mortalidad en sujetos con *delirium tremens* no tratados

alcanza el 20% (23). Cabe anotar que en algunos pacientes con consumo crónico de alcohol se pueden presentar síntomas residuales, como alteraciones en el patrón de sueño, humor depresivo o disfórico y ansiedad por periodos prolongados, que los predisponen a tener recaídas tempranas.

El tercer tipo de alteraciones generadas por el alcohol lo constituyen las alteraciones neurocognitivas, que hacen parte de la encefalopatía de Wernicke y del síndrome de Korsakoff, entidades que aparecen como complicaciones del consumo crónico de alcohol y que pueden ser prevenidas por medio de estrategias de detección temprana y tratamiento oportuno, como el uso de tiamina, una vitamina que está disminuida en el 30% a 80% de los pacientes alcohólicos.

5. Tamización

Para el abordaje adecuado de los problemas relacionados con el consumo de alcohol es fundamental hacer un reconocimiento temprano por medio de instrumentos de tamizaje y diagnóstico, que permitan establecer los patrones de consumo y la severidad de la abstinencia, así como realizar un seguimiento que garantice la continuidad del tratamiento hacia etapas de rehabilitación. Para lograr este objetivo, se debe entrenar al personal en salud en la utilización de las herramientas de tamizaje y seguimiento, de forma que les permita buscar activamente el consumo de alcohol en los sujetos que consultan los diferentes servicios de salud y hacer intervenciones *in situ* como estrategias de atención primaria en salud (APS).

Uno de los instrumentos utilizados para determinar la severidad del cuadro y determinar la necesidad de tratamiento adecuado es la escala CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol revised*) (24), que consta de diez ítems y sirve para: reconocer los signos y síntomas del síndrome de abstinencia, evaluar la gravedad del cuadro, determinar qué pacientes requieren tratamiento farmacológico activo y realizar seguimiento que permita determinar la respuesta al tratamiento. La mayoría de los estudios que avalan su utilización se han realizado en unidades de desintoxicación alcohólica, en programas de deshabitación y en unidades de salud mental, cuyos pacientes se presentan con formas leves a moderadas del síndrome de abstinencia (25-27). Pero no existen muchos trabajos que hayan valorado específicamente su utilización en pacientes con comorbilidad, convulsiones o *delirium tremens*, por lo cual se ha cuestionado su utilización en estos casos (28).

6. Estrategias de intervención

En muchos casos, la atención en fase aguda es el primer contacto del paciente con los servicios de salud, y de la manera como se desarrolle esta etapa depende la posibilidad de una recuperación total; de ahí la importancia de implementar medidas eficaces y adecuadas.

Una de ellas es la desintoxicación, que comprende un conjunto de intervenciones dirigidas al manejo de la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia, que tiene como objetivos el control rápido de la agitación, la disminución de la severidad de los síntomas, la prevención de complicaciones potencialmente mortales y la facilitación de la remisión de los pacientes a programas que les permitan alcanzar y mantener la abstinencia por periodos prolongados. La implementación de esta medida requiere una evaluación diaria del paciente por lo menos durante los primeros siete días siguientes a la suspensión del consumo, por lo cual se recomienda que se aplique en un contexto hospitalario (29).

Una vez finalizada la fase de desintoxicación, diferentes circunstancias, como la presencia de ansiedad de consumo (o *craving*) y algunos estímulos ambientales condicionados con la experiencia de ingerir alcohol perpetúan el deseo de consumir (fenómeno que se explica por la hipótesis de aprendizaje asociativo: un estímulo ambiental asociado repetitivamente con el consumo genera expectativas de evocar nuevamente la misma experiencia placentera y activar los circuitos de recompensa) y pueden favorecer la recaída (30). En otras palabras, aunque el individuo recupere su funcionalidad, las neuroadaptaciones ocasionadas por el consumo crónico del alcohol prevalecen, generando un estado de vulnerabilidad permanente a la recaída (29).

Se ha comprobado que sin las intervenciones adecuadas, un sujeto con adicción al alcohol recae en el consumo tan solo unos días después de la abstinencia, pues los síntomas físicos y psicológicos actúan como reforzadores del hábito. Estas consideraciones convierten todas las vulnerabilidades mencionadas en blanco de intervención para la cesación del consumo de alcohol (30).

Las estrategias con más evidencia para el manejo de pacientes con trastornos relacionados con el consumo de alcohol son la entrevista motivacional, la terapia de facilitación o de doce pasos y la terapia cognitivo-conductual. Un estudio multicéntrico que comparó las tres intervenciones concluyó que los tres tratamientos tienen efectos favorables sobre el control del consumo y el mantenimiento de la abstinencia (31). La entrevista motivacional es un método creado por Stephen Rollnick y Richard Miller (32), que busca ayudarle al paciente a explorar y resolver la ambivalencia (estado mental en el que una persona tiene sentimientos contrapuestos en relación con alguna cosa) acerca de una conducta o hábito insano, para promover cambios hacia estilos de vida más saludables.

Dicha intervención tiene como objetivos buscar el reconocimiento de posibles conductas problemáticas, aportar herramientas para afrontar situaciones no resueltas, promover cambios de conducta y aumentar la motivación (probabilidad de que una persona comience, continúe y se adhiera a una determinada estrategia de cambio) del paciente, respetando siempre sus decisiones, pues se considera que es el responsable de la elección de posibles alternativas. El profesional de la salud que realice esta intervención debe plantear un objetivo realista y alcanzable, mantener una escucha respetuosa y tener una actitud empática, pues ese estilo se encuentra asociado con bajos niveles de resistencia de los pacientes y cambios en la conducta que se mantienen a largo plazo (33).

La terapia cognitivo-conductual está basada en el entrenamiento en habilidades, y tiene como objetivo incrementar las capacidades del paciente para afrontar aquellos estímulos que precipitan el uso de sustancias psicoactivas, además, desarrollar alternativas distintas al momento de lidiar con situaciones problemáticas (34).

Este enfoque se basa fundamentalmente en los principios de la teoría del aprendizaje, y, por lo tanto, se conceptualiza el trastorno adictivo como el resultado de determinados procesos de aprendizaje que pueden ser revertidos y que vinculan el uso de drogas con una amplia variedad de situaciones.

Tabla 2. Características de las intervenciones en trastornos relacionados con el alcohol

Terapia cognitivo-conductual	Terapia de facilitación (doce pasos)	Entrevista motivacional
Focalizada en la transmisión de habilidades de afrontamiento.	Focalizada en la familiarización y participación del paciente en alcohólicos anónimos.	Focalizada en la resolución de la ambivalencia.
Orientada a la abstinencia.	Orientada a la abstinencia.	No orientada a la abstinencia.
		Orientada a la motivación para el cambio.

El objetivo de presentar esta guía es proporcionar al personal de salud información actualizada que le permita conocer y aplicar los instrumentos útiles en el tamizaje, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol y síndrome de abstinencia, así como instaurar los tratamientos más efectivos que permitan disminuir la incidencia de complicaciones y los costos en salud. En el presente documento se incluyen la guía de práctica clínica, la guía para pacientes, las evaluaciones económicas de las tecnologías en salud seleccionadas, los indicadores de seguimiento y las recomendaciones para disseminación, difusión y adopción de las recomendaciones.

7. Variabilidad en la práctica clínica

Dada la ausencia de guías de práctica clínica en nuestro medio para los aspectos contemplados en la presente *guía de atención integral*, existe gran variabilidad en la aplicación de las pruebas de cribado, en el abordaje del paciente con intoxicación alcohólica aguda y abstinencia por alcohol.

8. Necesidad de una GPC en Colombia

En nuestro medio no existe una *guía de práctica clínica* que aborde con buena evidencia el problema de detección temprana del abuso de alcohol y dependencia a este, así como el diagnóstico clínico y tratamiento de la fase aguda de desintoxicación y manejo de la abstinencia alcohólica, pese a que el alcohol es un problema de salud pública en Colombia. Si bien se han desarrollado guías que cubren el tema del alcohol, no están basadas en la mejor evidencia disponible (35-38).

9. Alcance y objetivos

9.1 Alcance

Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de desintoxicación de pacientes adultos con abuso o dependencia del alcohol.

La presente guía dará recomendaciones para la detección temprana, diagnóstico y manejo de pacientes adultos en fase aguda con abuso, dependencia o abstinencia de alcohol, por parte de médicos generales, médicos especialistas, psicólogos y enfermeros, en los diferentes niveles de atención, con énfasis en atención primaria.

9.2 Propósitos

Mejorar la calidad de la atención en salud y la utilización racional de recursos en el cuidado clínico de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

Disminuir la variabilidad injustificada en el manejo diagnóstico y terapéutico de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso y dependencia del alcohol.

Generar modelos de evaluación de resultados de investigación (investigación integrativa: guías de práctica clínica) que permitan de manera pragmática medir e interpretar indicadores de impacto

sencillos, válidos y útiles, que sirvan como base para el aseguramiento de la calidad de atención basada en evidencia, así como para propiciar la investigación y desarrollo de indicadores complejos, tanto clínicos como económicos, en intoxicación aguda por alcohol y síndrome de abstinencia.

9.3 Objetivos generales

Desarrollar de manera sistemática la *guía de atención integral* (GAI) y parámetros de práctica de atención en salud o estándares mínimos de calidad en la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. La guía está basada en la mejor y más actualizada evidencia disponible, con recomendaciones jerarquizadas según nivel de evidencia y grado de recomendación, que no solo sirvan como bases para orientar la práctica clínica, sino que puedan ser utilizadas para diseñar, desarrollar y llevar a cabo actividades de aseguramiento de la calidad de atención (indicadores de implementación y adherencia).

Preparar de forma sistemática una versión de la *guía de atención integral* de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol adecuada para los pacientes y/o cuidadores.

Realizar evaluaciones económicas de recomendaciones de la guía, cuando sea adecuado y de acuerdo con criterios estrictos de priorización.

Proponer indicadores de seguimiento de la implementación y adherencia a la guía.

9.4 Objetivos específicos de desarrollo de la guía

Realizar, tras una búsqueda sistemática de literatura, un diagnóstico metodológico y de contenidos de las principales guías de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

Constituir grupos de trabajo integrados por expertos temáticos provenientes de la academia, de las sociedades científicas, de las facultades de salud, profesionales en atención primaria, con carácter multidisciplinario, usuarios y cuidadores, expertos metodológicos de apoyo con suficiencia comprobada y representantes de la organización gestora, para el desarrollo de las distintas etapas del proceso de elaboración de las recomendaciones.

Adoptar, adaptar y/o desarrollar grupos de recomendaciones basadas en evidencia (guías de práctica clínica) acerca de los siguientes tópicos relacionados con la atención integral de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

9.5 Objetivos específicos de la evaluación económica

Aun cuando hay múltiples intervenciones diagnósticas y terapéuticas involucradas en esta guía que son susceptibles de ser evaluadas económicamente, se decidió llevar a cabo un proceso de priorización explícito, con base en los siguientes criterios: calidad de la información, evidencia sobre eficacia de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, existencia de alternativas por comparar, relevancia e impacto sobre el sistema, cambios previsibles en la tecnología y sus usos, e importancia social.

10. Población blanco

Las recomendaciones van dirigidas al manejo de la fase aguda de intoxicación, abstinencia y detección temprana de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, en la población colombiana mayor de 18 años.

10.1 Grupos poblacionales excluidos

Los menores de 18 años y las mujeres en embarazo. Además de pacientes con otros trastornos inducidos o no por alcohol, como: trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos del sueño, miocardiopatía alcohólica, pancreatitis alcohólica etc.

10.2 Usuarios

Personal clínico asistencial (médicos generales, psiquiatras, enfermeros, psicólogos) que realiza tamización de pacientes para el consumo de alcohol y que brinda cuidados a pacientes con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia en los diferentes niveles de atención.

11. Ámbito asistencial

La propuesta hace recomendaciones para los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Esto hace referencia a la detección temprana para el primer nivel (detección, manejo inicial, evaluación de

riesgos, referencia), medidas de soporte, tratamiento farmacológico y no farmacológico para control de la intoxicación aguda por alcohol o el síndrome de abstinencia (prevención secundaria) y direccionamiento del paciente a programas de rehabilitación para prevenir recaídas y lograr abstinencia total (prevención terciaria).

Referencias

1. Maldonado J. An approach to the patient with substance use and abuse. *Med Clin North Am.* 2010;94:1169-205.
2. Aaron C, Albertson T, Amato C, et al. *Critical care toxicology. Diagnosis and management of the critically poisoned patient.* Philadelphia: Mosby; 2005.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). *CIE-10 Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento.* Ginebra: OMS; 1992.
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic Statistic Manual IV TR breviario. Criterios diagnósticos.* Barcelona: Editorial Masson; 1995
5. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Genève: WHO; 1992.
6. Moore RD, Bone LR, Geller G, et al. Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA.* 1989;261:403-7.
7. NIAAA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Neuroscience: Pathways to alcohol dependence. *Alcohol Alert [internet].* 2009;77. [citado: 15 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholAlerts/Documents/AA77.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial para reducir el consumo de alcohol.* Lausanne: OMS; 2010.
9. Alwan A. *Global status report on alcohol and health.* Geneva: World Health Organization; 2011.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas.* Ginebra: OMS; 2004.
11. United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). *World Drug Report 2010.* New York: UNODC; 2010.
12. Monteiro MG. *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción.* Washington: Biblioteca OPS; 2007.
13. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas-implications for alcohol policy. *Pan Am J Public Health.* 2005;(4-5):241-8.
14. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, et al. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002 (NESARC). *Drug Alcohol Depend.* 2004;74:223-34.

15. Dumbar JA, Penttila A, Pikkarainen J. Drinking and driving: choosing the legal limits. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295:1458-60.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Drinking and driving: a road safety manual for decision makers and practitioners*. Ginebra: OMS; 2007.
17. Céspedes-Londoño J, Jaramillo-Pérez I, Castaño-Yepes R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002;1:1003-24.
18. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatría*. 2004;33:241-62.
19. Scoppetta O. *Consumo de drogas en Colombia: características y tendencia*. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia, DNE y Ministerio del Interior y Justicia; 2010.
20. República de Colombia. Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008*. Bogotá: DNE; 2008.
21. República de Colombia. Decreto 3039 de 10 de agosto de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2007.
22. Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, et al. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22:998-1040.
23. Chad A, Aaronson J, Aaronson H. Regimen for alcohol withdrawal and detoxification. *J Fam Pract*. 2004;53:545-54.
24. Rush J, First MB, Blacker D, editor. *Handbook of psychiatric measures*, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007
25. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84:1353-7.
26. Hollbrook A, Crowther R, Lotter A, et al. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*. 1999;160:675-80.
27. Stuppaeck C, Barnas C, Falk M, et al. Assessment of the alcohol withdrawal syndrome: validity and reliability of the translated and modified clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA- Ar). *Addiction*. 1994;89:1287-92.
28. Saitz R, O'Malley S. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. *Med Clin North Am*. 1997;81:881-907.
29. Mayo-Smith M. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. *JAMA*. 1997;278:144-51.
30. Weiss F. Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Current Opin Pharmacol*. 2005;5:9-19.
31. Project MATCH Research Group. Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health*. 1998;7:589-602.

32. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change. A guide for practitioners. New York: Churchill Livingstone; 1999.
33. Patterson GR, Forgatch MS. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: a paradox for the behavior modifier. *J Consult Clin Psychol.* 1985;53:846-51.
34. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, et al. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:118-28.
35. Camacho A, Gómez-Restrepo C. Alcoholismo. Guías de Manejo en Psiquiatría. Bogotá: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús; 2008. Capítulo 14.
36. Gómez-Restrepo C, Uribe M. Delirium Tremens. Guías de Manejo en Psiquiatría. Bogotá: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús; 2008. Capítulo 15.
37. República de Colombia. Ministerio de Protección Social (Minsalud). Intoxicación por alcohol. Guías para el manejo de urgencias. Bogotá: Minsalud; 2003.
38. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Guías de manejo en salud mental, tomo 1. Guía de manejo para la atención del paciente con delirium. Bogotá: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Provincia de Nuestra Señora del Buen Consejo; 2008.

Metodología

1. Marco Conceptual

Las guías para la práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia han sido definidas como: “recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones respecto al cuidado de salud más apropiado, en circunstancias clínicas específicas”(1). Representan la síntesis de grandes volúmenes de conocimiento en un formato apto para ser usado por quienes participan en la toma de decisiones sobre la salud. Esto incluye a médicos y a otros profesionales de la salud que prestan directamente el servicio, administradores, hacedores de políticas, actores de sistemas de aseguramiento, pacientes y sus familias. Cuando las GPC se desarrollan siguiendo métodos rigurosos son consideradas como una forma de investigación original integradora(2;3).

Las GPC están dirigidas a problemas específicos del sector salud y pueden referirse a diagnósticos clínicos, síndromes o a condiciones clínicas generales. La hipótesis subyacente a las GPC es considerar que una actuación adecuada en el momento oportuno de cada fase de la historia natural de la enfermedad, supone evitar el inicio de muchas patologías, produce una mejora en su pronóstico y en su calidad de vida, reduce las complicaciones y disminuye los costos asociados a las fases más avanzadas. Las GPC proponen todas las actividades que hay que realizar por parte del personal de salud en todos los niveles de atención, a lo largo de la historia natural de la enfermedad, precisando la relación entre los profesionales y definiendo el sistema de evaluación(4).Las GPC basadas en evidencia, desarrolladas rigurosamente y con independencia editorial son potentes herramientas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

La elaboración de GPC exige la conformación de grupos expertos, asesores metodológicos y otros actores involucrados o afectados por los procesos asistenciales. Se requiere de una participación amplia de numerosos actores del proceso en momentos definidos del mismo. Adicionalmente se debe contar con revisores externos al proceso y árbitros locales e internacionales que den fe de su calidad y pertinencia.

2. Aspectos generales

De acuerdo con los términos de referencia de la convocatoria, la entidad contratante se comprometió a entregar 5 productos: a) Documento que describa la guía de práctica clínica, en versión larga y corta dirigido a profesionales de la salud (usuarios); b) Documento que describa la guía de práctica clínica dirigido a pacientes (población blanco) c) Documento que reporte la conducción y resultados de las evaluaciones económicas realizadas; d) Documento que describa las estrategias de difusión propuestas y los indicadores propuestos para el seguimiento; y e) Documento con retroalimentación sobre la Guía Metodológica y análisis crítico de la metodología propuesta, con sugerencias para mejoramiento y documentación del proceso de socialización y legitimación de la guía.

En la siguiente descripción de la metodología se describen los procesos y estrategias relacionadas con el producto a.

2.1. Diseño

Se trata de una investigación integradora realizada para desarrollar recomendaciones basadas en evidencia. Cada recomendación es la respuesta a una pregunta científica relacionada con el proceso de cuidado en salud específico dentro de los tópicos clínicos abordados por la guía. Las preguntas se plantean a propósito de cada punto en el proceso de atención en salud en el que el usuario de la guía y su paciente tienen que tomar decisiones con respecto a intervenciones específicas. Para la respuesta a cada pregunta se lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura científica (búsqueda, selección, recuperación, extracción de información, apreciación crítica y elaboración de tablas de evidencia). Según las especificidades de cada pregunta, puede ser necesario también llevar a cabo estimaciones de utilidad esperada (análisis de decisiones).

Para la descripción de la metodología se utiliza la estructura propuesta en la Guía Metodológica(5) que contempla 2 fases: preparatoria y desarrollo de recomendaciones, con etapas sucesivas en cada fase. Adicionalmente se describe el proceso de cierre, con la validación, evaluación por pares y socialización. Luego se describen en detalle los aspectos metodológicos de la generación de recomendaciones. Los aspectos relacionados con evaluación económica, se abordan en el documento que informa el proceso y los resultados de las evaluaciones económicas llevadas a cabo en puntos seleccionados dentro de los tópicos abordados por cada guía, en la segunda sección del presente documento.

2.2. Fase preparatoria

2.2.1. Estructura funcional del grupo desarrollador

Para la realización del proyecto se utiliza la siguiente estructura funcional:

2.2.1.1. Coordinación general del proyecto

Desarrollada por tres co-directores designados por las universidades que establecieron la Alianza Universitaria. Coordinan el ensamblaje de los grupos y equipos que dan apoyo al desarrollo de cada una de las guías abordadas por la Alianza Universitaria.

2.2.1.2. Unidades de apoyo

Se configuran tres unidades de apoyo que dependen de los coordinadores de la Alianza Universitaria. Cada unidad está conformada por el agregado del recurso humano disponible en cada una de las universidades participantes. El recurso humano de cada universidad se utiliza primariamente para el desarrollo de las guías que cada universidad coordina y lidera, pero los miembros de las otras universidades pueden prestar apoyos específicos y sirven como pares y proveen control de calidad cruzado. Las unidades prestan apoyo y proveen personal de su área para integrar o asesorar a cada grupo desarrollador de guías.

Adicionalmente la alianza universitaria cuenta con apoyos internacionales tales como el National Institute for Clinical Excellence (NICE) de la Gran Bretaña que ofrecen soporte para tareas específicas que incluyen capacitación en modelado y evaluación económica

Las unidades de apoyo son:

2.2.1.2.1. Apoyo metodológico

Está integrado por todos los epidemiólogos clínicos, epidemiólogos generales, salubristas, expertos en informática, asesores bioestadísticos y asistentes de investigación. Estandariza aspectos metodológicos y hace control de calidad de productos. Provee foro de discusión de aspectos metodológicos para los expertos metodológicos asignados a cada fuerza de tarea y canaliza asesorías externas. Brinda apoyo para búsquedas sistemáticas, apreciación crítica y elaboración de tablas de evidencia.

2.2.1.2.2. Apoyo En evaluación económica

Está integrado por todos los economistas clínicos, economistas de la salud, expertos en informática, expertos en análisis de decisiones y modelado, asesores bioestadísticos, asistentes de investigación en economía, disponibles en la Alianza Universitaria. Estandariza aspectos metodológicos de análisis económico, incluyendo priorización de preguntas económicas en cada fuerza de tarea y hace control de calidad de productos. Brinda apoyo a las fuerzas de tarea asignando expertos en evaluación económica. Brinda apoyo para desarrollo de todos los aspectos de una evaluación económica. Provee foro de discusión sobre evaluaciones económicas y canaliza asesoría de expertos internacionales.

2.2.1.2.3. Apoyo administrativo

Está integrado por los gerentes de proyecto en cada universidad, asistentes y acceso a instancias administrativas necesarias. Brinda apoyo administrativo específico a las otras unidades de apoyo y a las fuerzas de tarea. Tiene aspectos generales en los que asesora y administra recursos de la Alianza Universitaria y aspectos específicos para cada Universidad participante.

2.2.1.3. Fuerzas de tarea

Son los grupos desarrolladores de las guía. Se ensambla una fuerza de tarea para cada guía. Una fuerza de tarea está conformada por 2 equipos:

2.2.1.3.1. Equipo técnico

Un experto de contenido (que coordina la fuerza de tarea y puede ser simultáneamente experto de contenido y metodológico –deseable-), un experto metodológico (epidemiólogo clínico o disciplina afín, miembro del grupo de apoyo metodológico) y al menos un asistente de investigación (en principio estudiante de maestría en epidemiología clínica). Son personal académico de planta de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y dependiendo de la guía, de alguna de las Universidades aliadas (Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Antioquia). Recibe apoyo del grupo de apoyo económico a través de un experto asignado tiempo parcial. Puede recibir más apoyo de los grupos metodológico y económico para tareas específicas, de acuerdo con los coordinadores de cada grupo de apoyo.

2.2.1.3.2. Equipo de trabajo

Constituido por representantes de los actores involucrados, convocados por el líder de cada fuerza de tarea, con el aval de la Alianza Universitaria, y con el apoyo y aval del Ministerio de Salud. Los actores involucrados pertenecen a las categorías que se definen a continuación:

2.2.1.3.2.1. “clientes” (gestores)

Son organizaciones involucradas en la toma de decisiones o regulación destinada a la provisión de servicios de salud (ya sea a nivel individual o colectivo) en diferentes niveles: generadores de políticas (Ministerio de la Protección Social), autoridades de salud departamental o municipal. Lo que caracteriza a un “cliente” es que tiene la habilidad de modelar y/o regular el proceso de toma de decisiones de interés para un área de salud específico. Para el caso de este proyecto el principal cliente es la entidad gestora, es decir el Ministerio de Salud de la República de Colombia. Los representantes del Ministerio son puntos de contacto con la entidad gestora, pero no participan activamente en la formulación de recomendaciones.

2.2.1.3.2.2. Usuarios

Son quienes van a llevar a cabo las recomendaciones, lo que a un nivel operativo implica usar las recomendaciones específicas como ayuda para tomar decisiones. Se escogen clínicos de las áreas de medicina general a los que se tenga acceso a través de las entidades de salud asociadas a las universidades de la Alianza Universitaria. Los usuarios funcionan como expertos sobre los aspectos prácticos de la intervención y a través suyo se puede tener acceso a la opinión de otros usuarios no involucrados en el desarrollo de la guía.

2.2.1.3.2.3. Población blanco

Son representados por pacientes con la condición de interés, en este caso pacientes con abuso o dependencia del alcohol, que estén recibiendo o hayan recibido atención y también representantes de sus familias.

2.2.1.3.2.4. Estamento académico

Profesionales expertos de contenido y/o metodológicos, con actividad académica (profesores universitarios, investigadores). Esta categoría incluye a los expertos que conforman el Equipo Técnico, pero no se limita a ellos, se convoca a otros miembros de estamentos académicos que representen otras disciplinas involucradas y a los Miembros de las asociaciones profesionales relevantes, que en este caso corresponde a la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

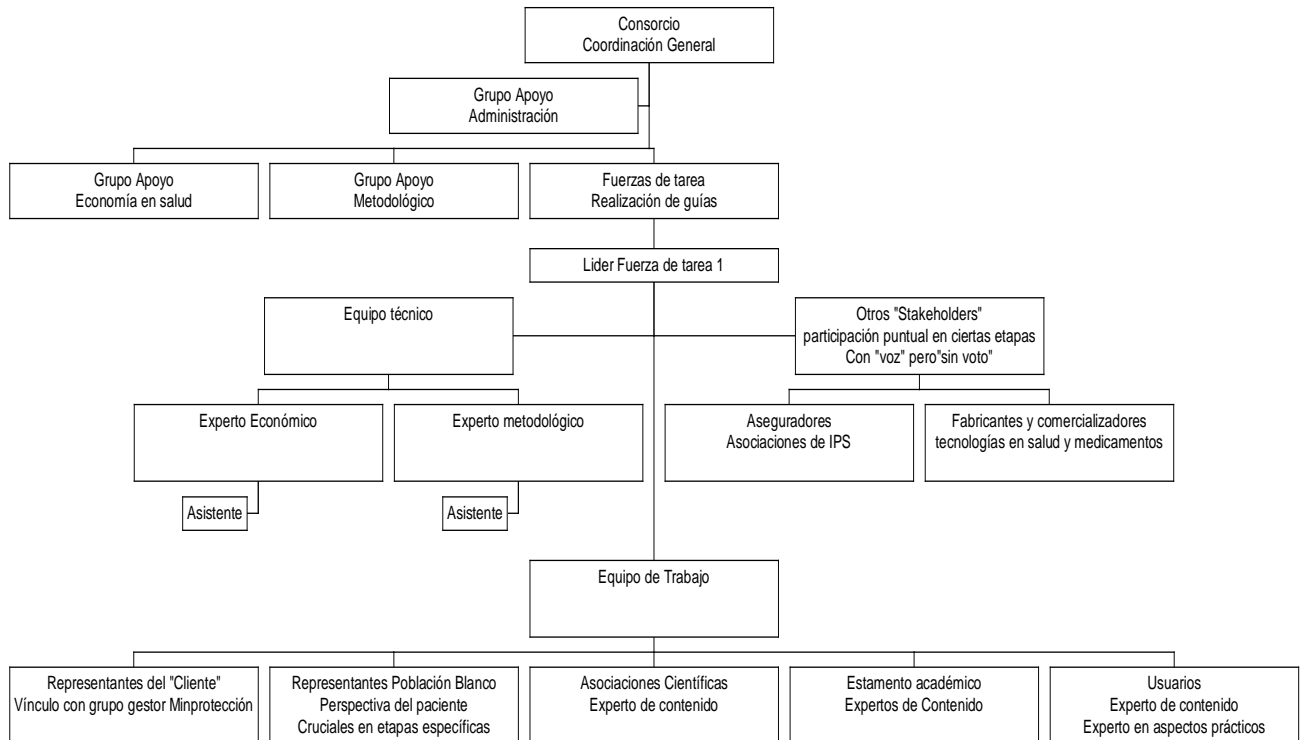
2.2.1.3.2.5. Otros actores

Voceros de los aseguradores (EPS) y de proveedores de tecnología médica e insumos. En la estrategia que se planteó, no se les incorporaba a la fuerza de tarea (conflictos de interés, preservación de la independencia de los desarrolladores) pero sí se recogía su contribución en diferentes fases tales como la formulación de las preguntas y la validación externa. Su participación en estas instancias es de la modalidad “con voz pero sin voto”.

2.2.1.3.2.6. Grupo de soporte

La Unidad Académica responsable del desarrollo del proyecto de guías de atención integral del Recién Nacido en la Pontificia Universidad Javeriana es el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística (DECB) de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. El DECB cuenta con el recurso humano, técnico y físico necesario para servir como fuente de recursos específicos para las actividades del Proyecto, y se constituye así en el grupo primario de apoyo general. Los integrantes de los grupos de apoyo proveen soporte puntual para el desarrollo de tareas específicas. Ejemplos de dichas tareas son los procesos de capacitación en fundamentos de medicina basada en evidencia para los integrantes de las fuerzas de tarea, o la realización de búsquedas sistemáticas de la evidencia para preguntas específicas.

Organigrama



2.2.2. Declaración de conflictos de interés

Para la declaración de potenciales conflictos de interés y la decisión sobre si tales potenciales conflictos inhiben de forma parcial o total a un miembro de la fuerza de tarea para participar en aspectos específicos del proceso o incluso para imposibilitar cualquier tipo de participación, se intento utilizar el proceso descrito en la Guía Metodológica(5) (pág. 92). El sistema no funcionó, las declaraciones fueron incompletas y genéricas. Candidatos a participar, con obvios conflictos de interés aparecían en las declaraciones como libres de conflicto. El proceso se rediseñó y aplicó, luego de una prueba piloto y de común acuerdo con los representantes de las entidades gestoras (Ministerio de salud y Colciencias). Las modificaciones al proceso de declaración de conflictos de interés se reportan en otro documento.

2.2.3. Desarrollo de actividades en la fase preparatoria

2.2.3.1. Conformar los grupos de desarrolladores (Fuerzas de tarea) a partir de los recursos de los Grupos de Apoyo de la Alianza Universitaria

Los núcleos de las Fuerzas de tarea están conformados se conformaron de acuerdo con la descripción previa.

2.2.3.2. Capacitación

La fase de capacitación de las fuerzas de tarea se centró en dos aspectos fundamentales:

2.2.3.2.1. Estandarización

Para asegurar que todos los miembros de la fuerza de tarea manejen un lenguaje común tanto en conceptos básicos de medicina basada en la evidencia como en elaboración y uso de guías de práctica clínica. La fase de estandarización fue llevada a cabo por miembros del grupo de soporte metodológico, y por parte de invitados internacionales (National Institute of Clinical Excellence del Reino Unido, – NICE-, Universidad de McMaster –Canadá-, New Zealand Guidelines Development Group, the Cochrane Collaboration), mediante la realización de cinco talleres:

1. Lenguaje y conceptos básicos de medicina basada en la evidencia (Dpto. de Epidemiología Clínica y Bioestadística -DECB-, PUJ), Curso virtual en la plataforma Blackboard de la Pontificia Universidad Javeriana.
2. Introducción a la elaboración y uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, incluida adaptación (DECB y New Zealand Guidelines Development Group).
3. Técnicas de evaluación de niveles de evidencia y graduación de recomendaciones (GRADE). (McMaster, Grupo GRADE y DECB)
4. Técnicas de síntesis de evidencia (meta-análisis –Cochrane-) y de análisis de decisiones (NICE)
5. Estrategias de implementación de recomendaciones (NICE).

2.2.3.2.2. Capacitación en evaluación económica

Adicionalmente y con la participación de grupos de soporte internacional (NICE) se llevó a cabo un taller avanzado sobre evaluación económica de intervenciones (que incluye modelos y análisis de sensibilidad probabilístico).

2.3. Fase de desarrollo de la GAI

En la fase de desarrollo se llevaron a cabo 3 pasos:

2.3.1. Fase de conceptualización

Participó la totalidad de la fuerza de tarea (equipo técnico y de trabajo). Involucraba dos actividades: a) Generar el modelo de historia natural-curso clínico e identificación de puntos de toma de decisiones; b) Planteamiento de las preguntas claves de la guía e identificación de desenlaces. Esta fase fue desarrollada durante la preparación de las propuestas para la convocatoria y formó parte del cuerpo de contenidos que fueron aprobados antes de la iniciación del desarrollo de las guías. Se hizo un ejercicio de validación después del ensamblaje de las fuerzas de tarea, a través de una reunión convocada por el Ministerio, Las universidades de la Alianza y las asociaciones profesionales participantes.

2.3.2. Fase de revisión sistemática de la literatura

Primordialmente a cargo del equipo técnico con la colaboración para tareas específicas de miembros del Grupo de soporte y de expertos de contenido de la fuerza de tarea con entrenamiento en apreciación crítica.

Implicaba generar estrategias de búsqueda, criterios de inclusión y exclusión, realizar la búsqueda, tamizado y recuperación de evidencia, apreciación crítica para asignación de niveles de evidencia y extracción de información para generar los perfiles de evidencia y los resúmenes de hallazgos, que se emplearon en la generación de recomendaciones específicas, usando primordialmente la metodología GRADE.

2.3.3. Fase de generación y graduación preliminares de recomendaciones

Participó toda la fuerza de tarea. En esta fase se le daba la forma final a las recomendaciones teniendo en cuenta los aspectos que se describen más adelante.

Las recomendaciones además incluyen una explicación de su lógica, las alternativas que se consideraron y para la graduación se tienen en cuenta los aspectos de eficacia, efectividad y eficiencia además de aplicabilidad local y equidad. También se identifican eventuales indicadores de cumplimiento y se enumeran vacíos de información y necesidades de investigación.

2.4. Fase de Evaluación y validación

Esta fase comprende 2 procesos independientes que se llevan a cabo en paralelo.

2.4.1. Revisión y evaluación por pares externos

La evaluación externa de la GAI se llevó a cabo por expertos internacionales en la elaboración de guías de práctica clínica y evaluaciones económicas. La aprobación de las versiones finales de estos productos fue realizada por comité de verificación conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo De Ciencia Tecnología E Innovación – COLCIENCIAS- y el Instituto de evaluación Tecnológica en Salud – IETS-.

2.4.2. Reunión promovida por las asociaciones profesionales participantes en la Fuerza de tarea

Participan expertos temáticos y representantes de las organizaciones interesadas, tales como: los entes reguladores de salud a nivel nacional y local, las aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios, los pacientes, las casas de innovación tecnológica y la industria farmacéutica. Se trata en síntesis de una versión ampliada de la fuerza de tarea.

Los líderes metodológico y temático evalúan la retroalimentación obtenida y realizan las modificaciones que consideren pertinentes a cada una de las recomendaciones, que son compartidas con los miembros de la Fuerza de tarea. La versión final de las recomendaciones y su graduación se conciliará por técnicas informales de generación de consenso. En caso de discrepancias insalvables, se utilizarán técnicas formales de consenso (Delphi, grupos nominales).

2.4.3. Preparación de documentos finales

La realiza el Equipo Técnico, con colaboración de los miembros del Equipo de Trabajo y apoyos específicos prestados por el Grupo de Soporte, según sea necesario.

2.5. Procesos de socialización (no es una fase, es continuo)

Durante el desarrollo de las guías los diferentes productos (preguntas clínicas, recomendaciones preliminares, resultados de la evaluación económica) fueron socializados y legitimados en 3 grupos de reuniones abiertas al público a lo largo del proceso de generación de las guías.

Los documentos finales van a ser presentados en reuniones académicas abiertas al público, convocadas por el Ministerio de Salud y el texto completo de cada guía estará disponible en Internet.

Los representantes de las asociaciones científicas, en conjunto con los demás miembros de la fuerza de tarea harán la difusión de la guía no solo en las reuniones científicas regulares de cada asociación (congresos de las especialidades) sino en eventos específicos de difusión, en diferentes ciudades del país. Cada guía será publicada en la página web de cada asociación y un resumen del texto será publicado en su revista científica.

3. Aspectos específicos: Generación de las Guías de práctica clínica basadas en evidencia

3.1 Primera etapa: evaluación adaptación y desarrollo de guías de práctica clínica: Procedimiento general del desarrollo de recomendaciones basadas en evidencia

3.1.1 Primera etapa: determinación del tópico, alcances y objetivos

La Guía Metodológica(5) describe en la primera etapa los pasos 3 a 8 que se refieren a la determinación del tema general de la guía, la identificación de objetivos, alcances y preguntas generales que responderá la guía. La Guía Metodológica propone un sistema de concertación con el grupo gestor (Ministerio de Salud) que define, de común acuerdo con la entidad contratada para el desarrollo de la guía, todos estos elementos. Este proceso propuesto no fue factible, debido a que la escogencia de los tópicos sobre los que se realizarían guías fue llevada a cabo previamente, por el grupo gestor. Una vez determinados los tópicos, la entidad gestora lanzó una convocatoria para el desarrollo de guías. En los términos de referencia de la convocatoria, el grupo gestor exigió que el proponente hubiese desarrollado ya los aspectos referentes a objetivos, alcances y preguntas como parte de la propuesta. De hecho, los resultados de estos pasos ya han sido descritos y específicamente las preguntas y los desenlaces de interés fueron sometidos a un proceso de socialización y validación, tal como se describió en la sección precedente. Los proponentes, en la propuesta incluimos y desarrollamos los siguientes puntos, previstos en la Guía metodológica:

3.1.1.1 Evaluación explícita acerca de la pertinencia de los temas específicos sobre los que se elaborarán las guías

- Importancia del tema escogido (por el grupo gestor, no por los proponentes)
- Carga de enfermedad (global y según regiones). Se destacaban diferencias regionales.
- Impacto diferencial: se evaluaba y describía si la mortalidad, la morbilidad severa y otros desenlaces de importancia eran más frecuentes en algunos grupos poblacionales específicos, en particular comunidades y grupos económicamente desfavorecidos o vulnerables por cualquier otra causa.
- Variación amplia y/o inesperada en la toma de decisiones relacionada con las intervenciones en salud que dificultara entender si las prácticas sobre las que se hacen recomendaciones son en el momento presente racionales, efectivas, costo-efectivas y llegan equitativamente a todos los grupos poblacionales incluyendo los más vulnerables.
- Variación amplia o inesperada en los desenlaces de salud, quizás ligada a variabilidad indeseada en las prácticas clínicas.
- Decisiones y prácticas clínicas prevalentes no basadas en evidencia sino en otros factores que pudiesen comprometer la efectividad de las intervenciones actualmente recomendadas.
- Potencial de mejoría de la calidad de atención con la formulación de recomendaciones específicas basadas en evidencia
- Posibilidad de mejorar los desenlaces en salud
- Posibilidad de mejorar las decisiones clínicas
- Evidencia de intervenciones eficaces: intervenciones efectivas y financieramente factibles están disponibles pero no son ampliamente utilizadas
- Posibilidad de racionalizar el uso de recursos
- Énfasis especial en enfermedades causadas o empeoradas por prácticas clínicas inapropiadas: enfermedades iatrogénicas, efectos adversos, etc.

Estos aspectos quedaron reflejados en la introducción, la justificación y el marco teórico de los textos de las propuestas que fueron seleccionadas y aprobadas.

3.1.1.2 Identificación del propósito

Debido a que los términos de referencia no son explícitos con respecto al tipo de propósito, éste deberá ser determinado por el Ministerio de Salud. El propósito puede ser:

- Normativo (estándares de calidad de atención y/o parámetros de práctica), y en ese caso determinar estándares mínimos (calidad de conformidad, requisitos mínimos), estándares deseables (calidad por requisitos) o estándares de excelencia (calidad excelsa)
- Prescriptivo (recomendaciones). La opinión de la Alianza Universitaria, desarrolladora de las GPC es que el propósito sea prescriptivo y no normativo.

3.1.1.3 Objetivos

La formulación de objetivos ya se realizó en la propuesta y fue refinada y validada por cada fuerza de tarea siguiendo los siguientes lineamientos:

3.1.1.3.1 Contenido

Tema de salud principal: atención integral del paciente con abuso o dependencia del alcohol. Se hace énfasis en el manejo en centros de baja complejidad de atención y se abordan aspectos de detección y tamización, manejo, y prevención de complicaciones. 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.

3.1.1.3.2 Población

En principio se dirige a todos los pacientes en Colombia, mayores de edad, con abuso o dependencia del alcohol. El grupo desarrollador identificó subpoblaciones específicas para quienes estas recomendaciones no sean apropiadas, como por ejemplo mujeres embarazadas, niños, pacientes con dependencia múltiple.

3.1.1.3.3 Usuarios

Primariamente médicos generales y enfermeras. Algunas recomendaciones específicas pueden competir a otros profesionales de la salud (psiquiatras, médicos familiares, psicólogos).

3.1.1.3.4 Alcance

Nacional, todos los regímenes de salud vigentes en el país y todos los niveles de complejidad de atención. Hay recomendaciones específicas cuyo alcance y usuarios puede ser diferente, en ese caso se especifica en el texto mismo de la recomendación.

3.1.1.4 Contextualización del problema

El ejercicio de contextualización se realizó durante la propuesta para la elaboración de la presente guía. La información fue actualizada y ampliada por la fuerza de tarea y comprendió los siguientes aspectos:

3.1.1.4.1 Información básica

Carga de enfermedad, problemas en los que se toma decisiones, controversias, etc.

3.1.1.4.2 Construcción de un modelo

Se realizaron modelos que representaran un escenario clínico genérico, que podía incluir diagramas o gráficos (flujogramas, algoritmos, diagramas de influencia, árboles de decisiones, etc.). En principio se utilizaron representaciones de la historia natural-curso clínico del padecimiento de tipo lineal explicativo (modelo de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark y los niveles de prevención contemplados en el mismo(6)), que permitía identificar la cadena de eventos en el desarrollo del padecimiento desde los factores causales remotos hasta los desenlaces, y que también permitía identificar las decisiones sobre intervenciones destinadas a alterar favorablemente los estados de salud del paciente en los dominios de la promoción y mantenimiento de la salud (actuar sobre factores de riesgo y causales remotos, generales y específicos), prevención primaria (impedir que se complete el complejo causal o impedir que se cruce el umbral patogénico), prevención secundaria (manejo diagnóstico y terapéutico, acción sobre umbral clínico y período de estado, actuar sobre factores pronósticos), prevención terciaria (prevención de terminación prematura de la vida y de secuelas) y rehabilitación. Este modelo sirvió también para evaluar la pertinencia y adaptabilidad de recomendaciones provenientes de otras guías, como se describe más adelante.

3.1.1.4.3 Preguntas clínicas

El proceso de formulación de preguntas se realizó preliminarmente para la convocatoria. Una vez se inició el trabajo, las preguntas fueron revisadas y validadas por las fuerzas de tarea. Para cada uno de los temas que abordó cada una de las guías (identificados en los objetivos específicos) se realizaron preguntas específicas que guiaron la revisión sistemática de la evidencia y cuyas respuestas fueron la base de las recomendaciones específicas.

En cada tema y siguiendo el modelo que representa el escenario clínico específico se formulaban tres interrogantes: a) qué sujetos o pacientes de la población blanco de la guía presentan la condición de interés o el problema sobre el que se pretende hacer una recomendación, b) cuáles alternativas hay disponibles para enfrentar el problema y c) cuáles son los desenlaces sobre los que se quiere influir.

Por ejemplo, en el tema Maduración pulmonar anteparto, los interrogantes de interés son:

- a) en el caso de amenaza de parto prematuro ¿cuál es el riesgo de problemas de dificultad respiratoria y mala adaptación pulmonar según la edad gestacional del embarazo? (¿cuál es el riesgo de inmadurez pulmonar si el parto ocurre a la semana 32, a la 33, a la 34, a la 35 etc.?)
- b) ¿Cuáles son las medidas profilácticas para maduración pulmonar anteparto que han sido propuestas o que están siendo utilizadas (dexametasona, betametasona, dosis, a partir de qué edad gestacional, repetición de administración, etc.)?
- c) Efectividad: ¿cuales son los desenlaces de importancia que en los que se busca influir: (mortalidad, frecuencia de enfermedad de membrana hialina, cambios en la severidad; seguridad: trastornos neurológicos, etc.; recursos consumidos)?

Posteriormente se procedía a la elaboración de un mapa de preguntas que constituía la estructura conceptual y funcional de cada guía. El mapa de preguntas era exhaustivo y completo en todos los aspectos clínicos que se decidió tratar en el alcance de la guía.

A partir de las preguntas aprobadas, se procedió a su re-formulación con la estrategia PICOT (Patient, intervention, control outcome, time) A la estrategia se añade además la identificación del dominio de la pregunta (D-PICOT-R):

- Dominio: historia natural y curso clínico, examen físico, tamizado, examen diagnóstico, intervenciones preventivas, terapéuticas, paliativas o de rehabilitación, pronóstico, calidad de vida y consecuencias económicas de la enfermedad y su manejo.
- Población (criterios de inclusión y exclusión)
- Exposición (factor de riesgo o pronóstico, intervención diagnóstica o terapéutica, etc.)
- Exposición de control
- Desenlace:
 - Centrado en enfermedad (morbilidad, mortalidad, marcadores biológicos, etc.)
 - Próximos
 - Remotos
 - Centrados en el paciente (próximos y/o remotos)
 - Calidad de vida
 - Satisfacción
 - Funcionalidad y discapacidad (física, psicológica, social)
 - Recursos y costos (el R suplementario de PICOT-R)

- Tiempo (horizonte temporal del desenlace, tiempo hasta evento).

La estrategia PICOT fue diseñada fundamentalmente para ayudar en la evaluación de intervenciones (profilaxis, tratamiento, rehabilitación) y resultó insuficiente para preguntas de historia natural y curso clínico y particularmente para preguntas sobre utilidad de estrategias clasificatorias (tamización, diagnóstico). En esos casos, la búsqueda de la literatura se fundamentó en preguntas de formato abierto.

En las preguntas sobre intervenciones se usó el siguiente formato: cuál es la evidencia de que en sujetos... (población de interés, criterios de inclusión y exclusión) expuestos a... (exposición de interés) cambia... (desenlace de interés) por comparación con sujetos similares expuestos a... (exposición de control).

3.1.1.4.4 Definición y graduación de los desenlaces

Inicialmente se generó un listado tentativo de desenlaces relevantes teniendo en cuenta tres criterios: 1) factores del paciente, 2) los factores del clínico y 3) los factores del medio (contexto y económicos).

De acuerdo con la Guía Metodológica(5) se identificaron desenlaces relevantes. Elaborando y refinando más el tratamiento de desenlaces que hace la Guía Metodológica, se identificaron desenlaces en los siguientes dominios: centrados en enfermedad (desenlaces clínicos como morbilidad, recaída, etc.), centrados en salud (crecimiento, desarrollo, lactancia, funcionalidad, etc.) y centrados en el paciente (satisfacción, calidad de vida, discapacidad), próximos, intermedios y remotos, y críticos y no-críticos. Se utilizó el instrumento propuesto por la Guía Metodológica para documentar el proceso de valoración explícita de los desenlaces (herramienta 5, página 135(5)). Se tuvo particular cuidado en identificar y evitar el uso de desenlaces sustitutos (blancos terapéuticos clínicos o paraclínicos, que no necesariamente se reflejan en cambios en el estado de salud). Posteriormente el listado de desenlaces fue priorizado teniendo en cuenta: la importancia relativa asignada por los clínicos, la importancia relativa asignada por los pacientes/cuidadores y la cantidad de evidencia científica lo cual asegura la viabilidad de la inclusión del desenlace.

Los desenlaces que fueron considerados para la formulación de las recomendaciones fueron definidos antes de la realización de la revisión de la literatura por medio de un proceso de consenso informal basado en la clasificación de desenlaces propuesto por el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), desarrollado por el GRADE *working group* internacional (<http://www.gradeworkinggroup.org>), tal como se describe a continuación:

La calificación de la importancia relativa de los desenlaces fue asignada por el grupo desarrollador de la GPC (que incluye pacientes) utilizando una escala ordinal tipo Likert entre 1 y 9 para clasificar los desenlaces con mayor relevancia de la siguiente manera: desenlaces con calificación entre 1 y 3 son poco importantes, entre 4-6 son desenlaces importantes pero no críticos y aquellos con puntuaciones entre 7 y 9 fueron considerados críticos (metodología GRADE). Este ejercicio debió ser repetido después de generar la búsqueda de la literatura, de acuerdo con las recomendaciones del grupo GRADE.

La identificación de desenlaces relevantes y apropiados debía cumplir con los siguientes requisitos: a) Los desenlaces considerados deben ser importantes para los pacientes; b) los desenlaces sustitutos no deben ser considerados desenlaces críticos y c) en caso de que los desenlaces no sean del todo importantes desde el punto de vista de los pacientes, deben ser importantes desde otras perspectivas como, pagadores de salud, personal clínico o de impacto en la salud pública.

La calificación y definición final de los desenlaces críticos para la formulación de las recomendaciones se realizó mediante un proceso de consenso informal donde participaron los miembros de la Fuerza de tarea y representantes de pacientes y usuarios (personal clínico).

El listado definitivo de los desenlaces críticos considerados fue sometido a un proceso de socialización abierta presencial y electrónica, de donde se obtuvo retroalimentación de diferentes implicados y grupos de interés.

3.1.2 Segunda etapa: : desarrollo o adaptación de una Guía de práctica clínica basada en evidencia

3.1.2.1 Evaluación y diagnóstico metodológico y de contenidos de las guías de práctica clínica relevantes.

Se hizo una búsqueda sistemática de GPC basadas en evidencia, consultando bases de datos específicas, que incluyen (pero no se limitan a) las mencionadas en la Guía Metodológica (tabla 23, página 141)(5). Para la enumeración e identificación de guías en uso en Colombia se revisó la documentación pertinente del Ministerio de Salud y Protección Social(7) y de las asociaciones científicas. Además, los expertos de contenido participantes contribuían con información sobre documentos y guías que conocían y que fueron tamizadas para decidir sobre su utilidad.

La evaluación de las guías identificadas la realizó primariamente el grupo de expertos metodológicos que constituyen el equipo técnico de la fuerza de tarea de cada guía, con contribuciones específicas de los expertos de contenido. Para la evaluación no se utilizó el instrumento propuestos por la Guía

Metodológica (instrumento DELBI), ya que no está adecuadamente validado. En reunión con el Ministerio de Salud, Colciencias y representantes de otros grupos desarrolladores de guías se decidió utilizar el instrumento AGREE II, que está validado y es universalmente empleado. La descripción de esta modificación se describe en otro documento.

Con los resultados de la evaluación se realizaba una matriz que mostraba la correspondencia entre los objetivos de la guía propuesta y las preguntas y objetivos de la guía candidata para adaptación.

El proceso de búsqueda de guías se llevó a cabo inicialmente de forma general. En los casos en los que no se identificaron guías apropiadas para adaptación, y durante el proceso de generación de recomendaciones *de novo*, se hacía una nueva búsqueda de guías en relación con cada pregunta específica considerada independientemente, junto con las búsquedas de revisiones sistemáticas y de estudios individuales.

La búsqueda sistemática de guías de práctica clínica basadas en evidencia incluyó las siguientes bases de datos o metabuscadores:

- National Guidelines Clearinghouse (NGCH)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- New Zealand Guidelines Group
- NHS
- PubMed
- EMBASE
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Trip database
- SumSearch 2
- Catálogo de GPC en el Sistema Nacional de Salud de España
- Fistera
- GIN International Guideline Library

Fueron identificadas guías de práctica clínica adicionales a partir de referencias de expertos, investigadores y búsquedas manuales.

Tanto si se decidía adaptar la mayoría de los contenidos de una Guía, como si se decidía hacer adaptación solamente de una recomendación en particular, se utilizaba la metodología propuesta por la

colaboración ADAPTE (8) modificada de acuerdo con la propuesta del New Zealand Guidelines Group (9). Los equipos metodológicos tuvieron entrenamiento y asesoría directa de los autores.

El proceso de adaptación incluía los siguientes pasos:

3.1.2.1.1 Búsqueda de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Se condujo una búsqueda amplia para la identificación de GPC basadas en evidencia con el fin de identificar las fueran relevantes para los tópicos, el alcance y objetivos de la guía propuesta.

3.1.2.1.2 Tamización y reducción del número de guías obtenidas

A partir del número total de guías obtenidas se realizó un tamizaje de los títulos y resúmenes evaluando la pertinencia para el tema de la guía en desarrollo y relevancia por el tipo de documento (guías de práctica clínica basadas en evidencia). En caso de duda, se obtuvo documento en texto completo para verificar su relevancia. Para las guías seleccionadas también se obtuvo el texto completo.

3.1.2.1.3 Preselección de guías de práctica clínica

Para escoger el grupo final de GPC que fueron objeto evaluación detallada por parte del GDG. Para esta selección se utilizó la herramienta para preselección de guías de práctica clínica diseñada específicamente para este fin por el GDG. Para que una guía identificada fuera preseleccionada para evaluación posterior debía cumplir los siguientes criterios:

- Ser una guía de práctica clínica basada en evidencia
- Contar con un proceso de desarrollo explícito, un grupo desarrollador y un grupo de expertos.
- Establecer recomendaciones
- Haber sido publicada en una fecha posterior al año 2000
- Incluir dentro de su contenido los alcances y objetivos de la guía en desarrollo
- Tener independencia editorial

3.1.2.1.4 Evaluación de calidad y proceso de las guías de práctica clínica

Esta evaluación fue realizada mediante el instrumento AGREE II (10). El instrumento fue aplicado a cada una de las guías por dos evaluadores de manera independiente (ver resultados en anexo de búsqueda y evaluación de GPC). El GDG consideró que para el proceso de adaptación los puntajes obtenidos en los dominios de “Rigor en la elaboración” e “Independencia editorial” son de particular importancia en la decisión sobre la inclusión o exclusión de una guía al proceso de adaptación. A pesar

de que el instrumento no permite establecer umbrales de calidad de una guía para ser considerada de buena o mala calidad, el GDG tomó como punto de corte un puntaje mayor a 60% del máximo posible en los dominios “Rigor en la elaboración” e “Independencia editorial” para que una GPC fuera considerada aceptable para ser adaptada.

A partir de esta evaluación se seleccionaron la(s) mejor(es) guía(s) o recomendación(es) para adaptación. Las razones para la inclusión o exclusión de cada uno de los documentos se encuentran registradas en el anexo de búsqueda y evaluación de GPC.

3.1.2.1.5 Análisis del contenido de alcances y aplicabilidad

Para identificar si los escenarios, grupos de profesionales, pacientes, consumidores, intervenciones y desenlaces de las guías seleccionadas son similares a los de la guía en desarrollo. También permitió la identificación de vacíos en los tópicos o las preguntas clínicas cubiertas por las guías seleccionadas.

Cuando una pregunta clínica encontraba respuesta en más de una GPC, se llevó a cabo un análisis que comparó las recomendaciones de las diferentes guías, la evidencia de base de cada recomendación y las interpretaciones de la misma para tomar la decisión sobre cual de las recomendaciones sería adaptada o que evidencia sería considerada para la formulación de la recomendación.

A partir de este análisis se tomó la decisión sobre el desarrollo de Novo o adaptación para cada una de las preguntas formuladas en la primera fase de desarrollo de la guía.

3.1.2.2 Desarrollo de recomendaciones

Cuando la revisión de guías existentes no permita identificar recomendaciones adecuadas para adopción o adaptación, o cuando se requería generar recomendaciones específicas adicionales, se realizaron los siguientes pasos:

3.1.2.2.1 Búsqueda sistemática de la evidencia

De las palabras identificadas durante el proceso de estructuración de preguntas en el formato D-PICOT-R (para intervenciones) o de la pregunta abierta, se definían los términos clave para una búsqueda adecuada de la literatura. Se incluyeron las siguientes bases de datos:

- Cochrane Library
- PubMed
- Embase
- Bireme (Lilacs, Scielo)

Posteriormente se buscaban tanto los términos de materia médica (MeSH en el caso del Index Medicus on line –MEDLINE- y bases de datos relacionadas como Cochrane Central, Sumsearch, Trip, LILACS) como los “preferred terms” (equivalentes a MeSH en la Excerpta Medica on-line –EMBASE-) correspondientes a estas palabras. Se emplearon también búsquedas de texto de sinónimos en todos los campos textuales relevantes. Se incorporaron los filtros validados para identificar revisiones de estudios primarios de acuerdo a los tipos de diseño pertinentes para responder a las preguntas formuladas, generados y validados por SIGN y actualizados para funcionar con la versión mas reciente de EMBASE. En el caso de Medline, se utilizó el motor de búsqueda de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EUA, llamado PUBMED, y se utilizaron los filtros diseñados para medicina basada en evidencia generados por el grupo de McMaster e incorporados en PUBMED (Clinical Queries, & other filters).

El proceso se acogió a los estándares de calidad internacional utilizados en revisiones sistemáticas de la literatura y satisfizo los requisitos y estrategias enumerados en la Guía Metodológica. Las búsquedas fueron llevadas a cabo por el equipo técnico de las Fuerza de tarea con la colaboración de funcionarios de la Biblioteca Central de la Pontificia Universidad Javeriana. Se trabajó preferentemente con publicaciones en inglés y español, pero en casos especiales se podía recuperar y traducir documentos en otros idiomas.

Adicionalmente se hicieron búsquedas manuales en listas de referencias de documentos encontrados mediante la búsqueda sistemática y consultas a expertos internos y externos al GDG. Los detalles acerca de las búsquedas para cada una de las preguntas se encuentran en el anexo de protocolos de revisión para preguntas clínicas. Se privilegió la búsqueda de revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre estudios primarios porque evitan la duplicación del esfuerzo de revisión para responder a la misma pregunta de investigación.

3.1.2.2.2 Síntesis de la evidencia

Una vez efectuada la búsqueda definitiva en las fuentes de datos elegidas, se procedía a realizar la selección de la literatura relevante en el tema, el listado de referencias se consolidaba en formato RIS en una base de datos EndNote® Web o Reference Manager® 12 (según sistema operativo).

Se definían los criterios de inclusión y exclusión de estudios para cada pregunta formulada y se procedía a la revisión de títulos y resúmenes por parte de los evaluadores. Al menos 2 evaluadores revisaban los listados de títulos y resúmenes para decidir inclusión. En caso de duda o discrepancia, se recuperaba el artículo en texto completo para su evaluación definitiva.

Posteriormente se hacía la consecución del artículo completo, y se evaluaba su calidad. Se hacía extracción de los datos relevantes de los artículos preseleccionados. Para la evaluación de calidad y extracción de datos se usaron los formatos propuestos por SIGN traducidos al español, de acuerdo con la recomendación de la Guía Metodológica(5) (herramienta 18, página 163).

En aquellos casos en los que fue adecuado para cada pregunta, se consideró la aplicación de la técnica de meta-análisis con el fin de combinar los resultados de los estudios que fueran susceptibles de ser combinado utilizando *RevMan 5* de la Colaboración Cochrane (<http://ims.cochrane.org>).

Finalmente se procedía a realizar la presentación de la síntesis de la evidencia científica mediante la construcción de perfiles de evidencia y resúmenes de hallazgos, listos para ser utilizados en la formulación de recomendaciones utilizando la metodología GRADE. En el caso de pruebas diagnósticas, se utilizó parcialmente la propuesta GRADE y se suplementó con estrategias de análisis formal de decisiones (balancear los pesos relativos de los errores de mala clasificación y utilidad de la prueba para el paciente).

3.1.2.2.3 Evaluación de la calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia para las preguntas sobre intervenciones fue evaluada utilizando el sistema GRADE aplicado a las revisiones sistemáticas, experimentos clínicos aleatorizados o estudios observacionales encontrados. En el sistema GRADE la calidad de la evidencia encontrada para cada desenlace definido como crítico es evaluada para posteriormente obtener una calificación global de la evidencia para cada comparación en estudio. Para cada uno de los desenlaces la calidad de la evidencia depende de los siguientes factores: riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia directa o indirecta, imprecisión y riesgo de publicación selectiva de desenlaces.

Para la presentación de la evaluación de la evidencia y resumen de los hallazgos se utilizaron perfiles de evidencia GRADE que fueron producidos utilizando el programa GRADEpro (<http://www.gradeworkinggroup.org>).

Las posibles calificaciones de la evidencia con su significado e interpretación gráfica se presentan en la siguiente tabla.

Significado y representación gráfica de los niveles de evidencia (GRADE)

Nivel de evidencia	Definición	Representación gráfica
Alta	Se tiene gran confianza en que el verdadero efecto se encuentra cerca al estimativo del efecto.	⊕⊕⊕⊕
Moderada	Se tiene una confianza moderada en el estimativo del efecto: es probable que el verdadero efecto este cercano al estimativo del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.	⊕⊕⊕⊖
Baja	La confianza que se tiene en el estimativo del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto.	⊕⊕⊖⊖
Muy baja	Se tiene muy poca confianza en el estimativo del efecto: es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimativo del efecto.	⊕⊖⊖⊖

Fuente: Traducido del manual de GRADE Profiler. (<http://www.gradeworkinggroup.org>)

En algunos casos, la evidencia no pudo ser calificada mediante el sistema GRADE; este fue el caso de los estudios sobre desempeño de pruebas diagnósticas y estudios sobre pronóstico pues el sistema no fue desarrollado para este tipo de evaluaciones y su aplicación en estos casos presenta dificultades que generan incertidumbre (11).

En estos casos, la calidad de la evidencia encontrada fue reportada utilizando el sistema SIGN, obteniendo la calificación de cada uno de los estudios a partir de la utilización de las plantillas de evaluación y extracción de datos donde se identifican y califican los criterios metodológicos más importantes según el diseño del estudio en evaluación. La descripción de las posibles calificaciones y su significado en la tabla.

Tabla. Grados de calificación y su significado para el sistema SIGN

Calificación	Significado
++	Todos, o la mayoría de los criterios, fueron cumplidos. Se considera muy poco probable que los que no fueron cumplidos hayan alterado las conclusiones del estudio.
+	Algunos criterios fueron cumplidos. Se considera poco probable que los criterios que no fueron cumplidos o fueron descritos inadecuadamente alteren las conclusiones del estudio.
-	Muy pocos o ningún criterio fue cumplido. Se piensa que es probable o muy probable que las conclusiones del estudio se encuentren alteradas.

Fuente: traducido de Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50, A guideline developer's handbook. Edinburgh; 2008.

3.1.2.2.4 Generación preliminar de recomendaciones

Una vez realizadas las evaluaciones de la calidad de la evidencia y los juicios de valores sobre méritos, balance riesgo beneficio factibilidad y conveniencia, se procedía a la redacción de las recomendaciones teniendo en cuenta los siguientes criterios: cada recomendación corresponde a un aspecto esencial o punto clave del proceso de decisión clínica. La acción recomendada se enuncia claramente, haciendo explícito en que tipo de paciente se realiza y quien la lleva a cabo. Se pueden recomendar segundas opciones, de acuerdo con disponibilidad local y preferencias y valores de los pacientes.

Cada recomendación lleva asociado un grado específico de recomendación (fuerte, débil) y una direccionalidad de la recomendación (en favor de hacer una intervención o en contra de hacerla), y la evidencia en la que se apoya se califica como elevada, moderada, baja o muy baja, de acuerdo con el sistema de graduación propuesto por GRADE. La fuerza de la recomendación se basa no solo en el nivel de evidencia para cada uno de los desenlaces seleccionados y considerados como críticos o importantes, sino también en el juicio de los expertos acerca de el balance entre riesgos y beneficios, la coherencia con los valores y preferencias de los pacientes y la disponibilidad local y el uso de recursos y costos.

En el caso de estrategias diagnósticas, el uso del proceso propuesto por GRADE tiene limitaciones, por lo cual se exploró el uso de análisis formal de decisiones con estipulación explícita de probabilidades y utilidades, en el desarrollo de las recomendaciones específicamente en el caso de tamización de asfixia perinatal.

La fuerza de cada recomendación para el sistema GRADE depende de 4 factores: magnitud de la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, la calidad de la evidencia disponible, la certeza sobre los valores y preferencias de los pacientes y el uso de recursos asociado a las diferentes estrategias consideradas, como se describe en la tabla.

Tabla. 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 de debate y participación de varios grupos de interés.

Fuente: Traducido del manual de GRADE Profiler. (<http://www.gradeworkinggroup.org>)

En los casos en que no existía evidencia suficiente o ésta era equívoca, se generaron recomendaciones por consenso de los expertos participantes en la fuerza de tarea.

Para mantener la coherencia del texto de cada guía, también se incluyeron afirmaciones sobre manejos específicos, que son ampliamente aceptadas por la comunidad científica y que no requerían de búsqueda de evidencia empírica y soporte de la recomendación. Estas afirmaciones se identificaron como “Puntos de Buena Práctica”. Los desarrolladores decidían si una afirmación aparentemente autoevidente era un Punto de Buena Práctica o era una recomendación que requería del soporte de evidencia empírica, ayudados por una prueba lógica sencilla. Se hacía el ejercicio de plantear como recomendación lo contrario de la afirmación propuesta como punto de buena práctica, y si era evidente que era no sostenible o absurda, esa apreciación ayudaba a confirmar que se trataba de un punto de buena práctica.

Por ejemplo, la vigilancia de los signos vitales y de la temperatura durante la transición mediata del prematuro estable se consideró que era un punto de buena práctica que no requería ser respaldado por evidencia empírica de su conveniencia. La afirmación “No se debe vigilar la temperatura o los signos vitales de un prematuro estable, durante la fase de transición mediata a la vida extrauterina” resulta claramente absurda e inapropiada, lo que ayudó a los desarrolladores a confirmar que prescribir la

vigilancia de la temperatura es un punto de buena práctica y no una recomendación que deba fundamentarse en evidencia empírica o en consenso de expertos.

3.1.2.2.5 Preparación de la versión preliminar de la Guía

La fuerza de tarea de la GAI preparó el documento preliminar para posteriormente pasar a la etapa de socialización y revisión por pares.

3.1.2.2.6 Armonización de las recomendaciones y evaluación por pares externos

Las recomendaciones generadas preliminarmente están firmemente fundamentadas en evidencia y en la percepción, por parte de la fuerza de tarea de que hacen más beneficio que daño, pero requieren de una validación por pares externos y de una legitimación, es decir de armonización con los intereses legítimos de la población blanco y de los usuarios, y se benefician de las observaciones que sobre factibilidad y aceptabilidad hagan los diferentes implicados.

Por estos motivos esta primera versión de las recomendaciones se someterá a un proceso de evaluación de sus contenidos y de su validez aparente, por parte de personas externas al proceso de formulación de las recomendaciones. La primera etapa se surtió en la forma de presentación de las guías en un evento abierto, donde se realizaron comentarios y observaciones. La etapa complementaria consiste en la revisión por pares externos, designados por el grupo gestor (Minsalud y Colciencias).

La labor de armonización y consenso se centrará primariamente en suplementar las consideraciones hechas para hacer las recomendaciones basadas en evidencia con aspectos semi-cuantitativos y cualitativos que incluyen:

- Pertinencia local:
 - Aplicabilidad local (generalizabilidad)
 - Aspectos relacionados con los pacientes
 - Aspectos relacionados con usuarios y/o IPS
 - Aspectos culturales
 - Factibilidad: tener los recursos necesarios para llevar a cabo las recomendaciones con adecuados niveles de desempeño:
 - Suficientes recursos humanos debidamente calificados
 - Recursos técnicos (equipos, instalaciones, etc.)
 - Recursos financieros (incluyendo sostenibilidad)

- Recursos administrativos (asignación apropiada y eficiente de recursos, control de gestión, etc.)
 - Factibilidad de control de calidad, monitorización, evaluación y ajuste.
 - Aceptabilidad por parte de todos los actores:
 - Gestores: apoyo político
 - Usuarios:
 - Validez aparente de las recomendaciones
 - Motivación y voluntad de cambiar prácticas
 - Conflictos de interés
 - Barreras para incorporar las recomendaciones
 - Carga de trabajo adicional
 - Soporte administrativo percibido
 - Entrenamiento y capacitación
 - Población blanco
 - Satisfacción de expectativas (necesidades percibidas)
 - Recomendaciones culturalmente apropiadas
 - Costeabilidad (costos directos no-médicos, costos indirectos)
 - Preferencias por desenlaces (valores sociales, calidad de vida)
- Equidad:
 - Perspectiva del gestor:
 - Mandato
 - Eficiencia
 - Costo de oportunidad de desarrollar las recomendaciones
 - Disparidades geográficas y poblacionales en la distribución y la carga de enfermedad
 - Disparidades geográficas y poblacionales en la disponibilidad de recursos
 - Perspectiva del usuario
 - Carga de trabajo y remuneración
 - Reconocimiento
 - Riesgos profesionales, incluyendo responsabilidad civil y penal
 - Distribución geográfica de recursos humanos
 - Población blanco
 - Aplicabilidad a grupos especiales, minorías y grupos vulnerables
 - Problemáticas culturales específicas en grupos especiales
 - Equidad en la oportunidad de acceso a las intervenciones
 - Soporte social

3.1.2.2.7 Participación de los implicados

Las estrategias diseñadas para entablar comunicación entre los grupos de interés y un grupo ampliado de implicados fueron los procesos de socialización realizados durante el proceso de desarrollo de la guía. Las socializaciones consistieron en espacios de opinión abiertos en los que fueron presentados los avances de la GPC en diferentes puntos del proceso: alcances y objetivos, preguntas clínicas y desenlaces y recomendaciones preliminares. Estos espacios fueron creados por el GDG por medio de reuniones presenciales y publicación de los documentos en la página Web del Ministerio de Salud y Protección Social (<http://www.minproteccionsocial.gov.co>); los actores implicados participaron o fueron convocados a participar en dichas socializaciones por medio de invitaciones directas (cartas, llamadas y/o correo electrónico) y a través de las páginas Web del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Alianza CINETS–www.alianzacinets.org–(representantes de el ente gestor, grupos de interés, usuarios, población blanco, y del estamento académico).

Además de los procesos abiertos de socialización, la participación de los implicados de manera directa en el desarrollo de la guía se logró convocando tanto a usuarios como representantes de los estamentos académicos a ser parte del grupo de fuerza de tarea ampliada del GDG, que estuvo involucrado en todos los procesos de desarrollo. La población blanco estuvo directamente involucrada en el desarrollo de la guía por medio de la participación de representantes de los pacientes y sus asociaciones.

Referencias

1. Field MJ. Criteria for Topic Selection. In: Field MJ, editor. Committee on Methods for Setting Priorities for Guidelines Development, Institute of Medicine. Setting Priorities for Clinical Practice Guidelines. 1 ed. Washington: National Academy of Sciences; 1995. p. 27-43.
2. Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G. Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? The Evidence-Based Medicine Working Group. 1995 August 16.
3. Lozano JM, Cuervo LG. Desarrollo de guías de práctica clínica. In: Ruiz AJ, Morillo LE, editors. Epidemiología Clínica. Investigación Clínica Aplicada. 1 ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 373-94.
4. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. Int J Qual Health Care 2006 June;18(3):167-76.
5. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.

- Ministerio de la Protección Social de Colombia 2009 November 23;Available from: URL:
www.pos.gov.co/Documents/GUIA%20METODOLÓGICA%2023%2011%2009-1.pdf
6. Clark EG, Leavell HR. Preventive Medicine for the Doctor in His Community. 3 ed. New York: McGraw-Hill; 1965.
 7. Guías de Promoción de la Salud y prevención de enfermedades en la Salud Pública. www.minprotecciónsocial.gov.co 2010;Available from: URL:
www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=16159&IDCompany=3
 8. The ADAPTE Collaboration. Resource toolkit for guideline adaptation, version 1.0, 2007.Disponible en www.adapte.org.
 9. New Zealand Guidelines Group. Notes on the adaptation / Synthesis of guidelines. 2007 [consultada el 5 de septiembre de 2011]. www.nzgg.org.nz
 10. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II) Instrument, 2009. www.agreecollaboration.org
 11. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. Journal of Clinical Epide

Recomendaciones

Para facilitar la lectura y búsqueda de información, a continuación se presenta la lista de preguntas clínicas incluidas en esta guía. Posteriormente, cada pregunta se analiza y se dan las recomendaciones.

1. En una persona mayor de 18 años que consume alcohol, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de los instrumentos de tamizaje CAGE, ASSIST y AUDIT para identificar aquellos con abuso o dependencia del alcohol comparado con la entrevista psiquiátrica (patrón de oro) en un punto en el tiempo?
2. ¿Cuál de estas pruebas es la que muestra un mejor desempeño y aplicabilidad global en un nivel de baja complejidad de atención para la identificación de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol?
3. En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los criterios clínicos más importantes para predecir el desarrollo de un síndrome de abstinencia?
4. En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de encefalopatía de Wernicke?
5. En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿cuáles son los factores de riesgo más importantes para evaluar la probabilidad de presentar un delirium tremens?
6. En personas mayores de 18 años con abuso o dependencia de alcohol que presentan intoxicación aguda por alcohol, ¿qué signos y síntomas deben identificarse y/o evaluarse durante el examen físico y cuál es su utilidad para la definición de la estrategia de manejo al momento de ingreso al servicio de urgencias?
7. En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, ¿la implementación de medidas de soporte comparado con la no intervención previene complicaciones médicas en las siguientes dos semanas?
8. ¿En qué situación especial es necesario asociar al tratamiento otros medicamentos como por ejemplo neurolépticos, anticonvulsivantes, antihipertensivos u otros a pacientes adultos con intoxicación aguda para lograr el control de los síntomas?
9. ¿En qué situaciones especiales es necesario solicitar neuroimágenes a pacientes adultos con intoxicación aguda o síndrome de abstinencia alcohólica para detectar lesiones cerebrales?
10. ¿En qué casos se recomienda la suplementación con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes adultos con abuso o dependencia al alcohol?
11. En personas adultas que presentan síndrome de abstinencia, ¿cuál es la utilidad de la escala CIWA-Ar comparado con la entrevista psiquiátrica y el examen físico para determinar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario?

12. En pacientes adultos con síndrome de abstinencia, ¿la administración de benzodiazepinas comparada con el uso de otros psicofármacos es más efectiva en el control de los síntomas y la disminución de la morbilidad y mortalidad?
13. En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento farmacológico con benzodiazepinas de acción larga comparado con las benzodiazepinas de acción corta o mediana se asocia a un rápido y mejor control de los síntomas y mejor perfil de seguridad durante el tratamiento hospitalario?
14. ¿En qué situación especial es necesario asociar al tratamiento farmacológico estándar otros psicofármacos, como por ejemplo: neurolepticos, anticonvulsivantes, o antihipertensivos a pacientes adultos con síndrome de abstinencia no resuelto para lograr el control de los síntomas?
15. Una vez controlados los síntomas del síndrome de abstinencia en pacientes mayores de 18 años, ¿la discontinuación gradual de las benzodiazepinas comparado con la suspensión abrupta disminuye la incidencia de recidiva de la sintomatología en las siguientes dos semanas?
16. En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento hospitalario comparado con el tratamiento ambulatorio previene la morbilidad y mortalidad asociada al síndrome de abstinencia alcohólica en las siguientes dos semanas?
17. En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia moderado o severo, ¿la referencia a un centro de mayor complejidad (nivel II, III o IV) comparado con el manejo en un centro de baja complejidad (nivel I) que solo cuente con médico general disminuye las complicaciones en las siguientes dos semanas?
18. En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol con síndrome de abstinencia, ¿el uso rutinario de tiamina desde el primer día de tratamiento previene la aparición de encefalopatía de Wernicke y Síndrome Korsakoff?
19. En pacientes con abuso o dependencia de alcohol, ¿qué intervenciones farmacológicas y no farmacológicas han mostrado generar abstinencia o cambio en el patrón de consumo y prevenir las recaídas?

Aspecto 1: Tamizaje, 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

Pregunta clínica 1

En una persona mayor de 18 años que consume alcohol, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de los instrumentos de tamizaje CAGE, ASSIST y AUDIT para identificar aquellos con abuso o dependencia del alcohol comparado con la entrevista psiquiátrica (patrón de oro) en un punto en el tiempo?

Pregunta clínica 2

¿Cuál de estas pruebas es la que muestra un mejor desempeño y aplicabilidad global en un nivel de baja complejidad de atención para la identificación de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol?

Recomendaciones

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 (véase anexo 10, cuestionario AUDIT-C).

Recomendación fuerte a favor de la prueba

Recomendación por consenso de expertos

1.2 En pacientes adultos con resultado positivo para consumo de riesgo en la prueba AUDIT-C (resultado ≥ 4 puntos) aplique el cuestionario AUDIT completo para identificar a los pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol (véase la siguiente tabla para puntos de corte en puntaje AUDIT).

	Hombres	Mujeres
No hay 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

(Recomendación adaptada de CG 115 NICE [1] y guía australiana [2])

Recomendación fuerte a favor de la prueba.

Calidad de la evidencia:

Guía fuente: nivel de evidencia I para la guía australiana (véase anexo de nivel de evidencia y recomendaciones de la guía australiana).

Evidencia de actualización: los estudios incluidos tienen bajo riesgo de sesgo (calificaciones ++ o + plantilla de evaluación de calidad).

Alcance y objetivo de las recomendaciones

Recomendar un instrumento de tamizaje adecuado para la detección de personas con abuso o dependencia del alcohol.

Fundamentación

En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2003 (3), la prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias psicoactivas es del 10,6%, y el alcohol es la sustancia con más frecuencia de consumo (se calcula que la prevalencia de abuso de alcohol y dependencia es del 6,8% y 2,4%, respectivamente). El consumo frecuente de alcohol genera problemas como ausentismo escolar y laboral, se relaciona con alrededor de 60 enfermedades médicas graves, tiene una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, aumenta el riesgo de sufrir accidentes de tránsito y constituye uno de los cinco primeros factores de carga global de enfermedad (4).

A pesar de todas las complicaciones derivadas del consumo de alcohol, en la mayoría de países del mundo esta es una conducta socialmente aceptada, lo que genera que los problemas relacionados tanto con el abuso como con la dependencia de esta sustancia sean subdiagnosticados; algunos estudios reportan que hasta el 70% de las personas con riesgo de tener problemas con el alcohol no se detectan en la práctica médica general de rutina (2), por lo cual se requieren medidas de tamizaje específicas que permitan la detección temprana y lleven a un tratamiento oportuno.

En la actualidad, existen múltiples instrumentos de tamizaje del consumo de alcohol con diferentes características operativas. La OMS creó dos cuestionarios destinados a la identificación de pacientes con consumo de sustancias. El AUDIT tiene como objetivo identificar personas con consumo excesivo de alcohol y realizar intervenciones breves dirigidas a disminuirlo; contiene diez preguntas en tres dominios (ingesta, dependencia y problemas), ha sido validado en diferentes poblaciones y tiene mayor sensibilidad y especificidad que otros instrumentos. El ASSIST es un cuestionario autoadministrado que busca detectar abuso de alcohol, cannabis y otras sustancias psicoactivas. Otro cuestionario que se utiliza con frecuencia es el CAGE, que fue desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 (5) para identificar a bebedores rutinarios y discriminar entre personas dependientes y no dependientes del alcohol. Los estudios que han revisado las características de estas herramientas muestran resultados variados en cuanto a especificidad y sensibilidad, y no es claro si pueden ser tan útiles como la entrevista psiquiátrica estructurada en la detección de pacientes con riesgo.

El objetivo de contestar esta pregunta es brindar información al personal de salud que permita determinar cuáles son las herramientas de detección con mejor desempeño en el tamizaje de sujetos con consumo peligroso de alcohol y cuáles son los principios generales que deben ser tenidos en cuenta para su implementación.

Resumen de hallazgos y relación con las recomendaciones de las guías fuente

Los estudios sobre pruebas diagnósticas que fueron incluidos en las guías estudiaron distintos cuestionarios con diferentes puntos de corte, comparados con la entrevista psiquiátrica como patrón de oro para identificar pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol. En general, se estudiaron pacientes que solicitaban atención médica en niveles primarios, sin comorbilidades médicas asociadas. Un solo estudio encuestó una población de pacientes con trastornos psiquiátricos. El resumen de los hallazgos se presenta en la tabla 20.

Tabla 20. Resumen de las características operativas de los instrumentos de tamizaje evaluados en las guías fuente

Estudio	Prueba	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
Coulton, 2006	AUDIT	≥ 8	-	-	69 (57-81)	98 (97-100)
Fleming, 1991	AUDIT	≥ 15	49	91	69	81
		≥ 14	61	86	64	84
		≥ 13	70	78	57	86
		≥ 12	77	69	51	88
		≥ 11	84	71	64	90
		≥ 10	88	50	43	91
		≥ 9	92	42	40	93
		≥ 8	94	66	38	93
Schmidt, 1995	AUDIT	≥ 7	94	29	36	92
		≥ 11	11	100	-	-
		≥ 10	16	99	-	-
		≥ 9	16	98	-	-
		≥ 8	38	95	-	-
		≥ 7	50	93	-	-
		≥ 6	55	91	-	-
		≥ 5	61	84	-	-
		≥ 4	77	73	-	-
		≥ 3	100	66	-	-
Barry, 1998	AUDIT	≥ 2	100	59	-	-
		≥ 12	21	97	-	-
		≥ 11	30	96	-	-
		≥ 10	35	96	-	-
		≥ 9	74	93	-	-
		≥ 8	46	90	-	-
		≥ 7	53	85	-	-
		≥ 6	56	71	-	-
		≥ 5	64	62	-	-
		≥ 4	72	51	-	-
		≥ 3	74	38	-	-
Agabio, 2007	AUDIT	≥ 8 (hombres)	40	87	-	-
		≥ 4 (mujeres)	100	93	-	-
		Total (≥ 8 y ≥ 4)	71	93	-	-
	AUDIT	≥ 5 (hombres)	60	80	-	-
		≥ 5 (mujeres)	100	100	-	-
		Total (≥ 5)	71	93	-	-
	CAGE	≥ 1 (hombres)	80	73	-	-

		≥ 1 (mujeres)	100	96	-	-
		Total (≥ 1)	86	88	-	-
	CAGE	≥ 2 (hombres)	60	93	-	-
		≥ 2 (mujeres)	75	100	-	-
		Total (≥ 2)	64	98	-	-

Los estudios de validación de escalas mostraron que el instrumento AUDIT tiene una adecuada validez de constructo y consistencia interna alta. Además, se ha demostrado que el AUDIT provee información valiosa no solo para tamizar, sino para evaluar la severidad de la dependencia. El punto de corte que demostró tener un mejor desempeño general fue mayor o igual a 8 puntos. Otros instrumentos tienen indicaciones específicas diferentes, como la determinación de la severidad de la dependencia, la extensión de los problemas asociados con el consumo de alcohol o el seguimiento de los síntomas de la abstinencia, entre otros.

En conclusión, la revisión de la información y evidencia de los instrumentos de tamizaje identificados demostró que el instrumento AUDIT es la mejor prueba para la detección inicial de pacientes y para indicar si es o no necesario continuar la atención con un tratamiento. En consecuencia, las dos guías fuente recomiendan la utilización del AUDIT como instrumento de tamizaje de rutina en la población general.

Resumen de hallazgos de actualización de la evidencia

Entre los artículos arrojados por la búsqueda se encontraron tres revisiones sistemáticas de buena calidad (véase tabla de evidencia). En el trabajo de Aertgeerts y colaboradores (6), se estudió el desempeño del cuestionario CAGE respecto a los criterios del DSM-III como patrón de oro para el diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol en pacientes de la población general. Los autores recalcularon las características operativas de la prueba para los diferentes puntos de corte (tabla 21). Se concluye que el CAGE tiene un valor limitado como prueba de tamizaje para abuso o dependencia al alcohol.

Fiellin y colaboradores (7) estudiaron diferentes métodos de tamizaje para problemas relacionados con el alcohol. Respecto a las pruebas de interés para la pregunta, recomiendan el AUDIT para tamizaje de pacientes con problemas poco severos relacionados con el alcohol, es decir, preferiblemente en población general, y el CAGE para identificar personas con un espectro de enfermedad más grave (tabla 21).

El estudio de Meneses-Gaya y colaboradores (8) trabajó las diferentes versiones del AUDIT en sus distintos puntos de corte; encontraron que la versión completa del AUDIT presenta excelente sensibilidad y especificidad, superiores a las demás pruebas evaluadas. El CAGE tuvo los peores resultados entre los demás instrumentos evaluados.

Finalmente, se encontró un artículo de validación del CAGE que evalúa sus características operativas en adultos fumadores y no fumadores de Bucaramanga, respecto a la entrevista psiquiátrica, para identificar pacientes con dependencia al alcohol (9). Este artículo muestra que el CAGE tiene una aceptable consistencia interna, con un punto de corte ≥ 2 , y puede ayudar a identificar posibles casos de dependencia del alcohol, pero nunca define el diagnóstico. No se encontraron estudios que compararan el ASSIST con otras pruebas.

Tabla 21. Resumen de la evidencia encontrada en la actualización de la búsqueda

Estudio	Prueba	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Aertgeerts, 2004 (6)	CAGE	≥ 1	100-61	88-37
		≥ 2	92-46	95-62
Fiellin, 2000 (7)	AUDIT	≥ 8 (consumo de riesgo, pesado o dañino)	57-63	90-96
		≥ 8 (abuso o dependencia)	61-96	85-96
	CAGE	≥ 2	77-94	79-97
Meneses-Gaya, 2009 (8)	AUDIT	≥ 8	1-81	95-76
Campo-Arias, 2009 (9)	CAGE	≥ 2	67 (38,8-87,0)	86 (73,7-93,3)

Relación entre la evidencia y las recomendaciones

En general, la nueva evidencia encontrada en la actualización de la búsqueda sigue la misma línea de la evidencia incluida en las tablas de las guías fuente; es decir, la información apoya la utilización del AUDIT como el mejor instrumento de tamizaje para detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol en la población general.

El GDG consideró que la aplicación del instrumento AUDIT a toda la población que consulte por cualquier motivo en los niveles primarios de atención puede ser una tarea con dificultades para la implementación, por el tiempo que conlleva la aplicación del cuestionario y su poca utilidad en

pacientes sin riesgo. Se consideró, entonces, la posibilidad de aplicar la prueba AUDIT-C, que consiste en una versión abreviada de la prueba AUDIT, a todos los pacientes que en el interrogatorio de rutina durante la entrevista médica reportaran algún consumo de alcohol durante los últimos 30 días, ya que es un instrumento más viable para ser administrado de manera rutinaria a una población de gran tamaño que consulta los servicios de salud (Recomendación 2A), dado que consta únicamente de tres preguntas —las tres primeras preguntas del AUDIT— y tiene un desempeño diagnóstico similar al de la prueba completa (10). Por lo tanto, se decidió recomendar la aplicación del AUDIT completo únicamente a los pacientes con un resultado AUDIT-C positivo (véase anexo AUDIT-C).

Se han reportado para el AUDIT-C varios puntos de corte, según la patología que se quiera identificar (10): ≥ 4 para detectar consumo riesgoso y ≥ 5 para diagnóstico de dependencia del alcohol. Como se considera su utilidad para la identificación de riesgo, se decidió tomar como punto de corte el primero (≥ 4).

Así mismo, se consideró importante recomendar al profesional de la salud que realice una intervención breve motivacional inmediatamente después de identificar (mediante el cuestionario AUDIT) a los pacientes en riesgo de tener abuso o dependencia del alcohol (recomendaciones 2B y 2C). El mejor punto de corte reportado para considerar el AUDIT positivo es ≥ 8 .

Ahora bien, considerando que una intervención breve es solamente el primer paso para el tratamiento de la dependencia alcohólica y que un profesional de la salud en un nivel de baja complejidad no está capacitado para realizar el tratamiento y seguimiento de esta condición, se determinó la necesidad de remitir al especialista a los pacientes en mayor riesgo o con dependencia (recomendaciones 2D y 2E). En las recomendaciones para el bebedor de riesgo es importante motivar al paciente para hacer un giro hacia el consumo de bajo riesgo: no más de 3 tragos por día en el hombre y 2 en la mujer, dejando dos días sin beber, o un consumo que no pase de 6 tragos en un solo consumo una vez por mes, siempre y cuando no hay contraindicaciones para el consumo de alcohol (por ejemplo, patologías hepáticas, uso de medicamentos que interfieran con el metabolismo de alcohol, embarazo o menores de edad).

Requisitos estructurales

Para llevar a cabo las recomendaciones se requiere personal médico y de enfermería entrenado en la realización de una entrevista clínica que incluya la indagación por un posible consumo de alcohol. Así mismo, es necesario que todo el personal médico y de enfermería que atiende en nivel de baja complejidad tenga a disposición los cuestionarios AUDIT-C y AUDIT completo, así como un entrenamiento en su aplicación y en la realización de la intervención breve motivacional.

