



ABORDAJE FARMACOLÓGICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Revisión narrativa

AUTORES: SARAY MARTÍN MONTEAGUDO / ANA RITA MOREIRA GRAÇA.

Alumnos de 6º curso Grado en Medicina.

Facultad de Medicina. Valladolid.

TUTOR: JUAN CARLOS RODRÍGUEZ VILLAMAÑÁN.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud GAMAZO. Valladolid.

ÍNDICE

1. Resumen / Abstract.
2. Objetivo docente:

Aprender a realizar una revisión narrativa con el objetivo de encontrar la mayor evidencia posible.
3. Objetivo de investigación:

Conocer la mayor evidencia disponible sobre el abordaje del abuso de alcohol en las consultas de Atención Primaria en los aspectos preventivos y tratamiento farmacológico de la desintoxicación y deshabituación.
4. Introducción:
 - Justificación de la importancia epidemiológica y clínica del problema.
 - Criterios de definición de consumo de riesgo.
 - ¿Se ha de actuar desde Atención Primaria en el tratamiento del paciente alcohólico? Justificación.
 - Qué tratamiento farmacológico y no farmacológico dispone de mejor evidencia para su utilización en las consultas de Atención Primaria en España.
5. Métodos de búsqueda y resultados:
 - Estrategia de búsqueda.
 - Definir palabras clave: tratamiento alcoholismo, retirada alcohol.
 - Bases utilizadas: Fisterra, UpToDate, Pubmed/Medline
6. Discusión.
7. Conclusiones:
 - Tratamiento desintoxicación.
 - Tratamiento deshabituación.
8. Bibliografía.
9. Anexos:
 - Algoritmo de intervención en alcohol.
 - Algoritmo desintoxicación (elaboración propia).
 - Algoritmo deshabituación (elaboración propia).

1. RESUMEN

En el presente trabajo se trata de revisar la mayor evidencia posible sobre el manejo farmacológico de la desintoxicación y deshabitación alcohólica en las consultas de Atención Primaria (AP).

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, incluyendo artículos publicados la mayoría en los últimos 5 años, tanto en lengua española y portuguesa como inglesa, sobre el manejo del paciente alcohólico en las consultas de Atención Primaria.

Los términos utilizados en la búsqueda fueron los siguientes: 'alcohol', 'alcohol withdrawal', 'alcohol dependence', 'alcohol detoxification', 'alcohol use disorder', 'alcohol treatment'.

Se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Fistera, UpToDate, Guías de Práctica Clínica.

Las conclusiones que cabe destacar es que el tratamiento farmacológico es un apoyo necesario a la imprescindible terapia conductual, motivacional, individual, familiar o grupal que debe realizarse en estos pacientes.

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado y basado en 2 grupos terapéuticos: los fármacos que disminuyen o anulen el deseo de consumir o "anticraving" y los fármacos aversivos.

En muchos casos se deben tratar conjuntamente los déficits nutricionales y de vitaminas y los trastornos mentales asociados (depresión, ansiedad, psicosis, etc).

ABSTRACT

The aim of this study is to review the greatest possible evidence on the pharmacological management of alcohol detoxification and withdrawal in primary care consultations.

To carry out this work, we undertook a bibliographical review, including articles most of which published in the last 5 years, not only in Spanish and Portuguese

but also English, on the management of alcoholic patients in primary care consultations.

The keywords in our research were: 'alcohol', 'alcohol withdrawal', 'alcohol dependence', 'alcohol detoxification', 'alcohol use disorder', 'primary alcohol treatment'.

These were the following databases we used: Pubmed, Medline, Fistera, UpToDate, Clinical Practice Guidelines.

We can conclude that pharmacological treatment is an indispensable support along with the essential behavioral therapy, individual motivation and family grouping that these patients must undergo.

The pharmacological treatment must be individualized and based on two therapeutic groups: the medication that decreases the desire to consume drugs or anticraving medication, as well as aversive ones.

In many cases nutritional and vitamin deficiencies and other mental disorders alike (depression, anxiety, psychosis, etc.) must be treated together.

2. OBJETIVO DOCENTE

Aprender a realizar una revisión narrativa con el objetivo de encontrar la mayor evidencia posible. Las revisiones narrativas son un diseño de investigación eficiente que permite integrar los datos de diferentes publicaciones sobre un tema y establecer una consistencia en relación a los datos existentes.

3. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

Conocer la mayor evidencia disponible sobre el abordaje farmacológico del consumo de alcohol en las consultas de AP en los aspectos preventivos y tratamiento de la desintoxicación y deshabitación.

4. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

El abuso de alcohol es aquel que comporta un riesgo para la salud y depende de la cantidad consumida y/o de las circunstancias que acompañan el consumo. Se define Trastornos Relacionados con Alcohol, cuando se presenta

algún problema familiar, social, físico, psíquico, legal, económico atribuible al alcohol. Si aparece tolerancia y dependencia física y psicológica, se habla entonces de Síndrome de Dependencia Alcohólica.¹

Justificación de la importancia epidemiológica y clínica del problema

El alcohol es la droga más consumida entre la población de 15-64 años. A través de los datos obtenidos en la encuesta sobre alcohol y drogas en España (2009-2015), sabemos que más del 90% de los ciudadanos han tomado alcohol en alguna etapa de su vida. El 77,6% afirmó haber tomado alcohol en los últimos 12 meses previos a la encuesta (2015). El 9,3% de la población española mantiene un consumo diario de alcohol, pero afortunadamente, la tendencia ha sido decreciente, registrando en 2015 el valor más bajo desde 2011. El consumo de alcohol es más frecuente en el sexo masculino en todos los tramos de edad. En cuanto a las intoxicaciones etílicas agudas, la prevalencia en los últimos 12 meses es de 16,8%, porcentaje menor que los resultados obtenidos en la última década (20%). Por último, hay que hablar del binge drinking, que es el consumo de alcohol en atracón, y se considera como el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en hombre ó 4 o más en mujer en la misma ocasión. El binge drinking ha aumentado su prevalencia a lo largo del tiempo y alcanza valores de 17,9% en 2015². Según los datos de la OMS, cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. En España se estima que la mortalidad relacionada con el alcohol es del 3,4%, aunque hay autores que elevan estas cifras de un 6% a un 12%. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos y produce defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana (un 25% de las defunciones son atribuibles al alcohol en jóvenes de 20-39 años)³. Además, produce pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol en España se cuantifica por UBES (unidades de bebida estándar). En la tabla 1 se exponen los diferentes patrones de consumo⁴ (elaboración propia):

TABLA 1. CRITERIOS DE DEFINICIÓN DE CONSUMO DE RIESGO

Abstinencia	Nunca ha consumido ni consume alcohol
Consumo de bajo riesgo (si cumple todos estos criterios)	Hombres <28UBE/semana, ≤ 4UBE/día, ≤6UBE por ocasión o AUDIT 0-7
	Mujeres ≤ 17UBE/semana, ≤2UBE/día por ocasión, ≤ 4UBE por ocasión o AUDIT 0-5
Consumo de riesgo (si cumple alguno)*	Hombres ≥28UBE/semana o >4UBE en un día, > 6UBE por ocasión o AUDIT >7
	Mujeres>17 UBE/semana o >2 UBE en un día, > 4 UBE por ocasión o AUDIT >5
Consumo nocivo	Consumo que ocasiona daño orgánico y/o mental
Dependencia del alcohol	3 o más criterios del CIE-10 para dependencia de sustancias.

