



TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Guías de recomendaciones

MÓDULO 9: Alcohol (Parte 1)





AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Juan Schiaretti

Vicegobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Manuel Calvo

Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba

Dr. Diego Cardozo

Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Dr. Darío Gigena Parker

Subsecretario de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Lic. Pablo Martín Bonino

Equipo redactor:

Dr. Darío Gigena Parker

Lic. Pablo Bonino

Dra. Milagros Hernández

Dra. Analía Oviedo

1ra. Edición - Año 2020



ÍNDICE

PÁGINAS**CONTENIDO**

01	Trastornos relacionados con el consumo de alcohol: parte 1 Epidemiología y relevancia del problema
04	Clasificaciones diagnósticas Internacionales Diagnóstico según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición (APA, 2013)
04	Diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades, 11. a revisión (WHO, 2018)
06	Clasificación de las sustancias psicoactivas
06	Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol Generalidades de la sustancia
07	Mecanismo de acción
08	Principios generales de cuidado para personas que presentan trastornos relacionados con el alcohol
08	Intoxicación por alcohol
14	Abstinencia de alcohol
18	Planificación del tratamiento para pacientes asistidos en servicios de urgencia
21	Referecias
23	Anexos



GUÍA DE RECOMENDACIONES TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE **ALCOHOL**: PARTE 1

EPIDEMIOLOGÍA Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA

El consumo de sustancias es un problema de salud pública a nivel mundial que ocasiona graves consecuencias sobre la salud en general y específicamente sobre la salud mental. La magnitud del consumo de sustancias psicoactivas se hace evidente si se tiene en consideración la alta prevalencia de dicha problemática, la relación con otras enfermedades, así como también el incremento de accidentes y situaciones de violencia. Estos datos, sumados a las dificultades para sostener tratamiento y las altas tasas de abandono de los mismos, supone una gran carga para los sistemas de salud pública en lo que respecta a la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud.

Las estadísticas a nivel mundial visibilizan el considerable impacto que tiene sobre la población el consumo de sustancias psicoactivas. Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito, en su Informe sobre las drogas 2018, estima que el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016, correspondiente a un total de 275 millones de personas. Dentro de ellas, aproximadamente 1 de cada 10, presenta consumo problemático y sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas y únicamente 1 de cada 6 tiene acceso a tratamiento (UNODC, 2018).

En lo que respecta a las tasas de consumo en nuestro país, en un estudio realizado en el año 2017 por el Observatorio Argentino de Drogas, se evidencia que el alcohol y el **tabaco** son las sustancias psicoactivas que presentan mayor prevalencia de consumo, luego de estas se encuentra el consumo de cannabis y **cocaína**.

En relación a los datos epidemiológicos de cada sustancia podemos destacar que:

- ▶ En lo que respecta al **alcohol**, el consumo actual se encuentra presente en la mitad de la población, y en mayor medida en los varones. En relación al consumo en el último año, 7 de cada 10 personas consumieron **alcohol**, y en el grupo etario de 18 a 34 años se observa la tasa más elevada (73%). Cerca del 5% de los bebedores actuales de presenta consumo regular de riesgo (OAD, 2017).
- ▶ El **tabaco** es la segunda sustancia psicoactiva en prevalencia de año de consumo en el país (31,3%). Esta práctica, a su vez, se presenta con más fuerza en la población de varones (35,4%) que en la de mujeres (27,7%) (OAD, 2017).
- ▶ La **mariguana**, luego del y el tabaco, es la sustancia con mayor tasa de consumo de alguna vez en la vida (17,4%). A su vez, el 7,8% de la población presenta consumo en el último año. El 18,8% de los consumidores del último año presenta un uso abusivo (OAD, 2017). El cannabis sigue



siendo la droga ilegal que más se consume en el mundo (UNODC, 2018).

- ▶ El 5,3% de la población de 12 a 65 años ha consumido **cocaína** alguna vez en la vida, lo que representa a más de un millón de personas. El consumo de **cocaína** en el último año, se encuentra en el 1,5% de la población general. Este valor aumenta al interior de la población masculina (2,4%) y decrece entre las mujeres (0,7%). El 36,5% de consumidores de último año de **cocaína** presenta criterios de dependencia de esta sustancia (OAD, 2017).
- ▶ El uso indebido de sedantes comporta riesgos cada vez mayores. El consumo con fines no médicos de sedantes hipnóticos comunes como las benzodiazepinas y otras sustancias similares constituye hoy en día uno de los principales problemas de consumo de drogas en muchos países (UNODC, 2018).

Resulta fundamental precisar las **consecuencias negativas vinculadas al consumo de sustancias**, entre ellas debemos tener en cuenta la mortalidad y otros trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a la **tasa de mortalidad** a nivel mundial, se estima que el número anual de muertes relacionadas con el consumo de drogas ilegales es de 450.000. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis). El resto de las muertes podrían atribuirse indirectamente al consumo de drogas (UNODC, 2018).

Acerca de las **muertes relacionadas con el consumo de drogas en nuestro país**, en la población de 15 a 64 años para el año 2017, se estimaron en 15.500 casos. Ello representa el 19,1% de las muertes totales para ese grupo de edad (tasa bruta de mortalidad de 54,9 cada 100.000 habitantes). Se observa que el 6,5% del total de las muertes relacionadas con el consumo de drogas es totalmente atribuible a dicha exposición, mientras que el 93,5% restante responde a muertes parcialmente relacionadas con el consumo. En el total de estas muertes, ya sean directa o indirectamente atribuibles al consumo, la sustancia asociada a la mayor proporción de casos es el **tabaco**: 10.968 defunciones (70,8%) están relacionadas con su consumo. En lo relativo al **alcohol**, se atribuye que 4.217 casos (27,2%) se vinculan con su consumo, mientras que las drogas de abuso ilegales y el uso indebido de psicofármacos presentan frecuencias menores: 1,5% (240 casos) y 0,5% (74 casos) respectivamente (OAD, 2017).

Por su parte, en relación a las **causas de muerte**, la distribución de casos indica que la mayoría se corresponde con **enfermedades crónicas** asociadas a un consumo habitual (**91,8%**), los restantes se vinculan con **lesiones o causas externas** (**8,2%**). Entre las enfermedades crónicas, las cardiovasculares son aquellas con mayor cantidad y proporción de casos (42,9%), seguidas por las neoplasias o cánceres (38,5%), y las enfermedades infecciosas (10,3%). Las enfermedades neuro-psiquiátricas y otras enfermedades presentan proporciones menores (1,8% y 6,5% respectivamente) (OAD, 2017; OPS, 2009).