Consideraciones sobre beneficios y riesgos

El beneficio de la realización del tamizaje y la intervención breve en niveles de baja complejidad en la atención claramente supera los riesgos y/o consecuencias en relación con la no intervención y con los riesgos mismos del tamizaje y la intervención propuesta.

El momento en que un paciente solicita servicios de salud en un bajo nivel de complejidad puede convertirse en la única oportunidad de identificar el consumo de riesgo y/o dependencia del alcohol y generar la disposición al cambio. Algunos estudios sugieren que la realización del tamizaje por sí misma puede ser la generadora de la motivación al cambio en el consumo en el paciente, más allá de la intervención motivacional breve que es aplicada al identificar a los pacientes, y en este sentido estaría plenamente justificada.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

En el contexto de la atención en salud, para los pacientes, el interrogatorio sobre el patrón de consumo de alcohol es aceptado como parte de la entrevista e información médica necesaria para el manejo en cualquier caso o motivo de consulta.

La intervención motivacional breve no tiene características directivas y puede tener aceptación en pacientes resistentes al cambio. Por sus características de respeto a la posición y las propias perspectivas del paciente, esta intervención no necesita de su voluntad explícita para su aplicación, más allá de la otorgada como uno de los pasos de la intervención misma (véase anexo de intervención breve motivacional).

Implicaciones sobre los recursos

El tamizaje propuesto puede integrarse al acto médico habitual sin generar un aumento de costos. Esta pregunta tiene anexa una evaluación económica completa (véase sección de análisis económico).

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes si nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica se encuentra disponible.

Recomendaciones para investigación

El GDG considera que es deseable continuar el tamizaje que se realiza en los puestos viales y en la comunidad; sin embargo, es pertinente realizar investigación sobre la efectividad o utilidad de este tamizaje en la prevención de desenlaces clínicos importantes para los pacientes, además de la prevención de eventos delincuenciales y accidentes de tránsito.

Existe poca información respecto al desempeño diagnóstico de la prueba AUDIT-C, y no existe información sobre su utilización en Colombia en niveles de atención de baja complejidad. Tampoco existe una validación formal del instrumento AUDIT para el contexto colombiano. Para una implementación exitosa, se recomienda realizar esta validación para nuestra población.

Indicadores de adherencia sugeridos

1. Número de pacientes mayores de 18 años a quienes se les realizó AUDIT/Número de pacientes mayores de 18 años que asistieron a servicios de salud de atención primaria.
2. Número de remisiones al especialista.

2. Factores de riesgo para desarrollar un síndrome de abstinencia

Pregunta clínica 3

En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los criterios clínicos más importantes para predecir el desarrollo de un síndrome de abstinencia?

Recomendaciones

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:

- 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 benzodiacepinas
- Puntaje ciwa-ar en la evaluación inicial > 10.

Aunque los siguientes exámenes no se solicitan de manera rutinaria, en caso de estar disponibles, considérelos 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 < $100 \text{ mmol}/L$
- AST > $80 \text{ U}/L$.

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

El estudio incluido tiene riesgo de sesgo muy bajo (calificación ++ plantilla de evaluación de calidad).

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

Alcance y objetivo de la recomendación

Identificar pacientes con riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia, con el fin de decidir la necesidad de manejo intrahospitalario e instaurar, en caso de ser necesario, un manejo oportuno.

Fundamentación

El *delirium tremens* es un síndrome clínico caracterizado por fluctuaciones del estado de conciencia, desorientación, alteraciones cognitivas y alucinaciones, generalmente visuales (micro zoopsias: ver animales pequeños), que generan ansiedad marcada y agitación psicomotora. Puede acompañarse de disautonomías y convulsiones; la presencia de estas últimas puede identificar su inicio, pero no hace parte del complejo sintomático; usualmente aparece entre las 48 y 72 horas posteriores al último consumo (11).

Los mecanismos fisiopatológicos de esta entidad se relacionan con un proceso de *kindling* (fenómeno en el cual la aplicación repetida de un estímulo genera una sensibilización cerebral, de tal manera que la aplicación de un estímulo eléctrico o químico débil que en principio no causaba reacciones evidentes, se traduce en la aparición de efectos visibles, por ejemplo, convulsiones), producto de consumo crónico y episodios de abstinencia repetidos (12). Otros síntomas de abstinencia, como las convulsiones, se producen por desequilibrios neuroquímicos en el cerebro de los alcohólicos que de repente reducen o cesan el consumo de alcohol. Estos desequilibrios se pueden exacerbar después de las experiencias repetidas de abstinencia. La existencia de disautonomías durante la retirada sugiere que incluso los pacientes con síndrome de abstinencia leve deben ser tratados agresivamente para evitar el aumento en la severidad de los episodios. El *kindling* también puede contribuir al riesgo de una recaída del paciente, y al daño cerebral relacionado con el alcohol y el deterioro cognitivo.

El *delirium tremens* es una de las complicaciones más temidas del síndrome de abstinencia alcohólica; se presenta hasta en el 10% de las personas con dependencia y tiene una mortalidad cercana al 30% en los sujetos no tratados, y de 3% a 5% en los que reciben un tratamiento adecuado y oportuno. De ahí la importancia de la detección temprana y la identificación de los factores de riesgo asociados con esta patología, no solo por el impacto en el pronóstico, sino, también, por la reducción en los costos del sistema de salud (13,14).

Entre los factores de riesgo descritos para su aparición están: consumo de alcohol en altas cantidades, cronicidad del consumo, hepatopatías, antecedente de convulsiones o *delirium tremens*, presencia de ansiedad de consumo, uso concomitante de otras sustancias psicoactivas y presencia de comorbilidades médicas (11).

Por lo tanto, el objetivo de responder esta pregunta es determinar la naturaleza de los factores de riesgo y su valor predictivo frente al *delirium tremens* como desenlace, con el fin de que las personas que trabajan en el sistema de salud tengan una herramienta útil para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de esta entidad.

Resumen de hallazgos

El estudio seleccionado, Kraemer y colaboradores (15), es una cohorte retrospectiva con 284 pacientes que fueron clasificados según si tenían abstinencia severa o no (véase tabla de evidencia). La calidad asignada corresponde a la de un estudio donde se cumple la mayor parte de los criterios metodológicos requeridos para tener confianza en sus conclusiones (plantilla SIGN). En el análisis univariado inicial se detectaron los siguientes factores de riesgo para desarrollar síndrome de abstinencia severo: historia de “apagones” (*blackouts*) (OR 3,5; IC 95% 1,5-8,2), uso de alcohol al despertar en la mañana (OR 7; IC 95% 2,1-23,2), historia de *delirium tremens* (OR 3; IC 95% 1,7-5,4), historia de convulsión por abstinencia (OR 2,9; IC 95% 1,5-5,6), dos o más desintoxicaciones hospitalarias previas (OR 2; IC 95% 1,1-3,6), historia de participación en dos o más programas de tratamiento alcohólico (OR 2,8; IC 95% 1,6-4,9), uso pasado de heroína (OR 3,6; IC 95% 1,7-7,5), uso pasado de cocaína (OR 2,1; IC 95% 1,1-3,8), uso pasado de benzodiazepinas (OR 6,4; IC 95% 3-13,3), puntaje CIWA-Ar inicial > 10 (OR 4,9; IC 95% 2,7-8,6), conteo inicial de plaquetas < 140 x 10⁹/L (OR 2,6; IC 95% 1,2-5,4), creatinina inicial < 70 µmol/L (OR 2; IC 95% 1,2-3,5), cloro < 100 mmol/L (OR 1,9; IC 95% 1,1-3,5) y AST > 80 U/L (OR 4,1; IC 95% 2,2-7,5).

Relación entre la evidencia y las recomendaciones

Los pacientes con consumo pesado de alcohol tienen riesgo de presentar un síndrome de abstinencia con cuadros potencialmente fatales; estos cuadros severos son prevenibles con un manejo oportuno y adecuado. La importancia de la clasificación del riesgo de abstinencia y la posibilidad de complicaciones en cada paciente que se presente al servicio de urgencias radica en la posibilidad de instaurar la observación y el manejo oportunos en aquellos que lo necesiten, y poder dar el alta a aquellos pacientes con bajo riesgo.

Si al momento de la atención del paciente no se cuenta con la información necesaria para definir el tipo de manejo que este requiere, es recomendable mantenerlo en observación hasta obtener la información, ya sea del paciente o de la familia y/o red de apoyo.

Requisitos estructurales

Para llevar a cabo las recomendaciones se requiere personal médico entrenado en la realización de una anamnesis completa y en la aplicación del cuestionario CIWA-Ar.

Consideraciones sobre beneficios y riesgos

No hacer alcoholemia en forma rutinaria podría llevar a subestimar el grado de intoxicación en pacientes con intoxicación alcohólica; sin embargo, se puede realizar seguimiento clínico para una evaluación aproximada de los niveles de alcohol en sangre. El examen clínico (mental y físico) en los pacientes intoxicados es la mejor herramienta para la decisión de manejo y para identificar signos de alarma que lleven a solicitar exámenes o imágenes adicionales que apoyen el tratamiento clínico.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

La identificación de factores de riesgo, que involucra el interrogatorio sobre patrón de consumo, abuso de sustancias adicionales al alcohol y tratamientos previos para abuso o dependencia del alcohol, puede presentar resistencia en algunos pacientes; sin embargo, es importante que el personal de la salud aplique, siempre que sea posible, un interrogatorio completo sobre antecedentes de la enfermedad y presentación de complicaciones, teniendo en cuenta la aceptabilidad y disponibilidad de cada paciente en particular.

Implicaciones sobre los recursos

La identificación y manejo oportuno de un síndrome de abstinencia podría llevar a una reducción en el consumo de recursos derivada de la prevención de síndromes de abstinencia severos y complicaciones serias de estos.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Es necesario contar con más información proveniente de estudios de cohortes de buena calidad que identifiquen los factores de riesgo o los factores que predicen la presentación de un síndrome de abstinencia en pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome de abstinencia a quienes se les realiza CIWA-Ar durante la atención/Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome de abstinencia.

3. Factores de riesgo para desarrollar encefalopatía de Wernicke

Pregunta clínica 4

En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de encefalopatía de Wernicke?

Recomendaciones

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 un 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. (véase anexo 13: Escenarios clínicos que pueden llevar a la pérdida de tiamina)

Punto de buena práctica clínica.

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.

Recomendación por consenso de expertos.

Alcance y objetivo de la recomendación

Identificar pacientes con riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke, con el fin de decidir la necesidad de administración de tiamina y prevenir su complicación: el síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Fundamentación

La encefalopatía de Wernicke es un síndrome clínico causado por la deficiencia de tiamina, caracterizado por amnesia, confusión, ataxia y alteración de los movimientos oculares (oftalmoplejía: parálisis de uno o varios músculos oculares; nistagmos: espasmo involuntario de los músculos del globo ocular que produce movimientos bruscos y espasmódicos en sentido vertical, horizontal o rotatorio), y puede acompañarse también de hipo- o hipertermia, con alteraciones en el estado de conciencia. Sin embargo, la presentación clásica de la tríada de este cuadro ocurre en menos del 1% de los pacientes que se presentan en un servicio hospitalario (16).

Suele presentarse en pacientes con dependencia del alcohol o con enfermedades renales, hepáticas y tumorales asociadas con estados de desnutrición avanzada. En el caso de los pacientes con patrones de abuso o dependencia del alcohol, la deficiencia de tiamina se debe a una baja ingesta de alimentos que contienen esta vitamina y al efecto que tiene el alcohol en la mucosa gástrica, lo que genera una disminución en la absorción y en la conversión de la tiamina a su metabolito activo. En estudios post mórtem se ha encontrado que aproximadamente el 12,5% de los pacientes con uso crónico de alcohol presentan cambios neurológicos compatibles con esta patología (11,17).

El consumo crónico de alcohol genera una disminución de la fosforilación de la forma cofactor de la enzima del pirofosfato de tiamina, lo que genera una reducción en sus metabolitos activos, que podría ser el detonante de una secuencia de eventos metabólicos que resultan finalmente en la muerte neuronal característica de este síndrome (18). La gravedad de la abstinencia también se relaciona con la deficiencia de las vitaminas B2 y B6, que afectan el funcionamiento de los receptores GABA.

Las fallas en la identificación de los factores de riesgo y en el manejo del déficit de tiamina que generan esta entidad clínica (17) aumentan de manera significativa los costos para el sistema de salud, ya que se trata de una enfermedad que cursa con deterioro cognitivo y funcional marcado (13).

Los objetivos de contestar esta pregunta consisten en determinar cuáles son los factores de riesgo para que pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol desarrollen encefalopatía de Wernicke, y elaborar una recomendación que le permita al personal de la salud identificar

tempranamente los síntomas y factores de riesgo de esta enfermedad. Esto, para instaurar un tratamiento oportuno que permita disminuir las complicaciones y costos derivados de su tratamiento.

Resumen de la información disponible

A pesar de que a través de la búsqueda de la evidencia no fueron identificados estudios que cumplieran con las características establecidas (véase protocolo de revisión para la pregunta), existe alguna información que puede ser útil para conocer sobre el estado del conocimiento en el tema.

La encefalopatía de Wernicke, desorden neurológico agudo o subagudo secundario a la deficiencia de tiamina, es prevenible y tratable. Esta encefalopatía puede ocurrir por consumo crónico de alcohol, malnutrición, ayuno, inanición, uso de dietas desequilibradas, nutrición parenteral de larga data, hiperemesis gravídica o cirugía bariátrica (19,20).

La presencia de bajos niveles de pirofosfato de tiamina (TPP), uno de los derivados más importantes de esta vitamina, produce alteraciones en varias vías bioquímicas intracelulares en el cerebro, como el metabolismo de los carbohidratos, de los lípidos y de los aminoácidos, con la subsecuente disminución de producción de ATP, de mielina y de algunos neurotransmisores (19).

Los individuos con alcoholismo tienen un alto riesgo de deficiencia de tiamina (mayor de 12,5%), porque presentan una nutrición pobre, absorción disminuida de tiamina y menor reserva de tiamina en el hígado (19). Por lo tanto, se debe sospechar la presencia de encefalopatía de Wernicke en todas las condiciones que puedan llevar a estos pacientes a deficiencia de tiamina (20).

Un estudio retrospectivo que incluyó a 34 pacientes con encefalopatía de Wernicke encontró que el nivel de albúmina estaba asociado con los criterios de Caine para el diagnóstico de esta encefalopatía. Igualmente, encontraron una tendencia entre los valores de ácido fólico y GGT, y los mismos criterios. Así mismo, vieron una asociación significativa entre la atrofia cortical-subcortical, el sexo masculino y la presencia de la tríada clásica (21).

Discusión

Dado que el consumo crónico de alcohol conlleva un riesgo para presentar deficiencia de tiamina, se consideró que era relevante evaluar cuáles son los factores de riesgo adicionales, para poder implementar una intervención oportuna. Como no se encontraron estudios metodológicamente adecuados para responder la pregunta, el grupo desarrollador consideró conveniente realizar una

recomendación sobre las condiciones clínicas que pueden llevar a los pacientes con abuso o dependencia del alcohol, que se conoce están en riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke, a presentar un riesgo adicional de ocurrencia de esta complicación (recomendaciones 6A y 6A1).

En la literatura se encuentran reportes acerca de las patologías que producen deficiencia secundaria de tiamina y que ponen en riesgo de encefalopatía de Wernicke a pacientes no alcohólicos. Por lo tanto, se decidió que era importante informarle al médico general que atiende al paciente con abuso o dependencia del alcohol que identifique esas situaciones que aumentan el riesgo de presentar deficiencia de tiamina (Recomendación 6A2) y actúe de manera preventiva para evitar una probable encefalopatía de Wernicke (Recomendación 6A3).

El grupo desarrollador evidenció que existe una variabilidad importante en la administración de tiamina, tanto en las dosis como en las vías de administración y duración del tratamiento. Teniendo en cuenta que en el paciente alcohólico existe un efecto directo del alcohol sobre la acción de la tiamina y que la absorción puede encontrarse disminuida por factores como la dieta, la desnutrición y la presencia de problemas gastrointestinales, se tomó la decisión de recomendar la administración de tiamina al inicio por vía parenteral para asegurar su disponibilidad. Aunque existe controversia sobre la duración y las dosis del tratamiento por vía oral, está justificada una suplencia adicional a la dieta en pacientes con alcoholismo crónico y otros factores de riesgo adicionales para deficiencia de tiamina. A pesar de que no fue hallada evidencia de buena calidad sobre las dosis de tiamina en pacientes con abuso o dependencia del alcohol, se tomaron como referencia recomendaciones de libros de texto y de la práctica habitual en Colombia.

Requisitos estructurales

Para llevar a cabo las recomendaciones se requiere personal médico entrenado en la realización de una anamnesis y un examen clínico completos. Para la administración del tratamiento se requiere disponibilidad de tiamina y de personal entrenado para su inyección por vía intramuscular.

Consideraciones sobre beneficios y riesgos

La administración de tiamina es una intervención segura y con plausibilidad biológica que viene siendo aplicada regularmente en nuestro contexto, aunque con alguna variabilidad en las dosis y vías de administración. A pesar de esto, no existe una evaluación formal de las consecuencias de la administración de tiamina en desenlaces clínicamente relevantes o críticos, como la prevención de la encefalopatía de Wernicke y del síndrome Korsakoff, o la severidad de su presentación; existe

incertidumbre sobre el beneficio real de su administración para la prevención de los desenlaces de interés.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

En nuestro contexto, es frecuente encontrar que los pacientes asignan un alto valor y preferencia a la administración de complejos o sustancias que contengan vitaminas, por el supuesto generalizado de su beneficio para el estado de salud y bienestar físico.

Implicaciones sobre los recursos

La administración de tiamina es una intervención de bajo costo en cualquiera de sus presentaciones. No se tiene un claro balance sobre las implicaciones de costo-efectividad respecto a los desenlaces evitados con su administración; sin embargo, en la práctica actual el uso de tiamina sin indicación clara es frecuente.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

No fueron identificados estudios de cohorte o de casos y controles de buena calidad que buscaran identificar factores de riesgo para el desarrollo de encefalopatía de Wernicke en pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Es necesario contar con estudios de buena calidad metodológica que evalúen dichos factores y la utilidad del manejo temprano o de intervenciones preventivas en pacientes con alto riesgo para desarrollo de encefalopatía de Wernicke y/o síndrome de Korsakoff.

Es necesario hacer evaluaciones de costo-efectividad del manejo con tiamina en pacientes con abuso o dependencia del alcohol, y con mayor riesgo de encefalopatía de Wernicke.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes con abuso o dependencia al alcohol que desarrollan encefalopatía de Wernicke/Número de pacientes con abuso o dependencia al alcohol.

4. Factores de riesgo para desarrollar *delirium tremens*

Pregunta clínica 5

En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿cuáles son los factores de riesgo más importantes para evaluar la probabilidad de presentar un *delirium tremens*?

Recomendaciones

4.1 Identifique 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.

Calidad de la evidencia: bajo riesgo de sesgo (calificaciones ++ o + + plantilla de evaluación de calidad SIGN).

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 sensorio-perceptivas, cefalea y desorientación.

Punto de buena práctica clínica

Alcance y objetivo de la recomendación

Identificar pacientes con riesgo de desarrollar *delirium tremens*, con el fin de decidir la necesidad de manejo intrahospitalario e instaurar, en caso de ser necesario, un manejo oportuno.

Fundamentación

El *delirium tremens* es un síndrome clínico caracterizado por fluctuaciones del estado de conciencia, desorientación, alteraciones cognitivas, alucinaciones —generalmente visuales (las más comunes son micro zoopsias: ver animales pequeños)—, ansiedad marcada y agitación psicomotora. Puede acompañarse de disautonomías y convulsiones. La presencia de convulsiones puede identificar su inicio, pero no hace parte del complejo sintomático (11,22). Usualmente, aparece entre las 48 y 72 horas posteriores al último consumo de alcohol (11).

Los mecanismos fisiopatológicos de esta entidad se relacionan con hiperactivación de los receptores NMDA, del sistema noradrenérgico y dopaminérgico, hipoadministración del sistema GABA y un proceso de *kindling* (fenómeno en el cual la aplicación repetida de un estímulo genera una sensibilización cerebral, de tal manera que la aplicación posterior de un estímulo eléctrico o químico débil, que en principio no causaba reacciones evidentes, se traduce en la aparición de efectos visibles, por ejemplo, convulsiones), producto del consumo crónico y de episodios de abstinencia repetidos (12).

Los síntomas de abstinencia, como convulsiones, se producen por desequilibrios neuroquímicos en sujetos que reducen o suspenden el consumo de alcohol abruptamente. Estos desequilibrios se pueden exacerbar después de las experiencias repetidas de abstinencia; la existencia de *kindling* durante la suspensión de alcohol sugiere que incluso los pacientes con síndrome de abstinencia leve deben ser tratados agresivamente para evitar el aumento en la severidad de los episodios de suspensiones posteriores. El efecto *kindling* también puede aumentar el riesgo de recaídas, y aumentar la probabilidad de lesión cerebral y el consecuente deterioro cognitivo.

El *delirium tremens* es una de las complicaciones más temidas del síndrome de abstinencia al alcohol. Se presenta hasta en el 10% de las personas con dependencia alcohólica y tiene una mortalidad cercana al 30% en los sujetos no tratados, y entre 3% y 5% en quienes reciben un tratamiento adecuado y oportuno; de ahí la importancia de la detección temprana y la identificación de los factores de riesgo asociados con esta patología, no solo por el impacto en el pronóstico, sino también por la reducción en los costos del sistema de salud (13,14).

Entre los factores de riesgo descritos están: el consumo de alcohol en altas cantidades, la cronicidad del consumo, el antecedente de convulsiones o *delirium tremens*, la presencia de ansiedad de consumo, el uso concomitante de otras sustancias psicoactivas y la presencia de comorbilidades médicas (11,22); sin embargo, se desconoce el valor predictivo de estos factores en la aparición del *delirium tremens*.

El objetivo de responder esta pregunta es determinar la naturaleza de los factores de riesgo y su valor predictivo frente al *delirium tremens* como desenlace, con el fin de que las personas que trabajan en el

sistema de salud tengan una herramienta útil para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de esta entidad.

Resumen de hallazgos

Se encontraron varios estudios de cohorte histórica que examinaron los factores de riesgo para el desarrollo de *delirium tremens* (DT) (tabla 22 y tabla de evidencia). Ferguson Suelzer y colaboradores (23) realizaron una cohorte retrospectiva de 200 pacientes, de los cuales 48 desarrollaron *delirium tremens*. Las variables que se mantuvieron en el modelo de regresión logística fueron: enfermedad aguda concomitante (OR ajustado de 5,1; IC 95% de 2,07-12,5) y número de días desde el último consumo (OR de 1,3; IC 95% de 1,09-1,61).

Lee y colaboradores (24) estudiaron varios factores de riesgo para *delirium tremens* en pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol, y encontraron que la historia previa de *delirium tremens*, el pulso cardíaco alto al ingreso (> 100 latidos/minuto) y el bajo nivel de potasio en suero (< 3,5 mmol/l) se asociaban con su aparición. El análisis multivariado arrojó un modelo con dos factores: historia previa de DT (OR 3,99; IC 95% de 1,6-9,8) y pulso al ingreso (OR 4,16; IC 95% de 2,0-8,5).

En otro estudio se realizó un modelo de regresión logística que mostró un OR de 2,2 (IC 95% de 1,2-3,8) para una o dos convulsiones, un OR de 2,6 (IC 95% de 1,0-6,8) para tres o más convulsiones, un OR de 1,9 (IC 95% de 1,05-3,5) para temperatura mayor de 38 °C, un OR de 2,1 (IC 95% de 1,1-3,8) para presión sistólica mayor de 150 mm Hg. Para evaluar la capacidad predictiva del modelo resultante, se realizó un análisis de curva ROC con la obtención de un área bajo la curva de 0,679 (IC 95% de 0,6-0,7) (25).

Wetterling y colaboradores (26) realizaron una cohorte prospectiva con 159 pacientes con diagnóstico de dependencia alcohólica. Hallaron un OR de 5,7 (IC 95% de 2-16,4) para convulsiones previas, un OR de 4,6 (IC 95% de 1,7-12,6) para historia de *delirium*, un OR de 11 (IC 95% de 3,9-30,9) para ataxia, un OR de 4,5 (IC 95% de 1,8-12) para polineuropatía, un OR de 61,5 (IC 95% de 54,4-69,6) para cloro menor de 96 mmol/l, un OR de 9,7 (IC 95% de 3,3-28,2) para sodio menor de 136 mmol/l, un OR de 9,1 (IC 95% de 2,8-29,5) para calcio menor de 2,2 mmol/l, un OR de 5,7 (IC 95% de 2-16,4) para potasio menor de 3,6 mmol/l, un OR de 9 (IC 95% de 3,5-23,4) para ALT mayor de 50 unidades/l, un OR de 4,5 (IC 95% de 2-8,5) para γ -glutamyltransferasa mayor de 100 unidades/l.

Un estudio con 334 pacientes encontró cinco factores de riesgo relevantes, como potenciales predictores del desarrollo de *delirium*: infección, taquicardia al ingreso, signos de abstinencia

acompañados de concentración de alcohol en líquido corporal mayor de 1 g/l, historia de convulsiones, historia de *delirium* (27).

Se encontró una sola cohorte prospectiva, pero su objetivo no era identificar factores de riesgo para el desarrollo de *delirium*, sino para la ocurrencia de uno prolongado. Los autores reportan que los pacientes con tensión arterial sistólica mayor de 120 mm Hg al momento de la primera valoración tuvieron una duración significativamente mayor del *delirium tremens* que aquellos con menor tensión (72 horas, DE 53,7, rango 24-168 horas, $p < 0,005$) (28).

Tabla 22. Resumen de los factores de riesgo para *delirium tremens* reportados en la literatura

Factores de riesgo	OR (IC 95%)
Historia previa de <i>delirium tremens</i>	3,99 (1,6-9,8) 4,6 (1,7-12,6)
Pulso al ingreso	4,158 (2,032-8,511)
Convulsiones previas	5,7 (2-16,4)
1 o 2 convulsiones	2,2 (1,2-3,8)
3 o más convulsiones	2,6 (1,04-6,8)
Temperatura > 38 °C	1,9 (1,05-3,5)
Presión sistólica mayor de 150 mm Hg	2,1 (1,1-3,8)
Ataxia	11 (3,9-30,9)
Polineuropatía	4,5 (1,8-12)
Cloro < 96 mmol/l	61,5 (54,4-69,6)
Sodio < 136 mmol/l	9,7 (3,3-28,2)
Calcio < 2,2 mmol/l	9,1 (2,8-29,5)
Potasio < 3,6 mmol/l	5,7 (2-16,4)
ALT > 50 unidades/l	9 (3,5-23,4)
γ-glutamilttransferasa > 100 unidades/l	4,5 (2-8,5)
Enfermedad aguda concomitante	5,1 (2,07-12,5)
Número de días desde el último consumo	1,3 (1,09-1,61)

Relación entre la evidencia y las recomendaciones

El *delirium tremens* es una entidad clínica que aparece como complicación de los síndromes de abstinencia alcohólica grave, con una alta tasa de mortalidad cuando no es tratado (37%), que puede llegar a menos del 5% cuando se instaura un tratamiento adecuado (22). Por lo tanto, dado que es una

complicación potencialmente fatal y prevenible, es indispensable reconocer los pacientes con riesgo de desarrollar este desenlace, para poder dar un tratamiento adecuado.

La búsqueda sistemática de la literatura arrojó seis artículos de donde se tomaron los datos para realizar las recomendaciones respecto a la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar *delirium tremens*. Aunque el consumo de alcohol y el síndrome de abstinencia que genera esta sustancia son necesarios para la aparición del *delirium tremens*, en la literatura no se encontró cuál es el patrón de consumo que pone en riesgo de desarrollar este cuadro a dichos pacientes. Por eso, las recomendaciones parten de aquellos pacientes con consumo crónico de alcohol que además presentan historia previa de *delirium tremens*, convulsiones previas, temperatura > 38 °C, pulso al ingreso mayor de 100 latidos/minuto, presión sistólica mayor de 150 mm Hg, ataxia, polineuropatía, infección aguda concomitante, cloro < 96 mmol/l, sodio < 136 mmol/l y calcio < 2,2 mmol/l. Es necesario que los pacientes identificados con riesgo reciban el manejo y seguimiento apropiados.

Requisitos estructurales

Para llevar a cabo las recomendaciones se requiere personal médico entrenado en la realización de una anamnesis, y un examen clínico completo.

Consideraciones sobre beneficios y riesgos

El beneficio de identificar pacientes que desarrollarán *delirium tremens* para darles el manejo oportuno es claro. El manejo oportuno del *delirium tremens* evita mortalidad y secuelas importantes en los pacientes.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

En los pacientes en quienes el juicio se encuentra alterado, como ocurre en los pacientes con intoxicación aguda por alcohol, síndrome de abstinencia, *delirium*, encefalopatía de Wernicke y síndrome Korsakoff, puede dificultarse la evaluación de los valores y preferencias para el manejo y evaluación del cuadro. Es una recomendación general del GDG que el médico y personal de salud decidan sobre el manejo agudo del paciente, considerando los valores y preferencias de los familiares o red de apoyo disponible, y basándose en el criterio médico, según las características del cuadro. Es probable que una evaluación posterior al cuadro agudo muestre acuerdo del paciente con la monitorización y manejo clínico realizados.

Implicaciones sobre los recursos

La identificación temprana de pacientes en riesgo con el posterior manejo oportuno previene complicaciones y secuelas del *delirium tremens* que pueden generar un importante consumo de recursos cuando se presentan. La identificación de factores de riesgo clínicos no implica un incremento en el consumo de recursos habituales en la atención médica de los pacientes.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Es conveniente mencionar que en varios artículos se encontró que un consumo peligroso de alcohol, dado por alta cantidad y frecuencia de consumo, podía considerarse como un factor de riesgo para el desarrollo de *delirium tremens*. Sin embargo, este factor no pudo incluirse en los modelos estadísticos de regresión, porque existe poca confiabilidad en la información suministrada por los pacientes acerca de su patrón de consumo de alcohol, y se han establecido varios puntos de corte para definir consumo peligroso. Por esta razón, el grupo desarrollador recomienda la realización de investigación sobre este aspecto, que puede ser importante para alertar al personal clínico sobre el posible desarrollo de *delirium tremens* en este tipo de pacientes.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes con abuso o dependencia al alcohol que desarrollan *delirium tremens*/Número de pacientes con abuso o dependencia al alcohol.

Referencias

1. National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. Alcohol use disorders: The NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (clinical guideline 115). London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2011.
2. Australian Government Department of Health and Ageing. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: Commonwealth of Australia; 2009.

3. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33:241-62.
4. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol.* 2004;65:782-93.
5. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA.* 1984;252:1905-7.
6. Aertgeerts B, Buntinx F, Kesterb A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 2004;57:30-9.
7. Fiellin D, Reid M, O'Connor P. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2000;160:1977-89.
8. Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, et al. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychol Neurosci.* 2009;2:83-97
9. Campo-Arias A, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE. Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:294-303.
10. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, et al. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29:844-54.
11. The National Clinical Guideline Centre For Acute And Chronic Conditions. Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (clinical guideline 100). London: National Clinical Guidelines Centre; 2010.
12. Becker HC. Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World.* 1998;22:25-33.
13. Gómez-Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, et al. *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.* 3ra edición. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 504-5.
14. Pristach CA, Smith CM, Whitney RB. Alcohol withdrawal syndromes-prediction from detailed medical and drinking histories. *Drug Alcohol Depend.* 1983;11:177-99.
15. Kraemer KL, Mayo SM, Calkins DR. Independent clinical correlates of severe alcohol withdrawal. *Substance Abuse.* 2003;24:197-209.
16. Ambrose M, Bowden SC, Whelan G. Thiamin treatment and working memory function of alcohol-dependent people: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001;25:112-6.
17. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6:442-55.
18. Butterworth RF, Kril JJ, Harper CG. Thiamine-dependent enzyme changes in the brains of alcoholics: relationship to the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Clin Exp Res.* 1993;17:1084-8.

19. Manzanares W, Hardy G. Thiamine supplementation in the critically ill. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2011;14:610-7.
20. Galvin R, Brathen G, Ivashynka A, et al. EFNS guidelines for Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol*. 2010;17:1408-18.
21. Seco E, Marnotes J, Mouronte C, et al. Risk factors and prognostic markers in Wernicke encephalopathy: a pilot study. *Eur J Intern Med*. 2011;22S:S1-112.
22. Haber P, Lintzeris N, Proude E, et al. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Canberra: Department of Health and Ageing; 2009.
23. Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, et al. Risk factors for delirium tremens development. *J General Internal Med*. 1996;11:410-4.
24. Lee JH, Jang MK, Lee JY, et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;12:1833-7.
25. Monte R, Rabuñal R, Casariego E, et al. Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. *Eur J Intern Med*. 2009;20:690-4.
26. Wetterling T, Kanitz RD, Veltrup C, et al. Clinical predictors of alcohol withdrawal delirium. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994;18:1100-2.
27. Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatr Serv*. 2001;52:820-3.
28. Burapakajornpong N, Maneeton B, Srisurapanont M. Pattern and risk factors of alcohol withdrawal delirium. *J Med Assoc Thai*. 2011;94:991-7.
29. Monte R, Rabuñal R, Casariego E, et al. Analysis of the factors determining survival of alcoholic withdrawal syndrome patients in a general hospital. *Alcohol Alcoholism*. 2010;45:151-8.

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

Pregunta clínica 6

En personas mayores de 18 años con abuso o dependencia de alcohol que presentan intoxicación aguda por alcohol, ¿qué signos y síntomas deben identificarse y/o evaluarse durante el examen físico y cuál es su utilidad para la definición de la estrategia de manejo al momento de ingreso al servicio de urgencias?

Recomendaciones

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.

Recomendación por consenso de expertos.

5.2.1 No se recomienda la realización de alcoholemia de manera rutinaria (véanse tablas 23 y 24).

Recomendación débil en contra del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos

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 12: 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 (IMC: peso/talla²), reflejos osteotendinosos, examen de piel y mucosas, examen de los ojos (pupilas, movimientos 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 (véase anexos 14 y 15: estigmas alcohólicos y signos de desnutrición).

Punto de buena práctica clínica

Alcance y objetivo de la recomendación

Establecer si el examen físico es un método útil para determinar el grado de intoxicación de un paciente con intoxicación aguda por alcohol.

Fundamentación

Los factores que pueden influir en el grado de intoxicación alcohólica aguda son: la cantidad y porcentaje de alcohol de la bebida, el tiempo en el que se ingiere, el peso corporal y la tolerancia individual al alcohol. En líneas generales, los síntomas y complicaciones suelen estar relacionados con la concentración de alcohol en sangre. En la mayoría de individuos, los cambios clínicos producto de la intoxicación son evidentes, con niveles de 50 mg/dl. Concentraciones superiores a 300 mg/dl implican un alto riesgo de depresión respiratoria, y las muertes atribuibles a intoxicación alcohólica aguda se producen con alcoholemias superiores a 500 mg/dl. Estos valores se modifican en sujetos con consumo crónico, que aun estando intoxicados, pueden tener un examen físico normal y recuperarse completamente después de tener alcoholemias hasta de 1.200 mg/dl. Se postula que ello se debe a que desarrollan tolerancia al alcohol después de la exposición repetida y como resultado de cambios en el funcionamiento de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) y GABA (2).

Las manifestaciones clínicas de la intoxicación son variadas y dependen del sistema que esté comprometido. Se han descrito alteraciones metabólicas, como hipoglucemia, acidosis láctica, hipopotasemia, hipomagnesemia, hipoalbuminemia, hipocalcemia e hipofosfatemia; cardiovasculares, como taquicardia, arritmias auriculares o ventriculares, vasodilatación periférica y depleción de volumen, que pueden generar hipotermia e hipotensión; alteraciones respiratorias, que incluyen disminución de la sensibilidad de las vías respiratorias a cuerpos extraños y disminución del aclaramiento ciliar, que aumentan el riesgo de presentar infecciones bacterianas, como bronquitis y neumonía (3).

Otras alteraciones se dan a nivel gastrointestinal, y pueden incluir náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, úlcera péptica, pancreatitis, hepatitis alcohólica aguda, y en pacientes con consumo crónico de alcohol, cirrosis hepática. También, se han descrito conjuntos de alteraciones en diferentes sistemas relacionados con el consumo de alcohol, como el síndrome de Zieve, entidad descrita en 1958, caracterizada por la tríada de anemia hemolítica, ictericia e hipertrigliceridemia (4).

Teniendo en cuenta que la identificación temprana del grado de intoxicación aguda por alcohol permite establecer un tratamiento adecuado y oportuno, y que en la mayor parte de centros de atención no es posible realizar niveles de alcoholemia, resulta útil evaluar la utilidad global del examen físico para establecer el grado de intoxicación.

El objetivo de contestar esta pregunta es evaluar cuáles son los elementos del examen físico que permiten establecer el grado de intoxicación alcohólica aguda y cuál es su utilidad para definir el tratamiento adecuado.

Resumen la información disponible

Varios factores pueden influir en la extensión de la intoxicación aguda por alcohol en un paciente: 1. factores asociados con el consumo, como la cantidad de alcohol ingerida, el porcentaje de alcohol contenido en la bebida, el periodo durante el cual se consumió el alcohol; 2. factores inherentes al paciente, como el estado general de salud, el grado de excitación psicológica, edad, sexo, peso corporal y la tolerancia al alcohol dada por consumo crónico de la sustancia (5).

El examen clínico del paciente en estado de embriaguez incluye la evaluación de: 1. los signos vitales (frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura); 2. El examen mental (condiciones generales, actitud, orientación, atención, afecto, lenguaje, pensamiento, juicio y raciocinio, sensopercepción, memoria y prospección); 3. el estado de conciencia, y 4. el examen físico (aliento alcohólico, ojos, disartria, coordinación motora, equilibrio, nistagmos, piel y mucosas) (6).

La legislación colombiana, en la Resolución 1183 del 14 de diciembre de 2005, especifica los aspectos del examen clínico que son relevantes para la determinación del estado de embriaguez de una persona con intoxicación aguda por alcohol (7). Estos son: 1. presentación, porte y actitud del examinado; 2. conducta motriz; 3. signos vitales (frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, talla, peso y reflejos osteotendinosos); 4. aspecto de piel y mucosas; 5. presencia de olores inusuales (alcohol, sudor, vómito, entre otros); 6. sensorio (conciencia, orientación, atención y memoria); 7. afecto; 8. lenguaje; 9. pensamiento; 10. sensopercepción; 11. inteligencia; 12. juicio y raciocinio; 13. introspección; 14. ojos; 15. coordinación motora fina; 16. coordinación motora gruesa, y 17. nistagmos.

Los signos clínicos presentes en pacientes sin tolerancia al alcohol con intoxicación aguda son: 1. alcoholemia menor de 50 mg/dl: dificultad para realizar actividades que requieren habilidad, relajación, tendencia a hablar; 2. alcoholemia mayor de 100 mg/dl: percepción alterada del entorno, ataxia, hiperreflexia, alteración de la capacidad de juicio, falta de coordinación, cambios del comportamiento y del estado de ánimo, nistagmo, aumento del tiempo de reacción, dificultad para vocalizar; 3. alcoholemia mayor de 200 mg/dl: amnesia, diplopía, disartria, hipotermia, náusea, vómito, depresión respiratoria, coma, muerte (2). En pacientes con dependencia al alcohol, los efectos clínicos de su intoxicación pueden estar disminuidos.

Existen varias tablas que relacionan el nivel de alcohol en sangre con los signos clínicos del paciente (tablas 23 y 24). El Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en el 2007 estableció la relación de la alcoholemia con la concentración de alcohol en aire espirado y la sintomatología clínica, como se observa en la tabla 23 (8).

Tabla 23. Niveles de alcoholemia y relación clínica

Alcoholemia	Clínica	Clínica en bebedor crónico
20-40 mg %	Euforia, incoordinación motora leve-moderada, aliento alcohólico.	Poco efecto.
50-99 mg%	Confusión, desinhibición emocional, nistagmos 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.
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.
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.

Fuente: Córdoba, 2006 (1)

Tabla 24. Relación de la alcoholemia con la concentración de alcohol en aire espirado y la sintomatología clínica

Concentración de alcohol en sangre g/l	Concentración de alcohol en aire espirado mg/l	Signos y síntomas clínicos
< 0,3	< 0,15	Desinhibición, euforia leve.
0,3-0,5	0,15-0,25	Borrachera leve: logorrea, locuacidad, inyección conjuntival. Euforia, afectación leve del rendimiento psicomotor.
0,5-1,0	0,25-0,50	Borrachera moderada: deterioro moderado del rendimiento psicomotor.
1,0-2,0	0,50-1,00	Borrachera intensa: sedación, ataxia, disartria, diplopía, nistagmos, deterioro mental y físico. Agresividad, excesiva euforia. Taquicardia, taquipnea, trastornos vasomotores. Náuseas, vómitos. Deterioro grave del rendimiento psicomotor.
2,0-3,0	1,00-1,50	Borrachera muy intensa. Ataxia, sedación, confusión, vértigo, diplopía. Náuseas, vómitos. Deterioro muy grave del rendimiento psicomotor.
3,0-5,0	1,50-2,50	Coma sin signos de focalización. Hipotermia, hipotonía,

		hipoglucemia, midriasis bilateral poco reactiva, abolición de reflejos osteotendinosos. Bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria. Imposibilidad de conducir.
> 5,0	> 2,50	Muerte.

Fuente: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, 2007. (8)

Tabla 25. Niveles de alcoholemia y relación clínica

Alcoholemia	Clínica
20-40 mg %	Euforia, incoordinación motora leve-moderada, aliento alcohólico.
50-99 mg%	Confusión, desinhibición emocional, nistagmos horizontal, hiperreflexia, hipoestesia, ataxia moderada, dificultad para la unipedestación.
100-149 mg%	Ataxia, alteración de concentración, juicio y análisis, hipotensión y taquicardia moderadas.
150-299 mg%	Incoordinación motora severa, reacción prolongada, hiporreflexia, diplopía, disartria, pupilas midriáticas y con reacción lenta a la luz, náuseas, vómito, somnolencia.
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.

Fuente: Córdoba, 2006 (1).

En la normatividad colombiana actual, la interpretación de los resultados de alcoholemia se correlaciona con el estado de embriaguez, así: 1. resultado negativo: menos de 40 mg de etanol/100 ml de sangre total; 2. primer grado: entre 40 y 99 mg/100 ml; 3. segundo grado: entre 100 y 149 mg/100 ml; y 4. tercer grado: 150 mg/100 ml o más (6) (tabla 26).

Tabla 26. Grados de embriaguez según medida en cromatografía de gases o cantidad de etanol en aire espirado

Miligramos de etanol/100 ml de sangre total	Grado de embriaguez
Menor de 40	Negativo
Entre 40 y 99	Primero
Entre 100 y 149 mg	Segundo
Mayor o igual 150 mg de etanol	Tercero

Fuente: República de Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal, 2002 (7).

Sullivan y colaboradores, en 1987, estudiaron a 21 pacientes con intoxicación aguda por alcohol (9). Para determinar el grado de intoxicación alcohólica, les aplicaron el cuestionario ASC, realizado de manera independiente por tres médicos. Igualmente, para verificar la correlación con el grado de intoxicación, les midieron la concentración de alcohol en sangre. Los resultados del estudio no mostraron correlación entre el examen físico y la alcoholemia (valores r de 0,182, 0,202 y 0,200, con un valor global de 0,235). Los autores concluyen que los pacientes con consumo crónico de alcohol, aunque tengan concentraciones de alcohol en sangre mayores de 100 mg/dl, pueden no parecer intoxicados, aun bajo el examen de médicos expertos; además, esta apariencia de sobriedad no se traduce en mejor coordinación motora.

En otro estudio (10) se reporta el caso de un paciente con tolerancia al alcohol, quien, teniendo una alcoholemia de 515 mg/dl, se presenta neurológicamente intacto y con una cognición normal, evaluado por clínicos expertos. Los autores concluyen que los niveles de alcohol en sangre no siempre pueden predecirse y no necesariamente se correlacionan con los hallazgos al examen físico.

Para disminuir las inconsistencias entre la estimación del grado de intoxicación alcohólica mediante el examen físico es importante estandarizar el examen físico y entrenar a las personas que lo van a realizar (11,12).

Discusión

Aunque no se hallaron estudios de buena calidad metodológica que investigaran la relación entre los hallazgos al examen clínico y el grado de intoxicación de pacientes con consumo abusivo de alcohol, se encontraron algunos reportes en la literatura acerca de este tópico. Al respecto, se observa que se han relacionado ciertos hallazgos al examen físico y mental con el grado de embriaguez y que esta relación parece funcionar bastante bien en la mayoría de los pacientes, con excepción de aquellos con tolerancia adquirida o innata al alcohol. Por lo tanto, se considera importante no menospreciar la utilidad del examen clínico y se propone la realización de este como una actividad de rutina conveniente para la evaluación de dichos pacientes (Recomendación 3A).

Así mismo, teniendo en cuenta que esta guía va a ser utilizada en todo el país por un grupo heterogéneo de profesionales de la salud que no necesariamente tiene un entrenamiento específico en la evaluación de este tipo de pacientes, el grupo consideró necesario hacer énfasis en los aspectos del examen clínico (físico y mental) que deben ser valorados para asegurar una evaluación adecuada de estos pacientes (recomendaciones 3A1 y 3A2).

Otro aspecto que se tuvo en cuenta para establecer las recomendaciones fue la legislación colombiana. En la Resolución 1183 de 2005, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se contemplan los puntos que deben tenerse en cuenta en el examen clínico para evaluar el grado de embriaguez del paciente que ingresa al servicio de urgencias con una intoxicación aguda por alcohol, puntos que son clave para un diagnóstico médico-legal acertado. Por lo tanto, en las recomendaciones se presentan las situaciones en las cuales es necesario realizar una prueba de alcoholemia y aquellas en las que es suficiente realizar un examen clínico con las características previamente descritas (recomendaciones 3B1, 3B2 y 3C).

Requisitos estructurales

Para llevar a cabo las siguientes recomendaciones se requiere personal médico entrenado en la realización de un examen clínico completo (mental y físico) y un consultorio adecuado para su práctica. En los casos ocupacionales o legales se necesita disponibilidad de un laboratorio equipado para la realización de la prueba de alcoholemia.

Consideraciones de beneficios y riesgos

No practicar alcoholemia en forma rutinaria podría llevar a subestimar el grado de intoxicación en pacientes con intoxicación alcohólica; sin embargo, se puede realizar seguimiento clínico para una evaluación aproximada de los niveles de alcohol en sangre. El examen clínico (mental y físico) en los pacientes intoxicados es la mejor herramienta para la decisión de manejo y para identificar signos de alarma que lleven a solicitar exámenes o imágenes adicionales que apoyen el tratamiento clínico.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

Las preferencias de los pacientes en los casos legales podrían ser negativas ante el examen de alcoholemia; sin embargo, en los casos previstos por la ley (por ejemplo, un accidente de tránsito), la decisión sobre la toma de alcoholemia no recae en el médico ni en el paciente, sino en el marco legal donde el registro del nivel sanguíneo de alcohol es obligatorio.

Implicaciones sobre los recursos

Al no ser la alcoholemia un examen de rutina, se ahorran costos en el manejo de cada caso que ingresa al sistema por intoxicación alcohólica. El seguimiento clínico se mantiene de la misma manera que cuando se realiza el examen.

La inversión en recursos de practicar el examen en casos legales o delincuenciales se justifica porque el valor probatorio se pierde si no se hace de manera oportuna.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Es necesario que se realicen estudios de buena calidad para evaluar la concordancia entre el examen físico y el nivel de alcoholemia, idealmente en nuestra población. No existen datos en Colombia sobre la prevalencia de tolerancia al alcohol, innata o adquirida.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda a quienes se les realizó examen mental/Número de pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda.

6. Manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol

Pregunta clínica 7

¿En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, la implementación de medidas de soporte, comparado con la no intervención, previene complicaciones médicas en las siguientes dos semanas?

Pregunta clínica 8

¿En qué situación especial es necesario asociar con el tratamiento otros medicamentos, por ejemplo neurolépticos, anticonvulsivantes, antihipertensivos u otros, a pacientes adultos con intoxicación aguda para lograr el control de los síntomas?

Recomendaciones

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

Recomendación por consenso de expertos

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

Recomendación débil en contra de la intervención

Recomendación por consenso de expertos

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 cristaloides isotónicos

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

Recomendación por consenso de expertos.

6.3 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que ameriten observación hospitalaria (véase algoritmo de manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol, anexo 25), 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 uso de sonda vesical (control de líquidos).

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

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

Recomendación débil a favor de la intervención

Recomendación por consenso de expertos

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

Recomendación por consenso de expertos

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

Recomendación por consenso de expertos

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.

Recomendación por consenso de expertos.

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.

Recomendación por consenso de expertos.

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-

Recomendación por consenso de expertos.

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.

Recomendación por consenso de expertos

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.

Recomendación por consenso de expertos.

6.11 En caso de que el paciente presente agitación, se recomienda inicialmente contención física, hidratación y examen clínico para descartar otras causas de agitación (consumo de otras sustancias, trauma craneoencefálico, cuadros psicóticos, epilepsia).

Punto de buena práctica clínica.

6.12 En caso de que la agitación no se controle por medio de la contención física y la hidratación, y no tenga contraindicación para el uso de neurolepticos (antecedente de síndrome neuroleptico maligno, distonía, hipertermia maligna, enfermedad de Parkinson), considere el uso de haloperidol en dosis de 2 a 5 mg por vía intramuscular. En caso de presencia de contraindicaciones para haloperidol, considere remisión para manejo por especialista.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

6.13 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol en las que se sospeche intoxicación de origen delincuencia se recomienda realizar hidratación por vía parenteral con cristaloides isotónicos, y de acuerdo con la presentación clínica, solicitar tamizaje de tóxicos para descartar el uso concomitante de otras sustancias, como benzodiazepinas, antipsicóticos, alcohol metílico, escopolamina, etc.

Recomendación fuerte a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

6.14. En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, el uso de soluciones dextrosadas solo se recomienda en pacientes con evidencia de hipoglicemia.

Recomendación fuerte a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

6.15 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que presenten dolor abdominal continuo y vómito considere la toma de niveles de amilasa para el diagnóstico diferencial con pancreatitis aguda.

Recomendación débil a favor del curso de acción

Recomendación por consenso de expertos.

6.16 Se debe continuar la medicación anticonvulsivante en pacientes que la toman regularmente (por ejemplo, para convulsiones no relacionadas con el consumo de alcohol).

Punto de buena práctica clínica.

Alcance y objetivo de la recomendación

Asistir al personal de la salud en el manejo adecuado de la intoxicación alcohólica aguda, por medio del establecimiento de medidas básicas farmacológicas y no farmacológicas para el cuidado hospitalario y ambulatorio de los pacientes.

Fundamentación

El alcohol es soluble en agua, atraviesa la membrana celular y se absorbe en el tracto gastrointestinal, el 10% se metaboliza en la mucosa gástrica y el 90% restante, a nivel hepático, por acción de la enzima alcohol deshidrogenasa, el sistema oxidativo microsomal y las catalasas. La absorción en la mucosa intestinal comienza 10 minutos después de la ingesta, y los picos séricos se alcanzan entre 30 y 90 minutos después, el grado de intoxicación depende del volumen consumido, el porcentaje de alcohol que contenga la bebida, el periodo en el que se ingiere, el peso corporal y la tolerancia al alcohol. La intoxicación aguda puede causar alteraciones metabólicas, cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicas y psiquiátrica, de ahí la importancia de incluir en el abordaje inicial un examen clínico cuidadoso que permita determinar su estado general y descartar factores asociados, como trauma o consumo de otras sustancias, que pueden confundir el cuadro clínico y cambiar las elecciones en el tratamiento (2).

La mayoría de personas que cursan con una intoxicación aguda experimenta síntomas leves y de corta duración; solo una parte de los afectados requiere atención médica. A este último grupo en general pertenecen sujetos con consumo crónico y de altas cantidades de alcohol que tienen riesgo de presentar complicaciones graves (3). Una de las dificultades en el establecimiento de las medidas adecuadas y costo efectivas para el manejo de pacientes con intoxicación aguda por alcohol es la controversia que genera la definición de las medidas de soporte y de las medidas conservadoras o de no intervención empleadas popularmente para manejar los síntomas de la intoxicación leve (13).

Se debe tener en cuenta que la definición de intoxicación alcohólica es amplia y puede incluir desde el consumo social que habitualmente no amerita tratamiento, hasta los cuadros con complicaciones como convulsiones y compromiso hemodinámico. Otro punto importante es la dificultad que se presenta al momento de determinar si un paciente con intoxicación aguda por alcohol requiere un manejo hospitalario con medidas de soporte o si puede ser manejado ambulatoriamente; si bien es cierto que en los casos indicados el uso de intervenciones farmacológicas y médicas disminuye la morbilidad y la mortalidad, también se reconoce que el abordaje más conservador que no utiliza medicamentos tiene aspectos positivos, como la disminución en los costos, la reducción en las complicaciones propias del ambiente hospitalario y la efectividad para controlar los síntomas leves (14).

El manejo de la intoxicación requiere asegurar la vía aérea; para evitar aspiraciones, se debe ubicar al paciente en posición lateral, y si presenta náuseas o vómito, se deben administrar antieméticos. Otros medicamentos que podrían ser utilizados en la fase aguda de la intoxicación son los antipsicóticos, que están indicados en el manejo de pacientes con agitación psicomotora, antihipertensivos, metadoxina y anticonvulsivantes, para los que no hay información suficiente sobre su efectividad ni seguridad en el manejo de estos pacientes.

Teniendo en cuenta las consideraciones descritas, el objetivo de contestar estas preguntas es revisar la definición de las medidas de soporte, la evidencia existente de su uso, comparado con la no intervención o con el uso de diferentes tipos de medicamentos en mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, para disminuir las complicaciones médicas.

Resumen de hallazgos

Alkana y colaboradores (15) evaluaron los efectos del propanolol en 16 pacientes con intoxicación aguda por alcohol en un experimento cruzado doble ciego. Los resultados del estudio sugieren que el propanolol puede aumentar la depresión del sistema nervioso central y que no antagoniza el efecto del etanol. Shpileya y colaboradores (16), en un experimento clínico aleatorizado con 39 pacientes con intoxicación aguda por alcohol, evaluaron la efectividad para el control de los síntomas, el tiempo de recuperación, la eliminación renal de etanol y la seguridad de la metadoxina comparada con placebo. Sus resultados sugieren que el porcentaje de pacientes que inician la recuperación una hora después de la intoxicación es mayor con metadoxina, igual que la disminución de la agitación y la mejoría de la función mental. El único evento adverso reportado fue erupción cutánea moderada (véase tabla de evidencia).

Relación entre la evidencia y las recomendaciones/discusión

La intoxicación aguda por alcohol es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias, donde con alguna frecuencia no se tiene claridad sobre el abordaje en cuanto al manejo de estos pacientes, porque, a pesar de que la intoxicación es en sí misma una situación de riesgo, tiende a resolver de manera espontánea y sin complicaciones.

Por medio de la búsqueda no se encontraron revisiones sistemáticas que evaluaran el manejo farmacológico o no farmacológico de los pacientes con intoxicación alcohólica. Únicamente se encontraron dos experimentos clínicos pequeños que evaluaron los efectos del propanolol y la metadoxina en la intoxicación aguda por alcohol, que proveen información insuficiente sobre los

medicamentos de estudio; por esta razón, el GDG decidió formular recomendaciones al respecto, por medio de un consenso de expertos.

Dado que la intoxicación aguda por alcohol se genera por el consumo de altas cantidades de esta sustancia en un corto periodo, y que la mayoría de las veces la intoxicación resuelve de forma espontánea y sin complicaciones, las principales herramientas para su tratamiento son las medidas de soporte y una observación clínica que permita la detección temprana de posibles complicaciones. Las medidas de soporte se encuentran definidas para esta guía como aquellas que hacen parte del manejo inicial y sintomático: observación, hidratación, uso de medicamentos como analgésicos, antieméticos y protectores de la mucosa gástrica, y seguimiento del estado clínico.

El GDG considera que el pilar del manejo de la intoxicación aguda por alcohol es la hidratación, por vía oral o intravenosa, teniendo en cuenta que se deben considerar los antecedentes y necesidades particulares del paciente. En cuanto a la hidratación por vía oral, no se recomienda el uso de bebidas energizantes, teniendo en cuenta que entre sus componentes hay metilxantinas, carbohidratos, taurina, vitaminas y guaraná, sustancias que pueden producir efectos adversos, como arritmias, infarto agudo de miocardio, exacerbación de la sintomatología psiquiátrica y crisis convulsivas (véase anexo de sustancias en bebidas energizantes). Adicionalmente, en un paciente con intoxicación alcohólica estas bebidas reducen la percepción de alteraciones motoras y facilitan la subestimación de situaciones de riesgo (17).

En cuanto al manejo de los síntomas generales que acompañan la intoxicación aguda, el personal médico debe guiarse por el cuadro clínico y los síntomas que presente en pacientes en cada caso particular. Por ejemplo, ante la presencia de náuseas o episodios eméticos, puede resultar útil administrar metoclopramida; si hay epigastralgia y otros síntomas dispépticos, se pueden formular medicamentos como omeprazol, ranitidina o hidróxido de aluminio; en caso de cefalea u otro tipo de dolor, como aquel que es producto de traumas superficiales (comunes en sujetos con intoxicación alcohólica por las alteraciones en la conducta motora), se puede considerar el uso de analgésicos como ibuprofeno, diclofenac o acetaminofén; si se presentara agitación psicomotora, se debe realizar contención verbal y física, y en aquellos casos en que amerite, se puede considerar el uso de antipsicóticos. Respecto a la vía y frecuencia de administración de los medicamentos, así como la dosis, deberán ser establecidas según el criterio médico y las condiciones del paciente.

En lo referente a medicamentos que se usan en el síndrome de abstinencia, como antihipertensivos, anticonvulsivantes, benzodiacepinas o antipsicóticos, no hay evidencia que apoye su administración en intoxicación aguda; por lo tanto, no se recomienda su uso rutinario, excepto en aquellos pacientes que los tengan formulados previamente por una condición específica y teniendo en cuenta las interacciones

de estos medicamentos con el alcohol. Tampoco hay evidencia que apoye el uso de antihipertensivos, anticonvulsivantes o antipsicóticos de manera rutinaria en estos cuadros.

En cuanto a otras medidas que se usan cotidianamente en la práctica clínica, como el lavado gástrico, el GDG considera que no es una medida útil en los pacientes con intoxicación alcohólica aguda. Aunque esta medida puede reducir la tasa de alcoholemia máxima, la rápida absorción del alcohol a través de la mucosa intestinal hace que este procedimiento tenga un valor limitado en un paciente con retraso en la presentación de intoxicación; no hay información sobre los posibles beneficios del lavado gástrico y puede tener complicaciones, como broncoaspiración, en pacientes con alteraciones del estado de conciencia. El manejo con diuréticos tampoco ha mostrado utilidad y, por el contrario, puede agravar la deshidratación y causar hipovolemia.

Por otro lado, se ha postulado el uso de medicamentos específicos para disminuir los síntomas de la intoxicación alcohólica; uno de ellos es la metadoxina (disponible en tabletas de 500 mg y ampollas de 5 ml, que contienen 300 mg), una combinación de dos antioxidantes (piridoxina y pirrolidona) que al parecer mejora los parámetros histológicos y bioquímicos de la enfermedad hepática alcohólica y disminuye los niveles de alcoholemia, sin que se presenten efectos adversos importantes; los datos encontrados, aunque sugieren un beneficio en el tiempo de mejoría de los síntomas de la intoxicación, son insuficientes para tener certeza sobre el perfil de seguridad y efectividad del medicamento, y su uso aún no ha sido aprobado por la FDA. La escasa información que se tiene sobre el propanolol sugiere que su interacción con el etanol puede potenciar sus efectos en lugar de revertirlos y su uso debería ser contraindicado en pacientes con intoxicación aguda por alcohol.

Requisitos estructurales

Para garantizar que el paciente con intoxicación alcohólica aguda tenga un tratamiento adecuado, se debe garantizar la disponibilidad de los siguientes recursos:

- Monitoreo de glucemia.
- Cuantificación de electrolitos y amilasa.
- Tamizaje de tóxicos.
- Personal entrenado con los conocimientos necesarios para dar recomendaciones pertinentes al paciente y sus familiares para el manejo ambulatorio.

Consideraciones de beneficios y riesgos

El seguimiento clínico propuesto para los pacientes con intoxicación aguda no genera riesgos importantes y puede detectar alteraciones renales, metabólicas, neurológicas o gastrointestinales, que requieran manejo oportuno e incluso remisión a otros niveles de atención. El GDG piensa que una monitorización más frecuente del estado clínico no está justificada en cuadros de intoxicación aguda.

Existe certeza sobre los beneficios de la administración de suero oral sobre otras formas pretendidas de hidratación que podrían generar desequilibrios hidroelectrolíticos; de igual manera, existe certeza en el balance entre beneficios y riesgos de la hidratación parenteral en los casos en los que esta sea requerida por la condición clínica del paciente o ante la no tolerancia a la vía oral. El GDG considera que los beneficios de la hidratación parenteral superan los riesgos ampliamente. El riesgo de encefalopatía de Wernicke y síndrome Korsakoff aumenta con la administración de dextrosa en pacientes con consumo crónico de alcohol. De igual manera, la corrección de la deshidratación no se logra con la administración de dextrosa y por esto no se recomienda su uso de manera rutinaria.

El carbón activado se utiliza para remover sustancias de vida media prolongada, con pequeño volumen de distribución, baja unión a proteínas séricas y formas no ionizadas a pH del organismo; no se recomienda tras la ingestión de alcohol.

El beneficio de la corrección de electrolitos se da únicamente en los casos en los que se presente y se documente adecuadamente un desorden en sus niveles sanguíneos. En intoxicación aguda, la solicitud de exámenes depende de la valoración clínica, los antecedentes y las características de cada caso. La detección de un cuadro de pancreatitis aguda como diagnóstico diferencial se considera de vital importancia en cualquier caso; sin embargo, la toma de los niveles de amilasa depende del juicio clínico en cada caso particular. La sospecha de intoxicación múltiple debe ser estudiada y documentada, pues el manejo de la intoxicación de sustancias diferentes al alcohol puede requerir medicamentos y medidas adicionales. Es importante documentar las sustancias presentes en cada caso para dar un manejo apropiado.

No se ha encontrado ningún beneficio del lavado gástrico en pacientes con intoxicación alcohólica; además, es conocido el riesgo de broncoaspiración, con sus posteriores consecuencias, en los pacientes con compromiso del estado de conciencia. Ante un riesgo alto de complicaciones y ausencia de beneficio, el GDG considera que la recomendación debe ser negativa ante el procedimiento.

Ante la ausencia de síntomas que ameriten cualquier intervención es preferible no administrar medicamentos que pueden tener efectos adversos y generar complicaciones. La administración de

diuréticos puede aumentar el riesgo de complicaciones en un cuadro de intoxicación aguda por alcohol, que generalmente cursa con deshidratación leve a severa.

No se encontraron datos suficientemente informativos respecto al manejo farmacológico de la intoxicación aguda por alcohol. No se cuenta con un balance claro sobre los beneficios y riesgos de la administración de medicamentos adicionales a las medidas de soporte para estos cuadros. Ante la ausencia de evidencia sobre beneficios, el GDG decide adoptar una recomendación negativa ante su uso rutinario y da recomendaciones específicas sobre el uso de algunos de ellos en caso de ser necesario.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

En los pacientes en los que el juicio se encuentre alterado, como ocurre en los pacientes con intoxicación aguda por alcohol (también en abstinencia, *delirium*, encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff), puede dificultarse la evaluación de los valores y preferencias para el manejo del cuadro. Es una recomendación general del GDG que el médico y personal de salud decida sobre el manejo agudo del paciente, considerando los valores y preferencias de los familiares o red de apoyo disponible, y basándose en el criterio médico, según las características del cuadro. Es probable que una evaluación posterior al cuadro de intoxicación muestre acuerdo del paciente con la monitorización y manejo clínicos realizados.

En nuestro medio, la hidratación oral con bebidas energizantes o hidratantes caseras y comerciales (que pueden incluir incluso refajo y cerveza) se considera deseable y adecuada en términos generales, a pesar de ser claramente perjudicial para el cuadro de intoxicación aguda. A pesar de las preferencias de los pacientes, el GDG considera que debe recomendarse la hidratación con suero oral. En caso de ser necesaria, la hidratación por vía parenteral es generalmente preferida por los pacientes, por atribuirle mejores efectos de diferente índole (nutrición y mejoría del estado de salud general).

Es frecuente por parte de los pacientes la demanda de medicamentos para el tratamiento de algunos síntomas de la intoxicación, como cefalea, náuseas o dolor abdominal. El juicio clínico prima sobre esta preferencia. El uso de medidas farmacológicas adicionales es generalmente preferido por el valor asignado a un tratamiento “completo” para la prevención de la aparición de síntomas y la disminución en la duración del cuadro. Es probable que pacientes agudamente intoxicados con alcohol no muestren preferencias claras por un manejo farmacológico u otro. A pesar de que la contención física siempre genera resistencia de los pacientes y en ocasiones de sus familias, el GDG considera que es preferible la contención física para una evaluación completa y administración de medidas de soporte adecuadas

antes de someter el paciente a riesgos adicionales de eventos adversos serios con la administración de medicamentos adicionales.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Es necesario realizar evaluaciones de costo-efectividad de las medidas de soporte, comparadas con el no tratamiento de la intoxicación alcohólica.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol en los que se administra tiamina IM * 100/Número total de pacientes mayores de 18 años atendidos.

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

Pregunta clínica 10

¿En qué casos se recomienda la suplencia con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes adultos con abuso o dependencia del alcohol?

Recomendaciones

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.

Recomendación por consenso de expertos.

Alcance y objetivo de la recomendación

Brindar información actualizada al personal de salud que atiende pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica que permita determinar si el uso de complejo B es tan efectivo como el uso de tiamina para el manejo de pacientes con síndrome de abstinencia y si disminuye la posibilidad de que se presenten complicaciones agudas.

Fundamentación

La tiamina o vitamina B1 es una molécula soluble en agua, cuya absorción en el intestino delgado es facilitada por la presencia de vitamina C y ácido fólico, e inhibida por el alcohol. Sus metabolitos activos (difosfato y trifosfato de tiamina) actúan como coenzimas en el metabolismo de los hidratos de carbono y participan en la síntesis de sustancias que regulan el sistema nervioso (18). Aunque la tiamina no hace parte del tratamiento rutinario del síndrome de abstinencia alcohólica, su uso en pacientes con dependencia al alcohol disminuye la probabilidad de complicaciones subagudas y crónicas, como la encefalopatía de Wernicke y el síndrome de Korsakoff (19,20).

Por otra parte, el complejo B es un compuesto de vitaminas que ha sido indicado para el manejo de patologías, como polineuritis por deficiencia vitamínica, trastornos metabólicos como la *diabetes mellitus*, y hematológicos, como la anemia sideroblástica y megaloblástica. Según la presentación comercial, su composición puede variar. En general, contiene tiamina (vitamina B1), piridoxina (vitamina B6), cianocobalamina (vitamina B12), riboflavina (vitamina B2), y en algunos casos, nicotinamida, ácido pantoténico, niacina y ácido fólico (vitamina B9); este último es hidrosoluble y necesario para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina. Se ha recomendado su uso en pacientes con síndrome de abstinencia de alcohol que tienen deficiencias nutricionales, producto de una baja ingesta de alimentos o de limitaciones en la absorción intestinal, consecuencia del consumo crónico de alcohol.

Existe divergencia en la práctica clínica sobre la recomendación de utilizar solo tiamina, o combinarla con ácido fólico, para prevenir las complicaciones derivadas del síndrome de abstinencia alcohólica.

El objetivo de responder esta pregunta es revisar la evidencia existente sobre los beneficios del uso de tiamina frente a la suplencia con complejo B para mejorar el control de síntomas y disminuir las complicaciones agudas en pacientes adultos con síndrome de abstinencia alcohólica.

Discusión

Es frecuente encontrar en la práctica clínica que los pacientes pidan y acepten con facilidad la formulación de complejos vitamínicos; sin embargo, no es clara la utilidad de esta práctica, ni su costo-efectividad. Dado que los pacientes con alcoholismo crónico tienen un alto riesgo de desnutrición y de presentar complicaciones secundarias a esta, se consideró evaluar si algún tipo de pacientes se beneficia de la administración de ácido fólico y vitamina B12 de forma rutinaria.

Al realizar la búsqueda sistemática de la literatura no se encontró ningún artículo que respondiera este interrogante, por lo cual fue necesario realizar un consenso de expertos para dar las recomendaciones pertinentes.

Es probable que el ácido fólico y la vitamina B12 no aporten ningún beneficio cuando se administran rutinariamente, y el GDG considera que el beneficio se logra en los pacientes en quienes se documente anemia megaloblástica. Se recomienda solicitar cuadro hemático en pacientes con más de dos años de abuso o dependencia de alcohol (o antes si el cuadro clínico lo amerita), con el fin de descartar anemia megaloblástica. Si se documenta aumento del volumen corpuscular medio y disminución del hematocrito y la hemoglobina, se recomienda solicitar niveles de vitamina B12 y ácido fólico para comenzar la suplencia a necesidad; sin embargo, el manejo de la anemia megaloblástica no está dentro del alcance de la presente guía, por lo cual el GDG resolvió no recomendar el uso rutinario de ácido fólico ni vitamina B12 mientras no se documente anemia megaloblástica ni se conozcan los niveles sanguíneos de vitamina B12 y ácido fólico.

Requisitos estructurales

Para llevar a cabo las recomendaciones se requiere personal entrenado en la realización de historia clínica y examen clínico completo (mental y físico), y aplicación de medicación parenteral cuando se requiera; además de un consultorio adecuado para su práctica. Se necesita laboratorio clínico para la realización de cuadro hemático, niveles de vitamina B12 y de ácido fólico. Se requiere tener disponibilidad de medicación en diferentes presentaciones.

Consideraciones de beneficios y riesgos

No hacer el examen físico, la historia clínica adecuada o los exámenes paraclínicos que guíen la indicación de vitamina B12 y ácido fólico en pacientes con síndrome de abstinencia que lo requieran puede pasar por alto el riesgo y la indicación; por otra parte, el uso indiscriminado de estas sustancias en pacientes que no lo ameriten incrementaría los costos sin tener un beneficio real.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

Las preferencias de los pacientes en nuestra cultura valoran el uso de vitaminas, por lo cual su indicación, se prevé, no tendrá obstáculos; existen pacientes que sin indicación de vitaminas las solicitan, dado el valor popular que se les atribuye sobre la salud en general.

La toma de paraclínicos en los pacientes se considera un acto médico, por lo cual no se estima que haya un rechazo a su indicación.

Implicaciones sobre los recursos

Los paraclínicos considerados (cuadro hemático, niveles de vitamina B12 y de ácido fólico) no son rutinarios, por lo cual podrían aumentar los costos al requerirlos, para determinar la indicación de la vitamina B12 o del ácido fólico. La realización de la historia clínica y el examen físico no supone un costo adicional.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Es necesario que se realicen estudios de buena calidad para evaluar las indicaciones, dosis y vías de administración del ácido fólico y la vitamina B12 en pacientes con abuso o dependencia de alcohol.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes con síndrome de abstinencia a quienes se les administró ácido fólico o cianocobalamina *100/Número de pacientes con síndrome de abstinencia.

Referencias

1. Córdoba D. Toxicología. 5ta ed. Bogotá: Manual Moderno; 2006.
2. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, et al. Acute alcohol intoxication. Eur J Intern Med. 2008;19:561-7.
3. Marco CA, Kelen GD. Acute intoxication. Emerg Med Clin North Am. 1990;8:731-48.

4. Márquez Galán F, Moreno Rodríguez A, Pérez Rodríguez E, et al. Zieve's syndrome. *An Med Intern.* 2002;19:209-10.
5. Yost DA. Acute care for alcohol intoxication. Be prepared to consider clinical dilemmas. *Postgrad Med.* 2002;112:14-6.
6. Gómez C, Ruiz A, Macías F, et al. Estado del arte sobre la legislación mundial relacionada con el consumo y niveles de alcohol y su relación con la conducción y accidentalidad vial. Metaanálisis y revisión de la literatura sobre los efectos y manifestaciones del alcohol según el grado de ingesta. Bogotá: Fondo de Prevención Vial, Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
7. República de Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Medicina Legal). Resolución No. 0414 del 27 de agosto de 2002. Bogotá: Medicina Legal; 2002.
8. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Informe sobre alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
9. Sullivan JB Jr, Hauptman M, Bronstein AC. Lack of observable intoxication in humans with high plasma alcohol concentrations. *J Forensic Sci.* 1987;32:1660-5.
10. Roberts JR, Dollard D. Alcohol levels do not accurately predict physical or mental impairment in ethanol-tolerant subjects: relevance to emergency medicine and dram shop laws. *J Med Toxicol.* 2010;6:438-42.
11. Penttila A, Tenhu M. Clinical examination as medicolegal proof of alcohol intoxication. *Med Sci Law.* 1976;16:95-103.
12. Teplin LA, Lutz GW. Measuring alcohol intoxication: the development, reliability and validity of an observational instrument. *J Stud Alcohol.* 1985;46:459-66.
13. Maldonado JR. An approach to the patient with substance use and abuse. *Med Clin N Am.* 2010;94:1169-205.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Physical detoxification services for withdrawal from specific substances. En: Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). Detoxification and substance abuse treatment. Rockville (MD): SAMHSA; 2006.
15. Alkana RL, Parker ES, Cohen HB, et al. Reversal of ethanol intoxications in humans: an assessment of the efficacy of propranolol. *Psychopharmacology (Berl).* 1976;51:29-37.
16. Shpilenny LS, Muzychenko AP, Gasbarrini G, et al. Metadoxine in acute alcohol intoxication: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2002; 26:340-6.
17. Cote-Menéndez M, Rangel-Garzón CX, Sánchez-Torres MY, et al. Bebidas energizantes: ¿Hidratantes o estimulantes? *Rev Fac Med.* 2011;59:255-66.
18. Lonsdale D. A review of the biochemistry, metabolism and clinical benefits of thiamin(e) and its derivatives. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2006;3:49-59.
19. Thomson AD, Marshall EJ. The natural history and pathophysiology of Wernicke's encephalopathy and Korsakoff's Psychosis. *Alcohol Alcohol.* 2006;41:151-8.

20. Thomson AD, Marshall EJ. The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. *Alcohol Alcohol*. 2006;41:159-67.

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

En personas adultas que presentan síndrome de abstinencia, ¿cuál es la utilidad de la escala CIWA-Ar comparado con la entrevista psiquiátrica y el examen físico para determinar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario?

Recomendaciones

8.1. En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica utilice la escala CIWA-Ar (véase anexo 17) 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.

Severidad de la abstinencia	Puntaje escala CIWA-Ar
Leve	≤ 8 puntos
Moderada	9 - 15 puntos
Severa	≥ 16 puntos

Recomendación fuerte a favor del curso de acción.

(Recomendación adaptada de NICE 100).

Nivel de evidencia 3 NICE 100 (véase anexo de niveles de calidad NICE 100).

8.2 Considere tratamiento ambulatorio si:

A. 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).

Recomendación débil a favor del curso de acción

Recomendación por consenso de expertos

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 benzodiazepinas (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*.

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

Recomendación fuerte a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

8.5 En pacientes con enfermedad mental o neurológica, por ejemplo, temblor esencial, Parkinson, trastorno afectivo bipolar, depresión mayor psicótica, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, la escala CIWA-Ar disminuye su desempeño diagnóstico. Se recomienda en estos casos la realización de un examen mental y neurológico completo por parte del médico general (véase anexo de examen mental), y considerar la remisión para manejo por especialista.

Punto de buena práctica clínica.

Alcance y objetivo de la recomendación

Promover el conocimiento de médicos generales y especialistas en la identificación de la necesidad de intervenir con tratamiento farmacológico el síndrome de abstinencia por alcohol. Reducir la frecuencia de complicaciones, morbilidad y mortalidad asociada con el síndrome de abstinencia ocasionado por el abuso o dependencia al consumo de alcohol, por medio de la intervención adecuada y oportuna.

Fundamentación

El síndrome de abstinencia alcohólica se produce en sujetos que disminuyen o suspenden el consumo de alcohol de forma voluntaria o involuntaria. Los síntomas varían de un sujeto a otro; algunos pueden estar completamente asintomáticos, mientras que otros experimentan síntomas que varían, en un espectro que va desde síntomas leves sin complicaciones potenciales, a síntomas graves; estos últimos son los que pueden presentar complicaciones potencialmente fatales, por ejemplo, convulsiones y *delirium tremens*. Por lo tanto, es importante la evaluación y detección temprana de aquellas personas en riesgo de presentar un síndrome de abstinencia grave para dar un manejo preventivo y evitar las posibles complicaciones.

El examen físico es la principal herramienta médica para evaluar cualquier condición clínica; sin embargo, puede variar en los pacientes que consumen alcohol y que además presentan comorbilidades como tabaquismo o enfermedades cardiovasculares, en quienes se han documentado cifras tensionales y frecuencia cardíaca mayores que las de los pacientes con solo consumo de alcohol. Esta diferencia hace que este tipo de pacientes reciban dosis mayores de medicamentos, como benzodiazepinas (1).

En cuanto a la entrevista psiquiátrica, se considera una herramienta útil en el abordaje de pacientes con consumo de alcohol, ya que proporciona información acerca del consumo y es útil para descartar la presencia de comorbilidades psiquiátricas y evaluar algunos de los elementos de las características de

personalidad. Sin embargo, llevar a cabo una entrevista requiere tiempo y debe ser realizada por médicos especialistas en psiquiatría, lo que limita su uso rutinario por cualquier persona del equipo médico. Adicionalmente, la información obtenida puede ser incompleta o modificada por los pacientes, y varía según el criterio que tenga el evaluador (2).

Adicional a la evaluación clínica, se ha diseñado una serie de herramientas útiles en la identificación de la necesidad de intervención farmacológica, que permita disminuir la morbilidad y mortalidad asociada con los cuadros de abstinencia. La escala CIWA hace parte de este tipo de herramientas.

La escala CIWA es un instrumento que permite establecer de forma sistemática la severidad de la abstinencia y la necesidad de tratamiento farmacológico. Fue adoptada y validada por Sullivan y colaboradores a una versión corta en 1989, al eliminar cinco ítems de quince (3). La versión adaptada CIWA-Ar se ha establecido como patrón de oro en la evaluación de síntomas y en la identificación de la necesidad de medicamentos para el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica; sin embargo, no es claro su beneficio en pacientes con complicaciones serias, como convulsiones o *delirium tremens* (4).

El objetivo de responder esta pregunta de investigación es conducir una revisión de la literatura disponible que contenga información relacionada con las características operativas y la utilidad de la escala CIWA-Ar utilizada en la práctica clínica como herramienta que determina la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario o ambulatorio, cuando se compara con el examen físico y la entrevista psiquiátrica en adultos con síndrome de abstinencia alcohólica.

Resumen de hallazgos NICE 100

La guía 100 de NICE (CG 100) (5), enfocada en las complicaciones físicas relacionadas con el consumo de alcohol, buscó responder mediante los hallazgos del estudio disponible y que cumplieran con criterios de inclusión establecidos por el GDG, cuál es la utilidad del juicio clínico o de las herramientas disponibles en la evaluación y monitorización de los pacientes con dependencia alcohólica en riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia (véase anexo de tabla de evidencia NICE 100).

Adicionalmente, se buscó responder si la evaluación y monitorización de este tipo de pacientes mejora los desenlaces relacionados con la abstinencia mediante la comparación de desenlaces antes y después de la implementación de un protocolo, de una guía o herramienta (escala), o del juicio clínico. Debido a la influencia de variables de confusión, no fue posible llegar a conclusiones significativas respecto a los

desenlaces clínicamente relevantes relacionados con este aspecto (véase anexo de tabla de evidencia NICE 100).

El estudio evaluado para la formulación de recomendaciones fue realizado en personas que ingresaban a un servicio de atención de cualquier especialidad y que se encontraban en riesgo de desarrollar abstinencia alcohólica en las 24 horas siguientes al ingreso ($N = 203$). Se utilizó la escala CIWA-Ar para determinar la frecuencia de la monitorización en un rango de una a cuatro horas, la duración y el inicio de tratamiento farmacológico.

En los hallazgos de la evidencia del estudio evaluado por el GDG se reportó que el 54% de los pacientes presentaron un puntaje en la escala CIWA-Ar mayor a 15 puntos y recibieron al menos una dosis de diazepam de 20 mg; el 16% de los pacientes presentó un puntaje menor de 15 en la escala CIWA-Ar; para estos pacientes también se administró diazepam 20 mg. En cuanto a complicaciones relacionadas con el síndrome de abstinencia alcohólica, se encontró que el 18% de los pacientes presentaron este tipo de reacciones, entre las que se encontraron alucinaciones, convulsiones y confusión con o sin alucinaciones. Los puntajes fueron significativamente mayores en pacientes que desarrollaron complicaciones comparado con quienes no las presentaron (DM: 6,10; IC 95%: 5,67-6,53; $p < 0,0001$). Del 54% de los pacientes con puntaje mayor a 15 (110/204), 75 de ellos fueron tratados, y de estos, 11 presentaron abstinencia severa; de los 35 pacientes que no recibieron tratamiento farmacológico, 21 desarrollaron abstinencia severa. El RR de desarrollar síndrome de abstinencia severa en pacientes que no reciben tratamiento es de 3,72 (IC 95% 2,85-4,85) (tabla 27).

Tabla 27. Riesgo relativo en pacientes no tratados según puntaje de la escala CIWA (NICE 100)

Puntaje CIWA	Pacientes	Número de pacientes con complicaciones	Número de pacientes sin complicaciones	RR tratados frente a no tratados	IC 95%
Puntaje < 15	No tratados	5	73	1,92	0,27-13,6
	Tratados	0	15		
Puntaje 16-20	No tratados	9	12	2,74	1,06-7,05
	Tratados	5	17		
Puntaje 21-25	No tratados	7	1	5,64	2,14-13,9
	Tratados	4	21		
Puntaje > 25	No tratados	5	1	7,50	3,87-29,07
	Tratados	2	15		

Fuente: Foy y colaboradores, 1988 (6).

Como conclusión general, la escala CIWA-Ar demostró ser válida y confiable en identificar pacientes en abstinencia temprana que necesitan intervención farmacológica para disminuir el desarrollo de complicaciones asociadas con este síndrome.

Relación entre la evidencia y las recomendaciones de NICE 100

El estudio evaluado en la guía fuente por el GDG es representativo de pacientes admitidos en hospitales generales bajo el cuidado de diferentes especialistas y no solo de profesionales entrenados en adicciones y dependencias. Para la evaluación de este tipo de pacientes se utilizó la escala CIWA-Ar para cuantificar y monitorizar los síntomas del síndrome de abstinencia y como herramienta para establecer la indicación y guiar la intervención farmacológica. Los resultados y conclusiones llevan a los desarrolladores de la guía fuente a recomendar el uso de escalas, como la escala CIWA, cuando la experiencia del clínico es insuficiente o en casos especiales donde hay incertidumbre; sin embargo, es importante resaltar que en caso de que el clínico cuente con la experticia pertinente en abstinencia alcohólica debe primar el juicio clínico. Así mismo, se concluyó que la escala CIWA-Ar es válida y útil en la identificación de pacientes con síndrome de abstinencia temprano que requieren terapia farmacológica para prevenir complicaciones como *delirium tremens*.

Discusión

El síndrome de abstinencia alcohólica es una condición clínica que se presenta al disminuir o suspender el consumo de esta sustancia; su presentación depende de las condiciones propias del individuo, además de la cantidad y el tiempo de consumo previo; las características del cuadro pueden variar de síntomas leves a graves. Aunque la mayoría de cuadros de abstinencia resuelven de forma espontánea y sin complicaciones, aquellos con sintomatología grave son potencialmente fatales. Teniendo en cuenta que existe un tratamiento que previene estas complicaciones, es indispensable contar con herramientas que permitan reconocer a los pacientes en riesgo e instaurar un tratamiento oportuno. Después de analizar la información incluida en las GPC identificadas, se decidió adaptar la recomendación R15 de la guía de NICE 100 y se realizó un consenso de expertos para adicionar información relevante centrada en los aspectos locales y basados en la experiencia clínica.

Existen herramientas básicas para el diagnóstico de la abstinencia alcohólica, como la entrevista psiquiátrica y el examen físico, que tienen algunas limitaciones en implementación y capacidad de detección; por este motivo, se han diseñado escalas como la CIWA. De rápida utilización y fácil aplicación, esta escala evalúa los síntomas, clasifica la severidad de la abstinencia por alcohol y permite determinar la necesidad de inicio de tratamiento. Los estudios publicados con información relacionada

con esta escala recomendaban que el inicio de tratamiento farmacológico debería considerarse con puntajes mayores a 10, después de la validación de la versión corta de la escala el puntaje de corte fue reducido a 8 puntos (2) (tabla 28). EL GDG consideró que este punto de corte es adecuado para nuestra población, teniendo en cuenta características locales, como la dificultad de acceso a los servicios de salud en las zonas rurales, lo cual hace que sea mejor incluir individuos con menos intensidad de los síntomas para prevenir complicaciones fatales.

Tabla 28. Clasificación de la severidad de la abstinencia alcohólica

Severidad de la abstinencia	Puntaje escala CIWA-Ar
Leve	< 8 puntos
Moderada	8-15 puntos
Severa	> 16 puntos

Discusiones con expertos de diferentes áreas llevaron a concluir que algunos antecedentes clínicos del paciente, principalmente los relacionados con enfermedad mental y neurológica, podrían alterar las características operativas de la escala CIWA-Ar, por lo que se considera necesario mayor cautela en la interpretación del resultado de la escala en dichos pacientes.

Es importante resaltar la variabilidad clínica que se puede presentar en la abstinencia alcohólica; mientras que algunos pacientes pueden progresar a cuadros graves que incluyen *delirium tremens* o convulsiones, otros pueden tener cuadros autolimitados de corta duración.

Requisitos estructurales

- Disponibilidad de formatos de escala CIWA-Ar en los escenarios pertinentes.
- Personal entrenado para la aplicación e interpretación de la escala.
- Historia clínica completa con énfasis en antecedentes mentales y neurológicos.

Consideraciones de beneficios y riesgos

La revisión de la evidencia disponible sugiere beneficios para los desenlaces críticos (necesidad de iniciar tratamiento hospitalario y farmacoterapia), y no sugiere mayores riesgos en su implementación; así, es un complemento útil con concordancia interobservador aplicar la escala CIWA-AR.

Pese a las consideraciones de seguridad que puedan tener las benzodiazepinas en cuanto a su riesgo de tolerancia, dependencia y eventos adversos, el GDG considera que el riesgo es menor que el de la progresión de los síntomas de un síndrome de abstinencia con complicaciones potencialmente mortales y secuelas.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

Existe poca incertidumbre dentro del GDG sobre la preferencia de los pacientes sobre un tratamiento que disminuye los síntomas y complicaciones del síndrome de abstinencia.

Implicaciones sobre los recursos

La aplicación de la escala propuesta no representa un mayor consumo de recursos durante el encuentro médico. La evaluación y manejo farmacológico adecuados tienen el potencial de reducir complicaciones y secuelas del síndrome de abstinencia complicado, y, por lo tanto, reducir el consumo de recursos.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones de investigación

Se enfatiza en la necesidad de desarrollar investigaciones enfocadas en la evaluación del desempeño de la escala CIWA-AR en poblaciones específicas, principalmente en la población colombiana, donde no se ha estimado la utilidad de esta escala.

Indicadores de adherencia

Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome de abstinencia a quienes se les realiza CIWA-Ar durante la atención/Número de pacientes mayores de 18 años.

Pregunta clínica 12

En pacientes adultos con síndrome de abstinencia, ¿la administración de benzodiazepinas comparado con el uso de otros psicofármacos es más efectiva en el control de los síntomas y la disminución de la morbilidad y mortalidad?

Pregunta clínica 13

En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento farmacológico con benzodiazepinas de acción larga comparado con las benzodiazepinas de acción corta o media se asocia con un rápido y mejor control de los síntomas y mejor perfil de seguridad durante el tratamiento hospitalario?

Pregunta clínica 14

¿En qué situación especial es necesario asociar con el tratamiento farmacológico estándar otros psicofármacos, por ejemplo: neurolépticos, anticonvulsivantes o antihipertensivos a pacientes adultos con síndrome de abstinencia no resuelto para lograr el control de los síntomas?

Recomendaciones

8.6 En pacientes adultos con síndrome de abstinencia alcohólica administre benzodiazepinas 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 (véase tabla 30).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

(Recomendación adaptada de NICE 100).

Nivel de evidencia NICE 100: 1++ (véase anexo de niveles de evidencia NICE 100).