*Consumo que aumenta el riesgo de consecuencias nocivas para el sujeto y para terceras personas, pero en el momento de la valoración no hay consecuencias de patología orgánica y/o psíquica. Cualquier consumo en: personas que tengan que conducir o realizar actividades peligrosas, menores de 16 años, embarazadas o en periodo de lactancia y personas que sigan tratamiento farmacológico que contraindica el consumo de alcohol.

Detección precoz

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad como mínimo cada 2 años (grado de recomendación A). Para una detección precoz debemos llevar a cabo un interrogatorio básico, registrar el consumo de alcohol en UBE, aplicar cuestionarios (CAGE, AUDIT, AUDIT-C) y solicitar pruebas de laboratorio (VCM, GGT y transaminasas)⁵. Cuando ya se ha establecido la dependencia alcohólica hay que hacer una terapia de desintoxicación y deshabitación alcohólica, que es donde nos vamos a centrar en nuestro trabajo.

¿Se ha de actuar desde Atención Primaria en el tratamiento del paciente alcohólico?

El médico de Atención Primaria se encuentra en una posición privilegiada para detectar el trastorno por consumo de alcohol, ya sea porque el paciente acude a la consulta específicamente por este problema o porque se detecta durante el transcurso de la entrevista, de manera que puede motivar al paciente a abandonar el consumo de alcohol. Además, numerosos estudios tanto nacionales como internacionales, han demostrado la eficacia y la efectividad de las intervenciones breves en Atención Primaria sobre pacientes con consumo de riesgo, siendo una de las medidas sanitarias más coste-efectivas.⁶

En el anexo I se describe el proceso de intervención en Atención Primaria.

5. MÉTODOS DE BÚSQUEDA. RESULTADOS.

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, incluyendo artículos publicados la mayoría en los últimos 5 años, tanto en lengua española y portuguesa como inglesa, sobre el manejo del paciente alcohólico en las consultas de Atención Primaria.

Los términos utilizados en la búsqueda fueron los siguientes: 'alcohol', 'alcohol withdrawal', 'alcohol dependence', 'alcohol detoxification', 'alcohol use disorder', 'alcohol treatment'.

Se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Fisterra, portales médicos, UpToDate, Guías de Práctica Clínica.

Es importante referir que la búsqueda se extendió a todos aquellos fármacos que puedan ser relevantes o que tengan algún beneficio para el tratamiento en desintoxicación y deshabitación alcohólica.

Las fuentes de búsqueda y los resultados los describimos en los anexos II y III.

6. DISCUSIÓN

Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica

En pacientes con dependencia alcohólica, la abstinencia de alcohol puede desencadenar un síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) que comienza unas horas después de la última ingesta de alcohol y continúa durante unos días. El síndrome de abstinencia alcohólica puede consistir en numerosos tipos de síntomas: (1) trastornos subjetivos, es decir, ansiedad, agitación, irritabilidad, insomnio y pesadillas, (2) trastornos gastrointestinales, es decir, anorexia, náuseas, vómitos, y diarrea y (3) trastornos autonómicos, es decir, sudor, temblor, taquicardia e hipertensión.⁷

Las complicaciones del SAA incluyen delirio, alucinaciones o convulsiones. Los principales factores de riesgo para las complicaciones del SAA son un alto consumo diario de alcohol, episodios previos de SAA, trastornos asociados con el uso de sustancias y las comorbilidades físicas asociadas.⁷

La presencia y la intensidad de los síntomas de abstinencia se evalúan inicialmente y durante el transcurso del período de abstinencia mediante un examen físico y utilizando escalas estandarizadas como la escala CIWA-Ar (anexo IV).

La desintoxicación se define como el procedimiento médico para lograr de manera rápida y segura un estado sin alcohol en un sujeto con dependencia del alcohol. Ésta se puede llevar a cabo de manera ambulatoria u hospitalaria.

Los requisitos para llevar a cabo una desintoxicación ambulatoria son los siguientes: que exista una persona responsable que acompañe al paciente en todo momento, que no haya problemática social o familiar grave, que no haya patología psiquiátrica asociada (depresión mayor, ideación suicida, consumo de otras sustancias), que no haya comorbilidades asociadas, que el paciente no tenga riesgo de sufrir un síndrome de abstinencia grave y que no tenga antecedentes de delirium tremens o crisis convulsivas en anteriores síndromes de abstinencia.⁸

Respecto a la eficacia y seguridad de la desintoxicación ambulatoria, un ensayo clínico aleatorizado de abstinencia alcohólica supervisada médicamente encontró que el tratamiento ambulatorio para pacientes seleccionados fue tan efectivo y seguro como el tratamiento hospitalario y se asoció con una menor duración y costes del tratamiento.⁹

La duración media del tratamiento fue más corta para los pacientes ambulatorios en comparación con los pacientes hospitalizados (6,5 frente a 9,2 días).

Los estudios de cohorte retrospectivos con un total de más de 1000 pacientes también sugieren que el tratamiento ambulatorio para pacientes seleccionados apropiadamente tiene una tasa segura de finalización exitosa entre el 82 y el 94%.^{10, 11}

Respecto a las opciones de medicación, las benzodiazepinas se han probado exhaustivamente en ensayos clínicos de abstinencia alcohólica supervisada y siguen siendo insuperables en eficacia, por lo que son ampliamente utilizadas.^{12, 13, 14} Un meta-análisis que compara la eficacia y la seguridad de las benzodiazepinas individuales para la abstinencia alcohólica no encontró diferencias significativas entre ellas.¹⁵

En la mayoría de los pacientes tratados con benzodiazepinas para la abstinencia alcohólica, usamos un fármaco de acción más prolongada, como el clordiazepóxido o diazepam, en lugar de una benzodiazepina de acción más corta. Las benzodiazepinas de acción prolongada tienen la ventaja de proporcionar un nivel constante de control de los síntomas, debido a su vida media y metabolitos activos. Para los pacientes que tienen insuficiencia hepática, delirio o demencia, se utiliza una benzodiazepina de acción más corta, como lorazepam. Las benzodiazepinas de acción corta tienen menos metabolitos que dependen de la función hepática, lo que es especialmente útil en estos pacientes.^{16, 17}

Otro de los fármacos de primera línea es el clometiazol. En un estudio que compara clometiazol vs diazepam en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica se vio que tanto clometiazol como diazepam fueron

efectivos e igualmente seguros en el tratamiento del SAA. El clometiazol proporcionó una retirada más rápida y requirió menos medicación antipsicótica concomitante y, por lo tanto, podría ser la opción más favorable, aunque teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del estudio (diseño retrospectivo, falta de aleatorización, uso de clometiazol como fármaco de primera elección), se necesitan más estudios para confirmar este resultado.¹⁸

En cuanto a los antipsicóticos, un metaanálisis que evaluó la utilidad de los diferentes antipsicóticos en pacientes con dependencia alcohólica demostró que los antipsicóticos estudiados (amisulpirida, aripiprazol, quetiapina, tiaprida) no mejoraron la abstinencia ni redujeron el consumo de alcohol con respecto al placebo.¹⁹

En el anexo V se describe el algoritmo de manejo de la desintoxicación en función de los resultados de la escala CIWA-Ar.