Un punto importante a considerar es la atención de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas en la **consulta de emergencia**. En un estudio realizado en nuestro país en pacientes atendidos en la consulta de emergencia, se observó que del total de las 13.328 consultas registradas en los servicios de urgencias, el 12,3% estuvo relacionado con el consumo de alguna sustancia según la impresión clínica del médico. Evidenciándose, que cuando la consulta tiene relación con el consumo de alguna sustancia psicoactiva, en la mayoría de los casos, el estado en el que ingresa el paciente al servicio de urgencias es de mayor gravedad, en comparación con pacientes que no presentan consumo

de sustancias (OAD, 2012). Existe además, una fuerte relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y las intoxicaciones, sobredosis, el síndrome de abstinencia e intentos de suicidio. Al analizar **los motivos de ingreso a las salas de emergencia** entre las consultas relacionadas a algún consumo de sustancias, se observa que un **39,5%** responde a accidentes en general (de tránsito, de trabajo o comunes) en tanto un **19,6%** a situaciones de violencia y un **19,8%** a motivos médicos generales. El **11%** corresponde a ingresos por motivos relacionados a **sobredosis**. La presencia del en las consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas es superior al 80%, lo cual indica a su vez la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población (OAD, 2012).

CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS INTERNACIONALES

1. DIAGNÓSTICO SEGÚN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES 5TA EDICIÓN (APA, 2013)



TRASTORNOS INCLUIDOS EN EL DSM-5

- ▶ Trastornos relacionados con el Alcohol
- ▶ Trastornos relacionados con la Cafeína
- ▶ Trastornos relacionados con el Cannabis
- ▶ Trastornos relacionados con los Alucinógenos: fenciclidina y otros alucinógenos.
- ▶ Trastornos relacionados con los Inhalantes
- ▶ Trastornos relacionados con los Opiáceos
- ▶ Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- ▶ Trastornos relacionados con los Estimulantes: anfetamina, **cocaína** u otros estimulantes.
- ▶ Trastornos relacionados con el **Tabaco**
- ▶ Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas)
- ▶ Trastornos no relacionados con sustancias: juego patológico

2. DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, 11. A REVISIÓN (WHO, 2018)

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

- ▶ Episodio de consumo nocivo
- ▶ Patrón nocivo de consumo
- ▶ Dependencia
- ▶ Intoxicación
- ▶ Síndrome de abstinencia

- ▶ Delirium inducido por el consumo
- ▶ Trastorno psicótico inducido por el consumo
- ▶ Otros trastornos inducidos por el consumo

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS O A COMPOR- TAMIENTOS ADICTIVOS

Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 11 (WHO, 2018)

Trastornos debidos al consumo de sustancias

- ▶ Trastornos debidos al consumo de alcohol
- ▶ Trastornos debidos al consumo de cannabis
- ▶ Trastornos debidos al consumo de cannabinoides sintéticos
- ▶ Trastornos debidos al consumo de opioides
- ▶ Trastornos debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- ▶ Trastornos debidos al consumo de cocaína
- ▶ Trastornos debidos al consumo de estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona
- ▶ Trastornos debidos al consumo de catinonas sintéticas
- ▶ Trastornos debidos al consumo de cafeína
- ▶ Trastornos debidos al consumo de alucinógenos
- ▶ Trastornos debidos al consumo de nicotina
- ▶ Trastornos debidos al consumo de inhalantes volátiles
- ▶ Trastornos debidos al consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA
- ▶ Trastornos debidos al consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]
- ▶ Trastornos debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos
- ▶ Trastornos debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos
- ▶ Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas
- ▶ Trastornos debidos al consumo de sustancias no psicoactivas

Trastornos debidos a comportamientos adictivos

- ▶ Trastorno por juego de apuestas
- ▶ Trastorno por uso de videojuegos
- ▶ Otros trastornos especificados debidos a comportamientos adictivos
- ▶ Trastornos debidos a comportamientos adictivos, sin especificación

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Clasificación de las sustancias psicoactivas más comunes según sus efectos.

Las sustancias psicoactivas más comunes se pueden agrupar en cuatro categorías:

- Alucinógenos: cannabis, fenciclidina (PCP) y dietilamida de ácido lisérgico (LSD)
- Estimulantes: cocaína, anfetaminas y éxtasis
- Opioides: morfina y heroína
- Depresores: alcohol, sedantes/hipnóticos e inhalantes/solventes volátiles (OPS, 2009).

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

1. GENERALIDADES DE LA SUSTANCIA

Las bebidas alcohólicas (etílico o etanol) se producen mediante la fermentación y destilación de hidratos de carbono vegetales. El etanol es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, muy hidrosoluble. Se toma casi siempre por vía oral y se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo a través del intestino delgado. Atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica y llega a cerebro en un tiempo breve luego de la ingesta. Su aporte energético es de 7,1 kcal/gr, sin aportar minerales, proteínas o vitaminas.

Tras la absorción, el es metabolizado principalmente en el hígado. El 90% del ingerido es metabolizado a acetaldehído por la vía deshidrogenasa (ADH), que mantiene una velocidad de metabolización constante e independiente de los niveles plasmáticos de etanol pudiendo oscilar entre 0,15 y 0,25 gr./l./ hora, de modo que una persona con alcoholemia de 1 gr./l. necesitará más de 6 horas para metabolizarlo. El resto se metaboliza mediante catalasa y enzimas P450 microsomales. Subsiguientemente, el acetaldehído se convierte en acetato mediante la aldehído deshidrogenasa hepática (ALDH).

Metabolización Hepática del Alcohol



Los efectos del etanol difieren mucho de un individuo a otro, debido a la variación genética en estas enzimas metabólicas. Esto puede contribuir al hecho de que algunas personas sean más propensas que otras a desarrollar la dependencia del alcohol.

Entre un 2% - 10% del etanol, con variación dosis-dependiente, se elimina sin metabolizar, a través de respiración, orina y sudor que nos permite determinar indirectamente la alcoholemia. De ahí su importante interés toxicológico y legal.

Una vez metabolizado, el se distribuye en el organismo alcanzando su nivel máximo de concentración en sangre entre los 30 y 90 minutos desde que se ingiere. Atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica y placentaria y en un 95% pasa a leche materna.

Los efectos conductuales agudos del etanol varían de un individuo a otro debido a múltiples factores como dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de en la sangre y tiempo transcurrido desde la dosis anterior. El etanol tiene efectos conductuales bifásicos. En dosis bajas, los primeros efectos que se observan son desinhibición y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras. Los efectos sobre el estado de ánimo y las emociones varían mucho de una persona a otra (OPS, 2009; Waisman, 2017; Izquierdo, 2002).

2. MECANISMO DE ACCIÓN

El es prioritariamente un depresor de la transmisión nerviosa en el s.n.c. y presenta tolerancia cruzada con otros psicotropos depresores del s.n.c. En cuanto a la acción aguda del etanol sobre receptores asociados a canales iónicos los principales sistemas de neurotransmisores implicados en los efectos agudos del etanol son el sistema gabaérgico y el glutamatérgico.

