



GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE  
SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
SERVICIO DE SALUD MENTAL



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

**HOSPITAL ANTONIO LORENA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS  
SERVICIO DE SALUD MENTAL**



**GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO  
Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON  
TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO  
POR CONSUMO DE ALCOHOL**



**Cusco, 2024**





## Resolución Directoral

CUSCO, 31 DIC 2024

**VISTO:** el Expediente con Registro N° 12759 de fecha 17 de diciembre del 2024, que contiene el Informe N° 369-2024-JOGC-HAL-GRSC de fecha 17 de diciembre del 2024, emitido por la Jefa de la Oficina Gestión de Calidad y el Informe N° 25-2024-SM-HAL de fecha 16 de diciembre del 2024, emitido por la Jefe del Servicio de Salud Mental sobre aprobación de la **Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Trastorno Mental y del Comportamiento por Consumo de Alcohol**; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; siendo la Protección de la Salud de interés público; por lo tanto es responsabilidad del Estado regular, vigilar y promoverla; en ese sentido, la salud pública implica el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades;

Que, de conformidad con el segundo párrafo del Artículo 5° de Reglamento de Establecimientos de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, el cual establece que los establecimientos de salud deben contar con un reglamento interno y otros documentos de gestión, además cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimiento, guías prácticas clínicas referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, se aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la elaboración Uso de las Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" que tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por guías de práctica clínica basadas en evidencia científica, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización del uso de los recursos,

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA, se aprobó el documento técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica; que tiene como objetivo el estandarizar la metodología para la generación de las Guías de Práctica Clínica en los establecimientos de salud públicos del Sector Salud a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios que permitan la elaboración de una guía de Práctica Clínica de Calidad, basada en la mejor evidencia disponible;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras;

Que, las guías de práctica clínica son documentos técnicos, utilizados para dar recomendaciones acerca de un problema clínico específico con la finalidad de asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para dar una apropiada y oportuna atención a la salud. La guía de práctica clínica debe tener, validez, fiabilidad, flexibilidad, reproductividad y aplicación clínica;



## Resolución Directoral

CUSCO, 31 DIC 2024

Que, mediante Informe N° 25-2024-SM-HAL, de fecha 16 de diciembre de 2024, la Jefa del Servicio de Salud Mental del Departamento de Medicina del Hospital Antonio Lorena solicita la aprobación de la **Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Trastorno Mental y del Comportamiento por Consumo de Alcohol**, la cual consta de 44 folios;

Que, mediante Informe N.º 369-2024-JOGC-HAL-GRSC, de fecha 17 de diciembre de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la emisión de un acto resolutorio para la aprobación de la mencionada guía. En dicho informe, se señala que la guía ha sido validada y reconocida por el Comité de Gestión y Adherencias de las Guías de Práctica Clínica del Hospital Antonio Lorena 2024;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional resulta pertinente atender lo solicitado y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutorio pertinente;

De conformidad con la normativa invocada y en uso de las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Antonio Lorena, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO;

Contando con los vistos buenos de la Dirección de Administración y del Jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y Asesoría Legal Externa del Hospital Antonio Lorena;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1º.- APROBAR** la Guía de Práctica Clínica (GPC) del Servicio de Salud Mental del Departamento de Medicina del Hospital Antonio Lorena, denominada: **Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Trastorno Mental y del Comportamiento por Consumo de Alcohol**, la cual consta de 44 folios.

**ARTÍCULO 2º.- ENCARGAR** al Servicio de Salud Mental del Departamento de Medicina del Hospital Antonio Lorena para la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la Guías de Práctica Clínica aprobada con la presente resolución.

**ARTÍCULO 3º.- NOTIFICAR** la presente Resolución a las partes interesadas e instancias pertinentes para su cumplimiento, con las formalidades establecidas por Ley.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL ANTONIO LORENA

ORIGINAL FIRMADO

.....  
Dr. Dennis Fernando Mendoza Gamarra  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HAL  
CMP: 38244 RNE: 28701

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## ÍNDICE

<b>A. METODOLOGÍA</b> .....	3
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>2. ETAPAS Y PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE UNA GPC</b> .....	3
2.1. ETAPA I: PREPARACIÓN.....	3
2.2. ETAPA II: FORMULACIÓN DE LA GPC (GEG) .....	4
2.3. ETAPA III: BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE GPC EXISTENTES.....	5
2.4. ETAPA IV: DESARROLLO DE UNA GPC .....	6
2.5. ETAPA V: REDACCIÓN DE LA GPC.....	6
2.6. ETAPA VI: VALIDACIÓN DE LA GPC.....	7
2.7. ANEXOS: Actualización de la GPC.....	7
<b>B. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL</b> .....	8
<b>I. FINALIDAD</b> .....	8
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	8
<b>III. ÁMBITO DE APLICACIÓN</b> .....	8
<b>IV. PROCESO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL</b> .....	8
4.1. CÓDIGO CIE 10 Y NOMBRE:.....	8
<b>V. CONSIDERACIONES GENERALES</b> .....	9
5.1. DEFINICIÓN .....	9
5.2. ETIOLOGÍA.....	9
5.3. FISIOPATOLOGÍA .....	10
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	12
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	13
<b>V. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS</b> .....	14
6.1. CUADRO CLÍNICO .....	14
6.2. DIAGNÓSTICO.....	16
6.3. EXÁMENES AUXILIARES.....	22
6.4. MANEJO EN EL NIVEL III-1 .....	23
6.5. COMPLICACIONES .....	35
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA .....	37
6.7. FLUXOGRAMA .....	38
<b>VII. ANEXOS</b> .....	40
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	43

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## A. METODOLOGÍA

### 1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es un problema de salud pública global que tiene un impacto significativo en la salud física y mental de las personas. El Trastorno mental y del comportamiento por consumo de alcohol se caracteriza por un patrón de consumo de alcohol que causa daño significativo a la salud, las relaciones personales y el funcionamiento social. Esta guía de práctica clínica, basada en la evidencia científica más actualizada y las mejores prácticas clínicas, tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud una herramienta práctica para el diagnóstico y manejo del mismo, abarcando aspectos como la definición y clasificación del trastorno, los métodos de evaluación, las opciones de tratamiento disponibles, incluyendo la terapia farmacológica, la psicoterapia y los programas de intervención. Esta guía busca ser un recurso útil para mejorar la calidad de la atención a las personas con trastorno por consumo de alcohol y contribuir a su recuperación y bienestar, recordando que es un trastorno controlable y que la intervención temprana es crucial para mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones a largo plazo.

