

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Manejo de **ABSTINENCIA ALCOHÓLICA** EN EL ADULTO en el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-097-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Definición

El **síndrome de abstinencia del alcohol SAA**, se caracteriza por la presencia de hiperactividad vegetativa, síntomas de ansiedad, irritabilidad, inquietud, insomnio y deseo imperioso o “necesidad” de ingerir alcohol (“*craving*” de alcohol) debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de alcohol. Generalmente surge de seis a 24 horas después de la última bebida consumida.

Evaluación

Se efectuará por un miembro entrenado del grupo médico dentro de los primeros 15 minutos de llegada al nivel de atención. Valorar signos vitales.

Signos y síntomas

Los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica pueden agruparse en:

- Hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, del sistema nervioso autónomo, y
- Alteraciones cognitivas.

Su gravedad puede empeorar de leve a moderada entre las 24 a 72 horas posteriores a la retirada del alcohol; puede alcanzar una extrema gravedad a los tres o cuatro días de evolución.

Los **signos** que caracteriza al SAA son:

- hipertermia,
- taquicardia,
- incremento de la frecuencia respiratoria,
- hipertensión y
- temblor.

Los **síntomas** del SAA son:

- náusea,
- vómito,
- sudoración,
- agitación y ansiedad,
- alteraciones del sueño,
- alteraciones táctiles (como piquetes,

comezón, ardor, parestesias, formicación, “sensación de toques eléctricos”, alucinaciones táctiles),

- alteraciones visuales o auditivas incluyendo alucinaciones

Historia clínica

Historia de uso de alcohol:

- Frecuencia de uso
- Duración del uso en episodio actual
- Cantidad usada en los días previos
- Tiempo y cantidad del último uso

Historia de síntomas y severidad de episodios previos de abstinencia.

Abuso de otras drogas: Recordar hacer en la exploración física una búsqueda de huellas de punciones con agujas que sugieran el uso de drogas intravenosas.

Problemas médicos coexistentes.

Corroborar la información obtenida del paciente, con aquellos que lo conozcan bien.

Clasificación clínica

La escala **Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol** revisada **CIWA-Ar**, permite evaluar la gravedad del síndrome de abstinencia al alcohol, pero conviene repetir su aplicación cada hora, tras la retirada del alcohol, ya que la abstinencia puede agravarse progresivamente.

La puntuación total es la suma simple de cada ítem, siendo la puntuación máxima = 67.

CIWA <10: SAA leve.

CIWA 10-20: SAA moderado.

CIWA >20: SAA grave.

SAA leve: generalmente consiste en ansiedad, irritabilidad, dificultad para dormir y disminución del apetito.

SAA moderado: se define con menor claridad pero presenta algunas características del síndrome de abstinencia leve y severo.

SAA severo: usualmente se caracteriza por temblor obvio de manos y brazos, sudoración,

elevación del pulso (>100/min) y de la presión arterial (>140/90 mm Hg), náusea (algunas veces vómito) e hipersensibilidad al ruido (que aparenta ser más fuerte que el usual) y a la luz (aparenta ser más intensa que lo usual).

Diagnóstico

La entrevista clínica semi-estructurada debe ser utilizada como herramienta diagnóstica de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y en todos los ámbitos clínicos, siempre que se disponga de al menos 15 minutos para realizarla.

Evaluación inicial

La consulta inicial debe incluir una evaluación de los signos y síntomas esperados y la severidad de la abstinencia.

La severidad de los síntomas depende del número de unidades de bebida por día (Anexo V), la duración del tiempo en que estuvo consumiendo, número de episodios previos de abstinencia alcohólica, una enfermedad conocida coexistente y el uso de otras sustancias psicoactivas.

Complicaciones

El riesgo de que un síndrome de abstinencia leve evolucione hacia uno grave se incrementa en pacientes mayores de 40 años con más de ocho años de consumo y con marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol alterados.

Pueden ocurrir complicaciones del SAA como convulsiones, alucinaciones, *delirium* y *delirium tremens*. Se debe monitorizar al paciente con una escala para la abstinencia y dar manejo farmacológico.