El etanol incrementa la actividad inhibitoria mediada por los receptores GABA-A y disminuye la actividad excitatoria mediada por los receptores de glutamato, especialmente los receptores NMDA. Estos dos mecanismos de acción pueden relacionarse con el efecto general sedante del y con la disminución de la memoria durante los períodos de intoxicación. La participación de cada uno de los receptores variará según la dosis ingerida de alcohol, concentración sanguínea y duración de la ingesta. Así, dosis bajas de etanol inhiben los sistemas de neurotransmisión inhibidores de la actividad cortical. Ello genera una desinhibición cortical que a nivel popular es valorada como un efecto estimulante del alcohol. Las dosis elevadas de etanol incrementan la depresión central.

Mecanismo de Acción del Alcohol



Los receptores GABA-A son sensibles al etanol en distintas regiones del cerebro y están claramente implicados en los efectos agudos del etanol, la tolerancia y la dependencia al compuesto, así como en la autoadministración de etanol. La activación del receptor GABA-A media muchos efectos conductuales del etanol, incluyendo la descoordinación motora, la ansiolisis y la sedación.

Los efectos de reforzamiento producidos por el etanol probablemente se relacionan con un mayor ritmo de disparo de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral (ATV) y con la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. El aumento en la dopamina mesolímbica es de importancia crucial para los efectos de reforzamiento de las sustancias psicoactivas.

Luego del uso prolongado de alcohol, las deficiencias en las funciones de la corteza prefrontal, debidas a la lesión neuronal, es posible que comprometan la toma de decisiones y las emociones, induciendo una carencia de juicio y pérdida de control para reducir el uso de alcohol. Es necesario reexaminar estos problemas cognitivos durante el tratamiento de la dependencia del alcohol. (OPS, 2005).

3. PRINCIPIOS GENERALES DE CUIDADO PARA PERSONAS QUE PRESENTAN TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Al trabajar con personas que presentan Trastornos relacionados con el alcohol es necesario:

- ▶ Construir una relación de confianza
- ▶ Trabajar de manera solidaria, empática y sin prejuicios.
- ▶ Tener en cuenta que el estigma y la discriminación a menudo se asocian con el uso indebido de alcohol y que minimizar el problema puede ser parte de la presentación del usuario.
- ▶ Asegurarse de que las discusiones tengan lugar en entornos en los que se respete la confidencialidad, la privacidad y la dignidad.
- ▶ Proporcionar información adecuada al nivel de comprensión del paciente sobre la naturaleza del trastorno y el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol, con el objetivo de respaldar la elección dentro de una gama de tratamientos basados en la evidencia.
- ▶ Evitar el lenguaje clínico sin explicación.
- ▶ Asegurarse de que la información escrita esté disponible en un idioma apropiado o, para aquellos que no pueden utilizar texto escrito, en un formato accesible.

(NICE, 2011)

4. INTOXICACIÓN POR ALCOHOL

4.1. Diagnóstico

4.1.1. Diagnóstico según DSM-5:

- A. Ingesta reciente de alcohol.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que aparecen durante o poco después de la ingestión de **alcohol**.
- C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol.
 1. Habla pastosa.
 2. Incoordinación.
 3. Marcha insegura.
 4. Nistagmo.
 5. Alteración de la atención o de la memoria.
 6. Estupor o coma.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

(APA, 2013)

4.1.2. Diagnóstico según CIE-11:

Intoxicación por alcohol

Descripción

La intoxicación por alcohol es una condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco después del consumo de alcohol y que se caracteriza por **trastornos en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto, el comportamiento o la coordinación**. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos del alcohol y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad de alcohol consumida. Los efectos tienen un límite de tiempo y disminuyen a medida que el alcohol se elimina del cuerpo. Las características de presentación pueden incluir atención deficiente, comportamiento inapropiado o agresivo, labilidad del ánimo, juicio deficiente, falta de coordinación, marcha inestable y dificultad para hablar. A niveles más graves de intoxicación, puede haber estupor o coma.

4.2 Evaluación Clínica General

4.2.1. Exploración física inicial

- ▶ **Control de la Vía Aérea:** asegurar permeabilización de la vía aérea, la prevención de la aspiración es obligatoria. Evaluar posibilidad de atragantamiento o broncoaspiración. Aspirar secreciones, retirar cuerpos extraños. Colocación del paciente en posición lateral. Evaluar colocación de SNG para evitar aspiración.
- ▶ **Ventilación y oxigenación:** valorar la mecánica ventilatoria espontánea e indicar oxigenoterapia de ser necesario. Valorar eventual depresión respiratoria (frecuencia respiratoria).
- ▶ **Circulación:** evaluar relleno capilar, pulsos periféricos, presión arterial y frecuencia cardíaca. Control de diuresis. Valorar colocación de accesos venosos e hidratación, así como corrección de desequilibrios electrolíticos e hipoglucemia.
- ▶ **Examen Neurológico:** valorar la presencia de signos de foco neurológico, pares craneales, sobre todo exploración pupilar (tamaño y reactividad), reflejos, tono muscular, sensibilidad y de alteraciones de conciencia (escala de Glasgow) orientación, coordinación motora, concentración, comportamiento, lenguaje, equilibrio en bipedestación y deambulación.

Si hay alteraciones de la conciencia descartar:

- ▶ Hipoglucemia
- ▶ Meningismo
- ▶ Focalidad neurológica
- ▶ Acidosis metabólica
- ▶ Pancreatitis
- ▶ Tce
- ▶ Hematoma subdural
- ▶ Encefalopatía hepática
- ▶ Encefalopatía de Wernicke



4.2.2. Evaluación clínica completa:

- ▶ Valorar **temperatura corporal**, abrigar al paciente, la hipotermia es frecuente.
- ▶ Identificar **posibles lesiones** y buscar evidencia de **trauma**. Descartar fracturas de cualquier localización, traumatismo craneoencefálico y hematoma subdural. Son frecuentes los hematomas faciales y periorbitarios por caídas o peleas. El riesgo de sufrir TCE y hematomas subdurales en los pacientes con intoxicación por es más del doble que en la población general.
- ▶ Siempre **descartar consumo de otras drogas**. Las drogas sedantes como benzodiacepinas u opiáceos suelen ser las que se asocian más frecuentemente. También hay mayor riesgo de que aparezcan crisis convulsivas. Se puede descartar la presencia de opiáceos o benzodiacepinas mediante la administración de naloxona y flumazenilo.
- ▶ Evaluar **otros fármacos** que pudiera estar recibiendo el paciente.
- ▶ Si se trata de un paciente con Trastorno por consumo de **alcohol**, iniciar prevención y/o tratamiento de **Síndrome de abstinencia**. Si lo sospechamos estaremos alerta por si aparece hipertensión arterial o frecuencia cardíaca elevadas, así como temblores, ansiedad, irritabilidad, insomnio y miedo que nos orientan a la presencia de abstinencia.
- ▶ En casos de pacientes dependientes, pueden en pocas horas pasar a la siguiente etapa de abstinencia.
- ▶ La **exploración psicopatológica** debe ser lo más amplia posible, evaluando sobre todo posibles comorbilidades con otros Trastornos.
- ▶ Evaluación de riesgo para sí mismo y el riesgo para otros.