Calidad de la evidencia para los desenlaces críticos (evidencia de actualización): Baja

8.7 Ante la ausencia de evidencia sobre diferencias en la efectividad y seguridad entre benzodiazepinas para el control de síntomas del síndrome de abstinencia, se sugiere utilizar la benzodiazepina 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 benzodiazepinas por más de ocho días. Con un puntaje de CIWA-Ar mayor de 15 se recomienda iniciar tratamiento con dosis máxima (véase tabla 30). En pacientes con insuficiencia hepática y pacientes ancianos se recomienda usar benzodiazepinas de vida media corta o intermedia como lorazepam.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Calidad de la evidencia para los desenlaces críticos: Muy baja.

Tabla 29. 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
8-15 puntos	Moderada	Considere iniciar manejo farmacológico
≥16 puntos	Severa	Considere iniciar manejo farmacológico a dosis máxima

La tabla 30 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 30. Dosis de benzodiazepinas en el manejo de abstinencia por alcohol

Benzodiazepinas	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

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

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso.

8.9 Considere el uso asociado de otros medicamentos, como antihipertensivos, anticonvulsivantes o antipsicóticos, además de las benzodiazepinas, para el manejo de pacientes en situaciones especiales, como agitación psicomotora, psicosis, policonsumo, temblor excesivo, hipertensión arterial, arritmia y síndrome convulsivo.

Punto de buena práctica clínica.

Alcance y objetivo de la recomendación

Promover el conocimiento de médicos generales, especialistas y demás profesionales de la salud en las mejores prácticas del tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia por alcohol, y disminuir su variabilidad. Reducir la frecuencia de complicaciones, morbilidad y mortalidad asociada con el síndrome de abstinencia, ocasionado por el abuso o dependencia al consumo de alcohol.

Fundamentación

El consumo de alcohol puede generar alteraciones en la expresión génica a través de su acción en canales iónicos, proteínas, protein-quinasas, receptores y neurotransmisores. Su acción en la vía dopaminérgica mesolímbica (área tegmental ventral a núcleo accumbens) genera una sensibilización en el sistema aumentando la secreción de dopamina, lo que genera el fenómeno de *craving* o ansiedad de consumo (7), en el sistema noradrenérgico aumenta la actividad del locus ceruleus, lo cual causa ansiedad, diaforesis, taquicardia, hipertensión y temblor. En el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) la activación causada por el alcohol genera un exceso de glucocorticoides que se relaciona con síntomas como fatiga, debilidad, hipertensión y confusión (8).

En los receptores, el alcohol tiene acción en el receptor GABA y el NMDA. El primero hace parte de un complejo constituido por cinco subunidades, con un canal transmembrana en su interior, por el que pasan moléculas pequeñas cargadas negativamente, como el anión cloro; la activación del receptor abre el canal permitiendo la entrada de cloro, lo que genera hiperpolarización de la membrana, y lleva a una disminución de la excitabilidad (9). El segundo está acoplado a un canal catiónico, que al activarse

aumenta la permeabilidad a iones cargados positivamente como sodio, potasio y calcio, lo que genera una despolarización y posterior inhibición de la membrana neuronal. El consumo de alcohol potencia el efecto inhibitorio y disminuye el número de receptores GABA; inhibe los receptores NMDA, lo cual produce un aumento en su número y una reducción en el flujo de calcio en las neuronas. Todos estos fenómenos dan origen a los cuadros de tolerancia, dependencia y abstinencia (10).

Los cambios en los receptores generados por el alcohol persisten durante la abstinencia y producen síntomas que tienen una severidad y presentación variable, que va desde cuadros de ansiedad leve, hasta complicaciones como encefalopatía de Wernicke y *delirium tremens*. En sujetos con consumo crónico, la hiperexcitabilidad empeora con el paso del tiempo, y cuando se presentan patrones alternados de consumo y suspensión, con cuadros repetidos de abstinencia, se produce un fenómeno de *kindling* (sensibilización a la estimulación), lo cual genera que los síntomas de abstinencia sean cada vez más graves (11).

Los síntomas del síndrome de abstinencia evolucionan de acuerdo con el tiempo que haya pasado desde la suspensión del consumo; los más leves, como insomnio, temblor, ansiedad, sudoración, palpitaciones, cefalea e hiporexia, pueden aparecer entre las 6 y 12 horas posteriores; las alucinaciones visuales, auditivas o táctiles suelen aparecer entre las 12 y 24 horas; las convulsiones, entre las 24 y 48 horas; las complicaciones más graves, como el *delirium tremens*, después de las 48 horas (12).

Para el manejo de los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica se han empleado diferentes tipos de medicamentos. Las benzodiazepinas son ampliamente utilizadas porque han demostrado ser efectivas en la modulación de la hiperactividad y el control de los síntomas (13). Su acción se debe a que tienen un receptor contiguo al receptor GABA A con efecto agonista que aumenta la acción de este último, permitiendo la entrada de cloro y la hiperpolarización de la célula. Se absorben completamente después de la administración por vía oral y alcanzan su nivel plasmático máximo entre 30 y 120 minutos después. Su absorción por vía endovenosa es inmediata, y por vía intramuscular, más lenta que por vía oral. Todas son liposolubles en grados variables y esta propiedad determina su distribución y tiempo de acción. Se unen a proteínas plasmáticas en un 70% a 99%, se absorben rápidamente en el tracto gastrointestinal y se distribuyen en el sistema nervioso central por difusión pasiva. Su concentración en líquido cefalorraquídeo es igual a la concentración plasmática libre. Se pueden clasificar por su estructura química, liposolubilidad, potencia o vida media (tablas 31 y 32). En términos generales, la elección del tipo de benzodiazepina por emplear depende de estas propiedades y de la presentación clínica del cuadro.

Tabla 31. Características farmacológicas de algunas benzodiazepinas

Medicamento	Potencia	Liposolubilidad
Alprazolam	Alta	Alta
Diazepam	Alta	Alta
Clonazepam	Baja	Baja
Lorazepam	Media	Media
Midazolam	Alta	Alta

Tabla 32. Vida media de las benzodiazepinas disponibles en Colombia

Vida media	Medicamento	Presentación
Ultracorta (menor a 6 horas)	Midazolam	Ampollas de 5 y 15 mg tabletas 7,5 mg
	Triazolam	Tabletas 0,25 mg
Corta (10 a 24 horas)	Lorazepam	Tabletas de 1 y 2 mg
	Alprazolam	Tabletas de 0,25, 0,5 mg
Intermedia	Clonazepam	Gotas 1 ml = 2,5 mg, tabletas 0,5, 2 mg ampollas 1 ml = 1 mg
Larga	Bromazepam	Tabletas de 3 y 6 mg
	Diazepam	Ampollas 10 mg
	Clobazam	Tableta 10 y 20 mg

Entre los anticonvulsivantes, el que ha sido más utilizado para el manejo del síndrome de abstinencia es la carbamazepina, que actúa bloqueando los canales de sodio y la liberación de glutamato, potencia los receptores A1 de adenosina y es un bloqueador débil de la recaptación de noradrenalina. Este medicamento se absorbe lentamente en el tracto gastrointestinal, tiene una biodisponibilidad cercana al 80% y alcanza su pico plasmático dos a ocho horas después de la administración por vía oral; se une a proteínas plasmáticas en un 70% a 80% y tiene una vida media de entre 18 y 54 horas, que puede modificarse con el consumo crónico (reduciéndose a 10 a 25 horas por efecto de las enzimas del citocromo P 450 —autoinducción—). Su metabolismo es predominantemente hepático y solo un 1% se elimina a través del riñón.

Los estudios que han comparado la carbamazepina con benzodiazepinas reportan que tiene como ventaja no ocasionar dependencia ni tolerancia, y al compararse con placebo, parece prevenir recaídas en sujetos con consumo pesado de alcohol (14). En cuanto al valproato de sodio, algunos estudios reportan que frente a la carbamazepina tiene algunos beneficios, como mayor tolerabilidad y menos días de tratamiento, pero no son hallazgos conclusivos (14). Finalmente, están los barbitúricos, que se

usan con menos frecuencia. Su efecto se debe a que activan el receptor GABA e inhiben el receptor NMDA. Se absorben completa y rápidamente por vía oral, con un inicio de acción 10 a 60 minutos después de la administración; son liposolubles, se unen a proteínas y son eliminados principalmente por vía hepática. Se ha reportado el uso de fenobarbital en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica para controlar los estados de agitación sin el riesgo de depresión respiratoria que tienen las benzodiacepinas (15).

De los antihipertensivos utilizados en el tratamiento del síndrome de abstinencia, los más usados son los betabloqueadores, que disminuyen la intensidad de los síntomas de descarga adrenérgica y reducen los requerimientos de oxígeno al reducir la frecuencia cardíaca y la contractilidad miocárdica, se unen de forma competitiva a los receptores beta adrenérgicos cardíacos y del sistema nervioso central. En el síndrome de abstinencia algunos estudios han mostrado que el propanolol y el metoprolol pueden disminuir el riesgo de recaída cuando se comparan con placebo (16). No ha sido recomendada la administración de betabloqueadores como monoterapia, porque, al parecer, no se evitan complicaciones como *delirium* o convulsiones y podría aumentarse el riesgo de alucinaciones (17).

La clonidina es otro antihipertensivo que ha sido utilizado en abstinencia alcohólica, actúa como agonista selectivo de los receptores α -2 adrenérgicos presinápticos, tiene una biodisponibilidad del 80%, alcanza concentraciones plasmáticas máximas 3,5 horas después de su administración; el 50% se metaboliza en el hígado y el resto, por el riñón. Su uso es más común en la prevención de la aparición del síndrome de abstinencia que como parte del tratamiento (18).

En lo referente a los antipsicóticos, algunos han mostrado ser efectivos en la reducción de algunos signos y síntomas del síndrome de abstinencia, como la agitación psicomotora, pero parecen ser menos efectivos que las benzodiacepinas para reducir la probabilidad de aparición del *delirium* y algunos pueden aumentar el riesgo de convulsiones (19).

Otros tratamientos menos comunes incluyen el uso de medicamentos como gabapentina y ácido γ -hidroxibutírico o procedimientos como la analgesia psicotrópica (óxido nítrico). La gabapentina no tiene metabolismo hepático y no se une a las proteínas plasmáticas; actúa en los receptores de glutamato y GABA, las subunidades de los canales de calcio voltaje dependientes y de los sistemas noradrenérgico y dopaminérgico (20). Al parecer, disminuye la hiperactividad neuronal característica de la abstinencia y cumple una función neuroprotectora. En dosis de entre 900 y 1.200 mg día, parece disminuir el nivel de ansiedad, las puntuaciones de CIWA-AR y la probabilidad de consumo de alcohol en la semana siguiente al inicio del tratamiento, con un riesgo de sedación menor al de las benzodiacepinas (21).

El γ -hidroxibutírico es un ácido graso de cadena corta, metabolito del GABA, se absorbe rápidamente por vía oral, hasta alcanzar concentraciones plasmáticas máximas en 30 minutos. Su vida media es corta, por lo tanto, sus efectos son breves; se elimina principalmente por vía hepática y actúa modulando la acción de varios neurotransmisores, como dopamina, serotonina y acetilcolina (22); comparado con placebo, disminuye la intensidad de la ansiedad de consumo y la posibilidad de recaídas (23).

El procedimiento conocido como analgesia psicotrópica consiste en la administración de bajos niveles de óxido nitroso, con un 30% de oxígeno. El óxido nitroso se sintetiza a partir del aminoácido L-arginina, en el sistema nervioso central; sus derivados oxidativos ocasionan la activación de los canales de calcio y del receptor GABA, y la inhibición de los receptores NMDA y los canales de potasio. El óxido nitroso alcanza las terminales sinápticas y las células gliales; además, estimula la síntesis de guanosín monofosfato cíclico (GMPc), que aumenta la liberación de glutamato y, adicionalmente, modula el sistema opioide a través de su acción en los receptores κ (24).

Algunos estudios aleatorizados han mostrado que la analgesia psicotrópica genera una mejoría sintomática en el 50% de pacientes; se postula que ello se debe a las propiedades ansiolíticas y a la mejoría del estado de ánimo que tiene el óxido nitroso. También se ha observado una disminución en la necesidad de usar otros medicamentos concomitantemente. Entre los efectos secundarios se han reportado náuseas, vómito, cefalea, mareo, euforia o sedación excesiva, y con la exposición crónica, algunas alteraciones hematológicas, como anemia megaloblástica, ocasionada por la interferencia del óxido nitroso en el metabolismo de la vitamina B12. Otras desventajas del procedimiento son la poca disponibilidad del equipo necesario para su administración.

El objetivo de contestar estas preguntas es brindar al personal de salud información actualizada que le permita determinar si las benzodiacepinas son más efectivas que otros medicamentos en el manejo de los síntomas y la reducción de la morbilidad y la mortalidad del síndrome de abstinencia. Y si en este grupo de medicamentos las de vida media más larga son más seguras y efectivas en el tratamiento hospitalario de pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica que las de vida media más corta. También se busca establecer si otros medicamentos solos o en combinación entre ellos o con benzodiacepinas pueden resultar adecuados y en qué casos puntuales se deben administrar.

Resumen de hallazgos NICE 100

La búsqueda sistemática de la literatura de la guía 100 de NICE (5) buscaba identificar información sobre la efectividad y seguridad de diferentes tratamientos farmacológicos para el manejo del síndrome

de abstinencia alcohólica: benzodiazepinas en comparación con placebo, con otros medicamentos, en asociación con medicamentos adicionales y benzodiazepinas entre ellas. Se identificó un meta análisis relevante para la pregunta de investigación, considerado nivel de evidencia 1++ (véase anexo de niveles de evidencia NICE 100 y tablas de evidencia).

Los estudios incluidos en la revisión sistemática son descritos con tamaños de muestra pequeños y poca frecuencia de los eventos de interés. Hubo poca información reportada sobre los eventos adversos de los medicamentos. Se encontró que las benzodiazepinas son más efectivas que el placebo para el control de las convulsiones por abstinencia alcohólica (RR: 0,16 IC 95% 0,04-0,69); no se encontraron diferencias entre otros medicamentos y placebo ni entre benzodiazepinas y otros medicamentos para el mismo desenlace (carbamazepina y clometiazol). Tampoco fueron observadas diferencias en las comparaciones entre medicamentos (ni con placebo) para otros desenlaces. Sin embargo, no se encontró información que sugiriera que los anticonvulsivantes o el clometiazol tienen un perfil de seguridad inferior al de las benzodiazepinas. No se encontró evidencia sobre la efectividad o beneficios de la combinación de benzodiazepinas con otros medicamentos, como anticonvulsivantes, antihipertensivos o neurolépticos para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica.

Relación entre la evidencia y las recomendaciones NICE 100

Basándose en la evidencia encontrada y evaluada, la guía NICE 100 recomienda el manejo farmacológico con benzodiazepinas o carbamazepina para el manejo de los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica. Se consideró también el clometiazol como una alternativa a las benzodiazepinas y carbamazepina, teniendo en cuenta la necesidad de una administración cuidadosa en escenarios intrahospitalarios.

Resumen de hallazgos de la evidencia de actualización

Fueron identificadas seis revisiones sistemáticas que buscaban evaluar la efectividad y seguridad de diferentes intervenciones farmacológicas para el síndrome de abstinencia alcohólica.

Amato y colaboradores (25) buscaron evaluar la efectividad de cualquier tipo de tratamiento farmacológico solo o en combinación para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica. Cuatro medicamentos fueron incluidos en la revisión: benzodiazepinas, anticonvulsivantes, antipsicóticos y GHB. Se evaluaron las comparaciones entre los tratamientos y placebo, y entre medicamentos.

Sobre las convulsiones por abstinencia alcohólica, fueron observados efectos significativos únicamente para las benzodiazepinas en comparación con placebo y con antipsicóticos. No se encontró beneficio de los anticonvulsivantes para la prevención de las convulsiones por abstinencia alcohólica (tabla 33).

Tabla 33. Riesgo de convulsiones por abstinencia según tratamiento farmacológico

Comparación	RR (IC 95%) para convulsiones por abstinencia Número de estudios
Benzodiazepinas frente a placebo	0,16 (0,04-0,69) 9 estudios
Anticonvulsivantes frente a placebo	0,52 (0,25-1,07) 10 estudios
Benzodiazepinas frente a anticonvulsivantes	2,11 (0,46-9,64) 6 estudios
Benzodiazepinas frente a antipsicóticos	0,24 (0,07-0,88) 4 estudios
Anticonvulsivantes frente a antipsicóticos	0,68 (0,11-4,34) 4 estudios

Sobre el *delirium tremens*, se reportan pocos eventos en la población incluida en los estudios. No se encontraron diferencias significativas para este desenlace cuando se comparan benzodiazepinas con otros medicamentos ni con anticonvulsivantes (tabla 34).

Tabla 34. Riesgo relativo para delirium

Comparación	RR (IC 95%) para delirium. No. de estudios
Benzodiazepinas frente a otros medicamentos	0,65 (0,46-9,64) 8 estudios
Benzodiazepinas frente a anticonvulsivantes	1,90 (0,43-8,38) 4 estudios

Acerca de los eventos adversos, la información sobre el tipo de eventos adversos reportados y sintetizados en el meta análisis es escasa; el estimativo se reporta para el desenlace: número de pacientes que presentó al menos un evento adverso. La única comparación que mostró resultados estadísticamente significativo fue la de GHB y placebo, en la que se observa un efecto de mayor riesgo con la administración de GHB con un intervalo de confianza de muy baja precisión (tabla 35).

Tabla 35. Riesgo relativo para eventos adversos según esquema de manejo

Comparación	RR (IC 95%) para eventos adversos Número de estudios
Benzodiazepinas frente a placebo	3,28 (0,31-34,52) 2 estudios
Anticonvulsivantes frente a placebo	1,56 (0,74-3,31) 7 estudios
GHB frente a placebo	16,25 (1,04-254,98) 1 estudio
Benzodiazepinas frente a anticonvulsivantes	1,24 (0,89-1,73) 9 estudios
Benzodiazepinas frente a antipsicóticos	1,28 (0,81-2,08) 3 estudios
Anticonvulsivantes frente a antipsicóticos	1,33 (0,46-3,85) 2 estudios
Benzodiazepinas frente a GHB	1,42 (0,5-4,02) 2 estudios

Para la evaluación de la aceptabilidad del tratamiento se reportó el abandono del tratamiento. Ninguna de las comparaciones mostró un resultado significativo para este desenlace. Minozzi y colaboradores (26) evaluaron en su revisión sistemática la efectividad y seguridad de los anticonvulsivantes para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica. Tampoco se reportó el desenlace *delirium tremens* dentro de los resultados de los estudios incluidos.

En las convulsiones por abstinencia alcohólica, ninguna de las comparaciones mostró diferencias en la incidencia de convulsiones posteriores al tratamiento. Los intervalos de confianza son imprecisos para todas las comparaciones (tabla 36).

Tabla 36. Riesgo relativo para convulsiones según esquema terapéutico

Comparación	RR (IC 95%) para convulsiones por abstinencia posteriores al tratamiento Número de estudios
Cualquier anticonvulsivante frente a placebo	0,61 (0,31-1,2) 9 estudios
Fenitoína frente a placebo	0,78 (0,35-1,77) 4 estudios
Anticonvulsivante frente a anticonvulsivante	0,58 (0,22-1,58) 12 estudios

En el *delirium tremens*, no fueron observadas diferencias significativas respecto al desenlace *delirium* para anticonvulsivantes comparados con otros medicamentos ni para la comparación entre carbamazepina y benzodiazepinas (tabla 37).

Tabla 37. Riesgo relativo para delirium según esquema de manejo

Comparación	RR (IC 95%) para delirium Número de estudios
Cualquier anticonvulsivante frente a otros medicamentos	0,88 (0,23-3,42) 6 estudios
Carbamazepina frente a benzodiazepinas	1,01 (0,04-24,43) 2 estudios

Los eventos adversos fueron medidos como número de pacientes que presentaron al menos un evento adverso. La información respecto a los eventos adversos en escasa e inespecífica. No se encontraron diferencias en ninguna de las dos comparaciones; los intervalos de confianza no son precisos (tabla 38).

Tabla 38. Riesgo relativo para eventos adversos por anticonvulsivante

Comparación	RR (IC 95%) para eventos adversos Número de estudios
Cualquier anticonvulsivante frente a placebo	1,56 (0,74 - 3,31) 7 estudios
Anticonvulsivante frente a anticonvulsivante	0,71 (0,45 - 1,12) 14 estudios

Para la evaluación de la aceptabilidad del tratamiento fue reportado el abandono del tratamiento. Ninguna de las comparaciones mostró un resultado significativo para este desenlace. Amato y colaboradores (13) buscaron evaluar la seguridad y efectividad de las benzodiazepinas para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica. La revisión identificó algunos experimentos clínicos que compararon la efectividad y seguridad de diferentes benzodiazepinas entre sí y de benzodiazepinas frente a otros medicamentos para el manejo de la abstinencia alcohólica. Las comparaciones entre benzodiazepinas con mayor cantidad de información respecto a los desenlaces críticos identificados (convulsiones por abstinencia, *delirium tremens* y eventos adversos) son lorazepam frente a diazepam, y clordiazepóxido frente a lorazepam, alprazolam y diazepam.

En las convulsiones por abstinencia, ninguna de las comparaciones entre benzodiazepinas mostró diferencias estadísticamente significativas, y se pudo observar gran imprecisión en los resultados de todas las comparaciones (tabla 39).

Tabla 39. Riesgo relativo de convulsiones por abstinencia según esquema de benzodiazepina

Comparación	RR (IC 95%) para convulsiones por abstinencia
	Número de estudios
Lorazepam frente a diazepam	3 (0,13-69,52) 1 estudio
Clordiazepóxido frente a lorazepam	0,2 (0,01-3,97) 1 estudio
Clordiazepóxido frente a alprazolam	0,44 (0,15-1,35) 1 estudio
Clordiazepóxido frente a diazepam	0,33 (0,01-7,45) 1 estudio

En el *delirium*, no se observó superioridad de ninguna benzodiazepina sobre otra en la prevención de la presentación de *delirium tremens* en pacientes tratados por síndrome de abstinencia alcohólica. De la misma manera que con el desenlace de convulsiones, los resultados de las comparaciones muestran gran imprecisión (tabla 40).

Tabla 40. Riesgo relativo para delirium según benzodiacepina

Comparación	RR (IC 95%) para <i>delirium</i> Número de estudios
Lorazepam frente a diazepam	0,19 (0,01-3,85) 1 estudio
Clordiazepóxido frente a lorazepam	0,33 (0,01-7,99) 1 estudio
Clordiazepóxido frente a alprazolam	1 (0,21-4,72) 1 estudio
Diazepam frente a abecamil	0,33 (0,01-7,8) 1 estudio

La información registrada en los experimentos sobre los eventos adversos de las benzodiacepinas es escasa y no se reporta de manera consistente en todos los estudios. La síntesis de los datos sobre este desenlace se basa en el resultado de la presentación de al menos un evento adverso y puede resultar poco informativa. No hubo diferencias significativas en la presentación de eventos adversos para ninguna de las comparaciones entre diferentes benzodiacepinas (tabla 41).

Tabla 41. Riesgo relativo de eventos adversos según benzodiacepina

Comparación	RR (IC 95%) para eventos adversos Número de estudios
Lorazepam frente a diazepam	2,56 (0,35-18,62) 2 estudios
Clordiazepóxido frente a lorazepam	2 (0,19-21,36) 1 estudio
Clordiazepóxido frente a alprazolam	3 (0,131-71,92) 1 estudio
Clordiazepóxido frente a diazepam	3 (0,14-63,15) 2 estudio
Clordiazepóxido frente a halazepam	0,53 (0,05-5,57) 1 estudio
Clordiazepóxido frente a clobazam	0,8 (0,25-2,55) 1 estudio

La revisión sistemática de Leone y colaboradores (23) para evaluar la efectividad y seguridad de GHB para el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica no reportó información sobre la evaluación

de los desenlaces críticos, convulsiones por abstinencia ni *delirium tremens*. La única información adicional a la reportada en las revisiones descritas anteriormente es sobre la presentación de eventos adversos en comparación con clometiazol y entre diferentes dosificaciones de GHB (50 frente a 100 mg). No se encontraron diferencias significativas en la presentación de eventos adversos para estas comparaciones; los intervalos de confianza son poco precisos.

Gillman y colaboradores (27), en su revisión sistemática, identificaron estudios que evaluaran los efectos del óxido nítrico para el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. Los estudios encontrados por la revisión no incluyeron la evaluación de los desenlaces críticos para el manejo del síndrome de abstinencia (convulsiones, *delirium tremens*). Ninguno de los estudios incluidos reportó eventos adversos significativos de la intervención.

Lui y colaboradores (28) encontraron un solo experimento clínico aleatorizado con 37 participantes que evaluaba los efectos del baclofén comparado con diazepam, para el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. No se reportan datos sobre la presentación de convulsiones, *delirium tremens* ni mortalidad. No se presentaron eventos adversos en ninguno de los dos grupos. No se observaron diferencias significativas para la reducción de los niveles de CIWA-Ar, ansiedad o temblor entre los medicamentos (para la calidad de la evidencia de los hallazgos anteriormente descritos, véase anexo de perfiles de evidencia GRADE).

Relación entre la evidencia y las recomendaciones

Las benzodiacepinas son una opción efectiva para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica. Los hallazgos mostraron un efecto protector frente a las convulsiones por abstinencia cuando se compara su efecto con el efecto del placebo. De igual manera, las benzodiacepinas mostraron un efecto protector para la presentación de convulsiones cuando se comparan con los antipsicóticos. A pesar de que no se observó una clara superioridad de las benzodiacepinas sobre los anticonvulsivantes en el manejo de las convulsiones ni la presentación de eventos adversos, y a pesar de que los datos sugieren un perfil relativamente seguro para los anticonvulsivantes, los últimos no mostraron beneficios en cuanto a la presentación de convulsiones o eventos adversos frente al placebo. No se encontró evidencia sobre la superioridad en la efectividad de ninguna benzodiacepina sobre otra para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica. No se observó tampoco la superioridad de ninguno de los anticonvulsivantes comparado con cualquier otro anticonvulsivante. No se encontró información que apoye la utilización de antipsicóticos, baclofén, GHB u óxido nítrico para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica.

A pesar de la recomendación de la guía NICE 100, el grupo desarrollador de la presente guía no considera que exista una indicación clara para la administración de anticonvulsivantes para el tratamiento o prevención de los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica.

La recomendación sobre las benzodiazepinas incluye únicamente las que se encuentran disponibles en la mayoría de las instituciones de salud a escala nacional y están incluidas en el plan obligatorio de salud, considerando que no existe evidencia sobre diferencias en la efectividad para el control de síntomas entre las diferentes benzodiazepinas. No se incluyen en la recomendación benzodiazepinas de acción ultracorta, porque requieren una administración más frecuente y un seguimiento más estricto.

Requisitos estructurales

- Disponibilidad de benzodiazepinas en los centros de atención.
- Personal entrenado para la identificación de la necesidad de inicio de tratamiento farmacológico con benzodiazepinas.
- Historia clínica completa con énfasis en antecedentes mentales y neurológicos.
- Disponibilidad de formatos de escala CIWA-Ar.

Consideraciones de beneficios y riesgos

El GDG considera que las benzodiazepinas tienen como beneficio principal disminuir la probabilidad de convulsiones en el síndrome de abstinencia. El riesgo es bajo si se usan por periodos cortos, aunque debe tenerse en cuenta que los pacientes ancianos o con comorbilidades médicas graves tienen mayor riesgo de presentar efectos adversos.

No hay información suficiente que dé un panorama claro sobre los riesgos y beneficios de la adición de otros medicamentos al manejo con benzodiazepinas del síndrome de abstinencia alcohólica ni sobre las indicaciones para este manejo adicional. En este caso, el GDG consideró su utilización solo en caso de comorbilidades en las que está indicado su uso, casos que no están dentro del alcance de la presente guía.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

Es probable que algunos pacientes tengan baja tolerancia a los síntomas y prefieran recibir tratamiento farmacológico a un manejo expectante; las preferencias sobre medicamentos adicionales pueden pasar a un segundo plano ante la ausencia de evidencia sobre su beneficio.

Implicaciones sobre los recursos

Es probable que la no administración de benzodiazepinas para el síndrome de abstinencia aumente el consumo de recursos secundarios al manejo de complicaciones que pueden requerir manejo intrahospitalario y en unidad de cuidados intensivos.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Existe poca información respecto a las diferencias en la efectividad entre los distintos tipos de benzodiazepinas para el control de los síntomas de abstinencia y la prevención de complicaciones. En general, en los estudios disponibles no hay información sobre los síntomas del síndrome que son en general poco tolerados por los pacientes. Se recomienda que futuros estudios incluyan evaluaciones sobre la reducción de los síntomas; también se recomienda el estudio de la efectividad y seguridad de benzodiazepinas de acción ultracorta para el manejo de los síntomas y la prevención de complicaciones en estos pacientes.

Indicadores de adherencia

Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome de abstinencia en los que se administra benzodiazepina * 100/Número total de mayores de 18 años atendidos con diagnóstico de síndrome de abstinencia.

Pregunta clínica 15

Una vez controlados los síntomas del síndrome de abstinencia en pacientes mayores de 18 años, ¿la discontinuación gradual de las benzodiazepinas comparado con la suspensión abrupta disminuye la incidencia de recidiva de la sintomatología en las siguientes dos semanas?

Recomendaciones

8.10 Se recomienda la discontinuación gradual del tratamiento con benzodiazepinas 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.

Calidad de la evidencia baja.

Alcance y objetivo de la recomendación

Asistir a los médicos en el manejo adecuado de las benzodiazepinas como parte del tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, con el fin de evitar los fenómenos asociados con la discontinuación.

Fundamentación

Las benzodiazepinas son los medicamentos más usados en el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica por su efectividad en el control de síntomas y la disminución de la probabilidad de complicaciones. Su manejo debe ser cuidadoso por la posibilidad de efectos adversos, como sedación, alteraciones cognitivas, especialmente en la consolidación de recuerdos, y el riesgo de desarrollar dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia (29).

En cuanto a las características farmacológicas de este grupo de medicamentos, su tiempo de acción y frecuencia de administración están determinados por la liposolubilidad, potencia y vida media; las de vida media corta y alta liposolubilidad y potencia producen con más frecuencia alteraciones relacionadas con la discontinuación, que puede generar tres cuadros clínicos diferentes, la recaída caracterizada por la reaparición de los síntomas (el más frecuente en reactivarse es la ansiedad, que puede tener niveles de severidad y aparecer incluso varias semanas después de la suspensión); el rebote, definido como la intensificación de los síntomas originales, se da con más frecuencia cuando se utilizan benzodiazepinas con alta liposolubilidad, alta potencia y vida media corta, como el alprazolam; y finalmente el síndrome de abstinencia, que tiene una intensidad y tiempo de aparición variable, de horas a semanas después de la discontinuación, y cursa alteraciones autonómicas y otros síntomas, como ansiedad, irritabilidad, insomnio, hiperacusia, náuseas, dificultades en la concentración, temblor, despersonalización, hiperestesia, mioclonus y convulsiones (30).

El tiempo de administración de las benzodiazepinas depende de las características del cuadro y la disminución de los síntomas. Se ha planteado que cuando se logra una adecuada respuesta la suspensión abrupta disminuiría el tiempo de tratamiento hospitalario y los costos; sin embargo, no es claro si esta práctica lleva a los cuadros de discontinuación antes mencionados.

El objetivo de contestar esta pregunta es brindar información actualizada al personal de salud que permita aclarar si la disminución gradual comparada con la disminución abrupta previene la reaparición de síntomas de abstinencia.

Resumen de hallazgos

Se identificó un meta análisis que buscaba comparar la efectividad de diferentes abordajes para la asistencia en la discontinuación del tratamiento con benzodiazepinas (véase tabla de evidencia). La revisión sistemática incluyó 31 estudios que evaluaban diferentes abordajes para la discontinuación del manejo con benzodiazepinas en pacientes que lo habían recibido por más de tres meses: intervención breve, reducción gradual, tratamientos psicológicos y farmacoterapia de sustitución.

Un estudio identificado por esta revisión sistemática mostró que el régimen de disminución gradual fue más efectivo que la suspensión abrupta: OR 5,96 (2,08-17,11). Siete estudios compararon régimen de disminución gradual comparado con el régimen de disminución gradual, sumado a intervenciones psicológicas. La adición de las intervenciones psicológicas resultó en mayor efectividad que el régimen de disminución gradual solo (OR 1,82 IC 95% 1,25-2,67), diferencia que se mantuvo en el seguimiento a seis meses (OR 1,88 IC 95% 1,19-2,97). Catorce estudios incluyeron la comparación de régimen de disminución gradual sobre el régimen de disminución gradual con farmacoterapia de sustitución. No se observó beneficio adicional cuando se añade farmacoterapia al régimen de disminución gradual (OR 1,30 IC 95% 0,97-1,73).

Relación entre la evidencia y las recomendaciones

La estrategia para disminuir la dosis y suspender las benzodiazepinas después de que se han controlado los síntomas de abstinencia alcohólica es un tema fundamental, porque puede influir en la reaparición de síntomas y generar varias complicaciones. En esta pregunta se analiza la evidencia sobre la reaparición de los síntomas de abstinencia relacionada con la discontinuación abrupta o gradual de la medicación. Se encontró un meta análisis que evaluaba la efectividad de diferentes abordajes para la discontinuación del tratamiento con benzodiazepinas en pacientes con medicación por más de tres meses consecutivos (véase tabla de evidencia).

A pesar de que la población blanco y el escenario de este estudio son diferentes a los estudiados en las recomendaciones formuladas en esta guía, el GDG decidió que extrapolar los resultados del estudio a la población de interés es seguro, considerando que el manejo con benzodiazepinas para el síndrome de abstinencia alcohólica es limitado en el tiempo, con una duración promedio de entre tres y siete días (31), que tiempos más prolongados no han mostrado un efecto benéfico en el control de los síntomas ni en la prevención de complicaciones y que la suspensión gradual brinda mayor seguridad en la prevención de la reaparición de los síntomas, incluso cuando el medicamento se uso por periodos muy cortos.

Un tratamiento de tiempo limitado y una disminución gradual podrían disminuir la probabilidad de efectos secundarios, desarrollo de tolerancia, dependencia a las benzodiazepinas y reaparición de síntomas.

Requisitos estructurales

- Disponibilidad de benzodiazepinas para pacientes pertenecientes y no pertenecientes al régimen de salud.
- Conocimiento del personal de salud que interviene en el tratamiento de pacientes con abstinencia alcohólica sobre el mejor método de discontinuación de las benzodiazepinas.
- Formulación de tratamiento con benzodiazepinas bajo criterio médico únicamente.

Consideraciones de beneficios y riesgos

La revisión de la evidencia disponible y de consenso de expertos sugiere beneficios para los desenlaces críticos y no sugiere mayores riesgos en su implementación. Los riesgos parecen disminuirse con el esquema de discontinuación gradual de la medicación cuando se compara con la suspensión abrupta. Existen recomendaciones internacionales basadas en consenso sobre la seguridad de la discontinuación gradual ambulatoria o intrahospitalaria en esquemas a corto plazo con benzodiazepinas.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

Una consideración frecuente en pacientes con toma de medicación es la posibilidad de desarrollar dependencia a las sustancias o reaparición de síntomas tras la suspensión del medicamento; por esto, la discontinuación gradual puede ser una opción preferida y tolerada por los pacientes.

Implicaciones sobre los recursos

La medida no incrementa los costos, y tiene el potencial de disminuir consultas y rehospitalizaciones por reaparición de síntomas.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años, o antes si aparece nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Se recomienda realizar estudios que evalúen las diferencias en eficacia, costos y beneficios entre la suspensión abrupta y la disminución gradual de benzodiazepinas para el manejo de corta duración para síndrome de abstinencia alcohólica.

Indicadores de adherencia

Número de días que el paciente permanece en tratamiento con benzodiazepinas*100/Número de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome de abstinencia.

Pregunta clínica 16

En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento hospitalario comparado con el tratamiento ambulatorio previene la morbilidad y mortalidad asociada con el síndrome de abstinencia alcohólica en las siguientes dos semanas?

Recomendaciones

8.11 Se recomienda, en pacientes con manejo intrahospitalario para el síndrome de abstinencia, realizar mediciones con la escala CIWA-Ar cada 8 horas (tres veces) para verificar que el puntaje se mantenga en el mismo nivel o disminuya.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

8.12 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 un *delirium tremens*, encefalopatía de Wernicke, síndrome 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.

Recomendación por consenso de expertos.

8.13 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 de conciencia o inconciencia, convulsiones, alteraciones sensorio-perceptivas (alucinaciones) o dolor de cabeza. En estos casos recomiende la consulta inmediata.

Punto de buena práctica clínica.

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

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

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

Punto de buena práctica clínica.

8.16 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 aspecto 4)

Punto de buena práctica clínica.

8.17 Se debe realizar examen físico con toma de talla y peso a todo paciente con síndrome de abstinencia alcohólica para la determinación del estado nutricional con el IMC (índice de masa corporal).

Punto de buena práctica clínica.

8.18 Considere solicitar pruebas de función hepática en pacientes con hepatomegalia o estigmas alcohólicos (véase anexo 14, estigmas alcohólicos). Niveles de sodio y potasio en pacientes con deshidratación severa o múltiples episodios de emesis. Niveles de magnesio en pacientes con arritmia cardíaca o consumo crónico de alcohol. Glicemia en pacientes diabéticos o en pacientes con alteraciones del estado de conciencia. Cuadro hemático en pacientes con signos de desnutrición o sospecha de anemia megaloblástica.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

Alcance y objetivo de la recomendación

Determinar las condiciones para el manejo ambulatorio u hospitalario del síndrome de abstinencia por alcohol. Definir claramente criterios de manejo ambulatorio de la abstinencia alcohólica.

Fundamentación

El manejo ambulatorio de pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica leve ha demostrado ser más costo efectivo que el manejo hospitalario; sin embargo, no hay evidencia suficiente para recomendarlo rutinariamente y se deben definir los criterios para establecer su práctica (32). Por otro lado, el manejo habitual del síndrome de abstinencia alcohólica en el ámbito intrahospitalario lleva a la congestión innecesaria de los servicios de urgencias y de hospitalización, a un aumento en los costos en

salud y probablemente a una disminución de la motivación del paciente para realizar procesos de rehabilitación posteriores.

Existe evidencia limitada de ventajas acerca del manejo ambulatorio de la abstinencia moderada en términos de seguridad y tiempo; aunque como desventajas de este tipo de intervención se pueden considerar la falta de seguimiento y observación continua, permanecer en el ambiente favorecedor del consumo de esta sustancia, además de la limitación en casos severos o con condiciones médicas asociadas (33).

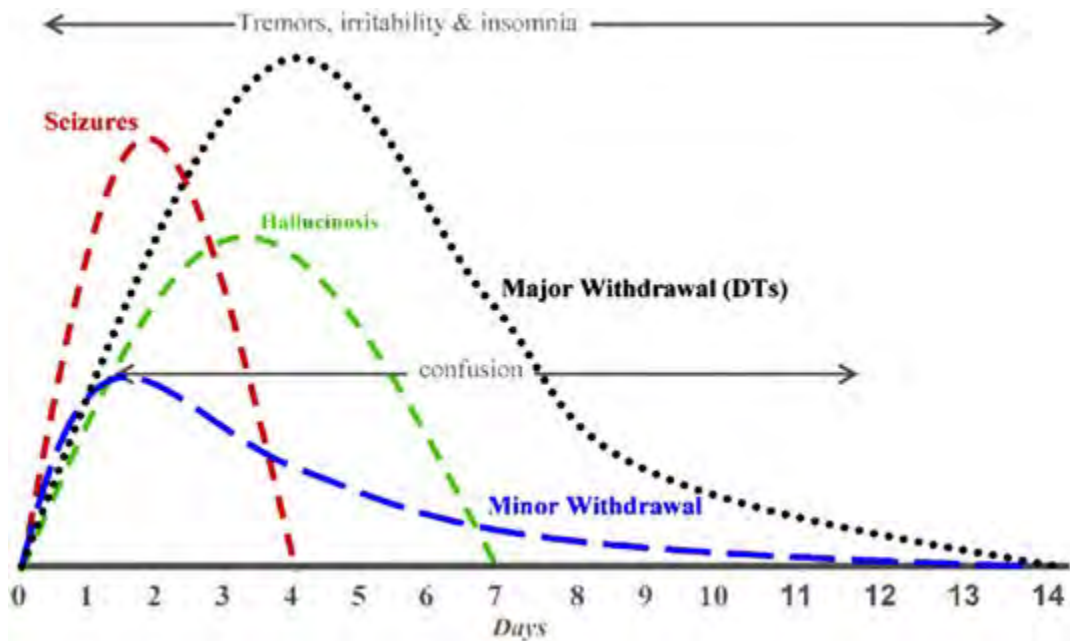
Estudios que comparan tratamiento en modalidad de hospitalización parcial (hospital día) y tratamiento habitual (hospitalización total) para la desintoxicación alcohólica (34) han encontrado que en el primer grupo se aprecia mejoría en términos de días de abstinencia y disminución en el número de bebidas y promedio de bebidas, sugiriendo que alternativas a la hospitalización total pudieran ser exploradas en el manejo de la abstinencia alcohólica.

Según SAMHSA:

La desintoxicación comprende un grupo de intervenciones que tienen el propósito de manejar la intoxicación aguda y la abstinencia alcohólica. La supervisión de este proceso por personal de salud puede prevenir complicaciones potencialmente fatales que podrían surgir en pacientes no tratados. La desintoxicación también es una forma de cuidado paliativo al reducir la intensidad de los síntomas en aquellos pacientes que desean volverse abstinentes o que deben mantener una abstinencia obligatoria como resultado de una hospitalización o una medida legal. Finalmente, para algunos pacientes representa un primer punto de contacto con el sistema de salud y el primer paso hacia un tratamiento que permita su recuperación. (35)

Para algunos autores, el tratamiento de la abstinencia alcohólica puede realizarse en forma hospitalaria o en instituciones no hospitalarias con variedad de abordajes y herramientas; sin embargo, existen consensos que plantean que por razones humanitarias y de seguridad la desintoxicación debe llevarse a cabo en el marco de una hospitalización (35) (figura 1).

Figura 2. Progresión de abstinencia alcohólica



Fuente: Maldonado, 2010 (36)

Es importante tener en cuenta que para el manejo ambulatorio se requiere asegurar la continuidad de cuidados y el entrenamiento del personal, paciente y familia en signos de alarma. El objetivo de contestar esta pregunta es determinar si el tratamiento hospitalario reduce la morbilidad y la mortalidad asociadas con el síndrome de abstinencia alcohólica en mayores de 18 años. Adicionalmente, se pretende determinar cuáles serían los criterios para definir la modalidad de tratamiento dado el énfasis de la guía en la atención primaria de esta patología.

Resumen de hallazgos

Si bien existen limitaciones en los estudios presentados, algunas conclusiones que no son extrapolables totalmente para responder la pregunta clínica son interesantes (véase tabla de evidencia). En el estudio de Hayashida y colaboradores (37,38), centrado en la costo-efectividad del tratamiento ambulatorio de la abstinencia alcohólica, los autores presentan como conclusión que se encontraron pocas diferencias en desenlaces a corto plazo entre pacientes atendidos ambulatoria y hospitalariamente para desintoxicación alcohólica; para ellos, dados los costos de atención hospitalaria, estos hallazgos sugieren que la desintoxicación ambulatoria se debería considerar como costo efectiva para el tratamiento de pacientes con abstinencia alcohólica leve-moderada.

Relación entre la evidencia y las recomendaciones/discusión

El síndrome de abstinencia alcohólica se presenta en pacientes con consumo de alcohol que suspenden o disminuyen la cantidad ingerida. Los síntomas que surgen durante este cuadro varían en intensidad y duración; así, los casos leves son los más frecuentes, que además resuelven de forma espontánea; los casos moderados y graves se presentan con una gran cantidad de síntomas que son molestos para el paciente, y los casos graves son además potencialmente fatales. Dada la divergencia en los desenlaces posibles en esta condición clínica, surge la pregunta sobre en qué escenario es más apropiado instaurar el tratamiento para prevenir las complicaciones y mortalidad asociada.

Después de realizar una búsqueda sistemática de la literatura, no se encontró evidencia de buena calidad para responder la pregunta referente a la modalidad de tratamiento ambulatorio u hospitalario de la abstinencia alcohólica, teniendo en cuenta, además, que en estos momentos nuestro país no cuenta con la infraestructura necesaria para dar un manejo ambulatorio con seguimiento periódico a esta población específica, ni para implementar otros escenarios posibles, como telemedicina, desintoxicación social, hospital día, entre otros. Al considerarse también que existen consideraciones sobre costo-efectividad limitadas, se decidió realizar un consenso de expertos para realizar las recomendaciones referentes a esta pregunta, donde el principal determinante para definir el escenario del manejo de la abstinencia depende del riesgo que tiene el paciente de desarrollar una complicación potencialmente fatal, y donde solamente se contemplan el manejo intrahospitalario o ambulatorio.

Requisitos estructurales

- Servicios ambulatorios, de urgencias y hospitalización.
- Personal de salud entrenado en diagnóstico y manejo de síndrome de abstinencia por alcohol.

Consideraciones de beneficios y riesgos

Se considera que el manejo hospitalario en pacientes con puntajes de CIWA-Ar mayores de 15 podría prevenir desenlaces potencialmente fatales en un sistema de salud que difícilmente puede garantizar la oportunidad de la atención. De la misma manera, se considera apropiado el manejo hospitalario de los pacientes con puntajes de CIWA-Ar entre 8 y 15 que no cuenten con unas adecuadas condiciones para manejo ambulatorio o presenten factores de riesgo para complicaciones del síndrome de abstinencia.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

Para los pacientes, la red de apoyo puede estar constituida por grupos de apoyo como AA, además de la familia, pareja y/o amigos. Es importante tener en cuenta a quién o quiénes considera el paciente como su red de apoyo durante la entrevista clínica.

Existe incertidumbre acerca de la aceptación del manejo intrahospitalario por parte de los pacientes, pues si bien existen casos en los que la decisión es acatada y puede ser percibida como una medida de control de recaídas en el consumo, otros pacientes presentarían resistencia al manejo hospitalario por el modelo de atención o por el hecho de estar sometido a una desintoxicación involuntaria.

Se debe asegurar una adecuada monitorización, seguimiento y consulta ante signos de alarma, por lo cual en personas sin red de apoyo no se pueden asegurar estas condiciones, porque el paciente puede no reconocer tempranamente los síntomas, porque pueden existir barreras al acceso de atención en salud o porque las alteraciones propias del síndrome de abstinencia pueden cursar con alteraciones cognoscitivas, del sensorio y del estado de conciencia.

Dado el curso del síndrome de abstinencia y el pico de los síntomas, se considera prudente asegurar una consulta entre el día 3 y el 7 de la abstinencia, por la probabilidad de desarrollo de abstinencia complicada (incluye *delirium tremens*).

Implicaciones sobre los recursos

El manejo intrahospitalario supone un aumento en el consumo directo de recursos en el manejo de la abstinencia; sin embargo, es posible que ante una evaluación económica formal se presente un ahorro en cuanto a desenlaces clínicos de complicaciones, mortalidad y/o secuelas de la abstinencia.

En las recomendaciones sobre el manejo se contemplaron únicamente el intrahospitalario o ambulatorio, y no se tuvieron en cuenta opciones como manejo con hospital día, seguimiento ambulatorio cercano ni otras modalidades que no se encuentran disponibles en todas las regiones de nuestro país.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica o si hay cambios en la legislación vigente que aseguren otras opciones terapéuticas.

Recomendaciones para investigación

- Faltan estudios que evalúen la efectividad y eficacia de la hospitalización comparada con el tratamiento ambulatorio en Colombia para la abstinencia alcohólica. Dichos estudios podrían considerar alternativas a la hospitalización total, como son los programas de hospital día u hospital noche.
- Sería interesante desarrollar investigaciones que indaguen sobre la costo-efectividad de la hospitalización total comparada con la hospitalización parcial para el manejo de la abstinencia alcohólica.

Indicadores de adherencia

Número de días de hospitalización de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome de abstinencia.

Pregunta clínica 17

En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia moderado o severo, ¿la referencia a un centro de mayor complejidad (nivel II, III o IV) comparado con el manejo en un centro de baja complejidad (nivel I) que solo cuente con médico general disminuye las complicaciones en las siguientes dos semanas?

Recomendaciones

8.19 El nivel de atención en el que debe manejarse el paciente con síndrome de abstinencia es el nivel de atención al que el paciente consulta inicialmente, siempre y cuando cuente con la estructura y proceso necesarios para los requerimientos de los pacientes según las recomendaciones de manejo.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

8.20 Los pacientes deben remitirse a un nivel de mayor complejidad de atención en los siguientes casos: sospecha o diagnóstico de encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, *delirium tremens*, convulsiones, 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.

Recomendación por consenso de expertos.

8.21 Si no se puede asegurar el manejo ambulatorio con seguimiento adecuado, el paciente debe ser manejado de manera intrahospitalaria en una institución de baja complejidad de atención.

Punto de buena práctica clínica

Alcance y objetivo de la recomendación

Determinar cuáles son las condiciones necesarias para el manejo de pacientes con síndrome de abstinencia moderado a severo y cuáles deben cumplirse en cada uno de los niveles de atención.

Fundamentación

En Colombia, los CAD tienen modalidades de atención ambulatoria o residencial (Resolución 1315 de 2006) y se rigen por la Ley 1335 de 2009; así, deben cumplir los requisitos para la habilitación y las normas del Decreto 1011 del 2006 sobre mejoramiento de la calidad.

Una de las dificultades en el manejo integral de los trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas son las barreras para la remisión de un paciente con abstinencia del centro de atención inicial a uno especializado, pues tanto los tiempos de respuesta como los mecanismos e instituciones pueden demorar la toma de decisiones oportunas.

Una opción que plantea una solución a estas dificultades es contar con instituciones de baja complejidad que estén apoyadas por otras de mayor complejidad mediante la modalidad de telemedicina. Este servicio se encuentra regulado en Colombia por la Resolución 1448 de 2004, y las dos instituciones deben cumplir con una serie de requisitos que aseguren que la atención se brinde de manera segura y oportuna.

Un tratamiento adecuado del síndrome de abstinencia incluye la racionalización de recursos. Desde que las condiciones clínicas del paciente lo permitan, el manejo puede realizarse en una institución de baja complejidad y se remitirán solo aquellos casos que ameriten atención en un nivel de mayor complejidad. Se espera que el tratamiento racional y pertinente disminuya costos, y favorezca el tratamiento posterior a la resolución del cuadro agudo en un sitio cercano al de procedencia del paciente para mejorar las posibilidades de adherencia y seguimiento.

La monitorización estricta de la progresión de los signos y síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica permite la toma de decisiones terapéuticas de menor o mayor complejidad, lo cual evita desenlaces con alta morbimortalidad, como el *delirium tremens*, y posibilita las intervenciones que favorecen el control a largo plazo del problema del abuso o la dependencia al alcohol (tratamiento farmacológico y no farmacológico).

El objetivo de contestar esta pregunta es determinar si la atención en centros de nivel II, III y IV tiene un impacto en reducir las complicaciones en pacientes adultos con síndrome de abstinencia alcohólica comparado con la atención en nivel I. Adicionalmente, se busca determinar cuáles serían los requisitos estructurales básicos para atender esta población.

Discusión

Al realizar la búsqueda sistemática de la literatura no se encontró evidencia que mostrara la superioridad del manejo en un nivel de atención de complejidad comparado con otro, ni que incluyera como limitantes la disponibilidad de recursos institucionales, accesibilidad geográfica y organización de sistema de salud. Por lo tanto, ante la necesidad de dar recomendaciones para el manejo de estos pacientes en los diferentes escenarios médicos y geográficos, se realizó un consenso de expertos.

El GDG tuvo en cuenta las características del sistema nacional de salud, las limitaciones en los recursos y la dificultad en la remisión de los pacientes de niveles de baja a alta complejidad para formular las recomendaciones, tratando de dar información que le permita al médico brindar el mejor tratamiento intrahospitalario posible a aquellos pacientes que tienen riesgo de desarrollar complicaciones secundarias al síndrome de abstinencia alcohólica.

Un principio considerado por el GDG es iniciar el tratamiento en la institución donde el paciente consulte, ya que la espera de remisión a otra institución de mayor complejidad puede ser un obstáculo para la oportunidad en el tratamiento de una condición potencialmente letal.

Requisitos estructurales

Contar con instituciones con baja y alta complejidad que aseguren la continuidad de tratamiento para el manejo de la abstinencia alcohólica y con un sistema de referencia y contra referencia adecuado.

Consideraciones de beneficios y riesgos

La revisión de la evidencia disponible y de consenso de expertos sugiere beneficios para los desenlaces no críticos (costos asociados) en instituciones de baja complejidad para la abstinencia no complicada y no sugiere diferencias en el desarrollo de complicaciones por síndrome de abstinencia si se aseguran las condiciones de seguimiento, pertinencia y oportunidad de atención.

La evidencia hasta el momento es insuficiente para plantear una estrategia de manejo por niveles de complejidad.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

La remisión a centros de mayor complejidad frecuentemente involucra traslados de ciudad en nuestro país. Esta situación genera inconvenientes, cargas y costos para los pacientes, las familias y el sistema de salud en general. A pesar de los inconvenientes en trámites, costos y cargas para el sistema de salud, los pacientes y las familias, la decisión sobre el manejo de un paciente en una institución de alto nivel de complejidad debe tomarse considerando el estado clínico del paciente.

Implicaciones sobre los recursos

Evitar traslados innecesarios de pacientes entre instituciones puede generar una disminución en el consumo de recursos para el sistema de salud.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica, o si hay cambios en la legislación vigente que aseguren otras opciones terapéuticas.

Recomendaciones para investigación

Se recomienda evaluar la costo-efectividad del manejo de abstinencia alcohólica por niveles de atención. También, se recomienda hacer evaluaciones de costo-efectividad de estrategias de apoyo, como la telemedicina para apoyo de instituciones de baja complejidad, por instituciones de mayor complejidad especializadas en el manejo de alcoholismo.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica que son remitidos a institución de mayor complejidad *100/Número de pacientes mayores de 18 años.

Pregunta clínica 18

En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol con síndrome de abstinencia, ¿el uso rutinario de tiamina desde el primer día de tratamiento previene la aparición de encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff?

Recomendaciones

8.22 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 200 mg (2 cc) diarios durante cinco días.

Recomendación débil a favor de la intervención.

Recomendación por consenso de expertos.

8.23 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 8 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.

Recomendación por consenso de expertos.

Alcance y objetivo de la recomendación

Brindarle al personal de salud que atiende pacientes con abuso o dependencia de alcohol y cursan con síndrome de abstinencia, pautas para la administración adecuada de tiamina, que permitan prevenir la aparición de encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff.

Fundamentación

La tiamina (vitamina B1) es transformada en tiamina pirofosfato en las células neuronales y gliales; está implicada en diferentes vías bioquímicas del metabolismo intermedio de los carbohidratos y lípidos, participa en la transmisión sináptica colinérgica y serotoninérgica, y en la conducción axonal, también actúa como coenzima de la descarboxilación de los alfacetoácidos (alfacetoglutárico y piruvato), que pertenecen a diferentes vías de la generación de energía celular (39). Se encuentra en carnes, lácteos, cereales, frutos secos y naranjas, entre otros alimentos. Su deficiencia produce una acumulación de ácido láctico y alteraciones celulares que, de no ser controladas, terminan produciendo un daño neuronal irreversible (40).

La dosis diaria de tiamina recomendada para un adulto promedio sano es de 1,4 mg al día o de 0,5 mg de tiamina por cada 1000 kcal consumidas; esta dosis es mayor en niños y pacientes severamente enfermos. La suplencia de tiamina en los alimentos (pan y cerveza, particularmente) ha sido aprobada en Estados Unidos y la Unión Europea para reducir las complicaciones derivadas de su carencia. En Colombia, el Decreto 1944 del 28 de octubre de 1996, del Ministerio de Salud, declaró la obligatoriedad de la fortificación de la harina de trigo que se comercializa en el territorio nacional, y que debe contener: tiamina, vitamina B2, niacina, ácido fólico e hierro; desafortunadamente, los estudios realizados hasta el momento no han encontrado que estas medidas tengan un impacto en la reducción de la incidencia de cuadros como el síndrome de Korsakoff; por este motivo, en pacientes de riesgo se recomienda administrar esta vitamina por vía oral o parenteral. En términos generales, la administración es segura, en cualquiera de las vías disponibles. Aunque se han descrito casos aislados de reacciones alérgicas y anafilácticas con la administración endovenosa, un estudio realizado con más de 300.000 pacientes no mostró efectos adversos importantes (39).

El objetivo de responder esta pregunta es brindar información actualizada que permita aclarar la divergencia en la práctica clínica acerca de la vía de administración, dosis y tiempo de aplicación adecuado para el manejo de la tiamina, tendiente a prevenir la aparición de encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff.

Resumen de hallazgos

En el meta análisis de Day y colaboradores (41) se incluyeron 177 pacientes provenientes de dos estudios, aunque uno de ellos incluyó solamente ocho pacientes; a juicio de los autores, este hecho impidió conducir un análisis cuantitativo de mayor perfil (véase tabla de evidencia). El estudio de Ambrose (42) incluyó 169 sujetos y perdió 43 pacientes, sin especificar si las pérdidas fueron

diferentes entre los distintos brazos de intervención, ni exponer los motivos de abandono. El estudio de Nichols (43) incluyó 8 pacientes (en la revisión se reportan los datos no publicados).

Los dos estudios incluidos involucraron participantes con historia de uso crónico de alcohol. El estudio de la referencia de Ambrose tuvo pacientes con edad media de 42 años y que habían estado consumiendo alcohol en promedio 17 años, con una ingesta media de 303 g de alcohol/día al momento de la admisión al centro donde se reclutaron los participantes. Todos con diagnóstico según DSM-IV de dependencia de alcohol, pero sin los síntomas clásicos de síndrome de Korsakoff o encefalopatía de Wernicke. El estudio de la referencia no publicada a la fecha de análisis (Nichols) involucró a pacientes con historia de abuso crónico de alcohol, sin información de duración, nivel de consumo y de base; estos participantes tenían evidencia de deterioro neuropsicológico de la memoria (puntaje en Buschke Selective Reminding Test menor de 90).

El estudio de Ambrose comparó cinco dosis de tiamina IM (5, 20, 50, 100 y 200 mg) suministrada una vez al día durante dos días consecutivos. En el estudio de Nichols se comparó 5 g/día de tiamina VO frente a lactosa placebo durante dos semanas. El seguimiento del estudio de Ambrose fue de dos días de intervención, con medición de desenlace el día tres; en el estudio de Nichols, los pacientes fueron seguidos a las dos semanas.

El estudio de Ambrose contó con una evaluación por parte de un psicólogo que realizaba una prueba de alternancia retardada, en cuanto a aprendizaje y memoria. Hubo diferencia significativa a favor de la dosis de 200 mg/día en comparación con 5 mg/día en el número de ensayos tomados para alcanzar criterio en la prueba de alternancia retardada (MD -17,9, con IC 95% -35,4 a -0,40, $p = 0,04$). No hubo diferencias significativas al comparar las demás dosis contra 5 mg/día frente a 20 mg MD 4,8 con IC 95% -13,06 a 22,66, frente a 50 mg MD -12,30 con IC 95% -30,79 a 6,19, y frente a 100 mg MD 2 con IC 95% -15,73 a 19,73.

En el estudio de Nichols se realizaron mediciones de función cognitiva con pruebas de memoria a largo plazo (Buschke), prueba selectiva de recuerdos, test de Halstead y el test de figuras complejas y de palabras asociadas. Los autores de la revisión aclaran que sobre la referencia de Nichols hay información insuficiente, de manera que, en general, los resultados sobre efecto de las intervenciones se limitan a lo descrito en la otra referencia.

Para los fines de la presente guía se consideró que si bien el meta análisis considerado (44) puede aproximarse a la respuesta de la pregunta de interés, en el sentido del perfil poblacional y las intervenciones (se ajustan a la pregunta), su limitación está dada por la insuficiencia de la evidencia para dar una respuesta contundente a la pregunta. Se reconoce que metodológicamente la revisión es adecuada y que el no hallazgo

de diferencias significativas puede deberse, en parte, a la incertidumbre que existe sobre el poder estadístico de los estudios individuales (no se exponen las consideraciones a priori que se tuvieron en cuenta para definir tamaño de muestra en el estudio de Ambrose, y claramente la muestra es pequeña en el estudio de Nichols).

Relación entre la evidencia y las recomendaciones/discusión

Los pacientes con consumo crónico de alcohol pueden tener desnutrición y deficiencia de tiamina, factores determinantes en la aparición de la encefalopatía de Wernicke y el síndrome de Korsakoff. Con frecuencia, estas entidades clínicas pasan desapercibidas, lo que impide que se realice un tratamiento oportuno y hace que un número importante de casos solo se diagnostiquen post mórtem (42). En la fase inicial de tratamiento de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia al alcohol y síndrome de abstinencia no se recomienda la administración de tiamina por vía oral, porque se reconoce que la absorción intestinal puede estar alterada en pacientes con desnutrición y alcoholismo, además de tener un proceso de absorción intestinal que no se incrementa al aumentar las dosis.

Para responder esta pregunta se buscó obtener la mejor evidencia disponible para formular una recomendación que permitiera dar un tratamiento oportuno. Al realizar la búsqueda sistemática de la literatura no se encontró evidencia suficiente para realizar las recomendaciones pertinentes respecto al tratamiento con tiamina, incluso la revisión realizada por Cochrane sobre el uso de tiamina para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff en personas con abuso de alcohol concluye que la evidencia existente es insuficiente para establecer la dosis, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento con tiamina (41), y no se encontraron otros estudios que contestaran la pregunta, por lo cual se decidió realizar un consenso de expertos.

No se indica la tiamina de rutina en la intoxicación aguda por alcohol, dado que la intoxicación no supone la presencia de una alteración persistente en los niveles de tiamina o riesgo de encefalopatía de Wernicke; en la abstinencia sí está justificada, pues es indicadora de dependencia.

Requisitos estructurales

- Tiamina en diferentes presentaciones.
- Personal para aplicación de tiamina parenteral.

Consideraciones de beneficios y riesgos

El beneficio asumido de la administración de tiamina se da por la reducción potencial de la tasa de presentación de complicaciones de la abstinencia alcohólica; sin embargo, la efectividad de la tiamina no ha sido evaluada en estudios formales que incluyan desenlaces críticos. Se han encontrado reportes de caso de reacciones anafilácticas y flebitis con la administración parenteral de tiamina.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

En Colombia, es usual que los pacientes prefieran la administración de compuestos vitamínicos y otros suplementos, porque se les atribuye un efecto nutricional importante y de beneficios sobre la salud y el bienestar físico general, por ello no se espera resistencia al dar manejo con tiamina. Es posible que la vía de administración tenga un impacto en la rutina diaria o riesgos derivados de la intervención.

Implicaciones sobre los recursos

Es probable que la administración de tiamina en sus diferentes presentaciones no sea una intervención costosa en pacientes con abstinencia alcohólica para prevenir el síndrome de Wernicke y Korsakoff; sin embargo, la variabilidad en esquemas tanto en dosis como en duración del tratamiento y el desconocimiento de su efectividad real en prevención de los desenlaces considerados puede no ser costo efectiva.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Dadas las consideraciones sobre evidencia actual, es necesario desarrollar investigaciones que evalúen las dosis, vías y tiempo de administración de tiamina que sean costo efectivas para prevenir la encefalopatía de Wernicke.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes mayores de 18 años, diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol en los que se administra tiamina IM *100/Número total de mayores de 18 años atendidos con diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol.

9. Imágenes diagnósticas en pacientes con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia alcohólica.

Pregunta clínica 9

¿En qué situaciones especiales es necesario solicitar neuroimágenes a pacientes adultos con intoxicación aguda o síndrome de abstinencia alcohólica para detectar lesiones cerebrales?

Recomendaciones

9.1 No se recomienda la solicitud de rutina de neuroimágenes en pacientes con intoxicación por alcohol o en caso de síndrome de abstinencia por alcohol.

Recomendación débil en contra del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

9.2 Considere la necesidad de tomar una TAC en pacientes con un cuadro de intoxicación aguda por alcohol ante la presencia de examen neurológico con signos de focalización o de alteración de la conciencia y 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.

Recomendación por consenso de expertos.

9.3 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 Wernicke o síndrome de Korsakoff, un puntaje de CIWA 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.

Recomendación débil a favor del curso de acción.

Recomendación por consenso de expertos.

Alcance y objetivo de la recomendación

Proporcionarle al médico información que le permita tomar la decisión de solicitar o no una neuroimagen en un paciente con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia, y de escoger el tipo de neuroimagen más adecuado para cada situación.

Fundamentación

El consumo excesivo y crónico de alcohol tiene efectos nocivos sobre el sistema nervioso central. Estos efectos pueden estar causados por neurotoxicidad directa (etanol) o indirecta (productos del metabolismo del etanol, como el acetaldehído), o pueden ser consecuencia de una deficiencia nutricional, de una enfermedad hepática crónica producto del abuso crónico de alcohol (cirrosis hepática, encefalopatía hepática, coagulopatías), combinación de mecanismos directos e indirectos (encefalopatía de Wernicke, mielinolisis osmótica) o mecanismo aún por esclarecer (Marchiafava-Bignami) (45,46). Algunos de los hallazgos imagenológicos que se presentan en estos casos son: atrofia cerebral y cerebelar, lesiones de la sustancia blanca, enfermedad de Marchiafava-Bignami, encefalopatía hepática, mielinosis osmótica, degeneración espinal subaguda y síndrome de Wernicke-Korsakoff (47,48).

Mediante pruebas como ^{99m}Tc -HMPAO SPECT, se ha documentado que el flujo regional cerebral se encuentra reducido en lóbulos frontales de alcohólicos Maesa y colaboradores (49), lo cual sugiere que la corteza cerebral frontal es el área más sensible al daño por alcohol, y cuando se afectan de forma severa, se evidencian menores habilidades organizativas y de planeación; aunque estos cambios preceden a la atrofia cerebral evidente en las neuroimágenes (47).

Mediante PET se aprecia que la medición de glucosa regional es más sensible para documentar el daño cerebral producido por el alcohol y es la imagen diagnóstica que tiene mayor correlación con las pruebas neuropsicológicas (47).

Los cambios estructurales y funcionales del sistema nervioso central, tanto relacionados con el consumo agudo o crónico de alcohol, como los relacionados con otros diagnósticos diferenciales, pueden identificarse mediante la realización de un buen examen clínico y/o mediante la solicitud de imágenes diagnósticas; sin embargo, surge la pregunta sobre en qué momento es necesario ampliar los hallazgos clínicos con estudios imagenológicos, por lo cual es importante conocer las situaciones específicas en las que estos procedimientos podrían ayudar en definir un diagnóstico o tratamiento.

Trauma

El trauma craneoencefálico es una de las situaciones clínicas más comunes en los pacientes con consumo de alcohol que requiere imágenes diagnósticas, porque puede comprometer su vida. En particular, el hematoma subdural y la contusión cerebral son las patologías más frecuentes, y deben ser diagnosticados tempranamente para poder realizar un manejo oportuno y adecuado, donde la TAC sigue siendo la indicación de primera línea (47). Es de anotar que el paciente con intoxicación aguda por alcohol o con ataxia debida a atrofia cerebelar derivada del consumo excesivo de alcohol tiene mayor riesgo de sufrir trauma (47,50,51).

Convulsiones

Una de las complicaciones del paciente con intoxicación aguda por alcohol o del síndrome de abstinencia es la presencia de convulsiones, las cuales deben estudiarse para determinar su origen, que puede estar o no relacionado con el consumo de alcohol. Las neuroimágenes pueden ayudar en el proceso de diagnóstico diferencial y en orientar el tratamiento. Se ha asociado disminución del volumen cerebral en lóbulos temporales documentado por RMN como factor de riesgo para convulsiones por abstinencia (46,52).

Atrofia cerebral

El consumo crónico de alcohol lleva a disminución de factores neurotróficos, interfiere con la función cerebral normal, altera la conectividad neuronal y causa apoptosis, lo cual produce atrofia cerebral, cuyos cambios pueden ser reversibles si la ingesta crónica de alcohol cesa. Se ha documentado pérdida

de volumen cerebral donde las alteraciones iniciales se observan en el cerebelo, posteriormente en corteza frontal superior e hipocampo, que en las imágenes diagnósticas se observa como pérdida de volumen difuso, donde se resaltan surcos corticales prominentes y aumento de los cuernos temporales (45).

Se ha asociado que alcohólicos con atrofia cortical frontal y subcortical temporal presentan mayor riesgo de delirio por abstinencia, pudiendo ser esta una de las causas fisiopatológica de *delirium tremens* (52).

Atrofia cerebelosa

Se dice que la atrofia cerebelosa tiene mayor correlación con el abuso de alcohol que la atrofia cerebral. Esta degeneración puede presentarse aislada o relacionada con otros daños por alcohol en estructuras cerebrales. La RMN tiene mejor capacidad para abordar estructuras de la fosa posterior, por lo cual está indicada cuando se sospechen lesiones cerebelosas; el hallazgo más consistente es la dilatación del cuarto ventrículo (47).

Lesiones en sustancia blanca

Por medio de RMN se evidencian lesiones en sustancia blanca que son similares a aquellas de la esclerosis múltiple; así, son casi exclusivas de sustancia blanca peri ventricular. Las lesiones en ganglios basales y fosa posterior son menos comunes (47).

Síndromes de abstinencia por alcohol

Por medio de RMN se puede documentar disminución de volumen de la sustancia gris y blanca, y en hipocampo anterior, en alcohólicos crónicos que han sufrido convulsiones por abstinencia (45).

Encefalopatía de Wernicke

Aunque el diagnóstico de esta entidad sigue siendo clínico, existen cambios en las neuroimágenes que son reversibles con el uso de tiamina y recuperación clínica. Específicamente en la encefalopatía de Wernicke se produce daño en cuerpos mamilares, núcleos anteriores del tálamo y estructuras diencefalo hipocampales. En la RMN cerebral se puede observar hasta en un 50% de los casos un aumento de diferentes áreas, como el área paraventricular, alrededor del tercer ventrículo, núcleos

dorsomedial y pulvinar del tálamo, cuerpos mamilares, regiones pineal y periacueductal del cerebro medio, incluyendo el núcleo del tercer par, por presencia de edema citotóxico de las neuronas, células de la glía y vasoedema (45). También existe un fuerte incremento en cuerpos mamilares en hasta el 80% de los casos, sin cambio en T2, el cual se considera patognomónico de encefalopatía de Wernicke (45), por ello la resonancia magnética nuclear (RMN) puede usarse para descartar la encefalopatía de Wernicke (sensibilidad 53%, especificidad 93%) (53). En casos crónicos, la hiperseñal de T2 es menos prominente a causa de la atrofia difusa del cerebro, especialmente en los fórnices y los cuerpos mamilares (45).

Es importante anotar que mientras los hallazgos clínicos no diferencian encefalopatía de Wernicke de origen alcohólico y no alcohólico, las imágenes sí lo hacen: un incremento del contraste en las regiones cerebrales afectadas se encuentra en casi todos los alcohólicos con Wernicke, mientras que este incremento es raramente visto en otras etiologías (45). El diagnóstico diferencial incluye condiciones como el infarto talámico, ventrículo encefalitis, síndrome de Miller-Fisher, linfoma cerebral primario, enfermedad de Behçet, esclerosis múltiple, enfermedad de Leigh, variante de Creutzfeldt-Jakob, encefalitis paraneoplásica, hipofosfatemia severa e intoxicación aguda por metilbromuro (54).

Mielinólisis osmótica

Las imágenes de RMN en la fase aguda muestran áreas de señal T2 y FLAIR aumentadas en la porción central del puente, hipointensidad leve T1 y no incremento de contraste; las lesiones pueden ser observadas en las primeras 24 horas de inicio clínico del cuadro (45).

La TAC muestra sensibilidad baja para el diagnóstico de mielinólisis osmótica (47); sin embargo, en imágenes por RMN se describen hiperintensidades simétricas T2 que pueden ocurrir en ganglios basales, tálamo, pedúnculos cerebrales, uniones corticomedulares, cerebelo y médula espinal (45). Y en pacientes que sobreviven la fase aguda mielinólisis osmótica se describen cambios residuales de señal o lesiones cavitarias que pueden verse en el puente asociados con hiperseñal T2 en los pedúnculos cerebrales medios, debido a degeneración walleriana de los tractos pontocerebelosos (45).

Marchiafava-Bignami

La RMN tiene un importante rol en definir esta enfermedad. El hallazgo característico es la alta señal T2 sin efecto significativo de masa en el cuerpo caloso, la cual puede extenderse a la sustancia blanca adyacente. En la fase aguda, el diagnóstico diferencial es de infartos, procesos desmielinizantes,

cambios posconvulsión o radiación. En la fase crónica se encuentran lesiones que se tornan quísticas y bien aisladas; ocasionalmente son reversibles (45).

Encefalopatía hepática crónica

Si bien la RMN en pacientes con falla hepática incluye hiperintensidad simétrica y bilateral de señal en T1 en el núcleo caudado, *globus pallidus*, putamen, núcleos subtalámicos, tectum, adenohipófisis, sustancia negra y núcleo rojo, atribuidas a la concentración tisular aumentada de manganeso, estos hallazgos no se relacionan claramente con la presencia de encefalopatía hepática (45).

Intoxicación por metanol

Cuando se esté sospechando intoxicación por metanol, se debe tener en cuenta que las imágenes diagnósticas pueden mostrar lesiones en putamen y tractos visuales, que son las regiones más susceptibles. Se puede documentar necrosis o edema bilateral putaminal de forma localizada o extensa, el cual puede visualizarse tanto en TAC como en RMN. Se presenta hemorragia en 7%-14% de los casos, hallazgo que está asociado con un pronóstico más pobre. Se han descrito también edema y necrosis del hipocampo, cerebelo y sustancia blanca subcortical, predominantemente en los lóbulos occipitales (45).

Resumen de hallazgos

Las imágenes diagnósticas pueden ser una herramienta útil para afinar el diagnóstico y determinar la necesidad de tratamiento en pacientes con diferentes patologías; por este motivo, han ganado aceptación en las diferentes áreas médicas. Teniendo en cuenta que el consumo crónico y/o excesivo de alcohol puede producir múltiples alteraciones en el sistema nervioso central, se consideró pertinente investigar en la literatura la validez y la indicación que tienen las neuroimágenes en este tipo de pacientes. La búsqueda realizada no identificó estudios de buena calidad que lograran contestar la pregunta, motivo por el cual se decidió realizar un consenso de expertos basados en la información de base disponible.

Requisitos estructurales

Para llevar a cabo esta recomendación se requiere personal médico entrenado en la realización de un examen clínico completo que permita detectar alteraciones neurológicas, y se debe contar con la

posibilidad de remisión a instituciones de niveles 3 y 4 que cuenten con tomógrafo y resonador magnético.

Consideraciones de beneficios y riesgos

La revisión de la información disponible y el consenso de expertos sugieren beneficios para los desenlaces; aunque hay elementos de diagnóstico y pronóstico asociados con las imágenes diagnósticas, no es claro el desempeño de las pruebas en detectar las diferentes lesiones relacionadas con el alcohol. En muchos casos el diagnóstico clínico prima sobre los hallazgos de las imágenes.

El uso rutinario de imágenes diagnósticas en el curso del síndrome de abstinencia por alcohol no se indica; si bien hay evidencia basada en reportes y series de casos sobre hallazgos imagenológicos asociados a la ingesta de alcohol en algunas de ellas, el no encontrar lesiones no descarta el origen que clínicamente se sospecha. Las imágenes diagnósticas deben ser una ayuda para el clínico. El examen físico adecuado, la evolución del cuadro clínico, los antecedentes y la respuesta a las medidas de tratamiento pueden indicar la toma de imágenes diagnósticas.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

Los pacientes y familiares valoran la toma de paraclínicos, por lo cual se prevé que serán bien aceptados; aunque algunos pacientes pueden tener dificultades en el proceso de la toma de las imágenes por inquietud motora o elementos claustrofóbicos.

Implicaciones sobre los recursos

La toma de imágenes diagnósticas cuando esté justificada está apoyada en el proceso diagnóstico; sin embargo, la toma de rutina de las imágenes puede llevar a que sea costosa la medida y difícil de interpretar si no va ligada con un proceso clínico.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia que conteste esta pregunta clínica.

Recomendaciones para investigación

Es necesario desarrollar investigaciones de buena calidad acerca del desempeño y costo-efectividad de las pruebas diagnósticas en detección de lesiones asociadas con el alcohol, tanto para pacientes con intoxicación en fase aguda como con síndrome de abstinencia.

Por otra parte, es necesario realizar investigaciones que evalúen el desempeño de las imágenes diagnósticas en la detección de lesiones asociadas con el consumo de alcohol, comparadas con el examen clínico y métodos complementarios, como son las pruebas neuropsicológicas.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que son remitidos a institución de mayor complejidad *100/Número de pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol.

Este sería un indicador indirecto del número de pacientes a los que se les realizan neuroimágenes, pues estas solo se realizan en niveles 3 y 4 de atención.

Referencias

1. Jacques D, Zdanowicz N, Reynaert C, et al. Intensity of symptoms from alcohol withdrawal in alcohol-dependent patients: comparison between smokers and non-smokers. *Psychiatr Danub*. 2011;23(Suppl 1):S123-5.
2. Manjunatha N, Saddichha S, Khess CR, et al. Prevention of alcohol dependence: strategies for selective, indicated, and universal prevention. *Subst Abus*. 2011;32:135-43.
3. Sullivan J, 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.
4. Saitz R, O'Malley SS. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. *Med Clin North Am*. 1997;81:881-907. Review
5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Alcohol Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related physical complications. London: NICE Clinical Guideline 100; 2010.
6. Foy A, March S, Drinkwater V. Use of an objective clinical scale in the assessment and management of alcohol withdrawal in a large general hospital. *Alcohol Clin Exp Res*. 1988;12:360-4.
7. Samson HH, Harris RA. Neurobiology of alcohol abuse. *Trends Pharmacol Sci*. 1992;13:206-11.

8. Aboleda P, Oviedo H. Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol . Universitas Ed. Pontificia Universidad Javeriana 2006;47:112-20.
9. Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, et al. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998;22:998-1040.
10. Littleton JM. Neurochemical mechanisms underlying alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World.* 1998;22:13-24.
11. Howard C. Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health Research World.* 1998;22:25-33.
12. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, et al. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician.* 2004;69:1443-50.
13. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;CD005063. Review.
14. Barrons R, Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther.* 2010;35:153-67.
15. Eyer F, Schreckenber M, Hecht D, et al. Phenobarbital treatment in a patient with resistant alcohol withdrawal syndrome. *Pharmacotherapy.* 2009;29:875-8.
16. Melchor-López A, Lozano-Nuevo J, Flores-Alcántar M, et al. Uso de betabloqueadores para el control de síntomas adrenérgicos en el tratamiento de la supresión etílica: comparación de propanolol vs metoprolol. *Med Int Mex.* 2010;26:17-23.
17. Dissanaik S, Halldorsson A, Frezza EE, et al. An ethanol protocol to prevent alcohol withdrawal syndrome. *J Am Coll Surg.* 2006;203:186-91.
18. Mondavio M, Ghiazza GF. Use of clonidine in the prevention of alcohol withdrawal syndrome. *Minerva Med.* 1989;80:1233-5.
19. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA.* 1997;278:144-51.
20. Petroff OAC, Rothman DL, Behar KL, et al. The effect of gabapentin on brain gamma-aminobutyric acid in patients with epilepsy. *Ann Neurol.* 1996;39:95-9.
21. Myrick H, Malcolm R, Randall PK, et al. A double-blind trial of gabapentin versus lorazepam in the treatment of alcohol withdrawal. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009;33:1582-8.
22. Gessa GL, Agabio R, Carai M, et al. Mechanism of the anti-alcohol effect of gamma- hydroxybutyric acid (GHB). *Alcohol.* 2000;20:271-6.
23. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, et al. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;CD006266.
24. Adan A, Prat G. Funciones y potencial terapéutico del óxido nítrico en el sistema nervioso central. *Psicothema.* 2005;17:275-80
25. Amato L, Minozzi S, Marina D. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;CD008537.

26. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, et al. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010:CD005064.
27. Gillman MA, Lichtigfeld F, Young T. Psychotropic analgesic nitrous oxide for alcoholic withdrawal states. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007:CD005190.
28. Liu J, Wang L. Baclofen for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011:CD008502.
29. Uzun S, Kozumplik O, Jakovljević M, et al. Side effects of treatment with benzodiazepines. *Psychiatr Danub.* 2010;22:90-3.
30. Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs.* 2009;23:19-34.
31. Daeppen JB, Gache P, Landry U, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal. *Arch Intern Med.* 2002;162:1117-21.
32. Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med.* 1989;320:358-65.
33. Abbott PJ, Quinn D, Knox L. Ambulatory medical detoxification for alcohol. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1998;21:549-63.
34. Weithmann G, Hoffmann M. A randomized clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. *Eur Addict Res.* 2005;11:197-203.
35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Detoxification and substance abuse treatment: physical detoxification services for withdrawal from specific substances. Rockville (MD): SAMHSA; 2006.
36. Maldonado JR. An approach to the patient with substance use and abuse. *Med Clin N Am.* 2010;94:1169-205.
37. Hayashida M, Alterman A, McLellan T, et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *NEJM.* 2009;320:358-65.
38. Hayashida M, Alterman A, McLellan T, et al. Is inpatient medical alcohol detoxification justified: results of a randomized, controlled study. *NIDA Res Monogr.* 1988;81:19-25.
39. Watson WA. Thiamine. En: Brent J, Wallace KL, Burkhardt KK, et al., eds. *Critical care toxicology. Diagnosis and management of the critically poisoned patient.* Philadelphia: Elsevier-MOSBY; 2005. p. 1601-3.
40. Sechi GP, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6:442-55.
41. Day E, Bentham P, Callaghan R, et al. Thiamine for Wernicke-Korsakoff syndrome in people at risk from alcohol abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004:CD004033.

42. Ambrose ML, Bowden SC, Whelan G. Thiamin treatment and working memory function of alcohol-dependent people: Preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001;25:112-6.
43. Nichols ME, Meador KJ, Loring DW, et al. Preliminary findings on the clinical effects of high dose thiamine in alcohol-related cognitive disorders. No source no year.
44. Day E, Bentham P, Callaghan R, et al. Thiamine for Wernicke-Korsakoff syndrome in people at risk from alcohol abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12, 2011.
45. Geibprasert S, Gallucci M, Krings T. Alcohol-induced changes in the brain as assessed by MRI and CT. *EurRadiol.* 2010;20:1492-501.
46. Sullivan EV, Pfefferbaum A. Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Alcohol.* 2009;44:155-65.
47. Scroop R, Sage MR, Voyvodic F, et al. Radiographic imaging procedures in the diagnosis of the major central neuropathological consequences of alcohol abuse. *Australas Radiol.* 2002;46:146-53.
48. Spampinato MV, Castillo M, Rojas R, et al. Magnetic resonance imaging findings in substance abuse: alcohol and alcoholism and syndromes associated with alcohol abuse. *Top Magn Reson Imaging.* 2005;16:223-30.
49. Maesa, Vandoolaeghea, Degroote J, et al. Linear CT-Scan measurements in alcohol-dependent patients with and without delirium tremens. *Alcohol.* 2000;20:117-23.
50. Vargas MI, Lenz V, Bin JF, et al. Brain MR imaging of chronic alcoholism. *J Radiol.* 2003;84:369-79. [Artículo en francés].
51. Mann K, Agartz I, Harper C, et al. Neuroimaging in alcoholism: ethanol and brain damage. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001;25(5 Suppl ISBRA):104S-9.
52. Maes M, Vandoolaeghe E, Degroote J, et al. Linear CT-scan measurements in alcohol-dependent patients with and without delirium tremens. *Alcohol.* 2000;20:117-23.
53. Antunez E, Estruch R, Cardenal C, et al. Usefulness of CT and MR imaging in the diagnosis of acute Wernicke's encephalopathy. *AJR.* 1998;171:1131-7.
54. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6:442-55.

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

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

Pregunta clínica 19

En pacientes con abuso o dependencia de alcohol, ¿cuáles intervenciones farmacológicas y no farmacológicas han mostrado generar abstinencia o cambio en el patrón de consumo y prevenir las recaídas?

Recomendaciones

10.1 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.

Administre esta intervención a todos los pacientes que, por medio del cuestionario AUDIT, hayan sido identificados como pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol (véase anexo 11: Entrevista breve motivacional).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

Calidad de la evidencia NICE-115: moderada y alta (GRADE).

Calidad de la evidencia global para los desenlaces críticos (evidencia de actualización): moderada.

10.2 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.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

10.3 Una vez sea identificado un paciente con dependencia del alcohol (puntaje AUDIT ≥ 20), garantice la remisión al 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 utilizados en AA (alcohólicos anónimos) y NA (narcóticos anónimos) para vivir en sobriedad).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

Calidad de la evidencia NICE-115: moderada y alta (GRADE).

10.4 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.

10.5 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 al especialista para manejo:

- 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.

Recomendación débil a favor de la intervención.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

Calidad de la evidencia NICE-115: moderada y alta (GRADE).

Calidad de la evidencia global para los desenlaces críticos (evidencia de actualización): alta.

10.6 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.

Calidad de la evidencia global para los desenlaces críticos: baja.

10.7 No se recomienda el uso rutinario de benzodiazepinas 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.

(Recomendación adaptada CG 115 de NICE).

Calidad de la evidencia NICE-115: moderada y alta (GRADE).

Alcance y objetivo de la recomendación

Identificar y ofrecer información actualizada a médicos generales y especialistas sobre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas actuales y relevantes, relacionadas con la prevención de recaídas y cambios en el patrón del consumo de alcohol en pacientes con dependencia.

Fundamentación

Los pacientes con trastornos asociados con el alcohol que suspenden el consumo, con frecuencia experimentan recaídas que ponen en riesgo su salud, impactan su entorno familiar, social y laboral, y aumentan los costos en el sistema de salud por el aumento en el número de atenciones, días de hospitalización, paraclínicos y medicamentos relacionados con la aparición de comorbilidades médicas, de ahí la importancia de identificar las estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas que han mostrado disminuir las recaídas o cambiar el patrón de consumo.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas, hay dos medicamentos que se han estudiado para el manejo de pacientes con abuso y dependencia de alcohol, con el fin de disminuir las recaídas o de obtener cambios en el patrón de consumo, la naltrexona y el acamprosato. La primera es un opioide semisintético, sintetizado en 1963 y aprobado por la FDA en 1994 para el tratamiento del alcoholismo; es antagonista de los receptores μ y en menor medida de los receptores κ y δ . Experimenta

metabolismo de primer paso, una hora después de su administración por vía oral alcanza su concentración pico, y su vida media está entre una y diez horas. En términos generales, la naltrexona es un medicamento seguro sin potencial para generar tolerancia o dependencia. Los efectos adversos son poco frecuentes; los más comunes son cambios en el estado de ánimo, náuseas, estreñimiento, dolor abdominal, cefalea, vértigo, nerviosismo, inquietud, ansiedad y trastornos del sueño. Es importante tener en cuenta que puede producir alteración de las pruebas de función y agravar lesiones hepáticas preexistentes (1).

En algunos estudios, la naltrexona ha mostrado disminuir el número de días de consumo, la cantidad y número de bebidas por toma, el deseo de beber (2). Sin embargo al parecer estos resultados no se mantienen en el tiempo y se producen en sujetos que tienen una adherencia al tratamiento mayor del 90%, no tienen consumo de otras sustancias psicoactivas, reciben intervenciones psicosociales, tienen la motivación suficiente para mantener la abstinencia y cuentan con una adecuada red de apoyo (3). Lamentablemente, la combinación de estos factores no es frecuente en la práctica clínica, por lo cual es útil tener más información al respecto antes de recomendar su uso rutinario.

Se han reportado efectos adversos graves e incluso muertes cuando se realizan aumentos rápidos de las dosis en procesos de desintoxicación; sin embargo, la tasa de mortalidad por sobredosis de opioides es mucho mayor que la observada en pacientes que reciben tratamiento con naltrexona. En lo referente a los predictores de la eficacia de naltrexona, se incluyen polimorfismo genético del receptor opioide, el soporte sociofamiliar, la presencia de síntomas somáticos y los niveles de ansiedad (4).

El otro medicamento es el acamprosato, un derivado de la taurina. Tiene semejanza estructural con los aminoácidos, que activan los receptores de glutamato y disminuyen la hiperexcitabilidad del sistema nervioso central (5), lo cual se traduce en una disminución en la intensidad de los síntomas de abstinencia que se presentan en situaciones de consumo y que incrementan el deseo de beber. Los estudios que comparan estos dos medicamentos postulan que a largo plazo la naltrexona es más eficaz en la reducción de los síntomas (6).

En cuanto a otros, se considera que el uso de medicamentos como antipsicóticos y antidepresivos debe indicarse cuando hay una comorbilidad asociada, y en los casos de baja adherencia, la interrupción prematura no favorece la remisión (7).

