

**P**

**Programas**

**C**

**Clave**

**A**

**Atención**

**I**

**Interdisciplinar**

# **Guía de Recomendaciones Clínicas Alcoholismo**

Gobierno del Principado de Asturias  
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Dirección General de Organización  
de las Prestaciones Sanitarias

# **Guía de Recomendaciones Clínicas**

## **Alcoholismo**

---

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

## PRIMERA PARTE

### PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A.	PRESENTACIÓN.....	5
B.	OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS.....	8
C.	ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS.....	8
D.	POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES..	9
E.	GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO.....	9
F.	PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO.....	9
G.	METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA.....	9
	1. Identificación de profesionales elaboración de la guía de trabajo .....	9
	2. Selección de guías de práctica clínica.....	10
	3. Definición y asignación de apartados para cada integrante.....	10
	4. Elaboración de las recomendaciones.....	10
	5. Evaluación y consenso de las recomendaciones.....	10
	6. Evaluación y consenso de la factibilidad de implantación.....	10
	7. Identificación y selección de las recomendaciones clave.....	10
	8. Propuesta de estructura y formato de las recomendaciones clínicas.....	11
	9. Tabla de clasificación de los niveles de evidencia y grado de recomendación.....	11
	10. Procedimiento de actualización.....	12

# SEGUNDA PARTE

## RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A.	INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS.....	12
B.	RECOMENDACIONES CLAVE.....	13
C.	RECOMENDACIONES GENERALES.....	14
	1. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....	14
	2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	15
	2.1 En España .....	15
	2.2 En Asturias .....	15
	3. FARMACOLOGÍA Y METABOLISMO DEL ALCOHOL.....	16
	4. CONCEPTOS GENERALES.....	18
	5. DETECCIÓN PRECOZ Y DIAGNÓSTICO.....	19
	5.1 Entrevista Clínica .....	19
	5.2 Cuestionarios de Detección .....	21
	5.3 Exploración General .....	22
	5.4 Marcadores Biológicos .....	23
	5.5 Diagnóstico de Dependencia .....	25
	6. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ.....	25
	6.1 Consideraciones Generales .....	26
	6.2 La Entrevista Motivacional .....	27
	6.3 La Intervención Breve .....	28
	7. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA.....	31
	7.1 Valoración del Síndrome de Abstinencia .....	32
	7.2 Tratamiento del Síndrome de Abstinencia .....	33
	7.3 Tratamiento de Deshabitación .....	40
	7.4 Intervención Social.....	48
	7.5 Información y apoyo a la familia o al grupo primario de convivencia.....	49
	7.6 Grupos de Autoayuda.....	50
	8. URGENCIAS RELACIONADAS CON EL ALCOHOL.....	52
	9. OTRAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS CON EL ALCOHOL.....	57
D.	ALGORITMOS.....	62

E.	ANEXOS.....	64
I.	Cálculo del consumo de alcohol .....	64
II.	Relación entre los niveles de alcoholemia y la sintomatología clínica.	64
III.	Test CAGE .....	65
IV.	Test AUDIT .....	65
V.	Test MALT .....	68
VI.	Escala CIWA-Ar .....	69
VII.	Tratamiento del Síndrome de Abstinencia con pauta de benzodiacepina según la gravedad de los síntomas .....	71
VIII.	Tratamiento del Síndrome de Abstinencia con pauta de dosis fija de benzodiacepina .....	72
IX.	Tratamiento del Síndrome de Abstinencia con otras pautas de benzodiacepinas.....	72
X.	Tratamiento del Síndrome de Abstinencia con clometiazol.....	73
XI.	Tratamiento del Síndrome de Abstinencia: equivalencias y rango de dosis .....	73
XII.	Límites legales de alcoholemia para la conducción de vehículos.....	74
XIII.	Bibliografía .....	74
F.	DIRECCIONES DE INTERÉS PARA PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL .....	75

## PRIMERA PARTE

### PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

#### A. PRESENTACIÓN

El propósito de las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios 2003-2007 es concretar e iniciar la implantación de los objetivos generales establecidos en la Política de Calidad. Para ello se estructuran tres ejes estratégicos, uno de los cuales viene representado por los **Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI)**.

Los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (**PCAI**) son proyectos de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud (en este caso Alcoholismo), liderados por profesionales de diversas

disciplinas que, aplicando el máximo rigor científico, coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

Los **PCAI** emanan del diagnóstico de salud realizado con ocasión de la elaboración del Plan de Salud del Principado de Asturias. Este Plan de Salud plantea la necesidad de concentrar acciones en catorce áreas que por su importancia han sido consideradas prioritarias. Esta priorización fue realizada contando con la participación de profesionales y grupos de pacientes. Cada área constituye un PCAI e integra la atención de los pacientes con un determinado problema o condición de salud.

Los 14 **PCAI** a desarrollar en el período 2003-2007 son los siguientes:

- Cáncer de mama
- Ansiedad
- EPOC
- Cardiopatía isquémica
- Diabetes
- Ictus
- Alcoholismo
- Cáncer colorrectal
- Cáncer de próstata
- Demencia
- Depresión
- Dolor crónico musculoesquelético
- Hipertensión arterial
- Embarazo, parto y puerperio

**Las características comunes a los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI):**

- Promueven una atención más **accesible, centrada en el paciente, segura, clínicamente efectiva** y con una **utilización de recursos** adecuada.
- Su aplicación reduce la **variabilidad inaceptable** en la calidad asistencial.
- Centra la atención en el paciente con **necesidades de salud homogéneas**.
- Facilita el mejor uso del **conocimiento y habilidades** de los profesionales.
- Persigue la coordinación real de profesionales de **múltiples disciplinas** distribuidos en todos los **niveles** donde se atiende el problema de salud, reflejando los dispositivos locales.
- Vocación transformadora en las organizaciones, que aplicarán herramientas de **gestión por procesos**.
- **Participación de los profesionales** en el diseño e implantación del PCAI.

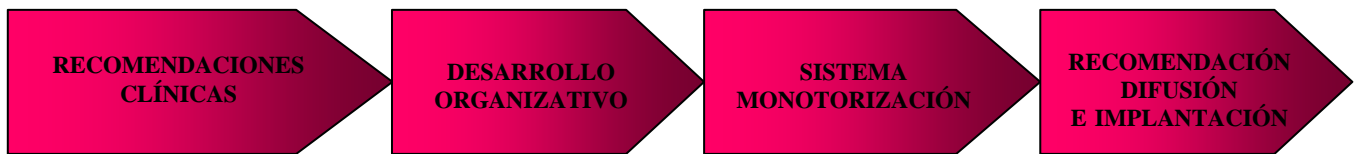
- **Solidez científica** incorporando la revisión crítica de la evidencia científica, estableciendo recomendaciones clínicas.
- Gestión y monitorización de **indicadores clave** del PCAI.
- Sensibles a la **satisfacción de las necesidades y expectativas** de los usuarios, escuchando su opinión (grupos focales con pacientes).

En el transcurso del desarrollo de los PCAI contaremos con los siguientes elementos:

- **Recomendaciones clínicas.** El ¿Qué?
- **Guía organizativa:** El ¿Cómo?, ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Con qué?
- **Un sistema de monitorización:** ¿Cómo mediremos la práctica?
- **Difusión e implantación del PCAI:** ¿Qué haremos para tener éxito en la aplicación del PCAI?

Los resultados que esperamos de los PCAI son:

- **Recomendaciones clínicas.** Selección de un conjunto de recomendaciones de las principales y más actualizadas guías de práctica clínica, priorizando aquellas de mejor adaptación y de mayor necesidad de implantación en la comunidad asturiana, partiendo de las experiencias actuales en Asturias en la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de la condición clínica.
- **Desarrollo organizativo.** En esta etapa el objetivo básico es valorar el nivel de capacidad de los procesos existentes para favorecer la implantación de las recomendaciones clínicas priorizadas y posponer los cambios organizativos necesarios para su aplicación. Debatirá los flujos de pacientes y asignará las responsabilidades más importantes de cada categoría profesional en la atención de la condición clínica, criterios de derivación, ingreso, alta y acceso a otros niveles asistenciales, recursos necesarios y criterios de gestión que puedan facilitar la organización y administración de los recursos sanitarios y sociales en beneficio de la atención de los pacientes.
- **Sistema de monitorización de los PCAI con indicadores clínicos de gestión.** El equipo de trabajo propondrá estándares (o nivel deseado de cumplimiento del indicador), partiendo de la revisión bibliográfica o basándose en la experiencia existente a nivel nacional e internacional. Para los primeros años, algunos de estos indicadores tendrán que monitorizar el grado de cumplimiento de la guía de PCAI.
- **Recomendaciones para la difusión e implantación del PCAI en la Comunidad Autónoma,** detallando estrategias de comunicación, materiales para la formación, y sugerencias útiles para la implantación y el seguimiento.



## **B. OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS**

---

Estas recomendaciones clínicas constituyen un elemento del programa del PCAI Alcoholismo, cuyo objetivo como estrategia de calidad es abordarlo a través de una atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con este problema de salud, mejorando los resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

Persiguen establecer unas directrices de actuación homogénea para los profesionales en contacto con este tipo de pacientes.

El objetivo principal es conseguir mejorar la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes con alcoholismo.

Con la aplicación de estas recomendaciones clínicas se espera:

- Mejorar la detección precoz del alcoholismo y de los consumos de riesgo.
- Mejorar la atención y prevención de daños en los bebedores de riesgo.
- Desarrollar la atención interdisciplinar, de los pacientes con dependencia alcohólica.

## **C. ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS**

---

Esta guía de recomendaciones clínicas incluye los siguientes procesos clínicos:

- Detección precoz de los consumos de riesgo.
- Diagnóstico del Consumo Perjudicial y del Síndrome de Abstinencia.
- Prevención e intervención con los bebedores de riesgo.
- Intervención en los casos de Consumo Perjudicial de Alcohol.
- Valoración de la gravedad del Síndrome de Abstinencia.
- Tratamiento del Síndrome de Abstinencia al alcohol.
- Tratamientos farmacológicos en la Deshabitación alcohólica.
- Tratamientos psicosociales en la Deshabitación.
- Valoración e Intervención Social.
- Urgencias relacionadas con el alcoholismo.
- Otras patologías relacionadas con el alcohol.



## **D. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES**

---

Esta guía está dirigida a la atención de ciudadanos en el ámbito del Principado de Asturias, que se encuentren en situación de riesgo de padecer trastornos o daños relacionados con el consumo de alcohol, así como a la atención de los pacientes con problemas de alcoholismo activo agudo o crónico. También se dirigen a los familiares o núcleo primario de convivencia del paciente.

## **E. GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO**

---

1. Ángel Miguel Redondo
2. Azucena Martínez Acebal
3. Carmen Villaverde Amiela
4. Covadonga Rodríguez López
5. Eduardo Gutiérrez Cienfuegos
6. Hilario García Prada (coordinador)
7. Jesús Sánchez del Río
8. Joaquín Cuetos Álvarez
9. José Antonio González Posada
10. Luis Miguel Gago Argüelles
11. Noelia Varela Aller

## **F. PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO**

---

Esta guía está dirigida a todos los profesionales del Principado de Asturias que intervienen en la atención a pacientes con riesgo de alcoholismo o con trastornos relacionados con el consumo de alcohol, en todos los niveles de prevención y de tratamiento. Está especialmente dirigida a los profesionales de atención primaria, de salud mental, de las unidades de desintoxicación, de los centros terapéuticos de deshabitación y/o rehabilitación, de medicina interna y de los servicios de urgencias.

## **G. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA**

---

### **1. IDENTIFICACIÓN DE PROFESIONALES Y ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE TRABAJO**

En esta fase se identificaron los profesionales para el PCAI, se elaboró una guía de trabajo para el proceso de selección de recomendaciones clínicas y se constituyó el grupo profesional.

## **2. SELECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Se realizó el proceso de búsqueda y evaluación de guías de práctica clínica, selección y cribaje de las guías mejor evaluadas y recopilación de la versión electrónica para distribución entre los miembros del grupo.

Para la evaluación de las guías de práctica clínica se utilizó el instrumento de evaluación AGREE. Solamente se distribuyeron entre los componentes del grupo las guías que tenían una puntuación alta en el AGREE.

## **3. DEFINICIÓN Y ASIGNACIÓN DE APARTADOS PARA CADA INTEGRANTE**

Cada grupo definió el alcance de la guía (niveles de atención y procesos clínicos a incluir) así como la definición del contenido y orden de los apartados o ítems de la guía.

Asimismo, y de acuerdo a las áreas de trabajo, experiencia y/o especialidades de los profesionales, se asignó a cada integrante los apartados a desarrollar.

## **4. ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES**

Se recogieron en un documento las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica seleccionadas para cada uno de los apartados de la guía. Los miembros del grupo, de acuerdo al área temática que le fue asignada, seleccionaron y redactaron las recomendaciones con los grados de evidencia y niveles de recomendación correspondiente.

Acabado el trabajo individual, se procedió a la compilación de las recomendaciones para constituir un único instrumento de trabajo.

## **5. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LAS RECOMENDACIONES**

Se realizan comentarios, discusión y acuerdo sobre la redacción y pertinencia de las recomendaciones.

## **6. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LA FACTIBILIDAD DE IMPLANTACIÓN**

Se realizó una evaluación de la factibilidad de implantación de las recomendaciones clínicas.

Se evaluaron mediante una parrilla de priorización las dificultades organizativas que implicaría la implantación de las recomendaciones.

## **7. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CLAVE**

Los integrantes del grupo identificaron para cada apartado un conjunto de “Recomendaciones Clave”.

Las recomendaciones clave se refieren al conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en el Principado de Asturias, definidas como de mayor necesidad de prestación a los pacientes del Principado, incorporando para su evaluación criterios de relevancia clínica, nivel de implantación, nivel de evidencia y factibilidad organizativa.

## 8. PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Se propone una estructura y un formato para el conjunto de los PCAI, con tal de homogeneizar su presentación y facilitar su comprensión.

## 9. TABLA DE CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

Las recomendaciones se basan en 4 grados de recomendación:

**Nivel A:** Recomendación de que la intervención es útil/efectiva.

**Nivel B:** Recomendación favorable a que la intervención es útil/efectiva. Son necesarios estudios adicionales con objetivos específicos.

**Nivel C:** Utilidad/eficacia de la recomendación no tan bien establecida. Son necesarios estudios adicionales con objetivos amplios; sería útil un registro de datos adicional.

**Nivel D:** Recomendación basada en opiniones de expertos o en el consenso del grupo de trabajo, ante la ausencia de estudios experimentales o de cohortes amplias que analicen la eficacia o seguridad de la intervención.

Cada grupo de recomendaciones se acompaña de 4 niveles de evidencia, basados en la consistencia general del sentido y la magnitud del efecto.

Nivel de recomendación	Grado de evidencia	Origen de la evidencia
A	I	Estudios aleatorizados y controlados, con gran cantidad de datos, más de 300 casos
B	II	Estudios aleatorizados y controlados, con una cantidad limitada de datos, mayor de 30 casos
C	III	Estudios observacionales, no aleatorizados, ensayos con menos de 30 casos
D	IV	Opiniones de expertos, comités de consenso

## 10. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN

- La revisión de esta guía se realizará cada 2 años.
  - Un grupo multidisciplinar revisará la guía, la comparará con la evidencia disponible, propondrá cambios y consensuará nuevas recomendaciones.
  - Dependiendo del número de modificaciones, el grupo discutirá la necesidad de la publicación de un nuevo documento o de un adenda.
  - Las nuevas recomendaciones serán publicadas y sometidas a un período de revisión para que todos los profesionales implicados en la atención de pacientes con Alcoholismo puedan aportar comentarios y sugerencias. Transcurrido este tiempo se puede dar por actualizada la guía hasta el período establecido por el grupo o por defecto en dos años más.
- 

---

## SEGUNDA PARTE

---

### RECOMENDACIONES CLÍNICAS

#### A. INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

---

Este documento contiene una recopilación bibliográfica de recomendaciones clínicas realizadas por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios que participan en la atención de pacientes con Alcoholismo.

Las recomendaciones clínicas han sido sometidas a un proceso de evaluación, consenso y adaptación a la realidad de la Comunidad de Asturias.

En el apartado de metodología se describen con detalle los criterios utilizados para la selección y adopción de la evidencia.

**Las siguientes recomendaciones clínicas están ordenadas en tres apartados:**

### **1 RECOMENDACIONES CLAVE:**

Conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en la comunidad asturiana.

Se trata de un conjunto de recomendaciones de gran relevancia no implantadas o implantadas irregularmente en el territorio asturiano.

### **2 RECOMENDACIONES GENERALES:**

Descripción de todas las recomendaciones seleccionadas por los integrantes del grupo.

### **3 ALGORITMOS:**

Aspectos clínicos más importantes que incorporan criterios de decisión, que tienen múltiples alternativas, o que mediante una representación gráfica pueden facilitar la utilización de las recomendaciones.

## **B. RECOMENDACIONES CLAVE**

---

Se identificaron para cada apartado un conjunto de “Recomendaciones clave”, de especial prioridad de implantación en la Comunidad Asturiana basadas en el Plan de Salud para Asturias 2003-2007.

	<b>1. Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol en toda persona de más de 14 años, al menos cada dos años.</b>
	<b>2. La exploración y registro del consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol, se debe hacer de forma sistemática en todos los adolescentes.</b>
	<b>3. Es necesario prevenir el consumo de alcohol en todas las mujeres gestantes, especialmente durante las primeras semanas de gestación.</b>
	<b>4. En los historiales clínicos (tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario) deben estar registrados los datos relativos a los hábitos de consumo de tóxicos (incluido el alcohol).</b>
	<b>5. Los profesionales sanitarios, con prioridad en Atención Primaria, deberían disponer de los Test AUDIT o su forma abreviada (AUDIT-C) y el CAGE.</b>
	<b>6. El personal enfermero, al menos el de unidades de desintoxicación y de comunidades terapéuticas, debe ser entrenado en el manejo de escalas de valoración del síndrome de abstinencia, tales como la CIWA-Ar u otras.</b>
	<b>7. El personal sanitario tanto de atención primaria como de atención especializada que atiende a pacientes con problemas de alcoholismo, debería ser formado en el manejo de la Entrevista Motivacional.</b>
	<b>8. El personal sanitario, con prioridad el de atención primaria, debería ser formado en la práctica de la Intervención Breve con bebedores de riesgo y pacientes con consumo perjudicial de alcohol.</b>
	<b>9. Los Centros de Salud de Atención Primaria deberían contar con material para la detección, para la realización, registro y valoración de las Intervenciones Breves, así como material de apoyo.</b>

	10. Los centros y servicios donde se atienden urgencias deberían disponer de pruebas diagnósticas para la detección rápida del consumo reciente de alcohol y/o sustancias psicoactivas.
	11. Los servicios de urgencias deben contar con protocolos de actuación en situaciones de agitación, así como de vigilancia de los pacientes que tengan puestas medidas de contención física. Para ello, los servicios de urgencias deberán contar con los medios necesarios para realizar la contención física de forma segura, tanto para el paciente como para el personal que la aplica.
	12. Para la prescripción de medicación interdictora o aversiva del alcohol, se deberá facilitar información escrita de los efectos de dicha medicación en el caso de consumo simultáneo de alcohol. También se deberá disponer del consentimiento informado firmado por el paciente o tutor en caso de incapacitación judicial.

## C. RECOMENDACIONES GENERALES

### 1. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

- a. El consumo de alcohol se relaciona con más de 60 enfermedades.
- b. El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España tanto por la población general como por los jóvenes.
- c. La mayor parte de los daños y costes socio-sanitarios asociados al alcohol, se producen en sujetos consumidores aparentemente **no dependientes**.
- d. **Aproximadamente, el 10 % de los bebedores de alcohol desarrollan adicción, y de ellos el 4% lo harán a los 5 años de haberlo iniciado.**
- e. En España, el 38,2% de los fallecidos en accidentes de tráfico presentan niveles de etanol en sangre, como único tóxico.
- f. La **adolescencia es una etapa de máxima vulnerabilidad frente a las adicciones**. Cuanto antes se empieza a consumir alcohol, más pronto aparecen los efectos tóxicos de esta sustancia y su pronóstico empeora.
- g. El cerebro adolescente es muy sensible a la inhibición aguda que el etanol produce sobre la plasticidad neuronal, y por tanto sobre la maduración del sistema nervioso central, pudiendo causar trastornos de la memoria y del aprendizaje.