(Consenso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y la Asociación de Toxicología Argentina, 2010; Chinchilla, 2011; NICE, 2011; Vonghia y cols., 2007).

4.3 Estudios Complementarios

- ▶ Laboratorio de rutina
- ▶ Perfil hepático y renal
- ▶ Gasometría arterial
- ▶ Ionograma (Na, K y Mg)
- ▶ Orina completa
- ▶ Alcholemia y determinación de metabolitos de otras drogas psicoactivas en orina.
- ▶ ECG
- ▶ Si hay alteración de conciencia y/o traumatismos completar con: RX, TAC, RM, etc.

4.4 Abordaje

4.4.1. Pautas a tener en cuenta con un paciente agudo:

- ▶ El objetivo más importante es prevenir y tratar las complicaciones derivadas o asociadas a la intoxicación, atendiendo especialmente a valorar el estado general y constantes vitales.
- ▶ Enfocar a una persona con un trastorno por consumo por como un enfermo con un daño cerebral que puede afectar la confiabilidad de la anamnesis directa.

- ▶ Se recomienda optimizar los factores ambientales que rodean al paciente, manteniendo la habitación tranquila, sin personas que puedan irritarlo, con escasos estímulos lumínicos y sonoros.
- ▶ Controles seriados y permanentes.
- ▶ Preferentemente asistir en instituciones generales con profesionales entrenados.

4.4.2. Estabilización del paciente

- ▶ Corrección intravenosa de **hipoglucemia** y desequilibrios electrolíticos.
- ▶ Administrar **vitamina B1 (tiamina)**: 50-100 mg, preferentemente por vía IM o IV (ver administración según grado de intoxicación).

Hay que tener presente el riesgo de hipersensibilidad a la vitamina B1 sobre todo vía parenteral. Su administración intravenosa debe ser lenta y su uso exclusivamente hospitalario.

Recordar: la administración de soluciones glucosadas siempre será posterior a la de Tiamina, ya que la glucosa acelera su metabolismo y agota las escasas reservas de vitamina B1 en estos pacientes.

Administrar **tiamina parenteral a personas con sospecha de encefalopatía de Wernicke**. Mantener un alto nivel de sospecha sobre la posibilidad de encefalopatía de Wernicke, especialmente si la persona está intoxicada. El tratamiento parenteral se debe administrar durante un mínimo de 5 días, a menos que se excluya la encefalopatía de Wernicke. El tratamiento con tiamina oral debe seguir la terapia parenteral.

(NICE; 2011)

- ▶ Compensación del medio interno.
- ▶ Drogas antieméticas

Los medicamentos antieméticos pueden ser útiles en pacientes con náuseas y / o vómitos. Los vómitos prolongados pueden provocar hiponatremia; esto no debe corregirse demasiado rápido ya que puede inducir una mielinolisis pontina central.

En caso de ser necesario puede administrarse Metoclopramida 10 mg / 8 h, por vía IV.

4.5 Resumen de recomendaciones según nivel de intoxicación

Tener en cuenta: el tratamiento de la intoxicación por es sintomático y debe adecuarse según el nivel de conciencia del paciente y el tiempo transcurrido desde la ingesta. Es un síndrome de gran importancia dado que la patología puede exacerbarse, por lo que nos obligará a mantener al paciente en observación mientras perdure la intoxicación.

Intoxicación Alcohólica Aguda, clasificación según alcoholemia:

Intoxicación Leve	100 - 200 mg/dl
Intoxicación Moderada	200 - 300 mg/dl
Intoxicación Grave	300 - 400 mg/dl

► En personas con intoxicaciones agudas leves y sin dependencia del requieren:

- ▷ Reposo y observación.
- ▷ Control de constantes **vitales**
- ▷ Colocar al paciente en decúbito lateral, en habitáculo tranquilo, con poca luz para disminuir los estímulos externos.
- ▷ Si han pasado más de 2 horas de la ingesta se puede remitir al paciente a su domicilio bajo vigilancia familiar.

► En cuadros de intoxicación moderada, obnubilación incipiente, respuesta lenta a estímulos, menor estado de alerta o ataxia, se recomienda:

- ▷ Control de constantes vitales.
- ▷ Decúbito lateral, habitáculo tranquilo, con poca luz para disminuir los estímulos externos.
- ▷ Administración de una ampolla de Tiamina IM 100 mg/dosis única.
- ▷ Luego Tiamina VO durante 3 días (300 mg/día).
- ▷ En aquellos casos en los que existan **evidencias de malnutrición**, se recomienda administrar de 200 a 400 mg de tiamina parenteral como parte de la desintoxicación, para prevenir las graves secuelas neurológicas relacionadas con este déficit vitamínico.

► En cuadros de intoxicación en pacientes con Trastorno por consumo de Alcohol:

- ▷ Administración de Tiamina para prevenir Encefalopatía de Wernicke.

► En Intoxicaciones Graves:

- ▷ Mantener constantes vitales.
- ▷ Posición en decúbito lateral del paciente, habitáculo tranquilo, con poca luz para disminuir los estímulos externos.
- ▷ Evitar complicaciones como depresión respiratoria, broncoaspiración de vómitos, hipoglucemia o shock.
- ▷ Ante la sospecha de intoxicación reciente (antes de las dos horas), evaluar la indicación de lavado gástrico.
- ▷ Pacientes estuporosos o comatosos con Glasgow inferior a 10, abolición de reflejo tusígeno o nausígeno, depresión respiratoria, acidosis metabólica, tensión sistólica menor de 90 mmHg o enfermedad que pueda descompensarse, deben ser tratados en un medio hospitalario. Algunos casos puede ser necesario intubación e ingreso en U.C.I.

- ▷ Medidas de reanimación para estabilizar las constantes vitales y mantener equilibrio hidroelectrolítico y ácido base por vía parenteral.
- ▷ Administración de Tiamina IM, como profilaxis del Encefalopatía de Wernicke.
- ▷ Durante el tiempo que dure el riesgo de presentar coma hay que mantener al paciente hospitalizado y con un buen control de constantes. En general, a las 24 horas el ya se ha metabolizado y el cuadro remite, salvo en caso de complicaciones. El paciente puede sufrir amnesia parcial o total.