Las intervenciones no farmacológicas que han mostrado eficacia en el tratamiento de pacientes con dependencia de alcohol son las basadas en técnicas cognitivas, conductuales, motivacionales y los programas de doce pasos. Los enfoques basados en la *terapia cognitivo conductual* comprenden intervenciones dirigidas a que el paciente adquiera habilidades de afrontamiento que le permitan

manejar situaciones de riesgo, impulsos y ansiedad de consumo; abordan los pensamientos automáticos, las creencias relacionadas con el consumo y las nucleares disfuncionales que contribuyen a provocar o incrementar los impulsos de consumir alcohol.

Se basan en los principios de la teoría del aprendizaje y conceptualizan el trastorno adictivo como el resultado de procesos de aprendizaje que vinculan el uso de alcohol con una amplia variedad de situaciones, y que pueden ser revertidos. Aunque su objetivo terapéutico es la abstinencia completa del alcohol, aceptan modificar las metas del tratamiento en función de las necesidades, problemas y respuesta a tratamientos anteriores de cada paciente (8). Las técnicas empleadas permiten modificar las acciones relacionadas con los procesos cognitivos de manera que el paciente puede poner a prueba las cogniciones que provocan y perpetúan el uso de alcohol, y contar con alternativas distintas al momento de enfrentar situaciones problemáticas externas, como conflictos interpersonales, económicos y laborales, o internas, como estados emocionales negativos, ansiedad de consumo y dolor físico. Entre las técnicas más usadas están la persuasión, los contratos conductuales, las flechas descendentes, el análisis de ventajas y desventajas (9).

La terapia cognitivo conductual de parejas y familias se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación, la resolución de problemas y el aumento en la tasa de reforzamientos positivos, como una manera de premiar diariamente la abstinencia. Este enfoque incluye técnicas como el análisis funcional de las conductas, la asignación de tareas y el control de estímulos y conductas por medio del manejo de contingencias. Varios estudios muestran que este tipo de terapia disminuye la frecuencia de consumo y los episodios de violencia (10).

Las técnicas conductuales buscan reemplazar conductas inadecuadas por conductas más adaptativas. Una de las estrategias consiste en la prevención de respuesta, por medio de la exposición a estímulos, como personas, ambientes y lugares, relacionados con el deseo de consumo. La exposición sistemática disminuye la posibilidad de conductas disfuncionales y recaídas.

Otro enfoque utilizado en pacientes con consumo de alcohol es la *entrevista motivacional*, una intervención breve focalizada en la resolución de la ambivalencia en dirección al cambio. A diferencia de la terapia cognitivo conductual, no está orientada a la abstinencia y su objetivo principal es lograr la motivación para que se dé el cambio. Plantea que darle al paciente la posibilidad de elegir los objetivos terapéuticos incrementa la adhesión al tratamiento y podría mejorar los resultados de este; dicha flexibilidad permite que se habiliten opciones como un intento de consumo moderado en cuanto alternativa para el manejo inicial de un síndrome de abstinencia (11).

Finalmente, están las intervenciones grupales, que incluyen el abordaje del entorno del paciente y la estrategia de doce pasos, un esquema orientado a mantener la abstinencia usando el modelo de enfermedad, motivando la aceptación del alcoholismo como enfermedad y la identificación con el grupo de participantes. Sus estrategias están relacionadas con habilidades cognitivas y objetivos conductuales, sociales y espirituales (12). Los estudios que han evaluado las intervenciones grupales para el manejo de dependencia de alcohol sugieren que las mujeres tienen menores tasas de abandono, mientras que los sujetos más jóvenes abandonan con más facilidad los grupos; además, la presencia de celotipia o de alucinosis empeora significativamente el pronóstico. Se señala que cuando se logra una adecuada adherencia se disminuye el número de recaídas (13).

Son múltiples las intervenciones en el tratamiento de pacientes con problemas relacionadas con el consumo de alcohol. El objetivo de contestar esta pregunta es brindar al personal de salud que atiende adultos con criterios de abuso o dependencia de alcohol, información actualizada acerca de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que han mostrado eficacia en la prevención de recaídas a seis meses, o cambios en el patrón de consumo, con el fin de ofrecer a los pacientes el mejor tratamiento disponible.

Resumen de hallazgos NICE-115

La guía NICE-115 evaluó y analizó los resultados de diferentes estudios que evaluaban el efecto de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la dependencia y el abuso relacionados con el consumo de alcohol (véanse tablas de evidencia). A continuación se realizará una descripción detallada de la evidencia incluida en la revisión de la literatura que condujo el GDG de la guía NICE-115.

Para la revisión y el análisis de la literatura de terapias con enfoque psicológico o psicosocial, la guía fuente consideró que las intervenciones evaluadas cumplieran los siguientes criterios para ser incluidas:

- Tratamiento planeado.
- Inclusión solo de participantes que estaban en busca de un tratamiento (importante en el caso de intervenciones breves, porque el alcance de la guía NICE-115 no cubre intervenciones breves oportunistas).
- La terapia debe estar basada en un manual establecido, o en caso de no existir, la intervención debe estar bien definida y estructurada.
- Terapias éticas y seguras.

Las siguientes intervenciones psicológicas o psicosociales para el tratamiento del consumo y el abuso de alcohol fueron incluidas en la revisión de la literatura realizada por la guía fuente (NICE-115):

- Intervenciones breves (planeadas), como la terapia psicoeducacional y las técnicas motivacionales.
- Terapia basada en autoayuda. Intervenciones de autoayuda breves, incluyendo autoayuda guiada y biblioterapia.
- TSF, terapia que consiste en inducir al paciente en los principios de AA y en el método de los doce pasos.
- Terapias cognitivo conductuales. Terapia cognitivo conductual estándar, habilidades de afrontamiento, entrenamiento en habilidades sociales y en prevención de recaídas.
- Terapias conductuales. Exposición clave (*cue exposure*), manejo de contingencia y terapia de aversión.
- Terapia motivacional de mejoría.
- Terapias de intervención basadas en el entorno y en redes sociales, terapia de conducta social y redes, y terapia con enfoque en refuerzo comunitario.
- Consejería. Terapia de pareja (incluyendo terapia conductual de pareja y otros tipos).
- Intervenciones familiares. Terapia funcional, terapia estratégica breve, terapia multisistémica, intervención de cinco pasos, terapia multidimensional, terapia en entrenamiento familiar y en refuerzo comunitario.
- Terapias psicodinámicas. Intervención psicodinámica a corto plazo y psicoterapia expresiva de apoyo.
- Terapias alternativas. Meditación y acupuntura.

Los desenlaces cuantitativos evaluados en los estudios disponibles fueron: abstinencia (medida como porcentaje de días sin consumo, días de abstinencia por semana/mes, duración más larga de la abstinencia), tasas de consumo (porcentaje de días de consumo pesado, días de consumo al mes, días de consumo mayor a X tragos por semana), cantidad de alcohol consumida (número de tragos por semana, cantidad de gramos por trago/día, número de tragos por episodio de consumo), y como desenlaces dicotómicos se incluyeron: abstinencia, recaída y deserción o abandonos.

Hallazgos de la evidencia. Técnicas motivacionales (NICE-115)

Para la formulación de recomendaciones orientadas en la intervención de la dependencia al alcohol con técnicas motivacionales, la guía NICE -115 revisó nueve experimentos clínicos aleatorizados en los que se compara el grupo experimental con grupo control, donde los participantes reciben intervención

mínima u otra intervención activa. Los hallazgos de la evidencia reportaron que la terapia MET (*motivational enhancement therapy*, terapia de incentivo motivacional) demostró mayor efectividad comparado con el grupo control en reducir el consumo pesado (más de diez tragos en más de seis ocasiones), en los cinco a seis meses de seguimiento (14-16), aunque no se encontró el mismo efecto para el seguimiento a cinco años. Tampoco se encontraron diferencias entre los grupos en la disminución del número de días de consumo de cualquier cantidad de alcohol. En cuanto a la prevención de recaídas, se observó una tendencia a favor del grupo que recibió MET; no se encontraron diferencias entre los grupos en la tasa de abandonos al tratamiento. El GDG de la guía fuente concluye que la calidad de la evidencia para estos hallazgos es *moderada*.

La evidencia reportó que no hay diferencias significativas entre los grupos cuando la comparación se realiza con otras terapias activas con base en el desenlace de abstinencia y con un seguimiento a quince meses. Las terapias CBT y TSF demostraron mayor efectividad que las técnicas motivacionales en disminuir la cantidad de alcohol consumido en la evaluación pos tratamiento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de abandono pos tratamiento ni a los tres meses de seguimiento. Las terapias del grupo control mostraron mayor efectividad en retener pacientes en los siguientes seis meses; sin embargo, en los periodos de seguimiento mayores a seis meses no se reportaron diferencias entre los grupos. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115) (tablas 42 y 43).

Tabla 42. Resumen de la evidencia de técnicas motivacionales frente a control (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Recaídas			
Seguimiento a seis meses	82	RR (M-H, IC 95%)	0,90 (0,77-1,06)
Seguimiento a cinco años	56	RR (M-H, IC 95%)	1,03 (0,77-1,37)
Cantidad de alcohol consumida			
Promedio de tragos por día (seguimiento a un año)	61	SMD (IV, IC 95%)	-0,67 (-1,20- -0,15)
Promedio de tragos por día (seguimiento a dos meses)	61	SMD (IV, IC 95%)	-0,46 (-0,97- 0,06)
Tasa de consumo			
Tasa de cualquier consumo de alcohol (seguimiento a cinco meses)	139	SMD (IV, IC 95%)	-0,31 (-0,64- 0,03)

Días de consumo pesado (más de cuatro tragos, seguimiento a cinco meses)	46	SMD (IV, IC 95%)	-0,70 (-1,30- -0,11)
Consumo de al menos diez tragos estándar (al menos en una ocasión en el seguimiento a seis meses)	82	RR (M-H, IC 95%)	0,77 (0,58-1,03)
Consumo de al menos diez tragos en seis o más ocasiones (seis meses de seguimiento)	82	RR (M-H, IC 95%)	0,66 (0,43-1,00)
Consumo de al menos diez tragos estándar (al menos en una ocasión en el seguimiento a cinco años)	56	RR (M-H, IC 95%)	0,64 (0,34-1,22)
Consumo de al menos diez tragos en seis o más ocasiones (seguimiento a cinco años)	56	RR (M-H, IC 95%)	0,72 (0,29; 1,74)
Abandonos			
Abandono pos tratamiento	290	RR (M-H, IC 95%)	1,09 (0,76; 1,57)
Abandono en los seis meses de seguimiento	82	RR (M-H, IC 95%)	No estimable
Abandono a los doce meses de seguimiento	61	RR (M-H, IC 95%)	0,89 (0,30; 2,61)
Abandono después de los doce meses de seguimiento	82	RR (M-H, IC 95%)	1,30 (0,68; 2,48)
Abandono a los cinco años de seguimiento	82	RR (M-H, IC 95%)	1,30 (0,68; 2,48)

Tabla 43. Resumen de la evidencia de técnicas motivacionales frente a otras intervenciones (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Abstinencia			
Pos tratamiento	1.801	SMD (IC 95%)	0,08 (-0,02; 0,18)
Durante el seguimiento a seis meses	2.476	SMD (IC 95%)	0,02 (-0,06; 0,10)
A los tres meses de seguimiento	835	SMD (IC 95%)	0,09 (-0,12; 0,30)
A los seis meses de seguimiento	1.641	SMD (IC 95%)	-0,01 (-0,11; 0,10)

A los nueve meses de seguimiento	1.616	SMD (IC 95%)	0,05 (-0,06; 0,15)
A los doce meses de seguimiento	1.672	SMD (IC 95%)	0,04 (-0,07; 0,15)
A los quince meses de seguimiento	1.573	SMD (IC 95%)	0,06 (-0,05; 0,16)
Recaídas			
A los seis meses	82	RR (M-H, IC 95%)	0,93 (0,78; 1,10)
A los cinco años	48	RR (M-H, IC 95%)	1,02 (0,75; 1,40)
Tasas de consumo			
Porcentaje de días de consumo pesado	149	SMD (IC 95%)	0,05 (-0,27; 0,37)
Tasa de consumo a los seis meses de seguimiento	115	SMD (IC 95%)	0,02 (-0,35; 0,38)
Consumo excesivo	115	SMD (IC 95%)	0,02 (-0,35; 0,38)
Consumo de al menos diez tragos al menos en una ocasión (seis meses de seguimiento)	82	RR (M-H, IC 95%)	0,80 (0,60; 1,07)
Consumo de al menos diez tragos en seis o más ocasiones (seguimiento a cinco años)	82	RR (M-H, IC 95%)	0,69 (0,45; 1,05)
Número de días consumiendo alcohol por semana (seis meses de seguimiento)	657	SMD (IC 95%)	0,00 (-0,15; 0,15)
Días con consumo de más de cinco tragos (seguimiento a doce meses)	657	SMD (IC 95%)	-0,08 (-0,23; 0,08)
Abandonos			
Abandonos pos tratamiento	2.022	RR (M-H, IC 95%)	0,70 (0,31; 1,59)
A los tres meses	762	RR (M-H, IC 95%)	1,36 (0,84; 2,18)
A los seis meses	1.957	RR (M-H, IC 95%)	1,38 (1,00; 1,92)
A los nueve meses	1.641	RR (M-H, IC 95%)	1,85 (0,83; 4,11)
A los doce meses	3.130	RR (M-H, IC 95%)	1,15 (0,87; 1,52)
A los quince meses	1.594	RR (M-H, IC 95%)	1,27 (0,52; 3,08)
A los cinco años	82	RR (M-H, IC 95%)	0,75 (0,45; 1,27)

Hallazgos de la evidencia. Terapia de doce pasos (TSF)

La revisión de la literatura de la guía fuente (NICE-115) se basó en seis experimentos clínicos aleatorios que cumplieran los criterios de inclusión establecidos por el GDG e información basada en la terapia de los doce pasos, o los principios del grupo de AA para el tratamiento del abuso o la dependencia al alcohol. De los seis estudios incluidos, cinco realizaban comparaciones de la TSF con otras intervenciones, como terapias cognitivo conductuales, terapia de pareja, intervención psicoeducacional, MET más terapia cognitivo conductual y técnicas en habilidades de afrontamiento (17-21). En dos estudios se evaluaron las comparaciones realizadas entre los diferentes tipos de terapias de doce pasos (estándar e intensiva) (21,22).

Los resultados de la evidencia clínica evaluada revelaron que no hay diferencias significativas entre TSF y otras intervenciones en el mantenimiento de la abstinencia ni en la reducción de los episodios de consumo pesado cuando se evaluó en el periodo pos tratamiento y en diferentes puntos del periodo de seguimiento a doce meses. Se reportó mayor efectividad de TSF en la disminución de la cantidad de consumo de alcohol en el seguimiento a seis meses al comparar con las demás intervenciones; no se encontraron diferencias en alguno de los otros puntos de seguimiento.

En lo relacionado con el desenlace de abandonos al tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a los seis, doce y quince meses de seguimiento, a diferencia del seguimiento a nueve meses, donde la TSF demostró superioridad en retener pacientes en el tratamiento comparado con las otras intervenciones. NICE-115 califica la calidad de la evidencia de los estudios evaluados como *alta*.

Los estudios que comparaban los desenlaces críticos entre los diferentes tipos de TSF reportaron que la TSF directa es más efectiva en el mantenimiento de la abstinencia que la TSF motivacional a los doce meses de seguimiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la reducción de los episodios de consumo pesado. La TSF intensiva demostró ser más efectiva que la estándar en el mantenimiento de la abstinencia durante los doce meses de seguimiento. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el número de abandonos al tratamiento durante el seguimiento a un año. La calidad de la evidencia para estas conclusiones es *moderada* (NICE-115) (tablas 44 y 45).

Tabla 44. Resumen de la evidencia TSF frente a otras intervenciones (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Abstinencia			
Pos tratamiento	1.860	SMD (IC 95%)	0,04 (-0,10; 0,18)
A los tres meses	340	SMD (IC 95%)	-0,05 (-0,41; 0,31)
A los seis meses	1.975	SMD (IC 95%)	-0,03 (-0,23; 0,16)
A los nueve meses	1.942	SMD (IC 95%)	0,00 (-0,18; 0,18)
A los doce meses	1.911	SMD (IC 95%)	-0,01 (-0,21; 0,19)
A los quince meses	1.573	SMD (IC 95%)	-0,01 (-0,12; 0,09)
Tasas de consumo			
Porcentaje de días de consumo pesado pos tratamiento	99	SMD (IC 95%)	-0,01 (-0,47; 0,45)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los tres meses de seguimiento	301	SMD (IC 95%)	-0,13 (-0,43; 0,17)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los seis meses de seguimiento	296	SMD (IC 95%)	-0,08 (-0,42; 0,26)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los nueve meses de seguimiento	288	SMD (IC 95%)	0,13 (-0,14; 0,40)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los doce meses de seguimiento	282	SMD (IC 95%)	0,15 (-0,28; 0,58)
Cantidad de alcohol consumido			
Pos tratamiento	1.651	SMD (IC 95%)	0,01 (-0,13; 0,15)
A los seis meses	2.194	SMD (IC 95%)	-0,09 (-0,17; -0,00)
A los nueve meses	1.615	SMD (IC 95%)	-0,04 (-0,15; 0,06)
A los doce meses	1.594	SMD (IC 95%)	-0,09 (-0,20; 0,01)
A los quince meses	1.573	SMD (IC 95%)	-0,04 (-0,14; 0,07)
Abandonos			
Pos tratamiento	1.864	RR (M-H, IC 95%)	1,11 (0,73; 1,70)
A los tres meses	227	RR (M-H, IC 95%)	0,57 (0,19; 1,73)
A los seis meses	1.853	RR (M-H, IC 95%)	1,21 (0,29; 5,11)
A los nueve meses	1.837	RR (M-H, IC 95%)	0,37 (0,15; 0,88)

A los doce meses	1.930	RR (M-H, IC 95%)	1,21 (0,55; 2,65)
A los quince meses	1.594	RR (M-H, IC 95%)	0,46 (0,16; 1,37)

Tabla 45. Resumen de la evidencia de la comparación entre los diferentes tipos de terapia de doce pasos (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Abstinencia			
A los tres meses	102	SMD (IC 95%)	-0,40 (-0,79; -0,00)
A los seis meses	97	SMD (IC 95%)	-0,41 (-0,81; -0,01)
A los nueve meses	95	SMD (IC 95%)	-0,57 (-0,98; -0,16)
A los doce meses	95	SMD (IC 95%)	-0,58 (-0,99; -0,17)
Recaídas			
A los doce meses	307	RR (M-H, IC 95%)	0,81 (0,66; 1,00)
Tasas de consumo			
Porcentaje de días de consumo pesado durante los tres meses de seguimiento	102	SMD (IC 95%)	-0,20 (-0,59; 0,19)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los seis meses de seguimiento	97	SMD (IC 95%)	-0,07 (-0,47; 0,33)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los nueve meses de seguimiento	95	SMD (IC 95%)	-0,20 (-0,60; 0,20)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los doce meses de seguimiento	95	SMD (IC 95%)	-0,09 (-0,50; 0,31)
Abandonos			
Pos tratamiento	345	RR (M-H, IC 95%)	1,01 (0,55; 1,84)
A los tres meses	111	RR (M-H, IC 95%)	0,29 (0,06; 1,44)
A los seis meses	102	RR (M-H, IC 95%)	1,53 (0,24; 9,57)
A los nueve meses	97	RR (M-H, IC 95%)	1,02 (0,07; 15,86)
A los doce meses	440	RR (M-H, IC 95%)	1,04 (0,52; 2,06)

4.1.4.3 Hallazgos de la evidencia. Terapia cognitivo-conductual (CBT) (NICE-115)

El grupo GDG NICE-115 evaluó los efectos benéficos o perjudiciales de las terapias cognitivo conductuales en el tratamiento del abuso o la dependencia al alcohol. Se realizó una revisión sistemática de la literatura que incluyó 20 estudios clínicos aleatorizados que evaluaban la efectividad de estas terapias. Entre los estudios que cumplieron los criterios de inclusión establecidos por el GDG, tres compararon CBT con el tratamiento usual o control (14,15,23,24); trece estudios realizaron comparaciones entre CBT y otras terapias, como habilidades de afrontamiento, intervenciones psicoeducacionales, MET, TSF, terapia psicodinámica, exposición clave (*cue exposure*), entre otras (17,20,21,25-35). Adicionalmente, se evaluaron seis estudios que comparaban la efectividad entre los tipos de terapias cognitivo conductuales (14,15,23,25,36-38).

Dentro de los hallazgos de la evidencia disponible, el GDG reporta que las CBT presentaron un mejor desempeño que el control en disminuir el número de episodios relacionados con consumo pesado; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la disminución de días con consumo de alcohol ni en recaídas cuando se comparó con el tratamiento usual durante el seguimiento a tres meses. Por el contrario, se encontró diferencia en el número de pacientes que presentan recaídas a los seis meses, donde las CBT demostraron mayor efectividad. No se reportaron diferencias entre los grupos en el número de abandonos al tratamiento. NICE refiere que la calidad de la evidencia de los estudios evaluados es *moderada*.

En lo referente a las comparaciones evaluadas entre terapias cognitivo conductuales y otras terapias, los resultados del meta análisis concluyen que no hay diferencias estadísticamente significativas en el mantenimiento de la abstinencia pos tratamiento ni a los quince meses de seguimiento. Uno de los estudios reportó resultados a favor de las habilidades de afrontamiento frente a la consejería en el número de días de sobriedad a los doce meses de seguimiento, y otro estudio reporta superioridad de la técnica de prevención de recaídas sobre la psicoterapia a los quince meses de seguimiento. Adicionalmente, se concluyó que las CBT son más efectivas en el mantenimiento de días de abstinencia leve durante el seguimiento de los pacientes por 18 meses. No se encontraron diferencias significativas entre grupos en la reducción de los episodios de consumo pesado, en la cantidad de alcohol consumido durante el periodo pos tratamiento y a los 18 meses de seguimiento, en el número de recaídas ni en el porcentaje de abandonos. NICE califica la calidad de la evidencia como *alta*.

Los estudios que compararon la efectividad de las CBT entre sí reportaron mayor efectividad para la evaluación del programa de tratamiento comparado con el programa empaquetado (*packaged CBT program*) durante el periodo pos tratamiento. Sin embargo, en esta misma comparación no se encontraron diferencias significativas en la reducción de los episodios de consumo pesado. La adición de la aproximación motivacional para la prevención de recaídas no redujo el número de días de posible

consumo a los seis meses de seguimiento, y el análisis de los datos arrojó resultados a favor de la técnica de prevención de recaídas estándar. Las técnicas en habilidades de afrontamiento no demostraron superioridad en la mayoría de desenlaces relacionados con el consumo al compararse con otras CBT, al igual que para el número de recaídas y de abandonos al tratamiento.

Las técnicas de habilidades de afrontamiento intensivas demostraron mayor efectividad que las técnicas estándares en el mantenimiento de la abstinencia leve durante los doce meses de seguimiento, lo cual no coincide cuando se evaluó a los 18 meses de seguimiento. Las CBT individuales demostraron ser significativamente más efectivas que las grupales en reducir el número de bebedores pesados a los quince meses de seguimiento. La calidad de la evidencia que evaluó estas intervenciones y desenlaces críticos fue catalogada como *alta* por el GDG (tablas 46 y 47).

Tabla 46. Resumen de la evidencia de terapias cognitivo conductuales frente a tratamiento usual o control (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Tasas de consumo			
Número de días de consumo	139	SMD (IC 95%)	-0,31 (-0,64; 0,03)
Número de días de consumo pesado (más de cuatro tragos)	46	SMD (IC 95%)	-0,70 (-1,30; -0,11)
Recaídas			
A los tres meses	30	RR (M-H, IC 95%)	1,57 (0,69; 3,59)
A los seis meses	133	RR (M-H, IC 95%)	0,55 (0,38; 0,80)
Abandonos			
Pos tratamiento	324	RR (M-H, IC 95%)	1,07 (0,74; 1,53)
A los tres meses	32	RR (M-H, IC 95%)	No estimable
A los seis meses	135	RR (M-H, IC 95%)	0,53 (0,18; 1,54)

Tabla 47. Resumen de la evidencia de terapias cognitivo conductuales frente a otras intervenciones (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Abstinencia			
Días de abstinencia	1.901	SMD (IC 95%)	-0,09 (-0,21; 0,03)
A los tres meses	280	SMD (IC 95%)	0,14 (-0,23; 0,51)
A los seis meses	1.946	SMD (IC 95%)	0,02 (-0,12; 0,17)
A los nueve meses	1.886	SMD (IC 95%)	-0,01 (-0,14; 0,13)
A los doce meses	1.887	SMD (IC 95%)	0,01 (-0,12; 0,15)
Número de días sobrio a los doce meses de seguimiento	23	SMD (IC 95%)	-1,67 (-2,65; -0,70)
A los quince meses	1.702	SMD (IC 95%)	-0,06 (-0,16; 0,04)
Número de días sobrio a los quince meses de seguimiento	44	SMD (IC 95%)	0,64 (0,03; 1,24)
A los dieciocho meses	128	SMD (IC 95%)	-0,22 (-0,57; 0,13)
Abstinencia leve o controlada (1-3 tragos estándar) a los seis meses de seguimiento	61	SMD (IC 95%)	-0,94 (-1,48; -0,40)
Abstinencia leve o controlada (1-3 tragos estándar) a los doce meses de seguimiento	61	SMD (IC 95%)	-0,84 (-1,40; -0,27)
Abstinencia leve o controlada (1-3 tragos estándar) a los dieciocho meses de seguimiento	61	SMD (IC 95%)	-0,74 (-1,26; -0,21)
Recaídas			
Días hasta el primer consumo a los dieciocho meses de seguimiento	128	SMD (IC 95%)	0,15 (-0,20; 0,50)
Días hasta el primer consumo pesado a los dieciocho meses de seguimiento	128	SMD (IC 95%)	-0,09 (-0,44; 0,26)
Recaída de más de 6 unidades la mayoría de días de la semana (pos tratamiento)	48	RR (M-H, IC 95%)	0,39 (0,18; 0,86)
Recaída moderada (más de 6 unidades pocas veces al mes) pos	48	RR (M-H, IC 95%)	1,56 (0,44; 5,50)

tratamiento			
Recaída severa (más de 6 unidades por ocasión) pos tratamiento	48	RR (M-H, IC 95%)	2,33 (1,01; 5,38)
Tasas de consumo			
Porcentaje de días de consumo pesado	149	SMD (IC 95%)	-0,05 (-0,37; 0,27)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los tres meses de seguimiento	280	SMD (IC 95%)	0,18 (-0,21; 0,57)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los seis meses de seguimiento	275	SMD (IC 95%)	0,15 (-0,26; 0,55)
Días de consumo/mes durante los seis meses de seguimiento	42	SMD (IC 95%)	0,61 (-0,01; 1,23)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los nueve meses de seguimiento	271	SMD (IC 95%)	-0,04 (-0,29; 0,20)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los doce meses de seguimiento	267	SMD (IC 95%)	0,03 (-0,25; 0,30)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los quince meses de seguimiento	128	SMD (IC 95%)	-0,07 (-0,42; 0,27)
Porcentaje de días de consumo pesado durante los dieciocho meses de seguimiento	190	SMD (IC 95%)	-0,20 (-0,50; 0,10)
Abandonos			
Pos tratamiento	2.267	RR (M-H, IC 95%)	1,05 (0,61; 1,80)
A los tres meses	200	RR (M-H, IC 95%)	1,29 (0,60; 2,78)
A los seis meses	2.296	RR (M-H, IC 95%)	0,93 (0,59; 1,48)
A los nueve meses	1.788	RR (M-H, IC 95%)	1,61 (0,76; 3,40)
A los doce meses	1.988	RR (M-H, IC 95%)	1,27 (0,47; 3,41)
Abandonos después de los doce meses de seguimiento	1.773	RR (M-H, IC 95%)	1,75 (0,84; 3,64)
A los quince meses	1.643	RR (M-H, IC 95%)	1,65 (0,77; 3,52)
A los dieciocho meses	130	RR (M-H, IC 95%)	4,29 (0,21; 85,82)

Hallazgos de la evidencia. Terapias conductuales (NICE-115)

El grupo de la guía fuente que condujo la revisión de la literatura de terapias conductuales decide incluir seis estudios que cumplen los criterios de inclusión establecidos. Dos de los estudios incluidos comparan la efectividad de las terapias conductuales con grupo control y evalúan entre este tipo de terapias conductuales el entrenamiento en automanejo conductual y exposición clave (*cue exposure*) combinado con técnicas en habilidades de afrontamiento (38,39). Los cuatro estudios restantes comparan las terapias conductuales con otras intervenciones psicológicas (21,33,39,40). La comparación entre los tipos de terapia conductual fue evaluada en dos publicaciones (40,41).

Los resultados del análisis de uno de los estudios incluidos reportan que las terapias conductuales son más efectivas que el grupo control en disminuir la cantidad del alcohol consumido (SMD: -0,97) y en el mantenimiento de la bebida controlada (SMD: -0,60). Por el contrario, no se observó una diferencia significativa en el mantenimiento de la abstinencia, número de recaídas y número de abandonos entre el grupo experimental y el grupo control. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115).

La comparación entre las terapias conductuales y las otras intervenciones psicosociales indica que las terapias conductuales no son tan efectivas como las otras intervenciones evaluadas (CBT, TSF, consejería) en la reducción del consumo de alcohol, disminución de los tragos por episodio de consumo y disminución del consumo pesado. La evidencia reportó que el grupo que recibió otras terapias (CBT y consejería) presenta menos abandonos al tratamiento en comparación con el grupo de terapias conductuales. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115).

La terapia conductual basada en el manejo de la contingencia fue evaluada en cuatro experimentos clínicos. Solo se reportaron resultados significativos en la combinación del manejo de contingencia con el cuidado estándar para disminuir los abandonos al tratamiento, no se reportaron otros efectos significativos para los demás desenlaces al compararlo con los otros tipos de tratamiento. NICE califica la calidad de la evidencia como *moderada* para estas conclusiones.

Hallazgos en la evidencia (NICE-115). Terapias basadas en entorno y redes sociales

El GDG decide incluir para la revisión y evaluación de la evidencia tres experimentos clínicos aleatorizados que cumplen los criterios de inclusión y evalúan la efectividad de las terapias basadas en el entorno y en redes sociales para el tratamiento del abuso o dependencia al alcohol. Se incluyó un estudio que evaluó la efectividad de este tipo de terapias comparado con grupo control (36) y dos estudios que comparaban los desenlaces críticos con otro tipo de terapias (42,43).

Los resultados encontrados en la evidencia reportan que las terapias basadas en el entorno y las redes sociales son más efectivas que el grupo control en el mantenimiento de la abstinencia a los 6, 9, 12, 15 y 24 meses de seguimiento; sin embargo, no se encontraron diferencias a los 18, 21 y 27 meses de seguimiento para este desenlace. No se encontraron diferencias al comparar con el grupo control en la disminución del consumo pos tratamiento, o a los 12, 15, 24 y 27 meses de seguimiento, a diferencia de la disminución de la cantidad de alcohol consumido, donde las terapias basadas en el entorno y en las redes sociales demostraron superioridad comparado con el grupo control a los 6, 9, 18 y 21 meses de seguimiento. Solo un estudio evaluó las diferencias en la tasa de abandonos, y no se reportaron diferencias significativas entre los grupos para este desenlace. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115).

No se reportaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las terapias basadas en el entorno y en las redes sociales con otras terapias en el mantenimiento de la abstinencia, la disminución de la cantidad de alcohol consumido, la reducción del número de días de consumo y la tasa de abandonos. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115) (tablas 48 y 49).

Tabla 48. Resumen de la evidencia de terapias basadas en el entorno y las redes sociales frente a control (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Abstinencia			
Pos tratamiento	172	SMD (IC 95%)	-0,76 (-1,08; -0,43)
A los seis meses	172	SMD (IC 95%)	-0,75 (-1,08; -0,43)
A los nueve meses	172	SMD (IC 95%)	-0,70 (-1,03; -0,38)
A los doce meses	172	SMD (IC 95%)	-0,59 (-0,99; -0,19)
A los quince meses	172	SMD (IC 95%)	-0,68 (-1,03; -0,32)
A los dieciocho meses	172	SMD (IC 95%)	-0,28 (-1,02; 0,46)
A los veintiún meses	172	SMD (IC 95%)	-0,35 (-0,74; 0,05)
A los veinticuatro meses	172	SMD (IC 95%)	-0,49 (-0,96; -0,01)
A los veintisiete meses	172	SMD (IC 95%)	-0,31 (-1,12; 0,49)
Cantidad de alcohol consumida			
Pos tratamiento	172	SMD (IC 95%)	-0,07 (-0,41; 0,28)
A los seis meses	172	SMD (IC 95%)	-0,54 (-0,86; -0,22)
A los nueve meses	172	SMD (IC 95%)	-0,37 (-0,68; -0,05)
A los doce meses	172	SMD (IC 95%)	-0,25 (-0,57; 0,06)
A los quince meses	172	SMD (IC 95%)	-0,35 (-0,83; 0,12)

A los dieciocho meses	172	SMD (IC 95%)	-0,34 (-0,66; -0,03)
A los veintiún meses	172	SMD (IC 95%)	-0,43 (-0,75; -0,11)
A los veinticuatro meses	172	SMD (IC 95%)	-0,11 (-0,43; 0,20)
A los veintisiete meses	172	SMD (IC 95%)	0,06 (-0,26; 0,37)
Abandonos			
A los seis meses	196	RR (M-H, IC 95%)	0,54 (0,08; 3,59)
A los nueve meses	192	RR (M-H, IC 95%)	2,41 (0,28; 20,76)
A los doce meses	188	RR (M-H, IC 95%)	No estimable
A los dieciocho meses	186	RR (M-H, IC 95%)	0,33 (0,04; 2,64)
A los veintisiete meses	179	RR (M-H, IC 95%)	1,31 (0,26; 6,61)

Tabla 49. Resumen de la evidencia de terapias basadas en el entorno y las redes sociales frente a otras terapias (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Abstinencia			
A los tres meses	686	SMD (IC 95%)	-0,02 (-0,17; 0,13)
A los doce meses	612	SMD (IC 95%)	-0,02 (-0,18; 0,14)
Tasas de consumo			
Número de tragos/día (un mes de seguimiento)	79	SMD (IC 95%)	-0,03 (-0,47; 0,41)
Número de tragos/día (seis meses de seguimiento)	79	SMD (IC 95%)	0,09 (-0,35; 0,54)
Número de tragos/día (doce meses de seguimiento)	79	SMD (IC 95%)	0,15 (-0,29; 0,60)
Abandonos			
Pos tratamiento	193	RR (M-H, IC 95%)	0,93 (0,68; 1,28)
A los tres meses	762	RR (M-H, IC 95%)	0,68 (0,42; 1,08)
A los doce meses	689	RR (M-H, IC 95%)	1,00 (0,65; 1,56)

Hallazgos en la evidencia. Terapia de pareja (NICE-115)

Se revisaron ocho estudios clínicos aleatorizados que cumplían los criterios de inclusión establecidos por el GDG para evaluar la efectividad de las terapias de pareja en el tratamiento del abuso o la dependencia al alcohol. De los estudios incluidos, siete comparan las terapias de pareja con otras

intervenciones, como consejería, intervención psicoeducacional, terapia de doce pasos, CBT y apoyo social (18,19,26,30,44-46). Se evaluó la evidencia de tres estudios que reportaron resultados basados en las comparaciones entre los tipos de terapia de pareja (terapia de relación breve, terapia de interacción de pareja y terapia centrada en la participación del cónyuge) (18,26,44).

No se encontraron diferencias significativas en el mantenimiento de la abstinencia entre las terapias de pareja y otras intervenciones a los dos meses de seguimiento. Sin embargo, al evaluar durante periodos más largos las terapias de pareja, demostraron mayor efectividad que las otras terapias en el mantenimiento de la abstinencia y el consumo controlado durante el seguimiento a doce meses, al igual que en la disminución del consumo pesado. Se reportó mayor efectividad en otras terapias en reducir el número de recaídas. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las tasas de abandono a los tres meses de seguimiento, pero sí se reportaron menores tasas en el grupo que fue intervenido con terapias de pareja a los seis y doce meses de seguimiento. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115).

La comparación entre los diferentes tipos de terapia de pareja en la efectividad sobre los desenlaces críticos no reportó diferencias estadísticamente significativas. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115).

Hallazgos en la evidencia. Consejería (NICE-115)

Se incluyeron seis estudios que cumplían los criterios establecidos por el GDG para la revisión de la efectividad de la consejería en el tratamiento del abuso o dependencia al alcohol. Solo un estudio compara este tipo de terapia con grupo control (16), y la totalidad de los estudios comparan la consejería con otro tipo de terapias (16,28,29,44,47).

Sellman y colaboradores (16) concluyen que no hay evidencia que soporte los beneficios de la consejería sobre el control en el mantenimiento de la abstinencia y en la disminución del consumo pesado. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115).

Procesos como la terapia de pareja y la terapia en habilidades de afrontamiento demostraron mayor efectividad sobre la consejería en el mantenimiento de la abstinencia durante los 18 meses de seguimiento. Como resultado general, no se encontraron diferencias significativas entre la consejería y otras terapias en el número de recaídas, el tiempo hasta la primera recaída, la reducción de episodios de consumo pesado y el número de abandonos. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115).

Hallazgos en la evidencia. Tratamiento multimodal (NICE-115)

El tratamiento multimodal incluye la combinación de diferentes terapias establecidas para el tratamiento de la dependencia o el abuso de alcohol (por ejemplo, terapia de doce pasos, terapia de incentivo motivacional y terapia cognitivo conductual), basado en la intención de aumentar la efectividad al combinar este tipo de terapias. Para la revisión de la literatura relevante en este tipo de intervención, el GDG encontró dos estudios que cumplen los criterios de inclusión, donde se compara la efectividad del tratamiento multimodal con otras intervenciones activas (47,48).

La terapia psicoeducacional demostró superioridad sobre la terapia multimodal en el mantenimiento de la abstinencia; las otras terapias evaluadas reportaron mayor efectividad sobre la terapia multimodal en la reducción del número de participantes que presentaron recaídas. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos al evaluar la reducción de número de días de consumo, la disminución en la cantidad de alcohol consumido y la tasa abandonos durante los doce meses de seguimiento. Calidad *baja* de la evidencia (NICE-115).

Hallazgos en la evidencia. Terapia basada en la autoayuda (NICE-115)

El GDG de la guía fuente encontró solo un estudio relevante para la revisión de la evidencia relacionada con la terapia basada en autoayuda para el tratamiento del abuso o dependencia al alcohol (49). El estudio evaluado incluye el análisis de la comparación entre terapia guiada basada en autoayuda y terapia no guiada basada en autoayuda. La terapia de autoayuda guiada demostró mayor efectividad sobre la no guiada en la reducción del número de tragos consumidos por semana durante los nueve meses de seguimiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los grupos para este mismo desenlace a los 23 meses de seguimiento. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115) (tabla 50).

Tabla 50. Resumen de la evidencia de terapia de autoayuda guiada frente a terapia de autoayuda no guiada (NICE-115)

Desenlace	Tamaño de la muestra	Método estadístico	Tamaño del efecto estimado (SMD, IC 95%)
Cantidad de alcohol consumido			
Número de tragos estándar consumidos/semana (nueve meses de seguimiento)	59	SMD (IC 95%)	-0,54 (-1,06; -0,02)
Número de tragos estándar consumidos/semana (veintitrés meses de seguimiento)	59	SMD (IC 95%)	-0,45 (-0,97; 0,07)
Abandonos			
Durante los veintitrés meses de seguimiento	59	RR (M-H, IC 95)	0,91 (0,53; 1,55)

Hallazgos en la evidencia. Intervenciones psicoeducacionales (NICE-115)

Las intervenciones psicoeducacionales comprenden la interacción entre el proveedor de información y el usuario del servicio, donde se proporciona información relacionada con la condición, las estrategias de manejo y el ofrecimiento de apoyo y acompañamiento. El GDG encargado de la revisión de la literatura incluye cinco estudios que cumplen los criterios establecidos para hacer parte del análisis de los resultados. Los estudios incluidos en la revisión comparan las intervenciones psicoeducacionales con otros tipos de terapias (18,19,25,45,48).

Los hallazgos clínicos de la evidencia evaluada reportan que las otras intervenciones son más efectivas en el incremento del periodo de sobriedad pos tratamiento y en el mantenimiento de la abstinencia leve o consumo controlado a los seis y doce meses de seguimiento. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos evaluados en las tasas de abandono ni las demás variables relacionadas con consumo. Calidad de la evidencia *moderada* (NICE-115).

Hallazgos en la evidencia. Técnica de meditación (NICE-115)

Para la evaluación de la efectividad de la técnica de meditación como parte del tratamiento del abuso o dependencia al alcohol, el GDG incluyó en la revisión dos estudios que cumplen los criterios de inclusión establecidos (50,51). Los estudios fueron realizados en población carcelaria, y evaluaron desenlaces asociados con abuso de sustancias en general. Los autores reportaron que la meditación es

más efectiva que el tratamiento usual en la reducción de la cantidad de alcohol consumida durante los tres meses de seguimiento ($p < 0,005$). No se evaluaron otros desenlaces relacionados con el consumo de alcohol.

Hallazgos en la evidencia. Terapias farmacológicas (NICE-115)

El GDG de la guía 115 de NICE revisó la efectividad y seguridad de la naltrexona y el acamprosato para la prevención de recaídas en el tratamiento de la dependencia del alcohol. La evidencia encontrada informa sobre la efectividad del acamprosato para ayudar a los pacientes a mantenerse en abstinencia completa durante y después del tratamiento. En cuanto a la naltrexona, los datos muestran una prevención en recaídas a consumo pesado con una efectividad superior en niveles mayores de consumo basal. Contrario al acamprosato, la naltrexona mostró efectividad en las tasas de recaída y la cantidad de alcohol consumido, pero la evidencia fue limitada para abstinencia completa. No se encontró información que apoye el uso conjunto de naltrexona y acamprosato, y tampoco hay información que sugiera la superioridad de ninguno de los dos medicamentos sobre el otro.

La evidencia analizada respecto a la efectividad del disulfiram sugiere un efecto discreto sobre el placebo en la disminución de la bebida y la abstinencia; sin embargo, la evidencia identificada es débil, y el disulfiram genera mayores riesgos potenciales que la naltrexona y el acamprosato con su administración.

No se encontró evidencia concluyente para recomendar el uso de antidepresivos, naltrexona inyectable, nalmefeno, baclofén o anticonvulsivantes para el manejo de la dependencia del alcohol. Tampoco se encontraron datos que apoyen el uso de GHB, y su utilización genera riesgo de abuso en pacientes dependientes.

Relación entre la evidencia y las recomendaciones NICE-115

El GDG de la guía NICE-115 condujo una revisión sistemática de un amplio rango de terapias con enfoque psicológico o psicosocial, con el fin de determinar la efectividad de estas intervenciones en el tratamiento del abuso o dependencia al alcohol.

Las terapias de pareja mostraron mayor eficacia al ser comparadas con el grupo control y con las demás terapias. La terapia cognitivo conductual, la terapia basada en entorno y redes sociales, y las terapias conductuales reportaron superioridad sobre el tratamiento usual y el grupo control. No se demostró mayor efectividad al adicionar al tratamiento estándar el manejo de contingencia. Las técnicas

motivacionales y la terapia de doce pasos demostraron ser equivalentes a las demás intervenciones en cuanto a efectividad. No hay evidencia suficiente que concluya resultados a favor o en contra de estas terapias al ser comparadas con grupo control o tratamiento usual. El GDG concluye que la calidad de la evidencia relacionada con estas terapias evaluadas es *moderada y alta*; la calificación de la calidad de la evidencia se realiza mediante perfiles GRADE.

La revisión de la literatura clínica reporta evidencia limitada (calidad *baja-moderada*) que soporte la eficacia o efectividad de la consejería, la terapia psicodinámica a corto plazo, el tratamiento multimodal, las terapias de autoayuda, las intervenciones psicoeducacionales y las técnicas de meditación.

La duración del tratamiento y el número de sesiones fueron también considerados como parte de la revisión del GDG. Los hallazgos reportaron una duración de tratamiento para las técnicas motivacionales de 1-6 semanas, 12 semanas para la terapia de 12 pasos, 2 semanas a 6 meses para las terapias cognitivo conductuales, 6-12 semanas para las terapias conductuales, 8-16 semanas para las terapias basadas en entorno y redes sociales, y 4-12 semanas para las terapias de pareja.

A partir de los hallazgos encontrados en la evidencia, la guía para el tratamiento y manejo de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol NICE-115 recomienda llevar a cabo en todas las personas con consumo de alcohol una intervención motivacional como parte de la evaluación inicial. La intervención debe contener elementos clave de la entrevista motivacional, que incluyan: ayudar a las personas en reconocer los problemas potenciales relacionados con el consumo, ayudar a resolver la ambivalencia y enfrentar una actitud positiva de cambio relacionado con el consumo, adoptar una posición persuasiva y de apoyo en lugar de una actitud argumentativa y confrontativa. También, recomiendan para este tipo de pacientes ofrecer intervenciones que promuevan la abstinencia o el consumo moderado, y prevenir las recaídas.

Las conclusiones y resultados de los estudios sugieren que para consumidores de alcohol y personas con dependencia leve se recomienda ofrecer una intervención psicológica (como terapia cognitivo conductual, terapias relacionadas con redes de apoyo y entorno, terapia de pareja, técnicas motivacionales, terapias conductuales y terapia de los doce pasos), enfocadas específicamente en comportamientos, problemas y redes sociales relacionadas con el consumo.

A partir de la evidencia analizada, el GDG recomienda el uso de naltrexona o acamprosato para prevenir recaídas en pacientes con dependencia del alcohol moderada a severa en compañía de terapias psicosociales. Como segunda línea se recomienda el uso de disulfiram en pacientes con contraindicaciones para el manejo con naltrexona o acamprosato.

La guía hace énfasis en la necesidad de que tanto las terapias psicosociales como las farmacológicas sean realizadas por especialistas o profesionales entrenados en este tipo de intervenciones.

Resumen de hallazgos de actualización

A partir de la búsqueda de actualización fueron identificadas cuatro revisiones sistemáticas relevantes para responder la pregunta clínica.

Intervención motivacional breve

Kaner y colaboradores (52) identificaron 14 estudios que evaluaron los efectos de intervenciones breves en cuidado primario, en la reducción del consumo de alcohol en pacientes con abuso de alcohol. Como intervenciones motivacionales cortas se incluyeron desde sesiones únicas hasta terapias con cuatro sesiones, en las que se le brindaba al paciente información y consejería diseñada para lograr una reducción en el consumo de riesgo y los problemas relacionados con el alcohol. Se incluyeron comparaciones con control y con intervención motivacional extendida. Para la comparación de intervención motivacional corta frente a control (evaluación, no intervención), se encontró un efecto significativo en la reducción de la cantidad de bebida entre 3 y 36 meses a escala global y en hombres; este efecto no fue observado para las mujeres. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia o intensidad de la bebida en un seguimiento entre 6 y 36 meses. No se reportaron cifras sobre la tasa de pacientes que lograron abstinencia posterior a la intervención (tabla 51).

Tabla 51. Efecto de la intervención motivacional breve frente a control en reducción de bebida

Desenlace (intervención motivacional breve frente a control)	Medida de efecto (IC 95%). Número de estudios
Cantidad de bebida (gramos/semana)	DM -33,35 (-53,62; -13,07) 10
Cantidad de bebida en hombres (gramos/semana)	DM -56,07 (-88,72; -25,39) 8
Cantidad de bebida en mujeres (gramos/semana)	DM -9,54 (-48,32; 29,24) 5
Frecuencia en la bebida (días de bebida por semana)	DM 0,20 (-0,24; 0,64) 1
Intensidad en la bebida (gramos/día de bebida)	DM -6,50 (-16; 3,16) 3

Al comparar intervención corta frente a intervención extendida (intervención que no se espera que sea posible que ocurra de manera rutinaria en atención primaria, por su longitud o intensidad), se observa un efecto de disminución en la frecuencia de la bebida con la intervención extendida respecto a la versión corta. No se encontraron diferencias respecto a la cantidad o intensidad en la bebida con la intervención extendida. Para ninguna de las dos comparaciones se reportaron cifras sobre la tasa de pacientes que lograron abstinencia posterior a la intervención (tabla 52).

Tabla 52. Efecto de intervención motivacional breve frente a la intervención motivacional extendida sobre la abstinencia

Desenlace (intervención motivacional breve frente a extendida)	Medida de efecto (IC 95%). Número de estudios
Cantidad de bebida (gramos/semana)	DM -27,96 (-62,19; 6,26) 4
Frecuencia en la bebida (días de bebida por semana)	DM -0,69 (-1,28; -0,1) 1
Intensidad en la bebida (gramos/día de bebida)	DM -5,84 (-12,73; 24,4) 2

En una revisión sistemática, McQueen y colaboradores (53) evaluaron si la intervención breve motivacional reducía el consumo de alcohol y evitaba desenlaces en pacientes identificados con abuso de alcohol, admitidos en hospitales por problemas no relacionados con su consumo de riesgo. La comparación que utilizó la gran mayoría de los estudios incluidos fue control con evaluación o ninguna intervención. No se observó ningún efecto de la intervención en el consumo medio de alcohol ni en el cambio en el consumo respecto al nivel basal en el seguimiento a seis meses ni a un año. Se encontró, sin embargo, un efecto de la intervención breve en la disminución de los episodios de consumo pesado en el seguimiento a cuatro meses. Este efecto se mantuvo a los nueve y a los doce meses de seguimiento. Se observó una diferencia significativa en la mortalidad a seis meses y a un año. Esta diferencia no fue observada en las evaluaciones a tres y nueve meses (tabla 53).

Tabla 53. Efecto de intervención motivacional breve frente a control en consumo de alcohol

Desenlace (intervención motivacional breve frente a control)	Medida de efecto (IC 95%). Número de estudios
Consumo medio de alcohol, seis meses (gramos/semana)	DM -55,49 (-115,49; 4,35) 3
Consumo medio de alcohol, un año (gramos/semana)	DM -36,31 (-86,64; 14,01) 4
Cambio en el consumo medio de alcohol a seis meses (gramos/semana)	DM -0,26 (-0,73; 0,21) 2
Cambio en el consumo medio de alcohol a un año (gramos/semana)	DM -0,08 (-0,41; 0,24) 2
Episodios de consumo pesado, cuatro meses (días por semana)	DM -0,56 (-1,02; -0,1) 1
Episodios de consumo pesado, nueve meses (días por semana)	DM -0,78 (-1,32; -0,24) 1
Episodios de consumo pesado, doce meses (días por semana)	DM -0,71 (-1,26; -0,16) 1
Mortalidad a tres meses	RR 1,08 (0,07; 15,5) 1
Mortalidad a seis meses	RR 0,42 (0,19; 0,94) 4
Mortalidad a nueve meses	RR 0,89 (0,34; 2,33) 1
Mortalidad a un año	RR 0,60 (0,4; 0,91) 7

Medidas farmacológicas

Rosner y colaboradores (54,55), en dos revisiones sistemáticas, evaluaron la efectividad y tolerabilidad de los antagonistas opioides y el acamprosato, en comparación con placebo y otros medicamentos, en pacientes dependientes al alcohol. Para ninguna de las comparaciones evaluadas se reporta mortalidad como desenlace.

Sobre las *recáidas*, solamente para la comparación entre naltrexona y placebo se observó un efecto significativo en la reducción del retorno de los pacientes a la bebida pesada después de la desintoxicación. Este efecto no se mantuvo para el desenlace retorno a cualquier cantidad de bebida

posterior a la desintoxicación. Por el contrario, el acamprosato mostró una reducción en el retorno a cualquier bebida en comparación con placebo. Ninguna de las otras comparaciones con placebo, o entre medicamentos solos o combinados, mostró un efecto para este desenlace (tablas 54 y 55).

Tabla 54. Recaída a consumo pesado

Comparación	Medida de efecto RR (IC 95%) No. de estudios
Naltrexona frente a placebo	0,83 (0,76-0,9) 28
Acamprosato frente a placebo	0,99 (0,94-1,04) 6
Nelmefeno frente a placebo	0,85 (0,67-1,08) 3
Naltrexona frente a acamprosato	0,96 (0,87-1,06) 3
Naltrexona y acamprosato frente a placebo	0,71 (0,38-1,35) 2
Naltrexona y acamprostao frente a acamprosato	0,81 (0,5-1,34) 2
Naltrexona y acamprostao frente a naltrexona	0,97 (0,75-1,26) 2

Tabla 55. Recaída a cualquier consumo

Comparación	Medida de efecto RR (IC 95%). Número de estudios
Naltrexona frente a placebo	0,96 (0,92-1) 27
Acamprosato frente a placebo	0,86 (0,81-0,91) 24
Naltrexona frente a acamprosato	0,97 (0,91-1,04) 3
Naltrexona y acamprosato frente a placebo	0,70 (0,35-1,39) 2
Naltrexona y acamprostao frente a acamprosato	0,80 (0,49-1,3) 2
Naltrexona y acamprostao frente a naltrexona	0,88 (0,61-1,28) 2

El efecto observado en el retorno a la bebida pesada se mantuvo para la naltrexona después del tratamiento (RR 0,86 IC 95% 0,75-0,99) y para el acamprosato respecto al retorno a cualquier bebida (RR 0,91 IC 95% 0,87-0,96). No hay información sobre el retorno a la bebida después del tratamiento para ninguna de las otras comparaciones.

- Días de bebida: la naltrexona mostró beneficio en la reducción de los días de bebida durante la duración del estudio sobre el placebo (DM -3,89 IC95% -5,75; -2,04). No se observó este beneficio en la comparación con acamprosato (DM 2,98 IC95% -7,45; 13,42).
- Abandonos: utilizados como medida para evaluar la tolerabilidad del tratamiento. Se observó un efecto protector del acamprosato frente a placebo. Ninguna de las otras comparaciones mostró diferencias en comparación con placebo o con otros medicamentos (tabla 56).

Tabla 56. Abandono de tratamiento según medicación

Comparación	Medida de efecto RR (IC 95%). Número de estudios
Naltrexona frente a placebo	0,92 (0,83-1,01) 37
Acamprosato frente a placebo	0,91 (0,83-0,99) 22
Nelmefeno frente a placebo	0,92 (0,68-1,25) 3
Naltrexona frente a acamprosato	0,92 (0,77-1,1) 3
Naltrexona y acamprosato frente a placebo	0,83 (0,28-2,49) 2
Naltrexona y acamprostao frente a acamprosato	0,84 (0,49-1,44) 2
Naltrexona y acamprostao frente a naltrexona	1,03 (0,72-1,48) 2

- Eventos adversos: fueron reportados aproximadamente 79 eventos adversos para la naltrexona en los estudios individuales incluidos en la revisión sistemática. Solo 45 de ellos permitieron un análisis cuantitativo por estar reportados en más de un estudio. De estos, 16 resultaron significativos a favor del grupo placebo: dolor abdominal, disminución del apetito, náusea, vómito, somnolencia diurna, mareo, fatiga, insomnio, letargia y somnolencia. De igual forma, la diferencia de riesgo para presentar cualquier evento adverso resultó significativa a

favor del placebo. En la tabla 57 se reportan los resultados de los eventos adversos considerados como críticos para la toma de decisión respecto al manejo con naltrexona.

Tabla 57. Eventos adversos de naltrexona

Naltrexona frente a placebo	Medida de efecto RD (IC 95%). Número de estudios
Cualquier evento adverso	0,05 (0,01; 0,09) 9
Eventos adversos serios	-0,02 (-0,05; 0,00) 9
Ansiedad	0,02 (-0,02; 0,06) 9
Náusea	0,10 (0,07; 0,13) 25
Vómito	0,07 (0,04; 0,09) 14

Los abandonos por eventos adversos mostraron un resultado significativo a favor del placebo (RR 1,60 IC95% 1,15; 2,23). De 38 eventos adversos reportados para acamprosato, solamente diarrea resultó significativo a favor de placebo (RD 0,11 IC 95% 0,10; 0,13). No se reportan los resultados para la presentación de cualquier evento adverso ni de eventos adversos serios. Los abandonos por eventos adversos mostraron un resultado significativo a favor del placebo (RR 1,35 IC95% 1,01; 1,8).

Leone y colaboradores (56) evaluaron la efectividad y seguridad de GHB para el tratamiento de la dependencia del alcohol comparado con diferentes medicamentos. El GHB no mostró beneficios en abstinencia ni recaídas a seis ni doce meses en estos pacientes. No se encontraron diferencias significativas en la presentación de eventos adversos en relación con el placebo (RR 1,91 IC95% 0,63; 5,82). Tampoco se encontraron diferencias en eventos adversos que causaron abandono, comparado con naltrexona y disulfiram (tablas 58-60).

Tabla 58. GHB 50 mg frente a placebo

Desenlace	Medida de efecto RR (IC 95%). Número de estudios
Abstinencia a seis meses	1,33 (0,58; 3,07) 1
Recaída a bebida pesada a seis meses	0,44 (0,05; 4,02) 1

Tabla 59. GHB 50 mg frente a disulfiram

Desenlace	Medida de efecto RR (IC 95%). Número de estudios
Abstinencia a doce meses	1,6 (0,99; 2,8) 1
Recaída a bebida pesada a doce meses	1,48 (0,36; 6,03) 1
Eventos adversos que causaron abandono	0,55 (0,11; 2,79) 1

Tabla 60. GHB 50 mg frente a naltrexona

Desenlace	Medida de efecto RR (IC 95%). Número de estudios
Abstinencia a doce meses	1,34 (0,83; 2,16) 1
Recaída a bebida pesada a doce meses	0,55 (0,18; 1,67) 1
Eventos adversos que causaron abandono	0,62 (0,18; 2,1) 3

Relación entre la evidencia y las recomendaciones

Intervención breve

A pesar de que algunos autores han hablado sobre el efecto del tamizaje del patrón de consumo sobre el cambio en el comportamiento relacionado con la bebida, el GDG consideró que los datos observados en

los estudios indican que las intervenciones breves motivacionales administradas tanto en niveles de atención primaria como a nivel hospitalario llevan a un cambio en el patrón de consumo, con potencial reducción de la mortalidad, que no logra el tamizaje por sí mismo. Los estudios incluyeron población principalmente masculina y con consumo de riesgo; ninguna de las dos revisiones se enfocó en el manejo de pacientes con dependencia al alcohol. Aunque las características de la población podrían llevar a limitaciones en la *extrapolabilidad* de la información obtenida, los resultados no concluyentes en mujeres pueden deberse a la falta de poder alcanzado por los estudios primarios por la escasa cantidad de mujeres incluidas, y es probable que la intervención tenga un efecto de similares características en hombres y en mujeres.

El efecto de la intervención motivacional breve en personas con dependencia y dependencia severa no fue el tema de interés en los estudios encontrados; sin embargo, la intervención breve motivacional como parte de la evaluación y manejo inicial podría considerarse como el primer paso en el tratamiento de los pacientes con dependencias severas cuando son identificados en los niveles más básicos de atención médica; y en algunas regiones del país donde el sistema no cuenta con la celeridad necesaria para el manejo de los pacientes con dependencia, la intervención en nivel primario puede ser la única oportunidad de atención de un paciente con necesidad apremiante de manejo médico especializado. Por estas razones, el GDG decidió extrapolar esta información a pacientes con dependencia al alcohol.

Medidas farmacológicas

Con la información disponible, el GDG considera que la naltrexona y el acamprosato son dos opciones efectivas y seguras para la prevención de recaídas y aumento de la abstinencia en pacientes con dependencia al alcohol. Las dos opciones proveen un beneficio sobre el efecto del placebo en la disminución del retorno a la bebida después de la desintoxicación, durante y después del tratamiento; sin embargo, en la mayoría de los estudios, los medicamentos son administrados de manera adicional a terapias psicosociales, y no es posible separar sus efectos para determinar su efectividad aislada. No hay información que apoye la superioridad de ninguno de los medicamentos sobre el otro, y tampoco se encontraron datos que apoyen la combinación de los dos medicamentos para el manejo de estos pacientes. La información encontrada no apoya la utilización de GHB para el manejo de la dependencia al alcohol.

No se encontraron estudios recientes que evaluaran el efecto de antidepresivos, anticonvulsivantes o benzodiacepinas para el tratamiento de la dependencia del alcohol. Tampoco se encontró información adicional sobre la efectividad o seguridad del disulfiram para el manejo de estos pacientes.

Los hallazgos de los estudios recientes no muestran cambios significativos respecto a la evidencia que basa las recomendaciones de NICE-115. No se encontró información nueva respecto a las terapias psicosociales que lleve al GDG a cambiar la dirección de la recomendación respecto al eje central del manejo de los pacientes con dependencia al alcohol.

Es importante aclarar que la intención de las recomendaciones generadas a partir de la revisión de las terapias psicológicas y farmacológicas para el manejo y rehabilitación de la dependencia y abuso de alcohol por el GDG es informar a médicos generales y demás personal de la salud sobre las alternativas más efectivas y seguras para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con dependencia al alcohol, y que no está dentro de los objetivos de la presente guía lograr que se administre este tipo de intervenciones en niveles de baja complejidad de atención.

Las terapias con enfoque psicosocial y farmacológicas recomendadas deben ser administradas por psiquiatras o profesionales debidamente entrenados para ofrecer este tipo de atención especializada, con el fin de lograr la efectividad y seguridad óptimas para los pacientes. Es muy importante dentro del tamizaje, evaluación y manejo inicial de un paciente con abuso o dependencia del alcohol, en cualquier nivel de atención, que el personal de la salud ofrezca al paciente una información completa y confiable sobre las opciones terapéuticas para el manejo de su condición.

Por el contrario, la intervención motivacional breve, que puede ser administrada de manera adecuada por médicos generales, psicólogas, enfermeras y demás personal de salud que se encuentre disponible en niveles de bajo nivel de complejidad de atención, se debe aplicar a todos los pacientes con abuso o dependencia del alcohol que sean identificados durante su permanencia en las instituciones de salud por problemas relacionados o no con el consumo de alcohol. Es importante resaltar la necesidad de la generación de programas de entrenamiento del personal de atención en salud (médicos generales, personal de enfermería y otras especialidades) en este tipo de intervenciones, teniendo en cuenta que se ha demostrado la efectividad y el impacto benéfico que puede generar en la población de pacientes con consumo o dependencia al alcohol.

Requisitos estructurales

- Personal entrenado en terapias psicosociales (especialistas).
- Personal encargado de atención en salud (médicos generales, personal de enfermería, otras especialidades), con entrenamiento en la aplicación de intervenciones breves motivacionales.
- Personal entrenado en intervención farmacológica con naltrexona, acamprosato y disulfiram.

Consideraciones de beneficios y riesgos

Las terapias no farmacológicas con enfoque psicológico o psicosocial como intervenciones breves motivacionales no generan riesgos directos derivados de la terapia; sin embargo, podrían generar cargas para el paciente y/o la familia en cuanto a la disponibilidad del tiempo para asistir a las terapias, lucros cesantes y costos del transporte, entre otros. A pesar de estas consecuencias, el GDG considera que los beneficios de las terapias no farmacológicas con enfoque cognitivo conductual en el cambio en el patrón de consumo o abstinencia, y la prevención de recaídas, justifican la carga adicional de las terapias para los pacientes y/o sus familias. Existen programas de terapias en horarios convenientes para los pacientes para evitar interferencias con las horas laborales.

La evidencia existente permite tener certeza sobre los beneficios de las terapias farmacológicas para el manejo de la dependencia y abuso del alcohol. Los perfiles de seguridad de los medicamentos recomendados son aceptables y el GDG piensa que su administración se justifica ante el potencial beneficio en el logro de abstinencia sostenida y la prevención de recaídas en pacientes con dependencia al alcohol.

El balance sobre los beneficios y cargas no está tan claro para los grupos de autoayuda o terapia ocupacional, donde no hay información suficientemente concluyente sobre los beneficios que proveen para el manejo de estos pacientes.

Consideraciones sobre los valores y preferencias de los pacientes

No son claros los valores y preferencias de los pacientes frente a las terapias farmacológicas para el manejo de la dependencia al alcohol. Es probable que en la práctica usual coexistan dos escenarios: de solicitud y aceptación o resistencia frente a la asistencia farmacológica después de la abstinencia exitosa. La decisión del médico tratante frente a la administración o no de estas terapias debe tener en cuenta factores como nivel de dependencia y preferencias individuales del paciente, teniendo en cuenta que las terapias no farmacológicas son el manejo de elección, y de primera elección en el abuso y dependencia al alcohol.

Para los pacientes, las terapias grupales pueden constituir un punto de inclusión social y pueden tener un impacto positivo en la prevención de recaídas (por ejemplo, alcohólicos anónimos). Es importante tener en cuenta que frecuentemente los grupos de autoayuda o de ayuda mutua cuentan con un fuerte componente religioso que podría generar resistencia en algunas personas. Se debe garantizar a cada paciente una intervención que esté de acuerdo con sus creencias y valores personales.

Vigencia de la recomendación

Se recomienda una revisión en un tiempo no mayor de tres años o antes, si se encuentra disponible nueva evidencia relevante para contestar la pregunta clínica de interés en este capítulo.

Recomendaciones para investigación

No hay protocolos conocidos hasta el momento para el desarrollo de experimentos clínicos en Colombia para la evaluación de la efectividad de las terapias psicosociales ni farmacológicas a escala local. Dado que en el país se cuenta con experiencia limitada en la administración de terapias farmacológicas para el tratamiento de pacientes con dependencia al alcohol, es importante evaluar su efectividad y seguridad dentro del sistema de salud nacional.

Indicadores de adherencia sugeridos

Número de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol que reciben intervención psicosocial/Número de personas mayores de 18 años con dependencia al alcohol.

Referencias

1. Modesto-Lowe V, Van Kirk J. Clinical uses of naltrexone: a review of the evidence. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2002;10:213-27.
2. Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, et al. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:876-80.
3. Garbutt JC, West SL, Carey TS. Pharmacological treatment of alcohol dependence: A review of the evidence. *JAMA.* 1999;281:1318-25.
4. Roozen HG, Kerkhof AJFM, Van den Brink W. Experiences with an outpatient relapse program (Community Reinforcement Approach) combined with naltrexone in the treatment of opioid-dependence: effect on addictive behaviors and the predictive value of psychiatric comorbidity. *Eur Addict Res.* 2003;9:53-8.
5. Boothby LA, Doering PL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence. *Clin Therap.* 2005;27:695-714.
6. Mason BJ. Acamprosate and naltrexone treatment for alcohol dependence: an evidence-based risk-benefits assessment. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2003;13:469-75.
7. McLellan AT. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction.* 2002;97:249-52.

8. Heinz A, Wrase J, Kahnt T, et al. Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction*. 2009;104:1837-8.
9. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E. Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction*. 2009;104:1837-8.
10. Powers M, Vedel E, Emmelkamp P. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:952-62.
11. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55:305-12.
12. Nowinski J. Questioning the answers: research and the AA traditions. En: McCrady BS, Miller WR, editors. *Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies; 1993.
13. Monras M. Indicaciones de terapia grupal para alcohólicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2000;28:298-303.
14. Rosenblum A, Cleland C, Magura S, et al. Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioural therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005;1:35-58.
15. Rosenblum A, Magura S, Kayman DJ, et al. Motivationally enhanced group counselling for substance users in a soup kitchen: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80:91-103.
16. Sellman JD, Sullivan PF, Dore GM, et al. A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *J Stud Alcohol*. 2001;62:389-96.
17. Easton CJ, Mandel DL, Hunkele KA, et al. A cognitive behavioural therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *Am J Addict*. 2007;16:24-31.
18. Fals-Stewart W, Klosterman K, Yates BT, et al. Brief relationship therapy for alcoholism: A randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychol Addict Behav*. 2005;19:363-71.
19. Fals-Stewart W, Birchler GR, Kelley ML. Learning sobriety together: a randomized clinical trial examining behavioral couple's therapy with alcoholic female patients. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74:579-91.
20. Project MATCH Research Group Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*. 1997;58:7-29.
21. Walitzer KS, Dermen KH, Barrick C. Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during outpatient treatment: a randomized clinical trial. *Addiction*. 2009;104:391-401.
22. Timko C, DeBenedetti A. A randomized controlled trial of intensive referral to 12-step self-help groups: one year outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2007;90:270-9.
23. Burtscheidt W, Wolwer W, Schwarz R, et al. Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:227-32.

24. Monti PM, Rohsenow DJ, Rubonis AV, et al. Cue exposure with coping skills treatment for alcoholics: a preliminary investigation. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61:1011-9.
25. Connors GJ, Walitzer KS. Reducing alcohol consumption among heavily drinking women: evaluating the contributions of life-skills training and booster sessions. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:447-56.
26. Walitzer KS, Dermen KH. Alcohol-focused spouse involvement and behavioural couples therapy: evaluation of enhancements to drinking reduction treatment for male problem drinkers. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:944-55.
27. Davidson D, Gulliver SB, Longabaugh R, et al. Building better cognitive- behavioral therapy: is broad-spectrum treatment more effective than motivational enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexones? *J Stud Alcohol Drugs.* 2007;68:238-47.
28. Eriksen LB, Göttestam G. Social skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals. *Addict Behav.* 1986;11:309-29.
29. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, et al. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioural and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol.* 2003;7:118-28.
30. Lam WKK, Fals-Stewart W, Kelley ML. Parent training with behavioral couples therapy for fathers' alcohol abuse: Effects on substance use, parental relationship, parenting and CPS involvement. *Child Maltreatment.* 2009;14:243-54.
31. Morgenstern J, Irwin TW, Wainberg ML, et al. A randomized controlled trial of goal choice interventions for alcohol use disorders among men who have sex with men. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75:72-84.
32. Sandahl C, Herlitz K, Ahlin G, et al. Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Res.* 1998;8:361-78.
33. Shakeshaft AP, Bowman JA, Burrows S, et al. Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial. *Addiction.* 2002;97:1449-63.
34. Sitharthan T, Sitharthan G, Hough MJ, et al. Cue exposure in moderation drinking: a comparison with cognitive-behavior therapy. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65:878-82.
35. Vedel E, Emmelkamp PM, Schippers GM. Individual cognitive- behavioral therapy and behavioural couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centres. *Psychother Psychosom.* 2008;77:280-8.
36. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, et al. Changing network support drinking: network support project 2-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2009;75:542-55.
37. Marques AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction.* 2001;96:835-46.
38. Monti PM, Abrams DB, Binkoff JA, et al. Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *J Stud Alcohol.* 1990;51:263-70.

39. Alden LE. Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:280-6.
40. Kavanagh DJ, Sitharthan G, Young RM, et al. Addition of cue exposure to cognitive-behavior therapy for alcohol misuse: a randomized trial with dysphoric drinkers. *Addiction.* 2006;101:1106-16.
41. Heather N, Brodie J, Wale S, et al. A randomized controlled trial of moderation-orientated cue exposure. *J Stud Alcohol.* 2000;61:561-70.
42. Leigh G, Hodgins DC, Milne R, et al. Volunteer assistance in the treatment of chronic alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1999;25:543-59.
43. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *Br Med J.* 2005;331:541-5.
44. O'Farrell TJ, Cutter HG, Choquette KA, et al. Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behav Ther.* 1992;23:529-49.
45. Sobell LC, Sobell MB, Leo GI. Does enhanced social support improve outcomes for problem drinkers in guided self-change treatment. *J Behav Therap Exper Psychiatr.* 2000;31:41-54.
46. Vedel E, Emmelkamp PM, Schippers GM. Individual cognitive- behavioral therapy and behavioural couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centres. *Psychother Psychosom.* 2008;77:280-8.
47. John U, Veltrup C, Driessen M, et al. Motivational intervention: an individual counselling vs. a group treatment approach for alcohol-dependent inpatients. *Alcohol Alcohol.* 2003;38:263-9.
48. Davis WT, Campbell L, Tax J, et al. A trial of "standard" outpatient alcoholism treatment vs. a minimal treatment control. *J Subst Abuse Treatment.* 2002;2:9-19.
49. Andreasson S, Hansagi H, Österlund B. Short-term treatment for alcohol- related problems: four session guided self change versus one session of advice – a randomized, controlled trial. *Alcohol.* 2002;28:57-62.
50. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth T, et al. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychol Addict Behav.* 2006;20:343-7.
51. Zgierska A, Rabago D, Zuelsdorff M, et al. Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *J Addict Med.* 2008;2:165-73.
52. Kaner EF, Beyer FR, Dickinson HO. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007:CD004148.
53. McQueen J, Howe TE, Allan L, et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009:CD005191.
54. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010:CD001867.
55. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010:CD004332.

56. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, et al. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010:CD006266.

Sección II

Evaluación económica

Costo-efectividad de la prueba de tamizaje AUDIT para la detección oportuna de problemas de abuso o dependencia del alcohol para prevenir accidentes de tránsito y enfermedad hepática asociada al alcohol en personas mayores de 18 años en Colombia

1. Pregunta económica

La revisión de las preguntas fue desarrollada en formato PECOT-R (pacientes, exposición, comparador, desenlaces, tiempo y recursos). La pregunta definida para evaluación económica surge de la consideración como de alta prioridad y de respuesta clínica de alta validez y consistencia en las guías de práctica clínica (tabla 61), revisadas por el GDG en alcohol.

Tabla 61. Estructura de la pregunta en formato PECOT

Pregunta	Pacientes	Exposición	Comparación	Resultados	Tiempo
En personas mayores de 18 años, ¿es costo efectiva la estrategia de tamizaje con la prueba AUDIT para la detección de abuso y dependencia al alcohol comparado con no hacerlo?	Personas mayores de 18 años	Tamizaje con prueba AUDIT más entrevista motivacional	No hacerlo	A. Accidentes de tránsito evitados B. Calidad de vida por enfermedad hepática asociada con el alcohol	A y B. Un año

En la fase de definición de la evaluación económica según el paso 17 de la guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral, el GDG priorizó cada pregunta clínica y definió el grado de importancia que cada una de ellas podría tener para la evaluación económica. La existencia de estudios previos en el país, las diferencias entre los costos de las alternativas, la incertidumbre en la relación costo-efectividad, el grado de variabilidad en la práctica clínica y el impacto esperado del cambio en la práctica sobre los costos y el estado de salud fueron algunos criterios en el proceso de definición y priorización, al igual que la socialización con expertos temáticos.

Esta priorización inicial se realizó de forma paralela al desarrollo de las recomendaciones clínicas. Una vez se finalizó el proceso de búsqueda de evidencia, se evaluaron estos resultados con el ejercicio inicial de priorización de preguntas económicas para determinar las preguntas con mejor información para el desarrollo de una evaluación económica. Los resultados de la primera priorización por parte del GDG se presentan en la herramienta 20.

De las 30 preguntas clínicas, el GDG consideró que 18 de ellas no aplicaban para evaluación económica, pues se referían a definiciones específicas del manejo de intoxicación aguda y/o abstinencia por alcohol; según las restantes, 5 se clasificaron como preguntas de baja prioridad; 4, como prioridad moderada, y 3, como de alta prioridad para evaluación económica (sobre todo aquellas relacionados con cuestionarios) (tabla 62).

**Tabla 62. Herramienta 20. Matriz para el GDG:
priorización de preguntas para evaluaciones económicas**

Recomendaciones	Calificación matriz de priorización			Observaciones
	A	M	B	
En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento farmacológico (A) comparado con tratamiento farmacológico (B) previene el desarrollo de un <i>delirium tremens</i> en los 14 días siguientes al cese de la ingesta de alcohol?	X			Los comparadores no son adecuados, solo las benzodiazepinas previenen el <i>delirium tremens</i>
En personas adultas que presentan síndrome de abstinencia, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de la escala CIWA-Ar comparado con la entrevista psiquiátrica y el examen físico para determinar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario?	X			No se aplica en Colombia, pero tiene implicaciones sobre las hospitalizaciones
Es costo eficaz la estrategia de tamizaje para la detección de abuso y dependencia al alcohol	X			Recomendación unánime por expertos para realizar evaluación económica
En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, ¿qué (cuáles) paraclínicos son necesarios (útiles) solicitar para prevenir complicaciones médicas en las primeras 72 horas?		X		No aplica para evaluación económica

En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia al alcohol, que ingresan a urgencias por intoxicación aguda al alcohol o síndrome de abstinencia, ¿el uso rutinario de tiamina 300-900 mg IV desde el primer al segundo día comparado con la no administración de tiamina previene la aparición del síndrome de Wernicke-Korsakoff?		X	No aplica para evaluación económica
En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia moderado o severo, ¿la referencia a un centro de mayor complejidad (niveles II, III o IV) que cuente con especialistas en psiquiatría, medicina interna o neurología comparado con el manejo en un centro de baja complejidad (nivel I) que solo cuente con médico general mejora la sobrevivencia del paciente a un año?		X	No aplica para evaluación económica, se deberían modificar los desenlaces
Es más costo efectivo brindar terapia de apoyo (entrevista motivacional o algún tipo de psicoterapia) frente a tratamiento usual para abuso de alcohol		X	Sus comparadores no son excluyentes
En personas mayores de 18 años que consumen alcohol, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de los marcadores biológicos comparados con la entrevista psiquiátrica y el examen físico para detectar individuos con abuso o dependencia al alcohol?		X	Todas funcionan, hay mucha evidencia al respecto
En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol, ¿la implementación de medidas de soporte comparado con la no intervención previene complicaciones médicas a corto y mediano plazos?		X	No aplica para evaluación económica
En pacientes adultos con síndrome de abstinencia, ¿el esquema de tratamiento farmacológico basado en la severidad de los síntomas, es decir, dosis variables, comparado con los programas de dosis fijas, disminuye las dosis totales de los medicamentos administrados, el tiempo de		X	No aplica para evaluación económica, se relaciona con la escala de CIWA

hospitalización y las complicaciones?				
En pacientes adultos con síndrome de abstinencia, ¿el uso del complejo de vitamina B, la suplencia con cianocobalamina, tiamina y ácido fólico comparado con la no administración de vitaminas mejora la sobrevida a cinco años?			X	No aplica para evaluación económica
Debido a la variabilidad en la presentación clínica del síndrome de abstinencia, ¿es costo efectivo solicitar la misma batería de paraclínicos a todos los pacientes mayores de 18 años que presentan síndrome de abstinencia, independiente de la gravedad de los síntomas?			X	No aplica para evaluación económica

En una primera reunión con el ente gestor se acordó una serie de preguntas para iniciar el desarrollo de las evaluaciones económicas. El acuerdo se basó en: la priorización inicial, el análisis en conjunto de las preguntas clínicas, con el posible impacto de las recomendaciones sobre el estado de salud de la población y sobre el sistema desde una perspectiva económica. Una vez obtenidas las recomendaciones preliminares, el GDG las evaluó y tres de ellas fueron clasificadas de alta prioridad para evaluación económica (herramienta 23). Así mismo, se eligieron dos preguntas de cuestionarios o tests para la realización de evaluación económica *de novo*: el uso de la escala CIWA para el síndrome de abstinencia y la aplicación de la prueba AUDIT para la detección oportuna de problemas de abuso y dependencia al alcohol, y la primera fue relevante por su impacto en la hospitalización.

Tabla 63. Herramienta 23. Matriz de decisión de realización de evaluación económica

Recomendación	¿Requiere evaluación económica?	Comentarios y explicación
En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento farmacológico (A) comparado con tratamiento farmacológico (B) previene el desarrollo de un <i>delirium tremens</i> en los 14 días siguientes al cese de la ingesta de alcohol?	1	Dado que solo las benzodiazepinas previenen el <i>delirium tremens</i> , la evaluación deberá dirigirse en términos de esquemas de dosis
En personas adultas que presentan síndrome de abstinencia, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de la escala CIWA-Ar comparado con la entrevista psiquiátrica y el examen físico para determinar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario?	2	Candidato a evaluación económica parcial: minimización de costos, se espera un alto impacto en ahorro por días de hospitalización (véase anexo de análisis económico)
¿Es costo eficaz la estrategia de tamizaje para la detección de abuso y dependencia al alcohol?	3	No se han realizado estudios en Colombia, se espera un impacto importante sobre los costos evitados por los desenlaces sociales en accidentes de tránsito

Nota: estas son las preguntas iniciales que posteriormente fueron refinadas. 1. No: Ya existe publicada en la literatura, la opción más efectiva es la menos costosa. 2. No es posible: No hay información o esta es de baja calidad. 3. Sí es posible.

2. Objetivos

Se desarrolló una evaluación económica *de novo* para analizar la costo-efectividad de la prueba AUDIT como estrategia de tamizaje para la detección oportuna de problemas de abuso o dependencia al alcohol, la cual ha sido validada en pacientes de atención primaria en seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos) (1,2). Después de varias reuniones y socializaciones con el grupo de expertos de la GAI de alcohol, el grupo de economía y el grupo de desarrolladores de GAI de la PUJ, se desarrollaron diferentes versiones del formato PECOT-R en las que se fueron depurando las preguntas económicas definidas para refinar las búsquedas sistemáticas y los insumos para el desarrollo de los modelos económicos.

En la socialización abierta que se realizó entre el 30 de mayo y el 1º de junio de 2011 se hizo énfasis en dos preguntas: en personas adultas que presentan síndrome de abstinencia, ¿cuál es la costo-efectividad de la escala CIWA-Ar comparado con la entrevista psiquiátrica y el examen físico para determinar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario? Y, en pacientes mayores de 18 años ¿es costo efectiva la estrategia de tamización para la detección de abuso y dependencia al alcohol comparado con no hacerlo? (AUDIT, CAGE, ASSIST), presentadas como de alta relevancia por el grupo clínico.

Con el fin de seleccionar la estrategia de tamizaje más efectiva en términos de sensibilidad y especificidad, se analizaron los cuestionarios AUDIT, CAGE y ASSIST. Los dos primeros han sido cuestionarios de detección más usados en atención primaria en salud; el último se excluyó, a pesar de su efectividad, por su alcance en el tamizaje, pues además del alcohol incluye aspectos de tabaco y otras sustancias. De estos dos cuestionarios, se seleccionó la prueba AUDIT por su sensibilidad y especificidad (tabla 64), además los expertos de la guía sugirieron que ésta es una prueba usada actualmente con mayor frecuencia y aceptación, sobre todo la versión corta (AUDIT-C) que se incluyó en uno de los supuestos del modelo.

Tabla 64. Descripción de la sensibilidad y especificidad de las pruebas de tamizaje AUDIT y CAGE

Test	Número de ítems	Tiempo (minutos)	Diagnóstico de dependencia	Características
AUDIT	10	1-2	≥ 2	Consumo en el año anterior. Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. Sensibilidad 80%, especificidad 90% (3-6).
CAGE	4	1	≥ 2	Diseñado para detección de alcoholismo. No incluye cantidad, frecuencia, ni tiempo. Sensibilidad 65%-95%, especificidad 40%-95% (3,4,6).

Fuente: Sáiz y colaboradores, 2002 (7).

3. Revisión de la evidencia económica

Una vez definida y socializada la pregunta susceptible de evaluación económica, se creó una estrategia de búsqueda sensible con términos MeSH y que fue replicada en los principales portales, como PubMed, Ovid, NHS-EED, CEA, de la Universidad de Tufts, CADTH, DARE, entre otros. Posterior al desarrollo de la búsqueda se hizo una lectura crítica de los estudios seleccionados con información relacionada con la pregunta de interés por responder, y a su vez se desarrolló una breve reseña de los estudios de evaluaciones económicas identificados, con la presentación de un resumen en la tabla 65.

3.1 Bases de datos utilizadas en la búsqueda

Se adelantó una búsqueda de la literatura en el portal de PubMed en el que se crearon términos MeSH para la búsqueda en la base de datos de MedLine; se replicó la búsqueda a través del metabuscador OVID y se consultaron las bases EBM Reviews, Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to February 2011, EBM Reviews; ACP Journal Club 1991 to February 2011, EBM Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects 1st Quarter 2011, EBM Reviews; Cochrane Central Register of Controlled Trials 1st Quarter 2011, EBM Reviews; Cochrane Methodology Register 1st Quarter 2011, EBM Reviews; Health Technology Assessment 1st Quarter 2011, EBM Reviews; NHS Economic Evaluation Database 1st Quarter 2011, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1948 to Present; Ovid MEDLINE(R) Daily Update March 14, 2011. De igual forma, se exploró en DARE, NHS_ EED y HTA, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, CADTH (anteriormente EX-CCOHTA), y CEA, de la Universidad de Tufts.

Se obtuvo un total de 68 resultados para estas búsquedas, al cual se le aplicó un límite de los últimos 10 años y, por lo tanto, se redujo a 36 el número de artículos. De estos, se consideraron ocho estudios para ser revisados en detalle, la relevancia de los estudios se basó en los títulos y resúmenes. Se incluyeron evaluaciones económicas completas y estudios de costos sobre tamizaje con la prueba AUDIT; en total quedaron tres.