## 2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

### 2.1 EN ESPAÑA

- a. España ocupaba en el año 2003 el sexto lugar en la clasificación mundial de consumo de alcohol, con 10 litros de alcohol puro *per cápita*.
- b. En el año 2005, un 14,9% de la población de 15 a 64 años había **consumido alcohol diariamente** en los 30 últimos días.
- c. En el año 2005, el **5,5%** de la población entre 15 y 64 años, era **bebedora de riesgo** (6,5% de los hombres y 4,1% de las mujeres). Se consideran bebedores de riesgo a los a los hombres que consumen más de 50 cc de alcohol puro al día y más de 30 cc en el caso de las mujeres.
- d. Según la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2006-2007, la prevalencia de consumo de alcohol entre los **estudiantes españoles de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años**, se sitúa en el 58,2 % para el consumo en los últimos 30 días (58,4% en los chicos y 58,0% en las chicas). Un 55,4% se ha emborrachado alguna vez. **Un 9,1% de los jóvenes necesitó asistencia sanitaria urgente durante los 12 meses anteriores a la encuesta**, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres.
- e. **La edad media de inicio en el consumo (2006)**, en los estudiantes españoles de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años, era de 13,8 años.
- f. **Los combinados/cubatas** (bebidas de alta graduación alcohólica), es el tipo de bebida con mayor consumo entre los escolares de 14 a 18 años durante los fines de semana (51,8% de los jóvenes los han consumido en los últimos 30 días). Durante los días laborable predomina el consumo de cerveza/sidra.
- g. **La prevalencia del policonsumo de sustancias psicoactivas** es muy alta en los estudiantes de enseñanzas secundarias (2006). El 95,7% de los que han consumido tabaco en los 12 últimos meses han consumido también alcohol y un 67,6% han consumido además cannabis<sup>8</sup>.

### 2.2 EN ASTURIAS

- a. El alcohol también es la sustancia psicoactiva con mayor frecuencia de utilización en nuestra comunidad.
- b. El **13,3% de la población** de 15 a 64 años reconoce el **consumo diario** de alcohol en los últimos 30 días en (2003).
- c. El **consumo abusivo diario** (2003), afecta al **3,8% de la población** entre 15 y 64 años.
- d. **La prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes asturianos de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años**, alcanza el 69,7% (71,5% en las chicas y 68,1% en los chicos), para el consumo en los últimos 30 días (2006).
- e. El **61,8% de los escolares asturianos de 14 a 18 años** consumió **combinados/cuabatas durante el fin de semana** en los 30 últimos días (2006) anteriores a la encuesta (ESTUDES). En los días laborables predomina el consumo de cerveza/sidra (19,5%). Un 61,5% de los encuestados declaran haberse emborrachado alguna vez (el 35,2% se ha emborrachado en el último mes).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED), Informe 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
2. Dirección General de Salud Pública y Planificación . Observatorio de Drogas para Asturias. Informe 2006. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
3. World Drink Trens 2005. Henley-on-Thames (Reino Unido): World Advertising Research Center; 2005.
4. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuestas Domiciliarias sobre Abuso de Drogas en España (EDADES), 1995-2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2006-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

## **3. FARMACOLOGÍA Y METABOLISMO DEL ALCOHOL**

En la **Tabla 1** se resumen algunas de las características farmacológicas y del metabolismo del alcohol.

**Tabla 1.- Farmacología y metabolismo del alcohol**

---

### **Absorción por vía oral:**

- a. Tramo proximal del intestino delgado (80%).
- b. Estómago (hasta un 20%).

---

### **Concentración máxima:**

- a. Con el estómago vacío: A los 30-60 minutos.
- b. Absorción más rápida: Las bebidas que contienen gas carbónico y las que tienen una graduación alcohólica del 20-30%.
- c. Absorción más lenta: Si se consume con alimentos en el estómago.

---

### **Distribución:**

- a. El alcohol es una molécula muy hidrosoluble. Por ello se distribuye por todo el agua corporal, siendo las concentraciones similares a las de la sangre en la mayoría de tejidos y órganos.
- b. Atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria.
- c. Se excreta por la leche materna.

---

### **Metabolismo:**

- a. Su metabolización se realiza por oxidación hepática en un 90-98%.
- b. Un 2-10% puede ser eliminado sin metabolizar por vías accesorias como son el riñón, el pulmón y el sudor.



- c. La mayor parte del alcohol se transforma en **acetaldehído (sustancia muy tóxica)**, por acción de tres enzimas: 1) **alcohol deshidrogenada (ADH)**, en no alcohólicos esta enzima realiza el 90-95% de la oxidación del etanol. La cantidad de ADH es limitada, por ello existe una capacidad fija para metabolizar el alcohol (8-10 gr./hora); 2) **Sistema oxidativo microsomal del etanol (MEOS)**, que en bebedores moderados contribuye a la oxidación en un 5-10% y en bebedores crónicos puede inducirse y llegar hasta un 25% de la capacidad oxidativa total. Algunos fármacos compiten con el alcohol para ser metabolizados por esta vía; 3) **Sistema catalasa-peroxidasa**, su contribución al metabolismo del alcohol es mínima.
- d. El acetaldehído se metaboliza en ácido acético por medio de: 1) **Aldehído-deshidrogenasa (ALDH)**, que representa hasta un 75% de la capacidad. Presenta un polimorfismo genético con una enzima con nula actividad metabólica, lo cual conduce a la acumulación de acetaldehído con la aparición de efectos indeseables (cefalea, rubefacción facial, náuseas, vómitos...). Algunos fármacos (disulfiram, cianamida..), utilizados en el tratamiento del alcoholismo inhiben la actividad de esta enzima con lo que aparecen los síntomas antes descritos, que son la base de la terapia aversiva del alcoholismo; 2) **Aldehído-oxidasa**, que representa hasta un 25% del total.
- e. El ácido acético se transforma en acetilcoenzima A.

### **Tiempo de eliminación:**

- a. El tiempo necesario para eliminar el alcohol del organismo puede calcularse tomando como promedio una eliminación de 0,15 gr./l por hora.
- b. **Fórmula: Tiempo (horas) necesario para la eliminación = alcoholemia (gr./l)/0,15.**

---

### **Valor nutritivo:**

Cada gramo de alcohol aporta 7,1 Kcal. al organismo, este aporte nutritivo no se acompaña de un aporte nutritivo significativo de minerales, proteínas o vitaminas

---

**Fuente:** Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007.

## 4. CONCEPTOS GENERALES

En la **Tabla 2** se describen algunos conceptos y definiciones de referencia para esta Guía.

### **Tabla 2.- Conceptos generales asumidos por esta Guía**

---

#### **Alcohol:**

Cuando se utiliza en esta Guía la palabra “alcohol”, está referida al alcohol etílico o etanol ( $\text{CH}_3 - \text{CH}_2 - \text{OH}$ ).

---

#### **Bebida alcohólica:**

Aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1% de su volumen.

---

#### **Consumo de riesgo:**

Aquella pauta de consumo de alcohol que conlleva un riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que **no** se traducen en problemas físicos o mentales actuales.

---

#### **Bebedor de riesgo:**

**Cualquier bebedor que cumpla alguno o varios de los siguientes criterios:**

1. La **Organización Mundial de la Salud** considera como bebedor de riesgo a los **varones** que consumen 28 o más UBEs<sup>1</sup> /semana ( $\geq 280$  o más gr. de etanol puro) y a las mujeres que consumen 17 o más UBEs/semana ( $\geq 170$  gr. de etanol puro/semana).
  2. Aquellos bebedores que **consumen gran cantidad de alcohol en poco tiempo**, más de 8 UBEs (más de 80 gr. de etanol puro), en una sola ocasión o en un período corto de tiempo (horas), al menos una vez al mes.
  3. **Cualquier consumo en menores de edad, mujeres embarazadas y personas con actividades, enfermedades y tratamientos que desaconsejen el consumo.**
- 

#### **Consumo perjudicial:**

Consumo de alcohol que, independientemente de la cantidad consumida, ya está afectando a la salud física o mental, ej., alteración del funcionamiento hepático, episodios depresivos relacionados con el consumo de alcohol.....

Según la **CIE-10**, no debe diagnosticarse como Consumo Perjudicial si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico relacionado con el consumo de alcohol u otras formas específicas de trastornos mentales relacionados con el alcohol.

Las intoxicaciones agudas y las resacas no son en sí mismas evidencia suficiente para el diagnóstico de Consumo Perjudicial (CIE-10). Las intoxicaciones agudas están contempladas como un diagnóstico específico en la CIE-10, dentro del grupo de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

---

### **Alcoholismo:**

Incluye todos los trastornos mentales y del comportamiento ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas y que se da en bebedores que tienen dificultades para controlar dicho consumo.

---

<sup>1</sup> UBE: Unidad de Bebida Estándar. En España, cada unidad es igual a 10 gramos de etanol puro.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007.
2. CIE-10. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento, 1992.

## **5. DETECCIÓN PRECOZ Y DIAGNÓSTICO**

La detección precoz de los bebedores de riesgo, antes de que se produzcan complicaciones o patologías asociadas al alcoholismo, es una tarea preventiva que se debe desarrollar de forma prioritaria en Atención Primaria.

Dado que la información facilitada por el propio paciente respecto al consumo de alcohol y a sus efectos, puede ser incompleta o incluso negar el problema, se recomienda seguir algunas estrategias para mejorar la fiabilidad diagnóstica. Para ello se debe valorar de forma global toda la información recogida, la aportada por el propio paciente si es posible, se debe corroborar en varias fuentes, junto con los resultados de las exploraciones realizadas.

Para la detección precoz y establecer el diagnóstico nos basaremos en los resultados obtenidos mediante:

- a. La entrevista clínica
- b. Cuestionarios de detección
- c. Exploración general
- d. Marcadores biológicos

### **5.1 ENTREVISTA CLÍNICA**

Por la frecuente tendencia a minimizar o negar el consumo de alcohol y los problemas asociados al mismo, sobre todo en adolescentes, se recomienda realizar la entrevista con

preguntas que favorezcan respuestas sinceras. Para ello, se recomienda mantener una actitud empática, favorecer un ambiente de confianza y hacer las preguntas sobre el consumo de alcohol, dentro de un marco más amplio de la entrevista. Se intentará establecer un diálogo que se centrará en el interés por la situación personal del usuario y las circunstancias personales y sociales en las que se encontraba antes de acudir a la consulta, la vez que se exploran sus hábitos de vida (incluidos los de consumo de sustancias psicoactivas). Si el motivo de la consulta está directamente relacionado con problemas asociados al consumo de alcohol, se puede realizar un estilo de entrevista más directo.

En la **Tabla 3** se recomiendan algunas estrategias para mejorar la validez y fiabilidad de la información recogida.

**Tabla 3. Estrategias para mejorar la validez y fiabilidad de la información recogida**

<b>1.</b> Comparar los datos aportados por el usuario con los datos del historial clínico
<b>2.</b> Corroborar, si es posible, la información del consumo y sus efectos sobre el comportamiento, en varias fuentes
<b>3.</b> Para mejorar la sinceridad de las respuestas, realizar las preguntas de los cuestionarios de detección de forma indirecta o de forma intercalada en el marco de una entrevista general
<b>4.</b> Comparar los datos de la información recogida con los resultados de alcoholurias, alcoholemias y otros marcadores biológicos.

**Elementos de la historia clínica relacionados con el hábito de consumo de alcohol:**

- a. Consumo de alcohol: cantidad, frecuencia, tiempo de evolución del consumo.
- b. Efectos del consumo de alcohol.
- c. Complicaciones asociadas: patología individual (incluidos los síndromes de abstinencia), sociofamiliar y problemas de tipo judicial.
- d. Consumo de otras sustancias psicoactivas.
- e. Situación sociofamiliar actual. Núcleo de convivencia (especificando la existencia o no de hijos menores de edad), actividad profesional, actividades de ocio y tiempo libre.
- f. Antecedentes personales.
- g. Antecedentes familiares.
- h. Cuestionarios de detección.
- i. Exploración física.
- j. Pruebas de laboratorio

	<b>Recomendaciones</b>	<b>NE</b>	<b>GR</b>
<b>5.1.1</b>	La <b>detección precoz</b> de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, mejora el pronóstico de su tratamiento	<b>IV</b>	<b>D</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol en toda persona mayor de 14 años, al menos cada dos años</b>	<b>IV</b>	<b>A</b>

5.1.3	La <b>historia clínica</b> es el instrumento más valioso para la evaluación del paciente con problemas de alcoholismo	IV	D
5.1.4	La <b>entrevista clínica</b> es el elemento básico para la detección del consumo de alcohol	IV	D
5.1.5	Se recomienda corroborar la información sobre el consumo de alcohol en varias fuentes	IV	B
5.1.6	Para calcular el consumo de alcohol puro por una persona es esencial conocer el contenido de alcohol de las bebidas en el ámbito local, porque hay grandes variaciones respecto a la concentración de alcohol en los mismos tipos de bebidas y en distintos países	IV	B

## 5.2 CUESTIONARIOS DE DETECCIÓN

Para la selección de los cuestionarios a utilizar en la exploración del consumo de alcohol y sus efectos, además de los criterios de sensibilidad y especificidad, se ha dado especial importancia a la aplicabilidad, especialmente importante para su uso en Atención Primaria. Para ello se considera que deben ser sencillos en la aplicación e interpretación y el tiempo que se necesite para su aplicación debe ser corto.

Para uso en Atención Primaria se han seleccionado dos cuestionarios (**CAGE** y **AUDIT**), que cumplen los criterios anteriores y que además son conocidos y de uso extendido en nuestro medio, aunque no son los únicos cuestionarios que podrían ser utilizados con idéntica finalidad. El tercer cuestionario propuesto (**MALT**), por requerir más tiempo en su aplicación, se reserva para casos concretos de dificultad diagnóstica.

**Para ver los contenidos de los Cuestionarios CAGE, AUDIT y MALT, en los ANEXOS III, IV y V.**

	Recomendaciones	NE	GR
5.2.1	Los <b>cuestionarios de detección</b> son instrumentos sencillos de aplicar, no son invasivos para el paciente, pueden ser aplicados por personal entrenado sin necesitar especialización y tienen bajo coste	IV	D
5.2.2	<b>Utilizados de forma aislada no tienen validez suficiente para establecer el diagnóstico.</b> Deben ser complementados con el resto de pruebas diagnósticas para mejorar su valor clínico y epidemiológico	IV	B
5.2.3	El problema principal a solventar cuando se utilizan los Cuestionarios de Detección es el de la fiabilidad de las respuestas, para ello se deben utilizar estrategias para mejorar la validez y la fiabilidad	IV	D
5.2.4	El Test de <b>CAGE</b> (Chronic Alcoholism General Evaluation), es muy útil para el cribaje del alcoholismo. No tiene adecuada sensibilidad para detectar el consumo de riesgo ni para el diagnóstico de alcoholismo, debe complementarse con otras exploraciones. La fiabilidad mejora si las preguntas del cuestionario se hacen camufladas entre otras preguntas	IV	B

5.2.5	<b>Test AUDIT</b> (Alcohol Use Disorders Identification Test). Es el test más utilizado para la <b>detección del consumo de riesgo de alcohol</b>	<b>IV</b>	<b>B</b>
5.2.6	El <b>Test AUDIT-C</b> , es la forma abreviada del AUDIT (lo constituyen las tres preguntas referidas al consumo de alcohol), también es útil para detectar el consumo de riesgo. Por su brevedad puede ser el <b>cuestionario de elección para el cribado de consumo de riesgo</b>	<b>IV</b>	<b>A</b>
5.2.7	El <b>Test de MALT</b> (Münchner Alkoholismus Test), está considerado como el <b>cuestionario con mayor sensibilidad para el diagnóstico de dependencia alcohólica</b> . Por la mayor necesidad de tiempo para aplicarlo, queda reservado para uso preferentemente en atención especializada en casos de especial dificultad diagnóstica	<b>IV</b>	<b>C</b>

En la **Tabla 4** se resumen algunas de las características de los cuestionarios recomendados para la detección y diagnóstico de los problemas de alcoholismo.

**Tabla 4. Características de los Instrumentos útiles para la detección de trastornos por uso de alcohol**

<b>Test</b>	<b>Nº ítems</b>	<b>Duración (min.)</b>	<b>Sensibilidad</b>	<b>Especificidad</b>
<b>CAGE</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>65-95%</b>	<b>40-95%</b>
<b>AUDIT</b>	<b>10</b>	<b>3-5</b>	<b>80%</b>	<b>90%</b>
<b>MALT</b>	<b>34</b>	<b>20-30</b>	<b>100%</b>	<b>82%</b>

**Fuente:** Informe de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas<sup>1</sup>, 2007.

### 5.3 EXPLORACIÓN GENERAL

La exploración general sirve para detectar daños orgánicos asociados al consumo de alcohol y complicaciones, que pueden ser agudas o de larga evolución. Algunas de las complicaciones orgánicas que aparecen relacionadas con el consumo de alcohol, pueden requerir atención y tratamiento urgente, para ello es fundamental el detectarlas en la anamnesis y en la exploración general.

Además de la observación e inspección general, la exploración se debe centrar en la búsqueda de signos sugerentes de alcoholismo y de daños en los órganos que con mayor frecuencia son afectados por el alcohol. Se consideran de especial importancia las exploraciones siguientes:

1. Estado mental: nivel de conciencia, orientación, comportamiento en el momento de la exploración, ideas o amenazas auto o heteroagresivas, ideación delirante o fenómenos alucinatorios.
2. Constantes.
3. Piel y mucosas (coloración, arañas vasculares, lesiones sugerentes de traumatismos, sangrado...).

4. Exploración neurológica básica, tanto del sistema nervioso central (búsqueda de signos de encefalopatía, alteraciones del equilibrio, la coordinación, pares craneales, lenguaje...), como del sistema nervioso periférico (neuropatías).
5. Exploración digestiva para la búsqueda de signos de hepatopatías y de sus complicaciones.
6. Exploración metabólica y estado de nutrición: riesgo de hipoglucemia tanto en intoxicaciones agudas como en alcoholismo crónico, especialmente si se aplica tratamiento con vitaminoterapia por encefalopatía de Wernicke. En el alcoholismo crónico también se dan déficits de vitaminas (B12 y ac. fólico) y estados de malnutrición. También se dan otras alteraciones, ej. del hierro, de los lípidos....
7. Sin olvidar que el alcoholismo puede cursar con afectación multiorgánica, ya sea por daño directo o de forma indirecta como favorecedor de otras patologías.

**En el Anexo II, se expone la relación entre los niveles de alcoholemia y la sintomatología clínica.**

## 5.4 MARCADORES BIOLÓGICOS

	Recomendaciones	NE	GR
5.4.1	Los marcadores biológicos deben utilizarse cuando haya dudas sobre la fiabilidad de la información verbal y/o cuando haya sospecha de daño orgánico relacionado con el consumo de alcohol	VI	B
5.4.2	Cuando los marcadores biológicos se utilizan de forma aislada, <b>no tienen suficiente sensibilidad ni especificidad para establecer ni para descartar el diagnóstico</b>	IV	B
5.4.3	Estos marcadores pueden ser <b>de gran utilidad para detectar el consumo de alcohol con daño orgánico y para la valorar la evolución</b> del mismo, tanto en los pacientes que reducen o suprimen el consumo como en los que continúan con la ingesta	IV	B
5.4.4	Para la <b>detección del consumo reciente de alcohol</b> , se puede determinar la alcoholemia en aire espirado, la alcoholemia en sangre o la alcoholuria. Estas determinaciones pueden detectar el consumo de alcohol hasta 24 horas después de la última ingesta, aproximadamente. La detección de una alcoholemia positiva no es suficiente para el diagnóstico de adicción o dependencia	IV	A
5.4.5	La determinación conjunta de <b>GGT y VCM</b> constituye la <b>determinación rutinaria más eficiente</b> , ya que puede permitir la clasificación de dos tercios de los enfermos	IV	D
5.4.6	La <b>determinación conjunta de GGT y CDT</b> tiene una capacidad predictiva del 100% en consumidores de más de 6 UBEs/día	IV	C



5.4.7	La <b>GGT</b> puede ser utilizada como <b>marcador de abstinencia o de disminución del consumo</b> , si su elevación ha sido causada por el alcohol. La abstinencia en el consumo de alcohol produce la disminución rápida de las cifras de GGT, produciéndose una caída de sus valores en los cinco primeros días y se normaliza en el plazo de una a cuatro semanas	<b>III</b>	<b>B</b>
5.4.8	Los marcadores biológicos pueden ser de gran utilidad para la detección tanto del consumo de riesgo como del alcoholismo con daño orgánico cuando van asociados a los cuestionarios de detección	<b>IV</b>	<b>B</b>

En la **Tabla 5**, se especifican algunas de las características de los marcadores biológicos más utilizados en la práctica clínica.