- ▶ **Tratamiento de las embriagueces atípicas con agitación o excitación psicomotriz:**
 - ▷ Entorno y actitud relajados, extremar el ser respetuosos en el trato con el paciente. Hablar en tono bajo, nunca amenazante, explicándole la situación.
 - ▷ Extremar medidas de autoprotección, manteniendo una distancia mínima y una vía de salida abierta.
 - ▷ De ser necesario solicitar intervención policial.
 - ▷ En cuanto a la sedación farmacológica hay que ser cautos debido a que se trata de pacientes intoxicados por un depresor del SNC.
 - ▷ Tener en cuenta que las benzodiazepinas pueden disminuir la respuesta del centro respiratorio y favorecer la broncoaspiración por exceso de sedación en mayor medida que el haloperidol, mientras que los antipsicóticos pueden disminuir el umbral convulsivo y producir hipotensión.
 - ▷ Si el paciente colabora, ofrecerle líquidos y sedación oral con Lorazepam 1 - 2,5 mg o Diazepam 5 - 10 mg. Evitar benzodiazepinas de alta potencia como midazolam o flunitrazepam.
 - ▷ Si se mantiene agitado, aumentar la sedación. Lorazepam 2,5 a 4 mg o diazepam 10 mg administrados según la urgencia del cuadro vía oral o IM.
 - ▷ Si la agitación persiste administrar 1 ampolla IM de haloperidol 5 mg. La clorpromazina, definitivamente no debe utilizarse debido a su mayor tendencia a inducir convulsiones (Brizer y Castaneda, 2010).
 - ▷ Para el paciente intoxicado y con excitación psicomotriz una pauta adecuada puede ser: Lorazepam 4 mg IM (1 ampolla o Diazepam 10-20 mg) y Haloperidol 5 mg. IM cada 30 minutos hasta la sedación (dosis máxima de 20 mg) mientras no haya hipotensión, con control de signos vitales.
 - ▷ Contención física terapéutica si es preciso y vigilancia estrecha (Chinchilla, 2011). Debería evitarse el uso de restricciones físicas con el objetivo de evitar que el paciente escape y / o sufra traumas físicos o caídas. Deben considerarse en condiciones debidamente fundamentadas y registrarse adecuadamente en la historia clínica.



4.5 Diagnóstico Diferencial

Aunque el diagnóstico de intoxicación alcohólica aguda sea evidente, si el paciente se encuentra en estado confusional hay que descartar siempre otros cuadros. Es importante tener en cuenta la información del paciente cuando refiere que ha consumido poco o niega su uso para descartar otros procesos diferenciales.

- ▷ Depresión del sensorio por otras drogas
- ▷ Intoxicación por hipnosedantes
- ▷ Intoxicación por Gammahidroxibutírico
- ▷ Estados postictales
- ▷ Hipoglucemia
- ▷ Coma hipoglucémico
- ▷ Encefalopatía hepática
- ▷ Acidosis metabólica
- ▷ Cetoacidosis diabética
- ▷ Presencia de patología estructural (traumatismo de cráneo, etc.)
- ▷ Meningitis
- ▷ Encefalitis
- ▷ Hematoma Subdural
- ▷ Pancreatitis Aguda
- ▷ Intoxicación por CO
- ▷ Intoxicación por tóxicos industriales (benzol, gasolina)
- ▷ Intoxicación por Metílico que se usa en la adulteración de bebidas alcohólicas con riesgo de intoxicación, o con finalidad autolítica. La toxicidad deriva en gran medida de sus metabolitos el formaldehído y el ácido fórmico. (Vonghia, 2008).

¿Intoxicación aguda por o Trastorno por consumo de alcohol?

Todos los pacientes ingresados en un servicio de urgencias por intoxicación aguda por deben recibir una evaluación completa luego de la resolución del cuadro agudo.

La actitud del equipo de salud ha de ser de colaboración y orientación al paciente y sus familiares.

5. ABSTINENCIA DE ALCOHOL

5.1. Diagnóstico

5.1.1. Diagnóstico según DSM-5:

- A. Cese (o reducción) de un consumo de que ha sido muy intenso y prolongado.

- B. Aparecen dos (o más) de los síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de **alcohol**.
1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
 2. Incremento del temblor de las manos.
 3. Insomnio.
 4. Náuseas o vómitos.
 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 6. Agitación motora.
 7. Ansiedad.
 8. Convulsiones tónico-clónica generalizadas.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

5.1.2. Diagnóstico según CIE-11:

Síndrome de abstinencia del alcohol

Descripción

El síndrome de abstinencia de es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos o características fisiológicas, que varían en grado de intensidad y duración, que se producen al cesar o reducir el consumo de en personas que han desarrollado dependencia del o han consumido durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características de presentación de la abstinencia del pueden incluir **hiperactividad autonómica, aumento del temblor de las manos, náuseas, arcadas o vómitos, insomnio, ansiedad, agitación psicomotora, alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas, y distracción**. Con menos frecuencia, el estado de abstinencia se complica por **convulsiones**. El estado de abstinencia puede progresar a una forma muy grave de delirium caracterizada por confusión y desorientación, delirios y alucinaciones visuales, táctiles o auditivas prolongadas. En tales casos, también se debe asignar un diagnóstico separado de delirio inducido por el **alcohol**.

Delirium inducido por el consumo de alcohol

Descripción

El delirium inducido por el se caracteriza por un estado agudo de atención y conciencia perturbada con características específicas del delirio que se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de sustancias o durante el consumo del **alcohol**. La cantidad y duración del consumo de debe ser capaz de producir delirio. **Las características específicas del delirio inducido por el pueden incluir**

alteración de la conciencia con desorientación, alucinaciones vívidas e ilusiones ópticas, insomnio, delirios, agitación, trastornos de la atención y temblor acompañante y síntomas fisiológicos de la abstinencia del alcohol. En algunos casos de abstinencia de **alcohol**, el estado de abstinencia puede progresar a una forma muy grave de delirio inducido por el alcohol. Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental primario, por el uso o la abstinencia de una sustancia diferente, o por otra condición de salud que no esté clasificada en los trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico.

5.2. Evaluación Clínica General

Se recomienda seguir los protocolos para evaluar y monitorear a los pacientes con abstinencia aguda de **alcohol**. Se puede utilizar como complemento del juicio clínico la escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Scale (CIWA) (Shaw y colaboradores, 1981), modificada en 1989 (CIWA-AR) (Sullivan y cols., 1989) (ver anexo). **La escala CIWA-AR ha emergido como el gold standard para evaluar la severidad del síndrome de abstinencia alcohólica.** (NICE, 2011).

En la práctica clínica, se usa para cuantificar y evaluar los síntomas y para valorar la necesidad de tratamiento farmacológico activo.