Pronóstico

Los factores clínicos más útiles para evaluar la probabilidad y la extensión de un episodio actual de abstinencia son el último cuadro de abstinencia del paciente y el número de episodios previos de abstinencia que haya experimentado (tratados o no tratados), con tres o cuatro siendo un número particularmente significativo para la aparición

de reacciones de abstinencia severas a menos que se provea de un atención médica adecuada.

El curso del SAA es impredecible y las técnicas actuales disponibles de tamizaje y evaluación no nos permiten predecir quien experimentará complicaciones que pongan en riesgo la vida.

Abordaje en el primer nivel de atención

En los pacientes con síntomas leves o moderados del síndrome de abstinencia alcohólica, siempre que no presenten una grave comorbilidad médica, psiquiátrica o adictiva, el tratamiento de desintoxicación ambulatorio es igual de efectivo y seguro que el tratamiento hospitalario, con menor costo y mayor accesibilidad.

La realización del tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol en un contexto ambulatorio u hospitalario dependerá de factores médicos del paciente y de su accesibilidad a recursos sociales o familiares.

Manejo no farmacológico

Los individuos jóvenes, con buena salud, sin historial de abstinencia previa, pueden ser bien manejados sin medicación.

La medicación puede no ser necesaria si:

- el paciente reporta un consumo menor de 15 unidades/día en hombres y 10 unidades/día en mujeres y no reporta síntomas de abstinencia reciente ni consumo reciente para prevenir los síntomas de abstinencia;
- el paciente no tiene aliento alcohólico y no presenta signos o síntomas de abstinencia.

Los métodos de manejo del SAA sin medicación incluyen:

- el apoyo interpersonal frecuente,
- la provisión de adecuados líquidos y comida,
- la atención a la higiene,
- el sueño adecuado y
- el mantenimiento en un ambiente libre de alcohol y drogas.

Manejo farmacológico

Los pacientes que requieren medicación inmediata incluyen aquellos que están en abstinencia y que demuestran síntomas moderados.

En el tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia alcohólica se utilizan fármacos hipno-sedativos (como benzodiacepinas), anticomiciales, simpaticolíticos y antidopaminérgicos. Además, vitaminoterapia (especialmente tiamina) para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Se deben de dar multi-vitamínicos durante la fase de abstinencia alcohólica

Las benzodiacepinas, especialmente de vida media larga, ofrecen mayor grado de evidencia sobre eficacia y tolerabilidad que cualquier otro tratamiento alternativo o complementario, recomendándose su uso ante síntomas claros de síndrome de abstinencia alcohólica o ante el riesgo de convulsiones o *delirium tremens*.

Los esquemas de reducción fija de dosis de benzodiacepinas son efectivos en la atención primaria.

No existe evidencia suficiente de la eficacia de los antiepilepticos para el tratamiento del SAA.

Los barbitúricos, los antipsicóticos, los bloqueadores beta-adrenérgicos, la clonidina y el clordiazepóxido no tienen un lugar de rutina en el manejo del SAA.

Las benzodiacepinas se pueden utilizar en primer nivel de atención para el manejo de los síntomas de abstinencia en la desintoxicación alcohólica, por un periodo máximo de siete días.

Seguimiento

Una vez que la estabilidad clínica se ha alcanzado, se debe realizar una disminución gradual de benzodiacepinas y otros medicamentos, según sea necesario.

El paciente debe ser observado para detectar una reaparición de los síntomas de abstinencia y la emergencia de signos y síntomas sugestivos de trastornos psiquiátricos comórbidos.

Cuando no se requiere medicamento para el manejo del SAA, los pacientes deben ser informados que al inicio de la desintoxicación pueden sentirse nerviosos o ansiosos por varios días, con dificultad para dormir por varias noches.

Criterios de referencia

El manejo intrahospitalario del SAA se requiere para pacientes que tienen historia de síntomas de abstinencia severos, una enfermedad médica o psiquiátrica coexistente y/o un ambiente desfavorable en el hogar.

La desintoxicación hospitalaria es recomendada si el paciente:

- Presenta confusión o alucinaciones
- Tiene epilepsia o historia de crisis convulsivas
- Está desnutrido
- Tiene vómito o diarrea severa
- Presenta riesgo de suicidio
- Sufre dependencia severa aunado a no disposición a ser valorado diariamente
- Tuvo un manejo ambulatorio fallido
- Presenta síntomas de abstinencia incontrolables
- Cursa con un trastorno agudo físico o psiquiátrico.
- Presenta abuso de múltiples sustancias
- Cuenta con una pobre red de apoyo primario

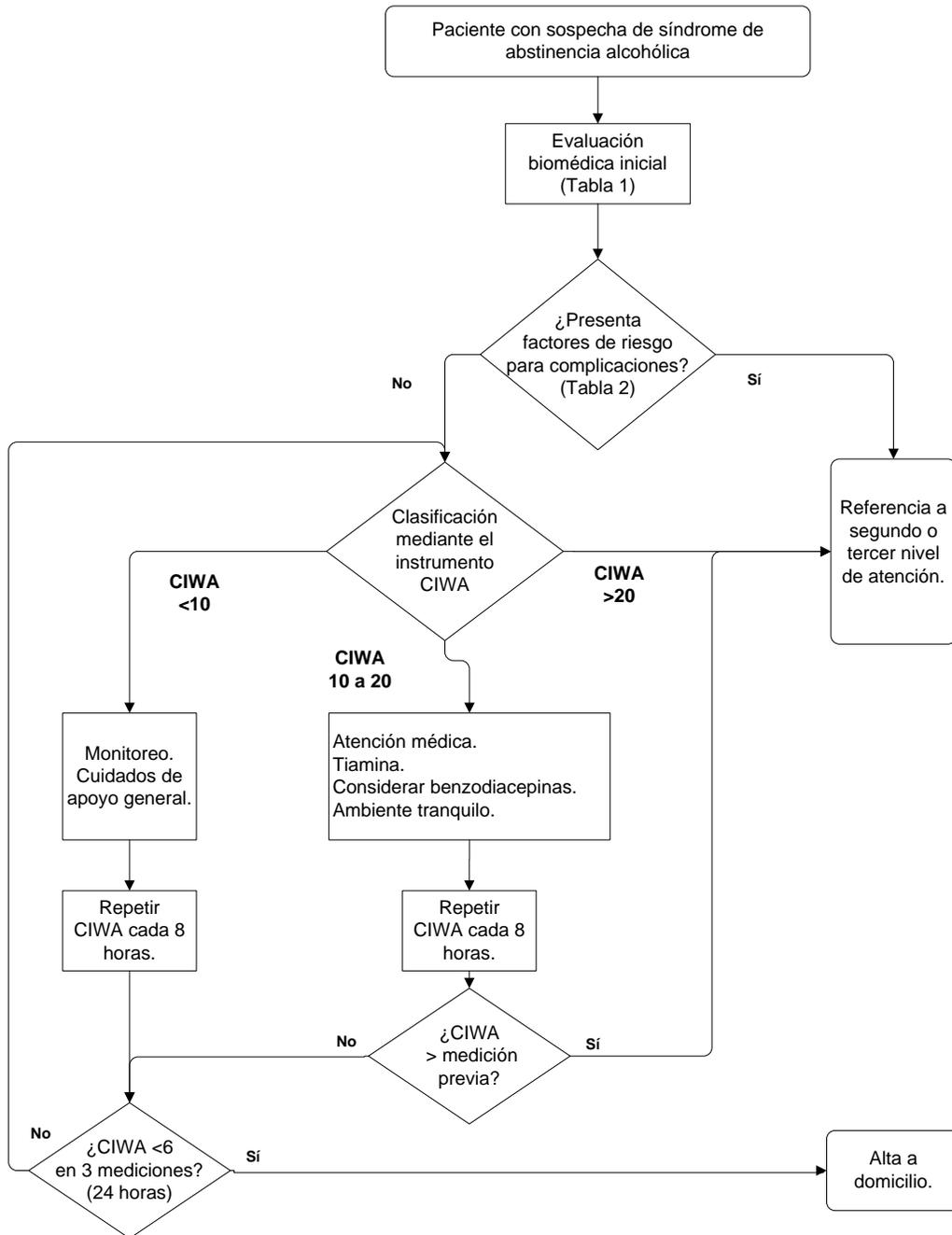
Si no está disponible la admisión hospitalaria o si el paciente la rechaza, se debe buscar la opinión del especialista para ayudar a valorar el riesgo presente.