**Tabla 5. Marcadores biológicos del consumo excesivo de alcohol**

<b>Test</b>	<b>Sensibilidad (%)</b>	<b>Especificidad (%)</b>	<b>Falsos positivos</b>	<b>Comentarios</b>
<b>GGT</b>	<b>40-50%</b>	<b>75-85%</b>	Enfermedades hepatobiliares, insuficiencia cardiaca, diabetes, obesidad,, tabaquismo, fármacos inductores...	<b>Se normaliza tras 1 a 4 semanas de abstinencia en el consumo de alcohol</b>
<b>VCM</b>	<b>20-40%</b>	<b>80-90%</b>	Déficits de vitaminas B, ac. fólico, enfermedades hepáticas, tabaquismo, algunos fármacos...	Es menos sensible que la GGT a las fluctuaciones de la abstinencia
<b>GOT</b>	<b>10%</b>	<b>90%</b>	Afecciones musculares, infarto de miocardio, necrosis tubular aguda, hepatopatías...	<b>El cociente GOT/GPT &gt; 2, es muy sugestivo de consumo crónico</b>
<b>CDT</b>	<b>70-95%</b>	<b>69-86%</b>	Enfermedades hepáticas avanzadas, embarazo, síndromes congénitos de glucoproteínas deficientes en hidratos de carbono, variaciones genéticas de la transferían	<b>Las cifras de la CDT se normalizan en unas 2 semanas tras la abstinencia. Es destacable su alta sensibilidad</b>

Fuente: Tomado de la Sociedad Española de Psiquiatría<sup>2</sup>, 2003.

Abreviaturas utilizadas en la Tabla 5:

- **VCM:** Volumen corpuscular medio
- **GGT:** Gamma-glutamyl-transpeptidasa
- **GOT:** Transaminasa glutaminoxalacética
- **CDT:** Transferrina deficiente en carbohidratos



## 5.5 DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA

Según los **criterios diagnósticos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)<sup>3</sup>**, de 1992, **el diagnóstico de dependencia del alcohol, sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:**

1. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa, cuando se confirme por el síndrome de abstinencia o el consumo de alcohol (o de otra sustancia muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían cantidades menores.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol y aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como daños hepáticos, estados de ánimo depresivos o deterioro cognitivo secundario al consumo de alcohol. Debe investigarse si la persona que consume el alcohol es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007.
2. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica, 2003.
3. CIE-10. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento, 1992.
4. Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-IV-TR® . Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
5. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Detección y diagnóstico. Socidrogalcohol, 2007; 49-62.

## 6. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ

Las intervenciones preventivas y precoces tienen especial importancia por estar dirigidas a evitar la aparición de daños asociados a la ingesta de alcohol y a prevenir el establecimiento de una dependencia. Por ello **están centradas en potenciales**

**bebedores y en los bebedores de riesgo.** Además, por tratarse de intervenciones breves y de bajo coste económico, **deben ser de aplicación prioritaria en atención primaria.**

Para realizar las intervenciones precoces de orientación preventiva y favorecedoras del cambio en los hábitos del uso o abuso del alcohol, nos podemos apoyar, además del uso de material informativo y didáctico de apoyo, en dos herramientas:

1. **La Entrevista Motivacional**
2. **Intervenciones Breves**

## 6.1 CONSIDERACIONES GENERALES

	Recomendaciones	NE	GR
6.1	<b>El nivel de riesgo cero en el consumo de alcohol, no se conoce.</b> A nivel poblacional, cuanto menos alcohol, mejor	IV	B
6.2	Existen evidencias de que tomar <b>bebidas alcohólicas durante las tres primeras semanas de la gestación</b> , es un factor que predispone a que el niño también abuse de esta sustancia cuando sea mayor	II	B
6.3	La <b>adolescencia</b> es una etapa de máxima vulnerabilidad frente a las adicciones. Cuanto antes se empieza a consumir alcohol, más pronto aparecen los efectos tóxicos y su pronóstico empeora	IV	B
6.4	Las estrategias para evitar el consumo abusivo de alcohol deben ir dirigidas a toda la población y de forma específica y preferente a los <b>grupos más vulnerables: los jóvenes y las mujeres embarazadas</b>	IV	A
6.5	Las <b>intervenciones precoces y de carácter preventivo</b> , están especialmente indicadas en <b>bebedores de riesgo y en pacientes con consumo perjudicial de alcohol</b>	IV	A
6.6	En el sistema sanitario estas intervenciones <b>se deben desarrollar de forma prioritaria en la atención primaria.</b> Aunque no son exclusivas de este nivel de la asistencia, siendo también muy importantes las intervenciones preventivas desarrolladas en otros ámbitos y por otros organismos (sistema educativo, ámbito laboral, ayuntamientos...)	IV	B
6.7	La <b>Entrevista Motivacional</b> puede ayudar a que el paciente progrese de un estadio refractario al cambio a otro más avanzado, para que posteriormente pueda modificar sus hábitos de consumo de alcohol	IV	C
6.8	Las <b>Intervenciones Breves</b> son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos	I	A
6.9	En <b>pacientes con dependencia alcohólica</b> , la Intervención Breve no está avalada por suficiente evidencia científica de eficacia. La intervención deber ser orientada a preparar y motivar al paciente para iniciar un tratamiento específico y/o acudir a un centro especializado en el tratamiento de problemas de alcoholismo	IV	B

6.10	El <b>personal de atención primaria</b> ante un bebedor de riesgo o un paciente con consumo perjudicial de alcohol, debería utilizar la entrevista motivacional y realizar al menos una intervención breve	IV	A
------	--	----	---

## 6.2 LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La **Entrevista Motivacional**<sup>1</sup> es una entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo del cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas.

“El terapeuta centrado en el paciente necesita ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad”<sup>2</sup>.

**Tabla 6. Principios generales de la entrevista motivacional**

<b>Expresar empatía</b>	Aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional, intentando comprender sus pensamientos y emociones, preguntándonos, ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?
<b>Desarrollar la discrepancia</b>	Lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito de beber alcohol. Aumentar su nivel de conflicto entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias
<b>Evitar argumentar y discutir con el paciente</b>	Esto le puede crear resistencia. Los intentos de convencerle tienden a producir oposición al cambio. Informar poco a poco e ir preguntando, centrándonos en los conflictos del paciente
<b>Trabajar las resistencias</b>	Evitando las actitudes que puedan facilitarlas (tratar de imponer un cambio, reñir al paciente...)
<b>Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia</b>	Crear en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante. Los resultados previos satisfactorios pueden servir de refuerzo. No olvidar que el paciente es el responsable de escoger y realizar el cambio, nosotros le prestamos ayuda

Fuente: Anales Sis San Navarra<sup>1</sup>,2001.

**Tabla 7. Estadios del cambio según la motivación del paciente**

<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	No existe conciencia del problema, ni se busca ningún tipo de solución. En esta etapa los programas terapéuticos suelen fracasar. Los esfuerzos del profesional han de ir dirigidos a promover la motivación del paciente
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	Se empieza a contemplar el problema pero aún existe una ambivalencia que frena al paciente. En esta fase todavía son muy frecuentes los intentos terapéuticos fallidos
<b>PREPARACIÓN</b>	La ambivalencia se ha resuelto a favor del cambio y el paciente ha decidido emprender alguna medida para modificar sus hábitos de consumo

<b>ACCIÓN</b>	Se inicia el cambio de conducta, generalmente, en el marco de una intervención terapéutica
<b>MANTENIMIENTO</b>	Su duración se extiende desde los seis meses posteriores a la estabilización hasta cinco años después de iniciada la acción
<b>RECAÍDA</b>	La reanudación de consumos puede hacer que el paciente retroceda al estadio de precontemplación. Incluso ante una reanudación puntual del consumo, lo importante es reconducir dicho retroceso para evitar una recaída propiamente dicha.

Fuente: Prochaska y DiClemente<sup>3</sup> 1982.

### 6.3 INTERVENCIONES BREVES

Se consideran **Intervenciones Breves**, aquellas intervenciones limitadas en el tiempo, de menor duración que otras medidas de tratamiento específico, y que incluyen la valoración, un asesoramiento breve y seguimiento.

El **objetivo principal de las Intervenciones Breves** es el de promover un cambio en los hábitos del consumidor de alcohol, para disminuir el riesgo de daños orgánicos o de complicaciones de cualquier tipo (personales, familiares, laborales o sociales). Para alcanzar los objetivos, se trata de potenciar las capacidades sanas y favorables al cuidado de la salud del bebedor de riesgo.

**Tabla 8. Esquema de una intervención breve**

<b>ENTREVISTA</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b>PRIMERA (10')</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valoración</li> <li>2. Información de los riesgos en función del consumo de alcohol y efectos en el paciente</li> <li>3. Objetivo pactado con el paciente respecto al consumo de alcohol</li> </ol>
<b>REVISIONES DE SEGUIMIENTO (5-10'), de 2 a 3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar el cumplimiento de los objetivos</li> <li>2. Avanzar en la motivación para el cambio</li> <li>3. Establecer refuerzos positivos</li> </ol>
<b>EVALUACIÓN DE RESULTADOS (5-10'), AL AÑO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grado de consecución y mantenimiento de los objetivos alcanzados</li> <li>2. En caso de empeoramiento o ausencia de eficacia de la intervención, proponer la derivación a un centro especializado en adicciones</li> </ol>
<b>TRAS FINALIZAR LA INTERVENCIÓN BREVE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explorar sistemáticamente el consumo de alcohol al menos cada 2 años, en toda persona mayor de 14 años (detección de recaídas)</li> <li>2. El seguimiento puede ser programado o de modo oportunista (en consultas pedidas por el paciente por cualquier otro motivo)</li> </ol>

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía, 2007.

**Tabla 9. Contenidos básicos de la Intervención Breve**

<b>ELEMENTO</b>	<b>CONTENIDO</b>
<b>1 VALORACIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Del consumo de alcohol</li> <li>2. De los efectos y perjuicios que está causando el consumo de alcohol (personales, familiares, laborales, sociales...). Se puede complementar con alguno de los tests recomendados para la detección</li> <li>3. Valoración de la situación clínica del paciente, buscando síntomas y signos sugerentes de alcoholismo, así como de posibles daños en el organismo.</li> </ol>
<b>2 INFORMACIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De los riesgos asociados a los hábitos actuales de consumo de alcohol</li> <li>2. De la existencia de sintomatología y/o marcadores biológicos de daño asociado al consumo de alcohol</li> <li>3. De los beneficios y del grado de reversibilidad de los daños con la disminución o la supresión del consumo de alcohol</li> <li>4. De la necesidad o no de tratamiento</li> </ol>
<b>3 RECOMENDACIONES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sobre el consumo de alcohol y la conveniencia de disminuir la cantidad</li> <li>2. Sobre la modificación de algunos de los hábitos de beber alcohol (<b>ver la Tabla 10</b>)</li> <li>3. Acerca de formas alternativas de ocio y de relaciones sociales, sin consumo o consumos moderados de alcohol</li> </ol>
<b>4 PACTAR LOS OBJETIVOS CON EL PACIENTE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los objetivos deben quedar consensuados con el bebedor de riesgo o el paciente con consumo perjudicial de alcohol</li> <li>2. Establecer los objetivos según la fase de motivación del paciente (<b>ver la Tabla 11</b>)</li> </ol>
<b>5 SEGUIMIENTO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Del progreso en alcanzar los objetivos y de las dificultades</li> <li>2. Reforzamiento positivo en base a progresos</li> <li>3. Utilizar, si es posible, material educativo de apoyo</li> </ol>
<b>6 EVALUACIÓN (al año)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Del cumplimiento de los objetivos</li> <li>2. De la mejoría en los marcadores biológicos y en el funcionamiento social</li> <li>3. De los incumplimientos y recaídas</li> <li>4. De las dificultades para mantener los objetivos alcanzados</li> </ol>

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía

**Tabla 10. Propuestas para reducir el consumo de alcohol**

<b>1</b>	Demorar la hora de inicio de la ingesta
<b>2</b>	No beber durante el horario laboral o académico
<b>3</b>	No beber si va a conducir vehículos o manejar maquinaria peligrosa
<b>4</b>	Preferentemente, beber con alimentos en el estómago

5	Utilizar bebidas de baja graduación
6	Ser capaz de rechazar copas y “rondas” en algunas ocasiones
7	Intercalar bebidas no alcohólicas entre las consumiciones de alcohol
8	Diluir los licores en refrescos
9	Intercalar días a la semana sin consumo de alcohol
10	Recordar el límite propuesto y no olvidar lo ya bebido (puede ayudar el realizar un registro)

Fuente: Modificado de Rodríguez-Martos et al (1999)<sup>4</sup>.

**Tabla 11. Objetivos de la intervención breve en función de la motivación del paciente**

ESTADIO	OBJETIVO	NIVEL DE INTERVENCIÓN
<b>PRECONTEMPLACIÓN</b>	Concienciar	Informar. No etiquetar
<b>CONTEMPLACIÓN</b>	Resolver la ambivalencia a favor del cambio	Evaluar pros y contras de la conducta actual y del cambio. Entrevista motivacional
<b>PREPARACIÓN</b>	Decidir la acción de cambio	Pactar objetivos compromiso
<b>ACCIÓN</b>	Avanzar en el cambio	Intervención terapéutica. Refuerzos positivos
<b>MANTENIMIENTO</b>	Identificar y usar estrategias para prevenir recaídas	Análisis de dificultades. Habilidades. Refuerzos positivos
<b>RECAÍDA</b>	Reiniciar el circuito de cambio	Motivar reacción. Estrategias de manejo de recaídas

Fuente: Tomado de Rodríguez-Martos et al (1999)<sup>4</sup>.

**Material de apoyo que se puede utilizar durante las intervenciones breves:**

1. Información sobre las unidades de alcohol contenidas en las diferentes bebidas
2. Información de los riesgos para la salud del consumo de alcohol
3. Autoevaluación del consumo de alcohol
4. Objetivos a conseguir relacionados con el consumo de alcohol
5. Monitorización del progreso mediante auto-registros del consumo diario o semanal

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista Motivacional. Annales Sis San Navarra, 2001; Vol. 24, Suplemento 2: 43-53.
2. Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós, 1986.
3. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychoter Theory Res Pract 1982; 19:276-288.
4. Rodríguez-Martos A, Altisent R, Pico MV. Tratamiento de amplio espectro. Abordaje de los problemas relacionados con el alcohol desde la AP y los servicios no especializados. Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Barcelona: Doyma, 1999.

5. Fisterra. Guías Clínicas. Alcoholismo. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Alcoholismo.pdf>
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. 2003. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf>
7. American Colleges of Physician. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. 2004. Ann Intern Med. 2004; 140:554-556. Disponible en: <http://www.annals.org/cgi/reprint/140/7/554.pdf>
8. Nacional Health Committee. Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care. 1999. Disponible en: <http://www.nhmrc.gov.au/publications/files/ds9.pdf>

## 7. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Cuando se diagnostica un trastorno por dependencia alcohólica, se debe informar al paciente del diagnóstico y de la necesidad de tratamiento, preferentemente, acudiendo a un centro especializado en adicciones. Para ello es necesario motivar al paciente para que acepte iniciar el tratamiento. Frecuentemente, los pacientes se resisten al afrontamiento del problema hasta que tienen complicaciones o conflictos graves en la convivencia. En algunos casos, sólo ante la disyuntiva de tratamiento o sufrir graves consecuencias (empeoramiento de salud, pérdidas de relaciones afectivas, separación de la convivencia familiar...), se deciden a iniciar el tratamiento.

**Los objetivos del tratamiento serán planteados de forma progresiva y por fases** (no todo de entrada – el paciente lo puede percibir como excesivamente duro, largo o inalcanzable-), a corto, medio y largo plazo. Para conseguir los objetivos se deberán combinar varios tipos de medidas terapéuticas, que incluyen pautas farmacológicas y abordajes psicosociales.

El desarrollo del tratamiento, según la situación clínica y sociofamiliar del paciente, se hará a nivel ambulatorio o en un centro terapéutico de tipo hospitalario o de tipo comunidad.

Para detener y revertir todos o parte de los daños causados por el alcohol, el paciente con dependencia deberá alcanzar la abstinencia completa en el consumo de alcohol de forma prolongada, probablemente de por vida. En los pacientes que no consigan la abstinencia completa, se plantearán objetivos de reducción del daño o de retraso en la progresión del mismo.

**Tabla 12. Objetivos terapéuticos en el tratamiento del alcoholismo**

<b>A CORTO PLAZO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivar para iniciar el tratamiento</li> <li>2. Supresión de la ingesta</li> <li>3. Evitación y tratamiento del síndrome de abstinencia</li> <li>4. Tratamiento de la patología aguda asociada</li> <li>5. Si es necesaria, intervención social</li> </ol>
----------------------	--



<b>A MEDIO PLAZO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abstinencia absoluta sostenida</li> <li>2. Resolver/paliar la problemática física, psíquica y social</li> <li>3. Protagonismo responsable en el tratamiento</li> <li>4. Adquirir hábitos personales y habilidades sociales en sobriedad</li> </ol>
<b>A LARGO PLAZO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consolidar actitudes y hábitos adquiridos</li> <li>2. Fomento del desarrollo personal</li> </ol>

Fuente: Modificado de Rodríguez-Martos (1989)<sup>1</sup>.

La **meta final del tratamiento**, además de conseguir la abstinencia en el consumo de alcohol, es la recuperación integral del paciente tras conseguir un cambio y estabilización en aquellas facetas de la vida del paciente que estaban alteradas por el alcohol.

## 7.1 VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

El síndrome de abstinencia se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de la ingesta de alcohol, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. Los síntomas y signos de abstinencia se pueden agrupar en tres categorías: hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, hiperexcitabilidad del sistema nervioso autónomo y alteraciones cognitivas.

Los síntomas del síndrome de abstinencia al alcohol están asociados a cambios en una amplia gama de neurotransmisores, especialmente los relacionados con el sistema gabaérgico y glutamatérgico. Durante la abstinencia aguda al alcohol se pone de manifiesto un estado de hiperactividad glutamatérgica y noradrenérgica.

### **Criterios para el diagnóstico de abstinencia de alcohol<sup>2</sup>:**

1. Interrupción o disminución del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. Aparición en horas o días después de cumplirse el criterio 1, dos o más de los siguientes síntomas:
  - Hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia, hipertensión...)
  - Temblor distal de las manos
  - Insomnio
  - Náuseas o vómitos
  - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
  - Agitación psicomotora
  - Ansiedad
  - Crisis comiciales de gran mal
3. Los síntomas del criterio anterior provocan malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad sociolaboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
4. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.



La intensidad del síndrome de abstinencia puede variar desde leve hasta grave con delirium tremens y complicaciones como crisis comiciales.

**Criterios para el diagnóstico de delirium por abstinencia al alcohol<sup>2</sup>:**

1. Alteración de la conciencia con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
2. Cambio en las funciones cognitivas (deterioro de la memoria, alteración del lenguaje, desorientación..) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
3. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
4. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que los síntomas de los criterios 1 y 2 se presentan durante o poco después de un síndrome de abstinencia.