5.3. Criterios de Internación Hospitalaria

- ▶ Personas con síndrome de abstinencia aguda por o que se considera que tienen un alto riesgo de desarrollar convulsiones por abstinencia de o delirium tremens, observación en el hospital para la asistencia médica de la abstinencia de alcohol.
- ▶ Jóvenes menores de edad que se encuentran en abstinencia aguda por alcohol, realizar ingreso en el hospital para el abordaje de la abstinencia de alcohol, además de una evaluación física y psicosocial.
- ▶ Para ciertas personas vulnerables que se encuentran en abstinencia aguda de (por ejemplo, aquellas que son frágiles, tienen deterioro cognitivo o comorbilidades múltiples, carecen de apoyo social, tienen dificultades de aprendizaje), considera un umbral más bajo para el ingreso hospitalario por abstinencia alcohólica asistida médicamente.
- ▶ Para las personas dependientes del pero que no tienen criterios de ingreso hospitalario, realizar articulación con el centro de referencia especializado más cercano. (NICE, 2011)

5.3. Abordaje

5.3.1. Tratamiento para la abstinencia aguda de alcohol

- ▶ Proporcionar un entorno lo más tranquilo y no estimulante posible, luminoso durante el día y suficientemente iluminado de noche para prevenir caídas si la persona despierta de noche.
- ▶ Garantizar la ingestión adecuada de líquidos y que se satisfagan las necesidades de electrolitos, como el potasio y el magnesio.

- ▶ Abordar la deshidratación: mantener hidratación adecuada, incluida la hidratación por vía intravenosa de ser necesario, y promover la ingesta oral de líquidos.
- ▶ Ofrecer farmacoterapia para tratar los síntomas de la abstinencia aguda de la siguiente manera:
- ▷ Considerar iniciar tratamiento con una benzodiazepina o carbamazepina.
- ▷ Administrar Lorazepam 2,5 mg/ 6 hs o diazepam en una dosis inicial de hasta 40 mg/día (10 mg/ 6 hs). Seguir un plan de tratamiento farmacológico según evolución sintomática, realizar evaluaciones frecuentes de los síntomas de abstinencia y del estado mental de la persona.
- ▷ En las personas con deterioro del metabolismo hepático, (por ejemplo, personas con signos de hepatopatía o ancianos), usar lorazepam que no tiene pasaje hepático o una dosis única baja de diazepam 5-10 mg por vía oral, ya que las benzodiazepinas pueden tener una acción de duración más prolongada en estos grupos de población.
- ▷ A las personas con enfermedad hepática que están siendo tratadas por abstinencia aguda de se les debe indicar interconsulta con un profesional de la salud con experiencia en el tratamiento de pacientes con enfermedad hepática.

Tener precaución al iniciar o aumentar las dosis de benzodiazepinas, ya que pueden causar depresión respiratoria. Particularmente en personas con enfermedad respiratoria o encefalopatía hepática.

5.4. Manejo del Delirium Tremens

- ▶ El tratamiento de elección son las benzodiazepinas de acción prolongada como el Diazepam 10 mg IV lento hasta lograr sedación, prevenir convulsiones y disminuir hiperexcitabilidad, en pacientes con daño hepático Lorazepam 4 mg IM o IV. Se puede repetir Diazepam 5mg IV lento para mantener al paciente calmo o lorazepam 2 mg IV o IM.
- ▶ Tiamina 200 mg IV las primeras 24 horas y continuar por 3 días si se sospecha de Encefalopatía de Wernicke.
- ▶ Control de signos vitales, monitoreo de medio interno (equilibrio ácido-base, electrolitos especialmente hipomagnesemia e hiponatremia, glucemia), hidratación parenteral.
- ▶ Es la forma más grave del Síndrome de abstinencia alcohólica, se puede instalar entre las 48 - 96 hs luego de la última ingesta o disminución significativa de la dosis ingerida..

5.5. Manejo de las convulsiones por abstinencia de alcohol

- ▶ En personas con convulsiones por abstinencia de alcohol, considere la posibilidad de ofrecer una benzodiazepina de acción rápida (como lorazepam) para reducir la probabilidad de nuevas convulsiones.
- ▶ Si se producen ataques de abstinencia de en una persona durante el tratamiento para la abstinencia aguda de alcohol, revise su régimen de medicamentos de abstinencia.



- ▶ No indicar fenitoína para tratar las convulsiones por abstinencia de alcohol. (NICE, 2010).

5.6. Encefalopatía de Wernicke.

- ▶ Los consumidores crónicos de presentan riesgo de sufrir encefalopatía de Wernicke, un **síndrome de deficiencia de tiamina caracterizado por confusión, nistagmo, oftalmoplejía y ataxia.**
- ▶ Ofrezca tiamina a personas con alto riesgo de desarrollar o con sospecha de encefalopatía de Wernicke. Debe administrarse 100 - 500 mg 2 o 3 veces al día (máximo 1000 mg en las primeras 12 horas si es necesario), vía intramuscular o intravenosa (administración muy lenta), durante 5 días. Luego continuar con tiamina vía oral (NICE, 2011; OMS 2018).

Prevención Encefalopatía de Wernicke

Ofrezca tiamina oral profiláctica a todas las personas con una historia de consumo crónico de **alcohol**, en una dosis de 100 mg/día por vía oral.

Uso de Benzodiazepinas en Trastorno por Consumo de Alcohol

La APA (2018) recomienda que en individuos con trastorno por consumo de alcohol, no se utilicen benzodiazepinas a menos que se trate el síndrome de abstinencia aguda de o que exista un trastorno coexistente para el cual una benzodiazepina sea un tratamiento indicado.

No hay evidencia del uso de benzodiazepinas en el tratamiento primario del trastorno por consumo de alcohol, a excepción de la desintoxicación con o el tratamiento de la abstinencia de alcohol.

De manera similar, no hay evidencia relacionada con el uso de otros medicamentos hipnóticos sedantes, como zolpidem, eszopiclona, zaleplon.

Los médicos deben actuar con precaución porque el uso de benzodiazepinas u otros agentes sedantes-hipnóticos en el contexto de intoxicación por conlleva un mayor riesgo de sedación, deterioro del comportamiento, depresión respiratoria y muerte en casos graves.

Por ejemplo, en un paciente con un trastorno de ansiedad y trastorno por consumo de **alcohol**, estaría indicado el uso de psicoterapia o un medicamento antidepressivo antes de considerar una benzodiazepina u otro medicamento sedante con potencial adictivo (APA, 2018).

6. PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA PACIENTES ASISTIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIA.

Una vez resuelto el cuadro agudo relacionado con el alcohol, se recomienda que los pacientes tengan un plan de tratamiento completo y centrado en la persona que incluya tanto tratamientos farmacológicos, como no farmacológicos basados en la evidencia (APA, 2018).