#### USUARIOS DE LA GPC:

- Prestadores de los servicios de salud
- Administradores de los servicios de salud
- Autoridades de los servicios de salud
- Sociedades científicas
- Instituciones académicas
- Usuarios de los Servicios de Salud

### 2. ETAPAS Y PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE UNA GPC

#### 2.1. ETAPA I: PREPARACIÓN

- Paso 1: Priorización y selección:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2016 más de 3 millones de personas murieron a causa del consumo nocivo de alcohol, lo que representa una de cada 20 muertes. Se reconoció la estrecha relación entre el alcoholismo y las enfermedades físicas y mentales. Se identificó que el alcoholismo no solo afecta al individuo, sino que también tiene un impacto significativo en la familia y la sociedad.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

El alcohol es un factor clave en el desarrollo de más de 200 enfermedades, contribuyendo a más del 5% de la carga mundial de enfermedades. Las lesiones, como los accidentes de tráfico, las autolesiones y la violencia interpersonal, representan el 28% de las muertes atribuibles al alcohol. El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante para la salud, después del tabaco y la hipertensión arterial.

En Perú, el consumo de alcohol entre los universitarios es preocupante. Cerca del 38% ha consumido alcohol en los últimos 30 días, con una tasa mayor entre los hombres. El 67,5% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, y el 21% de ellos presenta un consumo riesgoso o perjudicial, con una tasa mayor entre los hombres. El consumo riesgoso aumenta con la edad de los estudiantes, y la edad de inicio del consumo se ubica a los 10 años. El 9,1% de los universitarios de último año muestra signos de dependencia alcohólica, siendo el doble de común entre los hombres que entre las mujeres. Aunque la dependencia alcohólica en los universitarios peruanos es la más baja de los cuatro países andinos, sigue siendo un problema a considerar.

## 2.2. ETAPA II: FORMULACIÓN DE LA GPC (GEG)

### -Paso 2: Constitución del Grupo Elaborador de la GPC (GEG)

Se conformó un equipo multidisciplinario compuesto por:

Líder del GEG:

- M.C. Jhon Carlos Loaiza Huallpa

Integrantes:

- M.C. María Dayana Jurado Andia
- M.C. Paulo Cesar Tuero Salgado
- Psc. Emerson Valverde Castro

### - Paso 3: Declaración de Conflicto de Intereses:

Todos los miembros del grupo elaborador declararon no tener conflictos de interés.

### - Paso 4: Formulación de las preguntas clínicas de la GPC:

Se reformularon las preguntas clínicas utilizando el formato PICO (Paciente/Intervención/Comparación/Resultado):

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

¿El Diagnóstico en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por consumo de alcohol es adecuado según la investigación actual para el 100% de quienes consultan en el Servicio de Salud Mental del HAL?

¿El tratamiento administrado en el HAL está de acuerdo a las últimas recomendaciones internacionales en el 100% de pacientes diagnosticados?

### 2.3. ETAPA III: BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE GPC EXISTENTES

#### - Paso 5: Búsqueda Sistemática de GPC:

- GPC de Manejo de manejo de trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancia psicoactivas. Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. 2022
- GPC Tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno por consumo de sustancias. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2020
- GPC Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de alcohol. Hospital Hermilio Valdizán. 2012
- Guía de atención para el tratamiento de las adicciones del Centro de Rehabilitación de Ñaña. Protocolo de intervención en tratamiento residencial. 2012
- GPC en Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotropas. DEVIDA. 2007

#### - Paso 6: Evaluación preliminar de las GPC identificadas

Valorando las búsquedas de información múltiples en bases de datos; observando que es replicable la búsqueda de evidencia primaria; con año de publicación reciente, con similitud de la población objetivo y la coincidencia con el tópico de estudio:

- GPC Tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno por consumo de sustancias. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2020
- GPC Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de alcohol. Hospital Hermilio Valdizán. 2012

#### -Paso 7: Evaluación de la calidad de las GPC identificadas

Se utilizó el instrumento AGREE II, con 2 revisores y puntaje promedio aprobatorio o mayor de 60%.

Con puntuación de la calidad >60% en los siguientes dominios: alcance y objetivos, rigor metodológico y aplicabilidad, según el AGREE II:

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- GPC Tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno por consumo de sustancias. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2020

-Paso 8: Decisión de desarrollar una GPC de novo o desarrollar una GPC adaptada  
Se establece que la GPC seleccionada cumple los requisitos para ser adaptada en cuanto a un adecuado rigor metodológico, independencia editorial, fecha, objetivos buscados y el tiempo de formulación, además del uso de la metodología GRADE por lo que se analizan las recomendaciones y se procede a la adaptación de la GPC y su redacción.

#### 2.4. ETAPA IV: DESARROLLO DE UNA GPC

##### Opción B. Desarrollo de la GPC adaptada

##### -Paso 9B: Evaluación del cuerpo de la evidencia

El GEG cuenta con GPC que cumplen los criterios de los pasos previos: coinciden con el tópico de interés, objetivo y alcance, teniendo una calidad adecuada.

##### -Paso 10B: Evaluación de la aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones

- Se evaluó si la recomendación sería aceptada por la población objetivo (aceptabilidad).
- Se evaluó si la recomendación podría ser puesta en práctica, teniendo en consideración los recursos y barreras locales (aplicabilidad).

##### -Paso 11B: Adopción de la recomendación

Se adoptaron todas las recomendaciones que cuentan con evidencia actualizada, que han sido evaluadas con metodología sistemática y transparente, y resultan aplicables y aceptables en el contexto local del HAL en el Cusco.

#### 2.5. ETAPA V: REDACCIÓN DE LA GPC

##### -Paso 12: Redacción del borrador de GPC

Se procedió a la redacción del documento GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## 2.6. ETAPA VI: VALIDACIÓN DE LA GPC

### -Paso 13: Consulta con los grupos de interés

Se incluyó la perspectiva de los pacientes y familiares mediante la realización de un apartado cualitativo sobre sus perspectivas y necesidades acerca del alcoholismo: Estudio cualitativo basado en grupos focales (dos con pacientes y uno con familiares) en los que se abordaron las siguientes áreas:

- Valoración de los profesionales implicados y del proceso asistencial.
- Naturaleza e impacto del alcoholismo.
- Tratamiento: beneficios, efectos secundarios o no deseados, adherencia y participación en la toma de decisiones.
- Grado de satisfacción global con los cuidados recibidos.
- Convivencia con el alcoholismo.
- Necesidades y preferencias sobre la información que reciben y sobre la comunicación con los profesionales sanitarios que les atienden.