3.2 Estrategia de búsqueda

Se realizaron estrategias de búsqueda empleando términos MeSH que fueron replicados en los portales mencionados anteriormente y combinados a partir de términos clínicos, para: (Economics [Majr] OR Models, Economic [Mesh] OR economics [Subheading]) AND (Alcohol [Majr] OR Alcohol Abuse [Majr]) AND (Audit OR Cage OR Screening [Mesh]); también se usó el término AUDIT con el filtro para estudios de análisis económico empleando términos Mesh, palabra libre en texto, texto truncado y *subheadings*,

y se corrieron con el conector OR: *Costs, Cost Analysis, Cost-Benefit Analysis, Cost Allocation, Cost control, Cost savings, direct service cost, Health Care Costs, cost effectiveness analysis, cost effectiveness, economic*, economic analysis, health technology assessment.*

Tabla 65. GPC sobre guía para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol

Pregunta 1. ¿Es costo efectiva la prueba de tamizaje AUDIT para la detección oportuna de problemas de abuso o dependencia al alcohol?			
Evaluado por:			
Pregunta	Estudio		
	Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, Peters T. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. (8)	Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse: ranking its health impact and cost effectiveness. (9)	Kapoor A, Kraemer KL, Smith KJ, Roberts MS, Saitz R. Cost-effectiveness of screening for unhealthy alcohol use with %carbohydrate deficient transferrin: results from a literature-based decision analytic computer model. (10)
Sección 1. Validez interna			
1.1 ¿Se plantea en el estudio una pregunta clara y susceptible por ser respondida?	A	A	A
1.2 ¿Está clara la importancia económica de la cuestión?	A	A	A
1.3 ¿La elección del tipo de diseño está justificado?	A	A	A
1.4 ¿Se han incluido los costos relevantes desde el punto de vista del estudio y se han medido y valorado de forma apropiada?	B	B	B
1.5 ¿Se han incluido los resultados finales relevantes para responder a la pregunta de estudio y se han medido y valorado de forma apropiada?	A	A	A
1.6 ¿Es necesario prever los costos futuros y los resultados finales? ¿Se han previsto adecuadamente?	-	-	-
1.7 ¿Se han hecho explícitos los supuestos y se ha llevado a cabo un	C	B	B

análisis de sensibilidad?			
1.8 ¿Se ha presentado en forma explícita la regla de decisión utilizada y se han comparado los costos incrementales y los resultados finales?	C	A	A
1.9 ¿Los resultados proporcionan información relevante para los planificadores sanitarios?	A	A	A
Sección 2. Valoración general del estudio			
2.1 ¿En este estudio hay una evaluación económica o un análisis de costos?	Evaluación económica completa	Evaluación económica completa	Evaluación económica completa
2.2 ¿Cuál es su opinión sobre la calidad de la ejecución del estudio? Codifique la respuesta con ++, + o -	(+)	(++)	(++)
2.3 ¿Los resultados de este estudio son directamente aplicables al grupo de pacientes a los que va aplicada esta guía?	B	B	B
Sección 3. Descripción del estudio (véanse tablas de evidencia)			
Criterios de evaluación			
Indique en cada uno de los criterios de validez interna la opción más apropiada (A, B, C, D) y los comentarios. ¿En qué medida se cumple el criterio?			
A: Se cumple adecuadamente.			
B: Se cumple parcialmente			
C: No se cumple adecuadamente			
D: No sé			

Tabla 66. Evaluaciones económicas seleccionadas

Estudio	Intervenciones	Población	Métodos	Resultados e incertidumbre
Coulton S, Drummond C, y colaboradores, 2006 (8)	Estrategias de tamizaje alternativos para la identificación del consumo de alcohol en el Reino Unido: AUDIT y los tradicionales marcadores bioquímicos, como la GGT, el AST, el VCM y los hidratos de carbono de la	La población de estudio incluyó individuos adultos que asisten a las visitas en centros de atención primaria. Los participantes elegibles fueron reclutados entre los asistentes masculinos en la atención primaria. La muestra final incluyó 194 individuos. La edad media de los que	Análisis de costo-efectividad. El escenario fue la atención primaria. El estudio económico se llevó a cabo en el sur de Gales. Los autores no informaron explícitamente la perspectiva que fue tomada para el análisis, aunque se podría deducir que era del pagador de los servicios de	El cuestionario AUDIT fue significativamente más preciso que los predictores bioquímicos y tenía una relación altamente significativa con el consumo de alcohol para todas las clasificaciones. El costo promedio por verdaderos positivos para el consumo peligroso de alcohol fue 7,19

	<p>transferrina deficiente (% CDT).</p>	<p>tienen un resultado positivo fue de 42,8 años (rango: 18,3 a 75,3) y el 54% estaban casados o cohabitaban. La edad media de aquellos con un resultado negativo fue de 50,9 años (rango: 18,7 a 80,9), y el 73% estaban casados o cohabitaban.</p>	<p>salud. Los costos en libras fueron tratados de manera determinista. No se reportó análisis de sensibilidad ni se compararon los resultados con otros estudios.</p>	<p>con AUDIT; 41,82 con GGT; con el AST 76,47; 168,16 con % CDT, y 75,42 con la MCV. El costo promedio por verdadero positivo para la dependencia del alcohol fue 16,49 con AUDIT; 135,79 con GGT; 222,20 con AST; 390,57 con % CDT, y 240,05 con la MCV. No se llevó a cabo un análisis incremental, pero la estrategia de AUDIT era a la vez más eficaz y menos costosa que las otras estrategias de tamizado.</p> <p>El AUDIT fue una herramienta fácil, rápida y eficaz de diagnóstico para la detección de rutina para los trastornos por consumo de alcohol en atención primaria.</p>
<p>Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM, 2008 (9)</p>	<p>Estrategias de tamizaje alternativos para la identificación del consumo de alcohol en EE. UU. Atención primaria: AUDIT o CAGE (alcohol use disorders test), más la intervención de orientación conductual se compararon con ninguna intervención.</p>	<p>Detección y asesoramiento conductual. Intervenciones para reducir el consumo abusivo de alcohol por parte de adultos, incluyendo las mujeres embarazadas.</p>	<p>Análisis de costo utilidad. Esta evaluación económica se basa en un modelo algebraico con un horizonte de vida.</p> <p>Perspectivas de la sociedad y el sistema de salud fueron adoptadas.</p> <p>Todos los costos (dólares a precio 2000) y los beneficios (QALY) fueron descontados a su valor actual a la edad de 18 años, con un 3% de tasa de descuento.</p>	<p>Desde el punto de vista social, la detección y la orientación 0,012 QALY y reducir los costos en \$254 por paciente en comparación con ninguna intervención. Cuando solo se consideraron los costos médicos, la intervención dio lugar a un costo adicional de \$21 por paciente.</p> <p>Desde el punto de vista social, la detección y el asesoramiento es una estrategia dominante, lo que significa que</p>

				<p>era menos costoso y más eficaz. Desde la perspectiva del sistema de salud, cuesta 1.755 dólares por QALY ganado en ninguna intervención.</p> <p>El análisis de sensibilidad mostró que estos resultados solo fueron sensibles a las estimaciones de la eficacia de la intervención, y la intervención se mantuvo dominante, o muy rentable, en todas las demás circunstancias.</p> <p>El análisis multivariado mostró que no había incertidumbre en cuanto a si la detección fue de ahorro de costos, pero la mayor efectividad fue generalmente constante y la detección y el asesoramiento sigue siendo muy rentable.</p>
<p>Kapoor A, Kraemer KL, Smith KJ, Roberts MS, Sáitz R, 2009 (10)</p>	<p>Cuatro estrategias de tamizado en EE. UU. Atención primaria:1. AUDIT; 2. prueba CDT%; 3. AUDIT y % CDT; y 4. no detección de casos.</p>	<p>Hombres y mujeres entre 18 y 100 años</p>	<p>Análisis de costo-efectividad y costo utilidad.</p> <p>El análisis se basó en un modelo analítico de decisión, para el corto plazo (de selección, evaluación y tratamiento), seguido por un modelo de Markov, con seis estados de salud relacionados con el alcohol, para un horizonte de vida.</p> <p>Los autores afirmaron que</p>	<p>AUDIT solo y AUDIT por el test de % CDT fueron menos costosas y más efectivas que las otras dos estrategias. En la cohorte de 50 años de edad, AUDIT costó 143.568 dólares, con una ganancia de 16.013 QALY. AUDIT y % CDT costó 143.581 dólares y dio lugar a 16.014 QALY. La costoeffectividad incremental (ICER) del AUDIT y la prueba CDT% más</p>

			<p>adaptaron una perspectiva social.</p> <p>Las medidas de beneficio eran apropiadas, pero las fuentes utilizadas para obtener los valores de utilidad no se reportaron.</p>	<p>AUDIT fue de \$15.500 por QALY y \$58.600 por año de vida respectivamente.</p> <p>El ICER línea de base fue sensible a muchos factores, como el AUDIT y la sensibilidad de la prueba CDT%, la edad en el tamizado, la prevalencia del consumo de alcohol poco saludable, y la tasa de seguimiento de los resultados positivos de pruebas CDT%.</p> <p>El análisis de sensibilidad probabilístico indica que en el umbral de 50.000 dólares por QALY, AUDIT y la prueba CDT% se vio favorecida en el 64% de las simulaciones en comparación con AUDIT por sí sola, lo cual fue favorecido el 35% del tiempo.</p> <p>El problema de la incertidumbre se abordó de una vía, de dos vías, y los análisis de sensibilidad probabilístico se llevaron a cabo, pero los detalles del enfoque probabilístico (los tipos de distribuciones y otros supuestos) no se informaron.</p> <p>Los autores</p>
--	--	--	--	--

				concluyeron que la adición de la prueba % CDT a la proyección basada en un AUDIT era rentable y reconocieron que hubo algunas limitaciones para sus análisis, como la falta de una estimación de la prevalencia del consumo de alcohol en atención primaria.
--	--	--	--	--

3.3 Resumen y discusión de la evidencia económica

De los tres estudios evaluados, dos resultaron a favor del tamizaje con AUDIT. En el Reino Unido fue significativamente más preciso cuando se comparó con los predictores bioquímicos GGT, AST, VCM, % CDT, y aunque no se llevó a cabo un análisis incremental, la estrategia de AUDIT dominó por su eficacia y menos costo en todos los casos (8). Cuando se comparó la estrategia de tamizaje (con AUDIT o CAGE) en Estados Unidos, con no tamizar también dominó, pero la detección estaba acompañada de intervenciones breves u orientación conductual (9). El otro estudio en Estados Unidos, en el que se compararon cuatro estrategias: 1. AUDIT, 2. prueba CDT%, 3. AUDIT y % CDT, y 4. no detección de casos, los autores concluyeron que la mejor estrategia era la aplicación del tamizaje más la utilización de la CDT (10).

Aunque el alcohol está asociado con una amplia gama de enfermedades, trastornos y lesiones de diferente índole, en Colombia la literatura al respecto es escasa; sin embargo, existen datos importantes que revelan la magnitud del problema, como la proporción de eventos fatales y no fatales de accidentes de tránsito generados por personas en estado de embriaguez; dentro de muertes violentas se incluyen los accidentes de tránsito. De la muestra estudiada, de muertos por alcohol, 15,5% fueron en accidentes de tránsito (11). Además, desde una perspectiva de salud pública, este problema no ha recibido la importancia que requiere, en cuanto repercute en secuelas clínicas y sociales: el consumo excesivo de alcohol es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe, así como la cirrosis hepática y la pancreatitis producto de largos periodos de consumo. Las lesiones por accidentes de tráfico y de peatones, las caídas y los problemas laborales, a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumida (2,12).

El consumo de alcohol, aun en cantidades relativamente pequeñas, aumenta el riesgo de que los conductores de vehículos motorizados y los peatones se vean involucrados en un accidente. La OMS (13), mediante su manual de seguridad vial para decisores y profesionales, asegura que los traumatismos causados por accidentes de tránsito son un importante problema de salud pública y una de las principales causas de defunción y de discapacidades en todo el mundo. Cada año mueren aproximadamente 1,2 millones de personas, y millones más sufren traumatismos y discapacidades como resultado de accidentes en la vía pública, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos.

Además de generar enormes costos sociales para individuos, familias y comunidades, los traumatismos causados por el tránsito constituyen una pesada carga para los servicios de salud y para la economía. El costo para los países, algunos de los cuales posiblemente ya afrontan otros problemas de desarrollo, puede representar de 1% a 2% del producto interno bruto (13).

A pesar de encontrar estudios de evaluación económica completa en escenarios de atención primaria en Reino Unido y Estados Unidos, no es posible extrapolar los resultados en cuanto el consumo de alcohol, y los riesgos que este implica varían significativamente en cada región del mundo. Por lo tanto, es importante realizar una evaluación económica enmarcada en el tamizaje y pensada en escenarios tanto clínicos como sociales.

4. Metodología

4.1. Tipo de evaluación económica

Dada la importancia de los desenlaces clínicos (enfermedad hepática asociada con el alcohol) y sociales (accidentes de tránsito), se realizó un análisis de costo-efectividad incremental, cuyos costos se basaron en las tarifas de prestación de servicios ISS 2001 +30%, y la efectividad se calculó para las dos alternativas: tamizado y no tamizado, de acuerdo con el escenario; para el social se usaron desenlaces naturales y para los clínicos, calidad de vida.

4.2 Población objeto de estudio

Se consideraron pacientes adultos, hombres y mujeres, mayores de 18 años, que buscan atención médica y manejados en una práctica clínica ambulatoria. De acuerdo con la OMS, el tamizaje debe ser dirigido, entre otros, a pacientes de un hospital general, sobre todo aquellos con trastornos asociados de forma clara con la dependencia de alcohol (pancreatitis, cirrosis, gastritis, tuberculosis, trastornos neurológicos, cardiomiopatía); pacientes que acuden al servicio de urgencias, pacientes que acuden al

médico general, así como aquellos multados por motivos legales relacionados con su consumo de alcohol (conducir bajo los efectos del alcohol, intoxicación pública). Excluyendo a menores de edad y subgrupos de análisis, como gestantes y ancianos (2).

4.3 Comparadores

La identificación precoz de los consumidores de riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario. El tamizado sistemático es la estrategia más adecuada para identificar precozmente a los consumidores de riesgo (14). Se incluyeron para el análisis dos estrategias: el tamizaje con AUDIT y el no hacerlo, que refleja la práctica clínica actual.

a. AUDIT: este cuestionario fue desarrollado por la OMS como un método simple de tamizado del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve para detectar el consumo excesivo de alcohol; en particular, para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo (2). Con frecuencia, la mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados y presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. Con diez ítems, esta prueba ayuda al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol (tabla 67).

Tabla 67. Dominios e ítems del AUDIT

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

Fuente: Babor y colaboradores, 2001 (2).

Cada pregunta puntúa de 0 a 4. La puntuación total del cuestionario oscila entre 0 y 40 puntos como máximo, y la suma final permite identificar, en función del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica. A mayor número de puntos, mayor dependencia. Una puntuación a partir de 8 (punto de corte) implica un síntoma de algún problema relacionado con el alcohol.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública, a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. Por su parte, la dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe; mientras que el consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol (15).

Algunos estudios recomiendan aplicar una versión corta de este cuestionario por términos prácticos: el AUDIT-C, que consta de las tres primeras preguntas del AUDIT, ha sido utilizado y validado en nuestro medio en hombres y mujeres, y se ha mostrado como una herramienta con una efectividad similar a la forma completa para la detección de consumo de riesgo de alcohol. En general, el AUDIT-C ha mostrado una sensibilidad entre 54% y 98%, y una especificidad entre el 57% y el 93% (16-18).

b. No tamizaje: práctica actual.

4.4 Desenlaces

Existe una relación entre el consumo de alcohol con más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, y se estima que el alcohol sea el agente causal de aproximadamente el 20% al 30% de casos de cáncer de esófago, cirrosis hepática, homicidios y accidentes de vehículos automotores (19). El tamizaje acompañado de una intervención breve ha mostrado influencia en la disminución del consumo de alcohol (20); por lo tanto, se espera que la detección oportuna de casos y una entrevista motivacional orientada a la reducción de consumo de alcohol pueda prevenir eventos asociados con el consumo problemático en el corto plazo (desenlaces sociales) y largo plazo (desenlaces clínicos).

En el modelo con un escenario social se usaron desenlaces de accidentes de tránsito, los cuales se expresan en utilidades que se reportan en la literatura (sobrevivientes a accidentes de tránsito y abuso del alcohol). Para el otro caso, como medida de utilidad al final de la vida se tomó la escala QALY. Lo cual permite estimar el costo incremental por QALY ganado con tamizaje, comparado con no hacerlo. Lo que es conocido como razón de costo-efectividad incremental (ICER de sus siglas en inglés).

4.5 Perspectiva

Se consideró como perspectiva de análisis, siguiendo las recomendaciones de la guía de guías, la del tercero pagador, que en Colombia es, en la mayoría de los casos, una EAPB. La perspectiva del tercero pagador también puede extenderse a la atención de pacientes en los regímenes especiales de salud vigentes.

4.6 Horizonte de tiempo

En vista de usar dos escenarios para este análisis, se asumieron a la vez dos horizontes temporales: para el caso de accidentes de tránsito, un año; mientras que para la enfermedad hepática, asociada con el alcohol o cirrosis, cinco años a partir de desarrollarla, y teniendo en cuenta la esperanza de vida en Colombia.

4.7 Efectividad

Los efectos del tamizaje se midieron en términos de prevención de accidentes de tránsito con víctimas fatales y no fatales (ciclista, conductor, motociclista, pasajero, peatón); para este caso se asumió el producto de la utilidad abuso alcohol y utilidad inmediatamente después de sobrevivir a un accidente de tráfico reportadas en la literatura (10). Y en el escenario clínico, se calcularon QALY a partir de utilidades reportadas en la literatura (21).

4.8 Información sobre efectividad y seguridad

Para poblar el modelo se obtuvo información a partir de los valores predictivos positivos de la prueba AUDIT reportados en varios estudios (17,22-24); los desenlaces de interés de accidente de tránsito se tomaron de fuentes oficiales, como Medicina Legal (25); mientras que la probabilidad condicionada a consumo de alcohol se extrajo de casos y controles en México (26), por tener una similitud más proximal en las condiciones sociodemográficas de acuerdo con el contexto local. Por su parte, los desenlaces clínicos se tomaron de una revisión sistemática de la literatura realizada en 2007 (34).

A continuación se describen los valores usados en los árboles de decisión, su rango de variabilidad y la respectiva fuente de información, así como los cálculos de los VPP ajustados para la simulación de potencia de la prueba en el contexto colombiano.

4.9 Uso de recursos y costos

El análisis de costos de las intervenciones incluidas en esta evaluación económica implicó la identificación de los eventos generadores de costos según las alternativas por comparar. Para la estimación y valoración de estos recursos, se recurrió a revisiones de la literatura (especialmente guías de práctica clínica o protocolos de atención), consenso de expertos (grupos clínicos y asesores temáticos de la guía) y registros de facturas relacionadas con la entidad de interés (reporte de varias entidades).

De acuerdo con la perspectiva de la evaluación, se incluyeron los costos directos del tratamiento y los potenciales ahorros, según el control de los desenlaces principales en función del tiempo. Se calcularon los costos asociados con esas alternativas desde la perspectiva del SGSSS. La unidad de medida corresponde a pesos colombianos de 2010. Se definió una tasa de descuento anual del 3,0%, tanto para los costos, como para los beneficios en salud, siguiendo las recomendaciones de la guía metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. La identificación de los recursos incluidos en el análisis se presenta en las tablas de costos relacionadas en el apartado de resultados.

4.9.1 Recursos y costos

El análisis de costos requiere tres procesos definidos (27), como: 1. identificar los recursos, ¿qué uso de los recursos es probable en un programa o tratamiento? Este punto se refiere a listar los recursos por costear. 2. Medir: ¿qué volumen de recursos podrían ser usados en un programa o tratamiento? 3. Valorar: ¿cuál es el valor de los recursos utilizados?

Para los dos primeros pasos se utilizaron como fuentes de información protocolos clínicos, guías de práctica clínica identificadas por el GDG y revisión de facturación e historias clínicas de algunos hospitales en el país. Los resultados de este ejercicio fueron validados por los expertos temáticos y el GDG.

Para la valoración de los *recursos* se emplearon bases de datos nacionales para procedimientos — manuales tarifarios usados por las instituciones prestadoras de servicios de salud en sus

contrataciones—, de las cuales, la más usual para contratar es la que corresponde a tarifas del ISS del 2001, que ajustado a la fecha corresponde a un 30% adicional al valor definido.

Para determinar el valor unitario de los procedimientos y servicios identificados por el GDG, se analizaron las diferentes opciones de tarifas empleadas en la contratación por regiones del país, tanto para el sector público como privado, a partir de la información suministrada por una muestra de aseguradores del sistema. Para el régimen contributivo se empleó la técnica grupos nominales³, mientras que para el subsidiado se contó con una base de datos suministrada por Gestarsalud de tarifas usadas por las EPS del régimen subsidiado asociadas durante el periodo 2009-2010.

Las instituciones que participaron en la definición de las tarifas (tabla 68) cuentan con una importante participación en el mercado (según número de afiliados distribuidos en el país). Para el régimen contributivo, estas EPS representan el 34,3% del total de afiliados al régimen contributivo en el país (23.861.469), mientras que para el subsidiado, las ESS representan el 37,9% de afiliados de este régimen en el país (24.713.654).

Tabla 68. Instituciones participantes en el análisis de tarifas, 2011

Instituciones consultadas	Representación nacional*	
	Afiliados total	Participación en el total de RC
Régimen contributivo		
Sura EPS	1.613.692	19,69%
Salud Total EPS	2.200.234	26,85%
Compensar EPS	849.029	10,36%
Coomeva EPS	3.531.308	43,09%
Total EPS encuestadas	8.194.263	100%
Régimen subsidiado	Afiliados total	Participación en el total de RS
Ecoopsos	635.454	6,8%
Asmet Salud	1.429.181	15,2%
Mutual Ser	1.022.190	10,9%
Ambuq	735.613	7,8%
Otras empresas solidarias	5.550.223	59,2%
Total ESS	9372661	38%
Total afiliados RS	24713654	100%

Fuente: datos a junio de 2011 según Supersalud.

³ Reunión de expertos enmarcada en la modalidad de entrevistas grupales.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y las aseguradoras usan diferentes manuales tarifarios, de los cuales sobresalen el SOAT: Decreto 2423 de 1996, usado principalmente para el sector público (régimen subsidiado), en el cual se fijan y establecen tarifas en SMLDV; y el ISS (Acuerdo 256 de 2001), el Manual del Seguro Social Intervenciones y Procedimientos Médico-Quirúrgicos, más usado en el sector privado (régimen contributivo).

Se pudo concluir, a partir del ejercicio propuesto, que el porcentaje de negociación (porcentaje que se adiciona a las tarifas definidas en los manuales tarifarios) es determinado por factores como prestigio institucional, poder de negociación (direccionamiento de población), niveles de complejidad en la atención, tipos de contratación (capitación, evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o GRD), ubicación geográfica y estructura de mercado.

Una vez conocida la distribución de este porcentaje de contratación (para el régimen contributivo y subsidiado), se seleccionaron 30 procedimientos o recursos afines a todas las guías de la alianza de las tres universidades que hacen parte del consorcio (UN, PUJ, UdeA), con el propósito de equiparar los valores del manual SOAT 2010 (pleno, -5%, -10%, -15% y -30%) en valores del manual ISS 2001, y poder conocer el porcentaje adicional que se usaría para el análisis en las evaluaciones económicas de las guías.

Haber convertido los valores de SOAT en ISS 2001 +/- un porcentaje permitió encontrar la similitud de las tarifas entre el régimen contributivo y el subsidiado (para el 2010), es decir, la variación de los porcentajes en la negociación del SOAT equivalen al ISS 2001+30%, donde su porcentaje mínimo fue 25% y el máximo, 48%.

Las bases de datos empleadas para los *medicamentos* corresponden a los reportes del SISPRO, y específicamente del SISMED, del Ministerio de la Protección Social. Estos reportes de SISMED se efectúan trimestralmente, consolidando datos que permiten el análisis y monitoreo del comportamiento de los precios en Colombia, por medio de información suministrada por los laboratorios, mayoristas, EPS e IPS sobre sus operaciones de compra y venta de medicamentos.

Estas bases contienen el nombre del medicamento, su presentación, si es de fabricación nacional o no, el código ATC, el OMS principio activo, si el medicamento es POS o no, el CUM y el sistema de codificación desarrollado por el INVIMA, para facilitar el manejo de la información y la toma de decisiones. Así mismo, el reporte SISMED incluye el periodo durante el cual se reportaron los precios, el precio mínimo y el precio máximo al cual se vendió el medicamento durante un periodo dado, y el número de unidades de presentación comercial vendidas durante el periodo considerado.

De acuerdo con la perspectiva desde la cual se realiza el análisis, que para este caso corresponde al sistema de salud, no tiene importancia si el medicamento es genérico o de marca, pues el precio que se paga corresponde a un promedio ponderado de estos.

4.9.2 Fuentes de consumo de recursos y costos

Para el caso de alcohol, la distribución y frecuencia de los recursos se basó en el registro de prestación de servicios en varias instituciones de salud⁴, de acuerdo con el manejo clínico de los diagnósticos CIE-10 asociados con problemas de alcohol, principalmente: F10 (trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol), Z72.1 (problemas relacionados con el uso del alcohol) y K70.3 (cirrosis alcohólica del hígado). Una vez conocida la estructura de recursos relacionada con los diagnósticos en un periodo de tres años (2009-2011), se construyó una referencia de caso teórico con valores medios, incluyendo los siguientes componentes: procedimientos, banco de sangre, estancia, honorarios médicos, laboratorios clínicos básicos y especiales, oxígenos y gases, radiología, procedimientos quirúrgicos y medicamentos; así mismo, con el apoyo de protocolos disponibles en la literatura, especialmente para los esquemas de dosis de medicamentos (benzodiazepinas).

La distribución de recursos por procedimientos y medicamentos posteriormente se validó con el grupo de expertos temáticos y el GDG, los cuales corroboraron valores como días de estancia, cantidad de ayudas diagnósticas, tipos de medicamentos y su cantidad según nivel del problema de alcohol.

Para el manejo de trauma por accidentes de tránsito, se tomó como fuente de información una investigación realizada en Medellín donde estudiaban los costos asociados con los accidentes de tránsito en una institución prestadora de servicios de salud. Los valores asumidos corresponden a una perspectiva del tercero pagado, costos directos a la atención, la misma que se asumió para las evaluaciones económicas de las guías (28).

4.10 Incertidumbre en costos

Se presentan algunas limitaciones propias de los análisis de costos. Dado que se plantea desde el punto de vista del tercero pagador, solo se tuvieron en cuenta aquellos costos directos derivados de la prestación del servicio, y no se incluyeron los costos indirectos ni costos intangibles. Además, el manejo de la enfermedad hepática se extrajo de una institución. Los costos de los medicamentos se asumieron teniendo en cuenta las actuales contrataciones, lo que genera una gran variación que afecta la validez

⁴ Hospital Universitario San Ignacio, Clínica la Pazy Clínica la Inmaculada.

externa. Sin embargo, se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico de costos, mediante una simulación de Monte Carlo con 1.000 pacientes.

Este método asigna rangos y distribuciones a las variables que presentan incertidumbre, y mediante modelación, asigna de forma aleatoria valores probables a las variables, con el fin de determinar el grado de confianza que puede ser atribuido a cada opción, mediante técnicas de decisión analítica. Se consideró una tarifa mínima del ISS 2001+25% y una tarifa máxima del ISS 2001+ 48%.

4.11 Tasa de descuento

La tasa de descuento usada para costos y desenlaces corresponde a una tasa constante de 3% anual; de acuerdo con la recomendación del Panel de Washington (29). Para los efectos clínicos, dicha tasa se interpreta como la preferencia de la sociedad por la inmediatez (se valora más un beneficio sanitario hoy que uno mañana). Para los costos, dicha tasa se asemeja a la tasa de interés (el 3% es además la tasa de interés meta del banco de la República y, por lo tanto, se espera que este costo de oportunidad del dinero se mantenga (pues el Banco, por credibilidad, hará política monetaria para cumplir la meta). La mayoría de los estudios recomiendan una tasa específica entre un rango de 1% a 8%, siendo las más empleadas el 3% y 5%. Un rango razonable de las tasas de descuento por emplear es el de 0% a 7%. El límite inferior proporciona la toma de decisiones sociales con ideas sobre los efectos de descuento al mostrar lo que ocurre en su ausencia, el límite superior representa un límite máximo razonable de la tasa de consumo de interés real en los mercados actuales. El análisis de sensibilidad fue acordado en un rango entre 0% y 5%.

4.12 Umbral

Definido por grupo económico de hasta tres veces el PIB per cápita de 2010, el cual, según el Banco de la República, fue de \$12.047.783. De manera que el umbral equivalente es de \$36.143.349.

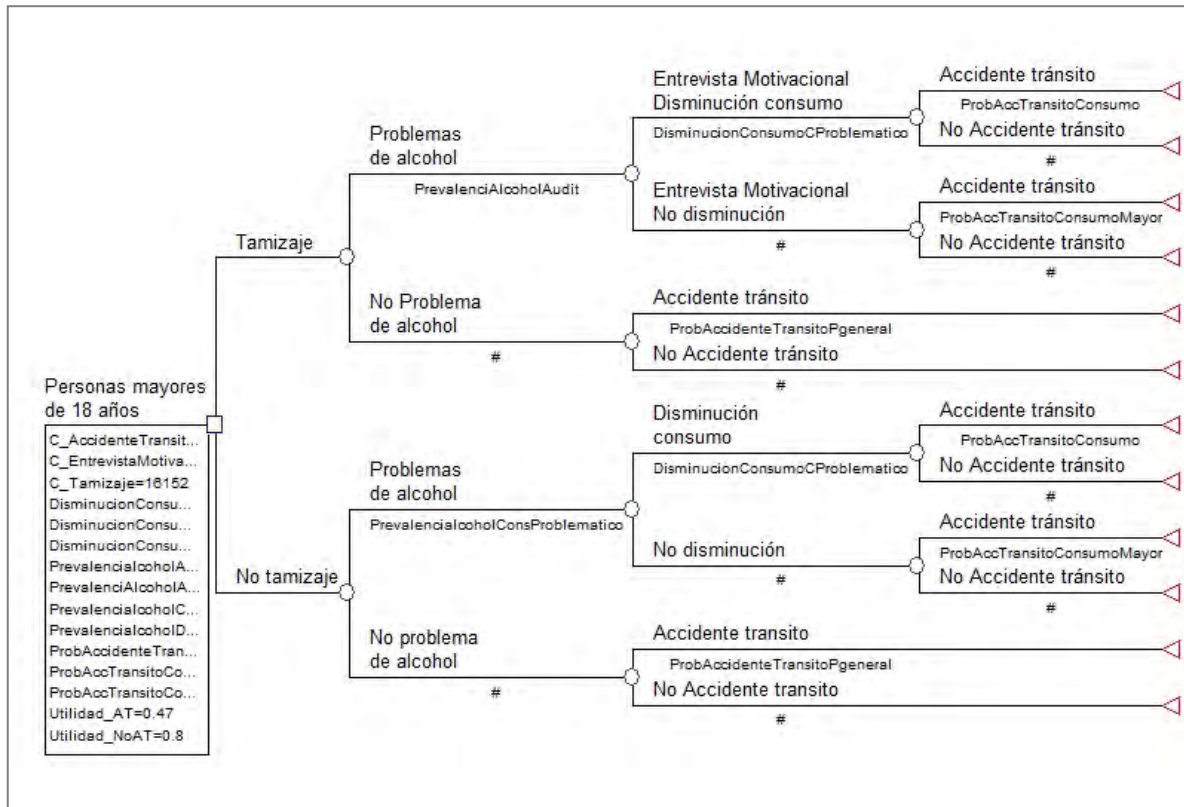
4.13 Modelamiento

A continuación se presentan los árboles de decisión usados para el análisis del tamizaje de problemas de alcohol en dos escenarios distintos. En cada uno puede observarse la estructura y sus desenlaces contemplados.

4.13.1 Escenario social: accidentes de tránsito

En vista de que los problemas de alcohol generan episodios agudos como accidentes de tránsito, se usó un modelo de árbol de decisión donde además el horizonte temporal es corto solo a un año. En la figura 2 puede verse el modelo utilizado para el análisis.

Figura 2. Árbol de decisiones, escenario social



a. Consideraciones generales y supuestos del modelo: dada la sensibilidad y especificidad de la prueba en la estructura del modelo, se omitieron los falsos positivos y negativos. El punto de corte de la prueba fue 8, en el cual se definió si tenía o no problema de alcohol. La prevalencia condicional con AUDIT se calculó de acuerdo con los VPP reportados en estudios y la prevalencia en la población general, que fue del 12%, de acuerdo con el consenso de expertos y el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas de 2008 (30).

El riesgo de accidentes de tránsito por consumo de alcohol se asumió seis horas antes del episodio. Hay un supuesto en los desenlaces, y es que la población que disminuye el consumo problemático tiene menor riesgo de accidentarse. Las personas que disminuyen el consumo sin requerir entrevista

motivacional podrían estar motivadas por las diferentes campañas o políticas públicas en torno a ello. Otro supuesto importante fue incluir en el análisis la población como hombres y mujeres, asumiendo el mismo riesgo en los eventos modelo.

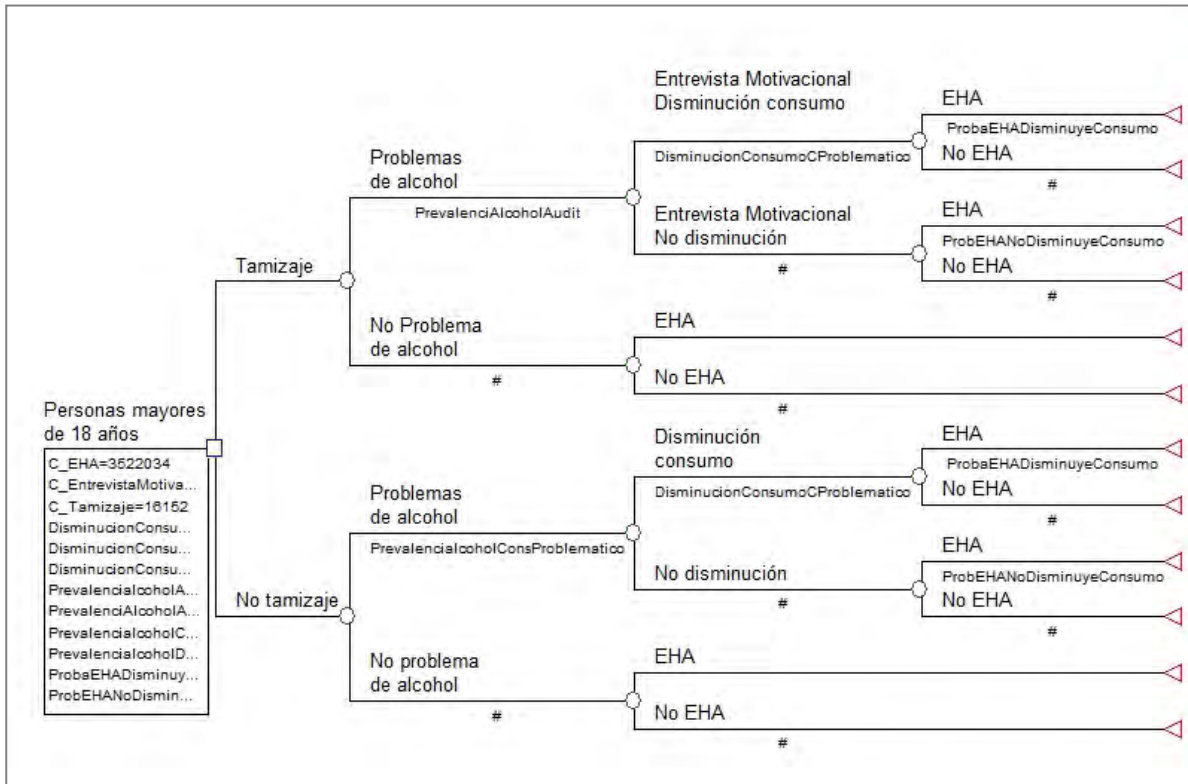
b. Variabilidad: aunque se conoce la distribución de la prevalencia y el riesgo del consumo de alcohol por grupos de edad, no fue posible conseguir probabilidades condicionales por grupos de edad, para un análisis de subgrupos, con el fin de analizar los grupos etarios de 18-29 y 30-44, que son los que mayor abuso y dependencia presentan en Colombia (30).

c. Incertidumbre: según la incertidumbre representada en la variabilidad de costos y las probabilidades de ocurrencia de los eventos, pero sobre todo la prevalencia de la enfermedad, el modelo incluyó un análisis determinístico con un diagrama de tornado para observar las variables más sensibles a los resultados de costo-efectividad, y probabilístico, mediante una simulación de Monte Carlo con 1.000 pacientes, con el fin de mirar cómo varía la costo-efectividad de acuerdo con las distribuciones asignadas.

4.13.2 Escenario clínico: enfermedad hepática

A pesar de considerarse como crónica la EHA, se usó un modelo de árbol de decisión por sus episodios agudos, con un horizonte temporal a cinco años. A continuación puede verse el modelo utilizado para el análisis (figura 3).

Figura 3. Árbol de decisiones, escenario clínico



a. Consideraciones generales/supuestos del modelo: dada la sensibilidad y especificidad de la prueba en la estructura del modelo, se omitieron los falsos positivos y negativos. El punto de corte de la prueba fue 8, en el cual se definió si tenía o no problema de alcohol. La EHA o cirrosis se consideró como descompensada, porque se asocia con la presencia de alguna de las siguientes complicaciones mayores: hemorragia digestiva, ascitis, encefalopatía hepática o ictericia.

El tamizaje se realiza a partir de los 18 años, pero el mayor riesgo de presentar cirrosis por grupos etarios se concentra en los mayores de 44 años, sobre todo a los 60 años (31). Aunque el consumo de alcohol es más prevalente en hombres, el modelo incluyó en la población a hombres y mujeres, asumiendo el mismo riesgo por sexo. Los desenlaces se midieron en calidad de vida, asumiendo la esperanza de vida colombiana a partir del momento de presentar la enfermedad hepática asociada con el alcohol (mayor riesgo a los 60 años según el consumo en la vida), o sea 20 años en los que la calidad de vida se ve alterada. Aunque esta patología presenta grados de severidad (compensada y descompensada), se asumieron utilidades reportadas en un estudio de costo-efectividad en el que se evaluó la supresión del ADN del virus de la hepatitis B para prevenir el carcinoma hepatocelular y la cirrosis en pacientes (21).

b. Variabilidad: el análisis de tamizaje con desenlaces clínicos, si bien se modeló con población mayor a 18 años, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad hepática asociada con el alcohol, la variabilidad se concentró en los grupos quinquenales mayores a 44 años, por ser una población con más frecuencia de eventos por cirrosis.

c. Incertidumbre: según la incertidumbre representada en la variabilidad de costos y las probabilidades de ocurrencia de los eventos, el modelo incluyó un análisis determinístico con un diagrama de tornado para observar las variables más sensibles a los resultados de costo-efectividad, y probabilístico, mediante una simulación de Monte Carlo con 1.000 pacientes, con el fin de mirar en qué situaciones varía la costo-efectividad.

5. Resultados

Para cada escenario se consolidaron los costos basales y su respectivo rango de sensibilidad (mínimos y máximos), así como las probabilidades representadas en la efectividad de cada alternativa, con sus desenlaces. A su vez, se presenta un análisis incremental de costo-efectividad. A continuación se presentan los resultados del caso base y, posteriormente, el análisis de sensibilidad para cada escenario.

5.1 Costos

Como se ha mencionado previamente, se identificaron, midieron y valoraron los siguientes costos asociados con cada alternativa (tamizaje y no tamizaje), así como los desenlaces, de acuerdo con el escenario propuesto.

5.1.1 Escenario social: accidentes de tránsito

Los costos directos asociados con el manejo del trauma por accidentes de tránsito para ambas alternativas presentan mucha variabilidad; sin embargo, la mediana de los costos en los 70 casos analizados fue de casi \$3.000.000, mientras que una intervención breve, como la entrevista motivacional o el consejo dirigido a la disminución del consumo problemático según tamizaje solo cuesta \$37.862, como puede apreciarse en la tabla 69.

Tabla 69. Costos asociados con la detección de consumo problemático de alcohol y accidentes de tránsito

Recursos de tamizaje	Cantidad	Tarifa ISS 2001	Valor mínimo (ISS +25%)	Valor máximo (ISS + 48%)	Tarifa ISS 2001 +30%
Tamizaje AUDIT: consulta de urgencias, por medicina general	1	\$12.425,00	\$15.531,25	\$18.389,00	\$16.152,50
Entrevista motivacional: interconsulta por medicina especializada	1	\$16.700,00	\$20.875,00	\$24.716,00	\$21.710,00

Tabla 70. Descripción general del manejo de accidentes de tránsito

Tipo de costo	Valor	Fuente
Costo promedio	\$7.359.533,73	Costos basados en 70 casos en una institución prestadora de servicios en Medellín
Costo mínimo	\$44.400,00	
Costo máximo	\$122.256.907,00	
Mediana	\$2.979.614,00	
Desviación estándar	\$17.160.613,51	

La realización de la prueba AUDIT incrementa en \$55.141,87 el costo del tamizaje más una entrevista motivacional para prevenir accidentes de tránsito por cada paciente (de \$491.677,71 a \$546.819,58) (véase tabla 78).

5.1.2 Escenario clínico: enfermedad hepática

De manera similar al caso anterior, los costos directos asociados con el manejo del trauma por accidentes de tránsito para ambas alternativas presentan mucha variabilidad. Los costos en promedio para 110 casos analizados fue de \$3.522.034,08, mientras que una intervención breve como la entrevista motivacional o el consejo dirigido a la disminución del consumo problemático según tamizaje solo cuesta \$37.862, como puede apreciarse en las tablas 71-74.

Tabla 71. Costos asociados con la detección de consumo problemático de alcohol y manejo de cirrosis

Recursos de tamizaje	Cantidad	Tarifa ISS 2001	Valor mínimo (ISS +25%)	Valor máximo (ISS + 48%)	Tarifa ISS 2001 +30%
Tamizaje AUDIT: consulta de urgencias, por medicina general	1	\$12.425,00	\$15.531,25	\$18.389,00	\$16.152,50
Entrevista motivacional: interconsulta por medicina especializada	1	\$16.700,00	\$20.875,00	\$24.716,00	\$21.710,00

Tabla 72. Descripción general del manejo de cirrosis, 2009

Tipo de costo	Valor	Fuente
Costo promedio	\$1.773.078,89	Reporte de 36 casos en una institución prestadora de servicios en salud en Bogotá
Costo mínimo	\$5.590,00	
Costo máximo	\$10.569.319,00	
Mediana	\$991.546,00	
Desviación estándar	\$2.401.688,55	

Tabla 73. Descripción general del manejo de cirrosis, 2010

Tipo de costo	Valor	Fuente
Costo promedio	\$7.359.533,73	Reporte de 26 casos en una institución prestadora de servicios en salud en Bogotá
Costo mínimo	\$ 44.400,00	
Costo máximo	\$ 122.256.907,00	
Mediana	\$ 2.979.614,00	
Desviación estándar	\$ 17.160.613,51	

Tabla 74. Descripción general del manejo de cirrosis, 2011

Tipo de costo	Valor	Fuente
Costo promedio	\$3.778.861,81	Reporte de 48 casos en una institución prestadora de servicios en salud en Bogotá
Costo mínimo	\$6.987,00	
Costo máximo	\$34.123.879,00	
Mediana	\$1.230.675,00	
Desviación estándar	\$6.763.193,30	

Nota: Si se analizan las tablas 72-72 en el periodo 2009-2011 en total serían 110 casos de enfermedad hepática asociada con alcohol. De acuerdo con esta información, en promedio el manejo de la cirrosis está en \$3.522.034,08 (promedio de los tres años según la media), con un rango de sensibilidad de \$11.139,67 a \$29.818.606,33 (promedios de valores mínimos y máximos por año).

En el caso clínico, la realización de la prueba AUDIT incrementa en \$64.847,22 el costo de la identificación del problema de alcohol y una intervención breve para prevenir accidentes de tránsito por QALY (de \$268.100,97 a \$332.948,19) (véase tabla 79).

5.2 Efectividad

Pese a la incertidumbre en los datos relacionados con alcohol en el contexto local, en el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia realizado en 2008 (30), el 12,2% de los encuestados presentó un consumo de alcohol que se puede calificar de riesgoso o perjudicial, cifra que equivale a 2,4 millones de personas. Datos que coinciden con la opinión de expertos temáticos. Aunque se encontraron estudios observacionales y descriptivos, muchos datos se tuvieron que consensuar y validar con expertos temáticos.

5.2.1 Efectividad: escenario social

Específicamente, sobre un periodo de seis meses de intervención, aproximadamente la mitad de la muestra total informaron de al menos una reducción del 50% en el consumo de alcohol, y un 20% informó que no hubo consumo de alcohol a los seis meses de seguimiento(30). Para los accidentes de tránsito se tomó un estudio mexicano y se comparó con los reportes de Medicina Legal, donde se pudo apreciar una similitud. Dentro de las lesiones fatales y no fatales en Colombia, los accidentes de tránsito ocupan un importante porcentaje alrededor del 23%; a su vez, el consumo de alcohol en estos también influye más o menos con un 14%, y el riesgo de accidentarse varía según el nivel de alcohol consumido horas antes del accidente. De acuerdo con esto, la población general está expuesta a una probabilidad de accidentarse no solo por alcohol, sino por otras causas, ya sea peatón, conductor, acompañante, motociclista, donde también el riesgo varía. En la tabla 75 pueden apreciarse los datos utilizados para el modelo, con su respectiva fuente.

Las utilidades incluidas en los desenlaces del modelo fueron tomadas de estudios de costo-efectividad reportadas en Estados Unidos y Suecia, lo que también le genera incertidumbre al modelo (10,32).

Tabla 75. Probabilidades asociadas con el consumo de alcohol

Datos de efectividad	Valor	Rango de sensibilidad		Fuente
Probabilidad de problema de alcohol con AUDIT	0,43	0,33	0,75	Moda de los valores predictivos positivos según la sensibilidad y especificidad, ajustados con la prevalencia general nacional.
Probabilidad de problema de alcohol (prevalencia consumo problemático)	0,12	0,2	0,7	Discusión y consenso de expertos temáticos en el DECB (27 de enero de 2012).
Probabilidad de disminuir consumo problemático por entrevista motivacional	0,6	0,5	0,7	Nyamathi, 2010, seguimiento de pacientes a seis y doce meses (20).
Probabilidad de accidente de tránsito por consumo seis horas antes del accidente	0,04	0,03	0,146	Casanova, 2001. Estudio de casos y controles para evaluar el efecto del consumo de alcohol en los ingresos al hospital por accidentes de vehículo de motor (26).
Probabilidad de accidente de tránsito de población general	0,20	0,17	0,23	Porcentaje de accidentes de tránsito por lesiones fatales y no fatales según causas violentas. Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal. 2011.
Utilidad sobrevivida al accidente de tránsito	0,6	0,5	0,8	Franzén et al, 2009. Estudio de costo-efectividad donde evaluaron la intervención de enfermería a través de seguimiento telefónico a personas lesionadas. Suecia (33).
Utilidad por abuso o consumo problemático de alcohol	0,7	0,6	0,94	Kapoor et al, 2009. Estudio de costo-efectividad del tamizaje para problemas de alcohol con % CDT. EE. UU. (10).

Como se aprecia en la tabla 76, para hallar la capacidad de detectar el real problema en Colombia, de acuerdo con la sensibilidad y especificidad de la prueba aplicada en servicios de cuidado primario, se calculó el valor predictivo positivo para cada resultado, según el tipo de población. El tamizaje podría capturar aproximadamente un 30% que actualmente no se detecta en la práctica clínica.

Tabla 76. Valores predictivos positivos a partir de la sensibilidad y especificidad de AUDIT

Estudio	Población	Sensibilidad	Especificidad	VPP ajustado
Cherpitel, 1999 (dependencia al alcohol) en un servicio de urgencias (23)	Negros - Jackson	0,93	0,89	0,53
	Blancos - Jackson	0,86	0,85	0,43
	Negros Sclara	0,88	0,82	0,40
	Blancos - Sclara	0,92	0,8	0,39
Steinbauer y colaboradores, 1998 (cuidado primario) (22)	Hombre blanco	0,92	0,74	0,33
	Mujer blanca	0,7	0,93	0,58
	Hombre negro	0,79	0,86	0,43
	Mujer negra	0,78	0,94	0,64
	Negros	0,93	0,94	0,68
Gordon y colaboradores, 2001 (cuidado primario) (24)	Hombres	0,67	0,97	0,75
	Mujeres	0,76	0,92	0,56

Nota: los valores predictivos positivos que se calcularon con una prevalencia del 12% de problemas de alcohol corresponden al contexto local.

Bajo este escenario, la diferencia en efectividad no varía mucho. Mientras que con tamizaje se reporta 0,7255, el no hacerlo da 0,7216.

5.2.2. Efectividad: escenario clínico

Al igual que en el escenario social, se usaron las mismas probabilidades para los problemas de alcohol y la disminución del consumo por entrevista motivacional; los datos que varían están relacionados con la enfermedad hepática. Para la población general se incluyó la prevalencia de cirrosis por todas las causas, y para la EHA, por el riesgo de consumo crónico (tabla 77). Con el fin de identificar la población a riesgo, se tomó como referencia un estudio peruano (21) sobre las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes hospitalizados por cirrosis hepática, cuya edad promedio fue de 63,1 años, y del total de complicaciones, la causa principal fue el consumo crónico de alcohol, que ocupó el 26.5% de los casos analizados.

Tabla 77. Probabilidades asociadas con la enfermedad hepática

Datos de efectividad	Valor	Rango de sensibilidad		Fuente
Probabilidad de desarrollar EHA	0,22	0,21	0,2652	Paolo Mannelli, 2007. Revisión sobre comorbilidades (34).
Probabilidad de EH en población general	0,01	0,01	0,06	Myers RP, 2009. Estudio con base poblacional sobre cirrosis en Canadá (35).

Nota: en Colombia no se cuenta con datos aproximados, pero los expertos afirman que no debe ser más del 8%.

5.3 Relación costo-efectividad

En los dos escenarios propuestos se observó cómo la diferencia en costos estaba a favor de tamizaje; sin embargo, la efectividad incremental fue ínfima. A continuación se presentan las tablas de costo-efectividad para cada una, teniendo en cuenta que en el escenario social dominó la estrategia de tamizaje y en clínico, no tamizaje.

Costo-efectividad, escenario social

En este escenario, donde el impacto está considerado en la prevención de accidentes de tránsito, la razón costo-efectividad incremental de tamizaje con AUDIT dominó el no tamizaje.

Tabla 78. Análisis de costo-efectividad. Modelo basal, escenario social

Estrategia	Costo total por paciente	Costo incremental	Efectividad	Efectividad incremental	Razón promedio de C/E	Razón de C/E incremental
Tamizaje AUDIT	\$491.677,71		0,7244		\$678.780,96	
No Tamizaje	\$546.819,58	\$55.141,87	0,7216	-0,0027	\$757.737,26	Dominada

Costo-efectividad, escenario clínico

Aun asumiendo una prevalencia mayor de la esperada en la población general de enfermedad hepática, la estrategia de tamizaje para el desenlace de cirrosis no es costo efectiva. Aunque la efectividad, al igual que en el otro caso, sigue siendo mínima.

Tabla 79. Análisis de costo-efectividad. Modelo basal, escenario clínico

Estrategia	Costo total por paciente	Costo incremental	Efectividad	Efectividad incremental	Razón promedio de C/E	Razón de C/E incremental
No Tamizaje	\$268.100,97		16,5281		\$16.220,97	
Tamizaje AUDIT	\$332.948,19	\$64.847,22	16,4588	-0,0693	\$20.229,24	Dominada

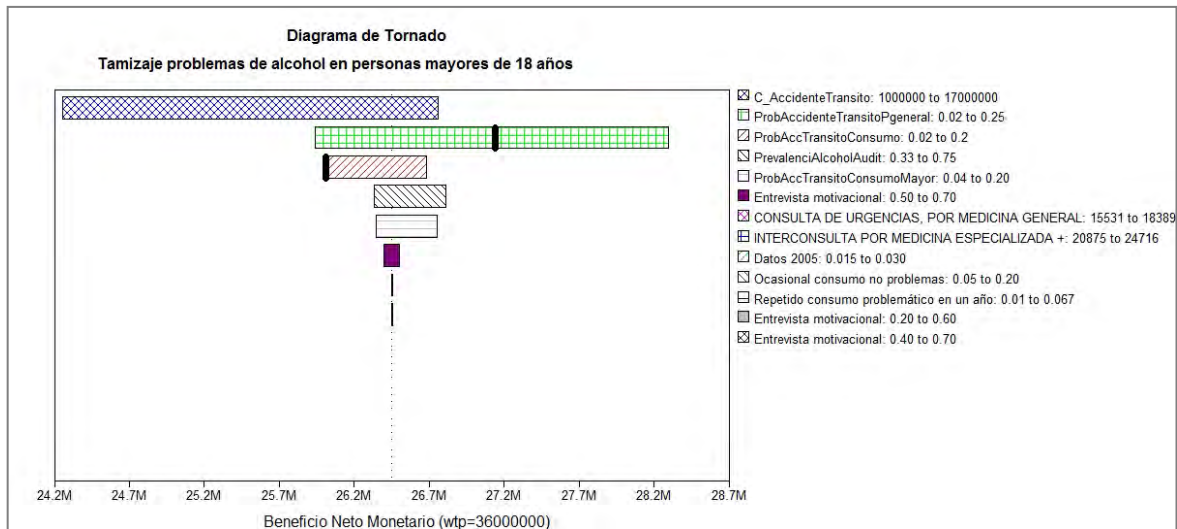
5.4 Resultados del análisis de sensibilidad

Con el fin de controlar en ambos escenarios el impacto de la incertidumbre sobre varios parámetros del modelo y algunos de los supuestos, se le realizaron análisis de sensibilidad de tipo determinístico. Mediante un diagrama de tornado se pudieron establecer las variables más sensibles a la costo-efectividad (univariado y bivariado); así mismo, se aplicó una simulación de Monte Carlo con 1.000 pacientes para cada caso. Se pudo apreciar en los resultados de caso base que en el escenario social dio costo efectivo tamizaje y en clínico no; sin embargo, al realizar los análisis de sensibilidad no se puede concluir cuál estrategia es dominante, solo que existe más probabilidad de que no sea costo efectivo tamizar.

5.4.1. Análisis de sensibilidad, escenario social

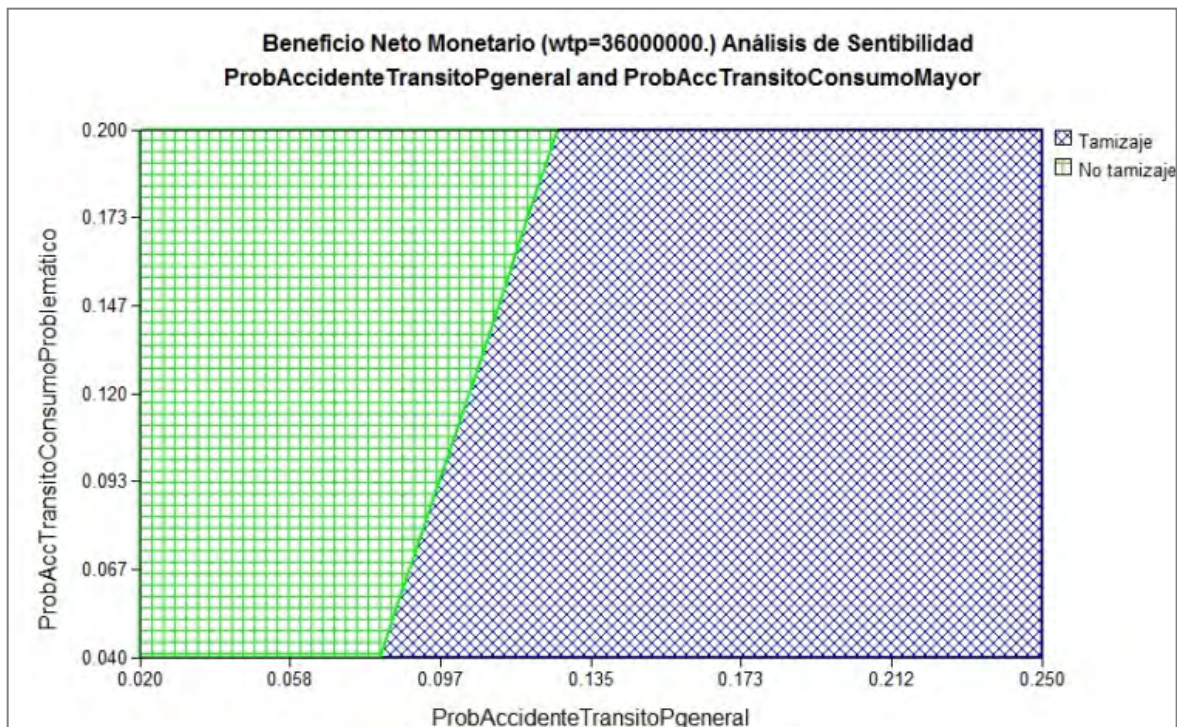
En la figura 4 puede verse que aunque los costos de accidente de tránsito son una variable sensible en el modelo, las únicas que podrían determinar la costo-efectividad son la prevalencia de accidentes de tránsito en la población general y la población expuesta por el riesgo de consumo de alcohol problemático. Las demás variables, como el costo del tamizaje y la entrevista motivacional, no tienen tanto peso en el modelo.

Figura 4. Análisis determinístico en el escenario social



Por su parte, las variables que en diagrama de tornado fueron sensibles a la costo-efectividad se discriminan en la figura 5, donde se observa que mientras mayor sea la prevalencia de accidentes, dominará la estrategia de tamizaje con la prueba AUDIT.

Figura 5. Análisis de sensibilidad de dos vías de acuerdo con la prevalencia de accidentes de tránsito



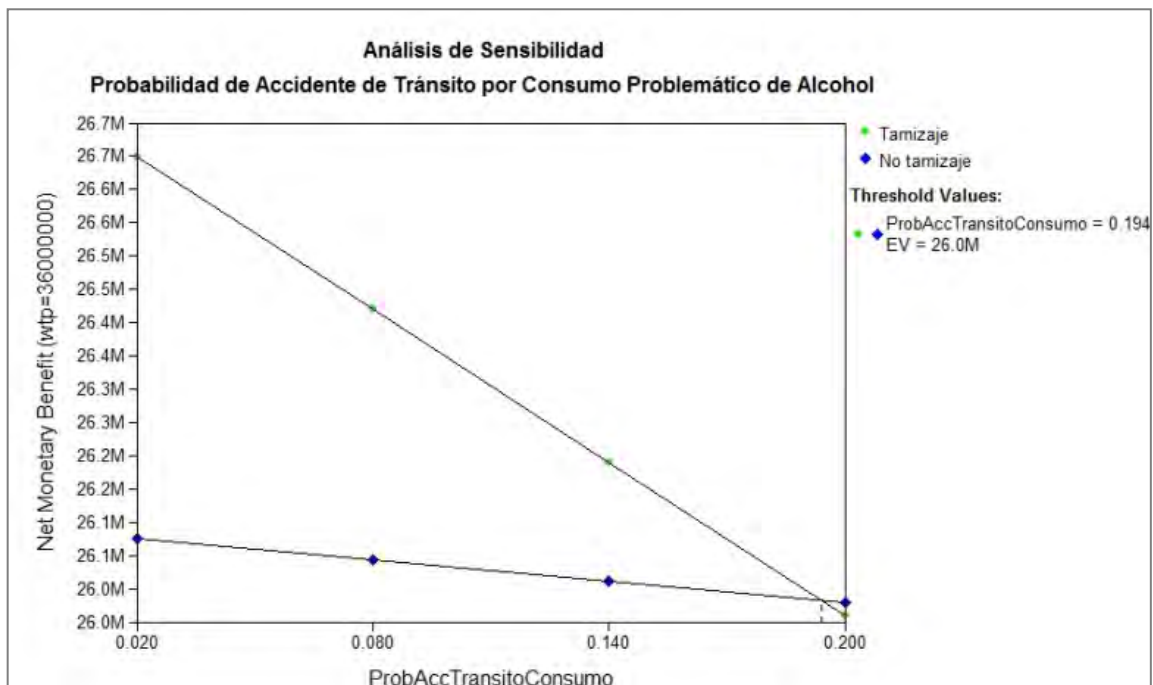
Bajo toda la incertidumbre que acompañan estos datos, es necesario mirar el fenómeno desde una óptica perspectiva probabilística, mediante una simulación de Monte Carlo con 1.000 pacientes. Al momento de realizar un análisis probabilístico para el escenario social, el tamizaje sigue siendo costo efectivo (tabla 80), pero la razón de costo-efectividad incremental sobrepasa los 100 millones de pesos.

Tabla 80. Análisis de costo-efectividad. Simulación de Monte Carlo, escenario social

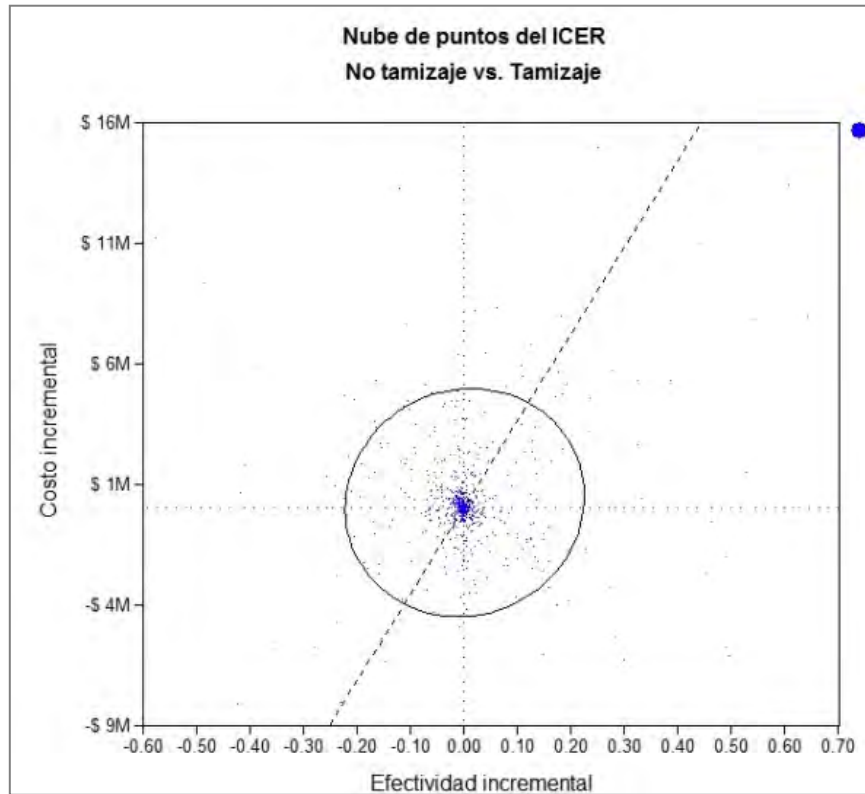
Estrategia	Costo total por paciente	Costo incremental	Efectividad	Efectividad incremental	Razón promedio de C/E	Razón de C/E incremental
Tamizaje AUDIT	\$1.472.611,12		0,6837		\$2.153.884,57	
No Tamizaje	\$1.695.415,03	\$222.803,92	0,68558	0,00188	\$2.472.965,88	\$118.542.764,16

En la figura 6 se puede ver el ahorro para el sistema según el umbral de disposición por pagar (36 millones), a partir del análisis probabilístico. Mientras la prevalencia de accidentes de tránsito sea menor del 19%, es preferible no hacer tamizaje, si se quiere tener un mayor beneficio neto monetario (BNM). Sin embargo, en términos generales no se puede concluir cuál estrategia es costo efectiva, pues en la figura 7 la nube de puntos no está por encima ni por debajo del umbral.

Figura 6. Beneficio neto monetario de tamizaje frente a no tamizaje, según prevalencia de accidentes de tránsito



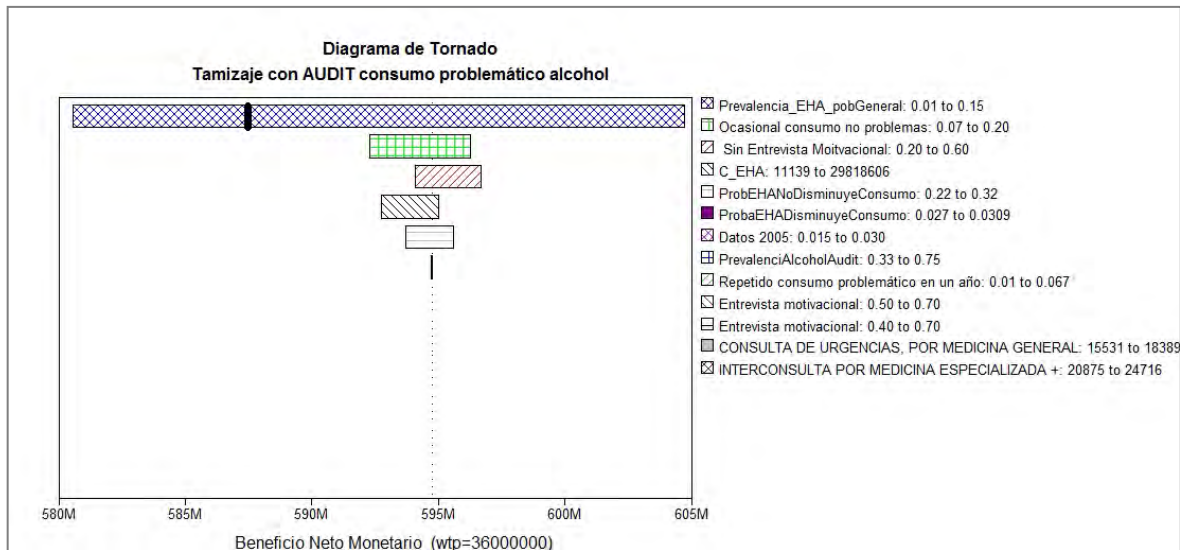
**Figura 7. Nube de puntos en el plano costo-efectividad:
análisis probabilístico en el escenario social**



5.4.2 Análisis de sensibilidad, escenario clínico

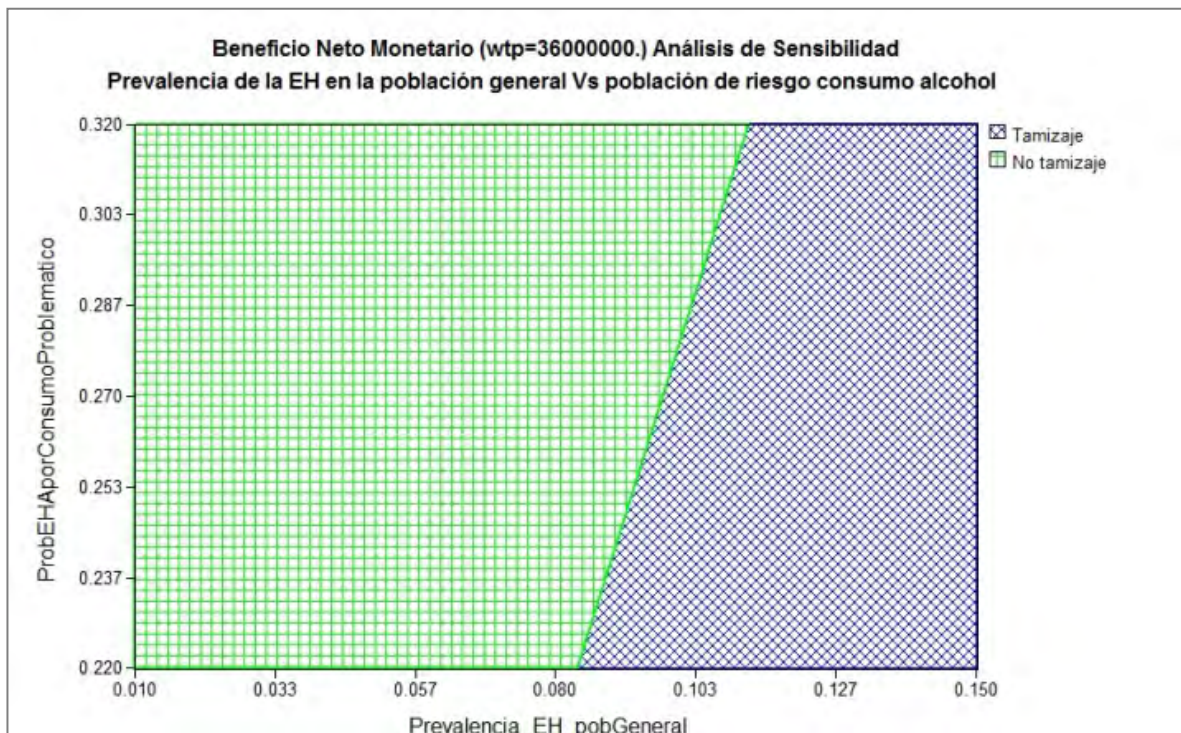
Al mirar cuáles variables son más sensibles a este modelo, la prevalencia de la enfermedad hepática es clave para determinar la costo-efectividad del tamizaje con AUDIT. Aunque hay otras variables sensibles, como el consumo ocasional, la disminución del consumo del alcohol y la entrevista motivacional, no influyen de manera importante los resultados, tal y como se aprecia en la figura 8.

Figura 8. Análisis determinístico en el escenario clínico



Por su parte, la prevalencia se ilustra mejor en la figura 9. La cual muestra que si la población general tiene un riesgo superior al 9%, sería costo efectivo hacer tamizaje y realizar una entrevista motivacional. Sin embargo, se ve predominante no realizar tamizaje en este escenario.

Figura 9. Análisis de sensibilidad de dos vías según la prevalencia de enfermedad hepática



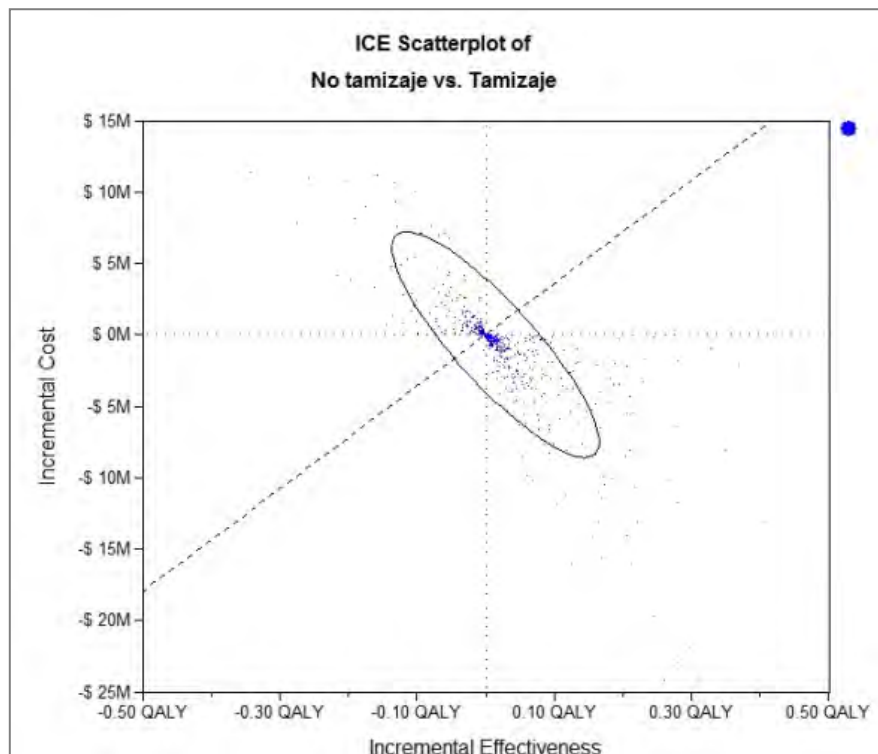
Al igual que en los resultados basales para el escenario clínico, con una simulación de Monte Carlo la estrategia de tamizaje con AUDIT es dominada por la práctica actual o el no tamizaje; la diferencia en efectividad sigue siendo mínima, y en términos de beneficio monetario neto, por el ahorro en dinero resulta preferible no hacer tamizaje.

Tabla 81. Análisis de costo-efectividad. Simulación de Monte Carlo, escenario clínico

Estrategia	Costo total por paciente	Costo incremental	Efectividad	Efectividad incremental	Razón promedio de C/E	Razón de C/E incremental
No Tamizaje	\$1.098.989,75		0,916503		\$1.199.112,24	
Tamizaje AUDIT	\$1.794.647,51	\$695.657,76	0,902072	-0,014431	\$1.989.472,81	Dominada

La práctica actual de no hacer tamizaje tiene probabilidades de ser costo efectiva y no ser costo efectiva, según lo muestra la figura 10.

Figura 10. Nube de puntos en el plano costo-efectividad: análisis probabilístico en el escenario social



6. Discusión

6.1 Resumen de resultados

A pesar del nivel de incertidumbre, la estrategia de tamizaje solo fue costo efectiva en el escenario social, de acuerdo con los resultados del caso base y el análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico. Mientras que la estrategia de tamizaje no fue costo efectiva en el escenario clínico, en ningún caso, ni siquiera asumiendo una mayor prevalencia de la enfermedad hepática en la población general, el análisis de sensibilidad lo corroboró.

Sin embargo, es difícil llegar a una conclusión de costo-efectividad, porque en ambos escenarios es probable que sea o no una opción rentable; la efectividad del tamizaje con no hacerlo es muy similar, eso puede responder a que los desenlaces, aunque sean prevenibles, detectarlos no implica tal prevención. La entrevista motivacional no es la única opción para controlar el consumo de alcohol; además, los desenlaces evaluados también están determinados por otro tipo de intervenciones, tanto clínicas como sociales.

6.2. Limitaciones del estudio

Se presentaron serias limitaciones en el estudio; en principio no se reportan en la literatura estudios relacionados con el problema de alcohol en el contexto local. Las probabilidades (en su mayoría) y las utilidades se tomaron de la literatura reportada en otros países, como México, Canadá, Reino Unido, Suecia y Perú. A pesar de que hay avances en el sistema de información del país, aún estamos lejos de contar con información de buena calidad relacionada con diagnósticos.

6.3. Futuras investigaciones

De acuerdo con el análisis del problema del consumo de alcohol en nuestro país, es indispensable realizar estudios observacionales y con base poblacional para poder realizar evaluaciones económicas más robustas.

7. Conclusiones

De acuerdo con los desenlaces evaluados, realizar tamizaje con la prueba AUDIT es costo-efectivo en la prevención de accidentes de tránsito, pero la detección debe estar acompañada de una intervención breve o de entrevista motivacional.

Referencias

1. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatría*. 2004;33:241-62.
2. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001.
3. Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, et al. Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. *J Gen Intern Med*. 1998;13:379-88.
4. Aertgeerts B, Buntinx F, Bande-Knops J, et al. The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24:53-57.
5. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med*. 1998;158:1789-95.
6. Cherpitel CJ, Ye Y, Moskalewicz J, et al. Screening for alcohol problems in two emergency service samples in Poland: comparison of the RAPS4, CAGE and AUDIT. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80:201-7.
7. Sáiz PA, G-Portilla MP, Paredes MB, et al. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. *Revista Adicciones*. 2002;14(Supl 1):387-403.
8. Coulton S, Drummond C, James D, et al. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ*. 2006;332:511-7.
9. Solberg LI, Maciosek M, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prevent Med*. 2008;34:143-52.
10. Kapoor A, Kraemer KL, Smith KJ, et al. Cost-effectiveness of screening for unhealthy alcohol use with % carbohydrate deficient transferrin: results from a literature-based decision analytic computer model. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33:1440-9.
11. Bravo P, Bravo SM, Porras B, et al. Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. *Colombia Médica*. 2005;36:146-52.
12. Anderson P, Cremona A, Paton A, et al. The risk of alcohol. *Addiction*. 193;88:1493-508.

13. Organización Mundial de la Salud (WHO), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Beber y conducir: Manual de seguridad vial para decisores y profesionales. Washington: OMS, OPS; 2010.
14. Ochoa ME, Madoz A, Vicente N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med. Secur. Trab.* 2009;55:26-40.
15. Babor T, Campbell R, Room R, et al. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization; 1994.
16. 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.
17. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2000;160:1977-89.
18. Gómez A, Conde A, Santana JM, et al. The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging Ment Health*. 2006;10:558-61.
19. Aaron C, Albertson T, Amato C, et al. *Critical Care Toxicology. Diagnosis and Management of the Critically Poisoned Patient*. Philadelphia: Mosby; 2005.
20. Nyamathi A, Shoptaw S, Cohen A, et al. Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug Alc Depend*. 2010;107:23-30.
21. Bustíos C, Dávalos M, Román R, et al. Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la unidad de hígado del HNERM Es-Salud. *Rev Gastroenterol Perú*. 2007;27:238-45.
22. Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE, et al. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Ann Intern Med*. 1998;129:353-62.
23. Cherpitel CJ. Performance of screening instruments for identifying alcohol dependence in the general population, compared with clinical populations. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22:1399-404.
24. Gordon AJ, Maisto SA, McNeil M, et al. Three questions can detect hazardous drinkers *J Fam Pract*. 2001;50:313-20.
25. República de Colombia. Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses. Publicación. FORENSIS Datos para la vida [internet]. [citado: 17 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=category&id=19&Itemid=55
26. Casanova L, Borges G, Mondragón L, et al. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Revista Salud Mental*. 2001;24:3-11.
27. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2005.
28. Mejía PME. Los costos médicos de accidentes de tránsito en una cohorte de pacientes lesionados en una clínica de la ciudad de Medellín entre junio 2009 - abril 2010 [Tesis para optar al grado de Economía]. Medellín: Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Económicas; 2010.

29. Gold MR, Siegel JE, Russel LB et al. editors. Cost-Effectiveness in Health and Medicine. New York: Oxford University Press; 1996. pp. 214-46.
30. República de Colombia. Dirección Nacional de Estupefacientes y Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2008. Bogotá: Editora Guadalupe; 2009.
31. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social- Fundación FES-Social. Estudio nacional de salud mental Colombia (ESM) 2003. Bogotá: FES; 2003.
32. Enriquez AD, Campbell MS, Reddy KR. Cost-effectiveness of suppressing hepatitis B virus DNA in immune tolerant patients to prevent hepatocellular carcinoma and cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26:383-91.
33. Franzén C, Björnstig U, Brulin C, et al. A cost-utility analysis of nursing intervention via telephone follow-up for injured road users. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:98.
34. Mannelli P, Pae CU. Medical comorbidity and alcohol dependence. *Curr Psychiatry Rep.* 2007;9:217-24.
35. Myers RP, Shaheen AA, Fong A, et al. Epidemiology and natural history of primary biliary cirrhosis in a Canadian health region: a population-based study. *Hepatology.* 2009;50:1884-92.

Sección III

Recomendaciones para la difusión de la guía

Recomendaciones para la difusión, diseminación, adopción e implementación de la guía para detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia al alcohol

1. Introducción

Este documento contiene las recomendaciones generales para el proceso de implementación de la guía para la atención integral para detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia al alcohol (GAI Alcohol). Dichas recomendaciones son globales y deben articularse con el SGSSS.

Tal como lo describe la *guía metodológica* para el desarrollo de GAI en el SGSSS colombiano (1), en nuestro país las GAI “incluyen guías de práctica clínica, estudios económicos y del impacto en el presupuesto UPC que se propone para el ajuste del plan de beneficios POS en el SGSSS colombiano”. Las GPC basadas en evidencia, contenidas en las GAI: “son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica” (2).

Una GAI corresponde en sí misma a una *tecnología*, y por lo tanto, su implementación debe contemplar el desarrollo de metodologías y técnicas propias de incorporación en un servicio de salud, en una comunidad o en una organización. A escala mundial, se reconoce que disponer de un documento de GPC basada en las mejores evidencias disponibles, incluso siendo desarrollada por grupos nacionales y aplicables al contexto local, no es suficiente para que se utilice en la práctica clínica. Trasladar el conocimiento teórico expresado en las recomendaciones de las GPC a las decisiones que se toman y a las acciones que se realizan frente a situaciones clínicas definidas generalmente implica procesos conducentes a modificar los comportamientos de los usuarios finales.

Las personas responsables de la prestación de los servicios de salud y los pacientes seguirán las recomendaciones contenidas en las GPC si son conscientes de su existencia y tienen la habilidad para aplicarlas (2,3). Este documento presenta los elementos necesarios por considerar dentro de los planes de difusión, diseminación, adopción e implementación de GPC, y describe estrategias y actividades que pueden contribuir a lograrlo. Esperamos que, de esta forma, los recursos destinados a la elaboración de

la GAI y los esfuerzos realizados para lograrlo permitan cumplir con el propósito final: “disminuir la variabilidad en la atención, mejorar la calidad y hacer más racional la prestación de servicios de salud” (4).

2. Definición de términos utilizados referentes a implementación

Los conceptos referentes a la implementación de GPC frecuentemente se utilizan de forma indiscriminada, y en múltiples ocasiones como sinónimos; esto genera problemas de comunicación y distorsión de los mensajes que se pretenden transmitir. Por tanto, es conveniente comenzar por describir la terminología utilizada en este documento, de forma tal que se disminuya la variabilidad en la interpretación de los conceptos. Se tomarán como base las definiciones presentadas por Davis y Taylor-Vaisey (5), por considerar que son las más frecuentemente referenciadas en la literatura especializada.

- **Difusión:** se utiliza para referirse a los procesos de distribución de información. La distribución de GPC generalmente se realiza de forma pasiva, por medios tradicionales, como la presentación en medios masivos de comunicación, reuniones o eventos de presentación a escalas nacional, regional, local o institucional; montaje en portales web, envío de copias impresas, etc. Se pretende que diferentes audiencias se enteren de la existencia de la GPC y, de esta forma, los procesos de planificación y el planteamiento de objetivos serán muy globales, e incluso, en algunas ocasiones, no se plantearán.
- **Diseminación:** es un proceso más activo que el de difusión. Hace referencia a la comunicación y el desarrollo de actividades tendientes a mejorar el conocimiento o las habilidades de los usuarios finales (prestadores de servicio y pacientes) de las GPC. Así, los grupos blanco serán mucho mejor seleccionados, al igual que las actividades planeadas para lograrlo. Incluye, entre otros, la realización de talleres, la discusión de casos clínicos, el planteamiento de escenarios de simulación, etc.
- **Implementación:** es a la vez un proceso más activo que la diseminación. Tiene como finalidad trasladar las recomendaciones teóricas contenidas en las recomendaciones de la GPC al quehacer de la práctica clínica. Implica estrategias de comunicación efectiva conjuntamente con estrategias y actividades tendientes a identificar y superar las dificultades o barreras del entorno local, con el fin de poner en marcha las recomendaciones propuestas. Involucra, además, técnicas administrativas y educativas efectivas en la práctica.
- **Adopción:** hace referencia a la decisión de la necesidad u obligación de cambiar la práctica clínica, ajustándola a las recomendaciones contenidas en las GPC. Por lo general, en nuestro medio, esta decisión atañe al nivel directivo de las instituciones. Sin embargo, son realmente

los usuarios finales de las GPC quienes deben utilizar dichas recomendaciones en el proceso de toma de decisiones y en la determinación de las actividades por seguir frente a las situaciones clínicas específicas. Desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud, la *adopción* debe entenderse como el proceso que involucra su compromiso y decisión de modificar la práctica.

3. Objetivos

Los objetivos de este plan de implementación se plantean para un periodo de tres años, teniendo en cuenta que los contenidos de la GAI Alcohol sano deben actualizarse constantemente, de acuerdo con la dinámica de la evidencia científica:

- Recomendar estrategias para la diseminación, difusión y adopción de las GAI diseñadas a partir de la evidencia existente sobre su efectividad en diferentes ámbitos de aplicación y uso.
- Propiciar escenarios y estrategias permanentes de educación, consulta y aprendizaje sobre las guías de práctica clínica que aseguren su adecuada utilización e implementación.
- Estimular el uso de un sistema de seguimiento, evaluación y control de la implementación de las GAI diseñadas, cuya operación garantice identificar sus tendencias, su efecto, su nivel de eficiencia y su congruencia, tanto con las políticas institucionales, como con los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- Recomendar a la Comisión de Regulación en Salud (CRES), de acuerdo con cada GAI, la incorporación en los *planes de beneficios* de nuevos procesos y procedimientos asistenciales, nuevos medicamentos, nuevos dispositivos y nuevos equipos.

4. Alcance

La GAI Alcohol está construida de tal manera que puede ser utilizada por los diferentes actores del SGSSS y por los actores del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud.

En el primer caso, los actores para los que están dirigidas son: autoridades sanitarias del orden nacional y territorial, CRES; entidades administradoras de planes de beneficios; IPS, públicas y privadas; profesionales, asociaciones científicas, entidades de vigilancia y control, entidades encargadas de la acreditación, Instituto de Evaluación de Tecnologías, pacientes y cuidadores, todos los cuales reconocen las guías como el soporte técnico que orienta el proceso de toma de decisiones, las acciones por seguir y la atención específica.

En el segundo caso, están dirigidas a: Colciencias, instituciones de educación superior, centros de desarrollo tecnológico, grupos de investigación, quienes las reconocen como fuente para generación de conocimiento e innovación.

5. Identificación de barreras y facilitadores

En el contexto de implementación de GPC, las barreras hacen referencia a aquellos factores que pueden impedir, limitar o dificultar que las recomendaciones planteadas puedan llevarse a la práctica, y que tanto los profesionales de la salud como los pacientes adhieran a ellas, mientras que los facilitadores se refieren a aquellos factores que propician o favorecen los cambios.

Existen diferentes propuestas de clasificación y de marcos teóricos para el estudio de barreras y facilitadores (6,7). De igual forma, los manuales de implementación de GPC a escala mundial proponen diversas estrategias y actividades para su abordaje (6,8,9). No obstante, en general podemos asumir que tanto las barreras como los facilitadores principalmente tienen relación con características propias de las guías, con las creencias, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud y de los pacientes, o con las circunstancias locales y sectoriales en las cuales se pone en marcha y se mantiene la implementación de las GPC.

La identificación y valoración de barreras y facilitadores permitirá ejecutar un plan local de implementación, que se centre en aquellos factores con mayor probabilidad de éxito, pertinente al contexto, sin que se requiera intervenir todos aquellos factores potenciales o todos aquellos factores encontrados (10).

Dentro de las barreras identificadas en la GAI Alcohol encontramos las siguientes: 1. el tiempo limitado en la consulta de atención primaria, que dificultaría la aplicación de algunas de las recomendaciones (escalas de tamizaje AUDIT, intervención breve motivacional). 2. La falta de aplicabilidad de algunas recomendaciones, por el contexto clínico en el que se encuentre el paciente, donde puede no haber disponibilidad de algunos medicamentos (como lorazepam intravenoso), o estudios paraclínicos recomendados (niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico), o la posibilidad de traslado a un nivel de mayor complejidad para manejo especializado (manejo agudo por psiquiatra, y a largo plazo, rehabilitación por uso indebido de alcohol). 3. La falta de flexibilidad en el escenario clínico por parte de los trabajadores sanitarios hacia la incorporación de nuevas prácticas (la aplicación de escala CIWA-AR, la administración de esquema de vitaminas en pacientes en quienes no hay indicación). 4. El nivel educativo de los pacientes, lo cual sería una barrera para adherirse a las recomendaciones dadas por el personal de salud. 5. Los recursos disponibles según el SGSS y el POS, y la articulación de estos con las recomendaciones propuestas en las GAI Alcohol.

También se han identificado facilitadores para la implementación de la GAI Alcohol: 1. la presentación del documento en una versión guía ajustada a profesionales de la salud y otra versión ajustada a pacientes. 2. El plan de diseminación y difusión, que está diseñado para llegar a las diferentes audiencias. 3. Los indicadores de seguimiento se han diseñado de tal forma que puedan ser adaptados al SGSSS en Colombia (11), explicados y ejemplificados en el Manual del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud (12).

Las técnicas más frecuentemente utilizadas para identificar barreras y facilitadores incluyen tormenta de ideas (13), técnicas basadas en la metodología Delphi (14,15), grupos nominales (16), encuestas (17), entrevistas (18,19), grupos focales (13,20-22), observaciones directas (23), estudios de casos (24,25) y exploración con informantes clave (22). Frecuentemente, se requiere utilizar dos o más de las técnicas señaladas (referencias) para favorecer la fiabilidad, precisión, aceptabilidad y generalización de la información obtenida.

De acuerdo con el grupo Cochrane de efectividad de la práctica y organización del cuidado (EPOC), las intervenciones dirigidas a superar las barreras pueden resumirse en los aspectos expuestos en la tabla 82.

Tabla 82. Intervenciones para superar barreras en la implementación de las guías de práctica clínica

Intervenciones sobre los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de materiales educativos, por ejemplo, envío por correo de la guía o entrega en la mano en el lugar de trabajo; formatos reducidos de la guía como una cartilla de bolsillo. • Sesiones formativas: conferencias, sesiones clínicas, talleres. • Procesos de consenso local: inclusión de los profesionales implicados, en la discusión, para asegurar que están de acuerdo en que el problema clínico elegido es importante, y la aproximación para manejar el problema es adecuada. • Visitas de un facilitador: una persona con formación y entrenamiento específico, visita al profesional de salud para darle información con la intención de cambiar su práctica (la información dada puede incluir retroalimentación de la práctica clínica del profesional). • Líderes locales de opinión: participación de profesionales de la salud denominados por sus colegas como “influyentes”, desde el punto de vista formativo. • Intervenciones mediadas por pacientes: nueva información clínica recogida directamente de los pacientes y suministrada a los profesionales. • Auditoría y retroalimentación: proporcionar a los profesionales cualquier resumen de sus actuaciones clínicas en un periodo especificado (el resumen puede incluir recomendaciones de acción clínica). • Recordatorios: información paciente-encuentro específica provista
--	---

	<p>verbalmente, en papel o en la pantalla de un computador, diseñada para llamar la atención del profesional y para que recuerde cierta información que le permita realizar o evitar alguna acción para ayudar al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medios de comunicación masivos: televisión, radio, periódicos, pósteres y folletos, solos o en conjunto con otras intervenciones, y dirigidos a la población.
Intervenciones financieras	<ul style="list-style-type: none"> • Orientada hacia los profesionales: pago por servicio; incentivos* al profesional o a la institución. • Orientada hacia los pacientes: copago, incentivos* al paciente.
Intervenciones organizacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden incluir cambios en las estructuras físicas de las unidades de atención sanitaria, en los sistemas de registro médico o en la titularidad. • Orientada hacia los profesionales: revisión de los roles profesionales, equipos clínicos multidisciplinarios, integración formal de servicios, continuidad de cuidados, satisfacción de los profesionales, comunicación y discusión de casos a distancia entre profesionales. • Orientada hacia los pacientes: envío por correo de prescripciones, mecanismos para el manejo adecuado de quejas y sugerencias de pacientes, participación de los pacientes en el gobierno de la institución de salud. • Estructurales: cambio en el entorno (lugar) de prestación del servicio, cambios de la estructura física, instalaciones y equipos; cambios en los sistemas de historias clínicas, cambios en el tipo de prestaciones, presencia de mecanismos para el control de la calidad, etc.
Intervenciones regulatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier intervención que tenga como objetivo cambiar la prestación o el costo del servicio de salud mediante una ley o norma. • Cambios en las responsabilidades del profesional. • Manejo de las quejas de los pacientes. • Acreditación. • Etc.

Fuente: adaptado de The Cochrane Colaboration (26).

*Los incentivos pueden ser positivos (como bonificaciones o primas) o negativos (por ejemplo, multas).

5. Esquema resumido de las fases y estrategias del plan de implementación

Tabla 83. Esquema de las fases y estrategias del plan de implementación

Líneas de Actuación: directrices esenciales que se requieren para el diseño, implementación y evaluación del plan de implementación	a. Acceso fácil y permanente a la información	b. Educación centrada en multiplicadores con el fin de favorecer la difusión entre los miembros del grupo objetivo para que puedan transmitir esta información a toda la población objetivo del plan de implementación.	c. Favorecer la divulgación, proporcionando a los grupos multiplicadores mencionados, herramientas para divulgación, aplicación y enseñanza de las guías de práctica clínica.	d. Sistema de comunicación interna del Ministerio de la Protección Social o instancia encargada como promotora e impulsora de la adopción de las guías, valiéndose de su alcance a escalas regional y nacional.	e. Coordinación intersectorial entre profesionales de la salud, para uso, aplicación y divulgación de las guías de práctica clínica, con participación de las instituciones académicas.
Grupos de interés	a. Usuarios directos de las guías de práctica clínica: profesionales en salud para quienes el plan nacional de implementación debe garantizarles actividades que abarquen los niveles de difusión, diseminación y capacitación.		b. Usuarios indirectos de las guías: profesionales del área de la salud y de otros campos, que trabajan temas de salud en general. El plan de implementación debe garantizarles actividades de información y comunicación que les permita usar adecuadamente la información contenida en las guías, en el contexto de la salud, la economía, la política, la administración, entre otras.		
Fases	Alistamiento	<ul style="list-style-type: none"> Definición de un equipo rector o coordinador, conformado por profesionales expertos en el trabajo de guías de práctica clínica y con la especificidad necesaria en el tema de cada guía, que facilite el proceso de capacitación y formación a los profesionales para su adopción. Este grupo será el encargado de desarrollar el plan de implementación de las guías. Medición de capacidades tecnológicas de innovación de los involucrados en la implementación, con el fin de enfocar los esfuerzos de implementación y de asistencia técnica. 			