En cuanto a los anticonvulsivantes, la gabapentina ha surgido en los últimos años como una alternativa efectiva y segura a las benzodiazepinas para el tratamiento del síndrome de abstinencia leve en el entorno ambulatorio. En ensayos clínicos, se ha demostrado que la gabapentina es eficaz para reducir los síntomas de abstinencia alcohólica, además de las convulsiones y el delirium tremens. Estos ensayos compararon gabapentina con benzodiazepinas.^{20, 21}

La gabapentina se administra usando un esquema de dosificación fijo: día 1: 300 mg cada 6 horas; día 2: 300 mg cada 8 horas; día 3: 300 mg cada 12 horas y día 4: 300 mg una dosis.^{20, 21}

La carbamazepina, que se ha utilizado en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica en Europa durante casi 40 años, es tan eficaz como las benzodiazepinas para reducir los síntomas de abstinencia alcohólica. No se ha encontrado que la carbamazepina reduzca o prevenga las convulsiones por abstinencia o el delirium tremens.²²

Otros anticonvulsivantes, como la oxcarbazepina, pueden tener beneficios equivalentes, con efectos secundarios más leves y menos interacciones con

otros medicamentos, pero se necesita más investigación antes de recomendarla.²³

Los datos sobre seguridad y eficacia de otros anticonvulsivantes, como pregabalina, levetiracetam y ácido valproico, son insuficientes para recomendarlos para el tratamiento de la abstinencia alcohólica.

Se han sugerido otros medicamentos como posiblemente útiles en el tratamiento ambulatorio de la abstinencia alcohólica, incluidos el baclofeno, la clonidina y el gamma hidroxibutirato.

En un estudio que analiza el baclofeno para la abstinencia del alcohol se incluyeron tres ensayos clínicos aleatorizados con 141 participantes asignados al azar. Para la comparación de baclofeno y placebo (1 estudio, 31 participantes), no hubo una diferencia significativa en la puntuación en la escala CIWA-Ar (evidencia de muy baja calidad). Para la comparación de baclofeno y diazepam (1 estudio, 37 participantes), no hubo diferencias significativas en las puntuaciones en la escala CIWA-Ar (evidencia de muy baja calidad), eventos adversos, abandonos y abandonos debidos a eventos adversos. Para la comparación de baclofeno y clordiazepóxido (1 estudio, 60 participantes), no hubo diferencias significativas en las puntuaciones en la escala CIWA-Ar, mejoría global, eventos adversos, abandonos y abandonos debido a eventos adversos. La conclusión de los autores es que no se pueden extraer conclusiones acerca de la eficacia y seguridad del baclofeno para el tratamiento de la abstinencia del alcohol porque encontraron evidencia insuficiente y de muy baja calidad.²⁴

Las deficiencias nutricionales, incluida la deficiencia de tiamina, son comunes en estos pacientes, por lo que deben recibir suplementos orales de multivitaminas con tiamina y ácido fólico.

Las posibles complicaciones del tratamiento de abstinencia ambulatoria incluyen la suspensión del tratamiento por parte del paciente, la falta de adherencia al tratamiento, la respuesta inadecuada al tratamiento, la reanudación del consumo de alcohol y el desarrollo de alteraciones

electrolíticas. Si ocurre uno o más de estos eventos se debería derivar al paciente a una desintoxicación hospitalaria.²⁵

Tratamiento de la deshabitación alcohólica

En esta etapa vamos a actuar sobre múltiples aspectos del enfermo y de su ambiente, con el objetivo de consolidar el comportamiento de no consumo de alcohol. Es un proceso estructurado y multidisciplinar llevado a cabo por AP y niveles más especializados. El tratamiento en esta etapa es crucial, y consiste en terapia farmacológica, psicoterapia, intervención social y grupos de autoayuda con el objetivo de extinción de la conducta de búsqueda y consumo de alcohol, adquisición de conciencia de dependencia, mantenimiento de la motivación e inserción en la sociedad.⁸

Siendo el alcoholismo una enfermedad desencadenada por “posibles” alteraciones en la neurotransmisión cerebral (hipótesis serotoninérgica, glutaminérgica, opioide, entre otras) junto a factores psicológicos, sociales y con predisposición hereditaria, se pueden dar 4 clases de fármacos.²⁶

A. Fármacos anti-craving:

Son fármacos que actúan sobre el deseo y la compulsión de beber con el objetivo de reducir las recaídas, y cuando éstas aparecen ayudan a volver a la abstinencia más fácilmente. Por eso, se deben mantener durante la recaída y administrarse durante un periodo de 6 a 12 meses:

- **Acamprosato:** Actúa reponiendo la actividad gabaérgica normal, que está disminuida por el consumo de alcohol. La dosis estándar es de 2 pastillas tres veces al día y la duración del tratamiento es de 6-12 meses en combinación con otros fármacos. Está contraindicada en la insuficiencia renal, pero no tiene interacciones con otros fármacos ni con el alcohol. Se ha comprobado que produce una mejoría en la tasa de abstinencia y en los días acumulados de abstinencia sin bebidas alcohólicas.²⁷
- **Naltrexona:** Antagonista parcial de los receptores opioides. Puede iniciarse el tratamiento con naltrexona mientras se consume alcohol y en asociación con acamprosato, tiaprida e ISRS. La duración del

tratamiento es de 6-12 meses, con dosis de 50 mg/día. Se ha comprobado que disminuye el número de días de consumo, la recaída y el craving.^{28, 29}

- Topiramato: Parece ser eficaz, y con más ensayos clínicos podría ser tratamiento de primera línea (evidencia grado B)^{28,29}. Se ha realizado un ensayo clínico con el objetivo de comparar la eficacia del topiramato versus naltrexona. En este estudio se evaluó el tiempo hasta la primera recaída, el número de semanas de abstinencia completa, el número de semanas de ingestas altas de alcohol y los efectos secundarios. Se demostró que los pacientes tratados con topiramato tuvieron un mejor resultado en todas las medidas estudiadas que los tratados con naltrexona. Además, aunque no era un criterio de inclusión obligatorio, los pacientes tratados con topiramato participaron más activamente en los grupos de auto-ayuda (alcohólicos anónimos) que los pacientes tratados con naltrexona. Los autores explican que las diferencias observadas entre el topiramato y la naltrexona se basan en su mecanismo de acción, ya que el topiramato actúa reduciendo la impulsividad, ansiedad y cambios de humor secundarios a la abstinencia, mientras que la naltrexona es específica, únicamente, para el craving.³⁰

En un metaanálisis realizado en 2012, donde se buscaron 64 ensayos clínicos comparando naltrexona versus acamprosato versus placebo, el acamprosato resultó ser más eficaz en la consecución de la abstinencia mientras que la naltrexona fue más eficaz en la reducción del consumo excesivo y evitar el síndrome de abstinencia.³¹

En la tabla 2 adjunta se describen las dosis y grado de evidencia de los tres fármacos anti-craving más estudiados (elaboración propia).

TABLA 2. FÁRMACOS Y DOSIS ANTICRAVING	
Acamprosato (grado de evidencia A)	2 g/día y su posología es de 2-2-2 o 3-0-3
Naltrexona (grado de evidencia A)	50 mg/día
Topiramato (grado de evidencia B)	25 mg dos veces al día, aumentando progresivamente hasta dosis de 200/300 mg

B. Fármacos serotoninérgicos:

Los pacientes alcohólicos, según algunas teorías, pueden tener niveles bajos de serotonina, por lo que estos fármacos son útiles no solo para los síntomas depresivos sino también para el tratamiento del alcoholismo. La reducción del consumo de alcohol con estos fármacos está próxima al 30% y está relacionada con la disminución del deseo de consumir. Los estudios clínicos realizados con ISRS son contradictorios si el paciente no tiene ningún trastorno psiquiátrico, como depresión y/o ansiedad. Como estos trastornos tienen una alta relación con el alcoholismo, se recomienda el tratamiento con ISRS en pacientes con patología psiquiátrica, mejorando su evolución (grado de recomendación B).³²