### -Paso 14: Revisión externa (revisión por pares)

No hubo revisión por pares externos.

## 2.7. ANEXOS: Actualización de la GPC

### -ANEXO 1: CRITERIOS PARA AUDITORÍA

Los puntos clave de las Recomendaciones permiten tener estándares para realizar las Auditorías.

### -ANEXO 2: ACTUALIZACIÓN DE LA GPC

Se encarga a los miembros del GEG revisar bibliografía actualizada por meses y de acuerdo a lo encontrado y a su participación en Foros y/o Congresos Nacionales y/o Internacionales, evaluar la necesidad de actualizar la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL.

INTEGRANTE/MES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<b>2025</b>												
<b>M.C. Jhon Carlos Loiza Huallpa</b>	X				X				X			
<b>M.C. María Dayana Jurado Andia</b>		X				X				X		
<b>M.C. Paulo Cesar Tuero Salgado</b>			X				X				X	
<b>Psc. Emerson Valverde Castro</b>				X				X				X

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## B. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL

### I. FINALIDAD.

Proporcionar herramientas y conocimientos especializados para diagnosticar y tratar trastornos mentales y conductuales relacionados con el consumo de alcohol.

### II. OBJETIVOS.

2.1. Optimizar la precisión diagnóstica en pacientes con trastornos mentales y conductuales asociados al consumo de alcohol.

2.2. Desarrollar un enfoque terapéutico basado en evidencia y recomendaciones para abordar estos trastornos.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Los grupos diana son aquellos pacientes que acuden, son referidos o interconsultados con diagnóstico de TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL que se atiendan en el HAL. La Guía cubrirá la atención que estos pacientes puedan recibir de los profesionales de salud, en atención especializada, en concreto, aspectos relativos al diagnóstico clínico, métodos de evaluación y tratamiento en el HAL.

### IV. PROCESO A ESTANDARIZAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL

#### 4.1. CÓDIGO CIE 10 Y NOMBRE:

F10.0 Intoxicación aguda

F10.1 Uso nocivo

F10.2 Síndrome de dependencia

F10.3 Estado de abstinencia

F10.4 Estado de abstinencia con delirio

F10.5 Trastorno psicótico

F10.6 Síndrome amnésico

F10.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

F10.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento inducido por alcohol

F10.9 Trastorno mental y del comportamiento inducido por alcohol sin especificación

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## V. CONSIDERACIONES GENERALES.

### 5.1. DEFINICIÓN

El trastorno mental y conductual por consumo de alcohol es una condición patológica caracterizada por un patrón de consumo perjudicial y abusivo del alcohol, que puede generar dependencia, intoxicación y síntomas psicóticos, afectando negativamente la vida familiar, laboral y social

### 5.2. ETIOLOGÍA

Las causas de los problemas mentales y de comportamiento relacionados con el consumo de alcohol son múltiples y complejas. Se debe a una combinación de factores, tanto individuales como ambientales.

#### **Vulnerabilidad:**

- Edad: Los adolescentes y adultos jóvenes son más vulnerables a desarrollar estos problemas.
- Genética: La predisposición genética juega un papel importante, es decir, si hay antecedentes familiares de alcoholismo, la persona tiene mayor riesgo.
- Personalidad: Ciertas características de personalidad, que ya están presentes antes de que la persona empiece a consumir alcohol, pueden aumentar el riesgo de desarrollar dependencia.
- Comorbilidad: La presencia de otros problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastornos psicóticos o de atención, puede aumentar la probabilidad de desarrollar problemas con el alcohol.

#### **Aspectos socioculturales:**

- Facilidad de acceso al alcohol: El precio del alcohol, la publicidad y la disponibilidad influyen en el consumo.
- Leyes y normas: Las leyes sobre la venta y consumo de alcohol también son importantes.
- Cultura: Las actitudes sociales y culturales hacia el alcohol influyen en la forma en que se consume.
- Tráfico de drogas: El tráfico de drogas puede estar relacionado con el consumo de alcohol.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

### 5.3. FISIOPATOLOGÍA

El alcohol se absorbe en el duodeno y yeyuno proximal. Se distribuye por el organismo de forma análoga a la del agua corporal, atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria. Se detecta a los pocos minutos en la circulación sistémica, alcanzando su máximo a los 30 minutos, el 90% del alcohol absorbido se metaboliza por oxidación en hígado, 10% restante se excreta sin modificación por riñones y pulmones; tiene afinidad por el tejido adiposo.

El consumo de alcohol genera cambios en la neurotransmisión cerebral, afectando el sistema límbico, área tegmental ventral y diversas áreas de la corteza cerebral, desencadenando síntomas y signos característicos del alcohol, actuando sobre los sistemas GABA, glutamato.

En individuos predispuestos la intoxicación aguda puede ocasionar alteraciones patológicas más severas, generando trastornos psicóticos por el consumo.

El consumo agudo de alcohol produce un incremento de la actividad gabaérgica y disminución del glutamato; el consumo crónico y elevado de alcohol puede producir un incremento de la actividad de la neurotransmisión excitatoria glutaminérgica, de los G canales de calcio activados por voltaje y de la neurotransmisión opioide de tipo kappa al mismo tiempo que una disminución de la neurotransmisión GABA. Produciéndose un estado de hiperexcitación del Sistema Nervioso Central (SNC) que, durante la abstinencia grave del alcohol, puede llegar a cursar con crisis convulsivas o delirium; mientras que la hiperfunción del sistema kappa opioide podría tener relación con síntomas de ansiedad, depresión, anhedonia, disforia y bajo control cognitivo. Este estado puede persistir durante semanas o meses, después de la retirada del alcohol, y puede manifestarse con síntomas de ansiedad, trastorno del sueño, inestabilidad emocional, irritabilidad, anhedonia, antojo y otros síntomas que han sido considerados de abstinencia tardía del alcohol y que podrían aumentar la vulnerabilidad hacia la recaída.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

**TABLA I. NEUROBIOLOGIA DEL CONSUMO AGUDO DE ALCOHOL.**

EFECTOS AGUDOS		
SISTEMA	EFEECTO FARMACODINAMICO	EFEECTO CLINICO
NMDA	-	Sedación, amnesia
GABA A	+	Sedación, activación, euforia, ansiolisis.
NA	+	Activación
5 ht-3	+	Ansiolisis, náuseas.
DA	+	Activación, euforia
OPIOIDE	+	Euforia
MUSCARÍNICO	-	Amnesia
ADENOSINA	+	Incoordinación /Sedación
Canales del Ca ++		

Rubio G, 2000

**NMDA**=N-Metil-D-Aspartato **GABA**=Acido gamma butírico. **NA**= Noradrenalina.  
**5-HT**= Serotonina, **DA** =Dopamina (+)= activación /estimulación. (-) =inhibición

La repetición de los fenómenos de intoxicación aguda, con un acortamiento progresivo de los periodos intercríticos, conduce a nivel del Sistema Nervioso Central a procesos de neuroadaptación y neurosensibilización que gradualmente generan en el individuo la demanda obsesiva del consumo, asociada a la aparición de problemas comportamentales, familiares, laborales y sociales. La presentación del síndrome de abstinencia (como expresión del fenómeno de intoxicación crónica) generará la repetición compulsiva de consumo.