6.1. Sugerencias para la elaboración del plan de tratamiento

Se realizará la prueba **ASSIST**, que permite detectar: sustancias consumidas a lo largo de la vida y en los últimos 3 meses, problemas relacionados con el consumo, riesgo de daño actual o futuro y dependencia (OMS, 2011).

- ▶ Si ASSIST arroja resultados de **bajo riesgo**, el riesgo de un trastorno emergente relacionado con el alcohol podría considerarse bajo. En este caso, se puede realizar **psicoeducación**, una sesión de asesoramiento individual para moderar el consumo de alcohol y para eliminar las prácticas nocivas de consumo y consejos de salud generales. Asimismo, se puede orientar al paciente y familiares a una consulta especializada.
- ▶ Un paciente con **riesgo moderado o alto** indica la probable presencia de un trastorno relacionado con el alcohol.

En estos casos se sugiere:

- ▷ Evaluación adicional utilizando el DSM-5 o CIE-11.
- ▷ Evaluar en el paciente **posible riesgo de suicidio** o autolesiones antes de dar de alta (antecedentes previos, verbalización de intención suicida).
- ▷ Realizar **intervención breve o Entrevista motivacional**.

La intervención breve generalmente incluye retroalimentación personalizada y asesoramiento basado en el riesgo del paciente de beber de manera perjudicial y también puede incluir entrevistas motivacionales. Las intervenciones pueden ser útiles para reducir los costos y la carga de los servicios de salud.

Definir objetivos de tratamiento

Se sugiere que los objetivos iniciales del tratamiento del trastorno por consumo de alcohol se acuerden entre el paciente y el médico y que este acuerdo sea documentado en la historia clínica. El equipo de salud debe trabajar junto a los pacientes para que identifiquen sus objetivos de tratamiento relacionados a su consumo de alcohol. Los datos han demostrado que tener objetivos explícitos respecto a su consumo de alcohol al inicio del tratamiento puede asociarse con mejores resultados del tratamiento a largo plazo (Dunn y Strain 2013).

Las opciones para los objetivos de tratamiento pueden incluir:

- ▶ la abstinencia,
- ▶ la reducción en el consumo de alcohol
- ▶ la eliminación del consumo de alcohol en situaciones particularmente de alto riesgo (por ejemplo, en el trabajo, antes de conducir, cuando es responsable de cuidar a los niños).

(APA, 2018; Dunn y Strain 2013).

Es posible que se necesite documentación adicional cuando los objetivos del paciente y el médico no están de acuerdo. Por ejemplo, un paciente solo puede aceptar una reducción en el consumo de **alcohol**, pero continúa bebiendo en situaciones que lo ponen en riesgo de involucramiento legal o de importantes se-



cuelas médicas por el uso de (por ejemplo, lesión hepática). La evolución de progreso debe reflejar que tanto el clínico como el paciente comprenden estos riesgos y han participado en una discusión sobre ellos.

- ▶ **Derivación y orientación al paciente y sus familiares para el evaluación y tratamiento especializado, ya sea dentro de su hospital o al centro RAAC más cercano a su localidad.**

6.2. Abordaje de la familia

La participación de los miembros de la familia en el desarrollo del tratamiento puede ser útil, tener en cuenta que se debe trabajar con el paciente y solicitar su autorización para la incorporación de la familia en el tratamiento (APA, 2018).

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO CON FAMILIAS Y CUIDADORES

- ▶ Alentar a las familias y cuidadores a involucrarse en el tratamiento y cuidado de las personas que abusan del alcohol para ayudar a mantener los cambios positivos.
- ▶ Cuando las familias y los cuidadores participan en el apoyo a una persona que abusa del alcohol, discuta las preocupaciones sobre el impacto del abuso del alcohol en ellos mismos y en otros miembros de la familia.
- ▶ Proporcionar información escrita y verbal sobre el uso indebido del alcohol, incluida la forma en que las familias y los cuidadores pueden ayudar al usuario.
- ▶ La ayuda para identificar fuentes de estrés relacionadas con el uso indebido de alcohol.
- ▶ Siempre se respeta el derecho a la confidencialidad de los familiares y cuidadores.
- ▶ Identificar las necesidades de las familias y los cuidadores de personas que abusan del alcohol.
- ▶ Ofrecer autoayuda guiada, y facilitar el contacto con los grupos de apoyo (como los grupos de ayuda mutua centrados específicamente en atender las necesidades de las familias y los cuidadores).
- ▶ Todo el personal en contacto con los padres que abusan del alcohol y que tienen cuidado o contacto regular con sus hijos, deben: tener en cuenta el impacto de la bebida de los padres en la relación padre-hijo y el desarrollo, educación, salud mental y física del niño, consumo de alcohol, seguridad y red social.

(NICE, 2011)

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2018). Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Use Disorder. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington DC: APA.
- Brizer, D., y Castaneda, R. (2010). Clinical Addiction Psychiatry. Cambridge University Press.
- Chinchilla M., A., Quintero Gutiérrez del Álamo, F. J, Correas, J., & Vega, M. (2011). Breviario de urgencias psiquiátricas. Elsevier Masson.
- Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.
- Consenso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y la Asociación de Toxicología Argentina. (2010) Abordaje Farmacoterapéutico del Trastorno por Consumo de Alcohol. Eduardo Kalina et al. coordinado por Eduardo Kalina. 1ra ed. Buenos Aires: Souberian Chobet s.R.L.
- Dunn KE, Strain EC. (2013) Pretreatment drinking goals are associated with treatment outcomes. Clin Exp Res 37(10):1745-1752, 2013 23800222
- Gainza, I., Nogué, S., Velasco, C. M., Hoffman, R. S., Burillo-Putze, G., Dueñas, A., . Pinillos, M. A. (2003). Intoxicación por drogas. Anales Del Sistema Sanitario De Navarra, 26. doi:10.4321/s1137-66272003000200006
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. Adicciones. 14(5). doi:10.20882/adicciones.523
- Mangado, Enriqueta Ochoa, et al. (2009). Diagnóstico y Tratamiento De La Dependencia De Alcohol. Medicina y Seguridad Del Trabajo, vol. 55, no. 214.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). **Alcohol**-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and dependence. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- NICE. (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-11. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Disponible en: <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Informe sobre la situación regional sobre el y la salud en las Américas. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública. Washington, D.C.



Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. Disponible en: <http://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/CocanaZ2017Zdic29.pdf>

Observatorio Argentino de Drogas. (2013). El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Quinto Estudio Nacional. Buenos Aires.

Observatorio Argentino de Drogas. (2017). Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas. Argentina. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/InformeZMortalidadZ2017_2.pdf

Shaw J. y cols. (1981). Development of optimal treatment tactics for withdrawal. I. Assessment and effectiveness of supportive care. *J Clin Psychopharmacol.* 1(6):382-89.

Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, y cols (1989). Assessment of withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.* 84: 1353-7

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (formerly the Office of Applied Studies). (2010) The DAWN Report: Highlights of the 2009 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug Related Emergency Department Visits. Rockville, MD. Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/2k10/DAWN034/EDHighlights.htm>.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). World Drug Report 2018. United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf

UK NICE issues guidance on managing opioid dependence. *PharmacoEconomics & Outcomes News.* 2007;521(1):3-3. doi:10.2165/00151234-200705210-00007.

Vonghia, L., Leggio, L., Ferrulli, A., Bertini, M., Gasbarrini, G., & Addolorato, G. (2008, 12). Acute intoxication. *European Journal of Internal Medicine.* 19(8), 561-567. doi:10.1016/j.ejim.2007.06.033

Waisman Campos, M., Benabarre A., Agote D. (2017). Adicciones: Uso De Sustancias Psicoactivas y Presentaciones Clínicas De La Enfermedad Adictiva. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (2016) Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision. *The World Journal of Biological Psychiatry.* 18(2):86-119. doi:10.1080/15622975.2016.1246752.

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (2011). Guidelines for the Biological Treatment of Substance Use and Related Disorders. Part 2: Opioid dependence. *The World Journal of Biological Psychiatry.* 12(3):160-187. doi:10.3109/15622975.2011.561872.

ANEXO

CIWA-AR: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA DEL INSTITUTO CLÍNICO, REVISADA

NÁUSEAS Y VÓMITOS: Pregunte, "¿Se siente mal del estómago? ¿Ha vomitado?" Observación.

- Sin náuseas ni vómitos (0 puntos)
- Náuseas ligeras sin vómitos (1 punto)
- (2 puntos)
- (3 puntos)
- Náuseas intermitentes con arcadas improductivas (4 puntos)
- (5 puntos)
- (6 puntos)
- Náuseas constantes, arcadas improductivas frecuentes y vómitos (7 puntos)

TEMBLORES: Brazos extendidos y dedos separados. Observación.

- Sin temblores (0 puntos)
- No visibles, pero se pueden sentir al tacto (1 punto)
- (2 puntos)
- (3 puntos)
- Moderados, con los brazos del paciente extendidos (4 puntos)
- (5 puntos)
- (6 puntos)
- Intensos, incluso sin los brazos extendidos (7 puntos)

SUDORES PAROXÍSTICOS: Observación.

- Sin sudor visible (0 puntos)
- Sudor apenas perceptible, palmas húmedas (1 punto)
- (2 puntos)
- (3 puntos)
- Gotas de sudor obvias en la frente (4 puntos)
- (5 puntos)
- (6 puntos)
- Empapado en sudor (7 puntos)

ANSIEDAD: Pregunte "¿Se siente nervioso?" Observación.

- Nada de ansiedad, tranquilo (0 puntos) Ligeramente ansioso (1 punto)
- (2 puntos)
- (3 puntos)
- Moderadamente ansioso, o precavido, de lo que se infiere ansiedad (4 puntos)
- (5 puntos)
- (6 puntos)
- Equivalente a estados de pánico agudos, tal como observa en el delirio grave o en reacciones esquizofrénicas agudas (7 puntos)

**AGITACIÓN: Observación.**

- Actividad normal (0 puntos)
- Actividad algo mayor de lo normal (1 punto)
- 2 puntos)
- (3 puntos)
- Moderadamente inquieto y agitado (4 puntos)
- (5 puntos)
- (6 puntos)
- Camina de un lado a otro durante la mayor parte de la entrevista o se mueve inquieto constantemente (7 puntos)

ALTERACIONES DEL TACTO: Pregunte "¿Tiene alguna sensación de picor, hormigueo, ardor o entumecimiento o siente como si le recorrieran bichos por la piel o bajo ella?" Observación.

- Ninguna (0 puntos)
- Sensación muy leve de picor, hormigueo, ardor o entumecimiento (1 punto)
- Sensación leve de picor, hormigueo, ardor o entumecimiento (2 puntos)
- Sensación moderada de picor, hormigueo, ardor o entumecimiento (3 puntos)
- Alucinaciones moderadamente intensas (4 puntos)
- Alucinaciones intensas (5 puntos)
- Alucinaciones extremadamente intensas (6 puntos)
- Alucinaciones continuas (7 puntos)

ALTERACIONES AUDITIVAS: Preguntar "¿Es más consciente de los sonidos a su alrededor? ¿Son estridentes? ¿Le dan miedo? ¿Oye algo que le perturba? ¿Oye cosas que sabe que no están ahí?" Observación.

- Ausente (0 puntos)
- Estridencia o capacidad para atemorizar muy leve (1 punto) Estridencia o capacidad para atemorizar leve (2 puntos) Estridencia o capacidad para atemorizar moderada (3 puntos) Alucinaciones moderadamente intensas (4 puntos) Alucinaciones intensas (5 puntos)
- Alucinaciones extremadamente intensas (6 puntos)
- Alucinaciones continuas (7 puntos)

ALTERACIONES VISUALES: Pregunte "¿Le parece que la luz es demasiado brillante? ¿Es distinto el color? ¿Le molesta a los ojos? ¿Ve algo que le perturba? ¿Ve cosas que sabe que no están ahí?" Observación.

- Ausente (0 puntos)
- Sensibilidad muy leve (1 punto)
- Sensibilidad leve (2 puntos)
- Sensibilidad moderada (3 puntos)
- Alucinaciones moderadamente intensas (4 puntos) Alucinaciones intensas (5 puntos)
- Alucinaciones extremadamente intensas (6 puntos) Alucinaciones continuas (7 puntos)

CEFALEA Y OPRESIÓN EN LA CABEZA: Pregunte "¿Nota distinta la cabeza? ¿Siente como si tuviera una cinta alrededor de la cabeza?" No considere los desmayos o mareos. De lo contrario, califique la intensidad.

- Ausente (0 puntos)
- Muy leve (1 punto)
- Leve (2 puntos)
- Moderada (3 puntos) Moderadamente intensa (4 puntos) Intensa (5 puntos)
- Muy intensa (6 puntos)
- Extremadamente intensa (7 puntos)
- ORIENTACIÓN Y OBNUBILACIÓN: Pregunte "¿Qué día es? ¿Dónde está usted? ¿Quién soy yo?" Contar hacia adelante de tres en tres.**

INTERPRETACIÓN DE LA PUNTUACIÓN DE CIWA

00— 09 Puntos: Síndrome de abstinencia muy leve

10 — 15 Puntos: Síndrome de abstinencia leve

16 — 20 Puntos: Síndrome de abstinencia moderado

21 — 67 Puntos: Síndrome de abstinencia intenso

RAAC

Red Asistencial
de las Adicciones
de Córdoba



PLAN PROVINCIAL DE
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
CÓRDOBA



**ENTRE
TODOS**