- Fluoxetina: Reducción del consumo de alcohol entre 30-50% y además aumenta los días de abstinencia aunque no tengan depresión. Una dosis de 40-80 mg/día es eficaz para disminuir el deseo y el consumo de alcohol. La Fluvoxamina (en desuso) a dosis de 100 mg/día tiene un perfil ansiolítico y sedativo más intenso.³³
- Ondasentron: Antagonista del receptor 5HT3. Reduce el consumo de alcohol y el craving en alcohólicos de inicio precoz. Se ha visto que es más eficaz en pacientes jóvenes. La dosis usada fue de 16 mg/día pero la dosis optima todavía no ha sido determinada.^{34, 35}
- Sertralina: Dosis de 50-200 mg/día demostró beneficio en la disminución del consumo de alcohol en pacientes con estrés postraumático.^{33, 36}

C. Fármacos antiepilépticos:

- Topiramato: Algunos estudios comprueban que reduce el craving, manifestándose en una reducción del deseo de beber, del consumo diario, de los síntomas de abstinencia tardía y de la tasa de recidiva. Dosis de 25 mg dos veces al día, aumentando progresivamente hasta llegar a los 200-300 mg/día.³⁷ El topiramato, por lo tanto, parece ser una alternativa eficaz para el tratamiento del alcoholismo, permitiendo además una mayor adhesión al tratamiento farmacológico, pero también a otros tipos de intervenciones.^{28, 29, 30}

- Otros antiepilépticos (gabapentina, topiramato, lamotrigina, oxcarbazepina) están siendo estudiados en el craving y trastornos psiquiátricos. Pueden ser útiles en alcohólicos con trastornos de personalidad o en personas impulsivas.³⁸

D. Fármacos aversivos o antidipsotrópicos:

- Disulfiram: Tiene como objetivo disuadir el consumo de alcohol de una forma voluntaria. Es necesario explicar bien al paciente que no debe ingerir alcohol con este medicamento, incluyendo también otras sustancias que contengan alcohol como: cerveza sin alcohol, vinagre, salsas, colonias, desodorantes. El tratamiento debe prolongarse por lo menos durante 6 meses con controles periódicos. Ensayos clínicos han demostrado que el disulfiram reduce el consumo y la cantidad de ingesta alcohólica (nivel de evidencia B), debiendo ser administrado junto a un fármaco anti-craving para aumentar las tasas de éxito.³⁹ Además, algunos estudios han demostrado que su administración bajo supervisión de un familiar o de una enfermera reduce de manera significativa el número de días en que el paciente ingiere alcohol.³⁹
- Cianamida cálcica: Produce un bloqueo reversible de la acetaldéhidodeshidrogenasa con una semivida de 12 horas. Dosis de 36-75 mg/día, es decir, 12-15 gotas/día por vía oral cada 12 horas. Se ha demostrado que tiene la capacidad de disuadir al paciente sobre el consumo de alcohol, pero solamente durante las 12 horas posteriores a su administración. Su efecto es más moderado que el disulfiram.^{39, 40}

Ambos son tratamientos de segunda línea (recomendación B), debido a sus complicaciones graves si el paciente ingiere alcohol. Deben evitarse en pacientes con demencia, trastornos psiquiátricos, neuropatías y con mal cumplimiento de la abstinencia. Están contraindicados en diabetes, nefropatía, hepatopatía y cardiopatía.²⁸ En la tabla 3 se exponen las diferencias entre disulfiram y cianamida (copiada de las guías clínicas basadas en la evidencia científica socidrogalcohol).

TABLA 3. DIFERENCIAS ENTRE AVERSIVOS		
	Disulfiram	Cianamida
Efecto	Prolongado, hasta 15 días	Reversible, hasta 24 horas
Inicio del efecto	12 horas después	1-2 horas
Dosis diaria	Dosis diaria 250-500 mg (1-2 comprimidos)	75 mg (12-0-12 gotas)
Potencial hepatotóxico	+	+++
Requiere tratamiento continuado	Sí	No

- Nalmefeno: Antagonista de los receptores opioides. Algunos estudios han demostrado una eficacia superior a naltrexona, con la ventaja de ser menos hepatotóxico. Un ensayo clínico realizado en 2007 demostró superioridad del nalmefeno comparado con el placebo al conseguir una reducción significativa del consumo de alcohol.⁴¹ Un ensayo clínico realizado en 2017 comparó nalmefeno asociado a apoyo psicosocial versus solamente apoyo psicosocial; demostrando más eficacia el nalmefeno en combinación con el apoyo psicosocial que el apoyo psicosocial solo.⁴² Este fármaco aprobado en 2013 por la FDA se consideró una auténtica revolución, no solo por su posología sino porque es el único fármaco aprobado para reducir el consumo de alcohol. Está indicado tomárselo solo en los días en que el paciente cree que va a consumir alcohol. Tiene un coste económico alto. Su consumo junto con opioides (fármacos o drogas de abuso) puede ser letal, por lo que el paciente debe firmar el consentimiento informado.

En el anexo VI se muestra el algoritmo de manejo del paciente alcohólico en la fase de deshabitación.

7. CONCLUSIONES

- 1) El tratamiento de elección de la **desintoxicación alcohólica** lo constituyen las benzodiazepinas, ya que se han probado exhaustivamente en numerosos ensayos clínicos y siguen siendo insuperables en eficacia. Se prefieren las benzodiazepinas de vida media larga, como el clordiazepóxido o diazepam, ya que tienen la ventaja de proporcionar un nivel constante de control de los síntomas, sin embargo, en pacientes ancianos o con insuficiencia hepática se prefiere utilizar una benzodiazepina de vida media más corta, como lorazepam, al tener menos metabolitos que dependen de la función hepática. Otro tratamiento que también se puede utilizar en primera línea es el clometiazol. Como alternativa, en pacientes con abuso previo de benzodiazepinas y clometiazol, se pueden emplear anticonvulsivantes como la gabapentina. La evidencia de recomendar el baclofeno actualmente es insuficiente. Por último, es importante añadir que se requiere un aporte vitamínico de 100-200 mg diarios de tiamina parenteral y 1 mg diario de ácido fólico junto a una nutrición adecuada con ingesta abundante de líquidos para la prevención de encefalopatía de Wernicke-Korsakof.
- 2) Respecto al tratamiento de **deshabitación alcohólica**, no existe un tratamiento de elección. Está comprobada la eficacia de las intervenciones breves en AP para lograr la abstinencia alcohólica, necesitando un seguimiento de por lo menos 5 años. El tratamiento debe de ser individualizado y la mejor estrategia parece ser aquella que aplica los dos tipos de tratamiento (farmacológico y psicosocial). En cuanto al tratamiento farmacológico podemos actuar a dos niveles, disminuyendo el deseo de beber (fármacos anti-craving) y disuadiendo el consumo de alcohol de forma voluntaria (fármacos aversivos).
- 3) Dentro de los fármacos anti-craving varios ensayos clínicos han demostrado la misma eficacia con la naltrexona que con el acamprosato en el número de días sin beber, sin embargo, otros estudios dicen que el acamprosato es más eficaz para la consecución de la abstinencia y que la naltrexona es más eficaz en la reducción del consumo excesivo y

evitar el SAA. Las guías recomiendan la administración de ambos (grado de recomendación A).