Los efectos sobre el sistema nervioso central descritos, se expresan gradualmente en modificaciones comportamentales en el individuo, que incluyen el abandono progresivo de sus actividades cotidianas, el protagonismo cada vez más creciente que la sustancia adquiere para él, y la conducta disfuncional en el seno familiar, laboral y social.

El alcohol, una vez ingerido, se absorbe rápidamente en el intestino delgado y se distribuye por todo el cuerpo, similar al agua. Cruza la barrera que protege al cerebro y también llega al feto durante el embarazo. Se detecta en la sangre a los pocos minutos y alcanza su punto máximo en 30 minutos. El hígado metaboliza la mayor parte del alcohol (90%), mientras que el resto se elimina por los riñones y los pulmones. El alcohol también se acumula en el tejido graso.

El alcohol afecta directamente al cerebro, alterando la comunicación entre las neuronas. Esto produce los síntomas característicos de la intoxicación, como cambios en el estado de ánimo, la percepción y el comportamiento.

En personas que son más propensas a desarrollar problemas con el alcohol, la intoxicación aguda puede generar problemas psicóticos.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

El consumo crónico de alcohol altera el equilibrio químico del cerebro, lo que lleva a un estado de hiperexcitación. Esto puede desencadenar convulsiones o delirium durante la abstinencia. También puede causar síntomas como ansiedad, depresión, falta de motivación, irritabilidad y problemas para concentrarse.

Con el tiempo, el cerebro se adapta al alcohol, lo que lleva a la dependencia. Esto significa que la persona necesita consumir alcohol para sentirse bien y evitar los síntomas de abstinencia. La dependencia también puede manifestarse en cambios de comportamiento, como el abandono de actividades cotidianas, la priorización del consumo de alcohol sobre otras cosas y problemas en las relaciones familiares, laborales y sociales.

#### 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El consumo excesivo de alcohol es un problema de salud pública global con consecuencias devastadoras. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2016 más de 3 millones de personas murieron a causa del consumo nocivo de alcohol, lo que representa una de cada 20 muertes. Los hombres son más propensos a morir por esta causa, representando más de tres cuartas partes de las muertes relacionadas con el alcohol.

El alcohol es un factor clave en el desarrollo de más de 200 enfermedades, contribuyendo a más del 5% de la carga mundial de enfermedades. Las lesiones, como los accidentes de tráfico, las autolesiones y la violencia interpersonal, representan el 28% de las muertes atribuibles al alcohol. El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante para la salud, después del tabaco y la hipertensión arterial, siendo tres veces más peligroso que la diabetes y cinco veces más que el asma. El abuso de alcohol y la dependencia ocupan el tercer lugar como causa de carga de enfermedad.

En Europa, el consumo de alcohol es el más alto del mundo, y el 30% de las muertes atribuibles al alcohol se deben al cáncer. A nivel mundial, se estima que el 4,1% de los nuevos casos de cáncer son atribuibles al consumo de alcohol, afectando principalmente a los hombres. Los tipos de cáncer más comunes relacionados con el alcohol son los de esófago, hígado y mama.

En Perú la prevalencia anual de uso perjudicial o dependencia de alcohol se encontró en 5,3%. Según la II Encuesta Nacional Sobre la Prevención y Consumo de Drogas 2002, realizada por DEVIDA, la prevalencia de vida del consumo de alcohol era de 94,2%, por lo que se concluía que más de once

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

millones de peruanos habían probado alcohol. Los estudios epidemiológicos de la sierra urbana (2003), la selva urbana (2004) y fronteras (2005) realizados por el INSM, respecto a los trastornos por el uso de alcohol, encontraron cifras muy preocupantes. La prevalencia anual de abuso o dependencia del alcohol hallada fue de 10,5% para las ciudades de la sierra, 8,8% para ciudades de la selva, 9,0% para fronteras y 9,4% para ciudades de la costa. En la población de Ayacucho dicha prevalencia fue del 15,0% en general y 27,8% en el caso de los varones. En Tumbes y Puerto Maldonado la prevalencia a 12 meses fue de 14,3% y 14,1% respectivamente. En Arequipa, Chimbote y Piura fue de 10,4%, 10,1% y 10% respectivamente. Para el área rural de Lima la prevalencia anual de abuso/dependencia del alcohol fue de 4,5%, 8,9% para los varones, mientras que la prevalencia de vida del consumo fue del 11,5%. La prevalencia de abuso/dependencia del alcohol en la sierra rural fue menor a la esperada, con una prevalencia de vida del consumo de 8,4% y una prevalencia anual de 1,7%.

## 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

### 5.5.1. Medio Ambiente

El consumo de alcohol se ha normalizado en nuestra sociedad, presentándolo como un elemento fundamental para la diversión y el esparcimiento, incluso desde edades tempranas. La facilidad de acceso, su bajo precio y la amplia disponibilidad contribuyen a un mayor consumo. Las leyes y normas restrictivas sobre el consumo de alcohol pueden ayudar a reducir su consumo. La publicidad y la presión social, que promueven el consumo de alcohol, hacen que la gente lo vea como algo normal y aceptable.

### 5.5.2. Estilos de Vida

La sociedad actual fomenta el consumo de alcohol como una forma de obtener placer y diversión, incluso desde edades tempranas. La influencia de los amigos y compañeros, tanto en la adolescencia como en la adultez, es un factor importante que impulsa el consumo de alcohol y otras drogas. La diversión y la vida social a menudo se asocian al consumo de alcohol.

### 5.5.3. Factores hereditarios

Se estima que los factores genéticos explicarían hasta el 49% del riesgo de desarrollar dependencia al alcohol. La probabilidad de desarrollar dependencia aumenta con el número de familiares afectados, la

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

gravedad de sus problemas con el alcohol y la cercanía genética con la persona.