Difusión y diseminación	Localización de los profesionales propuestos dentro de la población objetivo, así como de las instituciones públicas y privadas que agrupan la población objetivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las agremiaciones más destacadas a escala nacional. • Envío a las sedes principales de estas agremiaciones e instituciones de las guías de práctica clínica. • Invitación directa y especial al lanzamiento de las guías, para las directivas y asociados de estas agremiaciones e instituciones. • Invitación especial a estas agremiaciones para participar de las estrategias de educación propuestas en este plan de implementación. • Identificación de las instituciones públicas y privadas de salud que son potenciales usuarias de las guías. • Utilización de los medios de comunicación físicos y virtuales existentes en las instituciones educativas, salud, sociedades científicas o agremiaciones para difundir la información de las guías y la importancia de su adopción. • Participación en eventos científicos dirigidos al grupo objetivo. • Énfasis en comunicación interactiva como medios <i>off line</i> y medios <i>on line</i>.
Formación y capacitación	Dirigida principalmente al grupo de profesionales en salud encargados de la aplicación directa de las guías de práctica clínica. Consiste en la formación académica sobre las guías, centrada en un grupo de multiplicadores.	<ul style="list-style-type: none"> • El Ministerio de la Protección Social será el encargado de la estrategia de educación centrada en multiplicadores. • Instituciones educativas como multiplicadoras. En este proceso, las asociaciones de profesionales y sociedades científicas cumplen la función de impulsoras de estas iniciativas académicas, por medio de la gestión con los asociados y exalumnos. • Cursos de formación de multiplicadores de las guías de práctica clínica, dirigidos al grupo que tendrá la responsabilidad de realizar la formación de todos los usuarios directos e indirectos de las guías en el país. • Cursos virtuales sobre las guías de práctica

		<p>clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medios de comunicación interactiva, como canales para la educación, página web, biblioteca virtual, boletines virtuales, revistas electrónicas, interfase de actualización interna, presencia en eventos académicos.
	Monitorización, seguimiento y evaluación	Por medio de indicadores de gestión y de resultados.
	Socialización de los resultados	Rendición de cuentas del proceso de implementación de las guías.

5. Incentivos para la implementación de las GAI

Se define sistema de incentivos para la garantía de la calidad como “el sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (27). Esta definición se encuentra incluida en el manual del sistema obligatorio de la garantía de la calidad (28), y es precisamente la que se debe seguir en el proceso de seleccionar los incentivos durante el proceso de implementación de la GAI Alcohol.

Los incentivos para el mejoramiento de la calidad disponibles como instrumentos de política pública se clasifican, según el manual anteriormente mencionado (1), en las siguientes categorías:

- Incentivos económicos “puros”: el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, puede ser porque la calidad genera mayores ventas y/o aumenta los márgenes de rentabilidad. Como ejemplo, en nuestro medio puede considerarse la participación sin costo en cursos que ofrecen instituciones y agencias con las que el Ministerio de Salud y Protección Social tenga convenios de cooperación técnica; acceso a financiación de proyectos de desarrollo e investigación dirigidos a la comprensión e intervención de problemas relacionados con el objeto central de la GAI, bajo la modalidad *convocatoria institucional*; apoyo económico para elaboración de pósteres, traducción y publicación de artículos, etc.
- Incentivos de prestigio: la calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación. Por ejemplo, evaluación de proyectos de desarrollo e investigación

relacionados con el objeto central de la GAI por parte de universidades y centros de desarrollo tecnológico científico designados por Colciencias.

- Incentivos legales: se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones.
- Incentivos de carácter ético y profesional: en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector: la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente. Como ejemplo, puede brindarse apoyo a los investigadores en la actualización de hojas de vida en la plataforma de Colciencias, asesoría metodológica para la elaboración de protocolos de investigación, procesamiento y análisis de datos estadísticos; apoyo para digitación de datos y uso de TIC, preparación de manuscritos para ser sometidos a revistas, etc.
- El SGSSS podrá definir el grado de cumplimiento de indicadores con el cual las instituciones o los profesionales tengan la posibilidad de acceder a los incentivos propuestos.

6. Factores críticos de éxito para la implementación de la GAI Alcohol

- La estructura y operación de los procesos de capacitación, asesoría y asistencia técnica requeridos por las IPS y las EAPB son indispensables para el desarrollo de capacidades institucionales necesarias para el uso inteligente de la GAI Alcohol.
- Capacidades institucionales en formación o maduras, para hacer uso tanto de la tecnología GAI Alcohol en sí misma, como de las nuevas tecnologías que ella dispone para el abordaje integral.
- Un sistema de información en desarrollo o maduro, en el marco del cual las IPS y las EAPB hagan uso inteligente de los indicadores de seguimiento y evaluación de la implementación de la GAI Alcohol en su ámbito.
- El estado de desarrollo del sistema obligatorio de garantía de calidad en las instituciones prestadoras y aseguradoras de salud que harán uso de la GAI Alcohol.
- La incorporación de la GAI Alcohol en los procesos de formación de los trabajadores de la salud involucrados con el abordaje integral de la guía.
- El desarrollo del sistema de incentivos para la implementación de la GAI Alcohol en el SGSSS.

7. Tablero de indicadores de seguimiento (de gestión y clínico) de la implementación de la GAI Alcohol

En este documento se estima que la implementación de la GAI Alcohol supone no solo que los profesionales de salud dispongan de la adherencia suficiente, sino que además se disponga de un entorno institucional favorable. Para lograrlo se ha diseñado una serie de indicadores que buscan

identificar y medir procesos centrales que pueden afectar la implementación de la GAI, y estos se han incluido en un *tablero general* que facilite el proceso de toma de decisiones.

Con el fin de disminuir las barreras y dificultades al momento de realizar el plan de implementación de las GAI, es de gran importancia articular los indicadores propuestos a continuación, con los diferentes niveles que contempla el *sistema obligatorio de garantía de calidad* y su componente de *sistema de información para la calidad*. Se preferirá la selección de indicadores de calidad que sirvan para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora de la calidad (29).

Se espera que la información sea útil para la gestión de la calidad y se evite la generación de información que solamente incremente el trabajo administrativo en la gestión de servicios de salud sin que brinde utilidad. Con el fin de adaptarlos al SGSSS en Colombia, los indicadores seguirán los lineamientos establecidos por el sistema (11), explicados y ejemplificados en el Manual del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud (12).

El *tablero de indicadores* está fundamentado en la metodología de Balanced Score Card, agrupados en dos categorías:

- Indicadores de gestión: describen el proceso de implementación de las GAI. Como se expone en el esquema de las fases y estrategias del plan de implementación, habrá un total de cuatro indicadores de acuerdo con cada fase. En el anexo 1 se encuentra un indicador de difusión y disseminación, dos indicadores de capacitación y formación, un indicador de adherencia y un indicador de percepción global de satisfacción de los usuarios de las GAI.
- Indicadores de desenlace clínico: describe las consecuencias en salud de la implementación de las recomendaciones. Corresponde a aspectos específicos clínicos y asistenciales que los expertos han determinado como adecuados para el seguimiento de las recomendaciones propuestas en la GAI.

Referencias

1. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social (Minprotección), Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá: Minprotección; 2010.

2. Institute of Medicine. Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Field MJ, Lohr KN, editors. *Clinical Practice Guidelines: directions for a new program*. Washington: National Academy Press, 1990.
3. Grimshaw J, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993;1342:317-22.
4. Norheim OF. Healthcare rationing-are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? *BMJ*. 1999;319:1426-9.
5. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157:408-16.
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282:1458-65.
7. Gobierno de España. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. [internet]. 2009 [citado: 18 de mayo del 2012]. Disponible en:
<http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/apartado03/identificacion.html>.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2011.
9. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. Wellington: NZGG; 2001.
10. vanBokhoven MA, Kok G, van der WT. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:215-20.
11. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Minprotección; 2006.
12. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en Salud. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Actualización Junio 2011. Bogotá: Minprotección; 2011.
13. Flottorp S, Oxman AD. Identifying barriers and tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Serv Res*. 2003;3:3.
14. Anselm AH, Palda V, Guest CB, et al. Barriers to communication regarding end-of-life care: perspectives of care providers. *J Crit Care*. 2005;20:214-23.
15. Ortiz M del R, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT, et al. Identificación de barreras a las políticas de nutrición y alimentación en Colombia: estudio por el método Delfos. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;14:186-92.

16. Davis R, Turner E, Hicks D, et al. Developing an integrated career and complementency framework for diabetes nursing. *J Clin Nurs*. 2008;17:168-74.
17. Newton PJ, Halcomb EJ, Davidson PM, et al. Barriers and facilitators to the implementation of the collaborative method: reflections for a single site. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:409-14.
18. Kedward J, Dakin L. A qualitative study of barriers to the use of statins and implementation of coronary heart disease prevention in primary care. *Br J Gen Pract*. 2003;53:684-9.
19. Hobbs FD, Erhard L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physician in five European countries: the reassessing European attitudes about cardiovascular treatment (REACT) survey. *Fam Pract*. 2002;19:596-604.
20. Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. Changing the clinical behavior of doctors: a psychological framework. *Qual Health Care*. 1996;5:51-4.
21. Flores G, Lee M, Bauchner H, et al. Pediatricians' attitudes, beliefs, and practices regarding clinical practice guidelines: a national survey. *Pediatrics*. 2000;105:496-501.
22. Wan Q, Harris MF, Zwar N, et al. Sharing risk management: an implementation model for cardiovascular absolute risk assessment and management in Australia general practice. *Int J Clin Pract*. 2008;62:905-11.
23. Freeman J, Loewe R. Barriers to communication about diabetes mellitus. Patients' and physicians' different view of the disease. *J Fam Pract*. 2004;49:507-12.
24. Wiene-Ogilvie S, Huby G, Pinnock H, et al. Practice organizational characteristics can impact on compliance with the BTS/SIGN asthma guideline: qualitative comparative case study in primary care. *BMC Fam Pract*. 2008;9:32.
25. DeGross A, Boehm J, Goode Green S, et al. Facilitators and challengers to start-up of the colorectal cancer screening demonstration program. *Prev Chronic Dis*. 2008;5:A39.
26. The Cochrane Collaboration. Effective practice and organization of care group (EPOC) [internet]. [citado: 17 de mayo de 2012]. Disponible en: www.epoc.cochrane.org
27. Donabedian A. La calidad de la atención médica. *Revista Calidad Asistencial*. 2001;16:S29-38.
28. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social (Minprotección). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, 2007. Bogotá: Minprotección: 2007.
29. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Primer on indicator development and application: measuring quality in health care. *Accreditation of Healthcare Organizations*. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO; 1990.

Glosario

A

abstinencia aguda por alcohol. Síntomas físicos que se experimentan cuando se reduce súbitamente la cantidad de alcohol tras un consumo excesivo o prolongado.

abstinencia al alcohol asistida médicamente. Abstinencia deliberada de alcohol por un bebedor bajo la supervisión de equipo médico. Puede necesitar medicación prescrita para aliviar síntomas; se lleva a cabo ya sea en la casa, el hospital u otra modalidad de atención.

abstinente. Persona que no consume alcohol.

abuso de alcohol. Patrón *maladaptativo* de uso de alcohol, manifestado por consecuencias de daño recurrente y significativo relacionadas con el consumo repetido de alcohol, en ausencia de diagnóstico de dependencia al alcohol (DSM-IV-R).

acidosis láctica. Aumento de la cantidad de ácido láctico en sangre; más de lo que el cuerpo puede eliminar.

aclaramiento ciliar. Aclaramiento de mucus y de otro material de las vías respiratorias por los cilios y las células epiteliales.

adicción o drogadicción. Es la dependencia de una droga con aparición de síntomas físicos cuando se suprime la droga. Ley 30 de 1986.

alcohol etanol(alcohol etílico). Principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas; etanol; bebida alcohólica.

alcoholemia. Niveles de alcohol en sangre.

alcoholismo. 1. m. Abuso habitual y compulsivo de bebidas alcohólicas. 2. m. Enfermedad ocasionada por tal abuso, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica. Esta última produce trastornos graves y suele transmitir por herencia otras enfermedades, especialmente del sistema nervioso (DRAE, 22.^a ed.).

alucinación. Error de la sensopercepción en el cual se percibe un objeto inexistente, sin hacer crítica sobre este.

alucinosis. Error de la sensopercepción en el cual se percibe un objeto inexistente, con crítica sobre el mismo; también es llamada alucinación criticada.

atención ambulatoria. Modalidad de atención en la cual toda actividad, procedimiento o intervención se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.

atención hospitalaria. Modalidad de atención que requiere la internación del paciente, según el criterio médico del profesional tratante.

atención primaria. Asistencia sanitaria a la cual pueden acceder todas las personas de una comunidad, con su plena participación. El costo es favorable tanto para la persona que toma el servicio como para la entidad gubernamental que lo cubre.

AUDIT. Prueba de tamización diseñada para identificar si la persona tiene consumo dañino o cantidades peligrosas de alcohol.

B

bebedor episódico. Consumo de alcohol en el cual la persona bebe al menos el doble del máximo recomendado de unidades de alcohol por día en una sola sesión.

bebida estándar. Medida estándar que contiene 10 g de alcohol (equivalente a 12,5 ml de alcohol puro).

benzodiazepinas. Grupo de fármacos relacionados estructuralmente, que se utilizan como sedantes/hipnóticos, relajantes musculares y antiepilépticos. Producen su efecto terapéutico en el síndrome de abstinencia, al potenciar la acción del ácido gamma aminobutírico, un importante inhibidor de la neurotransmisión. Las benzodiazepinas de acción corta, como el halazepam y triazolam, tienen un efecto rápido; el alprazolam, flunitrazepam, nitrazepam, lorazepam y temazepam son de efecto intermedio; y el comienzo de acción del oxazepam es lento. Las benzodiazepinas de acción prolongada son el diazepam (que tiene el comienzo de acción más rápido), el clorazepato (también de comienzo de acción rápido), el clordiazepóxido (de comienzo de acción intermedio), el flurazepam (de comienzo de acción lento) y el prazepam (con el comienzo de acción más lento). Las benzodiazepinas de acción prolongada pueden provocar un efecto discapacitante acumulado y son más proclives a causar sedación diurna y alteración motriz que las de acción corta. (Definición de términos de alcohol y drogas, Organización Mundial de la Salud, 1994).

biodisponibilidad. Cantidad relativa y velocidad con la que un fármaco alcanza sin cambios la circulación sistémica, y está disponible para hacer efecto.

bradipsiquia. Disminución en el curso del pensamiento.

C

CAGE. Cuestionario de cuatro preguntas para tamización de alcoholismo.

casos y controles. Diseño de estudio en el que comparan un grupo que presenta un desenlace de interés con un grupo de personas sin dicho desenlace.

catecolaminas. Grupo de neurotransmisores que incluyen adrenalina, noradrenalina, dopamina sintetizadas a partir de la tirosina.

celotipia. Trastorno delirante cuyo tema central es la infidelidad de la pareja.

CIE-10. Décima edición de la clasificación internacional de enfermedades.

CIWA-Ad. Versión de ocho ítems de CIWA-Ar.

CIWA-Ar. Escala validada de diez ítems, usada para cuantificar la severidad del síndrome de abstinencia por alcohol, y monitorear y medicar al paciente durante la abstinencia.

cohorte. Población definida que se sigue en la totalidad de un estudio.

complejo B. Es un complejo vitamínico que se utiliza en los estados carenciales, y coadyuvante de las neuritis y polineuritis, así como suplemento en estados de desnutrición, embarazo y lactancia. Viene en presentación de jarabe, grageas y ampollas compuestas de vitamina B1, vitamina B2, vitamina B6 y nicotinamida.

consumo dañino. Patrón de consumo de alcohol que causa daño físico o mental.

consumo peligroso. Patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de daño, incluye consecuencias físicas, mentales; también en algunas definiciones, sociales.

consumo perjudicial (CIE-10). Forma de consumo que está afectando ya la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicótropas por vía parenteral) o mental, por ejemplo los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

consumo pesado de alcohol. Patrón de consumo de alcohol que causa daño físico o mental.

D

daño relacionado con alcohol. Efectos adversos en la salud y sociales como resultado del consumo de alcohol.

delirium tremens. Incluido en el CIE-10 en estado de abstinencia con *delirium* (inducido por alcohol). Es un desenlace grave, considerado como una emergencia médica, por la abstinencia alcohólica que involucra cambios neurológicos o mentales repentinos y severos. Su presentación es más frecuente en las primeras 72 horas después del último consumo de alcohol, pero puede aparecer hasta siete a diez días después (Medlineplus).

dependencia al alcohol (CIE-10). Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a una instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

dependencia psicológica. Es la necesidad repetida de consumir una droga, no obstante sus consecuencias. Ley 30 de 1986.

descontinuación gradual de medicamento. Habla de la disminución de una medicación, cuando no se hace de manera abrupta, para evitar síntomas de rebote o de abstinencia. Se hace de manera lenta, progresiva, hasta suspender el medicamento.

difusión pasiva. Proceso de difusión que no requiere energía; se basa en la diferencia de concentraciones. Pasa de la zona de mayor concentración a la de menor concentración.

dipsomanía. Impulso irresistible hacia el consumo de bebidas alcohólicas fuertes; a diferencia del alcoholismo, se manifiesta como crisis episódicas y en los intervalos no hay consumo de alcohol.

disautonomía. Alteración del sistema nervioso autónomo; puede incluir taquicardia, bradicardia, mareos, desmayos, etc.

dosis personal. Es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. Ley 30 de 1986.

dosis terapéutica. Es la cantidad de droga o de medicamento que un médico prescribe según las necesidades clínicas de su paciente. Ley 30 de 1986.

droga. Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas. Ley 30 de 1986.

DSM-IV. Cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

E

embriaguez aguda en alcoholismo. Intoxicación aguda por alcohol.

encefalopatía de Wernicke CIE-10(E51.2). Síndrome neurológico agudo y potencialmente mortal, que consiste en confusión, apatía, desánimo, un delirio soñador, parálisis de los músculos oculares y de la mirada, nistagmo y alteraciones del equilibrio, y ataxia. La causa más habitual en los países industrializados reside en el déficit de tiamina que se asocia con el alcoholismo. Si no se trata de inmediato con tiamina, es probable que el paciente fallezca o progrese hacia un síndrome amnésico.

ensayo clínico controlado. Tipo de diseño de investigación en el cual las personas son aleatoriamente asignadas a dos o más grupos: experimental y comparación o control. Se siguen para evaluar desenlaces y comparar diferencias en efectividad de tratamiento.

entrevista clínica estructurada. Proceso de acopio y registro de datos clínicos de paciente en forma secuencial.

especificidad. Proporción de individuos sanos que tienen resultados verdaderos negativos en una prueba.

estado de abstinencia con *delirium* (inducido por alcohol) CIE-10. Afección en la que el estado de abstinencia se complica con *delirium* según criterios F05. También se pueden presentar convulsiones. Incluye *delirium tremens*.

estudio observacional. Estudio en el que el investigador no influye sobre la probabilidad de presentar o no una condición o de estar o no expuesto a un factor de interés.

estupefaciente. Es la droga no prescrita médicamente, que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo dependencia. Ley 30 de 1986.

F

factor de riesgo. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

G

grupo de autoayuda. Reuniones en las que personas con afecciones similares se ayudan entre sí sin necesidad del liderazgo de un profesional de salud mental.

H

hemodinámico. Referente a estudio anatómico y funcional del corazón y la dinámica de la sangre en las estructuras sanguíneas.

hipoglucemia. Concentración baja de glucosa en sangre.

hipomagnesemia. Concentración de magnesio en sangre baja.

hipoalbuminemia. Concentración baja de albúmina plasmática.

hipocalcemia. Concentración baja de calcio en sangre.

hipofosfatemia. Concentración baja de fósforo en sangre.

I

ideas delirantes. También llamadas “delirio”, son ideas irracionales irreductibles por la lógica o la argumentación.

ideas obsesivas. Idea prevalente egodistónica, asociada con conductas (rituales, de verificación, limpieza, etc.) llamadas compulsiones.

intervalo de confianza. Rango de valores en los cuales está contenido el valor cierto para la población con una ‘confianza’ establecida (convencionalmente del 95%).

intoxicación aguda por alcohol (CIE-10). Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol que produce alteraciones del grado de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

K

kindling. Activación propagada.

L

limitaciones metodológicas. Hallazgos del diseño o reporte de un estudio clínico que se sabe están asociados con riesgo de sesgo o falta de validez.

M

manejo clínico de personas con problemas relacionados con el alcohol. Cualquier intervención farmacológica o psicosocial llevada a cabo por el clínico para manejar los problemas causados por el alcohol o cualquier complicación médica o psiquiátrica.

medicamento. Es toda droga producida o elaborada en forma farmacéutica reconocida, que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos. Ley 30 de 1986.

metaanálisis. Método de combinación de resultados de múltiples estudios, permite la síntesis y el resumen de los datos encontrados. Se utiliza para evaluar la efectividad de una terapia o planear nuevas alternativas de investigación.

minimización de daño. Estrategia de disminución de consecuencias negativas asociadas con el consumo de alcohol. Incluye la modificación del patrón de consumo.

N

nistagmo. Movimiento involuntario e incontrolable de los ojos.

nivel de evidencia. Clasificación que se asigna según la validez de los resultados de una investigación, que, junto con otros elementos, permite dar el grado de recomendación.

niveles de complejidad de atención: I, II, III(baja, mediana y alta complejidad de atención).
Primer nivel de complejidad: requeridos para la atención de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos por médico u odontólogo general, y/o personal técnico o

auxiliar en forma ambulatoria u hospitalaria. Segundo nivel de complejidad: instituciones que prestan atención de eventos susceptibles de ser atendidos por especialistas, como pediatra, cirujano general, médico internista, ortopedista y ginecoobstetra, las 24 horas del día, en forma ambulatoria u hospitalaria, y que cuenta con laboratorios de mayor complejidad. Tercer nivel de complejidad: institución que presta atención de eventos susceptibles de ser atendidos por especialistas, como neurocirujano, cirujano vascular, neumólogo, nefrólogo, dermatólogo, etc., las 24 horas del día; cuenta además con servicios de radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal.

no POS. Medicamentos, dispositivos, intervenciones o procedimientos no incluidos en el plan obligatorio de salud (POS).

O

oftalmoplejía. Trastorno oculomotor en el cual se produce una incapacidad para mover voluntariamente el globo ocular.

odds ratio. Medida de probabilidad de ocurrencia de un desenlace en estudios de casos y controles.

P

patrón de consumo. Descripción de cantidad, tiempo y frecuencia de consumo de alcohol, detalle acerca del tipo de consumo, los riesgos a los que se expone y fecha y hora del último consumo.

perfil de seguridad. El perfil de seguridad de un medicamento es el margen que permite el uso del medicamento sin la aparición de eventos adversos o problemas relacionados con el uso de este.

POS-C. El plan obligatorio de salud contributivo es el conjunto de servicios de atención en salud al que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al régimen contributivo, cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud a todos sus afiliados.

POS-S. El plan obligatorio de salud subsidiado es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al régimen subsidiado, cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud subsidiadas a todos sus afiliados.

potencia. Cantidad de medicamento necesario para producir un efecto.

prevención. Es el conjunto de actividades encaminadas a reducir y evitar la dependencia. Ley 30 de 1986.

protocolo de estudio. Detalles, aspectos logísticos, científicos y metodológicos de una propuesta.

pseudoalucinaciones. Trastorno sensorial en el cual hay percepción sin objeto, no criticada y en campo interno (alucinación interna).

psicoactivo. Sustancia de origen natural o sintético que ejerce un efecto sobre el sistema nervioso central.

psicotrópico. Es la droga que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo efectos neuropsicofisiológicos. Ley 30 de 1986.

Q

QALY. Medida de desenlace en salud, la cual asigna a cada periodo un peso, de 0 a 1, siendo 0 un estado de salud equivalente a muerte y 1, salud óptima.

QOL. Calidad de vida. Se refiere al grado de comodidad, disfrute y capacidad para gozar en las actividades cotidianas.

R

recaída. Reparición de los síntomas después de haber obtenido remisión de la enfermedad.

recidiva. Reparición de síntomas de una enfermedad que parecía haber desaparecido o que se había controlado.

rehabilitación. Actividad conducente a la reincorporación útil del farmacodependiente a la sociedad. Ley 30 de 1986.

revisión Cochrane. The Cochrane Library consiste en una colección actualizada regularmente de bases de datos de medicina basada en evidencia.

revisión narrativa. Revisión no sistemática de la literatura. No contiene sección de materiales ni métodos, los criterios de selección de la literatura no están establecidos por un patrón y usualmente no hay una pregunta amplia y enfocada que dirija la búsqueda.

revisión sistemática. Revisión de la literatura realizada por estrategia de búsqueda sistemática, donde se identifican, seleccionan y valoran estudios relevantes, con el objetivo de extraer y reportar los hallazgos de dicha literatura, resumiendo la evidencia disponible frente a un tema en particular.

riesgo relativo. Número de veces en las que es más o menos probable que ocurra un evento en un grupo comparado con otro.

S

sensibilidad. Proporción de individuos con la enfermedad que tienen un resultado verdadero positivo. Probabilidad de tener un resultado positivo en una prueba dado que se tiene la enfermedad de interés.

SIGN. Red que desarrolló guías de práctica clínica para Escocia.

significancia estadística. Indicación por medio de pruebas estadísticas de que menos del 5% (p menor a 0,05) de los resultados observados se deban al azar.

síndrome amnésico. Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes, y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado, y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas.

síndrome de abstinencia (CIE-10). Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

síndrome de dependencia (CIE-10). Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, manifestado como el deseo de ingerir alcohol, el desarrollo de tolerancia y abstinencia.

síndrome de Wernicke Korsakov (CIE-10). Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado, y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas.

T

tamización. Identificación de una condición específica en un grupo de individuos.

taquipsiquia. Incremento en el curso del pensamiento.

tiamina. Vitamina B1, que se requiere en cantidad de 1,1 mg al día en mujeres mayores de 18 años, y 1,5 mg al día en hombres mayores de 18 años. Su suplencia está indicada en patologías que cursan con déficit de tiamina. Viene en presentación de tableta 300 mg y ampolla de 100 mg.

tolerancia (CIE-10). Se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.

toxicomanía. Entiéndase como dependencia a sustancias médicamente calificadas como tóxicas. Ley 30 de 1986.

transmisión sináptica. Transmisión de señales a través de las sinapsis neuronales, las cuales pueden ser químicas o eléctricas, inhibitorias, excitatorias o moduladoras.

tratamiento. Son los distintos métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga. Ley 30 de 1986.

U

urgencia. La aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o por su familia (OMS).

uso nocivo. Para la OMS, el concepto de uso nocivo del alcohol es amplio, abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas con un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social, y puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad.

V

valor predictivo. Probabilidad estimada de padecer una enfermedad o desenlace si se obtiene un resultado en una prueba.

vida media. Es el tiempo que el organismo tarda en eliminar la mitad de un fármaco circulante en plasma.

Anexos

1. Descripción proceso de búsqueda

1.1. Búsqueda y evaluación de guías de práctica clínica

Búsqueda de guías

1. Tamizaje y reducción del número de guías obtenidas:

Para la identificación de guías de práctica clínica basadas en evidencia (GPC) se hicieron búsquedas sistemáticas en bases de datos internacionales de organismos desarrolladores o compiladores de guías de práctica clínica, y en bases de datos que recogieran literatura científica sobre temas relacionados con el abuso o la dependencia del alcohol (ver Tabla 1). Para la búsqueda de guías locales se solicitó a psiquiatras expertos en el manejo de esta patología en varias regiones del país, que informaran sobre la existencia de guías de práctica clínica basadas en evidencia desarrolladas en su región.

Tabla 1. Bases de datos consultadas

Base de datos	Página web
American College of Physicians (ACP)	http://www.acponline.org/clinical_information/guidelines/
Catálogo de GPC en el Sistema Nacional de Salud de España	http://www.guiasalud.es/
Evidence-based medicine guidelines	http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti
Fisterra	http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp
GIN International Guideline Library	http://www.g-i-n.net/
National Guidelines Clearinghouse (NGCH)	http://www.guideline.gov/
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz
NHS	http://www.nhs.uk/
PubMed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/numlist.html
Tripdata	http://www.tripdatabase.com/

Se realizaron búsquedas en todas las bases de datos mencionadas utilizando los siguientes términos: 1) “alcohol”, “alcoholism” y “alcohol withdrawal”, para las bases de datos en inglés; y 2) “alcohol”, “alcoholismo” y “síndrome de abstinencia”, para las bases de datos en español. La búsqueda se filtró para incluir únicamente guías de práctica clínica. Con el fin de complementar la búsqueda y asegurar la consecución del mayor número de guías de práctica clínica relevantes, se contrataron los servicios de búsqueda de la Colaboración Cochrane. Los resultados completos de las búsquedas se presentan en el anexo de búsqueda de guías de práctica clínica.

Se examinaron todos los títulos encontrados y se incluyeron las guías que cumplieron con los siguientes criterios: 1) Guías basadas en la evidencia, 2) Guías desarrolladas mediante un proceso por un grupo experto, 3) Guías que establezcan recomendaciones, 3) Guías cuyo alcance y cuyo objetivo se relacionen con alcoholismo, síndrome de abstinencia o intoxicación aguda por alcohol. En total se incluyeron 26 GPC. Los resultados de la preselección de GPC se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Preselección de guías de práctica clínica

No.	Título de la guía	Guía basada en la evidencia	Proceso de desarrollo y grupo experto	Establece recomendaciones	Año de publicación > 2000	Alcances y objetivos relacionados con la guía	Independencia editorial
1	Problem Drinking Part 1: Screening and Assessment Part 2: Brief Intervention Part 3: Office Based Management of Alcohol Withdrawal and Prescribing Medications for Alcohol Dependence.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2	Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence National Clinical Practice Guideline 115.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3	Drug and Alcohol Abuse amongst Anaesthetists Guidance on Identification and Management.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4	EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5	Alcohol Use Disorders: Diagnosis And Clinical Management Of Alcohol-Related Physical Complications-Clinical Guideline 100.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6	Alcohol and Pregnancy.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
7	Guidelines for the treatment of alcohol problems.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
8	Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
9	Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
10	Alcoholismo. Guías de manejo en psiquiatría.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
11	Síndrome de Abstinencia. Alcohólica-Hospital Santa Clara.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
12	The Guide to Clinical Preventive Services - Task Force - Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
13	Alcohol consumption and the outcomes of	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

	pregnancy.						
14	Detoxification and substance abuse treatment: physical detoxification services for withdrawal from specific substances.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
15	Guidelines for the management of alcohol issues in the acute general hospital setting.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
16	Tratamiento de las Complicaciones de la Dependencia al Alcohol.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
17	Guía de manejo de alcoholismo-Clínica de Nuestra Señora de La Paz.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
18	Diagnóstico e tratamiento de comorbidades psiquiátricas e dependencia de alcohol.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
19	Management of Alcohol Withdrawal Delirium.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
20	Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
21	The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
22	Tratamiento Hospitalario del Síndrome de Deprivación Alcohólica.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
23	Australian Alcohol Guidelines: Health Risks and Benefits.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
24	Objetivos, indicaciones y modalidades de desintoxicación de los alcohólicos.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
25	Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
26	Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) in Canada.	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí

2. Reducción del número de guías resultantes del tamizaje

De las 26 guías preseleccionadas, se excluyeron 15, por las razones que se exponen a continuación: Las guías 11, 14, 17 y 24 utilizaron la metodología de consenso de expertos para elaborar la mayoría de sus recomendaciones. En las guías 3, 6, 9, 13 y 26 la población a la que se dirige la guía (anestesiólogos, adolescentes, mujeres embarazadas, fetos) no corresponde a la población definida en la presente guía (adultos mayores de 18 años). El alcance de las guías 4, 12, 18, 19 es reducido o se encuentra por fuera del alcance de la presente guía (encefalopatía de Wernicke, tamización de alcoholismo, comorbilidades en pacientes con dependencia alcohólica, *delirium* en el síndrome de abstinencia). La guía 15 no se encuentra actualizada (existen versiones más recientes). El grupo desarrollador de la guía 20 pertenece a la industria farmacéutica, por lo cual se considera que se encuentra en riesgo su independencia editorial.

Finalmente, se seleccionaron 10 GPC, cuya calidad fue evaluada por 2 expertos, de manera independiente, utilizando el instrumento AGREE II (Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de características generales de la guías

No.	Título de la guía	Grupo realizador	País	Idioma	Fecha de publicación	Fecha final de búsqueda	Seleccionada evaluación de calidad	
							Sí	No
1	Problem Drinking Part 1: Screening and Assessment Part 2: Brief Intervention Part 3: Office Based Management of Alcohol Withdrawal and Prescribing Medications for Alcohol Dependence.	Guidelines and Protocols Advisory Committee, approved by the British Columbia Medical Association.	Canadá.	Inglés.	2011.	No especificado.	X	
2	Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence National Clinical Practice Guideline 115.	National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence.	Inglaterra	Inglés.	2011.	Marzo de 2010.	X	
3	Drug and Alcohol Abuse amongst Anaesthetists Guidance on Identification and Management.	The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland.	Inglaterra	Inglés.	2011.	No especificado.		X

4	EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy.	European Federation of Neurological Societies.	Europa.	Inglés.	2010.	No especificado.		X
5	Alcohol Use Disorders: Diagnosis And Clinical Management Of Alcohol-Related Physical Complications - Clinical Guideline 100.	National Clinical Guidelines Centre at The Royal College of Physicians.	Inglaterra .	Inglés.	2010.	22 de junio de 2009.	X	
6	Alcohol and Pregnancy.	The Royal College of Midwives.	Inglaterra .	Inglés.	2010.	No especificado.		X
7	Guidelines for the treatment of alcohol problems.	Australian Government Department of Health and Ageing.	Australia.	Inglés.	2009.	No especificado.	X	
8	Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol.	National Health and Medical Research Council.	Australia.	Inglés.	2009.	No especificado.	X	
9	Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents.	Canadian Paediatric Society.	Canadá.	Inglés.	2008.	No especificado.		X
10	Alcoholismo. Guías de manejo en psiquiatría.	Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.	Colombia.	Español.	2006.	No especificado.		X
11	Síndrome de Abstinencia Alcohólica-Hospital Santa Clara.	Hospital Santa Clara.	Colombia.	Español.	2006.	No especificado.		X
12	The Guide to Clinical Preventive Services-Task Force-Screening and Behavioral Counseling. Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse.	The U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF).	Estados Unidos.	Inglés.	2006.	No especificado.		X
13	Alcohol consumption and the outcomes of pregnancy.	Guidelines and Audit Committee of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.	Inglaterra .	Inglés.	2006.	No especificado.		X
14	Detoxification and substance abuse treatment: physical detoxification services for withdrawal from specific substances.	National Guideline Clearinghouse.	Estados Unidos.	Inglés.	2006.	No especificado.		X
15	Guidelines for the management of	Doncaster and Bassetlaw	Inglaterra	Inglés.	2006.	No		X

	alcohol issues in the acute general hospital setting.	Hospitals NHS Foundation Trust.	.			especificado.		
16	Tratamiento de las Complicaciones de la Dependencia al Alcohol.	Caja Costarricense de Seguro Social-Gerencia de División Médica - Dirección de Medicamentos y Terapéutica-Departamento de Farmacoepidemiología.	Costa Rica.	Español.	2005.	No especificado.	X	
17	Guía de manejo de alcoholismo-Clínica de Nuestra Señora de La Paz.	Clínica de Nuestra Señora de La Paz.	Colombia.	Español.	2005.	No especificado.		X
18	Diagnóstico e tratamiento de comorbidades psiquiátricas e dependencia de álcool.	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD).	Brasil.	Portugués.	2005.	No especificado.		X
19	Management of Alcohol Withdrawal Delirium.	Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine.	Estados Unidos.	Inglés.	2004.	No especificado.		X
20	Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology.	British Association for Psychopharmacology.	Inglaterra	Inglés.	2004.	No especificado.		X
21	The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline.	Scottish Intercollegiate Guidelines Network.	Escocia.	Inglés.	2003.	No especificado.	X	
22	Tratamiento Hospitalario del Síndrome de Deprivación Alcohólica.	Sociedad Gallega de Medicina Interna.	España.	Español.	2003.	No especificado.	X	
23	Australian Alcohol Guidelines: Health Risks and Benefits.	National Health and Medical Research Council.	Australia.	Inglés.	2001.	No especificado.	X	
24	Objetivos, indicaciones y	Société Française	Francia.	Español.	2000.	No		X

	modalidades de desintoxicación de los alcohólicos.	d'Alcoologie.				especificado.		
25	Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care.	National Health Committee.	Nueva Zelanda.	Inglés.	1999.	No especificado.	X	
26	Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE) in Canada.	Canadian Paediatric Society.	Canadá.	Inglés.	1997.	No especificado.		X

3. Evaluación de la calidad y proceso de las guías de práctica clínica (Instrumento AGREE II)

Las 10 guías de práctica clínica seleccionadas fueron evaluadas mediante la aplicación del instrumento AGREE II. Cada guía fue evaluada de manera independiente por lo menos por dos expertos del grupo desarrollador. Los resultados de la evaluación con AGREE II se presentan en la tabla 4. En el anexo evaluación de guías se encuentra la información detallada de la evaluación realizada con los puntajes discriminados por dominio y por evaluador.

Tabla 4. Registro de resultados evaluación de calidad AGREE II

No. de la guía	Evaluación global AGREE II	Puntaje Rigor en la elaboración	Puntaje independencia editorial	Incluida		Razones y comentarios
				Sí	No	
1	45%	18%	4%		X	El puntaje de independencia editorial es demasiado bajo.
2	88%	90%	92%	X		Esta guía obtuvo los mejores puntajes globales y permite acceder a información detallada.
5	88%	90%	92%	X		Esta guía obtuvo los mejores puntajes globales y permite acceder a información detallada.
7	68%	63%	33%	X		Aunque no obtuvo los mejores puntajes, se la seleccionó porque es reciente, concuerda con los

						alcances y los objetivos de la guía y su contenido se complementa con el de las otras guías seleccionadas.
8	61%	67%	39%		X	Aunque es una guía de buena calidad, no se la seleccionó porque su objetivo es muy reducido respecto al de la guía que se pretende desarrollar.
16	81%	80%	92%		X	Aunque esta guía obtuvo un buen puntaje, no se la seleccionó para evaluación, porque se trata de la adopción de otra guía.
21	87%	88%	97%		X	Aunque se trata de una guía de buena calidad y con objetivos y alcances concordantes con la guía que se pretende desarrollar, no se la seleccionó porque no es muy reciente.
22	41%	64%	8%		X	El puntaje de independencia editorial es demasiado bajo.
23	59%	61%	0%		X	El puntaje de independencia editorial es demasiado bajo.
25	39%	26%	8%		X	El puntaje de independencia editorial es demasiado bajo.

En el anexo Matriz de Recomendaciones se puede ver el análisis de contenidos y respuestas a cada pregunta clínica en las GPC basadas en las evidencias seleccionadas

2. Tabla de búsqueda de GPC

GAI-Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol

Búsquedas sistemáticas de guías de práctica clínica basadas en la evidencia

Base de datos: PubMed.

Fecha: 07/06/2011.

Términos de búsqueda: Búsqueda realizada por Cochrane (no especifica los términos utilizados).

Resultados: 47

1. J Dig Dis. 2011 Feb;12(1):45-50. doi: 10.1111/j.1751-2980.2010.00477.x.

Guidelines for the diagnosis and management of alcoholic liver disease: update 2010: (published in Chinese on Chinese Journal of Hepatology 2010; 18: 167-170).

Li YM, Fan JG, Wang BY, Lu LG, Shi JP, Niu JQ, Shen W; Chinese Association for the Study of Liver Disease.

Department of Gastroenterology, 1st Affiliated Hospital, College of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou, Zhejiang Province, China.

PMID: 21276208 [PubMed-indexed for MEDLINE]

2. J Obstet Gynaecol Can. 2010 Aug;32(8 Suppl 3):S1-31.

Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines.

Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, Koren G, Martel MJ, Midmer D, Nulman I, Poole N, Senikas V, Wood R, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

PMID: 21172102 [PubMed-indexed for MEDLINE]

3. Eur J Neurol. 2010 Dec;17(12):1408-18. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03153.x.

EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy.

Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA; EFNS. Department of Neurology, Cork University Hospital, Wilton, Cork, Ireland.

PMID: 20642790 [PubMed-indexed for MEDLINE]

4. Dig Liver Dis. 2010 Apr;42(4):272-82. Epub 2010 Feb 19.

Practice guidelines for the diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease. A decalogue from the Italian Association for the Study of the Liver (AISF) Expert Committee.

Loria P, Adinolfi LE, Bellentani S, Bugianesi E, Grieco A, Fargion S, Gasbarrini A, Loguercio C, Lonardo A, Marchesini G, Marra F, Persico M, Prati D, Baroni GS;

NAFLD Expert Committee of the Associazione Italiana per lo studio del Fegato.

Dipartimento di Medicina Interna, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia, Nuovo Ospedale Sant'Agostino Estense di Baggiovara, Via del Pozzo 71, Modena, MO, Italy.

PMID: 20171943 [PubMed-indexed for MEDLINE]

5. Hepatology. 2010 Jan;51(1):307-28.

Alcoholic liver disease.

O'Shea RS, Dasarathy S, McCullough AJ; Practice Guideline Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology.

Department of Gastroenterology and Hepatology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, OH 44195, USA.

Comment in Hepatology. 2010 May;51(5):1860-1; author reply 1861.

PMID: 20034030 [PubMed-indexed for MEDLINE]

6. Schizophr Bull. 2010 Jan;36(1):48-70. Epub 2009 Dec 2.

The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements.

Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT).

VA Capitol Health Care Network Mental Illness Research Education and Clinical Center, Baltimore, MD, USA. Ldixon@psych.umaryland.edu

Comment in

Schizophr Bull. 2010 Jan;36(1):107-8.

Schizophr Bull. 2010 Jan;36(1):104-6.

Schizophr Bull. 2010 Jan;36(1):109-11.

PMCID: PMC2800143

PMID: 19955389 [PubMed-indexed for MEDLINE]

7. Clin Nutr. 2009 Aug;28(4):436-44. Epub 2009 Jun 11.

ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: hepatology.

Plauth M, Cabré E, Campillo B, Kondrup J, Marchesini G, Schütz T, Shenkin A, Wendon J; ESPEN.

Städtisches Klinikum, Dessau, Germany.

Comment in

Clin Nutr. 2011 Feb;30(1):131; author reply 132.

PMID: 19520466 [PubMed-indexed for MEDLINE]

8. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008 Dec 6;152(49):2662-6.

[Summary of the practice guideline 'Viral hepatitis and other liver diseases' (second revision) from the Dutch College of General Practitioners]. [Article in Dutch]

Bouma M, van Geldrop WJ, Numans ME, Wiersma T, Goudswaard AN.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. m.bouma@nhg.org

Comment in

Ned Tijdschr Geneeskd. 2008 Dec 6;152(49):2656-7.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2008 Dec 6;152(49):2658-61.

PMID: 19137965 [PubMed-indexed for MEDLINE]

9. Gac Med Mex. 2008 Sep-Oct;144(5):369-88.

[Drink consumption for a healthy life: recommendations for the general population in Mexico].

[Article in Spanish]

Rivera JA, Muñoz-Hernández O, Rosas-Peralta M, Aguilar-Salinas CA, Popkin BM, Willett WC; Comité de Expertos para las Recomendaciones de Bebidas.

Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. jrivera@insp.mx

Comment in

Salud Publica Mex. 2009 May-Jun;51(3):177.

PMID: 19043956 [PubMed-indexed for MEDLINE]

10. Obstet Gynecol. 2008 Dec;112(6):1449-60.

ACOG Committee Opinion No. 422: at-risk drinking and illicit drug use: ethical issues in obstetric and gynecologic practice.

American College of Obstetricians and Gynecologists.

The American College of Obstetricians and Gynecologists, 409 12th Street, SW, PO Box 96920, Washington, DC 20090-6920, USA.

PMID: 19037056 [PubMed-indexed for MEDLINE]

11. J Dig Dis. 2008 May;9(2):113-6.

Guidelines for the diagnosis and treatment of alcoholic liver disease.

Zeng MD, Li YM, Chen CW, Lu LG, Fan JG, Wang BY, Mao YM; Chinese National Consensus Workshop on Nonalcoholic Fatty Liver Disease.

Shanghai Institute of Digestive Disease, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, China. xhsyljd@yahoo.com.cn

PMID: 18419646 [PubMed-indexed for MEDLINE]

12. Salud Publica Mex. 2008 Mar-Apr;50(2):173-95.

[Beverage consumption for a healthy life: recommendations for the Mexican population].

[Article in Spanish]

Rivera JA, Muñoz-Hernández O, Rosas-Peralta M, Aguilar-Salinas CA, Popkin BM, Willett WC; Comité de Expertos para las Recomendaciones.

Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. jrivera@insp.mx

Comment in

Salud Publica Mex. 2008 Sep-Oct;50(5):341-4; author reply 344-53.

PMID: 18372998 [PubMed-indexed for MEDLINE]

13. Aten Primaria. 2007 Nov;39 Suppl 3:27-46.

[Recommendations on life style].

[Article in Spanish]

Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marquésa F, Ortega Sánchez-Pinilla R, Nebot Adella M, Megido Badía MJ, Muñoz Seco E, Prados Castillejo JA, Córdoba García R;

Grupo de Trabajo de Educación Para la Salud.

Grupo de Trabajo de Educación Para la Salud.

PMID: 19288695 [PubMed-indexed for MEDLINE]

14. J Gastroenterol Hepatol. 2007 Jun;22(6):775-7.

Guidelines for the assessment and management of non-alcoholic fatty liver disease in the Asia-Pacific region: executive summary.

Farrell GC, Chitturi S, Lau GK, Sollano JD; Asia-Pacific Working Party on NAFLD.

Gastroenterology and Hepatology Unit, The Canberra Hospital, Canberra, Australian Capital Territory, Garran, Australia. geoff.farrell@act.gov.au

Comment in

J Gastroenterol Hepatol. 2007 Jun;22(6):788-93.

J Gastroenterol Hepatol. 2007 Jun;22(6):769-70.

PMID: 17565629 [PubMed-indexed for MEDLINE]

15. Ned Tijdschr Geneesk. 2006 Nov 18;150(46):2536-40.

[Summary of the practice guideline 'Problematic alcohol consumption' (second revision) from the Dutch College of General Practitioners].

[Article in Dutch]

Boomsma LJ, Wiersma T, Meerkerk GJ, Goudswaard AN; Nederlands Huisartsen Genootschap.

Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

l.boomsma@nhg-nl.org

Comment in

Ned Tijdschr Geneesk. 2006 Nov 18;150(46):2521-2.

Ned Tijdschr Geneesk. 2007 Jan 27;151(4):270; author reply 270.

PMID: 17152329 [PubMed-indexed for MEDLINE]

16. Subst Abus. 2006 Jun;27(1-2):61-70.

Initial steps taken by nine primary care practices to implement alcohol screening guidelines with hypertensive patients: the AA-TRIP project.

Miller PM, Stockdell R, Nemeth L, Feifer C, Jenkins RG, Nietert PJ, Wessell A, Liszka H, Ornstein S.

Center for Drug and Alcohol Programs, Medical University of South Carolina, 67

President St, PO Box 250861, Charleston, SC 29425, USA. millerpm@musc.edu

PMID: 17062546 [PubMed-indexed for MEDLINE]

17. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Jun;28(2):142-8. Epub 2006 Jun 26.

[Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs (ABEAD) for diagnoses and treatment of psychiatric comorbidity with alcohol and other drugs dependence].

[Article in Portuguese]

Zaleski M, Laranjeira RR, Marques AC, Ratto L, Romano M, Alves HN, Soares MB, Abelardino V, Kessler F, Brasiliano S, Nicastri S, Hochgraf PB, Gigliotti Ade P, Lemos T; Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs.

Núcleo de Psiquiatria, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. mzaleski@terra.com.br

PMID: 16810399 [PubMed-indexed for MEDLINE]

18. *Circulation*. 2006 Jun 20;113(24):e873-923.

Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group;

Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group.

Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, Culebras A, DeGraba TJ, Gorelick PB, Guyton JR, Hart RG, Howard G, Kelly-Hayes M, Nixon JV, Sacco RL; American Heart Association; American Stroke Association Stroke Council.

Erratum in

Circulation. 2006 Nov 28;114(22):e617.

PMID: 16785347 [PubMed-indexed for MEDLINE]

19. *Clin Nutr*. 2006 Apr;25(2):285-94. Epub 2006 May 16.

ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Liver disease.

Plauth M, Cabré E, Riggio O, Assis-Camilo M, Pirlich M, Kondrup J; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Ferenci P, Holm E, Vom Dahl S, Müller MJ, Nolte W; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition).

Department Internal Medicine, Staedtisches Klinikum, Dessau, Germany.

mathias.plauth@klinikum-dessau.de

Comment in

Clin Nutr. 2007 Apr;26(2):272; author reply 273-4.

PMID: 16707194 [PubMed-indexed for MEDLINE]

20. *Stroke*. 2006 Jun;37(6):1583-633. Epub 2006 May 4.

Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group;

Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research

Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline.

Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, Culebras A, Degraha TJ, Gorelick PB, Guyton JR, Hart RG, Howard G, Kelly-Hayes M, Nixon JV, Sacco RL; American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; American Academy of Neurology.

Erratum in

Stroke. 2007 Jan;38(1):207.

PMID: 16675728 [PubMed-indexed for MEDLINE]

21. Clin Toxicol (Phila). 2006;44(1):1-18.

Acetaminophen poisoning: an evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management.

Dart RC, Erdman AR, Olson KR, Christianson G, Manoguerra AS, Chyka PA, Caravati

EM, Wax PM, Keyes DC, Woolf AD, Scharman EJ, Booze LL, Troutman WG; American Association of Poison Control Centers.

American Association of Poison Control Centers, Washington, District of Columbia 20016, USA.

PMID: 16496488 [PubMed-indexed for MEDLINE]

22. Occup Med (Lond). 2006 Mar;56(2):77-82.

Physician health and wellness.

Taub S, Morin K, Goldrich MS, Ray P, Benjamin R; Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, USA.

Comment in

Occup Med (Lond). 2006 Mar;56(2):75-6.

PMID: 16490794 [PubMed-indexed for MEDLINE]

23. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006;13(1):10-24.

JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis.

Sekimoto M, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M, Hirota M, Kimura Y, Takeda K, Isaji S, Koizumi M, Otsuki M, Matsuno S; JPN.

Department of Healthcare Economics and Quality Management, Kyoto University

Graduate School of Medicine, Sakyo-ku, Kyoto 606-8501, Japan.

PMCID: PMC2779368

PMID: 16463207 [PubMed-indexed for MEDLINE]

24. Ann Emerg Med. 2005 Aug;46(2):214-5.

Alcohol screening in the emergency department.

American College of Emergency Physicians.

PMID: 16050012 [PubMed-indexed for MEDLINE]

25. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Jun;44(6):609-21.

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders.

Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, Kinlan J, McClellan J, Stock S, Ptakowski KK; Work Group on Quality Issues.

PMID: 15908844 [PubMed-indexed for MEDLINE]

26. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005 Apr;23(4):221-31.

[Recommendations from GESIDA/SEFH/PNS to improve adherence to antiviral treatment (2004)].

[Article in Spanish]

Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martín-Conde MT, Casado JL, Codina C, Fernández J, Galindo MJ, Ibarra O, Llinas M, Miralles C, Riera M, Fumaz CR, Segador A, Segura F, Chamorro L.

Servicio Medicina Interna, Hospital del Mar, Barcelona, Spain.

HKnobel@imas.imim.es

PMCID: PMC557121

PMID: 15738468 [PubMed-indexed for MEDLINE]

28. Korean J Hepatol. 2004 Jun;10(2):88-98.

[Practice guideline for diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma]. [Article in Korean]

Park JW; Korean Liver Cancer Study Group and National Cancer Center.

Korean Liver Cancer Study Group, Korea.

PMID: 15218342 [PubMed-indexed for MEDLINE]

29. Ann Intern Med. 2004 Apr 6;140(7):554-6.

Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement.

U.S. Preventive Services Task Force.

Comment in

Ann Intern Med. 2004 Apr 6;140(7):I64.

PMID: 15068984 [PubMed-indexed for MEDLINE]

30. Ann Intern Med. 2003 Dec 16;139(12):1009-17.

Management of newly detected atrial fibrillation: a clinical practice guideline from the American Academy of Family Physicians and the American College of Physicians.

Snow V, Weiss KB, LeFevre M, McNamara R, Bass E, Green LA, Michl K, Owens DK, Susman J, Allen DI, Mottur-Pilson C; AAFP Panel on Atrial Fibrillation; ACP Panel on Atrial Fibrillation.

American College of Physicians, Philadelphia, Pennsylvania 19106, USA.

vincenza@acponline.org

Comment in

Ann Intern Med. 2003 Dec 16;139(12):I32.

PMID: 14678921 [PubMed-indexed for MEDLINE]

31. Alcohol Clin Exp Res. 2003 Oct;27(10):1667-70.

Recommendations on use of biomarkers in alcoholism treatment trials.

Allen JP, Litten RZ.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Vienna, Virginia, USA.

jpallenphd@cs.com

PMID: 14574239 [PubMed-indexed for MEDLINE]

32. Encephale. 2002 Nov-Dec;28(6 Pt 1):552-62.

[Minimizing the risks associated with QTc prolongation in people with schizophrenia. A consensus statement by the Cardiac Safety in Schizophrenia Group].

[Article in French]

Ames D, Camm J, Cook P, Falkai P, Gury C, Hurley R, Johnson G, Piepho R, Vieweg

V; Cardiac Safety in Schizophrenia Group.

Université de Melbourne, Melbourne, Australie.

PMID: 12506268 [PubMed-indexed for MEDLINE]

33. Alcohol Alcohol. 2002 Nov-Dec;37(6):513-21.

The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and Emergency Department.

Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA; Royal College of Physicians, London.

Kent Institute of Medicine and Health Sciences, University of Kent at Canterbury, Canterbury, Kent CT2 7RN, UK.

Erratum in

Alcohol Alcohol. 2003 May-Jun;38(3):291.

PMID: 12414541 [PubMed-indexed for MEDLINE]

34. Gastroenterol Clin Biol. 2002 Apr;26 Spec No 2:B303-20.

Consensus conference. Treatment of hepatitis C.

[Article in English, French]

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

PMID: 12180305 [PubMed-indexed for MEDLINE]

35. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2002 Jun;96(5):287-94.

[Short intervention in patients with alcohol problems--counseling materials developed by the German Federal Medical Council and the German Federal Center for Health Education].

[Article in German]

Lang P, Marsen-Storz G, Rakete G, Engelbrecht J; German Federal Medical Council;

German Federal Center for Health Education.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln. Lang@bzga.de

PMID: 12168548 [PubMed-indexed for MEDLINE]

36. Pediatrics. 1998 Jan;101(1 Pt 1):125-8.

American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse.

American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse.

PMID: 11345974 [PubMed-indexed for MEDLINE]

37. Clin Infect Dis. 2000 Apr;30(4):684-7. Epub 2000 Apr 20.

Practice guidelines for the management of patients with sporotrichosis. For the Mycoses Study Group. Infectious Diseases Society of America.

Kauffman CA, Hajjeh R, Chapman SW.

Division of Infectious Diseases, University of Michigan Medical School and Veterans Affairs Medical Center, Ann Arbor 48105, USA. ckauff@umich.edu

PMID: 10770730 [PubMed-indexed for MEDLINE]

38. Am J Gastroenterol. 1998 Nov;93(11):2022-36.

Alcoholic liver disease: proposed recommendations for the American College of Gastroenterology.

McCullough AJ, O'Connor JF.

Center of Nutrition and Metabolism, Metro Health Medical Center, Department of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio 44109-1998, USA.

Comment in

Am J Gastroenterol. 1999 Oct;94(10):3066-8.

Am J Gastroenterol. 1999 Oct;94(10):3065-6.

PMID: 9820369 [PubMed-indexed for MEDLINE]

39. Clin Chem. 1998 May;44(5):1110-23.

Standards of laboratory practice: analgesic drug monitoring. National Academy of Clinical Biochemistry.

White S, Wong SH.

Department of Pediatrics, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI 48201, USA.

PMID: 9590395 [PubMed-indexed for MEDLINE]

40. J Neurosurg Sci. 1996 Mar;40(1):11-5.

Guidelines for minor head injured patients' management in adult age. The Study Group on Head Injury of the Italian Society for Neurosurgery.

[No authors listed]

PMID: 8913956 [PubMed-indexed for MEDLINE]

41. Am J Psychiatry. 1995 Nov;152(11 Suppl):1-59.

Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. American Psychiatric Association.

[No authors listed]

PMID: 7485655 [PubMed-indexed for MEDLINE]

42. AAOHN J. 1995 Jul;43(7):356A-B.

AAOHN advisory. Department of Transportation (DOT) drug and alcohol testing.

DiBenedetto DV.

PMID: 7612078 [PubMed-indexed for MEDLINE]

43. Ann Fr Anesth Reanim. 1995;14 Suppl 2:82-94.

[Role of trace elements and vitamins in peri-operative nutrition].

[Article in French]

Berger MM.

Anesthésiologie et Soins Intensifs de Chirurgie, CHU Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

PMID: 7486339 [PubMed-indexed for MEDLINE]

44. HMO Pract. 1992 Dec;6(4):32-8.

Alcoholism: a guideline for early detection and treatment. Group Health

Cooperative of Puget Sound.

Patton L, Deltoro I, Macuiba J.

Group Health Cooperative of Puget Sound, Seattle, WA.

PMID: 10123755 [PubMed-indexed for MEDLINE]

45. Gen Hosp Psychiatry. 1992 Jul;14(4):258-64.

The depressed alcoholic. Clinical features and medical management.

Petty F.

Dallas Veterans Affairs Medical Center, Texas.

PMID: 1505747 [PubMed-indexed for MEDLINE]

46. Am J Psychiatry. 1991 Oct;148(10):1291-300.

Substance abuse disorders: a psychiatric priority. Group for the Advancement of

Psychiatry Committee on Alcoholism and the Addictions.

[No authors listed]

Comment in

Am J Psychiatry. 1992 Aug;149(8):1117-8; author reply 1118-9.

Am J Psychiatry. 1992 Dec;149(12):1760-1.

Am J Psychiatry. 1992 Aug;149(8):1118; author reply 1118-9.

Am J Psychiatry. 1992 Aug;149(8):1118; author reply 1118-9.

PMID: 1897610 [PubMed-indexed for MEDLINE]

47. Ann Intern Med. 1989 Dec 1;111(11):943-5.

Disulfiram treatment of alcoholism. American College of Physicians.

[No authors listed]

PMID: 2683924 [PubMed-indexed for MEDLINE]

Base de datos: PubMed.

Fecha: 23/02/2011.

Términos de búsqueda: "Alcoholism"[Mesh] AND Practice Guideline[ptyp].

Resultados: 20

Guía: The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements.

Autores: Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT).

Referencia: Schizophr Bull. 2010 Jan;36(1):48-70. Epub 2009 Dec 2. Review. PMID: 19955389

Guía: ACOG Committee Opinion No. 422: at-risk drinking and illicit drug use: ethical issues in obstetric and gynecologic practice.

Autores: American College of Obstetricians and Gynecologists.

Referencia: Obstet Gynecol. 2008 Dec;112(6):1449-60. PMID: 19037056

Guía: [Recommendations on life style].

Autores: Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marquésa F, Ortega Sánchez-Pinilla R, Nebot Adella M, Megido Badía MJ, Muñoz Seco E, Prados Castillejo JA, Córdoba García R; Grupo de Trabajo de Educación Para la Salud.

Referencia: Aten Primaria. 2007 Nov;39 Suppl 3:27-46. Spanish. No abstract available. PMID: 19288695

Guía: [Summary of the practice guideline 'Problematic alcohol consumption' (second revision) from the Dutch College of General Practitioners].

Autores: Boomsma LJ, Wiersma T, Meerkerk GJ, Goudswaard AN; Nederlands Huisartsen Genootschap.

Referencia: Ned Tijdschr Geneeskd. 2006 Nov 18;150(46):2536-40. Dutch. PMID: 17152329

Guía: Alcohol screening in the emergency department.

Autores: American College of Emergency Physicians.

Referencia: Ann Emerg Med. 2005 Aug;46(2):214-5. No abstract available. PMID:16050012

Guía: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders.

Autores: Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, Kinlan J, McClellan J, Stock S, Ptakowski KK; Work Group on Quality Issues.

Referencia: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Jun;44(6):609-21. PMID: 15908844

Guía: Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis.

Autores: Chudley AE, Conry J, Cook JL, Loock C, Rosales T, LeBlanc N; Public Health Agency of Canada's National Advisory Committee on Fetal Alcohol Spectrum Disorder.

Referencia: CMAJ. 2005 Mar 1;172(5 Suppl):S1-S21. PMID:15738468

Guía: Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement.

Autores: U.S. Preventive Services Task Force.

Referencia: Ann Intern Med. 2004 Apr 6;140(7):554-6. PMID:15068984

Guía: Recommendations on use of biomarkers in alcoholism treatment trials.

Autores: Allen JP, Litten RZ.

Referencia: Alcohol Clin Exp Res. 2003 Oct;27(10):1667-70. PMID:14574239

Guía: The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and Emergency Department.

Autores: Thomson AD, Cook CC, Touquet R, Henry JA; Royal College of Physicians, London.

Referencia: Alcohol Alcohol. 2002 Nov-Dec;37(6):513-21. Erratum in: Alcohol Alcohol. 2003 May-Jun;38(3):291. PMID: 12414541

Guía: Consensus conference. Treatment of hepatitis C.

Autores: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Referencia: Gastroenterol Clin Biol. 2002 Apr;26 Spec No 2:B303-20. Review. English, French. PMID:12180305

Guía: [Short intervention in patients with alcohol problems--counseling materials developed by the German Federal Medical Council and the German Federal Center for Health Education].

Autores: Lang P, Marsen-Storz G, Rakete G, Engelbrecht J; German Federal Medical Council; German Federal Center for Health Education.

Referencia: Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2002 Jun;96(5):287-94. German. PMID:12168548

Guía: American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse.

Autores: American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse.

Referencia: Pediatrics. 1998 Jan;101(1 Pt 1):125-8. PMID:11345974

Guía: Standards of laboratory practice: analgesic drug monitoring. National Academy of Clinical Biochemistry.

Autores: White S, Wong SH.

Referencia: Clin Chem. 1998 May;44(5):1110-23. Review. PMID:9590395

Guía: Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. American Psychiatric Association.

Autores: [No authors listed]

Referencia: Am J Psychiatry. 1995 Nov;152(11 Suppl):1-59. No abstract available. PMID:7485655

Guía: AAOHN advisory. Department of Transportation (DOT) drug and alcohol testing.

Autores: DiBenedetto DV.

Referencia: AAOHN J. 1995 Jul;43(7):356A-B. No abstract available. PMID:7612078

Guía: Alcoholism: a guideline for early detection and treatment. Group Health Cooperative of Puget Sound.

Autores: Patton L, Deltoro I, Macuiba J.

Referencia: HMO Pract. 1992 Dec;6(4):32-8. PMID:10123755

Guía: The depressed alcoholic. Clinical features and medical management.

Autores: Petty F.

Referencia: Gen Hosp Psychiatry. 1992 Jul;14(4):258-64. Review. PMID:1505747

Guía: Substance abuse disorders: a psychiatric priority. Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Alcoholism and the Addictions.

Autores: [No authors listed]

Referencia: Am J Psychiatry. 1991 Oct;148(10):1291-300. Review. PMID:1897610

Guía: Disulfiram treatment of alcoholism. American College of Physicians.

Autores: [No authors listed]

Referencia: Ann Intern Med. 1989 Dec 1;111(11):943-5. Review. No abstract available. PMID:2683924

Base de datos: Trip database.

Fecha: 23/02/2011.

Términos de búsqueda: Alcoholism, alcohol, withdrawal.

Resultados: 192

1. Detoxification-Alcohol/Community-based Alcohol Detoxification / Inpatient Alcohol Detoxification / Alcohol Dependency / Alcohol Withdrawal Symptoms
ARIF 2008
2. Watching a video of themselves experiencing delirium tremens reduces relapse rates for up to three months in people with severe alcohol dependence
Evidence-Based Mental Health 2007
3. Efficacy of a combination of flumazenil and gabapentin in the treatment of alcohol dependence: relationship to alcohol withdrawal symptoms.
Journal of Clinical Psychopharmacology 2009
4. Anticonvulsants for alcohol withdrawal-Cochrane Database of Systematic Reviews 2010
5. Alcohol-problem drinking-CKS (formerly PRODIGY) 2010
6. Benzodiazepines for alcohol withdrawal-Cochrane Database of Systematic Reviews 2010
7. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses-Cochrane Database of Systematic Reviews 2010
8. Psychotropic analgesic nitrous oxide for alcoholic withdrawal states-Cochrane Database of Systematic Reviews 2007
9. Screening tools, detoxification and vitamin supplementation for alcohol dependence-NHS Quality Improvement Scotland 2008
10. Alcoholism-Physiopedia 2010
11. Review: sedative hypnotic agents reduce mortality and duration of delirium in the alcohol withdrawal syndrome-Evidence-Based Medicine (Requires free registration) 2006
12. Alcoholism-MedlinePlus 2009

13. Increased pain sensitivity in alcohol withdrawal syndrome.-European Journal of Pain 2009
14. Acute Alcohol Withdrawal and Delirium Tremens-Mentor 2008
15. Inappropriate use of symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal in the general hospital.-Mayo Clinic Proceedings 2008
16. Alcoholism and Alcohol Abuse-Management-Mentor 2008
17. Alcoholism-Recognition and Assessment-Mentor 2008
18. What strength of thiamine and vitamin b should an alcoholic be on and how long should medication be continued following abstinence?-TRIP Answers 2006
19. Alcohol dependence is independently associated with sepsis, septic shock, and hospital mortality among adult intensive care unit patients.-Critical Care Medicine 2007
20. Endothelial dysfunction and cardiovascular risk profile in long-term withdrawing alcoholics.-Journal of Hypertension 2007
21. Neurotoxic Consequences of Chronic Alcohol Withdrawal: Expression Profiling Reveals Importance of Gender Over Withdrawal Severity.-Neuropsychopharmacology 2007
22. Gamma-aminobutyric acid type A receptors and alcoholism: intoxication, dependence, vulnerability, and treatment.-Archives of General Psychiatry 2006
23. Delirium Tremens (Diagnosis)-eMedicine Emergency Medicine 2006
24. Delirium Tremens (Follow-up)-eMedicine Emergency Medicine 2006
25. Delirium Tremens (Overview)-eMedicine Emergency Medicine 2006
26. Delirium Tremens (Overview)-eMedicine.com 2006
27. Effects of alcohol withdrawal on blood pressure in hypertensive heavy drinkers.-Journal of Hypertension 2006
28. Delirium Tremens (Treatment)-eMedicine Emergency Medicine 2006
29. Alcoholic Ketoacidosis (Follow-up)-eMedicine Emergency Medicine 2006
30. Delirium Tremens (Treatment)-eMedicine.com 2006
31. Delirium Tremens (Diagnosis)-eMedicine.com 2006
32. Delirium Tremens (Follow-up)-eMedicine.com 2006
33. Alcoholic Ketoacidosis (Diagnosis)-eMedicine Emergency Medicine 2006
34. Alcoholic Ketoacidosis (Treatment)-eMedicine Emergency Medicine 2006

35. Alcoholic Ketoacidosis (Overview)-eMedicine Emergency Medicine 2006
36. Alcoholism (Overview)-eMedicine.com 2006
37. Alcoholic Ketoacidosis (Follow-up)-eMedicine.com 2006
38. Alcoholic Hepatitis (Overview)-eMedicine.com 2006
39. In heavy drinkers/alcoholics who aim to give up, what dose of thiamine is correct?-TRIP Answers 2004
40. Alcoholism (Treatment)-eMedicine.com 2006
41. Alcoholism (Diagnosis)-eMedicine.com 2006
42. Alcoholism (Follow-up)-eMedicine.com 2006
43. Alcoholic Ketoacidosis (Diagnosis)-eMedicine.com 2006
44. Cardiomyopathy, Alcoholic (Overview)-eMedicine.com 2006
45. Alcoholic Ketoacidosis (Overview)-eMedicine.com 2006
46. Cardiomyopathy, Alcoholic (Diagnosis)-eMedicine.com 2006
47. Alcoholic Ketoacidosis (Treatment)-eMedicine.com 2006
48. Alcoholic Fatty Liver (Treatment)-eMedicine.com 2006
49. Alcoholic Hepatitis (Follow-up)-eMedicine.com 2006
50. Cardiomyopathy, Alcoholic (Follow-up)-eMedicine.com 2006
51. Prevention of relapse in alcohol dependence-NHS Quality Improvement Scotland 2002
52. Cardiomyopathy, Alcoholic (Treatment)-eMedicine.com 2006
53. Alcohol withdrawal prophylaxis in patients undergoing surgical treatment of head and neck squamous cell carcinoma.-Laryngoscope 2005
54. Cortical gamma-aminobutyric acid type A-benzodiazepine receptors in recovery from alcohol dependence: relationship to features of alcohol dependence and cigarette smoking.-Archives of General Psychiatry 2005
55. Ambulatory Detoxification of Patients with Alcohol Dependence-American Family Physician 2005
56. Massage therapy improves the management of alcohol withdrawal syndrome.
Journal of Alternative and Complementary Medicine 2005
57. Alcohol Withdrawal Syndrome-American Family Physician 2004
58. Medications for Treating Alcohol Dependence-American Family Physician 2005

59. Intravenous ethanol for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in critically ill patients.-Pharmacotherapy 2004
60. Alcohol withdrawal-Ganfyd 2007
61. Alcoholic Liver Disease-Merck Manual (18th Edition) 2005
62. Alcoholism and Problem Drinking-Patient UK 2007
63. Alcohol dependence-BUPA Health Information (UK) 2006
64. Plasma homovanillic acid: a significant association with alcoholism is independent of a functional polymorphism of the human catechol-O-methyltransferase gene.-Neuropsychopharmacology 2003
65. Delirium-MedlinePlus 2009
66. Chronic Drinking Linked to Circadian Disruptions-MedlinePlus Health News 25 Aug 2010
67. Problem Drinking and Alcoholism: Diagnosis and Treatment-American Family Physician 2002
68. In patients with a probable physical dependence on alcohol what is the recommended rate reducing alcohol consumption in the community?-TRIP Answers 2007
69. Alcoholism-Family Doctor (USA) 2004
70. Wernicke-Korsakoff Syndrome-Mentor 2008
71. Alcoholism-eMedicine Consumer Health (USA) 2004
72. Problem Drinking-Family Doctor (USA) 2004
73. Naltrexone for AlcoholismFamily Doctor (USA) 2004
74. Withdrawal Syndromes (Follow-up)-eMedicine Emergency Medicine 2006
75. Bipolar disorder, substance misuse (evidence from guidelines)-Equilibrium-The Bipolar Foundation 2006
76. Withdrawal Syndromes (Overview)-eMedicine Emergency Medicine 2006
77. Please can you explain the rationale/evidence base for what is a "safe" level of alcohol consumption?-TRIP Answers 2008
78. Withdrawal Syndromes (Diagnosis)-eMedicine Emergency Medicine 2006
79. alcoholism-GPnotebook 2003
80. Clinical management of alcohol use and abuse in HIV-infected patients.
New York State Department of Health 2008
81. Alcohol-Related Psychosis (Follow-up)-eMedicine.com 2006

82. Alcohol-Related Psychosis (Overview)-eMedicine.com 2006
83. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and co-morbidity-National Library of Guidelines (UK) 2004
84. Is ED-based brief intervention worthwhile in adults presenting with alcohol-related events?-BestBETS 2007
85. Withdrawal Syndromes (Treatment)-eMedicine Emergency Medicine 2006
86. Is there any evidence that alcohol consumption increases the risk of fits in a previously well controlled epileptic?-TRIP Answers 2006
87. Hospitalisation Phenomena-Mentor 2008
88. Pseudo-Cushing Syndrome (Follow-up)-eMedicine.com 2006
89. Thiamine (Vitamin B1)-MedlinePlus 2009
90. Alcohol Related Problems-Mentor 2008
91. Guideline for the management of first seizure in the emergency department
National Library of Guidelines (UK) 2010
92. Alcohol-Related Psychosis (Treatment)-eMedicine.com 2006
93. Psychiatric services to accident and emergency departments-Royal College of Psychiatrists 2004
94. Alcohol and Substance Abuse Evaluation (Overview)-eMedicine Emergency Medicine 2006
95. Prevention of Falls in the Elderly-Mentor 2008
96. Topiramate in the treatment of substance-related disorders: a critical review of the literature.-Journal of Clinical Psychiatry 2010
97. Alcohol-Related Psychosis (Diagnosis)-eMedicine.com 2006
98. Hepatomegaly-Mentor 2008
99. How many units of alcohol a week should someone be drinking before thiamine supplements are advised?-TRIP Answers 2006
100. Wernicke Encephalopathy (Overview)-eMedicine Emergency Medicine 2006
101. Alcohol-Merck Manual (18th Edition) 2005
102. Wernicke-Korsakoff Syndrome (Follow-up)-eMedicine.com 2006
103. Marchiafava-Bignami Disease (Overview)-eMedicine.com 2006
104. Wernicke-Korsakoff Syndrome (Overview)-eMedicine.com 2006
105. Pseudo-Cushing Syndrome (Treatment)-eMedicine.com 2006

106. Confirmation and Generalization of an Alcohol-Dependence Locus on Chromosome 10q.-Neuropsychopharmacology 2010
107. Alcohol-related seizures.-Journal of Emergency Medicine 2006
108. Withdrawal of alcohol promotes regression while continued alcohol intake promotes persistence of LPS-induced pancreatic injury in alcohol-fed rats.
Gut 2010
109. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people
Royal College of Physicians 2006
110. Oxycodone-MedlinePlus 2009
111. Alcohol Detoxification-Patient UK 2007
112. Confusional States and Acute Memory Disorders (Overview)-eMedicine.com 2006
113. Alcohol and opiate withdrawal in US jails.-American Journal of Public Health 2004
114. (1) Diagnosis and management of epilepsy in adults. A national clinical guideline. (2) Diagnosis and management of epilepsy in adults. Update to printed guideline.-Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004
115. Wernicke Encephalopathy (Follow-up)-eMedicine Emergency Medicine 2006
116. Delirium, Dementia, and Amnesia (Overview)-eMedicine Emergency Medicine 2006
117. Treatment of alcohol and drug abuse-an evidence-based review-Health Technology Assessment (HTA) Database. 2001
118. Benzodiazepine and z-drug withdrawal-CKS (formerly PRODIGY) 2009
119. A brief intervention reduced alcohol drinking for up to 48 months in problem drinkers-Evidence-Based Mental Health 2002
120. Undifferentiated Agitation in the ED: A new RCT-Sinai EM Journal Club 2007
121. Wernicke-Korsakoff Syndrome (Treatment)-eMedicine.com 2006
122. Delirium, Dementia, and Amnesia (Treatment)-eMedicine Emergency Medicine 2006
123. Delirium (Treatment)-eMedicine.com 2006
124. Detoxification and substance abuse treatment: co-occurring medical and psychiatric conditions.-Substance Abuse and Mental Health Services Administration (U.S.) 2006
125. Mental Disorders Secondary to General Medical Conditions (Overview)-eMedicine.com 2006
126. Gradual reduction of benzodiazepines, with or without cognitive behavioural therapy, increases successful withdrawal rates compared with no

support in long-term users-Evidence-Based Mental Health 2004

127. A brief intervention reduced alcohol drinking for up to 48 months in problem drinkers-Evidence-Based Medicine (Requires free registration) 2002

128. Hypomagnesemia (Follow-up)-eMedicine Emergency Medicine 2006

129. Toxicity, Plants-Ackee Fruit (Treatment)-eMedicine Pediatrics 2006

130. Perioperative Management of the Geriatric Patient-eMedicine.com 2006

131. Hypophosphatemia (Overview)-eMedicine Emergency Medicine 2006

132. Hypophosphatemia (Overview)-eMedicine.com 2006

133. CMEList.com-Online CME: Addiction Medicine-CME List 2010

134. Sedative, Hypnotic, Anxiolytic Use Disorders (Treatment)-eMedicine.com 2006

135. Intracranial Epidural Abscess (Diagnosis)-eMedicine.com 2006

136. Confusional States and Acute Memory Disorders (Diagnosis)-eMedicine.com 2006

137. Pain and substance misuse : improving the patient experience-National Library of Guidelines (UK) 2007

138. Fetal Alcohol Syndrome (Follow-up)-eMedicine Pediatrics 2006

139. Fetal Alcohol Syndrome (Diagnosis)-eMedicine Pediatrics 2006

140. Agitation, Confusion, and Neuromuscular Blockade-Merck Manual (18th Edition) 2005

141. Confusional States and Acute Memory Disorders (Treatment)-eMedicine.com 2006

142. Perinatal Drug Abuse and Neonatal Drug Withdrawal (Overview)-eMedicine Pediatrics 2006

143. Ethanol-Ganfyd 2007

144. Alcohol-Ganfyd 2007

145. Hypomagnesemia (Overview)-eMedicine.com 2006

146. Substance misuse detainees in police custody: guidelines for clinical management (third edition)-Royal College of Psychiatrists 2006

147. Fetal Alcohol Syndrome (Treatment)-eMedicine Pediatrics 2006

148. Withdrawal From Alcohol-Family Doctor (USA) 2004

149. Schizophrenia (Treatment)-eMedicine Emergency Medicine 2006

150. Questionnaires and rating scales used in psychiatry-Ganfyd 2007

151. Aggression (Overview)-eMedicine.com 2006

152. Clomethiazole-Patient UK 2007
153. Schizophrenia (Follow-up)-eMedicine Emergency Medicine 2006
154. Recognition of Alcohol and Substance Abuse-American Family Physician 2003
155. Preoperative Evaluation and Management (Overview)-eMedicine.com 2006
156. Fetal Alcohol Syndrome (Overview)-eMedicine Pediatrics 2006
157. Outcome of the Scoping for an Health Technology Assessment in Homeopathy-NHS Quality Improvement Scotland 2006
158. Atrial Fibrillation-Mentor 2008
159. Rhabdomyolysis (Overview)-eMedicine Emergency Medicine 2006
160. Cirrhosis (Overview)-eMedicine.com 2006
161. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference : Atrial Fibrillation
CMA Infobase (Canada) 2005
162. Club Drugs: MDMA, Gamma-Hydroxybutyrate (GHB), Rohypnol, and Ketamine-American Family Physician 2004
163. Amphetamine-Related Psychiatric Disorders (Treatment)-eMedicine.com 2006
164. Teens and Drinking-Family Doctor (USA) 2004
165. Substance Abuse-eMedicine Consumer Health (USA) 2004
166. Tremor-American Family Physician 2003
167. alcohol problem-GPnotebook 2003
168. dependence on alcohol-GPnotebook 2003
169. Drug Abuse Recovery-Family Doctor (USA) 2004
170. Portal Hypertension and Cirrhosis-Family Doctor (USA) 2004
171. Complementary and Alternative Medicines 1. (Nutritional and herbal remedies)-Royal College of Psychiatrists-Patient Information 2006
172. Prealbumin: A Marker for Nutritional Evaluation-American Family Physician 2002
173. Thiamin-Mayo Clinic 2004
174. Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders-New Zealand Guidelines Group 1996
175. Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care-New Zealand Guidelines Group 1999
176. An Approach to Drug Abuse, Intoxication and Withdrawal-American Family Physician 2000

177. Indications and contraindications of the liver transplantation and retransplantation-expert panel. IPE-95/04 (Public report)-Health Technology Assessment (HTA) Database. 1995
178. Movement Disorders-Merck Manual-Home Edition 1997
179. Brief physician advice to problem drinkers reduced alcohol intake and societal costs-Evidence-Based Medicine (Requires free registration) 2000
180. Brief physician advice reduced drinking in older adults-Evidence-Based Mental Health 1999
181. Head Injuries-Merck Manual-Home Edition 1997
182. Brief physician advice to problem drinkers resulted in economic benefits-Evidence-Based Mental Health 2000
183. Addiction: Part I. Benzodiazepines--Side Effects, Abuse Risk and Alternatives-American Family Physician 2000
184. Brief advice reduced drinking in non-dependent problem drinkers-Evidence-Based Mental Health 1998
185. People with drinking problems experienced suffering as a vicious, spiralling vortex that encompassed all aspects of their being-Evidence-Based Nursing (Requires free registration) 1998
186. Health Issues in Men: Part II. Common Psychosocial Disorders-American Family Physician 2000
187. Drug Dependence and Addiction-Merck Manual-Home Edition 1997
188. Intravenous lorazepam reduced alcohol related seizures in patients with chronic alcohol abuse-Evidence-Based Mental Health 1999
189. Naltrexone plus cognitive behavioural therapy led to fewer drinking relapses in outpatients with alcoholism-Evidence-Based Mental Health 2000
190. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review
DARE. 1998
191. Alcoholism in the Elderly-American Family Physician 2000
192. Alcohol Abuse and Dependence-Merck Manual of Geriatrics (3rd Edition) 2000

Base de datos: NGCH.

Fecha: 23/02/2011.

Términos de búsqueda: Alcohol, Alcoholism, Acohol withdrawal.

Resultados: 0

Base de datos: ACP.

Fecha: 23/02/2011.

Términos de búsqueda: Alcohol, Alcoholism, Acohol withdrawal.

Resultados: 0

Base de datos: PubMed.

Fecha: 22/02/2011.

Términos de búsqueda: (("ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]) AND withdrawal[All Fields]) AND Practice Guideline[ptyp]

Resultados: 5

Guía: [Clinical practice guidelines of the Andalusian Epilepsy Society on prophylaxis and treatment of acute symptomatic epileptic seizures]. Español.

Autores: Mercadé-Cerdá JM, Gascón-Jiménez FJ, Ramos-Lizana J, Sánchez-Alvarez JC, Serrano-Castro PJ; Sociedad Andaluza de Epilepsia.

Referencia: Rev Neurol. 2009 Sep 1-15;49(5):270-6. PMID: 19714559

Guía: EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS task force.

Autores: Bråthen G, Ben-Menachem E, Brodtkorb E, Galvin R, Garcia-Monco JC, Halasz P, Hillbom M, Leone MA, Young AB; EFNS Task Force on Diagnosis and Treatment of Alcohol-Related Seizures.

Referencia: Eur J Neurol. 2005 Aug;12(8):575-81. Review. Erratum in: Eur J Neurol. 2005 Oct;12(10):816. PMID: 16053464

Guía: Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline.

Autores: Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A, Jara G, Kasser C, Melbourne J; Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine.

Referencia: Arch Intern Med. 2004 Jul 12;164(13):1405-12. Erratum in: Arch Intern Med. 2004 Oct 11;164(18):2068. Dosage error in article text. PMID: 15249349

Guía: [Recommendation of good practice: Therapeutic strategies, with or without the assistance of medicine-based treatment, for stopping smoking (May 2003)]. Francés

Autores: AFSSAPS.

Referencia: Gynecol Obstet Fertil. 2004 May;32(5):451-70; discussion 450. No abstract available. PMID: 15177221

Guía: Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal.

Autores: Mayo-Smith MF.

Referencia: JAMA. 1997 Jul 9;278(2):144-51. PMID: 9214531

<p>Base de datos: GIN.</p> <p>Fecha: 22/02/2011.</p> <p>Términos de búsqueda: Alcohol, Alcoholism, Acohol withdrawal.</p>
<p>Resultados: 0</p>
<p>Base de datos: Fistera.</p> <p>Fecha: 21/02/2011.</p> <p>Términos de búsqueda: Alcoholismo, alcohol.</p>
<p>Resultados: 7</p> <p>1.-Alcoholismo-Alcoholismo, Abuso de Alcohol, Intoxicación Alcohólica Crónica, Delirium por Abstinencia Alcohólica , Delirium Tremens, Alucinosis por ...</p> <p>2.-Actividades preventivas-Prevención Primaria, Promoción de la Salud Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia Tabaquismo, Abuso de alcohol, Diabetes Obesidad,...</p> <p>3.-Alcoholismo (Guías Clínicas)-Alcoholismo, Abuso de Alcohol, Intoxicación Alcohólica Crónica, Delirium por Abstinencia Alcohólica , Delirium Tremens, Alucinosis por ...</p> <p>4.-Actividades preventivas (Guías Clínicas)-Prevención Primaria, Promoción de la Salud Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia Tabaquismo, Abuso de alcohol, Diabetes Obesidad,...</p> <p>5.-Deshabitantes del alcohol (Medicamentos-Guías Farmaco-terapéuticas)</p> <p>6.-Fórmulas Magistrales en Atención Primaria (Medicamentos-Guía Farmacoterapéutica)-Preparaciones Farmacéuticas</p> <p>7.-Estreñimiento en pacientes en programa de hemodialisis (Vacunas-Preguntas)-El paciente hemodializado requiere cuidados nutricionales especiales, que se describen a continuación. El control del estreñimiento debe de ...</p>
<p>Base de datos: NICE.</p> <p>Fecha: 21/02/2011.</p> <p>Términos de búsqueda: Alcohol, Alcoholic, Acohol withdrawal.</p>
<p>Resultados: 4</p> <p>Alcohol dependence and harmful alcohol use (Proceso)</p> <p>Alcohol-use disorders: physical complications</p>

<p>Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking</p> <p>Alcohol-use disorders-preventing harmful drinking</p>
<p>Base de datos: NHS.</p> <p>Fecha: 20/02/2011.</p> <p>Términos de búsqueda: Alcohol, Alcoholism, Alcohol withdrawal.</p>
<p>Resultados: 1</p> <p>Alcohol misuse</p>
<p>Base de datos: Guía Salud.</p> <p>Fecha: 20/02/2011.</p> <p>Términos de búsqueda: Alcoholismo, alcohol.</p>
<p>Resultados: 1</p> <p>Título: Tratamiento Hospitalario del Síndrome de Deprivación Alcohólica</p> <p>Entidad(es) elaboradora(s): Sociedad Gallega de Medicina Interna</p> <p>Autores: Rafael Monte Secade, Ramón Rabuñal Rey, Emilio José Casariego Vales.</p>

3 Tabla de evaluación de GPC

Número de guía		1		2 y 5		7			8			16		21			22		23		25		
Dominio	Pregunta	J	M	J	P	M	R	A	P	J	MC	P	MC	R	M	D	P	R	M	P	P	P	R
		G	C	G	Z	C	E	U	R	G	O	R	O	E	C	M	R	E	C	H	Z	H	E
Dominio 1. Alcance y Objetivos	1. ¿El (los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s)?	7	7	7	7	7	7	7	7	6	4	6	6	7	6	7	4	6	7	7	5	6	6
	2. ¿El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s)?	6	6	6	7	7	7	4	7	6	1	2	7	6	6	5	2	6	7	7	4	6	5
	3. ¿La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita?	6	5	5	7	7	6	3	7	6	6	7	7	5	7	7	2	2	7	7	4	6	4
		1	1	1	2	2	2	1	2	1	11	1	20	1	1	1	8	1	2	2	1	1	1
		9	8	8	1	1	0	4	1	8		5		8	9	9		4	1	1	3	8	5
	Puntaje consolidado	86%		92%		85%		76%		81%		87%		44%		100%		69%					
Dominio 2. Participación de los implicados	4. ¿El grupo que desarrolla la guía incluye a individuos de todos los grupos profesionales relevantes?	4	6	7	7	7	6	6	7	7	1	7	NS	7	6	7	1	2	6	7	3	6	3
	5. ¿Se han tenido en cuenta los puntos de vista y las preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.)?	4	2	7	7	1	6	2	6	6	2	2	6	6	1	6	1	3	6	2	1	6	6
	6. ¿Los usuarios diana de la guía están claramente definidos?	4	1	6	7	7	7	7	6	7	6	7	7	6	4	7	2	3	7	7	4	6	3
		1	9	2	2	1	1	1	1	2	9	1	13	1	1	2	4	8	1	1	8	1	1
		2		0	1	5	9	5	9	0		6		9	1	0		9	6		8	8	2
	Puntaje consolidado	42%		97%		74%		72%		64%		76%		17%		81%		54%					
Do	7. ¿Se han utilizado métodos sistemáticos para la	1	6	7	7	5	4	2	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	6	1	4	5	3

	búsqueda de la evidencia?																							
	8. ¿Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad?	1	1	7	7	6	5	1	6	6	7	4	7	7	6	7	5	7	6	1	2	2	3	
	9. ¿Las fortalezas y las limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas?	1	1	6	7	7	6	3	6	5	2	6	7	7	6	7	4	5	7	1	3	2	3	
	10. ¿Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos?	1	1	6	7	6	5	7	5	4	1	6	5	6	1	7	5	6	7	4	4	3	2	
	11. Al formular las recomendaciones, ¿han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos?	6	1	7	7	7	5	7	6	6	1	7	7	7	7	6	6	5	7	7	2	3	4	
	12. ¿Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan?	1	5	6	7	3	6	4	5	5	1	4	4	7	7	7	6	7	7	3	4	3	2	
	13. ¿La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación?	1	4	6	7	7	4	6	6	7	7	7	7	7	7	7	1	2	6	7	1	N S	2	
	14. ¿Se incluye un procedimiento para actualizar la guía?	1	1	5	3	1	2	5	6	6	1	7	2	6	6	1	2	3	1	4	1	1	2	
		1 3	2 0	5 0	5 2	4 2	3 7	3 5	4 7	4 6	27 6	4 7	46 7	5 4	4 7	4 9	3 5	4 2	4 7	2 8	2 1	2 9	1 1	2 1
	Puntaje consolidado	18%	90%	63%	67%	80%	88%	64%	61%	26%														
Dominio 4. Claridad de presentación	15. ¿Las recomendaciones son específicas, y no son ambiguas?	7	1	6	7	7	5	7	6	6	1	6	7	6	7	7	7	5	7	6	3	5	6	
	16. ¿Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente?	6	7	7	7	7	6	7	5	5	1	6	7	7	7	7	7	5	N A	N A	2	2	2	
	17. ¿Las recomendaciones clave son fácilmente identificables?	7	7	5	7	7	7	7	5	7	1	7	7	7	7	7	7	5	7	6	2	6	7	
		2 0	1 5	1 8	2 1	2 1	1 8	2 1	1 6	1 8	3	1 9	21	2 0	2 1	2 1	2 1	1 5	1 4	1 2	7	1 3	1 5	1 1

	Puntaje consolidado			81%	92%	94%	52%	94%	98%	83%	56%	48%											
Dominio 5. Aplicabilidad	18. ¿La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación?	2	4	6	7	7	4	6	6	5	7	6	7	5	4	7	2	4	6	1	3	2	4
	19. ¿La guía proporciona consejo o herramientas sobre cómo pueden ser llevadas a la práctica las recomendaciones?	6	6	6	7	7	6	6	5	6	1	7	4	6	6	7	5	4	6	4	2	3	7
	20. ¿Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos?	5	6	7	N S	6	5	2	5	3	1	6	7	6	1	5	1	2	5	5	1	2	5
	21. ¿La guía ofrece criterios para monitorización o auditoría?	1	1	3	4	1	2	4	7	2	7	7	1	7	7	4	1	2	1	6	1	2	2
		1	1	2	1	2	1	1	2	1	16	2	19	2	1	2	9	1	1	1	7	9	1
		4	7	2	8	1	7	8	3	6		6		4	8	3		2	8	6			8
	Puntaje consolidado			48%	67%	61%	60%	77%	74%	27%	54%	31%											
Dominio 6. Independencia	22. ¿Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía?	1	N A	5	7	7	7	1	7	5	4	6	7	7	6	7	1	2	N S	2	1	1	3
	23. ¿Se han registrado y abordado los conflictos de interés de los miembros del grupo elaborador de la guía?	1	1	7	7	1	1	1	2	2	NS	6	7	7	7	7	1	2	1	1	1	1	2
		2	1	1	1	8	8	2	9	7	4	1	14	1	1	1	2	4	1	3	2	2	5
				2	4							2		4	3	4							
	Puntaje consolidado			-4%	92%	33%	39%	92%	97%	8%	0%	8%											
Evaluación global	1. Puntúe la calidad global de la guía.	4	5	6	6	6	6	4	6	5	7	6	6	6	6	6	4	5	6	4	2	5	6
	2. ¿Recomendaría esta guía para su uso?	SI C	S I C	SI I	S I	SI I	S I C	S I C	NO	SI C	SIC	SI I	S I	S I	SI C	S I C	SI C	S I C	SI C	S I C	N S C	S I C	S I C
			5		8		7		8			8		8			5		6		5		

		8		3		2			3			3		3			8		7		6		
		%		%		%			%			%		%			%		%		%		
Puntaje consolidado total		45%		88%		68%			61%			81%		87%			41%		59%		39%		

4 Formulación de problemas y protocolos de revisión

Formulación de problemas

Protocolos de revisión

Tamizaje, detección temprana y factores de riesgo en pacientes con abuso o dependencia del alcohol

Preguntas clínicas 1 y 2

Preguntas 1. En una persona mayor de 18 años que consume alcohol, ¿cuáles son la sensibilidad y la especificidad de los instrumentos de tamizaje CAGE, ASSIST y AUDIT para identificar a aquellas con abuso o dependencia del alcohol, en comparación con la entrevista psiquiátrica (patrón de oro) en un punto en el tiempo? 2. ¿Cuál de estas pruebas es la que muestra un mejor desempeño y aplicabilidad global en un nivel de baja complejidad de atención para identificar a pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol?	
Tópico	Tamizaje, detección temprana y factores de riesgo
Usuarios	Médicos (generales o especialistas), psicólogos y personal de enfermería (profesional o auxiliar) que proveen atención inicial a cualquier paciente adulto que solicite servicios de salud.
Escenario	Nivel de baja, mediana o alta complejidad de atención, en consulta externa, de urgencias o en hospitalización.
Población diana	Población colombiana mayor de 18 años que solicita servicios de salud por cualquier motivo.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none">• No realizar tamizaje.