- 4) En pacientes con depresión/ansiedad los ISRS han demostrado ser eficaces, reduciendo el consumo de alcohol en un 30%, relacionado con la disminución del consumo de beber. Los ensayos clínicos son contradictorios si el paciente no tiene ningún trastorno psiquiátrico y por lo tanto solo se recomienda el tratamiento con ISRS en pacientes con patología psiquiátrica (grado de recomendación B).
- 5) Los fármacos aversivos tienen un grado de recomendación B, ya que conllevan riesgos potencialmente fatales si el paciente ingiere alcohol. Antes de la prescripción de estos fármacos el paciente debe firmar un consentimiento informado y tenemos que asegurarnos de que tenga un buen apoyo psicosocial. Como estos fármacos no suprimen el deseo de beber, deben ser siempre administrados con fármacos anti-craving.
- 6) Por último, como alternativa y actualmente indicado en pacientes con trastorno de personalidad/impulsividad, está el topiramato, que tiene una doble acción, actuando como fármaco anti-craving y aversivo. Los buenos resultados podrían cambiar el tratamiento actual y convertirse en el tratamiento farmacológico de elección (grado de recomendación B).
- 7) El nalmefeno fue aprobado en 2013 por la FDA, siendo el único fármaco disponible para aquellos pacientes que no quieren dejar de beber pero que quieren reducir el consumo (los criterios para su uso son estrictos: el paciente tiene que tener una dependencia de consumo de alto riesgo, sin síntomas de abstinencia físicos y que no requieran una desintoxicación inmediata). De hecho, ensayos clínicos que comparan apoyo social con apoyo social más nalmefeno, han comprobado que la reducción del consumo de alcohol fue superior en estos últimos.
- 8) Se deben realizar más estudios con el fin de obtener tratamientos más eficaces y más seguros, principalmente en la deshabitación alcohólica, ya que seguimos lejos de tener un tratamiento totalmente eficaz.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Alcoholismo. Revista AMF 2014;10(10):541-634.
2. OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2015-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Alcohol. Nº 349, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/en/>
4. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
5. Rodrigo Córdoba García, Francisco Camarelles Guillem, Elena Muñoz Seco, Juana M. Gómez Puente, José Ignacio Ramírez Manent, Joaquín San José Arango, Carlos Martín Cantera, María Jiménez Muñoz y Asensio López Santiago. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Revista Aten Primaria. 2016;48(Supl 1):27-38.
6. Rodrigo Córdoba García, Francisco Camarelles Guillem, María Jiménez Muñoz, Vicenta Lizarbe Alonso. Mójate con el alcohol. Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. SEMFYC. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Disponible en:https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/Mojate_con_el_Alcohol.pdf
7. Benjamin Rolland, Francois Paille, Claudine Gillet, Alain Rigaud, Romain Moirand, Corine Dano, Maurice Dematteis, Karl Mann & Henri-Jean Aubin. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. CNS Neuroscience & Therapeutics 22 (2016) 25–37.
8. Ignacio Ruiz Franzi, Jesús A. ÁlvarezMazariegos. Tratamiento farmacológico del alcoholismo en Atención Primaria de Salud. Revista AMF 2013; 9(2): 97-103.
9. Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of

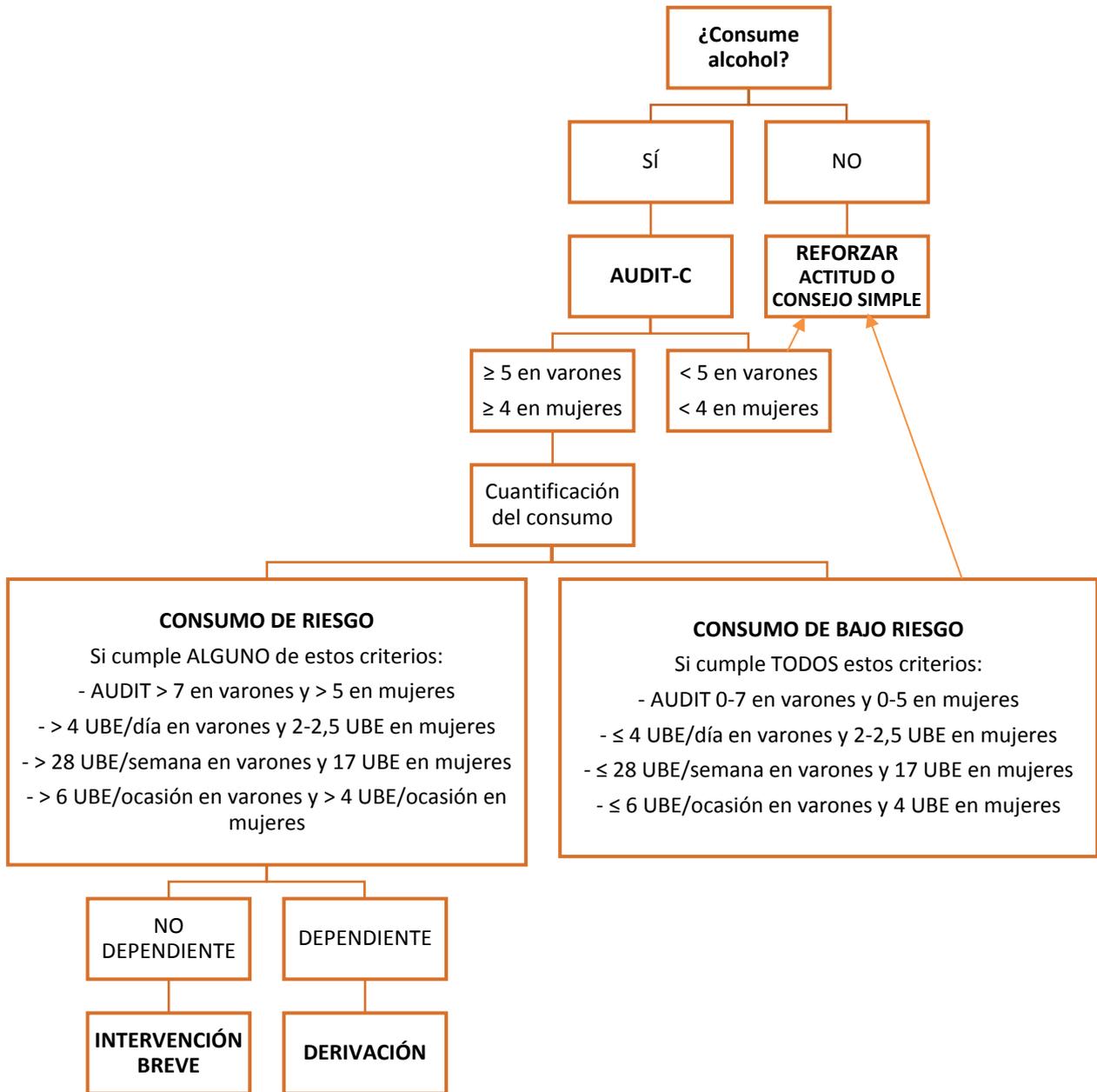
- patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 1989; 320:358.
10. Soyka M, Horak M. Outpatient alcohol detoxification: implementation efficacy and outcome effectiveness of a model project. *Eur Addict Res* 2004; 10:180.
 11. Wiseman EJ, Henderson KL, Briggs MJ. Outcomes of patients in a VA ambulatory detoxification program. *Psychiatr Serv* 1997; 48:200.
 12. Asplund CA, Aaronson JW, Aaronson HE. 3 regimens for alcohol withdrawal and detoxification. *J Fam Pract* 2004; 53:545.
 13. Mirijello A, D'Angelo C, Ferrulli A, et al. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs* 2015; 75:353.
 14. Muncie HL Jr, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician* 2013; 88:589.
 15. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD005063.
 16. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79:854.
 17. Perry EC. Inpatient management of acute alcohol withdrawal syndrome. *CNS Drugs* 2014; 28:401.
 18. Sychla H, Gründer G, Lammertz SE. Comparison of Clomethiazole and Diazepam in the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome in Clinical Practice. *Eur Addict Res*. 2017;23(4):211-218.
 19. Kishi T, Sevy S, Chekuri R, Correll CU. Antipsychotics for primary alcohol dependence: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2013 Jul;74(7):e642-54.
 20. Myrick H, Malcolm R, Randall PK, et al. A double-blind trial of gabapentin versus lorazepam in the treatment of alcohol withdrawal. *Alcohol Clin Exp Res* 2009; 33:1582.
 21. Stock CJ, Carpenter L, Ying J, Greene T. Gabapentin versus chlordiazepoxide for outpatient alcohol detoxification treatment. *Ann Pharmacother* 2013; 47:961.
 22. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; CD005064.