Los dos principales ejemplos de los genes verificados de la adicción en humanos, codifican las enzimas que catalizan los pasos consecutivos en el metabolismo del alcohol: el alcohol deshidrogenasa (ADH; gen ADH1B) y el aldehído deshidrogenasa (ALDH; gen ALDH2).

## V. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

### 6.1. CUADRO CLÍNICO

El desarrollo del trastorno por consumo de alcohol comienza con la primera experiencia de intoxicación aguda. A partir de ahí, la dependencia se desarrolla gradualmente, con un ciclo que se intensifica progresivamente. Este ciclo se caracteriza por:

- Acortamiento de los periodos intercríticos: El tiempo entre episodios de consumo excesivo se reduce, lo que significa que la persona consume alcohol con mayor frecuencia.
- Aumento de las dosis: La persona necesita consumir cada vez más alcohol para lograr el mismo efecto, lo que indica la aparición de tolerancia metabólica y neuronal.
- Cambios en el comportamiento: La persona empieza a priorizar el consumo de alcohol sobre otras actividades y relaciones, descuidando sus responsabilidades familiares, sociales y laborales.
- Persistencia del consumo a pesar de las consecuencias negativas: La persona continúa consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias negativas que este le produce, como problemas de salud, laborales o familiares.

#### **Intoxicación Aguda**

Es un estado temporal que se produce tras la ingesta de alcohol y que provoca alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado emocional, el comportamiento y otras funciones fisiológicas o psicológicas.

Efectos en el organismo:

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Cardiovascular: Taquicardia, vasodilatación periférica y depleción de volumen, que pueden contribuir a la hipotermia e hipotensión. También aumenta el riesgo de arritmias auriculares y ventriculares.
- Respiratorio: La depresión respiratoria es el principal riesgo vital en la intoxicación alcohólica.
- Neurológico: Aumenta el riesgo de Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC), hematoma Subdural y convulsiones.
- Digestivo: Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal por gastritis aguda, úlcera o pancreatitis aguda.
- Metabolismo: Hipoglucemia, hipokalemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, hipocloremia, hipoalbuminemia y acidosis láctica.

Otros riesgos:

- Intentos de suicidio: El riesgo de intentos de suicidio aumenta en casos de intoxicación alcohólica.
- Intoxicaciones combinadas: El riesgo de intoxicaciones combinadas con otras sustancias es mayor.
- Intoxicación patológica: En algunos casos, la intoxicación etílica aguda se presenta como un estado de excitación con agresividad, seguido de un sueño espontáneo o inducido, con amnesia del episodio. Este tipo de intoxicación se considera una reacción idiosincrásica al alcohol.

La recuperación de la intoxicación aguda suele ser completa, excepto cuando se produce daño cerebral o alguna otra complicación. La gravedad de la intoxicación depende de la cantidad de alcohol consumida.

**Dependencia del Alcohol**

La dependencia del alcohol es un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en las que el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo.

#### 6.1.1. Signos y Síntomas:

- Craving (antojo): Deseo intenso e irresistible de consumir alcohol.
- Dificultad para controlar el consumo: Incapacidad para limitar la cantidad de alcohol consumida.

**Consecuencias:**

- Consumo excesivo reiterado: Consumo excesivo de alcohol de forma repetida.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Intoxicaciones alcohólicas agudas repetidas: Episodios recurrentes de intoxicación aguda.

### Síndrome de Abstinencia

El síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas y signos que se producen cuando se suspende el consumo prolongado de alcohol. El consumo de alcohol ya no produce los efectos placenteros, sino que se utiliza para aliviar los efectos desagradables de la abstinencia.

Signos y síntomas habituales del síndrome de abstinencia alcohólica

Síntomas autonómicos	Síntomas motores	Síntomas relacionados con la conciencia	Síntomas psiquiátricos
Taquicardia	Temblor de las manos	Insomnio	Ilusiones
Taquipnea	Temblor corporal	Agitación	Alucinaciones
Dilatación pupilar	Convulsiones	Irritabilidad	Ideas paranoicas
Hipertensión arterial	Ataxia	Delirium	Ansiedad
Hipertermia	Alteración de la marcha	Desorientación	Inestabilidad afectiva
Diaforesis	Hiperreflexia		Estado combativo
Náuseas y vómitos	Disartria		Desinhibición
Diarrea			

#### 6.1.2. Interacción Cronológica:

La evolución de la adicción comienza con una intoxicación aguda. Con el tiempo, la dependencia se desarrolla, acortándose los períodos entre episodios de consumo y aumentando las dosis necesarias para lograr el mismo efecto (tolerancia). Esto se manifiesta en cambios de comportamiento familiar y social, abandono de otras actividades placenteras y consumo persistente a pesar de las consecuencias negativas

#### 6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

No aplica

### 6.2. DIAGNÓSTICO

#### 6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Los criterios diagnósticos más utilizados para los trastornos mentales y del comportamiento relacionados al consumo de alcohol son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los del Manual Diagnóstico y

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

CIE-10:

**a) Intoxicación por Alcohol (F10.0):**

- Evidencia de consumo de alcohol: Se ha consumido alcohol en una cantidad suficiente para producir intoxicación.
- Síntomas y signos: Se presentan síntomas o signos compatibles con la intoxicación por alcohol, lo suficientemente graves como para afectar el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado emocional o el comportamiento.
- Comportamiento alterado: Se observa al menos uno de los siguientes comportamientos: desinhibición, beligerancia verbal, agresividad, labilidad del humor, deterioro de la atención, juicio alterado, interferencia en el funcionamiento personal.
- Signos físicos: Se observa al menos uno de los siguientes signos: marcha inestable, dificultad para mantenerse en pie, habla disártrica, nistagmo, disminución del nivel de conciencia (estupor, coma), enrojecimiento facial, inyección conjuntival.
- Exclusión de otras causas: Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica o a otro trastorno mental.

**b) Dependencia al Alcohol (F10.2):**

**Criterios:**

Se presentan al menos tres de los siguientes criterios durante al menos un mes o de forma repetida en un período de 12 meses:

- Antojo intenso: Deseo o compulsión por consumir alcohol.
- Dificultad para controlar el consumo: Incapacidad para controlar el inicio, la cantidad o la duración del consumo.
- Síndrome de abstinencia: Experimenta síntomas de abstinencia cuando se reduce o se suspende el consumo.
- Tolerancia: Se necesita una mayor cantidad de alcohol para lograr el mismo efecto.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Priorización del alcohol: Se abandonan otras actividades o diversiones por el consumo de alcohol.
- Persistencia del consumo a pesar de las consecuencias negativas: Se continúa consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias perjudiciales.