	<b>Recomendaciones</b>	<b>NE</b>	<b>GR</b>
<b>7.1.1</b>	Se debe sospechar el posible desarrollo de un síndrome de abstinencia al alcohol, en todos los pacientes con consumo prolongado y en grandes cantidades que, interrumpen o disminuyen dicho consumo de forma brusca.	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>7.1.2</b>	Para la aparición del síndrome de abstinencia no es necesaria la supresión completa del consumo de alcohol, puede aparecer ante la disminución de la cantidad ingerida	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>7.1.3</b>	La vigilancia del paciente con abstinencia alcohólica debe ser intensiva durante al menos los cuatro primeros días de la supresión (más tiempo en los cuadros subagudos o complicados), por la potencial gravedad del cuadro clínico	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>7.1.4</b>	La <b>escala CIWA-Ar</b> es un <b>instrumento de medida de gravedad de los síntomas de abstinencia</b> alcohólica fiable, válido y reproducible en pacientes con formas moderadas y moderadas-severas de abstinencia	<b>III</b>	<b>A</b>
<b>7.1.5</b>	La <b>escala CIWA-Ar</b> es el mejor método <b>para valorar la gravedad de los síntomas de abstinencia y la necesidad de medicación sedante</b> . No ha sido validada para el programa de tratamiento según síntomas en pacientes con comorbilidad o delirium tremens	<b>III</b>	<b>A</b>
<b>7.1.6</b>	En todo síndrome de abstinencia se debe considerar la posibilidad de que esté originado por la supresión o reducción del consumo de varias sustancias, ej. alcohol, psicofármacos..	<b>IV</b>	<b>B</b>

Para aplicar la Escala CIWA-Ar, [ver el Anexo VI](#).

## **7.2 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

Los objetivos generales del tratamiento son los de controlar o disminuir lo síntomas de abstinencia, prevenir la aparición de delirium tremens y de crisis comiciales así como de otras complicaciones.

## 7.2.1 LUGAR DE TRATAMIENTO

	Recomendaciones	NE	GR
7.2.1.1	Los pacientes con <b>síndrome de abstinencia leve o moderado</b> pueden ser tratados <b>ambulatoriamente</b> con igual efectividad y seguridad que el tratamiento hospitalario	<b>B</b>	<b>A</b>
7.2.1.2	<b>Para realizar el tratamiento ambulatoriamente, el paciente deberá contar con</b> un soporte (prescindible en casos leves) familiar o social, que al menos permita la supervisión del tratamiento y llamar al personal sanitario en caso de que el paciente presente algún tipo de complicación	<b>D</b>	<b>A</b>
7.2.1.3	El personal de apoyo (no sanitario) y colaborador en el tratamiento ambulatorio, debe ser informado de los principales síntomas de abstinencia grave, que requieran la atención sanitaria urgente	<b>D</b>	<b>A</b>
7.2.1.4	<b>Se recomienda la realización de la desintoxicación en un centro especializado cuando:</b> no haya persona responsable de la supervisión del tratamiento (excepto en los casos leves), existan antecedentes de delirium o de convulsiones, ha fracasado la desintoxicación ambulatoria, existe patología orgánica o psiquiátrica grave, aparezca durante la desintoxicación de un síndrome de abstinencia grave a pesar de haber tomado el tratamiento	<b>IV</b>	<b>A</b>
7.2.1.5	<b>EL síndrome de abstinencia con delirium</b> requiere el ingreso del paciente en un centro hospitalario, para ser tratado en un servicio de medicina interna o en una unidad específica	<b>IV</b>	<b>A</b>

## 7.2.2 TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS

	Recomendaciones	NE	GR
7.2.2.1	Existe evidencia científica de que las benzodiazepinas son eficaces en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. Además, son los fármacos sobre los que existe más información procedente de ensayos clínicos	<b>II</b>	<b>A</b>
7.2.2.2	Ningún otro fármaco ha demostrado superioridad sobre las benzodiazepinas en el tratamiento del síndrome de abstinencia	<b>III</b>	<b>B</b>
7.2.2.3	Pautadas de forma precoz, previenen el desarrollo de crisis epilépticas y del delirium tremens	<b>II</b>	<b>A</b>
7.2.2.4	Todas las benzodiazepinas parecen controlar los síntomas y los signos de la abstinencia de forma similar	<b>III</b>	<b>A</b>
7.2.2.5	Las benzodiazepinas de acción prolongada previenen mejor la aparición de crisis epilépticas y proporcionan un curso clínico de la abstinencia sin altibajos	<b>II</b>	<b>B</b>
7.2.2.6	En <b>ancianos</b> , en pacientes con enfermedad hepática grave o cuando debe evitarse una sedación excesiva, son de elección las benzodiazepinas de vida media corta o intermedia	<b>IV</b>	<b>C</b>

7.2.2.7	Son los fármacos de elección en el tratamiento del <b>delirium tremens</b> y cuando hay crisis comiciales	II	B
7.2.2.8	Es escasa la evidencia que existe respecto a varios subgrupos de pacientes que, habitualmente han sido excluidos de los estudios: los mayores de 60 años, pacientes con crisis o <i>status</i> epiléptico, enfermedad hepática significativa, comorbilidad asociada y delirium tremens	IV	D
7.2.2.9	El <b>programa de tratamiento según la intensidad de los síntomas</b> , medidos mediante la escala CIWA-Ar, disminuye la necesidad de medicación sedante y la duración del tratamiento. No influye en las complicaciones ni en la mortalidad	II	A
7.2.2.10	Existe alguna evidencia que sugiere que la pauta basada en los síntomas también sería útil en <b>pacientes con comorbilidad asociada</b> y que podría prevenir el desarrollo de delirium tremens	III	C
7.2.2.11	Si se dispone de personal de enfermería entrenado en la utilización de la escala CIWA-Ar, se recomienda la utilización de <b>la pauta basada en los síntomas</b>	III	B
7.2.2.12	En caso de no disponer de personal entrenado en la aplicación de la escala CIWA-Ar, se recomienda el <b>programa de tratamiento fijo con dosis adicionales en función de la clínica</b>	IV	A

### 7.2.2.1 PAUTAS DE DOSIFICACIÓN

Las benzodiacepinas pueden administrarse siguiendo tres pautas diferentes:

1. **Pauta según la gravedad de los síntomas.** Se administran benzodiacepinas siguiendo un esquema de tratamiento según la puntuación obtenida en la escala CIWA-Ar. **Es la pauta recomendada en caso de disponer de personal suficiente y entrenado en la aplicación de la escala. Ver el Anexo VII.**
2. **Pauta de dosis fija.** Las benzodiacepinas se administran con un intervalo posológico fijo durante 4 a 7 días. Posteriormente, las dosis se reducen un 25% diario según el grado de control de los síntomas. Los pacientes deben ser vigilados y recibir medicación adicional cuando lo requiera la situación clínica. **La mayoría de trabajos emplean esta pauta y es la recomendada en caso de no disponer de personal suficiente o entrenado en la aplicación de escalas. Ver el Anexo VIII.**
3. Pauta con dosis de carga. Se administran benzodiacepinas a dosis altas al inicio de la abstinencia a intervalos frecuentes hasta que se controlen los síntomas o aparezca sedación excesiva, previa valoración clínica del paciente antes de cada dosis. Esta pauta ha demostrado su eficacia en el tratamiento del delirium.

### 7.2.2.2 CONTRAINDICACIONES

1. Hipersensibilidad a las benzodiacepinas
2. Miastenia gravis
3. Insuficiencia respiratoria severa
4. Insuficiencia hepática severa
5. Síndrome de apnea del sueño
6. Hipercapnia crónica severa

7. Glaucoma de ángulo estrecho
8. Lactancia

#### 7.2.2.3 ALGUNOS EFECTOS SECUNDARIOS A VIGILAR:

1. Astenia y debilidad muscular
2. Sedación, somnolencia
3. Ataxia, confusión, mareos
4. Amnesia anterógrada
5. Reacciones paradójicas: irritabilidad, agitación, agresividad, pesadillas, delirio, alucinaciones, insomnio de rebote
6. Dependencia
7. Disartria
8. Visión borrosa, diplopia

#### 7.2.2.4 ANTÍDOTO

En caso de sobredosificación o intoxicación con benzodiazepinas se puede utilizar el antídoto Flumacenilo en bolos de 0,2-0,3 mg/iv. Dosis máxima de 1mg.

#### 7.2.3 TRATAMIENTO CON CLOMETIAZOL

	Recomendaciones	NE	GR
7.2.3.1	El clometiazol es superior al placebo y similar a las benzodiazepinas en el control de los síntomas de abstinencia leves a moderados	III	A
7.2.3.2	Se puede considerar como la segunda opción de tratamiento, porque tiene menor margen de seguridad que las benzodiazepinas, se asocia a mayor riesgo de dependencia y existen pocos estudios sobre él	IV	C
7.2.3.3	No debe prescribirse a pacientes que continúen bebiendo	II	A
7.2.3.4	Para prevenir la dependencia, no se recomiendan pautas de tratamiento superiores a 10 días	IV	C
7.2.3.5	No se ha demostrado que prevenga las crisis comiciales	III	C

#### 7.2.3.1 CONTRAINDICACIONES

1. Hipersensibilidad
2. Insuficiencia respiratoria severa
3. Pacientes con dependencia al alcohol que siguen bebiendo

#### 7.2.3.2 ALGUNOS EFECTOS SECUNDARIOS A TENER PRESENTES:

1. Prurito nasal con estornudos
2. Irritación conjuntival
3. Aumento de las secreciones nasofaríngeas y bronquiales
4. Cefalea
5. Reacciones paradójicas (raro)
6. Dependencia

## 7.2.4 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON OTROS FÁRMACOS

	Recomendaciones	NE	GR
7.2.4.1	La utilización de <b>neurolépticos</b> se recomienda únicamente en pacientes con agitación marcada, alucinaciones o ideas delirantes como adyuvantes a las benzodiacepinas, ej., 1-2 ampollas de haloperidol/iv	IV	C
7.2.4.2	Los <b>neurolépticos</b> son menos efectivos que las benzodiacepinas en el prevención del delirium tremens y de las crisis comiciales (la mayor parte de los neurolépticos descienden el umbral epileptógeno)	I	A
7.2.4.3	No deben ser utilizados como primera línea de tratamiento y al descender el umbral epileptógeno, se desaconseja su uso en monoterapia.	I	A
7.2.4.4	La <b>tiaprida</b> es un neuroléptico atípico con propiedades ansiolíticas que no desciende el umbral epileptógeno. Las dosis utilizadas oscilan entre 200 y 800 mg./día (en 3 tomas)	D	C
7.2.4.5	<b>Se evitará la utilización de neurolépticos en caso de haber antecedentes de síndrome neuroléptico maligno</b>	D	A
7.2.4.6	No se dispone de suficiente evidencia científica para la utilización de <b>anticomiciales</b> en el síndrome de abstinencia	III	C
7.2.4.7	Se recomienda la administración de <b>tiamina (200-300 mg/d) o un complejo de vitaminas B</b> , a todos los pacientes durante el tratamiento del síndrome de abstinencia, para prevenir la aparición de la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. En algunos casos con daño neurológico, la vitaminoterapia se deberá mantener durante un periodo más prolongado	D	C
7.2.4.8	En caso de problemas en la absorción intestinal la tiamina se administrará por vía im o iv/ 100 mg./d/durante al menos tres días	D	B
7.2.4.9	Se recomienda el empleo de <b>magnesio oral o por vía parenteral</b> en los casos que se compruebe la existencia de hipomagnesemia. Dosis de 250 a 500 mg/vo/6 horas ó 1 gr/iv/6-12 horas/durante 48 horas.	C	B

### 7.2.3.3 ALGUNOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS NEUROLÉPTICOS A TENER PRESENTES:

1. Síndrome neuroléptico maligno
2. Distonias musculares agudas
3. Discinesias tardías
4. Parkinsonismo farmacológico
5. Galactorrea, amenorrea
6. Hipotensión
7. Retención urinaria, estreñimiento y alteración de la agudeza visual
8. Alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y tendencia a la elevación del peso

## 7.2.5 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN SITUACIONES ESPECIALES

Desintoxicación en ancianos y en algunos tipos de comorbilidad.

	Recomendaciones	NE	GR
7.2.5.1	Existen estudios observacionales que sugieren que la abstinencia en ancianos tiene un curso clínico más severo y con mayor tendencia a la aparición de complicaciones	III	B
7.2.5.2	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y seguridad de las benzodiazepinas, el clometiazol, la carbamazepina ni de otros fármacos en ancianos, dado que habitualmente los pacientes mayores de 60 años son excluidos de los ensayos clínicos	IV	D
7.2.5.3	Se aconseja el uso de loracepam y oxacepam en <b>ancianos y en pacientes con hepatopatías</b> , por tener vida media corta y no precisar oxidación hepática	IV	B
7.2.5.4	Se recomienda la reevaluación clínica a la hora siguiente a cada dosis, a fin de evitar el rebote de los síntomas de abstinencia y para vigilar los riesgos asociados al uso de benzodiazepinas de acción corta (sedación excesiva, deterioro cognitivo, reacciones paradójicas..)	IV	C
7.2.5.5	En ancianos desaconseja el tratamiento de pauta fija con benzodiazepinas de vida media larga, por riesgo de sobredosificación y de deterioro funcional cognitivo, salvo en casos con antecedentes de abstinencia grave o de crisis comiciales	IV	C
7.2.5.6	Se pueden utilizar los neurolépticos clásicos con los mismos criterios que en la población general (la prescripción de la mayor parte de los neurolépticos atípicos en mayores de 75 años, necesita el visado previo de la Inspección de Prestaciones Sanitarias y no tienen indicaciones aprobadas para tratar el síndrome de abstinencia)	IV	C
7.2.5.7	Existen estudios de cohortes bien realizados mitológicamente que señalan que la existencia de enfermedad médica aguda y/o enfermedad hepática, se asocia a mayor riesgo de desarrollar delirium y de complicaciones durante el ingreso, así como mayor severidad de los síntomas de abstinencia	III	B
7.2.5.8	Se aconseja tratar de forma precoz la abstinencia en pacientes con patología somática aguda y/o hepatopatías, para intentar prevenir las complicaciones	IV	C
7.2.5.9	Se aconseja restringir el empleo de betabloqueantes a pacientes con enfermedad coronaria y aquellos con hiperactividad autonómica severa que no se controla con benzodiazepinas	IV	C
7.2.5.10	Los pacientes con <b>alcoholismo y problemas de ansiedad o depresión</b> asociados, lo primero a tratar es la dependencia al alcohol (una vez iniciada la desintoxicación ya se puede empezar a tratar la comorbilidad psíquica)	IV	B

7.2.5.11	Los pacientes con <b>dependencia alcohólica y trastornos psicóticos</b> , se deben iniciar y/o mantener ambos tratamientos de forma simultánea. En caso de padecer trastornos psicóticos previos al inicio del consumo de alcohol, se debe mantener el tratamiento antipsicótico aunque todavía persista el consumo de alcohol	IV	B
7.2.5.12	Las recomendaciones respecto a la tiamina y al magnesio, son las mismas que las sugeridas para la población general	IV	D

## 7.2.6 CUIDADOS GENERALES DE LA SALUD DURANTE LA DESINTOXICACIÓN

Además de los tratamientos farmacológicos para controlar el síndrome de abstinencia y las posibles complicaciones, se deben realizar una serie de observaciones, supervisiones y cuidados generales durante la desintoxicación. Para ello es fundamental contar con la intervención de personal enfermero, tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario.

Siguiendo la Taxonomía NANDA-NOC-NIC se especifican algunas de las intervenciones y cuidados más habituales durante la desintoxicación de pacientes alcohólicos. Estos sistemas de clasificación pueden facilitar la sistematización de las intervenciones así como el registro de las mismas de forma codificada.

NANDA (Nursing Diagnosis: Definitions & Classification), se trata de un lenguaje enfermero que cumple los criterios establecidos por la American Nurses Association (ANA), para los diagnósticos de enfermería.

NOC (Nursing Outcomes Classification), es la clasificación de resultados de enfermería.

NIC (Nursing Interventions Classification), es el registro codificado de intervenciones de enfermería.

**Tabla 13. Cuidados e intervenciones enfermeros frecuentes durante la desintoxicación**

RIESGOS O PROBLEMAS DETECTADOS	INTERVENCIONES Y RESULTADOS A CONSEGUIR
Desequilibrio de la temperatura corporal	Monitorización de los signos vitales Regulación de la temperatura
Déficit de volumen de líquidos	Hidratación Manejo de líquidos
Desequilibrio nutricional	Control de peso Estado nutricional Manejo de la nutrición
Deterioro del patrón de sueño	Mejorar el sueño
Trastorno de la percepción sensorial, ej., ilusiones, alucinaciones	Manejo de percepciones ilusorias y alucinaciones



Trastornos de los procesos de pensamiento y conciencia	Estado de conciencia, identidad, memoria, orientación cognitiva y toma de decisiones Control de pensamiento distorsionado
Riesgo de lesión	Prevención de caídas Manejo ambiental
Incumplimiento del tratamiento	Conducta de cumplimiento Enseñanza de medicamentos prescritos Ayuda en la modificación de sí mismo
Déficit de autocuidados	Ayuda en los autocuidados (baño/higiene) Autocuidados de la vida diaria
Riesgo de violencia autodirigida	Control de los impulsos Autocontrol del suicidio
Riesgo de violencia dirigida a otros	Autocontrol de la conducta abusiva Control de impulsos Control de la agresión

Los cuidados estandarizados a seguir durante la fase desintoxicación, se deberán establecer de forma individualizada, según la gravedad del paciente y según el contexto donde se realice la desintoxicación (ambulatoria u hospitalaria). En función de lo anterior, también puede ser necesario el manejo por el personal enfermero de alguna escala de valoración del síndrome de abstinencia, por ej., la CIWA-Ar para poder realizar algunas de las pautas farmacológicas de desintoxicación.

### **7.3 TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN**

**Los principales objetivos que se intentan conseguir mediante la deshabituación son:**

1. Mantener la abstinencia a medio y largo plazo
2. Prevenir recaídas
3. Potenciar y desarrollar el funcionamiento responsable
4. Desarrollar hábitos personales y habilidades sociales sin alcohol
5. Fomentar el desarrollo personal

**El proceso de la deshabituación necesita la combinación de varios tipos de intervenciones de forma estructurada:**

1. Farmacológicas
2. Psicosociales
3. Familiares o núcleo de convivencia y de apoyo
4. Intervenciones sociales
5. Grupos de autoayuda



## 7.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### 7.3.1.1 FÁRMACOS INTERDICTORES DEL ALCOHOL O ANTIDIPSOTRÓPICOS

Son fármacos que bloquean el metabolismo del alcohol mediante la **inhibición de la aldehído-deshidrogenasa, lo cual favorece la acumulación de acetaldehído que provoca aparición de síntomas tales como** náuseas, taquicardia, mareo-vértigo, sudoración profusa, rubefacción facial, visión borrosa, cefalea, hipotensión ortostática y sensación de dificultad respiratoria. Los síntomas pueden aparecer a los 10-20 minutos de haber consumido alcohol. Su intensidad es proporcional a la dosis del fármaco y a la cantidad de alcohol ingerido. En los casos más graves se puede complicar con insuficiencia respiratoria, arritmia, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, convulsiones e incluso la muerte.

La acción terapéutica de estos fármacos se basa en evitar el consumo de alcohol por temor a los efectos desagradables que pueden aparecer en caso de beber alcohol después de haber tomado el tratamiento aversivo.