23. Schik G, Wedegaertner FR, Liersch J, et al. Oxcarbazepine versus carbamazepine in the treatment of alcohol withdrawal. *Addict Biol* 2005; 10:283.
24. Jia Liu, Lu-Ning Wang. Baclofen for alcohol withdrawal. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*. August 2017.
25. Stephen R Holt, Jeanette M Tetrault. Ambulatory management of alcohol withdrawal. Última actualización: Abril 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/ambulatory-management-of-alcohol-withdrawal>
26. Robin Wac, Robin C Wackernah, Matthew J Minnick, and Peter Clapp. Alcohol use disorder: pathophysiology, effects, and pharmacologic options for treatment. *Subst Abuse Rehabil*. 2014; 5: 1–12.
27. Nicola J Kalk and Anne R Lingford-Hughes. The clinical pharmacology of acamprosate. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Feb; 77(2): 315–323.
28. Soyka M, Müller CA. Pharmacotherapy of alcoholism - an update on approved and off-label medications. *Expert Opin Pharmacother*. 2017 Aug; 18(12):1187-1199
29. Thompson A, Ashcroft DM, Owens L, van Staa TP, Pirmohamed M. Drug therapy for alcohol dependence in primary care in the UK: A Clinical Practice Research Datalink study. *PLoS One*. 2017 Mar 20; 12(3):e0173272
30. Baltieri DA, Daró FR, Ribeiro PL, de Andrade AG. Comparing topiramate with naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Addiction*. 2008 Dec; 103(12):2035-44
31. Natalya C. Masel, Janet C Blodgett, Paula L. Wilbourne, Keith Humphreys, John. W. Finney. Meta-analysis of naltrexone and acamprosato for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful?. *Addiction* 2013 Feb; 108(2):275-93
32. Hobbs JD, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict*. 2011 Jul-Aug; 20(4):319-29
33. Cobos Perts JCP Zurtán JC Martínez GC. Valladolid GR. Tratado SET trastornos adictivos. Madrid: Panamericana; 2006

34. Johnson BA, Ait-Daoud N, Prihoda TJ. Combining ondansetron and naltrexone effectively treats biologically predisposed alcoholics: from hypotheses to preliminary clinical evidence.
35. Alcohol ClinExp Res. 2000 May;24(5):737-42. Correa Filho Jma, BalteieriDA. A pilot study of full-dose Ondansetron to treat heavy drinkin men withdrawing from alcohol in Brazil. Addict Behav 2013 Apr;38(4):2044-51
36. G. Ponce M. Jiménez-Arriero G. Rubio. Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica. Trastornos Adictivos 2003;5:27-32;
37. Rubio G, Martínez-Gras I, Manzanares J. Modulation of impulsivity by topiramate: implications for the treatment of alcohol dependence. J ClinPsychopharmacol. 2009 Dec; 29(6):584-9
38. T. Sã Nogueira, C Ribeiro. Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. RevPortClin Geral 2011;24:305-16
39. Antonio Baldomero, TerA Vilae, Sergio Doblado. Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia alcohólica: fármacos aversivos. Revista adición y ciencia 2011m 2172-6450 volumen 1 número 3.
40. Sociodrogalcohol. 2013 Julio Francisco Pascual Pastor, Josep Guardia Serecigni, Julio García. Alcoholismo – guía de Intervención en el trastorno por consumo de alcohol.
41. Karhuvaara S, Simojoki K, Virta A, Rosberg M, Löyttyniemi E, et al. Targeted nalmefene with simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. Alcohol ClinExp Res. 2007 Jul;31(7):1179-87.
42. Millier A, Laramée P, Rahhali N, Aballéa S, Daepfen JB, et al. Cost-Effectiveness of nalmefene added to psychosocial support for the reduction of alcohol consumption in alcohol-dependent patients with high/very high drinking risk levels: a microsimulation model. J. Stud Alcohol Drugs. 2017 Nov; 78(6):867-876.

9. ANEXOS

ANEXO I: PROCESO DE INTERVENCIÓN EN ALCOHOLISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA



(Tomado de las recomendaciones PAPPS 2013 en cribado de alcohol)

ANEXO II: FUENTES DE BÚSQUEDA Y RESULTADOS DE LA MISMA RESPECTO A FÁRMACOS UTILIZADOS EN DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA. (Elaboración propia)

DESINTOXICACIÓN	ELECCIÓN	ALTERNATIVA/ COMENTARIO	
SING	www.sign.ac.uk (http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/74/section4.html) 2014	Benzodiacepinas máximo 7 días. NO hay evidencia consistente para hacer el uso de benzodiacepinas de acción corta versus acción larga. El <u>clordiazepóxido</u> es la benzodiacepina preferida para usarse en pacientes tratados ambulatoriamente.	El <u>diazepam</u> es la benzodiacepina más asociada con el uso indebido y mortalidad relacionada con el alcohol. El <u>clometiazol</u> es el tratamiento de segunda línea y muy efectivo para la abstinencia alcohólica, debido a sus interacciones fatales con el alcohol no se aconseja usar en atención primaria.
Guía Salud	www.guíasalud.es/web/guest/gpc-sns (http://www.guíasalud.es/GPC/GPC_504_Abstinenc_alcohol_(2011).pdf) 2011	<u>Benzodiacepinas:</u> NO existen datos concluyentes respecto a la superioridad de un tipo de benzodiacepina sobre otro. No obstante, se recomienda el empleo de las benzodiacepinas de vida media larga como primera opción en el tratamiento del SAA.	<u>Clometiazol:</u> Es superior a placebo y similar a benzodiacepinas en el control de los síntomas leves-moderados de abstinencia y debido a sus peligros es considerado un fármaco de segunda línea.
National Guideline Clearinghouse/ GUIA DEL GOBIERNO DE ASTURIAS	https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAI/PCAI%2013_ALCOHOLISMO.pdf	Los pacientes con SAA leve o moderada pueden ser tratados <u>ambulatoriamente con igual efectividad y seguridad que el tratamiento hospitalario</u> . Ningún otro fármaco ha demostrado superioridad.	Las <u>benzodiacepinas</u> son eficaces en el tratamiento del SAA. Las de acción prolongada previenen mejor la aparición de crisis epilépticas y proporcionan un curso clínico de la abstinencia sin altibajos.
Dialnet plus	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5468832	Benzodiacepinas: Amplio margen terapéutico, no tolerancia cruzada con el alcohol y dispone de antídoto en caso de sobredosificación.	