**c) Síndrome de Abstinencia (F10.3):**

- Cese o reducción del consumo: Se produce un cese o reducción del consumo de alcohol tras un consumo prolongado y/o en grandes cantidades.
- Síntomas: Se presentan al menos tres de los siguientes síntomas: temblor, sudoración, náuseas, taquicardia, agitación, cefalea, insomnio, malestar, ilusiones, convulsiones.
- Exclusión de otras causas: Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica o a otro trastorno mental.

**d) Síndrome de Abstinencia con Delirium (F10.4):**

- Delirium: Se presenta un delirium como complicación del síndrome de abstinencia.
- Síntomas: Se presentan síntomas como obnubilación de la conciencia, estado confusional, alucinaciones, ilusiones, temblor, ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia.

Signos/síntomas	Fase I	Fase II	Fase III
Frecuencia cardiaca	100-110	110-120	≥120
Aumento de PA	10-20 mmHg	10-20 mmHg	30-40 mmHg
Taquipnea	20-22 resp/min	22-28 resp/min	≥28 resp/min
Diaforesis	+	++	+++
Temblor	+	++	+++
Hiperreflexia	+	++	+++
Labilidad emocional	+	++	+++
Ansiedad	+	++	+++
Convulsiones	0	+	0
Alucinaciones	0	+	+++

**e) Trastorno Psicótico (F10.5):**

- Síntomas: Se presentan alucinaciones, ideas delirantes, trastornos psicomotores, estados emocionales anormales.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Duración: El trastorno suele resolverse parcialmente en un mes y completamente en seis meses.

#### f) Síndromes Amnésicos (F10.6):

- Deterioro de la memoria: Se presenta un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes, con afectación de la memoria remota en algunas ocasiones.
- Otras funciones cognitivas: Las demás funciones cognitivas suelen estar relativamente conservadas.

#### DSM-5:

#### a) Trastorno por Consumo de Alcohol:

##### Criterios:

Se presentan al menos dos de los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- Consumo excesivo: Se consume alcohol en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Dificultad para controlar el consumo: Se experimenta un deseo persistente o esfuerzos fracasados para abandonar o controlar el consumo.
- Tiempo dedicado al alcohol: Se invierte mucho tiempo en actividades relacionadas con el alcohol.
- Antojo: Se experimenta un intenso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- Incumplimiento de obligaciones: El consumo de alcohol interfiere con las obligaciones laborales, escolares o domésticas.
- Problemas sociales o interpersonales: El consumo de alcohol provoca problemas sociales o interpersonales.
- Abandono de actividades: Se abandonan o se reducen actividades sociales, profesionales o de ocio por el consumo de alcohol.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Consumo en situaciones de riesgo: Se consume alcohol en situaciones que representan un riesgo físico.
- Consumo a pesar de las consecuencias negativas: Se continúa consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias negativas para la salud física o mental.
- Tolerancia: Se necesita una mayor cantidad de alcohol para lograr el mismo efecto.
- Abstinencia: Se experimenta un síndrome de abstinencia característico del alcohol o se consume alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

#### **b) Intoxicación por Alcohol:**

- Consumo reciente: Se ha consumido alcohol recientemente.
- Cambios comportamentales o psicológicos: Se presentan cambios comportamentales o psicológicos problemáticos y clínicamente significativos, como comportamiento sexual o agresivo inapropiado, labilidad del humor, juicio deteriorado.
- Signos y síntomas: Se presentan al menos uno de los siguientes signos o síntomas: habla farfullante, descoordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o memoria, estupor o coma.
- Exclusión de otras causas: Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica o a otro trastorno mental.

#### **c) Abstinencia de Alcohol:**

- Cese o reducción del consumo: Se produce un cese o reducción del consumo de alcohol tras un consumo intenso y prolongado.
- Síntomas: Se presentan al menos dos de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica, temblor de manos, insomnio, náuseas, alucinaciones, agitación psicomotriz, ansiedad, convulsiones.
- Consecuencias: Los síntomas causan distrés o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Exclusión de otras causas: Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica o a otro trastorno mental.

Especificar si:

- Con alteraciones perceptivas
- Trastornos inducidos por el alcohol
- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol
- Delirium por intoxicación de alcohol
- Demencia persistente inducida por alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- Trastorno psicótico inducido por alcohol
- Trastorno del estado de ánimo
- Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- Trastorno del sueño inducido por alcohol
- Trastorno relacionado con alcohol no especificado inducido por alcohol

#### 6.2.2. Diagnóstico diferencial

Es fundamental diferenciar la intoxicación y el síndrome de abstinencia por alcohol de otras condiciones que pueden presentar síntomas similares:

##### a) Intoxicación por Alcohol:

En caso de intoxicación por alcohol, es importante descartar:

- Intoxicaciones por otras sustancias: Otros alcoholes, drogas de abuso, monóxido de carbono, psicofármacos.
- Alteraciones metabólicas: Encefalopatía hepática, hipoglucemia, cetoacidosis diabética, uremia.
- Enfermedades infecciosas: Sepsis, meningoencefalitis.
- Enfermedades neurológicas: Convulsiones, DCV, encefalopatías.
- Traumatismos: Craneoencefálicos, hematoma subdural.
- Patologías tiroideas.
- Depresión respiratoria.

##### b) Síndrome de Abstinencia:

En este caso, se debe diferenciar de:

- Trastornos de ansiedad o depresivos.
- La simple "resaca".
- Temblor de otra etiología.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

### 6.3. EXÁMENES AUXILIARES

Para evaluar los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, se pueden solicitar diversos exámenes. Estos exámenes pueden ayudar a detectar la presencia de problemas relacionados con el consumo, determinar la gravedad física del consumo y monitorizar la evolución del paciente.