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar tamizaje con CAGE. • Realizar tamizaje con ASSIST. • Realizar tamizaje con AUDIT.
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de abuso del alcohol. • Diagnóstico de dependencia del alcohol.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: A partir del proceso de búsqueda sistemática, evaluación y análisis de contenido de guías de práctica clínica relacionadas con el alcance y los objetivos de la guía (ver anexo búsqueda y evaluación de GPC), se tomó la decisión de responder la pregunta clínica a partir de una adaptación del primer numeral de las recomendaciones No. 12 (5.26.1.4) y No. 20 (5.26.1.12) de la guía 115 de NICE (<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>) (Alcohol use-disorders: Diagnosis, Assessment and Management of harmful drinking and alcohol dependence. National Institute for Health and Clinical excellence. 2010), y de la recomendación No. 6 (3.6) de la Guía Australiana para el Tratamiento de los Problemas del Alcohol (Australian Government Department of Health and Ageing, 2009).</p>	
Búsqueda de actualización	<p>Se condujo una búsqueda sistemática de la literatura para identificar estudios que actualizaran la búsqueda de evidencia realizada por las guías fuente (NICE 115 y guía australiana), y que identificó las publicaciones relevantes hasta marzo de 2012.</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años que solicitan servicios de salud por cualquier motivo. No se incluye a pacientes con comorbilidades psiquiátricas.</p> <p>Pruebas: CAGE, ASSIST o AUDIT, comparadas con el patrón de oro (que puede variar según la definición de cada estudio).</p> <p>Desenlaces: Características operativas de las pruebas de interés. Cuando se incluyan experimentos en los que se asocie la prueba de tamizaje a una estrategia de manejo, se considerarán los desenlaces clínicos con relevancia para los pacientes (cambio en el patrón de consumo, abstinencia, prevención de complicaciones como abstinencia, cuadros de intoxicación con necesidad de manejo médico, encefalopatía, enfermedad hepática, mortalidad).</p>

	Tipo de estudio: Estudios de pruebas diagnósticas o experimentos clínicos aleatorizados que incluyan una estrategia de manejo asociada al tamizaje. No se incluyen estudios de validación de las pruebas. No se incluyen tampoco estudios en idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.
Selección de estudios	A partir de los resultados de la búsqueda de actualización de la evidencia, se preseleccionaron cinco estudios, de los cuales se excluyó uno, por limitaciones metodológicas.
Información adicional	Tablas de evidencia.

Estrategia de búsqueda. Preguntas clínicas 1 y 2					
Base de datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Periodo buscado	Preseleccionados/ encontrados	En tabla/ preseleccionados
Cochrane	"audit and sensitivity and specificity in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews	Incepción/Enero 2012	0/18	0
	"assist and sensitivity and specificity in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews	Incepción/Enero 2012	0/106	0
	"cage and sensitivity in Record Title and specificity in Author in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews	Incepción/Enero 2012	0/0	0
PubMed	("Alcoholism"[Mesh]) AND "Sensitivity and Specificity"[Mesh] AND ((cage	Sin límites	Incepción/Enero 2012	2/88	1/2

	questionnaire) OR (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test) OR (Alcohol Use Disorder Identification Test))				
Embase	alcoholism AND sensitivity AND specificity AND ((cage questionnaire) OR (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test) OR (Alcohol Use Disorder Identification Test))	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/9	0
PsycINFO	Alcohol AND AUDIT	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/11	0
	Alcohol AND CAGE	Sin límites		0/18	0
	Alcohol AND ASSIST	Sin límites		0/19	0
Lilacs	alcohol OR cage OR audit OR assist	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/0	0
Scielo	alcohol and (audit or cage or assist) and sensibilidad	Sin límites	Incepción/Enero 2012	1/3	1/1
Búsqueda manual	NA	NA	NA	2/2	2/2

Pregunta clínica 3

Pregunta	
En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los criterios clínicos más importantes para predecir el desarrollo de un síndrome de abstinencia?	
Tópico	Tamizaje, detección temprana y factores de riesgo. Pronóstico.

Usuarios	Médicos (generales, de urgencias, toxicólogos, psiquiatras) y personal de enfermería que proveen atención inicial al paciente que consulta por intoxicación aguda por alcohol.
Escenario	Nivel de baja complejidad de atención, en consulta de urgencias o en hospitalización.
Población diana	Población colombiana mayor de 18 años que solicita servicios de salud con abuso o dependencia alcohólica, sin comorbilidades psiquiátricas ni en embarazo. No incluye a sujetos con abuso o dependencia de otras sustancias psicoactivas.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de altos niveles de alcohol. • Cronicidad del consumo. • Hepatopatías. • Uso concomitante de otras sustancias psicoactivas. • Comorbilidades médicas presentes. • Antecedente de <i>delirium tremens</i>. • Antecedente de abstinencia alcohólica. • Presencia ansiedad de consumo intensa. • Puntaje de CIWA <10.
Desenlaces	Síndrome de abstinencia.
Otros riesgos; costos	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidades. • Mortalidad. • Alta hospitalaria prematura o inadecuada. • Hospitalizaciones innecesarias.
Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia, que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la pregunta de interés.	
Búsqueda de evidencia	Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).

	<p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia alcohólica que solicitan servicios de salud. No se incluye a pacientes con comorbilidades psiquiátricas ni con abuso o dependencia de otras sustancias psicoactivas.</p> <p>Exposición: Factores de riesgo o factores predictores para el desarrollo de síndrome de abstinencia definidos por los estudios.</p> <p>Tipo de estudios: Idealmente, se incluirán estudios de cohortes prospectivas. En su ausencia serán incluidos otros tipos de estudios de cohortes y estudios de casos y controles. Se excluyen estudios con idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
Selección de estudios	Se preseleccionaron siete estudios a partir de los resultados de la búsqueda, de los que fueron excluidos cuatro, por limitaciones metodológicas, y dos, porque no estuvieron disponibles. Solo un estudio fue incluido.
Información adicional	Tabla de evidencia.

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 3					
Base de datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Periodo buscado	Preseleccionados/ encontrados	En tabla/ preseleccionados
Cochrane Central	"alcohol withdrawal in Title, Abstract or Keywords in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews	Incepción-Marzo 2012	0/17	0
PubMed	(("Substance Withdrawal Syndrome"[Mesh]) AND "Ethanol"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh]	Sin límites	Incepción-Marzo 2012	3/68	1/3
Embase	'alcohol withdrawal'/exp AND predictors	Sin límites	Incepción-Marzo 2012	5/63	0/5
PsycINFO	alcohol withdrawal	Sin límites	Incepción-Marzo	0/3	0

			2012		
Lilacs	abstinencia AND alcohol AND riesgo	Sin límites	Incepción-Marzo 2012	0/9	0
	abstinencia AND alcohol AND predictor	Sin límites	Incepción-Marzo 2012	0/1	0
Scielo	abstinencia alcohol riesgo	Sin límites	Incepción-Marzo 2012	0/1	0
	abstinencia alcohol predictor			0	0

Pregunta clínica 4

Pregunta	
En pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol, ¿cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de encefalopatía de Wernicke?	
Tópico	Tamizaje, detección temprana y factores de riesgo. Pronóstico.
Usuarios	Médicos y personal de enfermería que proveen atención inicial al paciente que consulta por intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia, o pacientes hospitalizados por cualquier otra causa.
Escenario	Nivel de baja complejidad de atención, en consulta de urgencias o en hospitalización.
Población diana	Población colombiana mayor de 18 años que solicita servicios de salud con abuso o dependencia alcohólica, sin comorbilidades psiquiátricas ni en embarazo. No incluye a sujetos con abuso o dependencia de otras sustancias psicoactivas.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de consumo. • Desnutrición o hiporexia. • Emesis. • Hepatopatías. • Comorbilidades médicas. • Antecedente o presencia de síndrome de abstinencia.
Desenlaces	Encefalopatía de Wernicke.

Otros riesgos; costos	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidades. • Mortalidad. • Deterioro cognoscitivo.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró alguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la pregunta de interés.</p>	
Búsqueda de evidencia	<p>Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia alcohólica sin comorbilidades psiquiátricas. No se incluye a pacientes con abuso o dependencia de otras sustancias psicoactivas.</p> <p>Exposición: Factores de riesgo o predictores para desarrollo de encefalopatía de Wernicke definidos por los estudios encontrados.</p> <p>Desenlaces: Encefalopatía de Wernicke.</p> <p>Tipos de estudio: Se incluirán, como primera medida, estudios de cohortes prospectivas. En su ausencia serán considerados estudios de cohortes históricas y estudios de casos y controles. No se incluyen estudios con idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
Selección de estudios	<p>Ningún estudio fue preseleccionado, por no cumplir con los criterios de selección establecidos.</p>

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 4

Base de datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Periodo buscado	Preseleccionados/encontrados	En tabla/preseleccionados
Cochrane	"Wernicke"	Cochrane Reviews	Incepción/Marzo 2012	0	0
	"Encephalopathy"	Cochrane Reviews	Incepción/Marzo 2012	0/50	0
PubMed	("Wernicke Encephalopathy"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh]	Sin límites	Incepción/Marzo 2012	0/17	0
	("wernicke encephalopathy"[MeSH Terms] OR ("wernicke"[All Fields] AND "encephalopathy"[All Fields]) OR "wernicke encephalopathy"[All Fields]) AND predictors[All Fields]	Sin límites	Incepción/Marzo 2012	0/1	0
Embase	'wernicke encephalopathy'/exp OR 'wernicke encephalopathy' AND ('risk factors'/exp OR 'risk factors')	Sin límites	Incepción/Marzo 2012	0/69	0
	'wernicke encephalopathy'/exp OR 'wernicke encephalopathy' AND predictors	Sin límites	Incepción/Marzo 2012	0/2	0
PsycINFO	"wernicke"	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/4	0
Lilacs	wernicke AND riesgo	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/4	0
	wernicke AND predictor			0	0
Scielo	wernicke AND riesgo	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/2	0
	wernicke AND predictor			0	0

Pregunta clínica 5

Pregunta	
En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿cuáles son los factores de riesgo más importantes para evaluar la probabilidad de presentar un <i>delirium tremens</i> ?	
Tópico	Tamizaje, detección temprana y factores de riesgo. Pronóstico.
Usuarios	Médicos y personal de enfermería que proveen atención inicial al paciente que consulta por intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia, o pacientes hospitalizados por cualquier otra causa.
Escenario	Nivel de baja complejidad de atención, en consulta de urgencias o en hospitalización.
Población diana	Población colombiana mayor de 18 años que solicita servicios de salud con abuso o dependencia alcohólica, sin comorbilidades psiquiátricas ni en embarazo. No incluye a sujetos con abuso o dependencia de otras sustancias psicoactivas.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Altos niveles de consumo de alcohol. • Cronicidad del consumo. • Hepatopatías. • Antecedente de convulsiones o de <i>delirium tremens</i>. • Ansiedad de consumo intensa. • Abuso o dependencia de otras sustancias psicoactivas. • Comorbilidades médicas.
Desenlaces	Delirium tremens.
Otros riesgos, costos	<ul style="list-style-type: none"> • Morbilidades. • Mortalidad. • Dar de alta erróneamente.
Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyera recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la pregunta de interés.	
Búsqueda de evidencia	Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver

	<p>tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia alcohólica, sin comorbilidades psiquiátricas. No se incluye a pacientes con abuso o dependencia de otras sustancias psicoactivas.</p> <p>Exposición: Factores de riesgo o predictores para el desarrollo de <i>delirium tremens</i> definidos por los estudios encontrados.</p> <p>Desenlaces: Delirium tremens.</p> <p>Tipos de estudio: Se incluirán, como primera medida, estudios de cohortes prospectivas. En su ausencia serán considerados estudios de cohortes históricas y estudios de casos y controles. No se incluyen estudios con idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
Selección de estudios	Fueron preseleccionados 11 estudios, de los cuales se excluyeron 5, por limitaciones metodológicas.
Información adicional	Tabla de evidencia.

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 5					
Base de datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Periodo buscado	Preseleccionados /encontrados	En tabla /preseleccionados
Cochrane Central	Delirium tremens	Cochrane Reviews	Incepción-Marzo 2012	0	0
PubMed	"Alcohol Withdrawal Delirium"[Mesh] AND "Risk Factors"[Mesh] OR ("Alcohol Withdrawal Delirium"[Mesh]) AND predictors	Sin límites	Incepción-Marzo 2012	8/90	6/8

Embase	'delirium tremens'/exp AND 'risk factors'/exp	Sin límites	Incepción- Marzo 2012	11/81	6/11
PsycINFO	'delirium tremens'	Sin límites	Incepción- Marzo 2012	0/1	0
Lilacs	Delirium tremens riesgo	Sin límites	Incepción- Marzo 2012	0/1	0
	Delirium tremens predictor	Sin límites	Incepción- Marzo 2012	0	0
Scielo	Delirium tremens riesgo	Sin límites	Incepción- Marzo 2012	0	0
	Delirium tremens predictor			0	0

Prevención secundaria: Evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol. Prevención de complicaciones

Pregunta clínica 6

Pregunta	
En personas mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol que presentan intoxicación aguda por alcohol, ¿qué signos y síntomas deben identificarse o evaluarse durante el examen físico, y cuál es su utilidad para definir la estrategia de manejo al momento de ingreso al servicio de urgencias?	
Tópico	Evaluación y manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol.
Usuarios	Médicos que proveen atención inicial al paciente con intoxicación aguda por alcohol.
Escenario	Consulta de urgencias en todos los niveles de atención.
Población diana	Población colombiana mayor de 18 años que solicita servicios de salud por intoxicación aguda por alcohol.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de alcoholemia. Examen físico.
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> Intoxicación aguda por alcohol leve. Intoxicación aguda por alcohol moderada.

	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación aguda por alcohol severa.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la pregunta de interés.</p>	
<p>Búsqueda de evidencia</p>	<p>Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años que solicitan servicios de salud por intoxicación aguda por alcohol.</p> <p>Pruebas: Evaluación del desempeño o la utilidad del examen físico, comparado con niveles de alcoholemia u otras herramientas utilizadas como patrón de oro.</p> <p>Desenlaces: Características operativas del examen físico, o su correlación con los niveles de alcohol en sangre para el diagnóstico de diferentes niveles de intoxicación alcohólica.</p> <p>Tipo de estudio: Estudios de pruebas diagnósticas. No se incluyen estudios en idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
<p>Selección de estudios</p>	<p>Ninguno de los estudios identificados cumplía con los requisitos planteados para la respuesta de la pregunta.</p>
<p>Información adicional</p>	

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 6

Base de datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Periodo buscado	Preseleccionado/ Encontrado	En tabla/ Preseleccionados
Cochrane	"alcohol intoxication and physical examination in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews	Incepción/ Enero 2012	0/11	0
	"alcohol intoxication and physical examination and blood alcoholemy in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews	Incepción/ Enero 2012	0/0	0
	"alcohol intoxication and blood alcoholemy in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews	Incepción/ Enero 2012	0/0	0
PubMed	("Alcoholic Intoxication"[Mesh]) AND "Physical Examination"[Mesh] AND intoxication degree	Sin límites	Incepción/ Enero 2012	1/19	0/1
	Related Citations for PubMed (Select 21863729)	Sin límites	Incepción/ Enero 2012	1/100	0/1
Embase	'alcohol'/exp AND degree AND of AND 'intoxication'/exp AND physical AND 'examination'/exp	Sin límites	Incepción/ Enero 2012	0/5	0
PsycINFO	alcohol intoxication	Sin límites	Incepción/ Enero 2012	0/2	0
Lilacs	intoxicacion AND alcohol AND "grado AND de AND D intoxicacion" AND "examen AND fisico"	Sin límites	Incepción/ Enero 2012	0/0	0
Scielo	intoxicacion alcohol [Todos los índices] and "grado de intoxicacion" [Todos los índices]	Sin límites	Incepción/ Enero 2012	0/0	0
	intoxicacion alcohol [Todos los índices] and "examen fisico" [Todos los índices]	Sin límites	Incepción/ Enero 2012	0/0	0

Preguntas clínicas 7 y 8

Preguntas	
7. ¿En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol la implementación de medidas de soporte, comparada con la no intervención, previene complicaciones médicas durante las siguientes dos semanas?	
8. ¿En qué situación especial es necesario asociar al tratamiento otros medicamentos, como, por ejemplo, neurolépticos, anticonvulsivantes, antihipertensivos u otros, a pacientes adultos con intoxicación aguda, para lograr el control de los síntomas?	
Tópico	Prevención secundaria. Tratamiento de intoxicación aguda por alcohol.
Usuarios	Médicos y personal de enfermería que brindan atención a pacientes que consultan por intoxicación alcohólica aguda.
Escenario	Manejo de la intoxicación alcohólica en fase aguda en consulta externa, urgencias y hospitalización.
Población diana	Paciente mayor de 18 años con intoxicación aguda por alcohol. No incluye manejo de comorbilidades, mujeres embarazadas ni menores de edad.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratación vía oral. • Hidratación parenteral. • Tratamiento con analgésicos, antieméticos y protectores de mucosa gástrica. • Tratamiento con diuréticos. • Tratamiento con carbón activado. • Lavado gástrico. • Otros medicamentos: Antihipertensivos, anticonvulsivantes, benzodiacepinas.
Blancos terapéuticos	
Clínicos	Manejo adecuado de la intoxicación alcohólica aguda y prevención de complicaciones asociadas como: Trastornos hidroelectrolíticos, enfermedad acidopéptica, convulsiones, encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, etc.
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la morbilidad asociada a intoxicación alcohólica aguda. • Disminución de la mortalidad. • Prevención de complicaciones como síndrome de abstinencia, <i>delirium tremens</i> y secuelas neurológicas y comportamentales.
Efectos adversos	Efectos secundarios de los medicamentos, según sus mecanismos de acción.
Otros riesgos,	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas ambulatorias y de urgencias.

costos	<ul style="list-style-type: none"> • Costos y duración de la hospitalización relacionados con las complicaciones. • Costos de los medicamentos. • Incapacidad médica derivada de la hospitalización y de las complicaciones.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la pregunta de interés.</p>	
Búsqueda de evidencia	<p>Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol. No se incluye a pacientes con comorbilidades, ni a mujeres embarazadas.</p> <p>Intervenciones: Medidas de soporte (definidas por cada estudio), medicamentos y medidas no farmacológicas, comparadas entre sí, con placebo o con ninguna intervención.</p> <p>Desenlaces: Disminución de la morbilidad asociada a intoxicación alcohólica aguda, disminución de los síntomas, mortalidad, estancia hospitalaria y prevención de complicaciones.</p> <p>Tipos de estudio: Se incluirán, en primer lugar, revisiones sistemáticas y metaanálisis de experimentos clínicos aleatorizados. En caso de no encontrar revisiones sistemáticas se considerarán experimentos clínicos aleatorizados. No se incluyen estudios en idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
Selección de estudios	<p>No fue identificado, mediante la búsqueda, ningún estudio que evaluara las medidas de soporte en intoxicación aguda por alcohol. Se encontró un experimento clínico aleatorizado que evalúa el efecto del propanolol en la intoxicación aguda por alcohol. Mediante una búsqueda manual en referencias de documentos relacionados se identificó un estudio que evalúa la efectividad del metadoxil para el manejo de la intoxicación por alcohol. Estos dos estudios fueron incluidos para sustentar la respuesta a la pregunta clínica.</p>

Información adicional	Tabla de evidencia.
------------------------------	---------------------

<i>Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 7</i>					
Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Resultado tamizaje/ Encontrado	Pre seleccionados/ Resultados tamizaje
Trip Data	alcoholism alcohol withdrawal	Todo tipo	A febrero 2011	192	0
Pubmed	(intravenous[All Fields] AND ("mouth"[MeSH Terms] OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields])) AND ("ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND Randomized Controlled Trial[ptyp])	Ensayos Clínicos controlados	Incepción a enero 31 de 2012	16	0/16 (no relevantes para la guía)
BIREME	Oral intravenoso alcohol			0/79	0/0
SCIELO	intravenous and oral and alcohol	Todo tipo de artículo, sin límites	Incepción - enero 2012	0/0	0/0

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 8

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Resultado tamizaje/Encontrados	Preeleccionados /Resultados tamizaje
COCHRANE 07/III/12 18:30	""acute alcohol intoxication" and antihypertensive or neuroleptic or anticonvulsant, from 2009 to 2012 in	Cochrane Database of Systematic Reviews"	Hasta la fecha	230	230/1
Pubmed 07/III/12 19:20	"Alcoholic Intoxication[Mesh]/drug therapy"[subheading] AND "indication"	Limits: only items with abstracts, Humans, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Journal Article, Multicenter Study, Validation Studies, All Adult: 19+ years	Hasta la fecha	1	1/1
Embase	"Alcoholic Intoxication" AND "drug therapy" AND "indication"	ninguno	Hasta la fecha	13	1/13 (el mismo de pubmed)

Pregunta clínica 9

Pregunta	
¿En qué situaciones especiales es necesario solicitar neuroimágenes a pacientes adultos con intoxicación aguda o síndrome de abstinencia alcohólica, para detectar lesiones cerebrales?	
Tópico	Diagnóstico. Pautas de estudios paraclínicos en pacientes con problemas relacionados con el alcohol.
Usuarios	Médicos que proveen atención inicial al paciente con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia.
Escenario	Niveles 1, 2 y 3 de atención en consulta de urgencias o servicios de hospitalización.
Población diana	Colombianos mayores de 18 años que solicitan atención a los servicios de salud por intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • No solicitar una neuroimagen. • Solicitar una neuroimagen.
Blancos terapéuticos	
Paraclínicos	Hallazgos en las imágenes diagnósticas que lleven a la confirmación o al descarte de patologías asociadas al consumo de alcohol.
Desenlaces	Diagnóstico por imaginología.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Los de medio de contraste, incluyendo reacciones alérgicas. • Reacciones ansiosas con elementos claustrofóbicos.
Otros riesgos; costos	Costos según la imagen solicitada.
Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la pregunta de interés.	
Búsqueda de	Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la

evidencia	<p>literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años que solicitan servicios de salud por intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia por alcohol.</p> <p>Pruebas: Imágenes diagnósticas, como, por ejemplo: Resonancia magnética nuclear, tomografía por emisión de positrones y tomografía axial computarizada.</p> <p>Desenlaces: Características operativas de las imágenes diagnósticas para detectar lesiones y predecir desenlaces, y pronóstico en personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol o síndrome de abstinencia por alcohol.</p> <p>Tipo de estudio: Estudios de pruebas diagnósticas. No se incluyen estudios en idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
Selección de estudios	<p>Al evaluar la calidad metodológica y la correspondencia con la pregunta de investigación, ninguno de los estudios encontrados fue incluido como base de las recomendaciones. Los estudios se usaron como fundamento para discusión por el Grupo Desarrollador de la Guía y los expertos temáticos.</p>
Información adicional	

Base de datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Preseleccionados /Encontrados	En tabla/ Preseleccionados
Cochrane	"alcohol intoxication and neuroimaging in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews	Incepción/Enero 2012	0/1	0
	"alcohol withdrawal and neuroimaging in Cochrane Database of Systematic Reviews"	Cochrane Reviews		0/9	0
PubMed	("Alcoholic Intoxication"[Mesh]) AND "Diagnostic Techniques, Neurological"[Mesh]	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/262	0
	(("Radiography"[Mesh] OR "Tomography, X-Ray Computed"[Mesh] OR "Magnetic Resonance Imaging"[Mesh]) AND "Alcoholic Intoxication"[Mesh]) AND "Brain"[Mesh]	Sin límites	Incepción/Enero 2012	1/32	1
	("Radiography"[Mesh] OR "Tomography, X-Ray Computed"[Mesh] OR "Magnetic Resonance Imaging"[Mesh]) AND "Alcohol-Induced Disorders, Nervous System"[Mesh]	Sin límites	Incepción/Enero 2012	9/179	7
	(imaging indications) AND (alcohol intoxication)	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/0	0
Embase	('alcohol'/exp AND 'intoxication'/exp) AND ('neuroimaging'/exp OR neuroimaging) OR ('alcohol'/exp AND 'withdrawal'/exp) AND ('neuroimaging'/exp OR neuroimaging)	Sin límites	Incepción/Enero 2012	2/90	1
PsycINFO	alcohol intoxication	Sin límites	Incepción/Enero 2012	0/2	0
	alcohol withdrawal	Sin límites		0/3	0
	alcohol neuroimaging	Sin límites		0/4	0

Lilacs	neuroimagenes AND alcohol	Sin límites	Incepción/Enero	0/0	0
	neuroimagenes AND intoxicacion	Sin límites	2012	0/2	0
	neuroimagenes AND abstinencia	Sin límites		0/0	0
Scielo	intoxicacion alcohol neuroimagenes	Sin límites	Incepción/Enero	0/0	0
	Abstinencia alcohol neuroimagenes	Sin límites	2012	0/0	0

Pregunta clínica 10

Pregunta	
10. ¿En qué casos se recomienda la suplencia con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes adultos con abuso o dependencia del alcohol?	
Tópico	Prevención secundaria.
Usuarios	Médicos que brindan atención a pacientes con abuso o dependencia del alcohol.
Escenario	Manejo de pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica en consulta, urgencias y hospitalización en niveles 1, 2 y 3 de atención.
Población diana	Paciente mayor de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica. No incluye manejo de comorbilidades, mujeres embarazadas ni menores de edad.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de tiamina. • Administración de complejo B por vía parenteral. • Administración de Ácido fólico y tiamina (cualquier esquema). • Multivitamínicos. • Solo dieta.
Blancos terapéuticos	
Clínicos	Prevención de la aparición de Wernicke y Korsakoff en pacientes con dependencia del alcohol.
Paraclínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma. • Niveles de vitamina B12 y de ácido fólico. • Frotis de sangre periférica.

Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de encefalopatía de Wernicke. • Síndrome de Korsakoff. • Anemia megaloblástica.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Absceso. • Hematoma; riesgo en pacientes con coagulopatías derivadas de hepatopatía alcohólica. • Reacciones alérgicas (raro).
Otros riesgos, costos	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento global. • Estancia hospitalaria. • Costos directos.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la pregunta de interés.</p>	
Búsqueda de evidencia	<p>Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años que solicitan servicios de salud con abuso o dependencia del alcohol.</p> <p>Intervención: Indicación de la aplicación de vitamina B12 y de ácido fólico en pacientes con abuso o dependencia del alcohol.</p> <p>Tipo de estudio: Ensayos clínicos y metaanálisis. No se incluyen estudios en idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
Selección de estudios	<p>La búsqueda de la evidencia no condujo a resultados que contestaran la pregunta acerca de suministrar vitamina B12 y ácido fólico a algún tipo de paciente con abuso o dependencia del alcohol.</p>
Información adicional	

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 10

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Preseleccionados /Encontrados	En Tabla/ preseleccionados
PubMed	PUBMED Vitamin and alcohol clinical trial human	Clinical trial	A Enero 2012	437	
	("vitamins"[MeSH Terms] OR "vitamins"[All Fields] OR "vitamin"[All Fields] OR "vitamins"[Pharmacological Action]) AND ("ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND Meta-Analysis[ptyp])	Meta-analysis	A Enero de 2012	19	0
Bireme	VITAMIN AND ALCOHOL Estudios clínicos controlados	Estudios Clínicos Controlados	A enero de 2012	95	0
Scielo	vitamin [Todos los índices] and alcohol [Todos los índices]	No límites	A enero de 2012	3	0

Prevención terciaria: Diagnóstico y manejo del síndrome de abstinencia alcohólica

Pregunta clínica 11

Pregunta 11	
En personas adultas que presentan síndrome de abstinencia, ¿cuál es la utilidad de la escala CIWA-Ar, comparada con la entrevista psiquiátrica y el examen físico, para determinar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico y su continuidad durante el tratamiento hospitalario?	
Tópico	Intervención farmacológica para el tratamiento de pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia por alcohol.
Usuarios	Médicos que participan en el tratamiento de pacientes adultos con síndrome de abstinencia, o que aconsejan a pacientes, familiares y cuidadores sobre el manejo de dicho síndrome.
Escenario	Niveles 1, 2 y 3 de complejidad de atención, en servicios de atención primaria, unidades de salud mental, servicios de urgencias y unidades de trauma, de cirugía, de hospitalización y de consulta externa.
Población diana	Personas mayores de 18 años sin comorbilidad psiquiátrica o embarazo, en quienes se hace necesario tratar el síndrome de abstinencia por dependencia o consumo crónico de alcohol. No se incluye a pacientes con dependencia de otras sustancias psicoactivas.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Examen físico (identificación de signos y síntomas). • Entrevista psiquiátrica. • CIWA-A (versión larga). • CIWA-Ar.
Blancos terapéuticos	
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de tratamiento farmacológico para el control de síntomas como ansiedad, convulsiones e insomnio, asociados al síndrome de abstinencia. • Disminución de la morbilidad y del desarrollo de complicaciones. • Disminución de la mortalidad asociada directa o indirectamente al síndrome de abstinencia.
Paraclínicos	Cambio en el puntaje de la escala CIWA-Ar.
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de tratamiento farmacológico. • Control de sintomatología asociada.

	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de morbilidad. • Disminución de mortalidad.
Efectos adversos	
Otros riesgos; costos	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas generadas. • Consultas evitadas. • Hospitalización.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó un proceso sistemático de búsqueda de guías de práctica clínica, y se llevaron a cabo la evaluación y el análisis del contenido basado en la evidencia, teniendo en cuenta la pertinencia de la relación de estas guías con el alcance y los objetivos de la guía (ver anexo). A partir de la evaluación de las guías encontradas y del análisis riguroso de las recomendaciones basadas en evidencia, se decide responder la pregunta clínica a partir de la adaptación de la recomendación R15 de la guía NICE 100 (The National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions. Alcohol Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related Physical Complications. Clinical Guideline 100. 2010).</p>	
Búsqueda de actualización	<p>Para actualizar la evidencia evaluada por la guía fuente (NICE 100), se condujo una búsqueda sistemática de la literatura enfocada en la temática de la pregunta de investigación, y basada en la estrategia de búsqueda hecha por la guía fuente, con el fin de identificar publicaciones relevantes que fueron publicadas durante el periodo de enero de 2009 a noviembre de 2011.</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Personas mayores de 18 años sin comorbilidad psiquiátrica o embarazo, con síndrome de abstinencia alcohólica por dependencia o consumo crónico de alcohol. No se incluye a pacientes con dependencia de otras sustancias psicoactivas.</p> <p>Intervención: Aplicación escala CIWA-Ar.</p> <p>Comparaciones: Examen físico, juicio clínico y entrevista psiquiátrica.</p> <p>Desenlaces</p> <p>Clasificación de la severidad de los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica.</p> <p>Establecer la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico.</p> <p>Disminuir las complicaciones asociadas a la abstinencia.</p> <p>Criterio adyuvante del juicio clínico.</p>

	Tipo de estudio: Se incluirán revisiones sistemáticas metaanálisis de experimentos clínicos aleatorizados. En caso de no encontrar revisiones sistemáticas relevantes, se incluirán experimentos clínicos aleatorizados. No se incluirán estudios con alto riesgo de sesgo indicado por las plantillas de evaluación SIGN.
Selección de estudios	En los resultados de la búsqueda de actualización no fueron identificados estudios relevantes que actualizaran la información encontrada por la guía fuente.
Información adicional	Tablas de evidencia (ver anexo).

Estrategia de búsqueda de actualización. Pregunta clínica 11			
Base de datos	Estrategia de búsqueda-limites	Resultado	Preseleccionados
Cochrane	"Alcohol withdrawal" AND "CIWA-Ar" AND "indication" AND ("drug therapy" OR "pharmacological therapy") Limits: adults, >2010	0	0
Pubmed	"Alcohol withdrawal"[Mesh] AND "CIWA-Ar"[text word] AND "indication"[text word] AND ("drug therapy" OR "pharmacological therapy") Limits: adults, >2010	0	0
Embase	"Alcohol withdrawal" AND "CIWA-Ar" AND "indication" AND ("drug therapy" OR "pharmacological therapy") Limits: adults, >2010	0	0

Preguntas clínicas 12, 13 y 14

Preguntas	
12. En pacientes adultos con síndrome de abstinencia, ¿la administración de benzodiazepinas, comparada con el uso de otros psicofármacos, es más efectiva en el control de los síntomas y en la disminución de la morbilidad y de la mortalidad?	
13. En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento farmacológico con benzodiazepinas de acción larga, comparado con las benzodiazepinas de acción corta o media, se asocia a un rápido y mejor control de los síntomas, y a un mejor perfil de seguridad durante el tratamiento hospitalario?	
14. ¿En qué situación especial es necesario asociar al tratamiento farmacológico estándar otros psicofármacos, como, por ejemplo, neurolepticos, anticonvulsivantes o antihipertensivos, a pacientes adultos con un síndrome de abstinencia no resuelto, para lograr el control de los síntomas?	
Tópico	Intervención farmacológica para el tratamiento de pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia por alcohol.
Usuarios	Médicos que participan en el tratamiento de pacientes adultos con síndrome de abstinencia, o aconsejan a pacientes, familiares y cuidadores sobre el manejo de este síndrome.
Escenario	Niveles 1, 2 y 3 de complejidad de atención, en servicios de atención primaria, unidades de salud mental, servicios de urgencias, y unidades de trauma, de cirugía, de hospitalización y de consulta externa (consulta externa no programada y consultas prioritarias).
Población diana	Personas mayores de 18 años sin comorbilidad psiquiátrica o embarazo, en quienes se hace necesario tratar el síndrome de abstinencia por dependencia o consumo crónico de alcohol. No se incluye a pacientes con dependencia de otras sustancias psicoactivas.
Alternativas identificadas	Ninguna. Medidas de soporte <ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas. • Antihipertensivos. • Anticonvulsivantes. • Antipsicóticos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Óxido nítrico. • Gamma-hidroxi-butirato. • Combinación entre medicamentos. • Consumo de alcohol.
Blancos terapéuticos	
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Control de síntomas como ansiedad, deseo de consumo, irritabilidad, convulsiones e insomnio, característicos del síndrome de abstinencia por alcohol. • Disminución de la morbilidad y las complicaciones asociadas, como el desarrollo de <i>delirium tremens</i>. • Disminución de la mortalidad asociada directa o indirectamente al síndrome de abstinencia.
Paraclínicos	Cambio en el puntaje de la escala CIWA-AR.
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la sintomatología asociada; principalmente, disminución de las convulsiones. • Disminución de la morbilidad; principalmente, del <i>delirium tremens</i>. • Disminución de la mortalidad.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia. • Sobredosificación. • Seguridad: Eventos adversos serios. • No adherencia: Abandonos por eventos adversos.
Otros riesgos; costos	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas generadas, evitadas. • Hospitalización. • Aceptabilidad, o tolerabilidad.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó un proceso sistemático de búsqueda de guías de práctica clínica, y se llevaron a cabo la evaluación y el análisis del contenido basado en evidencia teniendo en cuenta la pertinencia de la relación de estas con el alcance y los objetivos de la guía (ver anexo búsqueda y evaluación de GPC). A partir de la evaluación de las guías encontradas y del análisis riguroso de las recomendaciones basadas en la evidencia, se decide responder las preguntas clínicas 12, 13 y 15 a partir de la adaptación de la recomendación 5 de la guía 100 de NICE (CG 100, <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>).</p>	
Búsqueda de actualización	Para actualizar la evidencia evaluada por la guía fuente (CG 100, NICE), se condujo una búsqueda sistemática de la literatura enfocada en la temática de las preguntas de investigación, y basada en la estrategia de búsqueda hecha por la guía fuente, para

	<p>identificar estudios relevantes que fueron publicados durante el periodo de enero de 2009 a noviembre de 2011. También se realizaron búsquedas manuales en listas de referencias de estudios encontrados, y mediante referencias de expertos a estudios conocidos.</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Personas mayores de 18 años sin comorbilidad psiquiátrica o embarazo, con síndrome de abstinencia alcohólica por dependencia o consumo crónico de alcohol. No se incluye a pacientes con dependencia de otras sustancias psicoactivas.</p> <p>Intervención: benzodiazepinas en cualquier dosis y vías de administración.</p> <p>Comparaciones: Manejo con benzodiazepinas y otros manejos farmacológicos, solos o en combinación, comparados entre sí o con placebo. Se tendrán en cuenta manejos intrahospitalarios y manejos ambulatorios del síndrome de abstinencia.</p> <p>Desenlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones por abstinencia • Delirium tremens • Mortalidad • Eventos adversos serios • Abandonos del tratamiento <p>Tipo de estudio: Se incluirán revisiones sistemáticas/metaanálisis de experimentos clínicos aleatorizados. En caso de encontrar revisiones sistemáticas relevantes, se incluirán experimentos clínicos aleatorizados. No se incluirán estudios con alto riesgo de sesgo indicado por las plantillas de evaluación SIGN.</p>
Selección de estudios	<p>La búsqueda de actualización de la evidencia identificó seis revisiones sistemáticas relevantes para responder las preguntas de investigación. Al realizar la lectura crítica y la evaluación de calidad mediante la plantilla SIGN, se decidió que todas las revisiones fueran incluidas para responder la pregunta de interés (ver anexo tablas de evidencia).</p>
Información adicional	<p>Tablas de evidencia (ver anexo).</p> <p>Perfiles de evidencia GRADE (ver anexo).</p>

Estrategia de búsqueda de actualización. Pregunta clínica 12

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período	Preseleccionados /Encontrados	En Tabla/ preseleccionados
Cochrane Library	"Alcohol withdrawal"[text Word] AND "benzodiazepines" AND ("medication"[text Word] OR "pharmacological intervention"[text Word] OR "drug therapy"[text Word] OR "comparative effectiveness"[text Word])	Cochrane Reviews	2009 Hasta la fecha	6/9	5

Estrategia de búsqueda de actualización. Pregunta clínica 13

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período	Preseleccionados /Encontrados	En Tabla/ preseleccionados
Cochrane Library	benzodiazepines AND alcohol withdrawal AND treatment AND chlordiazepoxide AND lorazepam AND diazepam AND lorazepam AND adults	Revisiones sistemáticas, meta-análisis	2009 hasta la fecha	1/322	1

Estrategia de búsqueda de actualización. Pregunta clínica 14

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Resultado tamizaje/ Encontrados	Preeleccionados/ Resultados tamizaje
Cochrane Library	""alcohol withdrawal" AND "neuroleptic" OR "antihypertensive" OR "anticonvulsant"	Systematic Reviews	2009-2012	52	4/52
Pubmed	(((((alcohol withdrawal associated autonomic hyperactivity[MeSH Terms]) OR alcohol withdrawal delirium[MeSH Terms]) OR alcohol	Ninguno	2009-2012	0	0

<p>withdrawal hallucinosis[MeSH Terms]) OR alcohol withdrawal induced <i>delirium tremens</i>[MeSH Terms]) OR alcohol withdrawal induced major motor seizure[MeSH Terms]) OR alcohol withdrawal induced seizure[MeSH Terms]) OR alcohol withdrawal induced status epilepticus[MeSH Terms]) AND agents, antihypertensive[MeSH Terms]</p>				
---	--	--	--	--

Pregunta clínica 15

Pregunta	
Una vez controlados los síntomas del síndrome de abstinencia en pacientes mayores de 18 años, ¿la discontinuación gradual de las benzodiazepinas, comparada con la suspensión abrupta, disminuye la incidencia de recidiva de la sintomatología a lo largo de las siguientes 2 semanas?	
Tópico	Intervención farmacológica para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica para prevención de recidiva de síntomas.
Usuarios	Médicos que participan en el plan de tratamiento de pacientes adultos con síndrome de abstinencia alcohólica.
Escenario	Niveles 1, 2 y 3 de complejidad de atención, unidades de salud mental, servicios de urgencias, y unidades de trauma, de cirugía y de hospitalización.
Población diana	Pacientes colombianos mayores de 18 años, con abuso o dependencia del alcohol, que consultan por intoxicación aguda o síndrome de abstinencia. No se incluye a mujeres embarazadas ni la abstinencia por otras sustancias.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución gradual de benzodiazepinas hasta la suspensión. • Suspensión abrupta de benzodiazepinas.
Blancos terapéuticos	
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la reaparición de síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica.

	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de complicaciones asociadas con la suspensión de benzodiazepinas.
Paraclínicos	Cambio en el puntaje de la escala CIWA-AR.
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Control de recidiva de sintomatología asociada al síndrome de abstinencia alcohólica. • Disminución de incidencia de síntomas relacionados con la suspensión de benzodiazepinas.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión respiratoria. • Sedación. • Caídas. • Efectos paradójicos. • Reacciones alérgicas. • Dependencia a benzodiazepinas. • Reparación de síntomas de abstinencia.
Otros riesgos, costos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de los días de hospitalización, por reactivación de los síntomas de abstinencia alcohólica. • Reingresos a urgencias por síntomas relacionados con la discontinuación de benzodiazepinas. • Relacionados con la discontinuación de benzodiazepinas: Ansiedad, irritabilidad, insomnio, hiperacusia, náuseas, dificultades en la concentración, temblor, despersonalización, hiperestesia, mioclonus y convulsiones.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la discontinuación gradual o abrupta de benzodiazepinas.</p>	
Búsqueda de evidencia	<p>Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Personas mayores de 18 años sin comorbilidad psiquiátrica o embarazo, con síndrome de abstinencia alcohólica por dependencia o consumo crónico de alcohol. No se incluye a pacientes con dependencia de otras sustancias psicoactivas.</p>

	<p>Intervención: Descontinuación del tratamiento con benzodicepinas.</p> <p>Comparaciones: Descontinuación gradual y descontinuación abrupta</p> <p>Desenlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de recidiva de sintomatología asociada al síndrome de abstinencia alcohólica. • Disminución de la incidencia de reaparición de síntomas de abstinencia por alcohol. <p>Tipo de estudio: Se incluirán revisiones sistemáticas/metaanálisis de experimentos clínicos aleatorizados. En caso de encontrar revisiones sistemáticas relevantes se incluirán experimentos clínicos aleatorizados. No se incluirán estudios con alto riesgo de sesgo indicado por las plantillas de evaluación SIGN.</p>
Selección de estudios	Con la estrategia de búsqueda de revisiones sistemáticas, se identificó un metaanálisis reciente relevante para la pregunta de investigación (Jannette M. Parr, David J. Kavanagh, Lareina Cahill, Geoffrey Mitchell1 & Ross McD. Young Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis Addiction, 104, 13–24). Al evaluar la calidad de esta publicación, se concluye que tiene una adecuada calidad metodológica, y, por tanto, se la considera apta para evaluar sus resultados y, en caso de ser posible, formular recomendaciones.
Información adicional	<ul style="list-style-type: none"> • Tabla de evidencia (ver anexo). • Estudios excluidos (ver anexo).

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 15					
Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Resultado tamizaje/ Encontrados	Preeleccionados/ Resultados tamizaje
Cochrane library	(abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms] AND alcohol withdrawal	reviews	Hasta la fecha	0	0
Pubmed 07/III/12 15:30	((abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms] AND alcohol withdrawal delirium[MeSH Terms])	Ninguno	Hasta la fecha	0	0

	((abrupt discontinuation) AND benzodiazepine[MeSH Terms]) AND alcohol withdrawal associated autonomic hyperactivity[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0	0
	((abrupt discontinuation) AND benzodiazepine[MeSH Terms]) AND alcohol withdrawal induced <i>delirium tremens</i> [MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0	0
	((abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms]) AND alcohol withdrawal induced major motor seizure[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0	0
	((abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms]) AND alcohol withdrawal hallucinosis[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0	0
	(abrupt discontinuation) AND benzodiazepine[MeSH Terms]) AND alcohol withdrawal induced seizure[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0	0
	((abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms]) AND alcohol withdrawal induced status epilepticus[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0	0
	((abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms]) AND autonomic hyperactivity, alcohol withdrawal associated[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0	0

	((abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms]) AND <i>delirium tremens</i> , alcohol withdrawal induced[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0	0
	(abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0/56	0
	(abrupt discontinuation[Text Word]) AND benzodiazepine[MeSH Terms]	Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	Hasta la fecha	0/56	0
	(abrupt discontinuation) AND benzodiazepine[MeSH Terms]	Ninguno	Hasta la fecha	0/76	0
	(abrupt discontinuation) AND benzodiazepine[MeSH Terms]	Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial	Hasta la fecha	22/76	3/22
Embase 07/III/12 17:00	<u>abrupt</u> AND <u>discontinuation</u> AND benzodiazepine/exp AND alcohol withdrawal	Ninguno	Hasta la fecha	14	0/14
	<u>abrupt</u> AND <u>discontinuation</u> AND benzodiazepine/exp	Ninguno	Hasta la fecha	31	0/31
Lilacs	((abrupt discontinuation[Text Word]) AND	Ninguno	Hasta la	0	0

Scielo	benzodiazepine[MeSH Terms]) AND alcohol withdrawal		fecha		
---------------	--	--	-------	--	--

Pregunta clínica 16

Pregunta	
En pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia, ¿el tratamiento hospitalario, comparado con el tratamiento ambulatorio, previene la morbilidad y la mortalidad asociadas al síndrome de abstinencia alcohólica durante las siguientes 2 semanas?	
Tópico	Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica.
Usuarios	Médicos que atienden pacientes con abstinencia por alcohol.
Escenario	Niveles 1, 2 y 3 de complejidad de atención, en urgencias, hospitalización.
Población diana	Paciente mayor de 18 años con síndrome de abstinencia por alcohol.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento hospitalario. • Tratamiento ambulatorio por consulta externa. • Tratamiento en hospital día. • Telemedicina. • Desintoxicación social.
Blancos terapéuticos	
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia controlada sin desarrollo de complicaciones. • Disminución del consumo de alcohol o abstinencia.
Paraclínicos	
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización posterior a manejo ambulatorio. • Desarrollo de delirium tremens.
Efectos adversos	
Otros riesgos; costos	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas generadas. • Consultas evitadas. • Hospitalización.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en patrón de consumo. • Paciente con abstinencia grave, incluyendo Delirium tremens.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías fuente escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante que incluyera información relacionada con la pregunta de interés.</p>	
<p>Búsqueda de evidencia</p>	<p>Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años que solicitan servicios de salud por abstinencia por alcohol.</p> <p>Alternativas: Tratamiento ambulatorio o tratamiento hospitalario.</p> <p>Desenlaces: Desarrollo de complicaciones derivadas de la abstinencia alcohólica.</p> <p>Tipo de estudio: Se incluyeron todos los tipos de estudios; inicialmente, ensayos clínicos controlados, y ampliando la búsqueda si no se obtenían resultados. No se incluyeron estudios en idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
<p>Selección de estudios</p>	<p>Al evaluar la calidad de los estudios encontrados, se concluyó que presentan limitaciones demasiado importantes como para pretenderse que respondan la pregunta de interés para la guía.</p>
<p>Información adicional</p>	<p>Tablas de evidencia (estudios excluidos).</p>

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 16

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Preseleccionados /Encontrados	En Tabla/ preseleccionados
PubMed	("ambulatory care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "ambulatory care"[All Fields] OR ("outpatient"[All Fields] AND "treatment"[All Fields]) OR "outpatient treatment"[All Fields]) AND ("inpatients"[MeSH Terms] OR "inpatients"[All Fields] OR "inpatient"[All Fields]) AND (("ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]) AND withdrawal[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND [ptyp])	Randomized Controlled Trial	A enero de 2012	8	2
Bireme	OUTPATIENT TREATMENT AND INPATIENT AND ALCOHOL WITHDRAWAL	No límite	Hasta enero de 2012	59	2
Scielo	OUTPATIENT [Todos los índices] and INPATIENT [Todos los índices] and WITHDRAWAL [Todos los índices]	No límite	Hasta enero de 2012	0	0
Manual				1	1

Pregunta clínica 17

Pregunta	
17. En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia moderado o severo, ¿la referencia a un centro de mayor complejidad (nivel II, III o IV), comparado con el manejo en un centro de baja complejidad (nivel I) que solo cuente con médico general, disminuye las complicaciones a lo largo de las siguientes dos semanas?	
Tópico	Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica.
Usuarios	Médicos y personal de la salud que atienden a pacientes con síndrome de abstinencia por alcohol.
Escenario	Niveles 1, 2 y 3 de complejidad de atención en urgencias y en hospitalización.
Población diana	Paciente mayor de 18 años con síndrome de abstinencia por alcohol.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Remisión de abstinencia alcohólica a centro de alta complejidad, según el patrón de consumo, las comorbilidades y la evolución del síndrome. • Manejo rutinario de abstinencia alcohólica en centro de baja complejidad. • Manejo rutinario de la abstinencia alcohólica en centro de alta complejidad. • Manejo de abstinencia en CAD ambulatorio. • Manejo de abstinencia en CAD residencial. • Manejo ambulatorio de la abstinencia alcohólica.
Blancos terapéuticos	
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia controlada sin desarrollo de complicaciones. • Disminución del consumo de alcohol o cese del consumo.
Paraclínicos	
Desenlaces	Hospitalización no pertinente según nivel.
Efectos adversos	
Otros riesgos, costos	<ul style="list-style-type: none"> • Costos directos. • Estancia hospitalaria. • Estancia hospitalaria no pertinente. • Costos de traslado interinstitucional.

<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante para responder dicha pregunta.</p>	
<p>Búsqueda de evidencia</p>	<p>Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años que solicitan servicios de salud por abstinencia del alcohol.</p> <p>Intervención: Hospitalización en instituciones de bajo y de alto nivel de complejidad.</p> <p>Desenlaces: Complicaciones atribuibles al manejo de la abstinencia alcohólica.</p> <p>Tipo de estudio: Inicialmente se buscaron experimentos clínicos controlados; al no encontrar tal tipo de estudios, se incluyeron los de todos los tipos. Se excluyeron los estudios que incluían a mujeres embarazadas, a menores de 18 años y a sujetos con comorbilidades médicas. No se incluyeron estudios en idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
<p>Selección de estudios</p>	<p>Como no se encontraron estudios que respondieran o se aproximaran a la pregunta planteada, se realizaron grupos focales, y, posteriormente, un consenso de expertos, para formular las recomendaciones.</p>
<p>Información adicional</p>	

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 17

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Preseleccionados /Encontrados	En Tabla/ preseleccionados
PubMed	("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields]) AND ("specialization"[MeSH Terms] OR "specialization"[All Fields] OR "specialist"[All Fields]) AND (("ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]) AND withdrawal[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp]))	Randomized Controlled Trial	A Enero de 2012	0/1	0
Bireme	Primary care AND specialist AND alcohol withdrawal	Sin límite	A enero de 2012	0/4	0
Scielo	Primary care [Todos los índices] and specialist [Todos los índices] and alcohol withdrawal [Todos los índices]	Sin límite	A Enero de 2012	0	0

Pregunta clínica 18

Pregunta	
En pacientes mayores de 18 años que abusan o dependen del alcohol y presentan síndrome de abstinencia, ¿el uso rutinario de tiamina desde el primer día de tratamiento previene la aparición de encefalopatía de Wernicke y Síndrome Korsakoff?	
Tópico	Prevención terciaria. Disminución de la probabilidad de complicaciones durante el síndrome de abstinencia alcohólica.
Usuarios	Médicos que brindan atención a pacientes con abuso o dependencia del alcohol que cursan con síndrome de abstinencia.
Escenario	Manejo de pacientes con abuso o dependencia del alcohol en urgencias y hospitalización de los niveles 1, 2 y 3 de atención.
Población diana	Paciente mayor de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica. No incluye manejo de comorbilidades, mujeres embarazadas ni menores de edad.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de tiamina por vía intramuscular. • Administración de tiamina por vía oral. • Administración de tiamina por vía endovenosa.
Blancos terapéuticos	
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la incidencia de la encefalopatía de Wernicke y del síndrome de Korsakoff. • Disminución del tiempo de estancia hospitalaria secundaria a complicaciones.
Paraclínicos	
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la encefalopatía de Wernicke y del síndrome de Korsakoff. • Disminución de la morbimortalidad.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Absceso local (vía intramuscular). • Reacciones alérgicas (vía parenteral). • Flebitis (vía endovenosa).
Otros riesgos, costos	<ul style="list-style-type: none"> • Costos relacionados con el uso de tiamina. • Costos relacionados con los días de estancia hospitalaria.

<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica que incluyeran recomendaciones con contenido basado en evidencia que respondiera la pregunta de investigación (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC). Al realizar un análisis detallado de las guías escogidas a partir de la calificación de la calidad metodológica, no se encontró ninguna recomendación relevante para responder esta pregunta.</p>	
<p>Búsqueda de evidencia</p>	<p>Para obtener información que pudiera responder la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando los términos de indexación relevantes para la pregunta de interés en las principales bases de datos (ver tabla).</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p> <p>Población: Pacientes mayores de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica. No se incluyó a pacientes con comorbilidades ni a mujeres embarazadas.</p> <p>Intervenciones: Administración de tiamina por cualquier vía o dosis, comparadas entre ellas, con placebo o con ninguna intervención.</p> <p>Desenlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la encefalopatía de Wernicke y del síndrome de Korsakoff. • Disminución de la mortalidad. <p>Tipos de estudio: Se incluyeron revisiones sistemáticas /metaanálisis de experimentos clínicos aleatorizados. En caso de no estar disponibles, se incluyeron experimentos clínicos aleatorizados. No se incluyen estudios en idiomas diferentes de inglés, español, francés y alemán.</p>
<p>Selección de estudios</p>	<p>Se preseleccionaron cuatro estudios: tres de ellos, por búsqueda manual, y uno, por búsqueda en bases de datos (Bireme); sin embargo, solo uno de ellos estuvo disponible para el grupo desarrollador: Day E, Bentham P, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. Thiamine for Wernicke-Korsakoff Syndrome in people at risk from alcohol abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD004033. Un artículo fue un breve reporte: Oral or intravenous thiamine in the emergency department (Jackson, R. EMJ.2004.016550).</p>
<p>Información adicional</p>	<p>Tabla de evidencia.</p>

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 18

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Preseleccionado /Encontrado	En Tabla/ Preseleccionados
Pubmed	intravenous[All Fields] AND ("mouth"[MeSH Terms] OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields])) AND ("thiamine"[MeSH Terms] OR "thiamine"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND [ptyp])	Randomized Controlled Trial	Abierto	3	0 No relevantes para la pregunta de investigación
	Intramuscular and oral thiamine = 0	Controlled Trial	Abierto	0	0
	Intravenous and oral and intramuscular thiamine = 0	Controlled Trial	Abierto	0	0
Bireme Fecha 07-03-12	Oral AND intramuscular AND thiamine	No límite	Abierto	17	1
SCIELO	intramuscular [Todos los índices] and oral [Todos los índices] and thiamine [Todos los índices]	No límite	Abierto	0	0
Búsqueda manual				3	3

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

Pregunta clínica 19

Pregunta	
19. En pacientes con abuso o dependencia del alcohol, ¿qué intervenciones farmacológicas y no farmacológicas han mostrado generar abstinencia o cambio en el patrón de consumo y prevenir las recaídas?	
Tópico	Intervención para prevenir recaídas y generar cambio en el patrón de consumo.
Usuarios	Médicos (generales, psiquiatras, otras especialidades) y personal de enfermería (profesional, auxiliar) que participan en el plan de tratamiento de pacientes adultos con dependencia o abuso del alcohol, o que aconsejan a pacientes, familiares y cuidadores sobre el manejo del abuso del alcohol.
Escenario	Niveles 1, 2 y 3 de complejidad de atención, en servicios de atención primaria, unidades de salud mental, servicios de urgencias y unidades de trauma, de cirugía, de hospitalización y de consulta externa (consulta externa no programada y consultas prioritarias).
Población diana	Personas mayores de 18 años sin comorbilidad psiquiátrica o embarazo, con abuso o dependencia del alcohol. No se incluye a pacientes con dependencia de otras sustancias psicoactivas.
Alternativas identificadas	<ul style="list-style-type: none"> • No intervención. • Intervenciones breves. • Técnicas motivacionales. • Técnica de los 12 pasos. • Terapia cognitivo-conductual (individual o en grupo). • Terapia de pareja. • Psicoterapia psicodinámica. • Tratamiento multimodal. • Estrategias de psicoeducación. • Acamprosato. • Naltrexona. • Disulfiram.
Blancos terapéuticos	

Clínicos	Prevención de recaídas durante los 6 meses siguientes al cese del consumo, o por mayor tiempo, dado el caso. De igual manera, se busca generar un cambio en el patrón de consumo, orientado hacia la disminución o la detención de un consumo nocivo o problemático. El cambio en el patrón de consumo puede estar asociado a disminución en la frecuencia o la cantidad, o la abstinencia total.
Paraclínicos	Disminución de los niveles de enzimas hepáticas (ALT y AST).
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> • Remisión del consumo de alcohol por un periodo igual o mayor a 6 meses. • Cambio en el patrón de consumo (disminución en la frecuencia y la cantidad). • Generar actitud de cambio relacionado con el consumo problemático.
Efectos adversos	<p>Terapias psicológicas o psicosociales: Costos relacionados con el transporte y el desplazamiento; disponibilidad de tiempo del paciente y familiares; permisos laborales.</p> <p>Naltrexona: Dolor abdominal, disminución del apetito, náusea, vómito, somnolencia, mareo, fatiga, insomnio y letargia.</p> <p>Acamprosato: Diarrea.</p>
Otros riesgos, costos	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas generadas. • Consultas evitadas. • Hospitalización.
<p>Decisión sobre adaptación o desarrollo de Novo: A partir del proceso de búsqueda sistemática, evaluación y análisis de contenido de guías de práctica clínica (ver anexo de búsqueda y evaluación de GPC) relacionadas con el alcance y los objetivos de la guía, se tomó la decisión de responder la pregunta clínica a partir de una adaptación de las recomendaciones relacionadas con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas de la guía 115 de NICE (CG 115, <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>).</p>	
Búsqueda de actualización	<p>Para actualizar la evidencia evaluada por la guía fuente (CG 115, NICE), se condujo una búsqueda sistemática de la literatura enfocada en la temática de las preguntas de investigación, y basada en la estrategia de búsqueda realizada por la guía fuente, para identificar estudios relevantes que fueron publicados durante el periodo de enero de 2009 a noviembre de 2011.</p> <p>También se realizaron búsquedas manuales en listas de referencias de estudios encontrados, y mediante referencias de expertos a estudios conocidos.</p> <p>Criterios de inclusión y de exclusión</p>

	<p>Población: Personas mayores de 18 años sin comorbilidad psiquiátrica o embarazo, con abuso o dependencia del alcohol. No se incluye a pacientes con dependencia de otras sustancias psicoactivas.</p> <p>Intervención: Terapias farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento del abuso o la dependencia del alcohol. Se incluirán terapias intrahospitalarias y ambulatorias.</p> <p>Comparaciones: Tratamiento con terapias farmacológicas, no farmacológicas, no tratamiento, evaluación, tamizaje.</p> <p>Desenlaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia (seguimiento mínimo de 3 meses). • Cambio en el patrón de consumo: Consumo pesado; consumo controlado; consumo medio; cambio en el consumo de base. • Cambio en la cantidad, la frecuencia y la duración del consumo. • Recaídas. • Morbilidad. • Eventos adversos. • Abandonos por eventos adversos. • Abandono del tratamiento. <p>Tipo de estudio: Se incluirán revisiones sistemáticas/metaanálisis de experimentos clínicos aleatorizados. En caso de no encontrar revisiones sistemáticas relevantes, se incluirán experimentos clínicos aleatorizados. No se incluirán estudios con alto riesgo de sesgo indicado por las plantillas de evaluación SIGN.</p>
Selección de estudios	<p>La búsqueda para actualización identificó cinco revisiones sistemáticas relevantes para la actualización de la información encontrada por la guía fuente (CG 115, NICE). Al realizar la lectura crítica y la evaluación de calidad mediante la plantilla SIGN, se decide incluir la totalidad de las revisiones identificadas, para responder la pregunta (ver anexo tabla de evidencia).</p>
Información adicional	<p>Tablas de evidencia. Perfiles de evidencia GRADE.</p>

Estrategia de búsqueda. Pregunta clínica 19

Base de Datos	Estrategia (términos)	Tipo de artículo y límites	Período buscado	Resultado tamizaje/ Encontrados	Preeleccionados/ Resultados tamizaje
Cochrane Database of Systematic Reviews	"alcohol dependence" OR "alcohol abuse" AND "pharmacological treatment" OR "non pharmacological treatment" AND "prevention" AND "relapse", from 2009 to 2012	Revisiones sistemáticas. Experimentos clínicos aleatorizados	2009-2012	230	6/230

5. Perfiles de evidencia GRADE

Preguntas clínicas 12, 13 y 14

Pregunta

¿Deben usarse las benzodiacepinas, comparadas con otros medicamentos, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							Number of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Benzodiazepines	Otros medicamentos	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
12	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	5/442 (1,1%)	37/786 (4,7%)	RR 0,52 (0,21 to 1,31)	23 fewer per 1.000 (from 37 fewer to 15 more)	⊕⊕⊕ ⊖ MODERATE	CRITICAL
Convulsiones por abstinencia (benzodiacepina vs. anticonvulsivantes)												
7	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	4/244 (1,6%)	2/279 (0,72%)	RR 1,7 (0,39 to 7,37)	5 more per 1.000 (from 4 fewer to 46 more)	⊕⊕⊕ ⊖ MODERATE	CRITICAL
Eventos adversos (benzodiacepina vs. otros medicamentos) (assessed with: No. de personas con al menos un evento adverso)												
18	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	93/426 (21,8%)	69/493 (14%)	RR 1,31 (0,99 to 1,72)	43 more per 1.000 (from 1 fewer to 101 more)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	CRITICAL
Eventos adversos (benzodiacepina vs. anticonvulsivantes) (assessed with: No. de pacientes con al menos un evento adverso)												
9	Randomised	No	No serious	No serious	Serious ²	None	50/211	36/260	RR 1,5	69 more	⊕⊕⊕	CRITICAL

	d trials	serious Risk of Bias	inconsistency	indirectness			(23,7%)	(13,8%)	(0,83 to 2,7)	per 1.000 (from 24 fewer to 235 more)	⊖ MODERATE	
Delirium (benzodiazepinas vs. otros medicamentos)												
8	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	14/321 (4,4%)	43/572 (7,5%)	RR 0,65 (0,21 to 1,98)	26 fewer per 1.000 (from 59 fewer to 74 more)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	CRITICAL
Delirium (benzodiazepinas vs. anticonvulsivantes)												
4	Randomised trials	Serious ⁵	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	13/159 (8,2%)	7/183 (3,8%)	RR 1,90 (0,43 to 8,38)	34 more per 1.000 (from 22 fewer to 282 more)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	CRITICAL

¹ Enmascaramiento adecuado solamente en 3 de 12 estudios.

² Intervalo de confianza amplio.

³ Enmascaramiento adecuado solamente en 6 de 18 estudios.

⁴ Cinco estudios con métodos no claros o inadecuados de aleatorización, cuatro de enmascaramiento y cuatro de cegamiento.

⁵ Aleatorización y enmascaramiento no claros para tres de cuatro estudios.

Pregunta

¿Deben usarse las benzodicepinas comparadas con placebo para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Benzodiazepines	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
3	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	1/149 (0.67%)	14/118 (11.9%)	RR 0.16 (0.04 to 0.69)	100 fewer per 1.000 (from 37 fewer to 114 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Eventos adversos (assessed with: No. de pacientes con al menos un evento adverso)												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious ²	Serious ³	None	6/35 (17,1%)	1/36 (2,8%)	RR 3,28 (0,31 to 34,52)	63 more per 1.000 (from 19 fewer to 931 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL

¹ Enmascaramiento no claro para dos de tres estudios.

² Solamente dos estudios. Número de participantes limitado.

³ Intervalo de confianza amplio.

Pregunta

¿Debe usarse EL GHB, comparado con otros medicamentos, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi GC, et al. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD006266.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	GHB	Otros medicamentos	Relative (95% CI)	Absolute		
Eventos adversos tolerados (GHB 50 mg vs. placebo)												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious ¹	Very serious ²	None	7/11 (63,6%)	0/12 (0%)	RR 16,25 (1,04 to 254,98)	-	⊕⊕⊕⊖ VERY LOW	CRITICAL
Eventos adversos que causaron abandono (GHB 50 mg vs. clometiazol)												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious ¹	Serious ³	None	0/33 (0%)	1/33 (3%)	RR 0,33 (0,01 to 7,9)	20 fewer per 1.000 (from 30 fewer to 209 more)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Eventos adversos que causaron abandono (GHB 100 mg vs. clometiazol)												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious ¹	Serious ³	None	1/32 (3,1%)	1/33 (3%)	RR 1,03 (0,07 to 15,79)	1 more per 1.000 (from 28 fewer to 448 more)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Eventos adversos que causaron abandono (GHB 50 mg vs. GHB 100 mg)												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious ¹	Serious ³	None	0/33 (0%)	1/32 (3,1%)	RR 0,32 (0,01 to	21 fewer per 1.000 (from 31	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL

									7,66)	fewer to 208 more)		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--------------------	--	--

¹ Evidencia disponible de solo un estudio.

² Intervalo de confianza muy amplio.

³ Tamaño de muestra pequeño. Intervalo de confianza amplio.

Pregunta

¿Deben usarse los anticonvulsivantes, comparados con placebo, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Minozzi S, Amato L, Vecchi S, et al. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005064.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Anticonvulsivantes	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia posterior al tratamiento (cualquier anticonvulsivante vs. placebo)												
9	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	27/456 (5,9%)	47/427 (11%)	RR 0,61 (0,31 to 1,2)	43 fewer per 1.000 (from 76 fewer to 22 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Convulsiones por abstinencia posteriores al tratamiento (fenitoína vs. placebo)												
4	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	22/192 (11,5%)	34/189 (18%)	RR 0,78 (0,35 to 1,77)	40 fewer per 1.000 (from 117 fewer to 139 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

Eventos adversos (assessed with: No. de pacientes con al menos un evento adverso)												
7	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ³	None	26/362 (7,2%)	15/301 (5%)	RR 1,56 (0,74 to 3,31)	28 more per 1.000 (from 13 fewer to 115 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

¹ Enmascaramiento adecuado en solamente en uno de nueve estudios.

² Enmascaramiento adecuado solamente en uno de cuatro estudios.

³ En tres estudios los resultados no fueron estimados, ya que no se presentaron Eventos adversos.

Preguntas

¿Deben usarse los anticonvulsivantes, comparados con otros medicamentos, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Minozzi S, Amato L, Vecchi S, et al. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005064.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Anticonvulsivantes	Otros medicamentos	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
12	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	4/394 (1%)	13/486 (2,7%)	RR 0,58 (0,22 to 1,58)	11 fewer per 1.000 (from 21 fewer to 16 more)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	CRITICAL
Eventos adversos												
14	Randomised	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	57/363 (15,7%)	104/363 (28,7%)	RR 0,71 (0,45 to	83 fewer per 1.000 (from	⊕⊕⊕ ⊖	CRITICAL

	trials		cy						1,12)	158 fewer to 34 more)	MODER ATE	
Delirium												
6	Rando mised trials	Serious ⁴	No serious inconsisten cy	No serious indirectness	Serious ⁵	None	7/208 (3,4%)	8/186 (4,3%)	RR 0,88 (0,23 to 3,42)	5 fewer per 1.000 (from 33 fewer to 104 more)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	CRITICAL
Delirium (carbamazepina vs. benzodiacepinas)												
2	Rando mised trials	Very Serious ⁶	No serious inconsisten cy	No serious indirectness	Very serious ⁷	None	2/62 (3,2%)	2/63 (3,2%)	RR 1,01 (0,04 to 24,43)	0 more per 1.000 (from 30 fewer to 744 more)	⊕⊖⊖ ⊖ VERY LOW	CRITICAL

¹ Enmascaramiento adecuado solamente en 2 de 12 estudios.

² En cinco estudios no se estimaron resultados, porque no se presentaron eventos.

³ Enmascaramiento adecuado solamente en 4 de 14 estudios.

⁴ Aleatorización y enmascaramiento adecuados solamente en uno de seis estudios.

⁵ Pocos eventos. Intervalo de confianza amplio.

⁶ Los dos estudios, con métodos poco claros de aleatorización y de enmascaramiento.

⁷ Pocos eventos; pequeño tamaño de la muestra. Intervalo de confianza muy amplio.

Pregunta

¿Debe usarse PAN, comparado con Benzodiazepinas, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Gillman MA, Lichtigfeld F, Young T. Psychotropic analgesic nitrous oxide for alcoholic withdrawal states. Cochrane Database SystRev. 2007:CD005190.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	PAN	Benzodiazepinas	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
								0%		-		
Delirium												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
								0%		-		
Eventos adversos												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
								0%		-		
Ansiedad 1 hora después de la intervención (measured with: STA; Better indicated by lower values)												
2	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	24	23	-	MD 3,70 lower (10,53 lower to 3,12 higher)	⊕⊕⊕⊖ LOW	IMPORTANT
Depresión (1 hora después de la intervención) (measured with: BDI; Better indicated by lower values)												
2	Randomised	Serious ¹	No serious	No serious	Serious ²	None	0	-	-	MD 2,40	⊕⊕⊕⊖	IMPORTANT

	trials		inconsistency	indirectness							lower (8,7 lower to 3,89 higher)	LOW	
Funcionamiento psicomotor (measured with: QNST; Better indicated by lower values)													
1	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	16	15	-		MD 8,71 lower (13,71 to 3,71 lower)	⊕⊕⊕⊖ LOW	IMPORTANT

¹ Un estudio con método de aleatorización poco claro. Tampoco son claros los métodos de enmascaramiento ni de cegamiento en ninguno de los dos estudios.

² Intervalo de confianza amplio.

³ Estudio con métodos poco claros de aleatorización, de enmascaramiento y de cegamiento.

Pregunta

¿Debe usarse el alprazolam, comparado con diazepam, para el síndrome de abstinencia?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Alprazolam	Diazepam	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Delirium												
0	No evidence					None	-	-	-	-		CRITICAL

	available							0%		-		
Eventos adversos												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
								0%		-		
Abandonos												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	Reporting Bias ³	0/27 (0%)	2/33 (6,1%)	RR 0,25 (0,01 to 5,03)	45 fewer per 1.000 (from 60 fewer to 244 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL

¹ Estudio con métodos de aleatorización, de enmascaramiento y de cegamiento poco claros.

² Estudio con tamaño de muestra pequeño. Intervalo de confianza amplio.

³ Es probable que la revisión sistemática no identificara estudios similares que respondan la misma pregunta.

Pregunta

¿Debe usarse el clordiazepóxido, comparado con el alprazolam, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Chlordiazepoxido	Alprazolam	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
1	Randomised trials	No serious	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	4/50 (8%)	9/50 (18%)	RR 0,44 (0,15 to	101 fewer per 1.000	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL

		Risk of Bias							1,35)	(from 153 fewer to 63 more)		
Delirium												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	3/50 (6%)	3/50 (6%)	RR 1 (0,21 to 4,72)	0 fewer per 1.000 (from 47 fewer to 223 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL
Eventos adversos severos												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ³	Reporting Bias ²	0/50 (0%)	1/50 (2%)	RR 3 (0,131 to 71,92)	40 more per 1.000 (from 17 fewer to 1.000 more)	⊕⊖⊖⊖ VERY LOW	CRITICAL
Abandonos (aceptabilidad)												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL

¹ Un solo estudio, con tamaño de muestra limitado. Pocos eventos. Intervalo de confianza amplio.

² Es probable que la revisión sistemática no haya identificado otros estudios similares que hayan respondido la misma pregunta.

³ Intervalo de confianza muy amplio. Un solo evento, en un tamaño de muestra reducido.

Pregunta

¿Debe usarse el clordiazepóxido, comparado con el diazepam, para el síndrome abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Chlordiazepoxido	Diazepam	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	Serious ²	Serious ³	Reporting Bias ⁴	0/12 (0%)	1/12 (8,3%)	RR 0,33 (0,01 to 7,45)	56 fewer per 1.000 (from 82 fewer to 537 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Delirium												
0	No evidence available					None	-	-	not pooled	not pooled		CRITICAL
Eventos adversos												
2	Randomised trials	Serious ⁵	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁶	Reporting Bias ⁴	1/16 (6,3%)	0/18 (0%)	RR 3 (0,14 to 63,15)	-	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Abandonos												
2	Randomised trials	Serious ⁵	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁶	Reporting Bias	4/23 (17,4%)	0/18 (0%)	RR 6 (0,37 to 96,85)	-	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL

¹ No son claros los métodos de aleatorización ni los de cegamiento en el estudio.

² Se incluyó a pacientes con comorbilidades físicas y mentales, ni sin red de apoyo ni con abstinencia de alto riesgo.

³ Un solo estudio, con tamaño de muestra muy escaso. Pocos eventos. Intervalo de confianza muy amplio.

⁴ Es probable que la revisión sistemática no identificara estudios similares que respondan la misma pregunta.

⁵ Los dos estudios evidencian un método de aleatorización poco claro. Un estudio sin métodos claros para cegamiento, y con un análisis de datos incompleto.

⁶ Tamaño de muestra muy escaso en los dos estudios. Pocos eventos. Intervalo de confianza muy amplio.

Pregunta

¿Debe usarse clordiazepóxido, comparado con lorazepam, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Chlordizepóxido	Lorazepam	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious	Reporting Bias	0/25 (0%)	2/25 (8%)	RR 0,2 (0,01 to 3,97)	64 fewer per 1.000 (from 79 fewer to 238 more)	⊕⊕⊕⊖ VERY LOW	CRITICAL
Delirium												
1	Randomised trials	No serious Risk of	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	Reporting Bias	0/50 (0%)	1/50 (2%)	RR 0,33 (0,01 to 7,99)	13 fewer per 1.000 (from 20)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL

		Bias								fewer to 140 more)		
Eventos adversos												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious	Reporting Bias	2/50 (4%)	1/50 (2%)	RR 2 (0,19 to 21,36)	20 more per 1.000 (from 16 fewer to 407 more)	⊕⊖⊖⊖ VERY LOW	CRITICAL
Abandonos												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ³	Reporting Bias ⁴	7/77 (9,1%)	10/81 (12,3%)	RR 0,75 (0,24 to 2,37)	31 fewer per 1.000 (from 94 fewer to 169 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL

¹ No son claros los métodos de aleatorización ni los de enmascaramiento en el estudio.

² Un solo estudio, con tamaño de muestra pequeño. Muy pocos eventos. Intervalo de confianza muy amplio.

³ Intervalo de confianza amplio.

⁴ Es probable que la revisión sistemática no identificara estudios similares que respondan la misma pregunta.

Pregunta

¿Debe usarse clordiazepóxido, comparado con halazepam, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010;CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Chlordiazepoxido	Halazepam	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Delirium												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Eventos adversos												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	1/39 (2,6%)	2/41 (4,9%)	RR 0,53 (0,05 to 5,57)	23 fewer per 1.000 (from 46 fewer to 223 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL
Abandonos												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	9/48 (18,8%)	3/44 (6,8%)	RR 2,75 (0,8 to 9,51)	119 more per 1.000 (from 14 fewer to 580 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL

¹ Estudio con pequeño tamaño de muestra. Intervalo de confianza amplio.

² Es probable que la revisión sistemática no identificara estudios similares que respondan la misma pregunta.

Preguntas

¿Debe usarse clordiazepóxido, comparado con clobazam, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Chlordiazepoxido	Clobazam	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Delirium												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Eventos adversos												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	Reporting Bias ³	4/20 (20%)	5/20 (25%)	RR 0,8 (0,25 to 2,55)	50 fewer per 1.000 (from 188 fewer to 387 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL

Abandonos												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	Reporting Bias ³	6/26 (23,1%)	8/28 (28,6%)	RR 0,81 (0,32 to 2,01)	54 fewer per 1.000 (from 194 fewer to 289 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL

¹ Estudio con métodos poco claros de aleatorización y de enmascaramiento, y sin tratamiento de datos faltantes.

² Estudio con escaso tamaño de muestra. Intervalo de confianza amplio.

³ Es probable que la revisión sistemática no identificara estudios similares que respondan la misma pregunta.

Pregunta

¿Debe usarse el diazepam, comparado con abecamil, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Diazepam	Abecamil	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Delirium												
1	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	Reporting Bias ³	0/24 (0%)	1/24 (4,2%)	RR 0,33 (0,01 to 7,8)	28 fewer per 1.000 (from 41 fewer to 283)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL

										more)		
Eventos adversos												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
								0%				
Abandonos												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
								0%				

¹ Métodos de aleatorización y de enmascaramiento poco claros.

² Estudio con pequeño tamaño de muestra, y con pocos eventos. Intervalo de confianza muy amplio.

³ Es probable que la revisión sistemática no identificara estudios similares que respondan la misma pregunta.

Pregunta

¿Debe usarse el lorazepam, comparado con el diazepam, para el síndrome de abstinencia alcohólica?

REFERENCIA: Amato L, Minozzi S, Vecchi S, et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD005063.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Lorazepam	Diazepam	Relative (95% CI)	Absolute		
Convulsiones por abstinencia												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹	Reporting Bias ²	1/20 (5%)	0/20 (0%)	RR 3 (0,13 to 69,52)	-	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL

Delirium												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	0/28 (0%)	2/27 (7,4%)	RR 0,19 (0,01 to 3,85)	60 fewer per 1.000 (from 73 fewer to 211 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Eventos adversos												
2	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁵	Reporting Bias ²	4/47 (8,5%)	1/49 (2%)	RR 2,56 (0,35 to 18,62)	32 more per 1.000 (from 13 fewer to 360 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Abandonos												
3	Randomised trials	Serious ⁶	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁷	Reporting Bias ²	11/78 (14,1%)	9/78 (11,5%)	RR 1,2 (0,54 to 2,65)	23 more per 1.000 (from 53 fewer to 190 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL

¹ Un solo estudio con tamaño de muestra pequeño, muy pocos eventos e intervalo de confianza muy amplio.

² Es probable que la revisión sistemática no identificara estudios similares que respondan la misma pregunta.

³ Estudio con métodos de aleatorización, de enmascaramiento, de cegamiento y de análisis de datos faltantes y poco claros.

⁴ Los dos estudios, con métodos de aleatorización, de enmascaramiento, de cegamiento y de análisis de datos faltantes y poco claros.

⁵ Pocos eventos. Intervalo de confianza muy amplio.

⁶ Dos de los estudios, con métodos de aleatorización, de enmascaramiento, de cegamiento y de análisis de datos faltantes y poco claros.

⁷ Intervalo de confianza amplio.

Pregunta clínica 19

Medidas farmacológicas

Pregunta

¿Debe usarse acamprosato, comparado con placebo, para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2010: CD004332.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Acamprosato	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Return to heavy drinking (assessed with: Toma de 5 o de más unidades de bebida estándar)												
6	randomized trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	708/1100 (64,4%)	702/1032 (68%)	RR 0,99 (0,94 to 1,04)	7 fewer per 1.000 (from 41 fewer to 27 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Return to any drinking (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
24	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	2416/3233 (74,7%)	2447/2939 (83,3%)	RR 0,86 (0,81 to 0,91)	117 fewer per 1.000 (from 75 fewer to 158 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Días de bebida (assessed with: Razón de la suma de los días en los que el paciente bebió y la duración del estudio [x100])												
0	No evidence					None	-	-	-	-		CRITICAL

	available							0%		-		
Return to heavy drinking posterior al tratamiento (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Return to any drinking posterior al tratamiento (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
7	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	864/1082 (79,9%)	784/904 (86,7%)	RR 0,91 (0,87 to 0,96)	78 fewer per 1.000 (from 35 fewer to 113 fewer)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Abandonos												
22	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	1456/3200 (45,5%)	1391/2911 (47,8%)	RR 0,91 (0,83 to 0,99)	43 fewer per 1.000 (from 5 fewer to 81 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Duración de abstinencia acumulada (measured with: Suma de los días en los que el paciente se mantuvo en abstinencia [incluyendo periodos entre consumo] en relación con la duración total del estudio x100; Better indicated by higher values)												
19	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	2763	2461	-	MD 10,94 higher (5,08 to 16,81 higher)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Eventos adversos: náusea												
5	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	106/710 (14,9%)	95/737 (12,9%)	RD 0,02 (-0,01 to 0,05)	126 fewer per 1.000 (from 122 fewer to 130 fewer)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL

Eventos adversos: Vómito												
3	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	56/923 (6,1%)	38/859 (4,4%)	0,02 (0 to 0,04)	43 fewer per 1.000 (from 42 fewer to 44 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

¹ Algunos estudios, con métodos de aleatorización o de enmascaramiento poco claros.

² Gran parte de los estudios, con métodos poco claros para aleatorización o enmascaramiento.

³ Todos los estudios, con métodos poco claros de enmascaramiento y de cegamiento. Todos menos uno de los estudios, con métodos poco claros en cuanto a la aleatorización.

⁴ Dos de los tres estudios, con métodos poco claros de aleatorización o de enmascaramiento.

Pregunta

¿Deben usarse el acamprosato y la naltrexona combinados con acamprosato para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD004332.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Acamprosato y Naltrexona	Acamprosato	Relative (95% CI)	Absolute		
Return to heavy drinking (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
2	Randomised trials	No serious	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	None	227/345 (65,8%)	236/343 (68,8%)	RR 0,81 (0,5 to	131 fewer per 1.000	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

		Risk of Bias							1,34)	(from 344 fewer to 234 more)		
Return to any drinking (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	None	259/345 (75,1%)	274/343 (79,9%)	RR 0,80 (0,49 to 1,3)	160 fewer per 1.000 (from 407 fewer to 240 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Días de bebida (assessed with: Razón de la suma de los días en los que el paciente bebió y la duración del estudio [x100])												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Return to heavy drinking posterior al tratamiento												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Return to any drinking posterior al tratamiento												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Abandonos												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias	serious ²	No serious indirectness	serious ¹	None	138/345 (40%)	139/343 (40,5%)	RR 0,84 (0,49 to 1,44)	65 fewer per 1.000 (from 207 fewer to 178 more)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Duración de abstinencia acumulada (measured with: Suma de los días en los que el paciente se mantuvo en abstinencia (incluyendo periodos entre consumo) con relación a la duración total del estudio x100; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	serious ¹	None	305	303	-	MD 2,1 higher (2,03)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL

										lower to 6,23 higher)		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------	--	--

¹ Intervalo de confianza amplio.

² A pesar de que los intervalos de confianza se sobrepone, los estimativos puntuales del efecto van en direcciones opuestas.

³ Un estudio con métodos poco claros de enmascaramiento y de manejo de datos faltantes.

Pregunta

¿Debe usarse la naltrexona, comparada con el acamprosato, para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database SystRev.2010:CD004332.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Naltrexona	Acamprosato	Relative (95% CI)	Absolute		
Return to heavy drinking (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
3	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	266/402 (66,2%)	276/398 (69,3%)	RR 0,96 (0,87 to 1,06)	28 fewer per 1.000 (from 90 fewer to 42 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Return to any drinking (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
3	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	311/402 (77,4%)	318/398 (79,9%)	RR 0,97 (0,91 to	24 fewer per 1.000 (from 72	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

									1,04)	fewer to 32 more)		
Días de bebida (measured with: Razón de la suma de los días en los que el paciente bebió y la duración del estudio [x100]; Better indicated by higher values)												
2	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious	None	362	358	-	MD 2,98 higher (7,45 lower to 13,42 higher)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Return to heavy drinking (posterior al tratamiento) (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Return to any drinking (posterior al tratamiento) (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Abandonos												
3	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency ¹	No serious indirectness	No serious imprecision	None	143/402 (35,6%)	153/398 (38,4%)	RR 0,92 (0,77 to 1,1)	31 fewer per 1.000 (from 88 fewer to 38 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Duración de abstinencia acumulada (measured with: Suma de los días en los que el paciente se mantuvo en abstinencia [incluyendo periodos entre consumo] relación con la duración total del estudio x100; Better indicated by higher values)												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias	Serious ²	No serious indirectness	Serious ³	None	358	362	-	MD 2,98 higher (7,45 lower to 13,42 higher)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL

¹ El estudio con mayor peso en el metaanálisis (más del 60%) tiene métodos poco claros de enmascaramiento y de tratamiento de datos faltantes. No se observa una gran inconsistencia entre los estudios, y puede ser debido a la falta de precisión de los estudios pequeños con una adecuada metodología.