Prevención

El tratamiento/rehabilitación incluye un seguimiento continuo del estado físico, psicológico y social del paciente, así como un análisis de los factores de riesgo ambientales que pueden contribuir al uso de la sustancia y la identificación de disparadores inmediatos de recaídas, y la prevención para afrontarlos.

En pacientes intoxicados con una abstinencia alcohólica incipiente, no existen estudios controlados que evalúen las propiedades de algún medicamento para la abstinencia.

Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el primer nivel de atención



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

Náuseas y vómitos. Preguntar: "¿se siente mal del estómago? ¿Ha vomitado?"

- 0 No náuseas ni vómitos
- 1 Náuseas ligeras sin vómitos
- 4 Náuseas intermitentes con arcadas

Temblores. Observación

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

Sudoración paroxística. Observación

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

Agitación. Observación

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

Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza

No considerar la sensación de mareo

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

Ansiedad. Preguntar: "¿Se siente nervioso?"

Observación

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

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

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

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

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

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

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

Orientación y entorpecimiento del sensorio

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

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

Total CIWA-Ar: _____

Puntuación máxima posible: 67 puntos.

Tabla 1. Evaluación biomédica inicial

Historial de salud general

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

Estatus mental

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

Evaluación física general y examen neurológico

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

Temperatura, pulso, presión arterial

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

Patrones de uso de sustancias

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

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

Tratamientos anteriores de desintoxicación

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

Tabla 2. Factores de riesgo para la presentación de complicaciones

Trastorno agudo físico o psiquiátrico
Epilepsia o historia de crisis convulsivas
Confusión o alucinaciones
Riesgo de suicidio
Desnutrición
Vómito o diarrea severa
Síntomas de abstinencia incontrolables
Dependencia severa aunado a no disposición para ser valorado diariamente
Abuso de múltiples sustancias
Pobre red de apoyo primario
Historial previo de un manejo ambulatorio fallido para el síndrome de abstinencia

El manejo intrahospitalario del SAA se requiere para pacientes que tienen factores de riesgo para presentar complicaciones: historia de síntomas de abstinencia severos, una enfermedad médica o psiquiátrica coexistente y/o un ambiente desfavorable en el hogar.

Una **unidad de bebida estándar** es aquella cantidad de alcohol que un cuerpo sano puede eliminar en una hora. A continuación están los equivalentes de bebidas estándares. Estos son aproximados, ya que el contenido real de alcohol varía según la marca y el tipo de bebida.
Una lata (355 ml, 12 oz) de cerveza (5%).
Una copa (148 ml, 5 oz) de vino de mesa (12%).
Una copa (44 ml, 1.5 oz) de brandy (40% alcohol).
Un trago (44 ml, 1.5 oz) de ginebra, vodka, whisky (40% alcohol).
Un caballito (44 ml, 1.5 oz) de tequila (40% alcohol).
Una copita (44 ml, 1.5 oz) de mezcal (40% alcohol).
Una copita (44 ml, 1.5 oz) de aguardiente (40% alcohol).
Una lata o botella de bebidas preparadas.
Un tarro o jícara de pulque.
Un vaso (250 ml) de licor de malta (7% alcohol).
Una copita (103 ml, 3.5 oz) de vino fortificado, jerez o porto (17% alcohol).
Una copita (2.5 oz) de cordial, licor o aperitivo (24% alcohol).

Fuente: *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) 2005* modificada.