

Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol
*Parte I: Tamización, detección temprana y factores de riesgo en pacientes con abuso o dependencia del alcohol**

Ricardo de la Espriella Guerrero¹
Ana María de la Hoz Bradford²
Carlos Gómez-Restrepo³
Alina Uribe-Holguín Zárate⁴

Miguel Cote Menéndez⁵
Michelle Cortés Barré⁶
Ana María Cano Rentería⁷
Delia Cristina Hernández⁸

* La Guía de Atención Integral completa fue desarrollada por el Grupo que aparece en el anexo de este artículo. Este artículo-resumen fue redactado por los integrantes del grupo que se mencionan bajo el título. Financiación: El desarrollo de la Guía de Atención Integral fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), mediante el contrato 126 de 2010 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana. En la convocatoria 500 de 2009 de Colciencias (*Conformación de un banco de proyectos para el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) Basadas en Evidencia*), fue elegido por el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud el proyecto 120350026593, titulado *Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de desintoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol*; el proyecto fue liderado por la Pontificia Universidad Javeriana, en alianza con la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional de Colombia (Alianza CINETS).

¹ Médico psiquiatra, terapeuta sistémico, magister Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, director GAI, Bogotá, Colombia.

² Médica cirujana, magister en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, coordinadora GAI, Bogotá, Colombia.

³ Médico psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, Psiquiatra de Enlace, Psicoanalista, profesor titular Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, director Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, director Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Director GAI Depresión, codirector CINETS, Bogotá, Colombia.

⁴ Médica cirujana, residente de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana, asistente de investigación, Bogotá, Colombia.

⁵ Médico psiquiatra, *fellw* en abuso de sustancias, MSc en psicología y terapia sistémica, psiquiatra de CAD Fundar Bogotá, profesor de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, experto temático, Bogotá, Colombia.

⁶ Médica cirujana, magister en educación, candidata a MSc en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, asistente de investigación, Bogotá, Colombia.

Resumen

Introducción: El alcohol es la segunda sustancia psicotrópica más usada en el mundo y el tercer factor de riesgo para muerte prematura y discapacidad. Su uso nocivo es un problema de salud pública mundial, dado su impacto personal, laboral, familiar, económico y social. Hasta el 70 % de las personas en riesgo de tener problemas con el alcohol no se detectan en la práctica médica, lo que hace pensar que se requieren medidas de tamizaje específicas que permitan la detección temprana y lleven a un tratamiento oportuno. Este artículo presenta la evidencia encontrada en tamización de abuso y dependencia de alcohol y en tamización e identificación de factores de riesgo; también presenta la evidencia relacionada con síndrome de abstinencia, *delirium tremens* y encefalopatía de Wernicke, con el fin promover una de detección temprana y un tratamiento oportuno. **Método:** Revisiones sistemáticas de la evidencia disponible y evaluación de las guías pertinentes identificadas en la literatura, para decidir, en cada pregunta, si se adopta o se adapta a una recomendación ya existente, o si se desarrollan recomendaciones *de novo*. Para las recomendaciones *de novo* y aquellas adaptadas, se realizó una síntesis de la evidencia, se elaboraron tablas de evidencia y se formularon las recomendaciones basadas en evidencia. **Resultados:** Se encuentra evidencia y se realizan recomendaciones para tamización pertinente y búsqueda de factores de riesgo, con el fin de realizar un diagnóstico y un manejo oportuno de abuso y

dependencia a alcohol y sus complicaciones: síndrome de abstinencia, *delirium tremens* y encefalopatía de Wernicke.

Palabras clave: Abuso, alcohol, dependencia a alcohol, síndrome de abstinencia alcohólica, *delirium tremens*, encefalopatía de Wernicke.

Clinical Practice Guide for Early Detection, Diagnosis and Treatment of the Acute Intoxication Phase in Patients with Alcohol Abuse or Dependence

Part I: Screening, Early Detection and Risk Factors in Patients with Alcohol Abuse or Dependence

Abstract

Introduction: Worldwide, alcohol is the second most-used psychotropic substance and the third risk factor for early death and disability. Its noxious use is a world public health problem given its personal, labor, family, economic and social impact. 70 % of people under risk of having alcohol problems go undetected in medical practice, a fact that underlines the need for specific screening measures allowing early detection leading to timely treatment. This article presents evidence gathered by alcohol abuse and dependence screening as well as by risk factor identification and screening. It also presents evidence concerning withdrawal symptoms, *delirium tremens* and Wernicke's encephalopathy in order to promote early detection and timely treatment. *Methodo-*

⁷ Médica psiquiatra, miembro activo del subcomité de adicciones de la ACP, coordinadora del área científica de la ESE Hospital Mental de Filandia, Quindío, docente de clínica psiquiátrica, programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Quindío, entrenadora del Programa Treatnet II Colombia de ONU-DC. Asociación Colombiana de Psiquiatría, experta temática, Filandia, Quindío, Colombia.

⁸ Médica psiquiatra, Universidad del Valle, máster en Conductas Adictivas, Universidad de Valencia, docente de Farmacodependencia, Universidad Libre, directora general de Fundar Colombia (Cali), Asociación Colombiana de Psiquiatría, coordinadora del subcomité de adicciones de la ACP, experta temática, Cali, Colombia.

logy: Systematic revision of the evidence available together with an evaluation of pertinent guidelines found in literature so as to decide whether to adopt or adapt the existing recommendation for each question or to develop *de novo* recommendations. For *de novo* recommendations as well as those adapted, it was carried out an evidence synthesis, together with evidence tables and formulation of recommendations based on the evidence. *Results:* Evidence was found and recommendations were made for the pertinent screening and search of risk factors, in order to perform a diagnosis and carry out a timely management of alcohol abuse, dependence and ensuing complications: withdrawal syndrome, *delirium tremens* and Wernicke's encephalopathy.

Key words: Alcohol abuse, alcohol dependence, alcohol withdrawal, *delirium tremens*, Wernicke encephalopathy.

Introducción

Después de la cafeína, el alcohol es la segunda sustancia psicotrópica más usada en el mundo y el tercer factor de riesgo para muerte prematura y discapacidad. El uso nocivo del alcohol se considera como un problema de salud pública mundial; los trastornos relacionados con el alcohol tienden a volverse crónicos, tienen impacto personal, laboral, familiar, económico y social; además de relacionarse con varias enfermedades médicas graves, se relaciona con otros trastornos mentales, violencia y accidentes de tránsito. Se calcula que el alcohol provoca casi el 4 % de las muertes en todo el mundo y es una de las veinte primeras causas

de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD).

En Colombia el consumo de alcohol es ampliamente aceptado y promovido; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, se calcula que 1 de cada 15 colombianos abusa del alcohol con una proporción hombre a mujer de 5 a 1.

A pesar de la gravedad y del impacto global de los trastornos relacionados con el alcohol, estas entidades son subdiagnosticadas. Algunos estudios reportan que hasta el 70 % de las personas con riesgo de tener problemas con el alcohol no se detectan en la práctica médica general de rutina (1), por lo cual se requieren medidas de tamizaje específicas que permitan la detección temprana y lleven a un tratamiento oportuno.

En la actualidad, existen múltiples instrumentos de tamizaje del consumo de alcohol con diferentes características operativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó dos cuestionarios destinados a la identificación de pacientes con consumo de sustancias. El AUDIT tiene como objetivo identificar personas con consumo excesivo de alcohol y realizar intervenciones breves dirigidas a disminuirlo; contiene diez preguntas en tres dominios (ingesta, dependencia y problemas), ha sido validado en diferentes poblaciones y tiene mayor sensibilidad y especificidad que otros instrumentos. El ASSIST es un cuestionario heteroadministrado que busca detectar

abuso de alcohol, cannabis y otras sustancias psicoactivas. Otro cuestionario que se utiliza con frecuencia es el CAGE, para identificar a bebedores rutinarios y discriminar entre personas dependientes y no dependientes del alcohol (2,3). La revisión de la información y evidencia de los instrumentos de tamizaje demostró que el instrumento AUDIT es la mejor prueba para la detección inicial de pacientes y para indicar si es o no necesario continuar la atención con un tratamiento. La aplicación del instrumento AUDIT a toda la población que consulte, por cualquier motivo en los niveles primarios de atención, puede ser una tarea con dificultades para la implementación por el tiempo que conlleva su aplicación y su poca utilidad en pacientes sin riesgo. Se consideró, entonces, la posibilidad de aplicar la prueba AUDIT-C, que consiste en una versión abreviada, a todos los pacientes que en el interrogatorio de rutina durante la entrevista médica reportaran algún consumo de alcohol durante los últimos 30 días, y la aplicación del AUDIT completo se reserva para pacientes con un resultado AUDIT-C positivo.

El último estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2008, realizado por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Dirección Nacional de estupefacientes (DNE) (4) que aplicó el cuestionario AUDIT a las personas que declararon consumo de alcohol en los 30 días previos a la entrevista

muestra que 2,4 millones de personas en Colombia con edades entre los 12-65 años presentan un uso de alcohol que se puede considerar de riesgo o perjudicial. Esto equivale al 35 % de los consumidores de alcohol o al 12,2 % de la población general, de cada 4 consumidores 3 son hombres y una mujer; 1,57 % de los encuestados presentan comportamientos indicativos de dependencia al alcohol (311-304 personas) (5,6).

La identificación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol nos permite estar vigilantes frente a la posibilidad de presentación de delirium trémens que aparece usualmente entre las 48 y 72 horas posteriores al último consumo (7) caracterizado por fluctuaciones del estado de conciencia, desorientación, alteraciones cognitivas, alucinaciones, ansiedad marcada, agitación psicomotora, y en algunas oportunidades se acompaña de disautonomías y convulsiones. Esta es una de las complicaciones más temidas del síndrome de abstinencia alcohólica; se presenta hasta en el 10 % de las personas con dependencia y tiene una mortalidad cercana al 30 % en los sujetos no tratados, y de 3 % a 5 % en los que reciben un tratamiento adecuado y oportuno. De ahí la importancia de la detección temprana y la identificación de los factores de riesgo asociados con esta patología, no solo por el impacto en el pronóstico, sino, también, por la reducción en los costos del sistema de salud (8,9) Entre los factores de

riesgo descritos para su aparición están: consumo de alcohol en altas cantidades, cronicidad del consumo, hepatopatías, antecedente de convulsiones o delirium trémens, presencia de ansiedad de consumo, uso concomitante de otras sustancias psicoactivas y presencia de comorbilidades médicas (7).

La encefalopatía de Wernicke es un síndrome clínico causado por la deficiencia de tiamina, caracterizado por amnesia, confusión, ataxia y alteración de los movimientos oculares (oftalmoplejía: parálisis de uno o varios músculos oculares; nistagmus: espasmo involuntario de los músculos del globo ocular que produce movimientos bruscos y espasmódicos en sentido vertical, horizontal o rotatorio), y puede acompañarse también de hipo- o hipertermia, con alteraciones en el estado de conciencia. Sin embargo, la presentación clásica de la tríada de este cuadro ocurre en menos del 1 % de los pacientes que asisten a un servicio hospitalario (10). Suele presentarse en pacientes con dependencia del alcohol o con enfermedades renales, hepáticas y tumorales asociadas con estados de desnutrición avanzada. Las fallas en la identificación de los factores de riesgo y en el manejo del déficit de tiamina que generan esta entidad clínica (11) aumentan los costos para el sistema de salud de manera significativa, ya que se trata de una enfermedad que cursa con deterioro

cognitivo y funcional marcado (8). La identificación temprana permite instaurar un tratamiento oportuno.

El objetivo de este artículo es presentar diferentes recomendaciones dirigidas principalmente a los médicos encargados del manejo de pacientes en centros de baja complejidad de atención, y recomendar temas sobre detección y tamización, manejo, y prevención de complicaciones.

Métodos

Se utilizó la *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la unidad de pago por capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano* (12), con algunas modificaciones y adaptaciones. Se efectuaron revisiones sistemáticas de la evidencia disponible en bases de datos o metabuscadores: National Guidelines Clearinghouse (NGCH), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), New Zealand Guidelines Group, NHS, PubMed, EMBASE, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Trip database, SumSearch 2, Catálogo de GPC en el Sistema Nacional de Salud de España, Fisterra, y GIN International Guideline Library. Se evaluaron las guías pertinentes identificadas en la literatura científica

con el instrumento AGREE II, con el fin de decidir, para cada pregunta, si se adopta o se adapta a una recomendación ya existente, o bien, si se desarrollan recomendaciones *de novo*. Para las recomendaciones *de novo* y las adaptadas se realizó una síntesis de la evidencia, se elaboraron tablas de evidencia y, en conjunto con la fuerza de tarea en pleno, se formularon las recomendaciones basadas en evidencia. Para preguntas cuidadosamente seleccionadas y prioritarias se llevó a cabo una evaluación económica, con la asesoría y la participación de expertos en economía clínica vinculados al equipo, y siguiendo las recomendaciones que hace la *Guía metodológica*. Los resultados de cada etapa (formulación de preguntas, formulación de recomendaciones, evaluación económica) se sometieron a procesos de socialización y de legitimación por parte de los pares y de la comunidad. (La metodología ampliada y toda la documentación estarán disponibles en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social [12]).

Resultados

A continuación presentamos las principales recomendaciones, estas se muestran seguidas de siglas o símbolos que expresan la fuerza de la recomendación

derivada de la evidencia y de la evaluación del grupo de expertos:

- Recomendación fuerte a favor (↑↑)
- Recomendación débil a favor (↑)
- Recomendación fuerte en contra (↓↓)
- Recomendación débil en contra (↓)
- Punto de buena práctica clínica (†)
- Consenso de expertos (CE)

En el marco de la búsqueda señalada se realizaron las recomendaciones para tamizaje e identificación de factores de riesgo. A continuación se presentan los resultados con las recomendaciones respectivas:

- Durante la entrevista clínica indague específicamente por frecuencia y cantidad de consumo de alcohol en los últimos 30 días en todos los pacientes que soliciten servicios de salud en atención primaria. En caso de antecedente positivo de consumo de alcohol, aplique el cuestionario AUDIT-C para identificar el consumo de riesgo. (↑↑)
- En los pacientes con resultado positivo para consumo de riesgo en la prueba AUDIT-C (< 4 puntos) aplique el cuestionario AUDIT completo (Ver anexo y tabla 1) para identificar los pacientes con riesgo o con dependencia del alcohol. (↑↑)

Tabla 1. Clasificación de los pacientes según el instrumento AUDIT.

Valoración del riesgo	Puntaje en el AUDIT	
	Hombres	Mujeres
No hay problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-19	6-19
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	20-40	20-40

Identifique los pacientes con abuso o dependencia del alcohol que se encuentran en alto riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia para realizar observación cercana, informar sobre signos de alarma e instaurar manejo oportuno. (↑)

Los pacientes con abuso o dependencia del alcohol que podrían tener alto riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia severo son aquellos que presentan: historia de amnesia lacunar (lagunas), uso de alcohol al despertar, antecedente de delirium trémens, antecedente de convulsión por abstinencia, dos o más desintoxicaciones hospitalarias previas, historia de participación en dos o más programas de desintoxicación alcohólica, uso de heroína o cocaína, uso de benzodiacepinas, puntaje CIWA-Ar inicial > 10. (Ver anexo) Aunque los siguientes exámenes no se solicitan de rutina, en caso de estar disponibles, considérelos como factores de riesgo para síndrome de abstinencia: conteo inicial de plaquetas < 140 x 10⁹/L, depuración de

creatinina inicial < 70 µmol/L, cloro < 100 mmol/L y AST > 80 U/L. (↑)

Informe y advierta al paciente, a sus familiares y/o cuidadores sobre la necesidad de reportar signos y síntomas de alarma para el desarrollo de un síndrome de abstinencia: presencia de náuseas y vómito, temblor, sudoración, ansiedad, inquietud, alteraciones sensorio-perceptivas, cefalea y desorientación. (↑)

Identifique los pacientes con abuso o dependencia del alcohol que se encuentran en alto riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke para realizar observación cercana, informar sobre signos de alarma e instaurar manejo oportuno. (↑)

Identifique los pacientes con abuso o dependencia del alcohol, con sospecha o diagnóstico de desnutrición y otras enfermedades que conlleven a deficiencia en los niveles de tiamina tales como: dieta inadecuada, enfermedades crónicas, alcoholismo o cirugía bariátrica. (↑)

Una vez identificados los pacientes con abuso o dependencia del alcohol que se encuentran en alto riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke, adminístreles 200 mg de tiamina vía intramuscular diariamente hasta completar 1 g, es decir por 5 días. En caso de que persista el factor de riesgo, considere la continuación del manejo con tiamina por vía oral (300-900 mg/día) hasta que la condición esté controlada. (↑, **CE**)

Identifique los pacientes con síndrome de abstinencia que se encuentran en alto riesgo de desarro-

llar delirium trémens para realizar observación cercana, informar sobre signos de alarma e instaurar manejo oportuno. (↑)

Los pacientes con síndrome de abstinencia con mayor riesgo de desarrollar delirium trémens son aquellos que presentan: historia previa de delirium trémens o convulsiones, presencia de convulsiones en el cuadro de abstinencia y frecuencia cardíaca al ingreso mayor de 100 latidos/minuto. (↑↑)

Con el fin de iniciar un manejo oportuno, se deben tener en cuenta los siguientes signos de alarma para el desarrollo de delirium trémens: náuseas y vómito, temblor, alteraciones sensorio-perceptivas, sudoración, ansiedad, cefalea, inquietud motora, desorientación (Ver parte II artículo: Evaluación y manejo en pacientes con abuso y dependencia a alcohol).

Durante la tamización e identificación de factores de riesgo en pacientes con abuso y dependencia del alcohol también es necesario identificar los pacientes que se encuentran en alto riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke para realizar observación cercana, informar sobre signos de alarma e instaurar un manejo oportuno. Se encuentran en riesgo los pacientes con abuso o dependencia del alcohol con sospecha o diagnóstico de desnutrición y otras enfermedades que conlleven a deficiencia en los niveles de tiamina, tales como: dieta inadecuada, enfermedades crónicas,

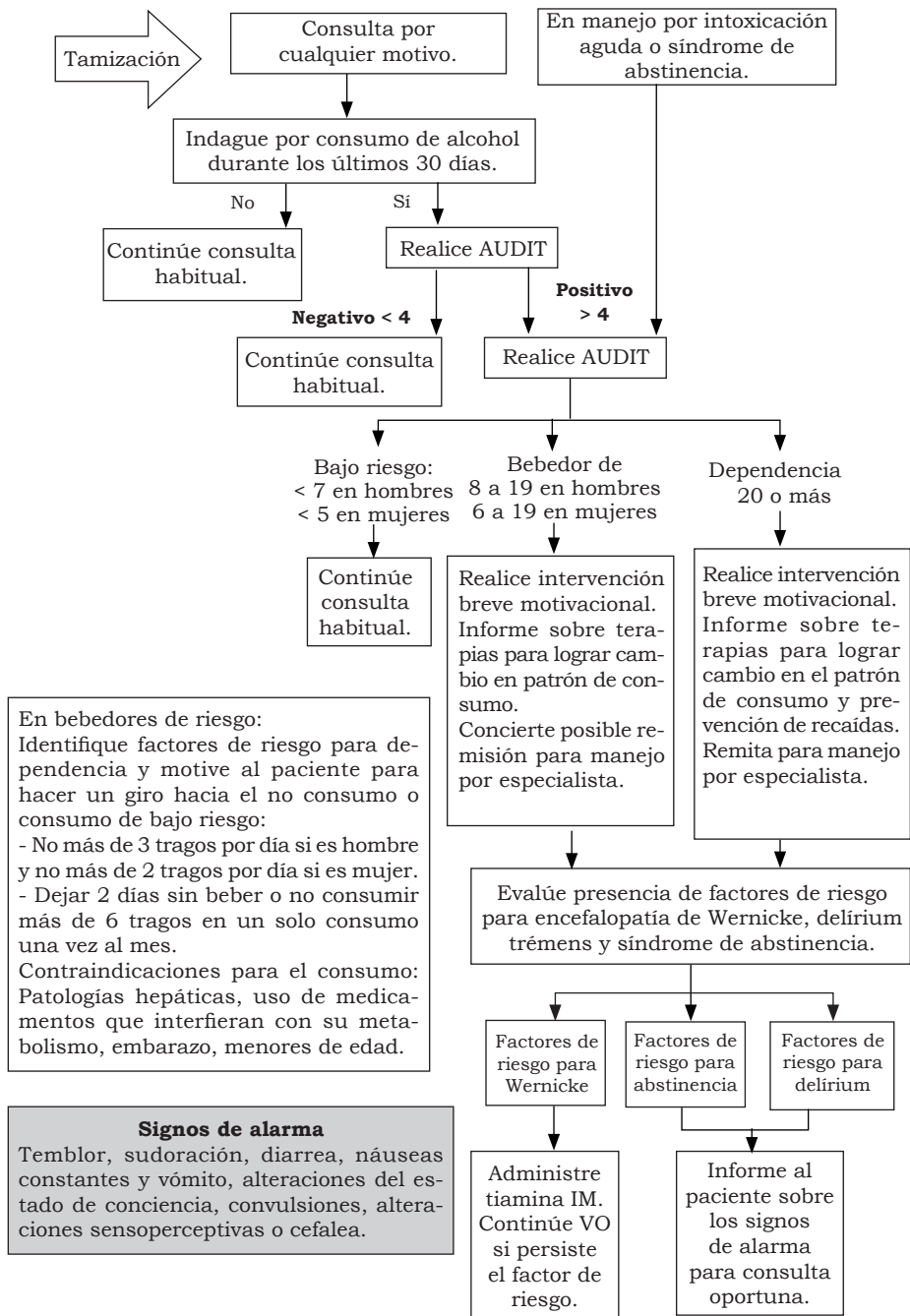
alcoholismo o cirugía bariátrica. En caso de riesgo, la encefalopatía de Wernicke debe ser tratada (Ver parte II artículo: Evaluación y manejo en pacientes con abuso y dependencia a alcohol).

Conclusión

La detección temprana de abuso y dependencia de alcohol y sus posibles complicaciones permite un tratamiento oportuno. Después de realizar una búsqueda exhaustiva de evidencia se pueden realizar recomendaciones para el tamizaje y la búsqueda de factores de riesgo en pacientes con dependencia y abuso de alcohol. La evidencia demuestra la efectividad de la tamización en primer nivel para abuso y dependencia por medio de la aplicación de AUDIT-C, dada su facilidad y rapidez para aplicar la prueba en contextos de atención primaria. Para pacientes que ingresan con intoxicación aguda o síndrome de abstinencia o con un AUDIT-C positivo es necesario realizar AUDIT completo, identificando pacientes con consumo nocivo o dependencia de alcohol.

En estos pacientes es necesario realizar un tamizaje e identificación de factores de riesgo para síndrome de abstinencia, delirium trémens y encefalopatía de Wernicke, con el fin de promover una identificación oportuna y un tratamiento temprano para prevenir complicaciones, aumento en mortalidad y de costos de salud.

Algoritmo de tamización



Fuente: elaboración de los autores.

Referencias citadas

1. Australian Government Department of Health and Ageing. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: Commonwealth of Australia; 2009.
2. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252:1905-7.
3. Aertgeerts B, Buntinx F, Kesterb A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2004;57:30-9.
4. República de Colombia, Minprotección. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2008. Bogotá: Minprotección; 2008.
5. ODC: Observatorio de Drogas de Colombia [página principal en internet]. Bogotá: ODC; 1996-2012 [citado: 20 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://odc.gov.co>.
6. Descentraliza drogas: Programa de Fortalecimiento nacional y local para la reducción del consumo de drogas en Colombia [página principal en internet]. Bogotá: 1999-2012 [citado: 20 de septiembre de 2012]. Disponible en: www.descentralizadrogas.gov.co.
7. National Clinical Guideline Centre For Acute And Chronic Conditions. Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications (clinical guideline 100). London: National Clinical Guidelines Centre; 2010.
8. Gómez-Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, et al. Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3ra edición. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008.
9. Pristach CA, Smith CM, Whitney RB. Alcohol withdrawal syndromes-prediction from detailed medical and drinking histories. *Drug Alcohol Depend*. 1983;11:177-99.
10. Ambrose M, Bowden SC, Whelan G. Thiamin treatment and working memory function of alcohol-dependent people: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;25:112-6.
11. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2007;6:442-55
12. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Ministerio de la Protección Social de Colombia [internet] 2009 [citado: 20 de septiembre de 2012]. Disponible en: www.pos.gov.co/Documents/GUIA%20METODOLÓGICA%2023%2011%2009-1.pdf

Referencias consultadas para la elaboración de las recomendaciones

- Aertgeerts B, Buntinx F, Kesterb A. The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2004;57:30-9.
- Ambrose M, Bowden SC, Whelan G. Thiamin treatment and working memory function of alcohol-dependent people: preliminary findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;25:112-6.
- Australian Government Department of Health and Ageing. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Sydney: Commonwealth of Australia; 2009.
- Becker HC. Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World*. 1998;22:25-33.
- Burapakajornpong N, Maneeton B, Srisurapanont M. Pattern and risk factors of alcohol withdrawal delirium. *J Med Assoc Thai*. 2011;94:991-7.
- Butterworth RF, Kril JJ, Harper CG. Thiamine-dependent enzyme changes in the brains of alcoholics: relationship to the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993;17:1084-8.
- Campo-Arias A, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes GE. Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE

- para consumo abusivo de alcohol: resultados de tres análisis. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:294-303.
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol.* 2004;65:782-93.
- Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, et al. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29:844-54.
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA.* 1984;252:1905-7.
- Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, et al. Risk factors for delirium tremens development. *J General Internal Med.* 1996;11:410-4.
- Fiellin D, Reid M, O'Connor P. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2000;160:1977-89.
- Galvin R, Brathen G, Ivashynka A, et al. EFNS guidelines for Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol.* 2010;17:1408-18.
- Gómez-Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, et al. *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.* 3ra edición. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008.
- Haber P, Lintzeris N, Proude E, et al. *Guidelines for the treatment of alcohol problems.* Canberra: Department of Health and Ageing; 2009.
- Kraemer KL, Mayo SM, Calkins DR. Independent clinical correlates of severe alcohol withdrawal. *Substance Abuse.* 2003;24:197-209.
- Lee JH, Jang MK, Lee JY, et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005;12:1833-7.
- Manzanares W, Hardy G. Thiamine supplementation in the critically ill. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2011;14:610-7.
- Meneses-Gaya C, Zuairi AW, Loureiro SR, et al. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychol Neurosci.* 2009;2:83-97.
- Monte R, Rabuñal R, Casariego E, et al. Analysis of the factors determining survival of alcoholic withdrawal syndrome patients in a general hospital. *Alcohol Alcoholism.* 2010;45:151-8.
- Monte R, Rabuñal R, Casariego E, et al. Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. *Eur J Intern Med.* 2009;20:690-4.
- National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. *Alcohol use disorders: The NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (clinical guideline 115).* London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2011.
- Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatr Serv.* 2001;52:820-3.
- Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33:241-62.
- Pristach CA, Smith CM, Whitney RB. Alcohol withdrawal syndromes-prediction from detailed medical and drinking histories. *Drug Alcohol Depend.* 1983;11:177-99.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the Alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction.* 1993;88:791-804.
- Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6:442-55.
- Seco E, Marnotes J, Mouronte C, et al. Risk factors and prognostic markers in Wernicke encephalopathy: a pilot study. *Eur J Intern Med.* 2011;22S:S1-112.
- The National Clinical Guideline Centre For Acute And Chronic Conditions. *Alcohol use disorders: diagnosis and clinical*

management of alcohol-related physical complications (clinical guideline 100). London: National Clinical Guidelines Centre; 2010.

Wetterling T, Kanitz RD, Veltrup C, et al. Clinical predictors of alcohol withdrawal delirium. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994;18:1100-2.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 25 de octubre de 2012
Aceptado para publicación: 6 de noviembre de 2012

Correspondencia
Ricardo de la Espriella
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7ª N.º 40-62 Piso 8
Bogotá, Colombia
rdelae@javeriana.edu.co

Anexos

Equipo desarrollador ampliado

Ricardo de la Espriella Guerrero (Pontificia Universidad Javeriana, PUJ, director), Ana María de la Hoz Bradford (PUJ, coordinadora), Patricia Hidalgo Martínez (PUJ, coordinadora, hasta noviembre de 2011), Carlos Gómez-Restrepo (PUJ, experto temático y metodológico), Miguel Cote Menéndez (Universidad Nacional de Colombia, experto temático), Alina Uribe-Holguín Zarate (PUJ, asistente de investigación), Patricia Rodríguez Lee (PUJ, asistente de investigación), Laura Marcela Gil Lemus (PUJ, experta temática), Juliana Guzmán Martínez (PUJ, maestranda asistente de investigación), Michelle Cortés Barré (PUJ, maestranda, asistente de investigación), Nathalie Tamayo Martínez (PUJ, asistente de investigación), Ana María Cano Rentería (Asociación Colombiana de Psiquiatría, ACP, experta temática), Delia Cristina Hernández (ACP, experta temática), Gabriel Hernández Kunzel (ACP, experto temático), Carlos Alberto Cardeño Castro (Universidad de Antioquia, experto temático), Darío Londoño Trujillo (PUJ, coordinador grupo Eco-

nomía), Alejandra Taborda Restrepo (PUJ, apoyo grupo Economía), Gloria Bernal Nisperuza (PUJ, apoyo grupo Economía), Natalia Sánchez Díaz (PUJ, grupo Implementación), Andrés Duarte Osorio (PUJ, grupo Implementación), Nelcy Rodríguez Malagón (PUJ, Bioestadística), Ana Lindy Moreno López (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, CCTO, experta temática), Ana Constanza Puerto Espinel (CCTO, experta temática), Francy Milena Rodríguez Herrera (Colegio Colombiano de Psicología, experta temática), Diana Lucía Matallana Eslava (PUJ, experta temática), Hernán Santacruz Oleas (PUJ, experto temático), Pablo Zuleta González (Programa REDES, Clínica Nuestra Señora de La Paz, experto temático), Ricardo Alvarado (PUJ, médico familia, experto temático), Representantes Comunidad de Alcohólicos Anónimos (AA), Representantes de Al-Anon, Jenny Severiche (PUJ, administración), Equipo de Coordinación General Alianza CINETS: Carlos Gómez-Restrepo (Pontificia Universidad Javeriana), Rodrigo Pardo Turriago (Universidad Nacional de Colombia), Luz Helena Lugo Agudelo (Universidad de Antioquia).

Cuestionario AUDIT-C

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre cuidadosamente las respuestas. Empiece el AUDIT-C diciendo: “Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año”. Explique qué se entiende por “bebidas alcohólicas”, utilice ejemplos típicos, como cerveza, vino, vodka, etcétera. Codifique las respuestas en términos de “bebidas estándar”. Marque la cifra de la respuesta (cifra entre paréntesis) en el recuadro de la derecha. Si la suma de las cifras de los recuadros es igual o mayor que 4, aplique el AUDIT completo.

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana
¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o más
¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario

Instrumento AUDIT

Como el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto, por favor. Se define como *un trago* a un vaso de cerveza (330 ml), una copa de vino (150 ml), una copa (45 ml) de licor destilado (aguardiente, ron, vodka, whisky) u otros licores.

Marque con una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4	Total
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica (trago)?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más a la semana	
2. ¿Cuántos tragos (de bebidas alcohólicas) suele tomar en un día de consumo?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos en un solo día de consumo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido parar de beber una vez ha empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido, (laboral, familiar, social, etc.)?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho en el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario	



Preguntas	0	1	2	3	4	Total
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted ha bebido alcohol?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					TOTAL	

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud, Cuestionario de Auto-reporte) (2,3).

Calificación

	Hombres	Mujeres
No hay problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-19	6-19
Problemas físico-químicos con la bebida. Probable dependencia	20-40	20-40

Escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment)

Náusea y vómito	Alteraciones táctiles
0 Sin náusea ni vómito 1 Náusea leve sin vómito 2 3 4 Náusea intermitente con arcadas o esfuerzos secos 5 6 7 Náusea constante y vómito Puntaje ____	0 Ninguna 1 Sensación leve (punzante, ardiente, cosquilleo) 2 Ídem suave 3 Ídem moderado 4 Alucinaciones moderadas 5 Alucinaciones severas 6 Alucinaciones extremas 7 Alucinaciones continuas Puntaje ____
Temblor	Alteraciones auditivas
0 Sin temblor 1 Temblor no visible, puede percibirse en los dedos 2 3 4 Moderado, con los brazos extendidos 5 6 7 Severo, incluso con los brazos no extendidos Puntaje ____	0 Ninguna 1 Muy leves, sonidos secos 2 Leves 3 Moderados 4 Alucinaciones moderadas 5 Alucinaciones severas 6 Alucinaciones extremas 7 Alucinaciones continuas Puntaje ____
Sudoración	Alteraciones visuales
0 No visible 1 Palmas húmedas 2 3 4 Sudor en la frente 5 6 7 Sudor abundante en todo el cuerpo Puntaje ____	0 Ninguna 1 Muy leves 2 Leves 3 Moderadas 4 Alucinaciones moderadas 5 Alucinaciones severas 6 Alucinaciones extremas 7 Alucinaciones continuas Puntaje ____

Ansiedad	Cefalea
0 Sin ansiedad 1 Ligeramente ansioso 2 3 4 Moderadamente ansioso 5 6 7 Ataque de pánico Puntaje ____	0 Sin cefalea 1 Muy leve 2 Leve 3 Moderada 4 Moderadamente severa 5 Severa 6 Muy severa 7 Extremadamente severa Puntaje ____
Agitación psicomotora	Orientación y funciones superiores
0 Actividad normal 1 Algo hiperactivo 2 3 4 Moderadamente inquieto 5 6 7 Con agitación psicomotora y cambios de postura Puntaje ____	0 Orientado y puede sumar 1 No puede sumar, indeciso en la fecha 2 Desorientado temporalmente (<2 días) 3 Mayor desorientación temporal (>2 días) 4 Desorientación espacial y/o en persona Puntaje ____
PUNTAJE TOTAL: _____	

Clasificación de la severidad de la abstinencia alcohólica

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