Fisterra (10/09/2014)	www.fisterra.com	<ul style="list-style-type: none"> · Benzodiacepinas de vida media larga: diazepam (10-30 mg/día vía oral con reducción progresiva en 10 días) o clordiazepóxido · Clometiazol (cápsulas de 192 mg, no sobrepasar 20 caps/día – 10 días) · Tiaprizal (comprimidos de 100 mg, no sobrepasar 8 comp/día – 7 días) 	<ul style="list-style-type: none"> · Oxazepam y lorazepam si insuficiencia hepática y pacientes ancianos · Anticonvulsivantes si abuso previo de benzodiacepinas y clometiazol · Aporte vitamínico de 100-200 mg diarios de tiamina parenteral y 1 mg diario de ácido fólico junto a una nutrición adecuada con ingesta abundante de líquidos para la prevención de encefalopatía de Wernicke-Korsakof
UpToDate (Marzo 2018)		<ul style="list-style-type: none"> · Benzodiacepinas de vida media larga (diazepam, clordiazepóxido) · Anticonvulsivantes (gabapentina, carbamacepina) 	<ul style="list-style-type: none"> · Baclofeno · Clonidina · Gamma-hidroxitirato

ANEXO III: FUENTES DE BÚSQUEDA Y RESULTADOS DE LA MISMA RESPECTO A FÁRMACOS UTILIZADOS EN DESHABITUACIÓN ALCOHÓLICA. (Elaboración propia)

DESHABITUACIÓN	ELECCIÓN	ALTERNATIVA/	COMENTARIO
SING	www.sign.ac.uk (http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/74/section4.html) 2014	<u>Disulfiram</u> y <u>acamprosato</u> 6-12 meses. Acamprosato se recomienda en pacientes dependientes recién desintoxicados como un complemento de las intervenciones psicosociales. Disulfiram oral.	<u>Naltrexona y cianamida cálcica.</u>
Guía Salud	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163725817302917?via%3Dihub	<u>Acamprosato</u> (el uso de <u>acamprosato</u> como un complemento de las intervenciones psicosociales en pacientes dependientes del alcohol proporciona mejoras modestas pero valiosas en los resultados del consumo de alcohol) y <u>disulfiram</u> como terapia aversiva.	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.
National Guideline Clearinghouse / GUIA DEL GOBIERNO DE ASTURIAS	https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAI/PCAI%2013_ALCOHOLISMO.pdf	Se recomienda como primera opción terapéutica la <u>cianamida</u> por tener menos contraindicaciones y menos efectos secundarios que el <u>disulfiram</u> . El <u>acamprosato</u> es un fármaco seguro, bien tolerado y se ha mostrado más eficaz que el placebo en la mayor parte de los ensayos clínicos.	<u>Disulfiram.</u> La <u>naltrexona</u> 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.
Fisterra (10/09/2014)	www.fisterra.com	<ul style="list-style-type: none"> · Disulfiram 250 mg/día · Cianamida cálcica 12-15 gotas/12 horas en solución oral o Naltrexona 50 mg/día · Acamprosato · Topiramato 	<ul style="list-style-type: none"> · Oxcarbamacepina, gabapentina y lamotrigina · ISRS · Nalmefeno

NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)		<ul style="list-style-type: none"> · Naltrexona · Topiramato · Acamprosato · Disulfiram 	<ul style="list-style-type: none"> · De no haber respuesta al primer medicamento elegido, podría considerar el uso de un segundo medicamento. · No hay evidencia de que la combinación de cualquiera de los medicamentos para tratar la dependencia del alcohol mejore los resultados que se obtienen si se usa un solo medicamento.
UpToDate (Marzo 2018)		<ul style="list-style-type: none"> · Naltrexona oral · Naltrexona depot · Acamprosato 	<ul style="list-style-type: none"> · Disulfiram · Topiramato · Gabapentina · Baclofeno · Nalmefeno · ISRS · Ondansetron

ANEXO IV: ESCALA CIWA-AR

 ESCALA CIWA-AR Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nauseas y vómitos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: Sin náuseas ni vómitos</td></tr> <tr><td>1: Náuseas leves sin vómitos</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4: Náuseas intermitentes con esfuerzos secos</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7: Náuseas constantes y vómitos</td></tr> </tbody> </table>	Nauseas y vómitos	0: Sin náuseas ni vómitos	1: Náuseas leves sin vómitos	2	3	4: Náuseas intermitentes con esfuerzos secos	5	6	7: Náuseas constantes y vómitos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alteraciones táctiles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: Ninguna</td></tr> <tr><td>1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...)</td></tr> <tr><td>2: Idem suave</td></tr> <tr><td>3: Idem moderado</td></tr> <tr><td>4: Alucinaciones moderadas</td></tr> <tr><td>5: Alucinaciones severas</td></tr> <tr><td>6: Alucinaciones extremas</td></tr> <tr><td>7: Alucinaciones continuas</td></tr> </tbody> </table>	Alteraciones táctiles	0: Ninguna	1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...)	2: Idem suave	3: Idem moderado	4: Alucinaciones moderadas	5: Alucinaciones severas	6: Alucinaciones extremas	7: Alucinaciones continuas
Nauseas y vómitos																			
0: Sin náuseas ni vómitos																			
1: Náuseas leves sin vómitos																			
2																			
3																			
4: Náuseas intermitentes con esfuerzos secos																			
5																			
6																			
7: Náuseas constantes y vómitos																			
Alteraciones táctiles																			
0: Ninguna																			
1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...)																			
2: Idem suave																			
3: Idem moderado																			
4: Alucinaciones moderadas																			
5: Alucinaciones severas																			
6: Alucinaciones extremas																			
7: Alucinaciones continuas																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Temblor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: Sin temblor</td></tr> <tr><td>1: No visible, puede sentirse en los dedos</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4: Moderado con los brazos extendidos</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7: Severo, incluso con los brazos no extendidos</td></tr> </tbody> </table>	Temblor	0: Sin temblor	1: No visible, puede sentirse en los dedos	2	3	4: Moderado con los brazos extendidos	5	6	7: Severo, incluso con los brazos no extendidos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alteraciones auditivas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: Ninguna</td></tr> <tr><td>1: Muy leves sonidos secos o capaces de asustar</td></tr> <tr><td>2: Idem leves</td></tr> <tr><td>3: Idem moderados</td></tr> <tr><td>4: Alucinaciones moderadas</td></tr> <tr><td>5: Alucinaciones severas</td></tr> <tr><td>6: Alucinaciones extremas</td></tr> <tr><td>7: Alucinaciones continuas</td></tr> </tbody> </table>	Alteraciones auditivas	0: Ninguna	1: Muy leves sonidos secos o capaces de asustar	2: Idem leves	3: Idem moderados	4: Alucinaciones moderadas	5: Alucinaciones severas	6: Alucinaciones extremas	7: Alucinaciones continuas
Temblor																			
0: Sin temblor																			
1: No visible, puede sentirse en los dedos																			
2																			
3																			
4: Moderado con los brazos extendidos																			
5																			
6																			
7: Severo, incluso con los brazos no extendidos																			
Alteraciones auditivas																			
0: Ninguna																			
1: Muy leves sonidos secos o capaces de asustar																			
2: Idem leves																			
3: Idem moderados																			
4: Alucinaciones moderadas																			
5: Alucinaciones severas																			
6: Alucinaciones extremas																			
7: Alucinaciones continuas																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sudor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: No visible</td></tr> <tr><td>1: Palmas húmedas</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4: Sudor en la frente</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7: Empapado</td></tr> </tbody> </table>	Sudor	0: No visible	1: Palmas húmedas	2	3	4: Sudor en la frente	5	6	7: Empapado	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alteraciones visuales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: Ninguna</td></tr> <tr><td>1: Muy leves</td></tr> <tr><td>2: Leves</td></tr> <tr><td>3: Moderadas</td></tr> <tr><td>4: Alucinaciones moderadas</td></tr> <tr><td>5: Alucinaciones severas</td></tr> <tr><td>6: Alucinaciones extremas</td></tr> <tr><td>7: Alucinaciones continuas</td></tr> </tbody> </table>	Alteraciones visuales	0: Ninguna	1: Muy leves	2: Leves	3: Moderadas	4: Alucinaciones moderadas	5: Alucinaciones severas	6: Alucinaciones extremas	7: Alucinaciones continuas
Sudor																			
0: No visible																			
1: Palmas húmedas																			
2																			
3																			
4: Sudor en la frente																			
5																			
6																			
7: Empapado																			
Alteraciones visuales																			
0: Ninguna																			
1: Muy leves																			
2: Leves																			
3: Moderadas																			
4: Alucinaciones moderadas																			
5: Alucinaciones severas																			
6: Alucinaciones extremas																			
7: Alucinaciones continuas																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ansiedad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: No ansioso</td></tr> <tr><td>1: Ligeramente</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4: Moderado</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7: Ataque agudo de pánico</td></tr> </tbody> </table>	Ansiedad	0: No ansioso	1: Ligeramente	2	3	4: Moderado	5	6	7: Ataque agudo de pánico	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cefalea</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: No presente</td></tr> <tr><td>1: Muy leve</td></tr> <tr><td>2: Leve</td></tr> <tr><td>3: Moderada</td></tr> <tr><td>4: Moderadamente severa</td></tr> <tr><td>5: Severa</td></tr> <tr><td>6: Muy severa</td></tr> <tr><td>7: Extremadamente severa</td></tr> </tbody> </table>	Cefalea	0: No presente	1: Muy leve	2: Leve	3: Moderada	4: Moderadamente severa	5: Severa	6: Muy severa	7: Extremadamente severa
Ansiedad																			
0: No ansioso																			
1: Ligeramente																			
2																			
3																			
4: Moderado																			
5																			
6																			
7: Ataque agudo de pánico																			
Cefalea																			
0: No presente																			
1: Muy leve																			
2: Leve																			
3: Moderada																			
4: Moderadamente severa																			
5: Severa																			
6: Muy severa																			
7: Extremadamente severa																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Agitación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: Actividad normal</td></tr> <tr><td>1: Algo hiperactivo</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4: Moderadamente inquieto</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>7: Cambio continuo de postura</td></tr> </tbody> </table>	Agitación	0: Actividad normal	1: Algo hiperactivo	2	3	4: Moderadamente inquieto	5	6	7: Cambio continuo de postura	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Orientación y funciones superiores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0: Orientado y puede sumar</td></tr> <tr><td>1: No puede sumar, indeciso en la fecha</td></tr> <tr><td>2: Desorientado temporalmente (<2 días calendario)</td></tr> <tr><td>3: Mayor desorientación temporal (>2 días)</td></tr> <tr><td>4: Desorientación espacial y/o en persona</td></tr> </tbody> </table>	Orientación y funciones superiores	0: Orientado y puede sumar	1: No puede sumar, indeciso en la fecha	2: Desorientado temporalmente (<2 días calendario)	3: Mayor desorientación temporal (>2 días)	4: Desorientación espacial y/o en persona			
Agitación																			
0: Actividad normal																			
1: Algo hiperactivo																			
2																			
3																			
4: Moderadamente inquieto																			
5																			
6																			
7: Cambio continuo de postura																			
Orientación y funciones superiores																			
0: Orientado y puede sumar																			
1: No puede sumar, indeciso en la fecha																			
2: Desorientado temporalmente (<2 días calendario)																			
3: Mayor desorientación temporal (>2 días)																			
4: Desorientación espacial y/o en persona																			