	Recomendaciones	NE	GR
7.3.1.1.1	El paciente debe ser informado de los efectos e interacciones del fármaco prescrito con el alcohol, antes de iniciar el tratamiento, el cual debe ser aceptado por el mismo de forma voluntaria	IV	A
7.3.1.1.2	Se recomienda contar con el consentimiento informado	IV	B
7.3.1.1.3	El tratamiento no debe iniciarse hasta que hayan transcurrido al menos 12 horas (12 a 24 horas) desde la última ingesta de alcohol	IV	C
7.3.1.1.4	Pese al uso frecuente y prolongado de este tipo de tratamiento, son pocos los estudios que valoran su eficacia. Por ello, resulta difícil establecer recomendaciones basadas en evidencias sólidas	IV	D
7.3.1.1.5	El cuadro clínico que se desencadena en caso de consumo de alcohol tras la toma de medicación interdictora, habitualmente no necesita tratamiento y remite de forma espontánea.	IV	A
7.3.1.1.6	En los casos de reacción grave por consumo de alcohol tras la toma de medicación interdictora, se recomienda la administración de un antihistamínico oral, ej., dexclorfeniramina (8-12 mg/día), y si la reacción es muy grave puede necesitar la administración de corticoides intravenosas y el traslado a un centro hospitalario	IV	C
7.3.1.1.7	La <b>cianamida cálcica</b> es un <b>inhibidor reversible</b> de la aldehído-deshidrogenasa, que se administra cada 12 horas, en <b>dosis de 36 a 75 mg/día (12 a 25 gotas)</b> . La dosis máxima recomendada es de 150 mg./día.	IV	C

7.3.1.1.8	El <b>disulfiram</b> es un <b>inhibidor irreversible</b> de la aldehído-deshidrogenasa. Su efecto puede durar hasta 7 días, dependiendo de la idiosincrasia de cada paciente. La <b> dosis recomendada</b> es de 250 mg/día (máximo de 500 mg/d), de mantenimiento se utilizan de 125 a 250 mg./día.	IV	B
7.3.1.1.9	Dentro de este grupo de fármacos se <b>recomienda como primera opción terapéutica, la cianamida</b> por tener menos contraindicaciones y menos efectos secundarios que el disulfiram, aunque la potencia interdictora pueda ser de menor duración	IV	A
7.3.1.1.10	En tratamientos prolongados con cianamida cálcica se debe controlar la función tiroidea, y es aconsejable evaluar clínicamente al paciente, como mínimo cada seis meses	IV	A
7.3.1.1.11	En los pacientes con tratamientos prolongados con cianamida cálcica o disulfiram, también se debe vigilar la función hepática, especialmente en caso de tener hepatopatía previa	IV	B
7.3.1.1.12	Se recomienda la colaboración de algún familiar o persona de confianza del paciente para supervisar la toma de la medicación, para mejorar el cumplimiento del tratamiento	IV	C

En la **Tabla 14** se especifican algunas de los fármacos interdictos más usados en nuestro medio.

**Tabla 14. Características de los fármacos interdictos**

	<b>CIANAMIDA</b>	<b>DISULFIRAM</b>
<b>CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIPERSENSIBILIDAD</li> <li>• ENFERMEDAD CARDIACA</li> <li>• INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE</li> <li>• INSUFICIENCIA RENAL GRAVE</li> <li>• PRECOMA HEPÁTICO</li> <li>• EMBARAZO</li> <li>• INCAPACIDAD PARA SEGUIR EL TRATAMIENTO</li> <li>• TRASTORNOS GRAVES DE PERSONALIDAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIPERSENSIBILIDAD</li> <li>• PSICOSIS</li> <li>• DEPRESIÓN</li> <li>• TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD</li> <li>• CIRROSIS</li> <li>• ENFERMEDAD CARDIACA</li> <li>• EMBARAZO</li> <li>• INCAPACIDAD PARA SEGUIR EL TRATAMIENTO</li> <li>• INSUFICIENCIA RESPIRATORIA/ASMA</li> <li>• INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA</li> <li>• HEPATITIS AGUDA</li> <li>• NEUROPATÍA</li> <li>• HIPERTENSIÓN</li> <li>• ANTECEDENTES DE ACV</li> </ul>
<b>CONTRAINDICACIONES RELATIVAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIRROSIS</li> <li>• DEPRESIÓN</li> <li>• DIABETES</li> <li>• ENFERMEDAD TIROIDEA</li> <li>• EPILEPSIA</li> <li>• INSUFICIENCIA RESPIRATORIA/ASMA</li> <li>• INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA</li> <li>• HEPATITIS AGUDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIABETES</li> <li>• EPILEPSIA</li> <li>•</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NEUROPATÍA</li> <li>• PSICOSIS</li> </ul>	
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS GRAVES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEPRESIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA (RARO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HEPATITIS TÓXICA (puede aparecer a los 2 ó 3 meses de haber iniciado el tratamiento)</li> <li>• NEURITIS ÓPTICA</li> <li>• COLESTASIS HEPÁTICA</li> <li>• EXACERBACIÓN DE PSICOSIS</li> </ul>
<b>OTROS EFFECTOS SECUNDARIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TINNITUS</li> <li>• ELEVACIÓN TRANSITORIA DE LOS LEUCOCITOS</li> <li>• FATIGA, SOMNOLENCIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASTENIA</li> <li>• SOMNOLENCIA</li> <li>• TRASTORNOS SEXUALES</li> </ul>
<b>INCOMPATIBILIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FÁRMACOS DE NATURALEZA ALDEHÍDICA, ej., paraldehído derivados del cloral</li> <li>• USO CONJUNTO CON OTROS INHIBIDORES DE LA ALDEHÍDO-DESHIDROGENASA, ej., metronidazol</li> <li>• EL TRATAMIENTO CON DISULFIRAM deberá suprimirse 10 días antes de empezar a tomar la cianamida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede inhibir el metabolismo hepático de otros fármacos e incrementar sus efectos clínicos y secundarios, ej., difenilhidantoina, isoniacida, metronidazol, perfenazina...</li> </ul>

**Fuente:** Modificado de Informe sobre Alcohol de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas<sup>3</sup>, 2007.

### 7.3.1.2 FÁRMACOS INHIBIDORES DEL DESEO DE BEBER (FÁRMACOS *ANTICRAVING*)

Los pacientes con dependencia alcohólica pueden presentar deseo intenso o necesidad de beber alcohol (*craving*), que puede dar lugar a la búsqueda y consumo de alcohol, con pérdida de control tras iniciar la ingesta (*priming*).

La disminución de los deseos de consumir alcohol así como la pérdida de control que se produce tras iniciar la ingesta de alcohol, es uno de los campos prioritarios para la investigación de nuevos fármacos. Actualmente, las mayores evidencias se centran en la naltrexona y en el acamprosato. No obstante, se están realizando estudios con otros fármacos, especialmente con los nuevos anticomiciales, aunque las evidencias todavía no son suficientes para establecer conclusiones firmes.

Recomendaciones		NE	GR
7.3.1.2.1	En caso de usar fármacos <i>anticraving</i> se recomienda que el periodo de tratamiento sea superior a tres meses (hasta uno o dos años), con revisiones periódicas y ajustes según la evolución	IV	C

7.3.1.2.2	El <b>acamprosato</b> es un fármaco seguro, bien tolerado y se ha mostrado más eficaz que el placebo en la mayor parte de los ensayos clínicos (reduce el consumo de alcohol y disminuye las recaídas en periodos de seguimiento de seis a doce meses). Las <b> dosis recomendadas</b> son de 1.332 a 1.998 mg./día (4 a 6 comprimidos repartidos en tres tomas)	II	B
7.3.1.2.3	La <b>naltrexona</b> es útil en la disminución del consumo de alcohol y en la prevención de recaídas. Los ensayos clínicos avalan los beneficios a corto plazo (seguimientos de 12 semanas), siendo pocos los ensayos publicados con seguimientos a largo plazo. La <b> dosis recomendada</b> es de 50 mg./día, en una toma	II	B
7.3.1.2.4	<b>Antes de iniciar la administración de naltrexona</b> se debe descartar el consumo reciente de opiáceos o que el paciente tenga prescrito algún tratamiento con opiáceos. La naltrexona es un antagonista no selectivo de acción prolongada sobre los receptores de opiáceos	IV	A
7.3.1.2.5	En casos de hepatopatía grave, la naltrexona no puede ser metabolizada y pierde eficacia, no estando justificada su utilización	IV	C
7.3.1.2.6	No hay evidencias que avalen mejores resultados con la asociación de acamprosato y de naltrexona, respecto a la utilización de cada uno de ellos por separado	III	C
7.3.1.2.7	Algunos fármacos anticomiciales podrían ser útiles para disminuir el <i>craving</i> , pero la evidencia es insuficiente para establecer recomendaciones sólidas. Un ensayo clínico controlado apoya la efectividad del topiramato	II	C
7.3.1.2.8	Cuando existe comorbilidad de tipo depresivo o ansioso, pueden utilizarse antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina	IV	D

**Tabla 15. Características de los fármacos *anticraving***

	<b>ACAMPROSATO</b>	<b>NALTREXONA</b>
<b>CONTRAINDICACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidad al fármaco</li> <li>Insuficiencia hepática severa</li> <li>Insuficiencia renal</li> <li>Embarazo (falta de estudios) y lactancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipersensibilidad al fármaco</li> <li>Hepatitis aguda</li> <li>Insuficiencia hepática moderada o severa</li> <li>Dependencia activa de opiáceos</li> <li>Pacientes en tratamiento con opiáceos</li> <li>Embarazo y lactancia</li> </ul>
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poco frecuentes y no suelen ser graves</li> <li>Náuseas, vómitos, dolor abdominal</li> <li>Prurito, erupción máculo-papular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Náuseas, vómitos</li> <li>Cefalea, vértigo</li> <li>Ansiedad y alteración del sueño</li> <li>Algias musculares y articulares</li> <li>Diarrea/estreñimiento</li> <li>Eyaculación retardada y disminución de la potencia sexual</li> <li>Alteración de la función hepática (ocasionalmente)</li> </ul>

### 7.3.2 TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

El **abordaje psicosocial** es uno de los componentes fundamentales del tratamiento del alcoholismo. Sus **objetivos principales** se centran en:

- Mantener la adherencia terapéutica
- Prevenir recaídas
- Prevenir o disminuir las conductas de riesgo (auto y/o heterodestructivas), asociadas al alcoholismo
- Potenciar el desarrollo personal en competencias, funcionamiento responsable y nivel de autonomía
- Mejorar la convivencia e integración social del paciente
- Disminuir la comorbilidad psíquica

	Recomendaciones	NE	GR
7.3.2.1	Existen evidencias y consensos que apoyan los <b>abordajes multidisciplinares</b> , que integran las dimensiones biológica, psicológica y social, para obtener mejores resultados que los conseguidos con intervenciones aisladas desde cualquiera de los distintos tipos de abordajes	IV	A
7.3.2.2	No se dispone de suficiente evidencia para la validación empírica incontestable de cualquiera de los abordajes psicológicos, de forma que se pueda establecer de forma unívoca la indicación o el orden de prioridad de los distintos tipos de terapias. Por ello, se citan algunas de las terapias más recomendadas y con mayor grado de evidencia	IV	C
7.3.2.3	La terapia de <b>intervención motivacional</b> es eficaz para el tratamiento de la <b>dependencia leve</b> de alcohol y muestra una relación coste-eficacia superior a otras técnicas	II	B
7.3.2.4	En el tratamiento del alcoholismo es altamente recomendable la <b>inclusión de la pareja</b> , puesto que parece mejorar los resultados en el consumo. Parece especialmente indicado en aquellos casos en que la relación aparece deteriorada o no existen habilidades de comunicación. Dos de las técnicas más utilizadas son la <b>terapia conductual de pareja y la terapia familiar</b> .	II	B
7.3.2.5	En los casos que no se realice indicación de terapia de pareja o terapia familiar, es muy importante contar con al menos algún colaborador o supervisor del tratamiento	IV	B
7.3.2.6	El <b>entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento</b> (tratamiento cognitivo-conductual), incrementa la eficacia de las intervenciones cuando forma parte de programas más amplios, especialmente en pacientes con <b>dependencia leve sin deterioro cognitivo o social grave</b>	II	B
7.3.2.7	De modo general, las técnicas cognitivo-conductuales se muestran útiles para detectar situaciones de riesgo, para dotarse de estrategias de afrontamiento, para modificar cogniciones desadaptadas, así como para prevenir recaídas	IV	D

7.3.2.8	El <b>abordaje de refuerzo comunitario</b> se puede utilizar para reducir el consumo de alcohol y mejorar el funcionamiento de pacientes con alcoholismo severo	C	C
7.3.2.9	La <b>terapia psicodinámica</b> puede estar indicada en algunos casos, aunque se dispone de menos datos de evaluación	IV	C
7.3.2.10	La <b>terapia grupal</b> obtiene resultados similares a las técnicas psicoterapéuticas individuales y mejora la adherencia al tratamiento y la relación coste-eficacia. Uno de los modelos más utilizados es el de grupo de discusión libre	C	B

En las **Tablas 16 y 17** se citan los tratamientos psicosociales más recomendados según algunos autores y grupos de consenso.

**Tabla 16. Tratamientos psicosociales con mayor evidencia (Miller y cols., 2002)<sup>6</sup>**

<b>Intervenciones breves (abordaje motivacional)</b>
<b>Entrenamiento en habilidades sociales</b>
<b>Abordaje de refuerzo comunitario</b>
<b>Contrato conductual</b>
<b>Terapia conductual de pareja</b>
<b>Case management</b>

**Fuente:** Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo (Socidrogalcohol, 2007)<sup>7</sup>

**Tabla 17. Recomendaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)<sup>8</sup>, 2005**

<b>CONTRAINDICACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al fármaco</li> <li>• Insuficiencia hepática severa</li> <li>• Insuficiencia renal</li> <li>• Embarazo (falta de estudios) y lactancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al fármaco</li> <li>• Hepatitis aguda</li> <li>• Insuficiencia hepática moderada o severa</li> <li>• Dependencia activa de opiáceos</li> <li>• Pacientes en tratamiento con opiáceos</li> <li>• Embarazo y lactancia</li> </ul>
---------------------------	--	--

### 7.3.3 CUIDADOS DURANTE LA FASE DE DESHABITUACIÓN

Siguiendo la Taxonomía NANDA-NOC-NIC de forma similar a los establecido en el punto 7.2.6 para la desintoxicación, se puede disponer de una serie de intervenciones complementarias que apoyen y potencien las capacidades del paciente para conseguir la deshabituación.

Estas intervenciones pueden tener especial importancia, cuando se disponga de personal enfermero, en el abordaje comunitario.

En la **Tabla 18** se exponen algunas de las intervenciones que pueden ser de utilidad y de apoyo a la deshabituación, integrándolas con el resto de intervenciones.

**Tabla 18. Cuidados e intervenciones enfermeros frecuentes durante la fase de deshabitación**

<b>RIESGOS O PROBLEMAS DETECTADOS</b>	<b>INTERVENCIONES Y RESULTADOS A CONSEGUIR</b>
Baja autoestima crónica	Potenciación de la autoestima
Ansiedad	Disminución de la ansiedad Superación de problemas
Adaptación y tolerancia al estrés	Elaboración de la información Superación de problemas Toma de decisiones Ejecución del rol
Trastornos de los procesos de pensamiento	Estimulación cognoscitivas Elaboración de la información
Afrontamiento inefectivo	Autocontrol de los impulsos Afrontamiento de problemas
Deterioro de la interacción social	Interacción con los miembros de la familia Relaciones con los demás Habilidades sociales
Aislamiento social	Potenciación de la socialización
Déficit de actividades recreativas	Participación en actividades de ocio Terapia con juegos

Estos cuidados e intervenciones tienen carácter de orientación general, pueden ser adaptados o ampliados según los casos y según el programa específico que se esté desarrollando donde se deben especificar qué intervenciones se desarrollarán, durante la fase de la deshabitación.

### **7.3.4 LUGAR DE LA DESHABITUACIÓN**

La mayor parte de los tratamientos de deshabitación alcohólica se realizan de forma ambulatoria. En algunos casos se necesita el ingreso en centros terapéuticos durante alguna de las fases de la deshabitación.

Cuando la deshabitación ambulatoria ha fracasado o no es posible realizarla en el medio comunitario, es necesario el ingreso del paciente en un centro especializado. Centros con amplia experiencia en la deshabitación y con amplia implantación en nuestra Comunidad, son las Comunidades Terapéuticas.

Las **Comunidades Terapéuticas** son centros residenciales, libres de drogas que usan un modelo de tratamiento por etapas con niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza tanto los abordajes de terapeutas como la influencia entre compañeros, a través de una variedad de procesos de grupo.

**Los objetivos de la deshabitación en Comunidad Terapéutica son:**

1. Mantener la abstinencia en el consumo de alcohol.
2. Desarrollo personal con asunción progresiva de responsabilidades cada vez mayores.



3. Aprender o restablecer un funcionamiento, habilidades, actitudes y valores asociados a convivir en una sociedad.
4. Reincorporación del paciente al medio social, con un funcionamiento responsable, con mayor autonomía personal y libre de drogas.

**En el Principado de Asturias**, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, a través de la Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias, tiene concertadas plazas para deshabitación de pacientes con trastornos adictivos (incluido el alcoholismo), en al menos cuatro Comunidades Terapéuticas:

1. **APTAS**
2. **ARAI**S
3. **Proyecto Hombre**
4. **Spiral**
5. **La Santina**

Para acceder a las Comunidades Terapéuticas con plazas concertadas, el usuario lo puede hacer de forma directa o derivado desde los servicios sanitarios. Para ser remitido desde los Centros de Salud Mental existen protocolos oficiales de derivación y de coordinación que se deberán cumplir tanto por los servicios sanitarios como por las comunidades terapéuticas de forma recíproca.

## 7.4 INTERVENCIÓN SOCIAL

La intervención social es uno de los tres elementos considerados fundamentales para el abordaje multidisciplinar de las adicciones, junto con los abordajes biológicos y psicosociales.

Diversos factores y condiciones sociales pueden influir como factores de riesgo o factores favorecedores del consumo de alcohol. Además, el alcoholismo se acompaña frecuentemente con graves alteraciones en el funcionamiento individual, familiar y social de los pacientes con alto riesgo de exclusión o de marginalidad social.

Entre las **situaciones de alto riesgo social**, para valorar la necesidad de intervención y apoyo social en pacientes y familias con problemas de alcoholismo, se deben considerar de especial interés y prioridad, las siguientes:

1. Deterioro en la convivencia y situación sociofamiliar. Especialmente en lo relacionado con los hijos menores de edad (trato, cuidados, escolarización, etc.).
2. La existencia de situaciones de abandono, abusos o violencia en el medio familiar.
3. La falta de recursos socioeconómicos, especialmente respecto a la cobertura de las necesidades básicas, al empleo y alojamiento.
4. La ausencia de una red social de apoyos.
5. Ausencia o mal uso del tiempo libre y de ocio.

En las recomendaciones se incluyen las situaciones en las que se considera más necesaria la intervención social.



	<b>Recomendaciones</b>	<b>NE</b>	<b>GR</b>
<b>7.3.3.1</b>	Cuando relacionado con el alcoholismo exista un deterioro familiar, especialmente si repercute de forma directa en la mujer o hijos menores	<b>I</b>	<b>A</b>
<b>7.3.3.2</b>	Pacientes con alcoholismo que viven solos	<b>II</b>	<b>B</b>
<b>7.3.3.3</b>	Pacientes con problemas económicos y en situación de paro laboral	<b>II</b>	<b>B</b>
<b>7.3.3.4</b>	Cuando solicita información y asesoramiento sobre recursos (asistenciales, formativos, laborales, alojamiento, ocio y tiempo libre)	<b>III</b>	<b>C</b>
<b>7.3.3.5</b>	Cuando se necesita la coordinación entre diversos profesionales, actividades y servicios	<b>III</b>	<b>C</b>
<b>7.3.3.6</b>	Cuando se trabaja con grupos (pacientes, familias, grupos sociales más amplios...), en donde el trabajador social puede intervenir de forma individual o integrado en equipos terapéuticos	<b>II</b>	<b>B</b>

## **7.5 INFORMACIÓN Y APOYO A LA FAMILIA O AL GRUPO PRIMARIO DE CONVIVENCIA**

Durante todo el proceso del tratamiento, uno de los papeles fundamentales es desempeñado por la familia del paciente o el grupo primario de convivencia. Por ello, se deben tener presentes sus necesidades y sus posibilidades de apoyar y colaborar en el tratamiento del paciente.

En las **Tablas 19 y 20** se resumen algunas de las necesidades que tienen los familiares de pacientes con problemas de alcoholismo, así como las recomendaciones que frecuentemente se hacen a las mismas.

**Tabla 19. Resumen de algunas de las necesidades que tienen las familias de pacientes alcohólicos**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información y asesoramiento para entender el estado y funcionamiento del paciente.</li> <li>2. Una oferta y si es posible, un compromiso y acuerdo, que incluya al paciente y familia.</li> <li>3. Participar y colaborar en el tratamiento del paciente.</li> <li>4. Asistencia, si fuera preciso, a grupos de terapia familiar o grupos de autoayuda</li> <li>5. Entender que la recaída es siempre una posibilidad y que no significa la pérdida del caso, el éxito no siempre se consigue en los primeros intentos.</li> <li>6. Apoyo a nivel emocional para el desenvolvimiento en situaciones de tensión, de conflictividad o desconfianza.</li> <li>7. Apoyo para la toma de algunas decisiones de especial dificultad por generar temor, remordimientos o sentimientos de culpabilidad.</li> </ol>
--

### **Tabla 20. Resumen de algunas recomendaciones que suelen facilitarse a las familias**

1. Análisis conjunto de los problemas existentes y sus posibles soluciones.
2. Aclarar algunos de los tópicos y prejuicios sobre los beneficios derivados del consumo de alcohol. La información ha de ser real y creíble.
3. Diferenciar claramente entre el consumo moderado de alcohol por personas sin problemas de alcoholismo, del consumo, aunque sea en pequeñas cantidades, por un paciente con dependencia o daño por el alcohol.
4. Diferenciar el temor y desconfianza respecto al consumo de alcohol, del funcionamiento responsable del paciente cuando no ha ingerido alcohol.
5. En caso de compromiso familiar de supervisión del tratamiento farmacológico, seguimiento riguroso de las pautas fijadas, evitando la automedicación.
6. Durante la fase de desintoxicación en el domicilio, la familia debe ser informada de los principales síntomas de delirium y de las complicaciones más frecuentes durante esta fase.
7. Durante la fase de deshabitación con uso de medicación interdictora del alcohol, además del paciente, la familia debe ser informada de las interacciones de dicha medicación con el alcohol y de las pautas a seguir en caso de consumo de alcohol.
8. No abordar los problemas cuando el paciente llegue ebrio, se debe esperar a que esté sobrio.
9. Favorecer la comunicación en la familia.
10. Evitar la culpabilización de la familia por el consumo de alcohol del paciente, salvo en los casos en que abiertamente se incite o apoye el consumo del mismo.

### **7.6 GRUPOS DE AUTOAYUDA**

Se trata de grupos formados por los propios pacientes que actúan reforzando la decisión de no entrar en contacto con el alcohol. Aunque los distintos grupos difieren en algunos aspectos, se caracterizan por ser mixtos (hombres y mujeres) y porque su objetivo principal es que los miembros del grupo permanezcan abstinentes del alcohol, así como ayudar a otros alcohólicos a conseguir la sobriedad.

En la **Tabla 21** se exponen algunos de los objetivos de los Grupos de Autoayuda.

### **Tabla 21. Finalidades básicas de los grupos de autoayuda**

1. Motivación para el tratamiento
2. Colaborar en la rehabilitación reinserción del paciente
3. Prevención de recaídas
4. Apoyo a los pacientes en situación de recaída
5. Apoyo y orientación a la familia
6. Colaboración con los profesionales de los equipos asistenciales
7. Información y sensibilización social sobre los problemas relacionados con el alcoholismo

	Recomendaciones	NE	GR
8.1.1.	Aunque se ha intentado evaluar la eficacia de los grupos de autoayuda, diversos problemas metodológicos ha impedido una adecuada interpretación de los resultados y por ello no existe todavía consenso sobre su eficacia	IV	D
8.1.2.	Dado que el único requisito para ser miembro es el deseo de abandonar el consumo de alcohol y que para algunos pacientes y familiares, suponen un importante apoyo, se pueden incorporar como un elemento más en el proceso de deshabituación del paciente y de apoyo a la familia	IV	C
8.1.3.	Algunos estudios sugieren la efectividad de los abordajes basados en los 12 pasos, los cuales son encomendados por la Sociedad Americana de Psiquiatría	III	C
8.1.4.	<b>En Asturias</b> , los grupos de autoayuda más extendida y con delegaciones en todas la Áreas Sanitarias, son los de <b>Alcohólicos Anónimos</b> (basadas en los abordajes de los 12 pasos), <b>Al-Anon</b> (mismo tipo de grupo que Alcohólicos Anónimos centrado en los familiares de pacientes alcohólicos) y Alateen (hijos adolescentes de alcohólicos)	IV	C
8.1.5.	Otros grupos de autoayuda con diferente grado de implantación son Ex_Alcohólicos Españoles y Alcohólicos Rehabilitados,	IV	C

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat Editores, SA, 1989.
2. Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-IV-TR® . Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
3. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007.
4. Sociedad Gallega de Medicina Interna. Tratamiento hospitalario del síndrome de privación alcohólica. 2003. Disponible en: <http://www.meiga.info/guias/THSDA.pdf>
5. Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero M A, Flórez Menéndez G. Guía Clínica para el tratamiento del alcoholismo. Socidrogalcohol, Barcelona: 2007
6. Millar WR, Wilbourne PL: Mesa Grande: a methodological análisis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 2002; 97:265-277.
7. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Tratamiento de deshabituación. Socidrogalcohol, 2007: 85-114.
8. Asociación Americana de Psiquiatría. APA Work Group on Substance Use Disorders (2d. Edition). APA: 2005; p 89-100. (Available in [www.psych.org](http://www.psych.org)).
9. Jeffery DP, Ley A, Aclaren S, Siegfried N. Programas terapéuticos psicosociales para personas tento con enfermedades mentales graves como por abuso de sustancias (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2007:1. Oxford, Update LTd. Disponible en [www.update-software.com](http://www.update-software.com)

10. Coger P, Rowland N. Efectividad y cost-efectividad del asesoramiento psicosocial en atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007:1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en [www.update-software.com](http://www.update-software.com)
11. Jane F. Gilgun. The Four Cornerstones of Evidence-Based Practice in Social Work. Research on Social Work Practice, 2005. Disponible en <http://www.sagepublications.com>
12. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. Arch Intern Med. 2000. [PubMed-indexed for MEDLINE].
13. Ferri M, Armado L, Davoli M. Alcohólicos Anónimos y otros programas de 12 pasos para el alcoholismo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007:1. Oxford Update Ltd. Disponible en [www.update-software.com](http://www.update-software.com)
14. American Psychiatric Association. Treating substance use disorders. A quick reference guide. 2006. Disponible en: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/quick\\_ref\\_guide/SUD\\_QRG.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/SUD_QRG.pdf)
15. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. Edit. Elsevier España, 2005.
16. NOC. Clasificación de Resultados de Enfermería. 3ª Edic. Elsevier España, 2005.
17. NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Edit. Elsevier España, 2005.
18. Hollbrook A, Crowther R, Lotter A, et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. CMAJ 1999; 160: 649-655.
19. Mayo-Smith M. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline and evidence-based practice guideline. JAMA 1997; 278: 144-151.
20. Lohr RH. Treatment of alcohol withdrawal in hospitalized patients. Mayo Clin Proc 1995; 70: 777-782.

## 8. URGENCIAS RELACIONADAS CON EL ALCOHOL

En este apartado se abordan algunas de las patologías relacionadas con el consumo de alcohol que frecuentemente necesitan atención urgente. Además de las urgencias sanitarias, se debe tener siempre presente que asociadas con el alcohol se producen otras muchas situaciones de urgencia, principalmente de tipo social y de seguridad (en el tráfico, en el trabajo, de orden público...).

### 8.1. INTOXICACIÓN AGUDA

Se trata de estados, habitualmente de tipo transitorio (algunos pacientes presentan estados de intoxicación continuada), consecutivos a la ingesta de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas (CIE-10)<sup>1</sup>.

Ante un paciente con un episodio de **intoxicación aguda**, explorar sistemáticamente la posibilidad de que esté causada por más de una sustancia, incluidos los psicofármacos. En nuestro medio, es frecuente el policonsumo de sustancias psicoactivas, tales como alcohol, tabaco, cafeína, cannabinoides, cocaína, drogas de síntesis...

En los pacientes con adicción severa y **episodios frecuentes de intoxicación**, pueden llegar a estados de intoxicación continuada, los cuales **se acompañan frecuentemente de otras complicaciones**: desnutrición, hipoglucemia, traumatismos, procesos infecciosos, rabdomiólisis, crisis comiciales, alteraciones conductuales, delirium, encefalopatía, etc.

**Ante un episodio de intoxicación aguda, debemos valorar sobre todo:**

1. Riesgo vital
2. Nivel de conciencia y existencia de manifestaciones confusionales
3. Agitación y auto o heteroagresividad
4. Síntomas de tipo delirante o alucinatorio
5. Grado y tipo de intoxicación
6. Función cardio-respiratoria
7. Exploración neurológica básica
8. Existencia de lesiones externas e internas
9. Complicaciones: hipoglucemia, deshidratación, fiebre, descompensación de otras patologías (diabetes, hipertensión, insuficiencia respiratoria...), rabdomiólisis, broncoaspiración, hemorragias digestivas, etc.
10. En mujeres en edad fértil, considerar la posibilidad de embarazo

En la **Tabla 22** se resumen las manifestaciones clínicas de las intoxicaciones según el grado alcoholemia.

**Tabla 22. Manifestaciones clínicas de la intoxicación alcohólica**

<b>Nivel de alcoholemia (gr/l)</b>	<b>Clínica</b>
<b>Hasta 0,5</b>	Logorrea, inyección conjuntival, locuacidad. Afectación del control motor fino; euforia en las etapas iniciales. Deterioro de la facultad crítica, deterioro leve de las funciones cognitivas.
<b>0,5 – 1</b>	Deterioro moderado de las funciones cognitivas. Dificultad para grandes habilidades motoras Riesgo de accidentes de tráfico
<b>1 – 3</b>	Ataxia, disartria, diplopia, nistagmus. Deterioro mental y físico. Agresividad, excesiva euforia. Taquicardia, taquipnea y trastornos vasomotores. Náuseas y vómitos
<b>3 – 5</b>	Coma sin signos de focalidad. Hipotermia, hipotonía, midriasis bilateral hipo-reactiva, abolición de reflejos osteotendinosos. Bradycardia, hipotensión y depresión respiratoria.
<b>&gt; 5</b>	Muerte

Fuente: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas<sup>2</sup>, 2007.

	<b>Recomendaciones</b>	<b>NE</b>	<b>GR</b>
<b>8.2.1.</b>	Ante la sospecha de intoxicación aguda por alcohol, explorar la posibilidad de que esté causada por varias sustancias, incluidos los psicofármacos	<b>IV</b>	<b>D</b>
<b>8.2.2.</b>	En intoxicaciones agudas también se debe explorar la existencia de complicaciones orgánicas, psiquiátricas o traumáticas, especialmente en los casos de alteración de la conciencia	<b>IV</b>	<b>D</b>
<b>8.2.3.</b>	Toda intoxicación aguda en niños y adolescentes requiere supervisión médica hasta que el paciente esté consciente y mantenga las constantes vitales. Antes del alta se intentará contactar con los padres o tutor responsable	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>8.2.4.</b>	No se dispone de un antídoto específico para la intoxicación de alcohol	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>8.2.5.</b>	En caso de depresión respiratoria o coma, se seguirán las medidas y protocolos de soporte vital, así como prevención postural de broncoaspiración	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>8.2.6.</b>	<b>Tiamina</b> (vit. B <sub>1</sub> ): 100 mg./im.	<b>IV</b>	<b>B</b>
<b>8.2.7.</b>	En caso de necesitar tratar la hipoglucemia o de administrar soluciones glucosadas, administrar antes la tiamina (prevención del S. de Wernicke-Korsakoff)	<b>IV</b>	<b>B</b>
<b>8.2.8.</b>	En caso de agitación que no cede con pautas de tranquilización y contención verbal: Haloperidol de 5 a 10 mg./cada 6 horas y en caso de no ceder la agitación, contención mecánica mientras persista la agitación	<b>IV</b>	<b>B</b>
<b>8.2.9.</b>	Se evitará el uso de neurolépticos en caso de antecedentes de síndrome neuroléptico maligno o ante la presencia de hipertermia de posible origen tóxico	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>8.2.10.</b>	El paciente con contención mecánica debe ser vigilado de forma protocolizada o al menos cada 15 a 30 minutos	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>8.2.11.</b>	El paciente con intoxicación etílica e ideación, amenazas o tentativa autolítica, permanecerá en observación hasta que remita el estado de intoxicación, se retirarán los objetos que puedan ser peligrosos y que estén al alcance del paciente y permanecerá, preferentemente, acompañado	<b>IV</b>	<b>B</b>
<b>8.2.12.</b>	El paciente que después de remitir el estado de intoxicación, persiste la ideación o amenazas autolíticas deberá tener una valoración psiquiátrica urgente	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>8.2.13.</b>	Las benzodiacepinas se usarán sólo en caso de estar contraindicados los neurolépticos, aparecer sintomatología de abstinencia o crisis comiciales	<b>IV</b>	<b>C</b>

## **8.2. DELIRIUM TREMENS**

Se trata de un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos que comienza tras interrumpir de forma absoluta o relativa (disminución de la ingesta), habitualmente aparece a las 48-72 horas de la última ingesta.

Los pacientes con alcoholismo pueden presentar episodios de delirium tanto en estados de intoxicación como en síndromes de abstinencia, ambas situaciones se deben tratar como una urgencia.

Se trata de un cuadro agudo, que en algunos casos puede evolucionar de forma subaguda. Por complicaciones o agravamiento de otras enfermedades puede llegar a producir una mortalidad del 15%.

**Características clínicas:**

- Alteración de la conciencia y estado confusional, con obnubilación y disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- Deterioro de las funciones cognitivas, con déficit de memoria, desorientación o alteración del lenguaje.
- Alucinaciones e ilusiones vívidas en cualquier modalidad sensorial.
- Temblor intenso
- Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación y síntomas de hiperreactividad neurovegetativa.
- Las alteraciones se presentan en un corto período de tiempo, tienden a fluctuar a lo largo del día y no se explican por una demencia previa o en desarrollo.

	Recomendaciones	NE	GR
8.2.1.	Requiere la hospitalización urgente del paciente, en un Servicio de Medicina Interna o en un servicio específico para dicha patología	IV	D
8.2.2.	Por tener una mortalidad de hasta el 15%, requiere vigilancia y tratamiento intensivo con medicación por vía parenteral (hidratación, vitaminoterapia y sedación)	IV	B
8.2.3.	Los pacientes deben tener una vigilancia y a ser posible, acompañamiento, para prevenir accidentes y lesiones, por el riesgo de agitación y de desorientación (estado confusional). La agitación puede necesitar medidas de contención mecánica	IV	A

**8.3. CRISIS COMICIALES**

Según diversas estimaciones entre el 10 el 25% de los pacientes alcohólicos, presentan crisis convulsivas generalizadas en las primeras 48 horas de abstinencia alcohólica.

	Recomendaciones	NE	GR
8.3.1	Las pautas de desintoxicación con <b>benzodiacepinas</b> pueden prevenir la aparición de crisis comiciales, además de poder servir para el tratamiento agudo de las mismas	IV	B
8.3.2	La <b>fenitoína</b> se puede usar en pacientes con deprivación alcohólica y epilepsia no relacionada con el alcoholismo y/o factores epileptógenos añadidos (lesiones focales cerebrales, antecedentes de meningitis, traumatismos craneoencefálico...)	III	C



8.3.3	No se dispone de evidencia suficiente para recomendar la fenitoína como tratamiento profiláctico a largo plazo, de crisis comiciales relacionadas con el alcoholismo o con la abstinencia	III	C
8.3.4	No se recomienda la utilización rutinaria como profilaxis de crisis comiciales en pacientes con síndrome de abstinencia sin antecedentes de epilepsia, ni tampoco para tratamiento prolongado en pacientes con una crisis única	IV	A

## 8.4. SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF

Se trata de un cuadro clínico que puede aparecer de forma aguda o subaguda en pacientes con alcoholismo severo y de larga evolución. Se relaciona con el déficit de tiamina (vitamina B<sub>1</sub>), aunque también puede aparecer en otros estados carenciales graves.

### Principales características clínicas:

- Oftalmoplejía con nistagmo horizontal, parálisis del recto externo, parálisis de la mirada conjunta y, rara vez, ptosis.
- Ataxia severa (posible afectación cerebelosa, polineuropatía y paresia vestibular).
- Confusión.
- Amnesia anterógrada y retrógrada, conservada la memoria inmediata. Las lagunas amnésicas pueden ser rellenadas mediante contenidos fabulatorios.

	Recomendaciones	NE	GR
8.4.1	Se debe realizar de forma sistemática la exploración de los síntomas y signos sugerentes de un S. de Wernicke-Korsakoff, en todos los pacientes con alcoholismo activo de larga evolución y mal estado nutricional	IV	A
8.4.2	El Síndrome de Wernicke-Korsakoff <b>es una urgencia</b> porque tratado de forma precoz, pueden revertir la mayor parte de las lesiones y se pueden evitar secuelas graves y permanentes	IV	A
8.4.3	Su sospecha es indicación de hospitalización urgente del paciente	IV	B
8.4.4	El <b>tratamiento</b> consiste en la aplicación <b>tiamina</b> por vía parenteral y adecuada nutrición e hidratación del paciente	IV	A
8.4.5	La administración de glucosa iv. sin aporte previa de tiamina, puede desencadenar el cuadro clínico de forma aguda en pacientes de riesgo. Por ello, la administración de tiamina debe comenzar antes que la de soluciones glucosazas intravenosas	IV	A

## 8.5. TRASTORNOS DE AUTO O HETEROAGRESIVIDAD

El consumo excesivo y continuado de alcohol puede inducir sintomatología afectiva transitoria en personas sin antecedentes de depresión. Dichos cuadros pueden ser graves



y cursar con ideación o tentativas autolíticas. El suicidio en pacientes alcohólicos es unas 60 a 120 veces mayor que en la población general<sup>4</sup>.

Tanto las intoxicaciones agudas, como el síndrome de abstinencia y el alcoholismo de larga evolución favorecen la aparición de alteraciones conductuales que pueden oscilar desde leves hasta graves episodios de agitación y de heteroagresividad.

	<b>Recomendaciones</b>	<b>NE</b>	<b>GR</b>
<b>8.5.1</b>	El alcoholismo se debe considerar como un factor de alto riesgo para el suicidio	<b>IV</b>	<b>B</b>
<b>8.5.2</b>	La ideación, amenazas o tentativas autolíticas durante estados de intoxicación etílica, requiere la observación del paciente hasta que remita la intoxicación y se haga una nueva valoración del paciente	<b>IV</b>	<b>A</b>
<b>8.5.3</b>	El riesgo de suicidio disminuye de forma significativa con la supresión del consumo de alcohol y con la remisión del estado de intoxicación	<b>IV</b>	<b>C</b>
<b>8.5.4</b>	Antes de iniciar el tratamiento de los trastornos afectivos, se debe parar el consumo de alcohol y cubrir la posible aparición del síndrome de abstinencia	<b>IV</b>	<b>B</b>
<b>8.5.5</b>	La agitación durante los episodios de intoxicación, pueden necesitar sedación, preferentemente con medicación neuroléptica y en caso de no ceder, medidas de contención física	<b>IV</b>	<b>C</b>
<b>8.5.6</b>	La agitación durante el síndrome de abstinencia, que no cede con la pauta de benzodiazepinas, puede necesitar el reforzamiento del tratamiento de desintoxicación con tratamiento neuroléptico y contención mecánica	<b>IV</b>	<b>D</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud: CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Organización Mundial de la Salud. MEDITOR. Madrid, 1992.
2. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007; 67-95.
3. Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-IV-TR® . Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
4. Casas M, Guardia J, Rubio J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones 2002; 14 (Supl 2): 195-219.

## **9. OTRAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS CON EL ALCOHOL**

El consumo de alcohol se asocia con un gran número de trastornos orgánicos que abarcan a todos los sistemas corporales. De forma directa o indirecta se asocia con más de 60 enfermedades, es por ello que se ofrece una lista (parcial), con los trastornos que con mayor frecuencia se observan.

La mayor de las patologías orgánicas relacionadas con el alcohol se observan en pacientes con problemas de consumo continuado y prolongado de alcohol. Es por ello que, **la exploración inicial de los pacientes alcohólicos, debe incluir una valoración de su estado orgánico**, prestando especial atención a los sistemas más frecuentemente afectados.