² Efecto en diferentes direcciones entre los estudios.

³ Intervalo de confianza amplio.

Pregunta

¿Deben usarse la naltrexona y el acamprosato, comparados con naltrexona, para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD004332.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Naltrexona y Acamprosato	Naltrexona	Relative (95% CI)	Absolute		
Return yo heavy drinking (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	227/345 (65,8%)	227/349 (65%)	RR 0,97 (0,75 to 1,26)	20 fewer per 1.000 (from 163 fewer to 169 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Return to any drinking (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	259/345 (75,1%)	267/349 (76,5%)	RR 0,88 (0,61 to 1,28)	92 fewer per 1.000 (from 298 fewer to 214 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Días de bebida (assessed with: Razón de la suma de los días en los que el paciente bebió y la duración del estudio [x100])												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Return to heavy drinking (posterior al tratamiento) (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Return to any drinking (posterior al tratamiento) (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												

0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
								0%				
Abandonos												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	138/345 (40%)	126/349 (36,1%)	RR 1,03 (0,72 to 1,48)	11 more per 1.000 (from 101 fewer to 173 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

¹ El estudio con mayor peso en el metaanálisis tiene métodos poco claros en el enmascaramiento y en el tratamiento de datos faltantes.

² Intervalo de confianza amplio.

Pregunta

¿Deben usarse la naltrexona y el acamprosato, comparados con placebo, para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD004332.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Naltrexona y Acamprosato	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Return to heavy drinking (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias	Serious ¹	No serious indirectness	Serious ²	None	227/345 (65,8%)	256/349 (73,4%)	RR 0,71 (0,38 to 1,35)	213 fewer per 1.000 (from 455 fewer to 257 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL

Return to any drinking (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias	Serious ¹	No serious indirectness	Serious ²	None	259/345 (75,1%)	291/349 (83,4%)	RR 0,70 (0,35 to 1,39)	250 fewer per 1.000 (from 542 fewer to 325 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL
Días de bebida (assessed with: Razón de la suma de los días en los que el paciente bebió y la duración del estudio [x100])												
0	No evidence available					None	-	0%	-	-		CRITICAL
Return to heavy drinking (posterior al tratamiento) (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
0	No evidence available					None	-	0%	-	-		CRITICAL
Return to any drinking (posterior al tratamiento) (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
0	No evidence available					None	-	0%	-	-		
Abandonos												
2	Randomised trials	No serious Risk of Bias ³	Serious ⁴	No serious indirectness	Very serious ⁵	None	138/345 (40%)	118/349 (33,8%)	RR 0,83 (0,28 to 2,49)	57 fewer per 1.000 (from 243 fewer to 504 more)	⊕⊖⊖⊖ VERY LOW	CRITICAL
Duración de abstinencia acumulada (measured with: Suma de los días en los que el paciente se mantuvo en abstinencia (incluyendo periodos entre consumo) en relación con la duración total del estudio x100; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	Serious ⁶	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁷	None	305	309	-	MD 2,20 higher (1,9 lower to 6,3 higher)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL

¹ Dos estudios: Uno, con efecto importante (el estudio de mejor calidad); otro, con estimativo cercano al no efecto. Los intervalos de confianza no se sobreponen.

² Intervalo de confianza muy amplio.

³ Efecto protector en el estudio de mejor calidad. Efecto contrario en el estudio con más fallas metodológicas. Los dos resultados, estadísticamente significativos.

⁴ Resultados contradictorios entre los estudios.

⁵ Intervalo de confianza muy amplio.

⁶ Un solo estudio, con métodos poco claros de enmascaramiento y sin manejo de datos incompletos.

⁷ Intervalo de confianza amplio.

Pregunta

¿Debe usarse nelmefeno, comparado con placebo, para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD004332.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Nelmefeno	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Return to heavy drinking (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
3	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	193/286 (67,5%)	82/110 (74,5%)	RR 0,85 (0,67 to 1,08)	112 fewer per 1.000 (from 246 fewer to 60 more)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Return to any drinking (No hay datos durante ni postratamiento) (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Días de bebida (assessed with: Razón de la suma de los días en los que el paciente bebió y la duración del estudio [x100])												

0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Return to heavy drinking (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
0	No evidence available					None	-	-	-	-		CRITICAL
Abandonos												
3	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	84/286 (29,4%)	36/110 (32,7%)	RR 0,92 (0,68 to 1,25)	26 fewer per 1.000 (from 105 fewer to 82 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL

¹ Los tres estudios, con métodos poco claros de aleatorización y de enmascaramiento. El estudio con mayor peso dentro del metaanálisis tiene dudas respecto al cegamiento y el análisis de datos faltantes.

² Intervalo de confianza amplio.

Pregunta

¿Debe usarse naltrexona, comparada con placebo, para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD004332.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Naltrexona	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute		
Return to heavy drinking (assessed with: Toma de 5 o más unidades de bebida estándar)												
28	Randomised trials	No serious	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	1180/2330 (50,6%)	1286/2103 (61,2%)	RR 0,83 (0,76 to	104 fewer per 1.000	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL

		Risk of Bias ¹							0,9)	(from 61 fewer to 147 fewer)		
Return to any drinking (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
27	Randomised trials	Serious ²	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	1823/2561 (71,2%)	1576/2132 (73,9%)	RR 0,96 (0,92 to 1)	30 fewer per 1.000 (from 59 fewer to 0 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Días de bebida (measured with: Razón de la suma de los días en los que el paciente bebió y la duración del estudio (x100); Better indicated by lower values)												
26	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	2045	1837	-	MD 3,89 lower (5,75 to 2,04 lower)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Return to heavy drinking (posterior al tratamiento) (assessed with: 5 o más unidades estándar de bebida al día)												
5	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	371/533 (69,6%)	407/528 (77,1%)	RR 0,86 (0,75 to 0,99)	108 fewer per 1.000 (from 8 fewer to 193 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Return to any drinking (posterior al tratamiento) (assessed with: El paciente vuelve a tomar después de la desintoxicación)												
2	Randomised trials	Serious ⁵	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁶	None	65/92 (70,7%)	70/93 (75,3%)	RR 0,94 (0,79 to 1,11)	45 fewer per 1.000 (from 158 fewer to 83 more)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL
Abandonos												
37	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	877/3011 (29,1%)	820/2561 (32%)	RR 0,92 (0,83 to 1,01)	26 fewer per 1.000 (from 54 fewer to 3 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL

Cualquier evento adverso (assessed with: Número de personas con al menos un eventos adverso)												
9	Randomised trials	Serious ⁷	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	429/539 (79,6%)	359/482 (74,5%)	RD 0,05 (0,01 to 0,09)	708 fewer per 1.000 (from 678 fewer to 737 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Eventos adversos: Ansiedad												
9	Randomised trials	Serious ⁷	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	176/561 (31,4%)	169/557 (30,3%)	0,02 (-0,02 to 0,06)	297 fewer per 1.000 (from 285 fewer to 309 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Eventos adversos: Náusea												
25	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	616/2391 (25,8%)	317/1943 (16,3%)	0,10 (0,07 to 0,13)	147 fewer per 1.000 (from 142 fewer to 152 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Eventos adversos serios												
9	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	37/869 (4,3%)	46/657 (7%)	RD 0 (-0,05 to 0)	70 fewer per 1.000 (from 70 fewer to 74 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Eventos adversos: vómito												
14	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	252/1494 (16,9%)	130/1252 (10,4%)	0,07 (0,04 to 0,09)	97 fewer per 1.000 (from 94 fewer to 100 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

¹ A pesar de las fallas en la metodología de algunos estudios, se considera que dichas fallas, en general, no tuvieron un impacto importante en el estimativo global de la efectividad de la intervención.

² Gran parte de los estudios, con métodos poco claros de enmascaramiento; algunos, con métodos poco claros de generación de la secuencia de aleatorización. Diez estudios, con manejo inapropiado de datos faltantes.

³ Gran parte de los estudios, con métodos poco claros de enmascaramiento; algunos, con métodos poco claros de generación de la secuencia de aleatorización. Algunos estudios, con manejo inapropiado de datos faltantes.

⁴ La mayoría de los estudios, con métodos poco claros de aleatorización, de enmascaramiento o de tratamiento de datos faltantes.

⁵ Estudios con métodos poco claros para enmascaramiento. Tampoco es claro el tratamiento de los datos faltantes.

⁶ Intervalo de confianza amplio.

⁷ Todos los estudios, con métodos poco claros de aleatorización y de enmascaramiento. Algunos estudios, con métodos inadecuados de manejo de los datos faltantes.

Pregunta

¿Debe usarse el GHB, comparado con otros medicamentos, para la dependencia o el abuso del alcohol?

REFERENCIA: Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi GC, et al. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. Cochrane Database Syst Rev. 2010:CD006266.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	GHB	Otros medicamentos	Relative (95% CI)	Absolute		
Abstinencia a 6 meses (GHB 50 mg vs. placebo)												
1	Randomised trials	No serious Risk of	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹	Reporting Bias ²	6/9 (66,7%)	4/8 (50%)	RR 1,33 (0,58 to 3,07)	165 more per 1.000 (from 210 fewer to	⊕⊖⊖⊖ VERY LOW	CRITICAL

		Bias								1.000 more)		
Recaída a bebida pesada a 6 meses												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ¹	Reporting Bias ²	1/9 (11,1%)	2/8 (25%)	RR 0,44 (0,05 to 4,02)	140 fewer per 1.000 (from 237 fewer to 755 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Abstinencia a 12 meses (GHB 50 mg vs. naltrexona)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	18/28 (64,3%)	13/27 (48,1%)	RR 1,34 (0,83 to 2,16)	164 more per 1.000 (from 82 fewer to 559 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Recaídas a bebida pesada (GHB 50 mg vs. naltrexona)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	4/28 (14,3%)	7/27 (25,9%)	RR 0,55 (0,18 to 1,67)	117 fewer per 1.000 (from 213 fewer to 174 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Eventos adversos que causaron abandono (GHB mg vs. naltrexona)												
3	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁵	None	2/66 (3%)	2/61 (3,3%)	RR 0,62 (0,18 to 2,1)	12 fewer per 1.000 (from 27 fewer to 36 more)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
Abstinencia a 12 meses (GHB 50 mg vs. disulfiram)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	18/28 (64,3%)	12/31 (38,7%)	RR 1,66 (0,99 to 2,8)	255 more per 1.000 (from 4 fewer to 697 more)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Recaídas a bebida pesada a 12 meses (GHB 50 mg vs. disulfiram)												

1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	4/28 (14,3%)	3/31 (9,7%)	RR 1,48 (0,36 to 6,03)	46 more per 1.000 (from 62 fewer to 487 more)	⊕⊖⊖⊖ VERY LOW	CRITICAL
Eventos adversos que causaron abandono (GHB 50 mg vs. disulfiram)												
1	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹	Reporting Bias ²	2/28 (7,1%)	4/31 (12,9%)	RR 0,55 (0,11 to 2,79)	58 fewer per 1.000 (from 115 fewer to 231 more)	⊕⊖⊖⊖ VERY LOW	CRITICAL

¹ Tamaño de muestra muy pequeño. Intervalo de confianza amplio.

² Evidencia de solo un estudio.

³ Experimento aleatorizado abierto.

⁴ Experimentos aleatorizados abiertos, no cegados.

⁵ Intervalo de confianza amplio.

Medidas no farmacológicas

Pregunta

¿Debe usarse la intervención corta motivacional, comparada con el control (evaluación, no intervención o tratamiento usual) para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: : Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (review). Cochrane Database Syst Rev. 2009:CD004148.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervención corta motivacional	Control (evaluación, no intervención o tratamiento usual)	Relative (95% CI)	Absolute		
Cantidad de bebida (follow-up 3 y 36 months; measured with: gramos por semana; Better indicated by lower values)												
10	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	Serious ²	No serious imprecision	None	1625	1481	-	MD 33,35 lower (53,62 to 13,07 lower)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Cantidad de bebida en baja exposición a la intervención (follow-up 3 a 12 months; measured with: gramos por semana; Better indicated by lower values)												
10	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	Serious ²	No serious imprecision	None	1054	1085	-	MD 22.88 lower (38.18 to 7.58 lower)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL

Cantidad de bebida en alta exposición a la intervención (follow-up 3 a 12 months; measured with: gramos por semana; Better indicated by lower values)												
9	Randomised trials	serious ¹	No serious inconsistency	serious ²	No serious imprecision	None	1884	1837	-	MD 51,02 lower (75,16 to 26,88 lower)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Cantidad de bebida en hombres (follow-up 6 a 36 months; measured with: gramos por semana; Better indicated by lower values)												
8	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	Serious ³	No serious imprecision	None	959	849	-	MD 57,06 lower (88,72 to 25,39 lower)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Cantidad de bebida en mujeres (follow-up 6 a 36 months; measured with: Gramos por semana; Better indicated by lower values)												
5	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	Serious ⁴	Serious ⁵	None	240	259	-	MD 9,54 lower (48,32 lower to 29,24 higher)	⊕⊕⊕⊖ VERY LOW	CRITICAL
Frecuencia en la bebida (follow-up 6 a 12 months; measured with: Atracones por semana; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	353	370	-	MD 0,26 lower (0,44 to 0,08 lower)	⊕⊕⊕⊕ HIGH	CRITICAL
Frecuencia en la bebida (follow-up 6 a 36 months; measured with: días de bebida por semana; Better indicated by lower values)												
2	Randomised trials	Serious ⁶	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁵	None	184	198	-	MD 0,20 higher (0,24	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL

										lower to 0,64 higher)		
Intensidad de bebida (follow-up 6 a 36 months; measured with: gramos por día de bebida; Better indicated by lower values)												
3	Randomised trials	Serious ⁷	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁵	None	371	390	-	MD 6,50 lower (16 lower to 3,16 higher)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Binge drinkers (follow-up 3 a 12 months)												
4	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	194/456 (42,5%)	308/554 (55,6%)	RD 0 (0 to -0,03)	556 fewer per 1.000 (from 556 fewer to 573 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

¹ Más de la mitad de los estudios, con métodos poco claros de aleatorización o de enmascaramiento y de cegamiento.

² La mayor parte de los participantes en el metaanálisis fueron hombres.

³ Resultado únicamente en hombres.

⁴ Resultado únicamente para mujeres.

⁵ Intervalo de confianza amplio.

⁶ Un estudio, con método inadecuado de enmascaramiento. Métodos poco claros de cegamiento en los dos estudios.

⁷ Dos estudios, con métodos inadecuados de enmascaramiento. Cegamiento poco claro en dos estudios.

Pregunta

¿Debe usarse la intervención corta motivacional extendida, comparada con la intervención corta motivacional, para el abuso o la dependencia del alcohol?

REFERENCIA: Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (review). Cochrane Database Syst Rev. 2009:CD004148.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervención corta motivacional extendida	Intervención corta motivacional	Relative (95% CI)	Absolute		
Cantidad de bebida (follow-up 6 a 36 months; measured with: Gramos por semana; Better indicated by lower values)												
4	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	244	264	-	MD 27,96 lower (62,19 lower to 6,26 higher)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL
Frecuencia en la bebida (follow-up 6 a 36 months; measured with: Número de días de bebida por semana; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	Very serious ³	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	73	84	-	MD 0,69 lower (1,28 to 0,1 lower)	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL
Intensidad en la bebida (follow-up 6 a 36 months; measured with: Gramos por día de bebida; Better indicated by lower values)												
2	Randomised trials	Serious	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ²	None	143	156	-	MD 5,84 higher	⊕⊕⊖⊖ LOW	CRITICAL

										(12,73 lower to 24,4 higher)		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	--

¹ Dos estudios, con métodos inadecuados de enmascaramiento. Dudas en el cegamiento o en la aleatorización de tres estudios.

² Intervalo de confianza amplio.

³ Método inadecuado de enmascaramiento para un estudio. Método de cegamiento poco claro.

Pregunta

¿Debe usarse la intervención corta motivacional, comparada con control (evaluación, no intervención o tratamiento usual), para el abuso o la dependencia del alcohol?

Escenario

En hospitalización.

REFERENCIA: McQueen J, Howe TE, Allan L, et al. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database Syst Rev. 2011:CD005191.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of Bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervención corta motivacional	Control (evaluación, no intervención o tratamiento usual)	Relative (95% CI)	Absolute		
Consumo medio de alcohol a 6 meses (measured with: gramos por semana; Better indicated by lower values)												
3	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	Serious ²	No serious imprecision	None	197	167	-	MD 55,49 lower (115,49 lower to 4,35 higher)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Consumo medio de alcohol a 1 año (measured with: gramos por semana; Better indicated by lower values)												
4	Randomised trials	Serious ³	No serious inconsistency	Serious ²	No serious imprecision	None	524	473	-	MD 36,31 lower	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL

										(86,64 lower to 14,01 higher)		
Cambio en el consumo medio de alcohol desde el puntaje de base a 6 meses (Better indicated by lower values)												
2	Randomised trials	Serious ⁴	Serious ⁵	Serious ²	No serious imprecision	None	326	361	-	SMD 0,26 lower (0,73 lower to 0,21 higher)	⊕⊕⊕⊕ VERY LOW	CRITICAL
Cambio en el consumo medio de alcohol desde el puntaje de base a 1 año (Better indicated by lower values)												
2	Randomised trials	Serious ⁴	No serious inconsistency	Serious ²	No serious imprecision	None	326	361	-	SMD 0,08 lower (0,41 lower to 0,24 higher)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
Autorreporte de consumo de alcohol a 3 meses (Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	Serious ⁶	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁷	None	13	14	-	SMD 0,14 lower (0,9 lower to 0,61 higher)	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL
Auto reporte de consumo de alcohol a 6 meses (Better indicated by lower values)												
2	Randomised trials	Serious ⁸	No serious inconsistency	Serious ⁹	No serious imprecision	None	199	206	-	MD 0,04 lower (0,24 lower to	⊕⊕⊕⊕ LOW	CRITICAL

										0,15 higher)		
Auto reporte de consumo de alcohol a 1 año (Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	Serious ¹⁰	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	138	137	-	SMD 0,26 lower (0,5 to 0,03 lower)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Episodios de consumo pesado a 4 meses (measured with: días por semana; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious ⁹	No serious imprecision	None	268	243	-	MD 0,56 lower (1,02 to 0,1 lower)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Episodios de consumo pesado a 9 meses (measured with: días por semana; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious ⁹	No serious imprecision	None	254	225	-	MD 0,78 lower (1,32 to 0,24 lower)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Episodios de consumo pesado a 12 meses (measured with: días por semana; Better indicated by lower values)												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious ⁹	No serious imprecision	None	250	223	-	MD 0,71 lower (1,26 to 0,16 lower)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL
Mortalidad a 3 meses												
1	Randomised trials	Serious ⁶	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁷	None	1/13 (7,7%)	1/14 (7,1%)	RR 1,08 (0,07 to 15,5)	6 more per 1.000 (from 66 fewer to	⊕⊖⊖⊖ VERY LOW	CRITICAL

										1.000 more)		
Mortalidad a 6 meses												
4	Randomised trials	Serious ¹¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹²	None	8/565 (1,4%)	19/601 (3,2%)	RR 0,42 (0,19 to 0,94)	18 fewer per 1.000 (from 2 fewer to 26 fewer)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Mortalidad a 9 meses												
1	Randomised trials	No serious Risk of Bias	No serious inconsistency	Serious	Serious ¹²	None	8/262 (3,1%)	14/233 (6%)	RR 0,89 (0,34 to 2,33)	7 fewer per 1.000 (from 40 fewer to 80 more)	⊕⊕⊕⊖ LOW	CRITICAL
Mortalidad a 1 año												
7	Randomised trials	Serious ¹	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	None	35/1268 (2,8%)	51/1128 (4,5%)	RR 0,60 (0,4 to 0,91)	18 fewer per 1.000 (from 4 fewer to 27 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	CRITICAL

¹ Tres estudios, con métodos inadecuados de aleatorización y de enmascaramiento. No es claro el manejo de los datos faltantes.

² La gran mayoría de los pacientes incluidos en el metaanálisis fueron hombres.

³ Tres de los cuatro estudios, con métodos inadecuados de aleatorización y de enmascaramiento.

⁴ Uno de los estudios, con métodos poco claros de aleatorización y de enmascaramiento.

⁵ Resultados contradictorios entre los estudios.

⁶ Métodos de aleatorización poco claros. Inadecuado manejo de datos faltantes.

⁷ Un solo estudio, con tamaño de la muestra pequeño. Intervalo de confianza amplio.

⁸ Uno de los estudios, con métodos inadecuados de aleatorización y de enmascaramiento.

⁹ Uno de los estudios incluyó solamente a hombres.

¹⁰ Método poco claro de enmascaramiento.

¹¹ Tres de los cuatro estudios, con métodos poco claros de enmascaramiento. Dos estudios, con métodos poco claros de aleatorización. Dudoso manejo de datos faltantes en tres estudios.

¹² Pocos eventos, e intervalo de confianza amplio.

6. Niveles de evidencia para intervenciones CG 100 NICE

Nivel de evidencia	Tipo de evidencia
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con muy bajo riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con bajo riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con alto riesgo de sesgo*.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohorte o casos y controles de alta calidad con un riesgo muy bajo de confusión, de sesgo o de azar, y una alta probabilidad de relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien conducidos, con un riesgo bajo de confusión, de sesgo o de azar, y una moderada probabilidad de relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, de sesgo o de azar, y un riesgo significativo de una relación no causal.
3	Estudios no analíticos (reportes de caso, series de caso).
4	Opinión de expertos, consenso formal.
*Los estudios con niveles de evidencia '-' no debe ser utilizados como base para la formulación de recomendaciones.	

Traducido de: The National Clinical Guideline Centre For Acute And Chronic Conditions. Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (clinical guideline 100). London: National Clinical Guidelines Centre; 2010.

7. Categorías para el nivel de evidencia y la fuerza de la recomendación para la guía australiana

Categorías de evidencia para relación causal y tratamiento	
Ia	Evidencia de metaanálisis de experimentos controlados aleatorizados.
Ib	Evidencia de al menos un experimento controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia de al menos un experimento controlado no aleatorizado.
IIb	Evidencia de al menos un estudio cuasiexperimental.
III	Evidencia de estudios descriptivos no experimentales, como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos y controles.
IV	Evidencia de reportes de comités de expertos u opiniones, o experiencia clínica de autoridades respetadas.
Categorías de evidencia para relaciones observacionales	
I	Evidencia de muestras grandes y representativas de la población.
II	Evidencia de muestras pequeñas bien diseñadas, pero no necesariamente representativas.
III	Evidencia de estudios no representativos; reportes de caso.
IV	Evidencia de reportes de comités de expertos u opiniones, o experiencia clínica de autoridades respetadas.
Fuerza de la recomendación	
A	Basada directamente en el nivel de evidencia I.
B	Basada directamente en el nivel de evidencia II, o extrapolación de una recomendación con nivel de evidencia I.
C	Basada directamente en el nivel de evidencia III, o extrapolación de una recomendación con nivel de evidencia II.
D	Basada directamente en el nivel de evidencia IV, o extrapolación de una recomendación con nivel de evidencia I, II o III.
S	Cuidado estándar.

Tomado de: Australian Government Department of Health and Ageing. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: Commonwealth of Australia; 2009.

8. Criterios diagnósticos DSM IV

F 10.00 Intoxicación por alcohol

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - 1. Lenguaje farfullante.
 - 2. Incoordinación.
 - 3. Marcha inestable.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Deterioro de la atención o de la memoria.
 - 6. Estupor o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios diagnósticos DSM IV (APA, 1995)

F 10.3 Abstinencia de alcohol

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - 1. Hiperactividad autonómica (por ejemplo, sudoración o más de 100 pulsaciones).
 - 2. Temblor distal de las manos.
 - 3. Insomnio.
 - 4. Náuseas o vómitos.
 - 5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.
 - 6. Agitación psicomotriz.
 - 7. Ansiedad.
 - 8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

FUENTE: American Psychiatry Association. DSM IV TR breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 1995.

Diagnósticos CIE 10

F10-19	
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias: Especificar si con dependencia fisiológica/sin dependencia fisiológica <i>Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:</i> 0 = Remisión total temprana/remisión parcial temprana. 0 = Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida. 1 = En entorno controlado. 2 = En terapéutica con agonistas. 4 = Leve/moderado/grave. Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias I De inicio durante la intoxicación/A de inicio durante la abstinencia.	
F10	
F1x.0 Intoxicación aguda	
	F1x.00 No complicada (los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis; en especial, a los niveles más altos).
	F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal.
	F1x.02 Con otra complicación médica (por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.)
	F1x.03 Con <i>delirium</i> .
	F1x.04 Con distorsiones de la percepción.
	F1x.05 Con coma.
	F1x.06 Con convulsiones.
	F1x.07 Intoxicación patológica (se aplica sólo al alcohol): Consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.
F1x.1 Consumo perjudicial	
F1x.2 Síndrome de dependencia	

F1x.20	En la actualidad, en abstinencia.
F1x.21	En la actualidad, en abstinencia dentro de un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).
F1x.22	En la actualidad, en un régimen clínico de mantenimiento o de sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).
F1x.23	En la actualidad, en abstinencia, en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).
F1x.24	Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).
F1x.25	Con consumo continuo.
F1x.26	Con consumo episódico (dipsomanía).
F1x.3 Síndrome de abstinencia	
F1x.30	No complicado.
F1x.31	Con convulsiones.
F1x.4 Síndrome de abstinencia con <i>delirium</i>	
F1x.40	Sin convulsiones.
F1x.41	Con convulsiones.
F1x.5 Trastorno psicótico	
F1x.50	Esquizofreniforme.
F1x.51	Con predominio de las ideas delirantes.
F1x.52	Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica).
F1x.53	Con predominio de síntomas polimorfos.
F1x.54	Con predominio de síntomas depresivos.
F1x.55	Con predominio de síntomas maníacos.
F1x.56	Trastorno psicótico mixto.
F1x.6 Síndrome amnésico	
F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas	
F1x.70	Con reviviscencias (<i>flashbacks</i>), que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos, en parte, por su naturaleza episódica, y porque a menudo son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces, exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicótropas.
F1x.71	Trastorno de la personalidad o del comportamiento, cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).
F1x.72	Trastorno afectivo residual, cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico (F06.30).
F1x.73	Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicótropas, de acuerdo con las pautas

generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09.
F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente. Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo, pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o de demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicótropas.
F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento
F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

Criterios para el diagnóstico F10.00 Intoxicación por alcohol

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - (1) Lenguaje farfullante.
 - (2) Incoordinación.
 - (3) Marcha inestable.
 - (4) Nistagmo.
 - (5) Deterioro de la atención o de la memoria.
 - (6) Estupor o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico F10.3 Abstinencia de alcohol

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - (1) Hiperactividad autonómica (por ejemplo, sudoración o más de 100 pulsaciones).
 - (2) Temblor distal de las manos.
 - (3) Insomnio.
 - (4) Náuseas o vómitos.
 - (5) Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.

- (6) Agitación psicomotriz.
 - (7) Ansiedad.
 - (8) Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
 - D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si: con alteraciones sensorio-perceptivas.

Criterios para el diagnóstico de delirium por abstinencia de sustancias

- A. Alteración de la conciencia (por ejemplo, disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta durante un corto periodo (habitualmente, horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que los síntomas de los criterios A y B se presentan durante o poco después de un síndrome de abstinencia.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias solo cuando los síntomas cognoscitivos excedan los propios del síndrome de abstinencia, y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Códigos para el delirium por abstinencia de (sustancia específica): **F10.4 Alcohol** [291.0]; F13.4 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81]; F19.4 Otras sustancias (o desconocidas) [292.81]

FUENTE: Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10 Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ginebra: OMS;1992.

9. Instrumento Audit

Instrumento AUDIT

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

Preguntas	0	1	2	3	4	Total
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica (trago)?	Nunca	Una o menos veces al mes	De dos a cuatro veces al mes	De dos a tres veces a la semana	Cuatro o más veces a la semana	
2. ¿Cuántos tragos (de bebidas alcohólicas) suele tomar en un día de consumo?	Uno o dos	Tres o cuatro	Cinco o seis	De siete a nueve	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma seis 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	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted (en lo laboral, en lo familiar, en lo social,	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario, casi a diario	

etc.) porque había bebido?						
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho durante el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario, o casi 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 diario	
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, durante el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, durante el último año	

beber?						
					Total	

OMS (Organización Mundial de la Salud) Cuestionario de Auto-reporte (1)

Manera de calificarlo

	HOMBRES	MUJERES
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. 20-4020-20		

Referencias

1. 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.

10. Cuestionario Audit C

Anexo Cuestionario AUDIT-C

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre cuidadosamente las respuestas. Empiece el AUDIT-C diciendo: "Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año". Explique qué se entiende por "bebidas alcohólicas" utilizando ejemplos típicos, como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de "bebidas estándar". Marque la cifra de la respuesta (cifra entre paréntesis) en el recuadro de la derecha. Si la suma de las cifras de los recuadros es igual o mayor que 4, aplique el AUDIT completo.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) 1 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

11. Intervención motivacional breve

A continuación se presentan los pasos básicos necesarios para realizar una intervención motivacional breve.

TARJETA DE INTERVENCIÓN BREVE MOTIVACIONAL ANVERSO

PUNTAJE DE AUDIT		BEBIDAS ESTÁNDAR					LÍMITES de bajo riesgo	Por día	Por semana
20 o +	Consecuencias mayores, probablemente dependiente	Bebida	Aguardiente	Cerveza	Vino	Licor	Hombres sanos	4	14
8 a 19 Hombres	De riesgo	Cantidad	1,5 Oz.	12 Oz.	5 Oz.	1,5 Oz.	Mujeres sanas	3	7
6-19 Mujeres			1 copa=	Botella=	Copa=	trago			
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		

TARJETA DE INTERVENCIÓN BREVE MOTIVACIONAL

REVERSO

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 III: 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 traído el día de hoy. ¿Qué opina usted?”	
Promover la motivación y el discurso de cambio	<p>“¿Cuáles son las cosas buenas/no tan buenas acerca de su uso de alcohol?” (balance de decisiones)</p> <p>“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)</p> <p>“¿Ha considerado disminuir o dejar completamente de tomar?” Si es >0, “¿Porqué es así y no un número inferior?”</p> <p>“¿Ha considerado disminuir o dejar de tomar completamente?” Si es así, “¿Porqué?”, Si no, “¿Qué tendría que suceder para que usted considerara disminuir su consumo?”</p>	
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	

12. Examen mental

Anexo Examen mental

Aspecto	Objetivo	Evaluación	Alteraciones	Comentarios
Conciencia	Explorar si el sujeto está alerta o no, y si capta su integridad biológica y psicológica y cuanto lo rodea.	Las alteraciones en la estructura se determinan por el examen físico y neurológico; las del contenido, mediante la observación del paciente y de su conducta.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativas: Somnolencia, obnubilación, estupor, coma. • Cualitativas: De la percepción de sí mismo, de su cuerpo o del entorno. 	Haga diagnóstico diferencial en pacientes con alteraciones cualitativas. En pacientes con estupor o coma, descarte, particularmente, intoxicación por otras sustancias o trauma craneoencefálico.
Orientación	Identificar si el paciente logra una adecuada ubicación en las coordenadas de tiempo y de espacio, así como sobre su identidad como persona.	Interrogatorio adecuado sobre orientación en la persona, el espacio y el tiempo, y observación de la conducta global del paciente.	Desorientación en el tiempo, el espacio o la 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 autónomamente la atención.	El grado de atención se puede evaluar en la actitud del paciente, la mirada, la postura, la concordancia entre las preguntas y sus respuestas, y en la capacidad de mantener el "hilo" de la conversación.	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperprosexia. • Hipoprosexia. • Aproxia. • Seudoaproxia. 	El hallazgo más habitual en pacientes con intoxicación alcohólica es la hipoprosexia (atención disminuida).
Memoria	Identificar si se conservan o no las funciones cognitivas de retención, fijación, evocación y pérdida del recuerdo.	Se debe evaluar dentro del contexto: Preguntar al paciente sobre fallas en la memoria u olvidos; también, preguntar a los familiares sobre fallas en la memoria, si se ubica sin ayuda en la ciudad y en la casa. Se le pide al paciente que repita un nombre o un número, o que recuerde algo como,	<ul style="list-style-type: none"> • 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 del alcohol son la amnesia lacunar (lagunas). Si se encuentran confabulaciones (reemplazar vacíos en la memoria con información falsa), sospeche síndrome de Korsakoff.

		por ejemplo, qué desayunó.		
Lenguaje y comunicación	Identificar si el lenguaje cumple con su función comunicativa.	Se observan el discurso espontáneo durante la entrevista y las respuestas del paciente; se evalúan el tono de la voz, la fluidez, la facilidad para nombrar y la comprensión. Se le pide al paciente que nombre o reconozca objetos.	Disfasias, disartrias, disfemias o afasias; alteraciones en el curso, la comprensibilidad, o el lenguaje preverbal.	Los hallazgos más comunes son disartria y logorrea. Sospeche enfermedades psiquiátricas si encuentra otras alteraciones.
Pensamiento	Identificar si es lógico, si expresa ideas coherentes o contraindica el juicio de realidad.	Se debe evaluar desde el origen, el contenido, el curso, la forma y comprensibilidad, durante toda la entrevista, y corroborar la información con los familiares o los acompañantes. También, verificar si se altera el funcionamiento del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Origen (lógico o ilógico). • Contenido (ideas fijas, sobrevaloradas, obsesivas, fóbricas y delirantes). • Curso (bradipsiquia, taquipsiquia). 	Son comunes las ideas sobrevaloradas. Sospeche comorbilidad en caso de contenidos extraños, celotipia o ideas paranoicas.
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 se ríe solo o sin motivo, o si hace ademán de tomar objetos que no existen.	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones (percepción externa sin objeto y sin crítica). • Pseudoalucinaciones (percepción interna sin objeto y sin crítica). • Alucinosis (percepción externa sin objeto y con crítica) • 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 al paciente y evaluar si el afecto es concordante con su realidad, observar qué tan calmado o tan ansioso está, qué tanto se puede expresar	<ul style="list-style-type: none"> • Expansivos (euforia, manía, hipomanía), • depresivos, • ansiosos, • paroxísticos. • Cualitativos • (labilidad emocional, 	En caso de no progresar adecuadamente con la resolución de la intoxicación, sospeche comorbilidad.

		emocionalmente, y evaluar su estado afectivo de base.	incontinencia, disociación ideoafectiva, anhedonia, ambivalencia, alexitimia o hiperexpresividad emocional).	
Juicio y raciocinio	Identificar la validez del juicio crítico de la realidad y el conjunto del funcionamiento adecuado de la abstracción y de la simbolización.	Se debe explorar, partiendo 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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, así como la elaboración razonable de los planes.	Se observan 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 la realidad en el momento y en el futuro, y la concordancia de los planes.	<ul style="list-style-type: none"> • Introspección (adecuado, deficiente o nulo). • Prospección (adecuada o inadecuada en cuanto a su elaboración). 	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.	<ul style="list-style-type: none"> • Agitación, inhibición, catatonía, catalepsia, oposición negativista y flexibilidad cética, • temblores, tics. • Paracinesias (estereotipias, manierismos o ecopraxia). 	Los pacientes intoxicados presentan a menudo inquietud o agitación. Si encuentra otras alteraciones, sospeche comorbilidad. En abstinencia puede presentarse temblor, el cual debe ser evaluado durante la progresión del cuadro.

13. Escenarios clínicos que pueden llevar a deficiencia de tiamina

A continuación se enumeran las condiciones relacionadas con deficiencia de tiamina:

- Dieta a base de arroz blanco.
- Abuso crónico de alcohol.
- 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 nervosa, pancreatitis, hiperémesis 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 de 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).

Adaptado de:

Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6:442-55.

Thomson AD, Marshall EJ. The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. *Alcohol Alcohol.* 2006;41:159-67.

14. Estigmas alcohólicos

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.

Adaptado de:

Australian Government Department of Health and Ageing. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: Commonwealth of Australia; 2009.

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.

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

15. Signos de desnutrición

A continuación se enumeran los signos clínicos más habituales 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 los huesos o las articulaciones.
- Debilidad o atrofia muscular.
- Edema periférico.
- Distensión abdominal.
- Hepatomegalia.
- Cambios en la piel y sus anexos (uñas quebradizas, uñas en forma de cuchara, piel seca y escamosa, alopecia, cambios de pigmentación y de textura de la piel y el pelo).
- Pérdida del apetito.
- Lenta cicatrización de las heridas.
- Mayor vulnerabilidad a infecciones.

Adaptado de:

Toussaint G, García-Aranda JA. Desnutrición energético-proteínica. En: Casanueva E, Kaufer Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P, eds. Nutriología Médica. 2.^a ed. México: Fundación Mexicana para la Salud, Editorial Médica Panamericana; 2001.

16. Sustancias contenidas en bebidas energizantes, y sus características

Sustancia	Mecanismo de acción	Efectos
Metilxantinas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentan la liberación de glutamato, y por la acción sobre los receptores A2 producen vasoconstricción cardiaca y del sistema nervioso central. • Aumentan los niveles de dopamina, de epinefrina y de serotonina. • Provocan inhibición de la fosfodiesterasa (relajación del músculo liso, vasodilatación periférica, estimulación miocárdica y aumento de la excitabilidad en el sistema nervioso central). • Tienen efectos cronotrópicos e inotrópicos positivos. • Provocan incremento del calcio en los miocitos. • Provocan estimulación β-adrenérgica. • Provocan estimulación de la bomba Na^+/K^+ ATPasa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispepsia, aumento del reflujo gastroesofágico, emesis, náuseas. • Arritmias, infarto agudo de miocardio, taquicardia, incremento de la presión arterial. • Aumento de la tasa de filtración glomerular (el aumento de la diuresis contribuye al desarrollo de hipocalcemia, que puede predisponer a la presentación de arritmias cardiacas). • Aumento de la frecuencia respiratoria. • Aumento de la contractilidad del músculo estriado y disminución de la fatiga muscular. • Hipocalcemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipercalcemia e hipocalcemia.
Guaraná		Palpitaciones, aumento de la presión arterial y del gasto cardíaco, insomnio, aumento en la frecuencia de la deposición, cefalea, pirosis, náuseas, emesis y cambio en la coloración de las heces.

Taurina	<ul style="list-style-type: none"> • Actúa en los receptores GABAA, GABAB y glicina. • Aumenta el flujo de cloro. • Provoca alteración de la síntesis hepática de fosfatidilcolina. • Inhibe la liberación de hormona antidiurética (ADH). • Participa en la conjugación de ácidos biliares. • Facilita el paso intramuscular y extracelular de sodio, potasio, magnesio y calcio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome nefrótico. • Diurético.
Carbohidratos	Enlentecen la velocidad a la que el glúcido es absorbido por las vellosidades intestinales.	<ul style="list-style-type: none"> • Erosión de los dental • Aporte innecesario de calorías (lo cual puede producir aumento de peso y diabetes).

Cote-Menéndez M, Rangel-Garzón CX, Sánchez-Torres MY, et al. Bebidas energizantes: ¿Hidratantes o estimulantes?. Rev Fac Med. 2011;59:255-66.

17. Escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment)

Náusea y vómito	Alteraciones táctiles
0 Sin náusea ni vómito. 1 Náusea leve sin vómito. 2 3 4 Náusea intermitente con arcadas o esfuerzos secos. 5 6 7 Náusea constante y vómito. Puntaje ____	0 Ninguna. 1 Sensación leve (punzante, ardiente, cosquilleo). 2 Ídem suave. 3 Ídem moderado. 4 Alucinaciones moderadas. 5 Alucinaciones severas. 6 Alucinaciones extremas. 7 Alucinaciones continuas. Puntaje ____
Temblor	Alteraciones auditivas
0 Sin temblor. 1 Temblor no visible; puede percibirse en los dedos. 2 3 4 Moderado, con los brazos extendidos. 5 6 7 Severo, incluso con los brazos no extendidos. Puntaje ____	0 Ninguna. 1 Muy leves; sonidos secos. 2 Leves. 3 Moderados. 4 Alucinaciones moderadas. 5 Alucinaciones severas. 6 Alucinaciones extremas. 7 Alucinaciones continuas. Puntaje ____
Sudoración	Alteraciones visuales
0 No visible. 1 Palmas húmedas. 2 3 4 Sudor en la frente. 5 6	0 Ninguna. 1 Muy leves. 2 Leves. 3 Moderadas. 4 Alucinaciones moderadas. 5 Alucinaciones severas. 6 Alucinaciones extremas.

7 Sudor abundante en todo el cuerpo. Puntaje ____	7 Alucinaciones continuas. Puntaje ____
Ansiedad	Cefalea
0 Sin ansiedad. 1 Ligeramente ansioso. 2 3 4 Moderadamente ansioso. 5 6 7 Ataque de pánico. Puntaje ____	0 Sin cefalea. 1 Muy leve. 2 Leve. 3 Moderada. 4 Moderadamente severa. 5 Severa. 6 Muy severa. 7 Extremadamente severa. Puntaje ____
Agitación psicomotriz	Orientación y funciones superiores
0 Actividad normal. 1 Algo hiperactivo. 2 3 4 Moderadamente inquieto. 5 6 7 Con agitación psicomotriz y cambios de postura. Puntaje ____	0 Orientado; puede sumar. 1 No puede sumar; indeciso en la fecha. 2 Desorientado temporalmente (<2 días). 3 Mayor desorientación temporal (>2 días). 4 Desorientación espacial o en la persona. Puntaje ____
Puntaje total: _____	

18. Minimización de costos del esquema de dosis fijo y dosis variable con la aplicación de la escala CIWA en pacientes con síndrome de abstinencia moderada

CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment) en el manejo del síndrome de abstinencia del alcohol

El síndrome de abstinencia del alcohol es una consecuencia potencialmente mortal de la dependencia del alcohol. Los síntomas del síndrome de abstinencia del alcohol varían desde síntomas comunes con escasa importancia pronóstica, como insomnio, dolor de cabeza y temblores leves, hasta complicaciones severas, tales como convulsiones y *delirium tremens* (1). La escala CIWA-AR es considerada como patrón de oro para evaluar la severidad del síndrome de abstinencia alcohólica. En 1989 se creó una versión de la escala con 15 ítems, y posteriormente se eliminaron 5, por ser redundantes, a raíz de lo cual se creó la escala CIWA-Ar (2). Con el fin de evaluar el impacto de la aplicación de la escala en Colombia, se realizó un análisis económico de minimización de costos, en tanto los esquemas de dosis de medicamentos no difieren en seguridad y efectividad para el paciente (3).

Revisión de la literatura

Se realizó una aproximación inicial en PubMed, usando Clinical Queries, y en la cual se examinaron 6 revisiones sistemáticas. Posteriormente, en PubMed, se realizó una búsqueda de los experimentos clínicos controlados, los cuales corresponden a 16. Se decidió cambiar el término de CIWA-AR por el término *symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal*, y se encontraron 41 artículos publicados. Se filtró por experimentos clínicos y adultos (mayores de 19 años), y a partir de esto se obtuvieron 9 estudios. Después se realizó una búsqueda en EURONHEED, DARE, NHS EDD y HTA, y se documentaron 3 estudios. Tras la revisión de todos los artículos descritos se pudo obtener la siguiente información:

El abuso y la dependencia del alcohol constituyen un problema muy grande de salud. En los Estados Unidos se estima que cerca del 20% de los pacientes hospitalizados en facilidades médicas cumplen criterios de dependencia del alcohol, pero no están diagnosticados; y los pacientes con dependencia tienen riesgo de síntomas con la suspensión (4), tales como convulsiones (10%), *delirium tremens* (5%), psicosis, alteraciones autonómicas, agitación, alteraciones de la concentración y tremor. El 5% de los hospitalizados desarrollan *delirium tremens* y con un mortalidad alta del 15% (5).

La escala de CIWA-Ar está constituida por 10 ítems entre síntomas y signos de abstinencia del alcohol (náuseas, temblor, cefalea, ansiedad, agitación y sudoración, además de alteraciones visuales, táctiles, auditivas y de la orientación (2).

El manejo usual de los pacientes con signos o síntomas de abstinencia se lleva a cabo mediante manejo con benzodiacepinas, cuya eficacia está demostrada en metaanálisis donde el medicamento ha surtido efectos benéficos en el control de las convulsiones, al compararla contra el placebo y contra los medicamentos antipsicóticos. En dichos estudios no se ha demostrado que los anticonvulsivantes sean mejores que las benzodiacepinas para controlar las convulsiones, y se limitan por los efectos adversos de estos (6).

Se ha propuesto durante los últimos años el uso de benzodiacepinas, dependiendo de la medición del CIWA-Ar, en lugar del uso de dosis fijas. Esto, para disminuir el uso de benzodiacepinas cuando no es necesaria; especialmente, para pacientes de bajo riesgo. Por otra parte, se ha tratado de retirar y dar una dosis menor de benzodiacepinas según los datos de CIWA-Ar.

De acuerdo con la revisión sistemática del grupo Cochrane (6), existen tres experimentos clínicos (7-9) en los cuales se hizo comparación entre el uso de dosis fijas vs. dosis ajustadas a los datos del CIWA-Ar, con diferentes medicamentos (clordiazepóxido, oxazepam, flunitrazepam). Se demostró que hay un pequeño beneficio en el esquema de dosis, según los síntomas, si se revisa el desenlace de cambios en el score de CIWA-Ar, pero los demás desenlaces son iguales entre ambos tratamientos.

En otros estudios se han logrado mostrar algunos desenlaces diferentes de los anteriores, y que son muy interesante, como, por ejemplo: La disminución en el número de pacientes tratados al medir el CIWA-Ar respecto a no hacerlo (39% vs.100%); el hecho de que la dosis de medicamento disminuyó de manera apreciable con el uso de la escala CIWA-Ar (37,5 mg vs. 231 mg); y la duración del tratamiento entre los dos grupos, de 20 horas vs. 62,7 horas; además, se presentó un solo episodio convulsivo en el grupo de dosis ajustada, así como una disminución en los días de hospitalización (2,7-10).

TABLE 3. Medication Use: CIWA-Ar Monitoring vs. Non-CIWA-Ar

Variable	<i>n</i>	Doses of Medication Received	mg Equivalents	Duration (in hours) of Medication Use
All Subjects Included				
CIWA-Ar (<i>M ± SD</i>)	26	1.7 ± 3.1	82.7 ± 153.6	10.7 ± 20.7
Non CIWA-Ar (<i>M ± SD</i>)	14	10.4 ± 7.9	367.5 ± 98.2	64.3 ± 60.4
<i>p</i> value, two-tailed		.001	.004	.006
Medicated Subjects Only				
CIWA-Ar (<i>M ± SD</i>)	11	3.9 ± 3.7	195.5 ± 186.4	25.3 ± 25.8
Non CIWA-Ar (<i>M ± SD</i>)	11	13.2 ± 6.3	543.2 ± 325.6	81.9 ± 56.2
<i>p</i> value, two-tailed		.001	.007	.009
Subjects with PRN Orders Only				
CIWA-Ar (<i>M ± SD</i>)	26	1.7 ± 3.1	82.7 ± 153.6	10.7 ± 20.7
Non CIWA-Ar (<i>M ± SD</i>)	6	4.8 ± 8.6	204.2 ± 382.9	40.2 ± 75.4
<i>p</i> value, two-tailed		.41 ns	.478 ns	.384 ns

Fig. 1. Comparación entre suministrar medicamentos con CIWA-AR y hacerlo sin CIWA-AR.

Las limitaciones de uso de CIWA-Ar se han descrito en sujetos que no se pueden comunicar adecuadamente, como algunos sujetos en las Unidades de cuidado intensivo o con una abstinencia severa (11).

Pregunta

Con base en todos los datos descritos, se puede observar la determinación de la costo-efectividad de las dos terapias, con dosis ajustada a síntomas o dosis fija, en el manejo de la abstinencia alcohólica en pacientes hospitalizados.

Diseño

Teniendo en cuenta los estudios previos, se puede considerar que, desde el punto de vista del manejo de la abstinencia, no hay diferencias en cuanto al manejo con dosis fijas vs. dosis ajustadas a síntomas, pero sí las hay entre desenlaces que implican costos para el sistema de salud y para el pagador, por lo cual se consideró adecuado realizar un análisis de minimización de costos entre las dos alternativas, teniendo en cuenta que para el desenlace principal no hay diferencia, pero sí la hay para los desenlaces intermedios.

Efectividad de la intervención basada en síntomas respecto a las dosis fijas

Para la presente investigación se está tomando como supuesto que todos los pacientes se hospitalizan por tener un cuadro de abstinencia alcohólica. El análisis inicial se realizará basado en los datos descritos previamente, y según los cuales los pacientes tratados con dosis por síntomas fueron solo el 39% respecto a los de dosis fija. La duración promedio del tratamiento fue de 10,7 horas vs. 64,3 horas, y la dosis total fue de 82,7 mg vs. 367,5 mg de oxazepam (oxazepam 15 mg = lorazepam 1 mg).

Tabla 1. Aproximación del ahorro en medicamentos con la escala CIWA-Ar

Total	Requieren	Oxazepam (mg)	Lorazepam (mg)	Costo de Dosis por mg	Total uno	100 sujetos	Total 100 sujetos
100	100	367,5	12,25	\$221,44	\$712,64	1225	\$271.264,00
100	39	82,7	2,76	\$221,44	\$610,44	107,51	\$23.807,01
Diferencia							\$247.456,99

De acuerdo con esta información, se tendría en 100 sujetos tratados un ahorro de \$247.456,99 pesos por el uso de Lorazepam con base en la dosis total, y solo el 39% de los pacientes requieren tratamiento.

Otro análisis posible se basa en información de los expertos, quienes consideran que a los pacientes con abstinencia moderada con dosis según síntomas se les podría dar de alta al tercer día, y que los pacientes con dosis fija estarán hospitalizados por al menos 7 días, lo cual llevaría a un ahorro por paciente de \$816,493.90 pesos.

Tabla 2. Beneficio neto monetario en un escenario posible de pacientes con abstinencia moderada aplicando la escala CIWA-Ar

Ítem	Abstinencia moderada	
	Dosis fija y manejo hospitalario	Dosis, síntomas y manejo ambulatorio
Día 1	\$176.653,68	\$176.307,68
Día 2	\$176.653,68	\$176.307,68
Día 3	\$176.653,68	\$176.307,68
Día 4	\$176.653,68	\$13.562,50
Día 5	\$176.653,68	\$13.562,50

Día 6	\$176.653,68	\$13.562,50
Día 7	\$176.653,68	\$13.562,50
Día 8	\$176.653,68	\$13.562,50
Total	\$1.413.229,43	\$596.735,53
Cada día incluye los siguientes costos:		
Estancia	\$598.099,84	\$224.287,44
Medicamentos*	\$68.575,99	\$65.807,99
Consulta-honorarios	\$746.553,60	\$26.682,50
Posible ahorro por paciente	\$813.725,90	

* Lorazepam, ácido fólico, y tiamina.

Existen esquemas fijos y móviles en el tratamiento con benzodiazepinas. Se muestra a continuación un ejemplo de esquema fijo, donde se utiliza lorazepam con dosis de inicio de 6 mg día, y disminución progresiva de la dosis durante un periodo de 6 días (12).

Ejemplo de Lorazepam_____

Día 1 (2mg-2mg-2mg)

Día 2 (2mg-1mg-2mg)

Día 3 (1mg-1mg-1mg)

Día 4 (1mg-0-1mg)

Día 5 (0-0-1mg)

Día 6 Sin medicación_____

Esquema tradicional para manejo del síndrome de abstinencia (13)

Clordiazepóxido 50 mg VO cada 6 horas X 4 dosis. Luego, 25 mg cada 6 horas X 8 dosis.

Diazepam 10 mg VO cada 6 horas X 4 dosis. Luego, 5 mg cada 6 horas X 8 dosis.

Lorazepam 2 mg VO cada 6 horas X 4 dosis. Luego, 1 mg VO cada 6 horas X 8 dosis.

La mayoría de los trabajos emplean esta pauta, donde las benzodiazepinas se administran con un intervalo posológico fijo durante 4-7 días. Posteriormente, la dosis se reduce un 25% diario, según control de síntomas (14). Se debe vigilar a los pacientes y administrárseles medicación adicional cuando lo requiera la situación clínica. Su principal inconveniente es el riesgo de sedación excesiva y la prolongación consiguiente de la estancia.

El programa basado en los síntomas que ha sido descrito por Saitz *et al.* en 1994 (7), con clordiazepóxido; posteriormente se lo ha estudiado prospectivamente con oxacepam (9). Se administran benzodiazepinas siguiendo un esquema de tratamiento según la puntuación obtenida en la escala de síntomas CIWA-Ar, de forma horaria mientras sea >8. En ambos estudios dicha pauta fue superior al programa fijo, en cuanto a que disminuyeron tanto la dosis total utilizada de fármaco como la duración y el coste del tratamiento; sin embargo, no existieron diferencias entre los dos regímenes en términos de morbilidad, complicaciones o mortalidad. Los autores recomiendan su uso en los casos donde exista personal de enfermería entrenado en la utilización de la escala CIWA-Ar.

Como no se incluyó a pacientes de edad superior a 60 años, con comorbilidad médica asociada, *delirium tremens* ni convulsiones, no puede recomendarse su uso en esas situaciones. No obstante, un estudio de cohortes retrospectivo reciente sugiere que tal pauta también sería útil en pacientes con comorbilidad asociada, y que podría prevenir el desarrollo de *delirium tremens* (15).

Tabla 3. Puntuación de la escala CIWA-ar, según nivel de abstinencia

Puntuación	Indicación según nivel de abstinencia para el tratamiento de los pacientes
0-8	No es necesaria la medicación.
9-14	La medicación es opcional para los pacientes con una puntuación de 8-14.
15-20	Una puntuación de 15 o más años requiere tratamiento con medicamentos.
>20	Ante una puntuación de más de 20 existe un alto riesgo de <i>delirium tremens</i> .

Fuente: los puntos de corte se pueden apreciar en diversos estudios donde se comparan dosis fija y dosis según síntomas (3).

Nota: 67 puntos es la máxima puntuación acumulada posible.

Conclusión

En general, las dosis según síntomas se asocian a dosis significativamente más bajas de las benzodiazepinas que por dosis fija (16) y con una duración de tratamiento más corto y más importante, sin un incremento en la incidencia de convulsiones o de *delirium tremens* (7) (9) (17).

Referencias

1. Pittman B, Gueorguieva R, Krupitsky E, et al. Multidimensionality of the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist: a factor analysis of the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist and CIWA-Ar. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31:612-8.
2. Sullivan JT, Sykora K, Schniederma 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.
3. National Clinical Guideline Centre for acute and chronic conditions Funded to produce guidelines for the NHS by NICE. Alcohol Use Disorders: Diagnosis And Clinical Management Of Alcohol-Related Physical Complications. Clinical Guideline 100.
4. Buchsbaum DG, Buchanam RG, Poses RM, et al. Physician detection of drinking problems in patients attending a general medical practice. *J Gen Intern Med.* 1992;7:517.
5. Gerke P, Hapke U, Rumpf HJ, et al. Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol.* 1997;32:179-84.
6. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011:CD008537.
7. Saitz R, Mayo-Smith MF, Roberts MS, et al. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. *JAMA.*1994;272:519-23.
8. Spies CD, Otter HE, Huske B, et al. Alcohol withdrawal severity is decreased by symptom-orientated adjusted bolus therapy in the ICU. *Intensive Care Med.*2003;29:2230-8.
9. Daeppen JB, Gache P, Landry U, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. *Arch Intern Med.* 2002;162:1117-21.
10. Reoux JP, Miller K. Routine hospital alcohol detoxication practice compared to symptom triggered management with an Objective Withdrawal Scale (CIWA-Ar) *Am J Addict.* 2000;9:135-44.
11. Hecksel KA, Bostwick JM, Jaeger TM, et al. Inappropriate use of symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal in the general hospital. *Mayo Clin Proc.* 2008;83:274-9.
12. Lejoyeux M, Solomon J, Adès J. Benzodiazepine treatment for alcohol dependent patients. *Alcohol Alcohol.* 1998;33:563-75.
13. Oviedo HC, Arboleda PL. Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol. *Universitas Médica.* 2006;47:112-20.
14. Shaw GK. Detoxification: the use of benzodiazepines. *Alcohol Alcohol.* 1995;30:765-70.
15. Jaegger TM, Lohr RH, Pankratz VS. Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:695-701.
16. Weaver MF, Hoffman HJ, Johnson RE, et al. Alcohol withdrawal pharmacotherapy for inpatients with medical comorbidity. *J Addict Dis.* 2006;25:17-24.
17. Lange-Asschenfeldt C, Muller MJ, Szegedi A, et al. Symptom-triggered versus standard chlormethiazole treatment of inpatient alcohol withdrawal: clinical implications from a chart analysis. *Eur Addict Res.* 2003;9:1-7.

18. Tablero de indicadores

Guía para la detección temprana, los diagnósticos y el tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol

Categorías	Compromiso	Nombre del indicador	Dominio	Operacionalización
1. Gestión (50%)	Difusión y diseminación	Localización de las instituciones públicas y privadas, y de los profesionales, que agrupan a la población objetivo de la GAI_Alcohol.	Calidad técnica.	Número de insituciones públicas y privadas en el denominador que fueron informadas acerca de las GAI_Alcohol /Número de instituciones públicas y privadas identificadas. como potenciales usuarios de las GAI_Alcohol
	Formación y capacitación	Actividades de formación y capacitación dirigidas al grupo de profesionales en salud usuarios de GAI_Alcohol.	Calidad técnica.	Número de jornadas de formación y de capacitación realizadas para difundir la GAI_Alcohol * 100 / Número de Jornadas de capacitación programadas.
				Número de profesionalesque asistieron a las actividades de formación y capacitación de GAI_Alcohol* 100 / Número total de profesionales de la salud que trabajan enlas instituciones usuarias de las GAI.

	Participación en los procesos de acreditación Institucional	Evaluación de adherencia a las recomendaciones de la GAI_Alcohol.	Calidad técnica.	Número de evaluaciones de la adherencia a la GAI_Alcohol realizadas * 100 / Número de evaluaciones de adherencia programadas.
	Percepción global de calidad del servicio recibido	Satisfacción de clientes de procesos asistenciales en los que se aplican las GAI_Alcohol.	Experiencia de la atención.	Número de encuestas de satisfacción por el uso de GAI_Alcohol a Profesionales en el denominador / Número total de profesionales usuarios de las GAI_Alcohol.
2.Desenlace clínico(50%)	Detección temprana	Tamizaje en atención primaria de los pacientes con abuso o dependencia de alcohol.	Calidad técnica.	Número de pacientes mayores de 18 años a quienes se le realizaron escalas de tamizaje para uso indebido de alcohol/ Número de pacientes mayores de 18 años que asistieron a servicios de salud de atención primaria.
	Diagnóstico y tratamiento	Oportunidad de asignación de cita con especialista.	Accesibilidad/ oportunidad.	Número de pacientes a quienes se les asigna cita con especialista para manejo por uso indebido de alcohol/ Número de pacientes que cumplen criterios según GAI_Alcohol para remisión a especialista por uso indebido del alcohol.
		Tasa de reingreso en pacientes hospitalizados.	Calidad técnica.	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por diagnósticos relacionados con el uso indebido del alcohol/ Número total de egresos vivos en el período, con

		diagnósticos relacionados con uso indebido del alcohol.
Promedio de días de tratamiento con benzodiazepinas.	Seguridad del paciente.	Número de días que el paciente con diagnóstico de síndrome de abstinencia permanece en tratamiento con benzodiazepinas.
Proporción de pacientes que desarrollan <i>delirium tremens</i> .	Calidad técnica.	Número de pacientes en el denominador que desarrollan <i>delirium tremens</i> /Número de pacientes que consultan por uso indebido del alcohol *100.

Otros indicadores que pueden incluirse

1. Número de pacientes mayores de 18 años a quienes se le realizó AUDIT / Número de pacientes mayores de 18 años que asistieron a servicios de salud de atención primaria. 2. Remisión al especialista.
2. Número de pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda a quienes se les realizó **examen mental** / Número de pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda.

3. Número de pacientes mayores de 18 años con Dx. de síndrome de abstinencia a quienes se les realiza CIWA-Ar durante la atención / Número de pacientes mayores de 18 años con Dx. síndrome de abstinencia.
4. Número de pacientes con abuso o dependencia del alcohol que desarrollan <i>delirium tremens</i> / Número de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.
5. Número de pacientes con abuso o dependencia del alcohol que desarrollan encefalopatía de Wernicke / Número de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.
6. Número de pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que son remitidos a institución de mayor complejidad*100 / Número de pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol.
7. Número de pacientes mayores de 18 años con Dx. de síndrome de abstinencia a quienes se administra benzodiacepina * 100 / Número total de mayores de 18 años atendidos con Dx de síndrome de abstinencia.
8. Número de pacientes con síndrome de abstinencia a quienes se les administró ácido fólico o cianocobalamina*100 / Número de pacientes con síndrome de abstinencia a quienes se les documentó anemia megaloblástica.
9. Número de pacientes mayores de 18 años con Dx. Intoxicación aguda por alcohol a quienes se les administra hidratación parenteral / Número de pacientes mayores de 18 años con Dx. Intoxicación aguda por alcohol.
10. Número de pacientes mayores de 18 años con Dx. de abuso o dependencia del alcohol a quienes se les administra Tiamina IM * 100 / Número total de mayores de 18 años atendidos con Dx de abuso o dependencia del alcohol.

11. Número de días de hospitalización para pacientes mayores de 18 años con Dx. de síndrome de abstinencia.
12. Número de días que el paciente permanece en tratamiento con benzodiazepinas*100 / Número de pacientes mayores de 18 años con Dx. de síndrome de abstinencia.
13. Número de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol que reciben intervención psicosocial / Número de personas mayores de 18 años con dependencia del alcohol.

20. Ficha técnica de los indicadores

Guía para la detección temprana, los diagnósticos y el tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol

1. Tamizaje en servicios de atención primaria en pacientes con abuso o dependencia del alcohol

Datos corporativos	Código	
	Nombre	
Objetivo del indicador	Cuantificar la realización del tamizaje en atención primaria de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.	
Responsables	Captura	Médico tratante
	Análisis	IPS
	Reporte	IPS
Dominio	Calidad técnica.	
Fórmula de cálculo	<p>Número de pacientes mayores de 18 años a quienes se les realizaron escalas de tamizaje para detección de uso indebido del alcohol.</p> <p>----- *100.</p> <p>Número de pacientes mayores de 18 años que asistieron a servicios de salud de atención primaria.</p>	
Unidad de medición	Porcentual.	
Interpretación	Mide la oportunidad de detectar a pacientes que necesitarán intervención breve motivacional o remisión a servicios especializados.	
Línea de base	Valor	0
	Fecha	

Meta prevista	Valor	Por determinar, según el comportamiento del indicador.
	Fecha	
Fuente de los datos	Numerador	Registro obtenido del historial clínico de los pacientes.
	Denominador	Registro obtenido del historial clínico de los pacientes.
Metodología de recopilación de la información	Registro obtenido del historial clínico de los pacientes a partir de la evaluación clínica del proceso de atención.	
Periodicidad de la generación de la información	Mensual.	
Nivel de desagregación	Pregunta específica sobre el consumo y la cantidad de alcohol durante los últimos 30 días, AUDIT C, AUDIT.	
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA		

Ficha técnica de indicador

2. Oportunidad de asignación de cita en servicios médicos especializados

Datos corporativos	Código	
	Nombre	
Objetivo del indicador		
Responsables	Captura	IPS
	Análisis	IPS
	Reporte	IPS

Atributo(s) de calidad	Accesibilidad/ oportunidad.	
Formula de cálculo	<p>Número de pacientes a quienes se les asigna cita con especialista para manejo por uso indebido de alcohol.</p> <p>----- *100.</p> <p>Número de pacientes que cumplen criterios según GAI_Alcohol para remisión a especialista por uso indebido del alcohol.</p>	
Unidad de medición	Relación porcentual.	
Interpretación	Mide la oportunidad de los pacientes que requieren valoración por especialista, de acceder a servicios especializados.	
Línea de base	Valor	Por establecer.
	Fecha	
Meta prevista	Valor	100%
	Fecha	
Fuente de los datos	Numerador	Libro de asignación de citas.
	Denominador	Historia clínica.
Metodología de recopilación de la información	Registro obtenido del libro de asignación de citas.	
Periodicidad de generación de la información	Mensual.	
Nivel de desagregación	Médico psiquiatra, profesional entrenado en terapia con enfoque cognitivo-conductual.	
Referencia bibliográfica		

Ficha técnica de indicador

3. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados con diagnósticos relacionados con uso indebido del alcohol

Datos corporativos	Código	
	Nombre	
Objetivo del indicador	Evaluar la eficiencia y la eficacia de los servicios brindados. Este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.	
Responsables	Captura	RIPS
	Análisis	IPS
	Reporte	IPS
Dominio	Efectividad en la atención.	
Fórmula de cálculo	<p>Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días, con diagnósticos relacionados con uso indebido del alcohol.</p> <p>----- *100.</p> <p>Número total de egresos vivos durante el período, con diagnósticos relacionados con intoxicación aguda, abuso o dependencia del alcohol durante el periodo establecido.</p>	
Unidad de medición	Porcentual.	
Interpretación	Mide la efectividad de los servicios prestados intrahospitalariamente a pacientes con diagnósticos relacionados con intoxicación aguda, abuso o dependencia del alcohol.	
Línea de base	Valor	A determinar.
	Fecha	
Meta prevista	Valor	A determinar.
	Fecha	

Fuente de los datos	Numerador	RIPS
	Denominador	RIPS
Metodología de recopilación de la información	RIPS	
Periodicidad de obtención de la información	Mensual.	
Nivel de desagregación	Intoxicación aguda por alcohol, síndrome de abstinencia del alcohol, dependencia del alcohol, <i>delirium tremens</i> , Wernicke, Korsakoff.	
Referencia bibliográfica		

Ficha técnica de indicador

4. Número de días de tratamiento con benzodiacepinas en pacientes con abstinencia del alcohol

Datos corporativos	Código	
	Nombre	
Objetivo del indicador	Medir el número de días de tratamiento con benzodiacepinas.	
Responsables	Captura	Médico tratante.
	Análisis	IPS
	Reporte	IPS

Dominio	Efectividad del tratamiento; seguridad del paciente.	
Fórmula de cálculo	Número de días que el paciente con diagnóstico de síndrome de abstinencia permanece en tratamiento con benzodiazepinas.	
Unidad de medición	Número.	
Interpretación	Determina el promedio de días que permanecen los pacientes con tratamiento con benzodiazepina.	
Línea de base	Valor	Por determinar.
	Fecha	
Meta prevista	Valor	Máximo, 8 días.
	Fecha	
Fuente de los datos	Numerador	Registro obtenido del historial clínico de los pacientes.
	Denominador	Registro obtenido del historial clínico de los pacientes.
Metodología de recopilación de la información	Registro obtenido del historial clínico de los pacientes a partir de la evaluación clínica del proceso de atención.	
Periodicidad	Mensual.	
Nivel de desagregación	Lorazepam, diazepam.	
Referencia bibliográfica		

Ficha técnica de indicador

5. Proporción de pacientes con delirium tremens

Datos corporativos	Código	
	Nombre	
Objetivo del indicador	Identificar a los pacientes con uso indebido del alcohol que desarrollan <i>delirium tremens</i> .	
Responsables	Captura	Médico tratante.
	Análisis	IPS
	Reporte	IPS
Dominio	Calidad técnica.	
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número total de adultos con diagnóstico de } \textit{delirium tremens}}{\text{Número total de adultos con uso indebido del alcohol}} * 100.$	
Unidad de medición	Porcentaje.	
Interpretación	Determina el número de adultos con uso indebido del alcohol que desarrollan <i>delirium tremens</i> .	
Línea de base	Valor	Por determinar.
	Fecha	
Meta prevista	Valor	0%
	Fecha	
Fuente de los datos	Numerador	RIPS
	Denominador	Registro obtenido del historial clínico de los pacientes.

Metodología de recopilación de la información	Registro obtenido del historial clínico de los pacientes a partir de la evaluación clínica del proceso de atención.
Periodicidad de obtención de la información	Mensual.
Nivel de desagregación	No Aplica.
Referencia bibliográfica	

21. Autores y colaboradores. Asistentes a reuniones de socialización

Ricardo de la Espriella Guerrero

Médico psiquiatra, terapeuta sistémico, magister Epidemiología Clínica
Pontificia Universidad Javeriana
Director

Ana María de la Hoz Bradford

Médica cirujana, Candidata a magister en Epidemiología Clínica
Pontificia Universidad Javeriana
Coordinadora

Patricia Hidalgo Martínez

Médica neumóloga, magister en Epidemiología Clínica
Pontificia Universidad Javeriana
Coordinadora (hasta noviembre de 2011)

EQUIPO DESARROLLADOR

EQUIPO METODOLÓGICO

Carlos Gómez Restrepo

Médico psiquiatra, psicoanalista, psiquiatra de enlace, magister en Epidemiología Clínica. Profesor de Psiquiatría y Director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística
Pontificia Universidad Javeriana
Experto temático y metodológico

Miguel Cote Menéndez

Médico psiquiatra, *fellow* en abuso de sustancias, magister en psicología y terapia sistémica. Psiquiatra de CAD Fundar Bogotá; Profesor de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia
Experto temático

Laura Marcela Gil Lemus

Médica psiquiatra, especialista en terapia dialéctico comportamental DBT y en psicoterapias cognitivas contemporáneas; candidata a magíster en Psicología Cognitiva de la Universidad de Buenos Aires, Argentina

Pontificia universidad Javeriana

Experta temática

Juliana Guzmán Martínez

Médica y cirujana, candidata a Maestría en Epidemiología Clínica

Pontificia Universidad Javeriana

Asistente de investigación

Michelle Cortés Barré

Médica y cirujana, magíster en Educación, candidata a Maestría en Epidemiología Clínica

Pontificia Universidad Javeriana

Asistente de investigación

Nathalie Tamayo Martínez

Médico psiquiatra, *fellow* de Psiquiatría de Enlace

Pontificia Universidad Javeriana

Asistente de investigación

Patricia Rodríguez Lee

Medica cirujana, residente de Psiquiatría

Pontificia Universidad Javeriana

Asistente de investigación

Alina Uribe-Holguín Zarate

Medica cirujana, residente de Psiquiatría

Pontificia Universidad Javeriana

Asistente de investigación

EQUIPO TEMÁTICO

Ana María Cano Rentería

Médico psiquiatra, miembro activo del subcomité de adicciones de la ACP, coordinadora del área científica de la ESE Hospital Mental de Finlandia, Quindío, docente de clínica psiquiátrica, programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Quindío; entrenadora del Programa Treatnet II Colombia de ONU-DC.

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Experta temática

Delia Cristina Hernández

Médico psiquiatra, Universidad del Valle; máster en Conductas Adictivas, Universidad de Valencia; docente de Farmacodependencia, Universidad Libre; Asociación Colombiana de Psiquiatría; directora general de Fundar Colombia (Cali).

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Experta temática

Gabriel Hernández Kunzel

Médico psiquiatra, Hospital Militar Central y Clínica del Country; docente de Farmacodependencia de la Universidad Militar, Pontificia Universidad Javeriana y Universidad Sanitas. Miembro del Comité de Adicciones de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Experto temático

Carlos Alberto Cardeño Castro

Psiquiatra, especialista en psiquiatría de enlace. Magíster en Farmacología. Coordinador de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl; Docente.

Universidad de Antioquia

Experto temático

EQUIPO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Darío Londoño Trujillo

Médico internista, neumólogo, Master en Economía de la Salud

Pontificia Universidad Javeriana

Coordinador

Alejandra Taborda Restrepo

Administradora en Salud, magíster en Salud Pública, especialista en Economía
Pontificia Universidad Javeriana
Apoyo económico

Gloria Bernal Nisperuza

Economista y magíster en Economía. Profesora de la Facultad de Ciencias Económicas y
Administrativas.
Pontificia Universidad Javeriana
Apoyo económico

EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN

Natalia Sánchez Díaz

Médica y cirujana, máster en Salud Pública Internacional, residente de psiquiatría.
Pontificia Universidad Javeriana
Desarrollador

Andrés Duarte Osorio

Médico y cirujano, especialista en Medicina Familiar. Profesor de Medicina Familiar y del
Departamento de Medicina Preventiva y Social.
Pontificia Universidad Javeriana
Desarrollador

BIOESTADÍSTICA

Nelcy Rodríguez Malagón

Estadística, Bioestadística M.P.H. Profesora Departamento de Epidemiología Clínica.
Pontificia Universidad Javeriana
Bioestadística

EXPERTOS DE LA FUERZA DE TAREA AMPLIADA

Ana Lindy Moreno López

Docente Escuela Colombiana de Rehabilitación. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional.
Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
Experta temática

Ana Constanza Puerto Espinel

Terapeuta Ocupacional. Especialista en Auditoría de la Calidad en Salud.
Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
Experta temática

Francy Milena Rodríguez Herrera

Psicóloga Clínica Unidad Colegial Orden Hospitalaria de San Juan de Dios
Colegio Colombiano de Psicología
Experta temática

Diana Lucía Matallana Eslava

Neuropsicóloga.
Pontificia Universidad Javeriana
Experta temática

Hernán Santacruz Oleas

Médico Psiquiatra, Psicoanalista, Psiquiatra de Enlace .
Pontificia Universidad Javeriana
Experto temático

Pablo Zuleta González

Médico psiquiatra, magíster en Filosofía; coordinador del Programa REDES
Clínica Nuestra Señora de La Paz
Experto temático

Ricardo Alvarado

Médico de Familia. Director Científico Hospital San Ignacio.
Pontificia Universidad Javeriana
Experto temático

USUARIOS

Representantes Comunidad de Alcohólicos Anónimos (AA)

Representantes de Al-Anon

REVISORES EXTERNOS

Pendiente

COLABORADORES

Agradecemos la contribución de las siguientes personas que, en carácter de representantes de expertos temáticos, usuarios, población blanco o grupos de interés, participaron o asistieron a las diferentes reuniones de socialización realizadas durante el proceso de desarrollo de la presente guía:

Alexandra Páez Valencia.

Química Farmacéutica. Clínica Nuestra Señora de La Paz, Bogotá

Carlos Arturo Guzmán.

Antropólogo. Pontificia Universidad Javeriana

Dora Yazmín Higuera Guío.

Enfermera, Auditora. Compensar EPS

Edgar Augusto Gracia Rodríguez.

Instructor Sena Mixología Enología Mesa y Bar. Mixólogo profesional

Gabriel Fernando Oviedo Lugo.

Psiquiatra, Subespecialista en Psiquiatría de Interconsulta y Enlace. Clínica Nuestra Señora de La Paz

Harold Eduardo Tejada López.

Médico, residente de psiquiatría Fundación Universitaria Juan N Corpas

María del Pilar Jaime.

Médica Psiquiatra, Master en Drogodependencias. Terapeuta Sistémica. Directora Clínica Retornar Bogotá.

Mary Isabel Camacho Aragón.

Médica. Hospital de Usme, CAMI Santa Librada.

Sandra Ximena Saavedra.

Médica, residente de psiquiatría Fundación Universitaria Juan N Corpas.

Vivian Vásquez Ku.

Médico Psiquiatra, Fellow de Psiquiatría de Enlace, Pontificia Universidad Javeriana

22. Tablas de evidencia

Ver documento electrónico

23. Reporte y evaluación de conflictos de interés

Se procedió de acuerdo a la Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, la cual establece que en la fase preparatoria de la GAI, para la constitución del Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) como primer paso, la identificación de conflictos de interés como segundo paso, utilizando para ello la herramienta 1 de la citada Guía Metodológica.

Los intereses se clasificaron según la herramienta 1 en: Interés económico personal, interés económico personal de un familiar, interés económico no personal, e interés no económico personal.

Los conflictos de interés se analizaron de acuerdo a la herramienta 2 en reuniones de comité del grupo desarrollador, estableciendo la declaración en cada formato allegado, según la vinculación de nuevo personal se analizaron, procediendo a la clasificación y el análisis, con reporte a las entidades contratantes (Ministerio de la Protección Social y Colciencias; tras la reforma de Ministerios al Ministerio de Salud y Colciencias).

Utilizando la herramienta 1 de la Guía Metodológica no fueron reportados conflictos de interés por parte de los participantes del grupo desarrollador (GDG). Se utilizó la misma herramienta para participantes en discusiones de grupos focales, en donde tampoco se reportaron conflictos de interés.

Se desarrolló, en la Pontificia Universidad Javeriana, una herramienta adicional de declaración de conflictos de interés, más sensible que la aportada en la Guía Metodológica, especificando ejemplos de cada uno de los conflictos de interés. Utilizando esta herramienta se establecieron conflictos de interés para el año previo en la categoría de interés económico personal: patrocinios a congresos en 4 participantes, pago por conferencias en dos participantes, acciones en IPS en un participante. Un participante reportó interés económico no personal actividad docente en educación continua y un participante reportó interés económico personal de un familiar como accionista de IPS. Los conflictos reportados se discutieron en grupo y se consideró que en ninguno de los casos tales conflictos inhabilitaban a los firmantes para participar en las deliberaciones y decisiones de la guía

24. Formato para declaración de intereses creado por los GDGs de la Pontificia Universidad Javeriana

GUÍA:

Las actividades que pueden constituir conflictos de interés son aquellas circunstancias en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, sea un beneficio financiero, de prestigio, promoción personal o profesional. Los conflictos serán determinados por la evaluación de la declaración de sus intereses

Tenga en cuenta que esta declaración de intereses debe abarcar el periodo entre **especificar período, que cubra un año previo a la fecha de declaración**

Recuerde que por **INDUSTRIA DE LA SALUD** se consideran, además de la industria farmacéutica o de tecnología diagnóstica, los servicios de medicina prepagada, EPS, IPS, entre otros. Por ejemplo: el ejercicio de la profesión tratando usuarios adscritos a empresas de medicina prepagada, ser director de una revista científica que recibe pauta publicitaria de la industria farmacéutica, coordinar actividades académicas en una institución de salud que recibe apoyo económico de la industria farmacéutica para dichas actividades, ser accionista de una IPS que presta servicios en el área de estudio de la GAI, etc.

Por favor complete las siguientes tablas:

Yo, _____, declaro que he leído y comprendo el Código de Declaración de Conflictos de Interés. En el siguiente documento declaro los siguientes intereses con la industria de la salud y aquellas situaciones que podrían afectar mis actuaciones en el proceso al que he sido invitado a participar:

A. Intereses económicos personales	Si	No	Describa la actividad	Quién financió	Fecha (y duración) de la actividad
Recibí apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (<i>inscripciones, becas de viaje, u otros</i>) por parte de la industria de la salud)					
Recibí honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud					
Recibí apoyo y financiación para investigación por parte de la industria de la salud					
Recibí financiación para cursar programas educativos o actividades de formación					
He sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud					
He sido o soy accionista o tengo intereses económicos en una compañía farmacéutica o en cualquiera relacionada a la salud o tecnología sanitaria					
Tengo activos o bienes en la industria de salud, sobre los cuales no tengo el control financiero (<i>inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión</i>)					
Tengo derecho a pensión adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud.					

B. Intereses económicos no personales	Si	No	Describe la actividad	Quién financió	Fecha (y duración) de la actividad
<p>Tengo responsabilidad directiva de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que me favorece sin que yo lo reciba personalmente.</p> <p><i>Ejemplo, el departamento u organización recibe:</i></p> <p><i>Financiación de formación por la industria de la salud.</i></p> <p><i>Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización:</i></p> <p><i>Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamento de la cual el individuo es responsable.</i></p> <p><i>Patrocinio a un miembro de la unidad o departamento de la cual el firmante de la declaración es responsable.</i></p> <p><i>La comisión de investigación u otro trabajo o asesoría de miembros del departamento u organización de la cual el firmante es responsable.</i></p> <p><i>Contratos o "grants" etc. para el departamento u organización.</i></p>					

C. Intereses no económicos personales	Si	No	Describe la actividad	Quién financió	Fecha (y duración) de la actividad
He dado mi opinión clara sobre alguna intervención o producto en evaluación de esta GAI, derivado como conclusión de un proyecto de investigación de efectividad clínica o estudios de investigación científica					
He realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma razonable como un prejuicio a una interpretación objetiva de la evidencia *.					
Existe el riesgo de que mis opiniones acerca de las intervenciones en evaluación afecten mi reputación*.					

*Comentarios referentes a las recomendaciones derivadas de las Guías de atención Integral que se están desarrollando.

d. Intereses económicos personales de un familiar (primer grado de consanguinidad, cónyuge, pareja de hecho)	Si	No	Parentesco	Describa la actividad	Quién financió	Fecha (y duración) de la actividad
Mi familiar ha realizado un consultoría o trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de intereses.						
Mi familiar tiene inversiones en la industria de la salud que hacen parte de un portafolio en el cual él tiene control directo.						
Mi familiar tiene acciones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietario o tiene responsabilidad legal sobre bienes de terceros.						
Mi familiar ha tenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias etc. en los 12						

meses anteriores a la firma de la declaración de intereses.						
Mi familiar tiene activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tiene control financiero (<i>inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión</i>).						
Mi familiar tiene derechos a pensión adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud.						

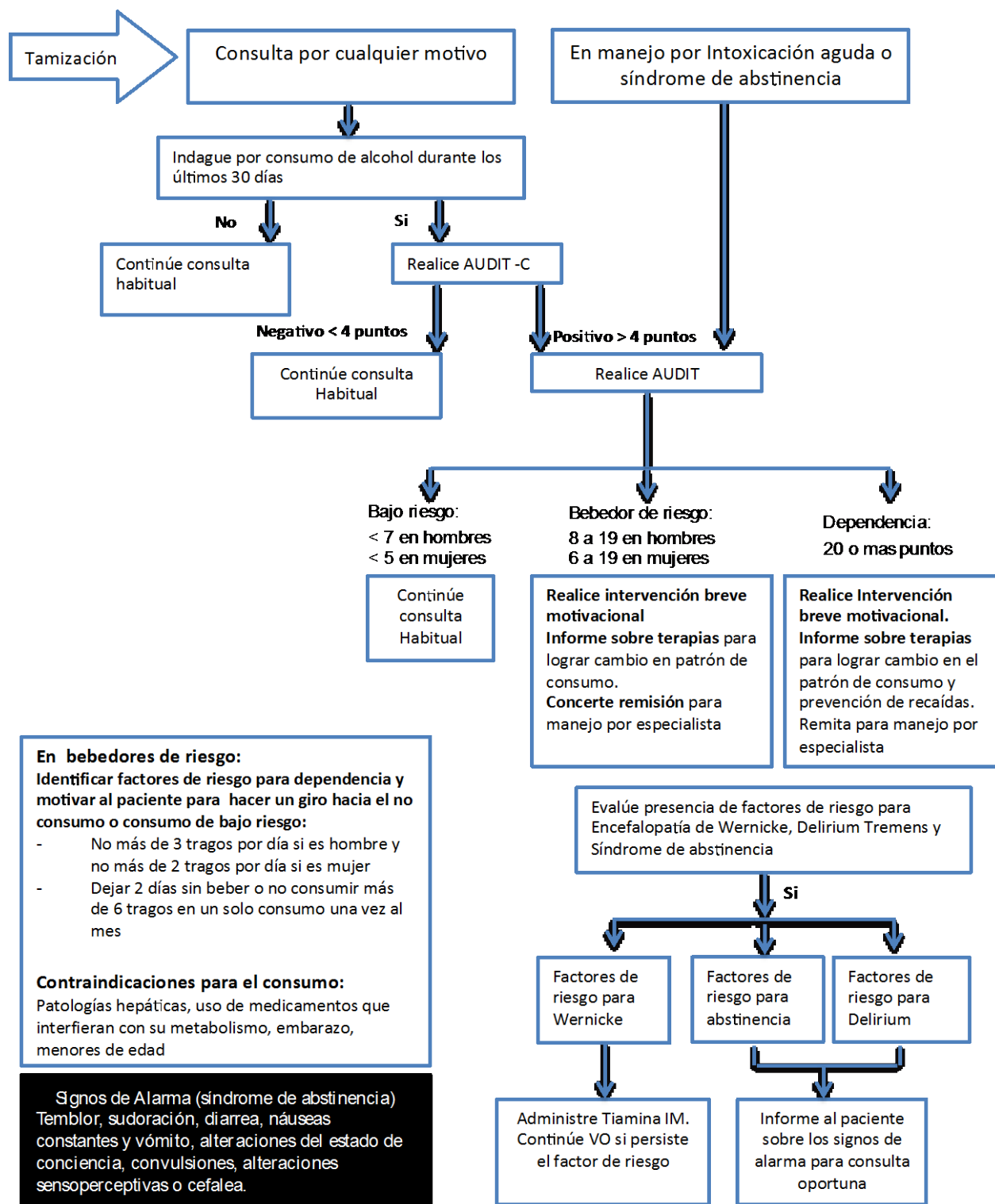
NOMBRES Y APELLIDOS _____

FIRMA _____

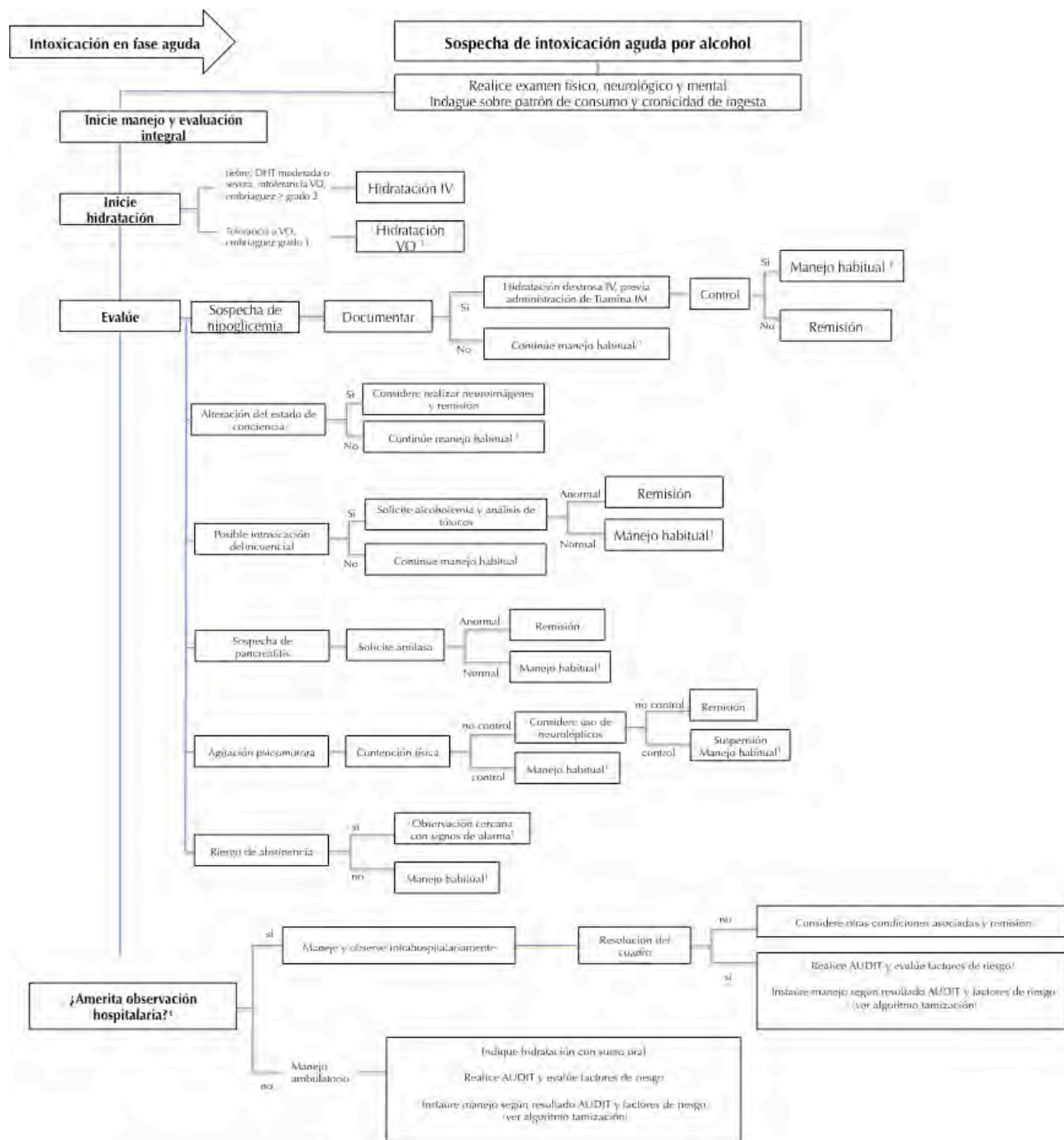
FECHA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

Anexo 25. Algoritmo de tamización



Algoritmo de manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol



¹ Considere manejo ambulatorio cuando el paciente cumpla con estas características o según criterio médico

Algoritmo de manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica