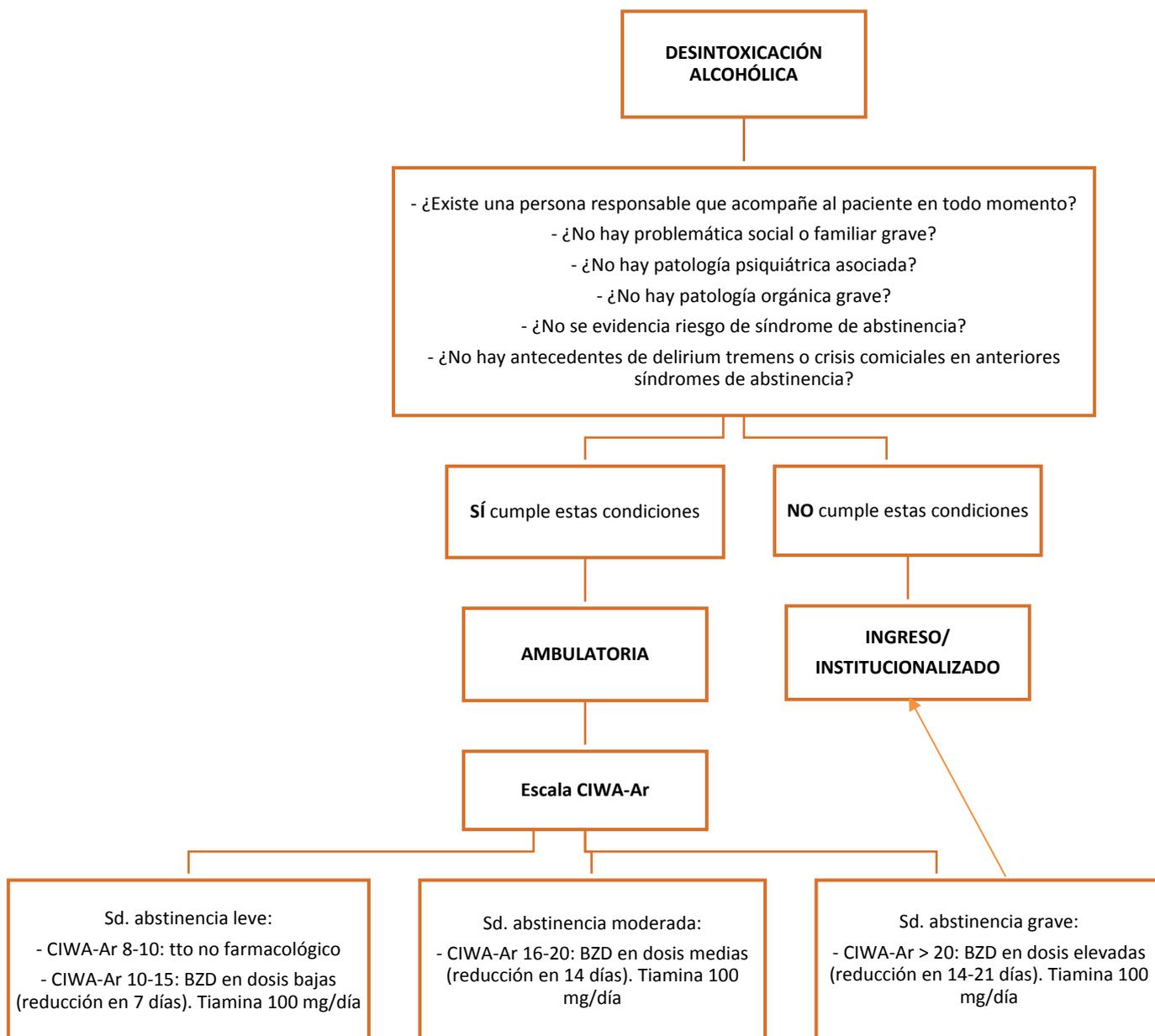
0 - 9 Puntos: Síndrome de abstinencia muy leve

10 - 15 Puntos: Síndrome de abstinencia leve

16 - 20 Puntos: Síndrome de abstinencia moderado

21 - 67 Puntos: Síndrome de abstinencia intenso

ANEXO V: ALGORITMO DE MANEJO DE LA DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. (Elaboración propia)



*Si fracaso de BZD se podría emplear clometiazol.

**Si abuso previo de benzodiacepinas y clometiazol se podrían emplear anticonvulsivantes.

ANEXO VI: ALGORITMO DE LA MANEJO DE LA DESHABITUACIÓN ALCOHÓLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. (Elaboración propia)