## 9.1. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL

Entre toda la patología relacionada con el alcohol, hacemos una mención especial del **Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)**, por la posible alteración del desarrollo y de la maduración fetal, con potenciales secuelas a largo plazo en el aprendizaje, comportamiento y disfunciones del sistema nervioso central. No existe tratamiento específico del SAF, debiendo orientarse éste hacia el tratamiento sintomático de las secuelas. **La prevención es la intervención clave para evitar este problema de salud.**

**Tabla 23. Hallazgos clínicos en el Síndrome Alcohólico Fetal**

1. Retraso del crecimiento prenatal y postnatal
2. Microcefalia
3. Retrognatia
4. Hipoplasia maxilar
5. Micrognatia
6. Ptosis palpebral
7. Pectum excavatum
8. Contracturas en flexión de articulaciones
9. Sinóstosis radiocubital
10. Hipoplasia ungueal
11. Anomalías de los surcos palmares
12. Hipotonía
13. Retraso psicomotor
14. Alteración motora fina y de la coordinación
15. Trastornos del lenguaje
16. Trastornos del comportamiento
17. Defecto de los tabiques interauricular e interventricular
18. Tetralogía de Fallot
19. Labio leporino y/o fisura palatina
20. Miopía, estrabismo
21. Epicantus

Fuente: Modificado de Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities, 1993.

## 9.2. OTROS TRASTORNOS ORGÁNICOS

**Tabla 24. Otros trastornos orgánicos relacionados con el consumo de alcohol**

<b>Orofaringe</b>	<b>Hígado</b>
1. Hipertrofia parotídea 2. Glositis y/o estamtitis 3. Carcinoma de labio 4. Carcinoma de orofaringe	5. Esteatosis hepática 6. Hepatitis aguda alcohólica 7. Cirrosis hepática 8. Hepatocarcinoma
<b>Esófago</b>	<b>Páncreas</b>
9. Reflujo gastroesofágico 10. Esofagitis péptica 11. Síndrome de Mallory-Weiss 12. Carcinoma de esófago 13. Varices esofágicas	14. Pancreatitis aguda 15. Pancreatitis crónica
<b>Estómago</b>	<b>Cardiovascular</b>
16. Gastritis erosiva aguda 17. Gastritis crónica	18. Hipertensión arterial 19. Miocardiopatía alcohólica 20. Arritmias cardíacas
<b>Intestino Delgado</b>	<b>Hematológicos</b>
21. Síndrome de malabsorción	22. Macrocitosis 23. Anemia megaloblástica 24. Trombopenia
<b>Osteomusculares</b>	<b>Infecciones</b>
25. Osteoporosis 26. Miopatía alcohólica 27. Rabdomiólisis	28. Neumonía por estreptococco o Klebsiella pneumoniae 29. Tuberculosis 30. Hepatitis víricas 31. Meningitis agudas 32. Endocarditis 33. Infecciones cutáneas 34. Enfermedades de transmisión sexual 35. Infección VIH
<b>Cutáneas</b>	<b>Metabólicos y endocrinos</b>
36. Pelagra	37. Hipoglucemia 38. Hiperuricemia 39. Hipertrigliceridemia 40. Cetoacidosis alcohólica 41. Hipogonadismo hipogonadotrópico, con infertilidad 42. Ginecomastia 43. Amenorrea

<b>Sistema Nervioso</b>	
44. Accidentes cerebrovasculares 45. Síndrome de Wernicke-Korsakoff 46. Degeneración cerebelosa 47. Enfermedad de Marchiafava-Bignami 48. Mielinolisis pontina central 49. Demencia alcohólica 50. Crisis comiciales 51. Beriberi	52. Polineuropatía axonal sensitivomotora distal 53. Neuropatía autonómica 54. Neuropatía de la hapatopatía alcohólica

### 9.3. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Son múltiples los trastornos mentales que pueden relacionarse con el consumo de alcohol. El alcohol puede agravar trastornos mentales previos (primarios) o actuar como desencadenante de otros trastornos (secundarios).

Si consideramos los grandes grupos diagnósticos de la CIE-10, tales como trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos y trastornos cognoscitivos, el alcohol los agrava a todos, sin excepción. También agrava otros trastornos tales como trastornos del control de impulsos, trastornos de la personalidad, algunos de los trastornos de disfunción sexual, etc.

**Además de lo anterior, el alcohol se debe considerar como factor de riesgo de:**

1. **Suicidio**
2. **Violencia hacia los demás**
3. **Accidentes**

El consumo de alcohol se asocia con un incremento del riesgo de suicidio, de modo que la **probabilidad de suicidio** en pacientes alcohólicos es unas 60-120 veces mayor que en la población general<sup>2</sup>.

Según algunos estudios realizados en **Estados Unidos de América**<sup>3</sup>, se estima que el alcohol el consumo de alcohol aparece en el 86% de los **homicidios**, 60% de los delitos de abuso sexual y en 44% de los actos de violencia doméstica. En un estudio sobre **Alcohol en Europa**<sup>4</sup>, el alcohol aparece como el tercero entre veintiséis factores de riesgo de mala salud. Además, aparece relacionado cada año con 2000 homicidios y en 17.000 muertes por **accidentes de tráfico** (1 de cada 3 fallecimientos del tráfico rodado),

En la **Tabla 25** se exponen los trastornos mentales (secundarios) que pueden aparecer como complicaciones y daños causados por el alcohol.

**Tabla 25. Trastorno mentales relacionados con el alcohol (CIE-10)<sup>1</sup>**

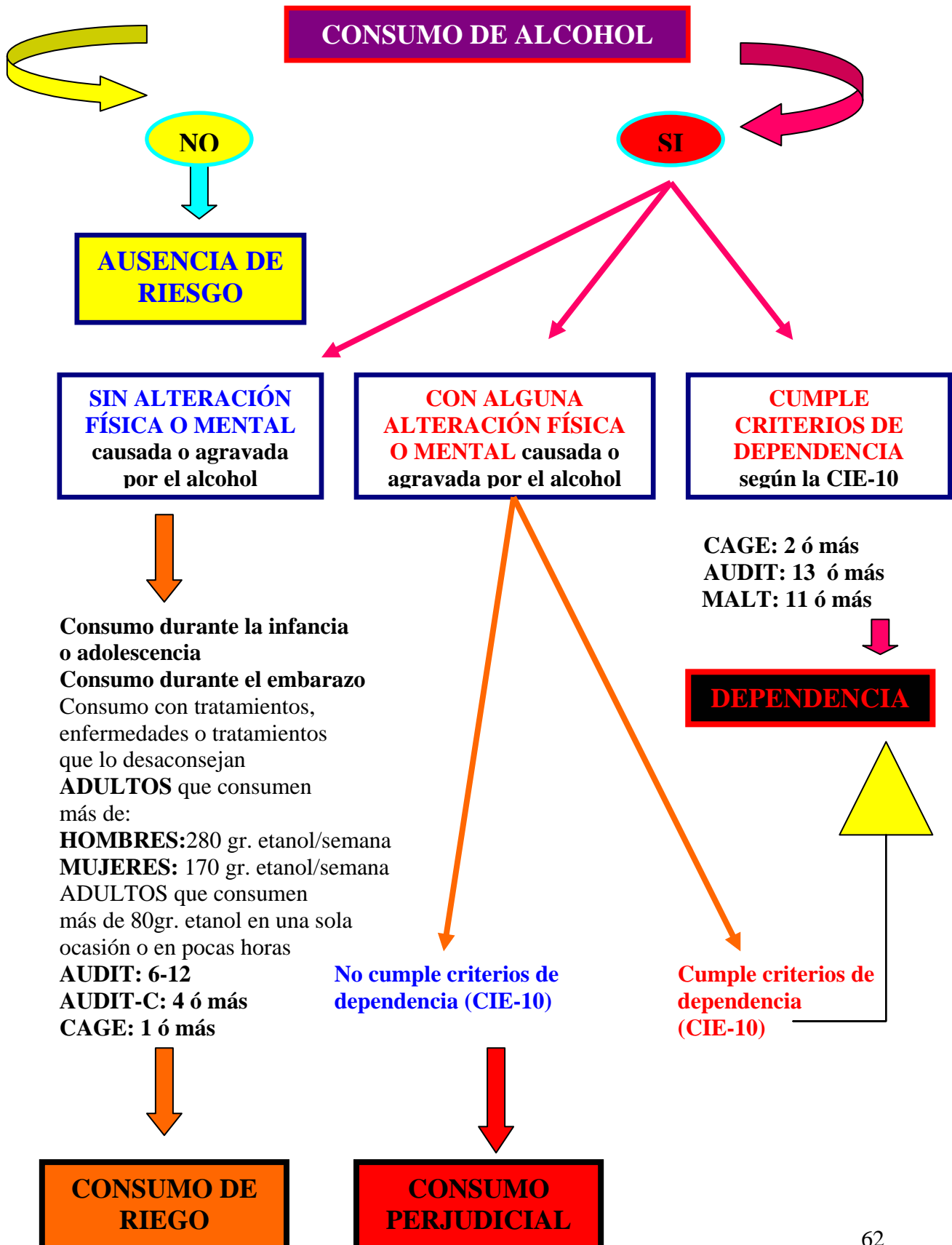
1. Intoxicación aguda
2. Consumo perjudicial (consumo que se acompaña de afectación de la salud mental o física)
3. Síndrome de dependencia
4. Síndrome de abstinencia
5. Síndrome de abstinencia complicada con delirium
6. Trastorno psicótico de tipo esquizofreniforme
7. Trastorno psicótico con predominio de ideas delirantes, ej., celotipia
8. Trastorno psicótico con predominio de alucinaciones (alucinosis)
9. Trastorno psicótico con predominio de síntomas polimorfos
10. Trastorno psicótico con predominio de síntomas depresivos
11. Trastorno psicótico con predominio de síntomas maníacos
12. Trastorno psicótico mixto
13. Síndrome amnésico (incluye el Síndrome de Korsakof inducido por alcohol)
14. Trastorno orgánico de la personalidad inducido por el alcohol
15. Demencia inducida por alcohol
16. Otro deterioro cognoscitivo inducido por alcohol
17. Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol

## **BIBLIOGRAFÍA**

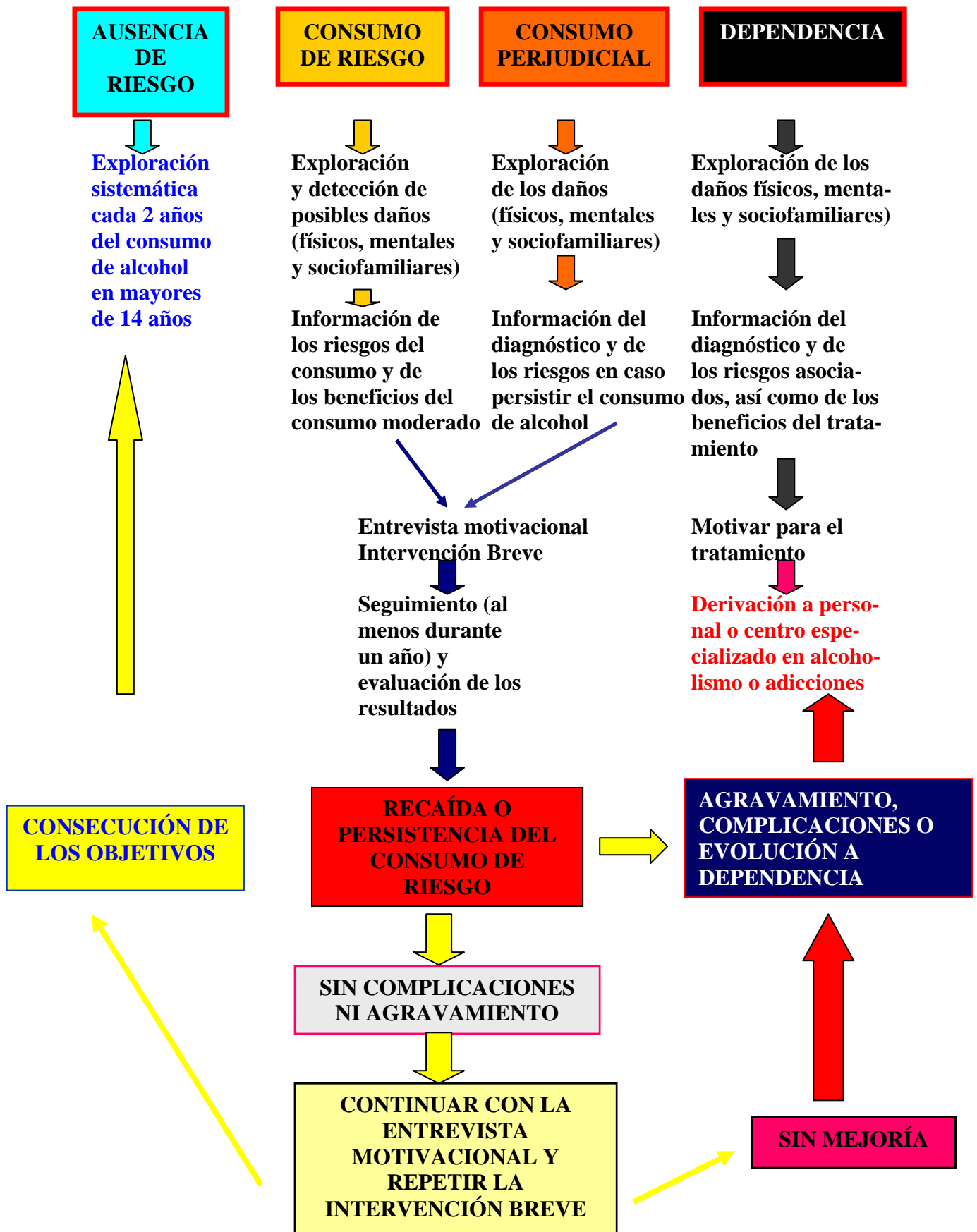
1. Organización Mundial de la Salud: CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Organización Mundial de la Salud. MEDITOR. Madrid, 1992.
2. Casa M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones 2002; 14 (Supl 2): 195-219.
3. Roizen J. Epidemiological issues in alcohol related violence. In: Galanter, M. Ed. Recent Developements in Alcoholism. Vol. 13. New York. Plenum Press. 1997; p 7-40.
4. Andersen P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies, 2006.

## D. ALGORITMOS

### ALGORITMO 1. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL CONSUMO DE ALCOHOL



## ALGORITMO 2. INTERVENCIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO AL CONSUMO DE ALCOHOL



## E. ANEXOS

### ANEXO I.- CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

<p><b>1.- GRADUACIÓN ALCOHÓLICA:</b> Se expresa en grados y mide el contenido de alcohol absoluto en 100 cc, se trata del porcentaje de alcohol que contiene una bebida. El grado alcohólico viene expresado en las etiquetas como vol% o como (°).</p>
<p><b>2.- DETERMINACIÓN DE LOS GRAMOS DE ETANOL ABSOLUTO CONSUMIDO:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Gramos de alcohol = <math>\frac{\text{volumen (expresado en cc)} * \text{graduación} * 0.8}{100}</math></b></p>
<p><b>3.- UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR (UBE) en España = 10 gr. de etanol puro</b> (Saunders y cols., 1993; Grupo de Trabajo de Socidrogalcohol, 1996) En Gran Bretaña equivale a 8 gramos (Altisent y cols., 1992)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 vaso de vino (100 cc) = 1 UBE</li> <li>• 1 caña de cerveza (200 cc) = 1 UBE</li> <li>• 1 carajillo (25 cc) = 1 UBE</li> <li>• 1 copa de generosos (50 cc) = 1 UBE</li> <li>• 1 copa de coñac, brandy...(50 cc) = 2 UBE</li> <li>• 1 vermut (100 cc) = 2 UBE</li> </ul>

### ANEXO II.- RELACIÓN DE LA ALCOHOLEMIA CON LA CONCENTRACIÓN DE ALCOHOL EN AIRE ESPIRADO Y LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

Concentración de alcohol en sangre gr/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	<b>Borrachera leve.</b> Logorrea, locuacidad, inyección conjuntival. Euforia, afectación leve del rendimiento psicomotor
0,5 – 1,0	0,25 – 0,50	<b>Borrachera moderada.</b> Deterioro moderado del rendimiento psicomotor
1,0 – 2,0	0,50 – 1,00	<b>Borrachera intensa.</b> Sedación, ataxia, disartria, diplopia, nistagmus, 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	<b>Borrachera muy intensa.</b> Ataxia, sedación, confusión, vértigo, diplopia. Náuseas, vómitos. Deterioro muy grave del rendimiento psicomotor



3,0 – 5,0	1,50 – 2,50	<b>Coma</b> sin signos de focalidad. Hipotermia, hipotonía, hipoglucemia, midriasis bilateral poco reactiva, abolición de reflejos osteotendinosos. Bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria. Imposibilidad de conducir
> 5,0	> 2,50	<b>Muerte</b>

**Fuente:** Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas<sup>3</sup>, 2007.

### ANEXO III.- TEST CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation)

PREGUNTA	RESPUESTAS AFIRMATIVAS
¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	
¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?	
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	
<b>PUNTUACIÓN:</b>	
<b>1 respuesta afirmativa:</b> indicio de problemas relacionados con el alcohol	
<b>2-3 respuestas afirmativas:</b> test positivo para alcoholismo ( <b>alto grado de sospecha</b> ). En la validación española, el <b>punto de corte</b> se sitúa en dos respuestas afirmativas	
<b>4 respuestas afirmativas:</b> se considera confirmatorio de alcoholismo	
<b>Se recomienda realizar las preguntas “camufladas” en el contexto de una entrevista más amplia,</b> para mejorar la fiabilidad de las respuestas	

(Ewing<sup>3</sup> 1984; Rdoodríguez-Martos y cols.<sup>7</sup>, 1986)

### ANEXO IV.- TEST AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

PREGUNTA	PUNTUACIÓN	TOTAL
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?		
Nunca	<b>0</b>	
Una o menos veces al mes	<b>1</b>	
Dos o cuatro veces al mes	<b>2</b>	
Dos o tres veces a la semana	<b>3</b>	
Cuatro o más veces a la semana	<b>4</b>	
¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?		