#### 6.3.1. De Patología Clínica

Estos exámenes pueden utilizarse para la detección temprana de problemas relacionados con el consumo de alcohol. También ayudan a determinar la gravedad física del consumo y a monitorizar la evolución del paciente durante el tratamiento:

- GGT (Gamma-glutamil-transpeptidasa): Estos valores se normalizan tras 1-4 semanas de abstinencia. La elevación de GOT (glutámico oxalacético transaminasa), GPT (glutámico pirúvica transaminasa) y un cociente GOT/GPT mayor de 2 son muy sugestivos de consumo crónico de alcohol.
- CDT (Transferrina Deficiente en Carbohidratos): Este es un marcador directo del consumo de alcohol, ya que su concentración aumenta conforme aumenta el consumo. Se consideran indicativos valores absolutos por encima de 20 U/L (varones) y 25 U/L (mujeres). Los valores se normalizan a las dos semanas de abstinencia y aumentan tras una semana de consumo de diario mayor de 40 g/día, lo que lo convierte en un marcador útil para monitorizar el tratamiento.
- Triglicéridos elevados.
- Volumen Corpuscular Medio (VCM): Este parámetro se altera con consumos de alcohol elevados (más de 60 gramos por día) durante periodos prolongados y de forma regular.
- Parámetros que disminuyen en el alcoholismo: Urea, creatinina, albúmina, potasio, fósforo, calcio, cloro y trombocitos.
- Otros exámenes solicitados: Hemograma completo, VSG y estudio de coagulación, glucosa, ácido úrico, electrolitos, CPK, amilasa, análisis de

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

orina, marcadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB), VIH y serología luética, BK de esputo para despistaje de tuberculosis, test de embarazo.

### 6.3.2. De imágenes

La realización de estos exámenes dependerá de las manifestaciones clínicas que presente el paciente:

- Radiografía de Tórax
- Ecografía abdominal
- Tomografía cerebral

### 6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

Estos exámenes ayudan a evaluar la presencia y gravedad del alcoholismo, así como a determinar el riesgo de consumo y la necesidad de intervención:

- Cuestionario AUDIT: Diseñado para la detección de bebedores de riesgo y de personas que se beneficiarían de disminuir o cesar el consumo de alcohol (Anexo 1)
- Escala Clinical Institute of Withdrawal Assessment-Alcohol revised, CIWAAR: Determinación de la gravedad del síndrome de abstinencia (Anexo 2).
- Test de CAGE: Evaluación general del alcoholismo crónico (Anexo 3).

## 6.4. MANEJO EN EL NIVEL III-1

### 6.4.1. Medidas generales y preventivas

La atención se centra en la rehabilitación y reinserción social y laboral del paciente bajo los siguientes alcances:

- Atención centrada en el paciente: Se busca comprender las necesidades individuales del paciente y su entorno familiar.
- Educación y concienciación: Se informa al paciente y a su familia sobre la enfermedad y su manejo.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Confidencialidad y respeto: Se garantiza la privacidad y dignidad del paciente en todo momento.
- Evaluación integral: Se evalúa la presencia de otras enfermedades físicas o mentales (comorbilidad) para un tratamiento completo.
- Motivación: Se anima al paciente a participar activamente en su tratamiento y rehabilitación, ofreciendo diferentes opciones como consultas externas o la clínica de día.
- Información a la familia: Se mantiene informada a la familia sobre el progreso del paciente.
- Servicio de referencia: Se actúa como centro de referencia para casos menos complejos.

#### **Modalidades de atención:**

##### **1. Modalidad Ambulatoria:**

Realizado en la consulta externa de psiquiatría y psicología del Hospital Antonio Lorena con las siguientes especificaciones:

- Acompañamiento: El paciente acude acompañado de un familiar o persona de confianza para apoyo emocional y social.
- Evaluación: El médico psiquiatra especializado en adicciones evalúa la etapa de la enfermedad y el nivel de motivación del paciente, decidiendo si el tratamiento se realiza de forma ambulatoria o requiere hospitalización.
- Registro: Toda la información se registra en la historia clínica del paciente.
- Tratamiento farmacológico: Se inicia el tratamiento farmacológico adecuado.
- Interconsulta: Se realiza interconsulta con otras especialidades si se detecta alguna patología médica asociada.

##### **2. Modalidad Hospitalaria:**

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Llevado en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones del Hospital Antonio Lorena con los siguientes criterios de ingreso:

- Comorbilidad psiquiátrica: Pacientes con enfermedades mentales que requieren cuidados hospitalarios (trastorno bipolar, depresión con intentos de suicidio, psicosis).
- Comorbilidad orgánica compensada: Pacientes con enfermedades físicas agudas o crónicas que requieren atención especializada o pueden descompensarse.
- Complicaciones: Pacientes que han experimentado complicaciones durante episodios de abstinencia de alcohol (convulsiones, delirium tremens, etc.).
- Síndrome de abstinencia grave
- Pacientes con adicción a múltiples sustancias psicoactivas.
- Fracaso en tratamientos ambulatorios: Pacientes que no han tenido éxito con tratamientos previos.
- Embarazo

#### 6.4.2. Terapéutica:

##### 6.4.2.1. Tratamiento Psicofarmacológico

#### 1. Tratamiento de Desintoxicación:

Cuyo objetivo es estabilizar al paciente y prevenir complicaciones durante la abstinencia de alcohol. Posteriormente, se busca un programa de rehabilitación que incluya intervenciones psicosociales y farmacológicas para evitar recaídas.

#### A. Tratamiento de la intoxicación alcohólica grave:

- Control de signos vitales: Se monitorean la presión arterial, pulso, temperatura y respiración.
- Posición segura: Se coloca al paciente en posición lateral para asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Acceso intravenoso: Se establece una vía intravenosa para la administración de medicamentos.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Prevención del síndrome de Wernicke: Se administra tiamina por vía parenteral (60 a 90 mg IM al día durante 3 a 5 días, luego por vía oral durante un mes).
- Hidratación: Se administra suero glucosalino para rehidratar al paciente. Si no se conoce la glucemia, se administra una ampolla de glucosa hipertónica por vía intravenosa.
- Lavado gástrico: Si se ha ingerido alcohol junto con otros fármacos, se realiza un lavado gástrico si han transcurrido menos de dos horas desde la ingesta. El carbón activado no es efectivo en la intoxicación por etanol.
- Antídoto para benzodiazepinas: Si se sospecha ingestión conjunta de alcohol y benzodiazepinas, se administra Flumazenil por vía parenteral (0.5 mg, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar respuesta o una dosis máxima de 2 mg).
- Control de la agitación: Se controla la agitación con Haloperidol por vía parenteral (5 mg).
- Prevención de convulsiones: Se vigila la posibilidad de convulsiones, ya que los neurolépticos pueden disminuir el umbral convulsivo.
- Diálisis: Si la alcoholemia es superior a 4 gr/l, se considera la diálisis.
- Evaluación y seguimiento: A las 72 horas de ingreso, el psiquiatra evalúa la condición clínica del paciente y decide si se requiere hospitalización o si puede continuar el tratamiento de forma ambulatoria.