	Una o dos	<b>0</b>	
	Tres o cuatro	<b>1</b>	
	Cinco o seis	<b>2</b>	
	Siete a nueve	<b>3</b>	
	Diez o más	<b>4</b>	
<b>¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?</b>			
	Nunca	<b>0</b>	
	Menos de una vez al mes	<b>1</b>	
	Mensualmente	<b>2</b>	
	Semanalmente	<b>3</b>	
	A diario o casi a diario	<b>4</b>	
<b>¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</b>			
	Nunca	<b>0</b>	
	Menos de una vez al mes	<b>1</b>	
	Mensualmente	<b>2</b>	
	Semanalmente	<b>3</b>	
	A diario o casi a diario	<b>4</b>	
<b>¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</b>			
	Nunca	<b>0</b>	
	Menos de una vez al mes	<b>1</b>	
	Mensualmente	<b>2</b>	
	Semanalmente	<b>3</b>	
	A diario o casi a diario	<b>4</b>	
<b>¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber mucho el día anterior?</b>			
	Nunca	<b>0</b>	
	Menos de una vez al mes	<b>1</b>	
	Mensualmente	<b>2</b>	
	Semanalmente	<b>3</b>	
	A diario o casi a diario	<b>4</b>	
<b>¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</b>			
	Nunca	<b>0</b>	
	Menos de una vez al mes	<b>1</b>	
	Mensualmente	<b>2</b>	
	Semanalmente	<b>3</b>	
	A diario o casi a diario	<b>4</b>	
<b>¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</b>			

Nunca	<b>0</b>	
Menos de una vez al mes	<b>1</b>	
Mensualmente	<b>2</b>	
Semanalmente	<b>3</b>	
A diario o casi a diario	<b>4</b>	
<b>¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</b>		
No	<b>0</b>	
Sí, pero no en el último año	<b>2</b>	
Sí, en el último año	<b>4</b>	
<b>¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</b>		
No	<b>0</b>	
Sí, pero no en el curso del último año	<b>2</b>	
Sí, en el último año	<b>4</b>	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL MÁXIMA</b>	<b>40</b>	
<b>PUNTOS DE CORTE RECOMENDADOS<sup>4</sup></b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>Sin problemas</b>	<b>0 – 7</b>	<b>0 – 5</b>
<b>Bebedor de riesgo</b>	<b>8 – 12</b>	<b>6 – 12</b>
<b>Problemas físico-psíquicos y probable dependencia alcohólica</b>	<b>13 – 40</b>	<b>13 – 40</b>
<b>AUDIT-C</b>		
<b>¿Con que frecuencia consume una bebida alcohólica?</b>		
Nunca	<b>0</b>	
Una o menos veces al mes	<b>1</b>	
Dos o cuatro veces al mes	<b>2</b>	
Dos o tres veces a la semana	<b>3</b>	
Cuatro o más veces a la semana	<b>4</b>	
<b>¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</b>		
Una o dos	<b>0</b>	
Tres o cuatro	<b>1</b>	
Cinco o seis	<b>2</b>	
Siete a nueve	<b>3</b>	
Diez o más	<b>4</b>	
<b>¿Con que frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?</b>		
Nunca	<b>0</b>	
Menos de una vez al mes	<b>1</b>	
Mensualmente	<b>2</b>	
Semanalmente	<b>3</b>	
A diario o casi a diario	<b>4</b>	
<b>PUNTUACIÓN MÁXIMA</b>	<b>12</b>	

<b>PUNTO DE CORTE (BEBEDOR DE RIESGO)</b>	<b>4</b>	
---	----------	--

(Babor y cols.<sup>5</sup>, 1992; Rubio y cols.<sup>6</sup>, 1998)

## **ANEXO V.- TEST MALT (Münchner Alkoholismus Test)**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>MALT-O</b>		
1. Enfermedad hepática (mínimo de 1 síntoma clínico: hepatomegalia, dolor a la presión, y al menos 1 valor analítico alterado: GOT, GPT o GGT). Descartar hepatitis vírica, hepatomegalia de hepatopatía congestiva...		
2. Polineuropatía (descartar otras causas conocidas: diabetes mellitas o intoxicaciones crónicas específicas)		
3. Delirium tremens actual o en la anamnesis		
4. Consumo de alcohol superior a 15 UBE en el hombre y a 12 UBE en la mujer al día, al menos durante unos meses		
5 Consumo de alcohol superior a 30 UBE en el hombre y 24 UBE en la mujer una o más veces al mes		
6. Aliento alcohólico en el momento de la exploración		
7. Familia o allegados ya han buscado, en alguna ocasión consejo acerca del problema alcohólico del paciente		
<b>MALT-S</b>		
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos		
2. A temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo sensación nauseosa o ganas de vomitar		
3. Alguna vez me he intentado calmar la resaca, el temblor o las náuseas matutinas con alcohol		
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades		
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o del almuerzo		
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7. A menudo pienso en el alcohol		
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo ha prohibido		
9. En las temporadas que bebo más como menos		
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol o alguna vez he fallado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11. Últimamente, prefiero beber a solas		
12. Bebo de un trago y más deprisa que los demás		
13. Desde que bebo más, soy menos activo		
14. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido		
15. He ensayado algún sistema para beber menos		
16. Creo que debería limitar mi ingesta de alcohol		
17. Sin alcohol, no tendría yo tantos problemas		
18. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme		

19. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida		
20. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
21. Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
22. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi pareja		
23. Yo he probado a pasar temporadas sin alcohol		
24. Si no bebiera,, estaría mejor conmigo mismo		
25. Repetidamente me han mencionado mi aliento alcohólico		
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo		
27. A veces, al despertarme después de un día de haber bebido mucho, aun sin embriagarme, no recuerdo las cosas que ocurrieron en la víspera		
<b>PUNTUACIÓN</b>		
<b>MALT-O:</b>		
• Cada respuesta positiva	<b>4</b>	
• Cada respuesta negativa	<b>0</b>	
<b>MALT-S</b>		
• Cada respuesta positiva	<b>1</b>	
• Cada respuesta negativa	<b>0</b>	
<b>PUNTUACIÓN MÁXIMA</b>	<b>55</b>	
<b>VALORACIÓN DE LA PUNTUACIÓN</b>		
<b>No problemas con el alcohol</b>	<b>0 – 5</b>	
<b>Sospecha o riesgo de alcoholismo</b>	<b>6 – 10</b>	
<b>Alcoholismo</b>	<b>11 - 55</b>	

(Freuerlin y cols.<sup>8</sup>, 1977; Rodríguez-Martos y Suárez<sup>9</sup>, 1984)

## **ANEXO VI.- ESCALA CIWA-Ar (Clinical Institute withdrawal Assessment Scale for Alcohol, revisada)**

<b>PREGUNTA</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>
<b>Náuseas y vómitos. ¿Se siente mal del estómago?, ¿Ha vomitado?</b>	
No náuseas ni vómitos	<b>0</b>
Náuseas ligeras, sin vómitos	<b>1</b>
	<b>2</b>
	<b>3</b>
Náuseas intermitentes con arcadas	<b>4</b>
	<b>5</b>
	<b>6</b>
Náuseas constantes con arcadas y vómitos	<b>7</b>
<b>Temblores - Observación</b>	

No temblor	0
Temblor no visible pero puede sentirse al tacto	1
	2
	3
Temblor moderado con las manos extendidas	4
	5
	6
Temblor severo incluso con las manos en reposos	7
<b>Sudoración paroxística- Observación</b>	
No sudor	0
Sudoración leve en las palmas de las manos	1
	2
	3
Sudoración visible en la frente	4
	5
	6
Sudoración profusa y generalizada	7
<b>Agitación- Observación</b>	
Actividad normal	0
Actividad un poco mayor de lo normal	1
	2
	3
Moderadamente inquieto	4
	5
	6
Se mueve sin cesar	7
<b>Ansiedad- ¿Se siente nervioso?- Observación</b>	
Tranquilo	0
Ligeramente ansioso	1
	2
	3
Moderadamente ansioso, reservado	4
	5
	6
Equivalente a estado de pánico agudo, con delirio grave	7
<b>Trastornos visuales- ¿Está viendo algo que le inquieta?- Observación</b>	
No	0
	1
Sensibilidad leve	2
Sensibilidad moderada	3
	4
Alucinaciones graves	5
	6
Alucinaciones continuas	7
<b>Trastornos táctiles- ¿Siente algo extraño en su piel?- Observación</b>	

No	0
Prurito, pinchazos, ardor o adormecimientos leves	1
Leves	2
Moderados	3
	4
Alucinaciones táctiles graves	5
	6
Alucinaciones continuas	7
<b>Trastornos auditivos- ¿Está escuchando algo que lo alarma?- Observación</b>	
No	0
Intensidad o capacidad para asustarse muy leve	1
	2
Intensidad o capacidad para asustarse moderada	3
	4
Alucinaciones auditivas graves	5
	6
Alucinaciones continuas	7
<b>Orientación y entorpecimiento del sensorio- ¿Qué día es?, ¿dónde está?, ¿quién es?</b>	
Orientado	0
No puede añadir datos en serie	1
Desorientado para la fecha en menos de 2 días de calendario	2
Desorientado para la fecha en más de 2 días de calendario	3
Desorientado en lugar, persona o ambas cosas	4
<b>PUNTUACIÓN MÁXIMA</b>	<b>60</b>
<b>Abstinencia leve</b>	<b>≤ 15</b>
<b>Abstinencia moderada</b>	<b>16 – 20</b>
<b>Abstinencia grave</b>	<b>&gt; 20</b>

(Sullivan y cols., 1989)<sup>10</sup>

## ANEXO VII.- TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON PAUTA DE BENZODIAZEPINA SEGÚN LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS

DÍA	PUNTUACIÓN EN LA ESCALA CIWA-Ar	DOSIFICACIÓN
<b>1º</b>	CIWA-Ar ≤ 8 puntos	No necesita medicación
<b>2º</b>	CIWA-Ar de 9 a 20 puntos	Diacepam: 10 mg./vía oral
<b>3º</b>	CIWA-Ar > 20 puntos	Diacepam: 20 mg./vía oral

<b>4° y siguientes</b>	Aplicar la escala CIWA-Ar una hora después de cada dosis y si no precisa medicación, cada 8 horas excepto que el paciente esté sedado o cuando reaparezcan los síntomas. Mientras la puntuación siga siendo mayor de 8, se administrará una dosis de medicación hasta una nueva valoración a la hora siguiente
------------------------	--

## ANEXO VIII.- TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON PAUTA DE DOSIS FIJA DE BENZODIAZEPINA

<b>Diazepam 10 mg.</b>			
<b>DÍA</b>	<b>Consumo de alcohol (gr./etanol/día)</b>		
	<b>&lt; 50</b>	<b>50 – 100</b>	<b>&gt; 100</b>
<b>1°</b>	1-1-1-1	1-1-1-1-1-1	2-2-2-2
<b>2°</b>	1-1-1	1-1-1-1-1	2-2-2
<b>3°</b>	1-1	1-1-1-1	2-1-2
<b>4°</b>	1	1-1-1	1-1-2
<b>5°</b>		1-1	1-1-1
<b>6°</b>		1	1-1
<b>7°</b>			1
<b>8°</b>			
	Según la respuesta clínica, se administrarán dosis adicionales de 10 a 20 mg. cada una 1 a 2 horas. No administrar si el paciente está sedado		
	El descenso medio de la dosis de Diazepam se estima en un 25% cada día		
	<b>Lorazepam</b>		
	2 mg./cada 4 horas / 1 a 2 días, según la respuesta clínica. Posteriormente, disminuir las dosis un 25% cada día		Administrar dosis adicionales de 1 a 2 mg. cada 1-2 horas, si es necesario.

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía, 2007.

## ANEXO IX.- TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON OTRAS PAUTAS DE BENZODIAPINAS

<b>PAUTA DE DOSIS DE CARGA</b>	Diazepam: 20 mg/ cada 2 horas mientras el paciente está sintomático. Continuar hasta la remisión de la sintomatología. No administrar si el paciente está sedado
<b>PAUTA INVTRAVENOSA (Delirium Tremens)</b>	Diazepam: 10 mg./iv y continuar con 5 mg. cada 5 minutos hasta que el paciente se encuentre tranquilo pero despierto. En caso de necesitar más de 40-60 mg/iv en 1 hora,



	considerar el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. En caso de alucinaciones o agitación severa incontrolable, se puede asociar 1-2 ampollas de Haloperidol iv. No administrar dosis adicional alguna si el paciente está sedado.
--	--

## ANEXO X.- TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON CLOMETIAZOL

<b>Clometiazol cap. (192 mg.)</b>			
<b>DÍA</b>	<b>Consumo de alcohol (gr./etanol/día)</b>		
	<b>&lt; 50</b>	<b>50 – 100</b>	<b>&gt; 100</b>
<b>1°</b>	2-2-2	3-3-3	3-3-3-3
<b>2°</b>	2-1-2	3-2-3	3-2-2-3
<b>3°</b>	1-1-2	2-2-3	2-2-2-2
<b>4°</b>	1-0-2	2-2-2	2-2-2
<b>5°</b>	0-0-2	2-1-2	2-1-2
<b>6°</b>	0-0-1	1-1-2	1-1-2
<b>7°</b>	0-0-0	1-0-2	1-0-2
<b>8°</b>		0-0-2	0-0-2
<b>9°</b>		0-0-1	0-0-1
<b>10°</b>		0-0-0	0-0-0

## ANEXO XI.- TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA: EQUIVALENCIAS Y RANGO DE DOSIS

<b>EQUIVALENCIAS DE DOSIS Y VIDA MEDIA (1)</b>			
<b>FÁRMACO</b>	<b>Vida media de eliminación (horas)</b>	<b>Dosis equivalente (oral)</b>	<b>Dosis equivalente (iv)</b>
<b>De acción prolongada</b>			
Clordiazepóxido	7-28	25	No disponible
Clorazepato dipotásico	50-70	15	10
Diazepam	30-60	10	5
<b>De acción corta o intermedia</b>			
Alprazolam	12-15	0,25-0,50	No disponible
Clometiazol	4,8 (media)		No disponible
Lorazepam	10-20	1	No disponible
Oxacepam	5-10	30	No disponible
<b>De acción ultracorta</b>			
Midazolam iv.	1,5-2,5		1,5-2,5

<b>RANGO DE DOSIS HABITUALES EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (2)</b>		
	<b>RANGO DE DOSIS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Clometiazol</b>	<b>1.344 – 2.680 mg/d</b>	No recomendable en los casos de insuficiencia hepática grave
<b>Clorazepato dipotásico</b>	<b>15 – 200 mg/d</b>	Útil en los casos de desintoxicación hospitalaria
<b>Diazepam</b>	<b>30 – 80 mg/d</b>	De elección cuando existen crisis comiciales
<b>Lorazepam</b>	<b>3 – 15 mg/d</b>	Recomendable en los casos de insuficiencia hepática
<b>Tiapride</b>	<b>600 – 1.200 mg/d</b>	Útil en insuficiencia respiratoria

(1) Fuente: Guías Clínicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna, 2003.

(2) Fuente: Modificado de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2003.

## **ANEXO XII.- LÍMITES LEGALES DE ALCOHOLEMIA EN RELACIÓN A LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS**

<b>Concentración de alcohol en sangre gr/l</b>	<b>Concentración de alcohol en aire espirado mg/l</b>	
<b>0,5</b>	<b>0,25</b>	<b>NORMA GENERAL.</b> Por encima de estas tasas no se permite la conducción de vehículos
<b>0,3</b>	<b>0,15</b>	<b>Durante los dos años siguientes a la obtención del permiso o licencia que les habilita para conducir cualquier vehículo</b>
<b>0,3</b>	<b>0,15</b>	Para los <b>vehículos destinados al transporte de viajeros, servicio público</b> , transporte de menores y escolar, <b>transporte de mercancías de más de 3.500 kg</b> , transporte de mercancías peligrosas, transportes especiales o de <b>servicios de urgencia</b>
<b>Tasas de alcoholemia según el Reglamento General de Circulación, aprobado por Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre.</b>		

## **ANEXO XIII. - BIBLIOGRAFÍA**

1. Sociedad Gallega de Medicina Interna. Tratamiento hospitalario del síndrome de privación alcohólica. 2003. Disponible en: <http://www.meiga.info/guias/THSDA.pdf>
2. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica, 2003.

3. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-7.
4. Cherpitel CJ. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. J Stud Alcohol 1995; 56: 695-700.
5. Babor TF, de la Fuente JR; Saunders J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.
6. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clin Esp 1998; 198: 11-14.
7. Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Péré R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. Drogalcoholoo 1986; II(4): 132-139.
8. Feuerlin W, Ringer CH, Kufner KA. Diagnose des alkoholismus: der münchener alkoholismus test. Munich Med Wochenschr 1977; 119: 1275-1282.
9. Rodríguez-Martos A, Suárez R. MALT (Münchener Alkoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico de alcoholismo. Rev Psiquiatr Psicol. Med 1984; 16: 421-432.
10. Sullivan J.T, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers E.M. Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br. J. Add 1989; 84: 1353-1357.

## **F. DIRECCIONES DE INTERÉS PARA PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL**

	<b>TELÉFONO</b>	<b>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA</b>
<b>URGENCIAS</b>	<b>112</b>	
<b>EMERGENCIAS POR VIOLENCIA DE GÉNERO</b>	<b>016</b>	
<b>INFORMACIÓN</b>		
<b>UNIDAD DE COORDINACIÓN DEL PLAN SOBRE DROGAS PARA ASTURIAS</b>	<b>985 66 81 53</b> <b>985 66 81 59</b>	<a href="mailto:drogas@princast.es">drogas@princast.es</a>
<b>FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN</b>	<b>900 16 15 15</b>	
<b>CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD MENTAL</b>		<a href="http://www.princast.es">www.princast.es</a>
<b>UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA</b>		
<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS</b> C/ JULIAN CLAVERÍA, S/N. 33006 OVIEDO	<b>985 10 61 00</b>	
<b>HOSPITAL DE JOVE</b> C/ JOVE S/N. 33210 GIJÓN	<b>985 32 00 50</b>	
<b>COMUNIDADES TERAPÉUTICAS</b>		

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL VALLE (APTAS) LA BARZANIELLA S/N. TUÑÓN. 33115 SANTO ADRIANO	985 76 16 57	<a href="mailto:aptas-elvalle@terra.es">aptas-elvalle@terra.es</a>
ASOCIACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN DE ADICCIONES E INTEGRACIÓN SOCIAL (ARAIS) AVDA. DE PRAHÚA, 12. 33120 PRAVIA	985 82 29 64	<a href="mailto:centro_ARAIS@terra.es">centro_ARAIS@terra.es</a>
CENTRO PROYECTO HOMBRE C/ DIARIO EL COMERCIO, S/N. 33207 GIJÓN	985 17 02 44	<a href="mailto:phastur@proyectohombrestur.org">phastur@proyectohombrestur.org</a>
COMUNIDAD TERAPÉUTICA "LA SANTINA". CÁRITAS DIOCESANA C/ MAREO, S/N. 33390 GIJÓN	985 16 86 08	<a href="mailto:pasury@hotmail.com">pasury@hotmail.com</a>
<b>CENTROS DE EMERGENCIA SOCIAL</b>		
CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA (CEA). AYUNTAMIENTO DE GIJÓN C/DIARIO EL COMERCIO, 15. 33207 GIJÓN	985 17 60 41	<a href="mailto:Promocionsocial.fmss@ayto-gijon.es">Promocionsocial.fmss@ayto-gijon.es</a>
CENTRO DE ENCUENTRO Y ACOGIDA (CEA). CÁRITAS DIOCESANA C/ TRAVESÍA FRANCISCO GONZÁLEZ ARGÜELLES, 10. 33011 OVIEDO	985 21 54 27	<a href="mailto:cea_caritas@hotmail.com">cea_caritas@hotmail.com</a>
CENTRO DE CALOR Y CAFÉ. CÁRITAS DIOCESANA C/ AZCÁRRAGA, 43-45, BAJO. 33010 OVIEDO	985 20 84 36	<a href="mailto:calorycafe@yahoo.es">calorycafe@yahoo.es</a>
ASOCIACIÓN GIJONESA DE CARIDAD C/MIERES, 17, BAJO. 33208 GIJÓN	985 39 39 76	<a href="mailto:ceconomica@telecable.es">ceconomica@telecable.es</a>
COCINA ECONÓMICA. CÁRITAS DIOCESANA C/ SAN VICENTE, 6. 33003 OVIEDO	985 21 28 25	
ALBERGUE MUNICIPAL DE TRANSEUNTES. CÁRITAS DIOCESANA C/ LA ESTACIÓN, 15, BAJO. 33400 AVILÉS	985 52 61 60	
PATRONATO FUNDACIÓN ALBERGUE COVADONGA C/ DIARIO EL COMERCIO, S/N. 33207 GIJÓN	985 35 84 34	
ALBERGUE CANO-MATA VIGIL. CÁRITAS DIOCESANA C/ARMANDO COLLAR, 21. 33008 OVIEDO	985 21 75 54	
<b>GRUPOS DE AUTOAYUDA</b>		
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS AVENIDA DE ALEMANIA, 9 3º IZQ. APARTADO 170 33400 AVILÉS	649 23 55 31 985 56 63 45	<a href="http://www.alcoholicos-anonimos.org">www.alcoholicos-anonimos.org</a>
<b>ASOCIACIONES DE USUARIOS Y FAMILIARES</b>		
AFESA CARRETERA DE RUBÍN, S/N. 33011 OVIEDO	985 11 39 19	

<p align="center"><b>“HIERBABUENA” ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE SALUD MENTAL C/ FERNÁNDEZ LADREDA, 48. 33011 OVIEDO</b></p>	<p><b>985 20 13 60</b></p>	<p><a href="mailto:asociacionhierbabuena@hotmail.com"><u>asociacionhierbabuena@hotmail.com</u></a></p>
<p><b>MALTRATO Y VIOLENCIA DE GÉNERO</b></p>		
<p align="center"><b>GUARDIA CIVIL EMUME (EQUIPO MUJER Y MENOR)</b></p>	<p><b>985 11 89 36 985 38 58 00</b></p>	
<p align="center"><b>UNIDAD DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA MUJER</b></p>	<p><b>985 96 65 54 985 96 65 68</b></p>	
<p align="center"><b>ASOCIACIÓN DE ASISTENCIA A MUJERES VIOLADAS Y MALTRATADAS</b></p>	<p><b>985 09 90 96</b></p>	
<p align="center"><b>CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y MALOSTRATOS</b></p>	<p><b>985 09 90 96</b></p>	