#### B. Tratamiento del Síndrome de Abstinencia:

Benzodiazepinas: son el tratamiento de elección por su rápido inicio de acción, efecto prolongado y posibilidad de reversión con flumazenil. La dosis se ajusta individualmente según la gravedad del síndrome, comorbilidad médica y antecedentes de convulsiones o delirium por abstinencia:

- Diazepam: 10 mg cada 4 a 6 horas, vía oral, en el primer día y luego reducir en 20% cada día, según tolerancia.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Lorazepam: 2 mg. Vía oral cada 2 horas hasta sedación leve (primer día), luego reducir dosis en días a razón de 20 % por día hasta suspender la medicina.

Droga sedante	Dosis de carga (EV)	Dosis carga: comienzo de acción	Dosis de mantenimiento (EV)	Semivida de eliminación	Metabolito activo*
Diazepam	5-10 mg	2-5 min	0,03-0,1 mg/kg cada 0,5-6 h, a discreción	20-120 h	Si
Lorazepam	0,02-0,04 mg/kg (≈2 mg)	15-20 min	0,02-0,06 mg/kg cada 2-6 h a discreción, o 0,01-0,1 mg/kg/h (≈10 mg/h)	8-15 h	No
Midazolam	0,01-0,05 mg/kg, en varios min	2-5 min	0,02-0,1 mg/kg/h	3-11 h	Si*
Propofol	5 µg/kg/min, en 5 min*	1-2 min	5-50 µg/kg/min	Uso por corto tiempo (48-72 h) 3-12 h, Uso prolongado (>72 h) 50 ± 18.6 h	No
Dexmedetomidina	1 µg/kg, en 10 min	5-10 min	0,2-1,5 µg/kg/h	1,8-3,1 h	No

Tiamina: para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff (60 a 90 mg IM al día durante 3 a 5 días, luego por vía oral durante un mes).

Anticonvulsivantes: En caso de riesgo de abuso de benzodiazepinas o consumo simultáneo de alcohol y benzodiazepinas, se pueden utilizar anticonvulsivantes como primera opción.

## 2. Tratamiento de Deshabitación:

Es una parte fundamental del tratamiento del alcoholismo, se enfoca en la sobriedad. Esta fase combina terapia psicosocial con medicamentos específicos para el alcoholismo. Estos medicamentos pueden ser aversivos, creando una reacción negativa al alcohol, o antiantojo, reduciendo el deseo de beber. Además, se incluyen medicamentos para tratar otras condiciones médicas y psiquiátricas que pueden estar relacionadas con el alcoholismo.

El objetivo principal es ayudar al paciente a comprender su enfermedad, mantener la motivación durante todo el proceso y prevenir recaídas. También se busca tratar cualquier problema alguna comorbilidad asociada.

### Naltrexona:

- Es un medicamento que ayuda a controlar el alcoholismo al bloquear los receptores opioides en el cerebro. Esto disminuye el ansia por beber y reduce la sensación de placer que se obtiene al consumir alcohol.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Se administra en dosis de 50 mg diarios por vía oral, asegurando que el paciente no haya consumido opioides en los últimos 7 a 10 días y evaluando su función hepática, con seguimiento de laboratorio para monitorear su estado.
- Alternativamente, se puede administrar una inyección intramuscular profunda de 380 mg una vez al mes en el glúteo, siguiendo las mismas precauciones que para la dosis oral y verificando la condición del sitio de inyección.
- En ambos casos, se recomienda un seguimiento de laboratorio para monitorear la función hepática. La naltrexona ha demostrado ser efectiva para reducir el riesgo de recaídas, con un nivel de evidencia 1A y grado de recomendación A.

#### **Anticonvulsivantes:**

Han demostrado ser útiles para el tratamiento de la dependencia al alcohol debido a su acción sobre el sistema gabaérgico y su potencial ansiolítico. Ayudan a reducir el antojo y el consumo compulsivo:

-Valproato de sodio: regula la actividad de neurotransmisores claves en el cerebro, reduciendo la liberación del neurotransmisor excitatorio glutamato y potenciando la actividad del GABA, un neurotransmisor inhibitorio que disminuye la ansiedad y la agitación. Además, interactúa con los receptores NMDA, que regulan el glutamato y la plasticidad sináptica disminuyendo la impulsividad asociada a dosis de 500mg tres veces al día.

- Gabapentina: Modula los niveles de GABA y glutamato. Iniciar el tratamiento a dosis bajas e ir incrementando diariamente en 300 mg hasta llegar a la dosis máxima de 1200 mg/d, repartido en dos o tres tomas durante 16 semanas.

- Topiramato: Bloquea los canales de sodio y calcio dependientes de voltaje, inhibe los receptores glutamatérgicos y actúa en los receptores GABA tipo A. Iniciar el tratamiento con una dosis de 25 mg, con incrementos semanales de 25-50 mg hasta una dosis máxima de 300 mg.

- Pregabalina: Se une selectivamente a la subunidad alfa2-delta de los canales calcio dependientes de voltaje, reduciendo la liberación de glutamato, noradrenalina y la sustancia P. Dosis de entre 150-450 mg repartida en dos tomas.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Oxcarbazepina: Actúa reduciendo la hiperexcitabilidad de los receptores NMDA glutamatérgicos. Dosis de 1500-1800 mg pueden lograr un mayor porcentaje de días de abstinencia y mejores resultados en pacientes con trastornos comórbidos.

#### **Disulfiram:**

- Es un medicamento aversivo usado en pacientes que han logrado la abstinencia, pero tienen riesgo de recaída. Es más efectivo en pacientes que están motivados para dejar de beber y que están dispuestos a tomar el medicamento bajo la supervisión de un familiar o un programa de tratamiento. También puede ser útil para personas que no han tenido éxito con otros métodos de tratamiento.
- Actúa inhibiendo el metabolismo del alcohol, lo que provoca la acumulación de acetaldehído y reacciones adversas como rubor, sudoración, náuseas y taquicardia si se consume alcohol. Sin embargo, no se debe usar en personas que consuman alcohol, que tengan enfermedad arterial coronaria, problemas graves de corazón o alergia a ciertos productos químicos.
- La dosis oral usual es de 250 mg, pero puede variar entre 125 y 500 mg. Es importante evaluar la función hepática del paciente antes de iniciar el tratamiento. Además, es crucial advertir al paciente que no tome disulfiram al menos 12 horas después de beber alcohol, ya que las reacciones adversas pueden ocurrir hasta dos semanas después de la última dosis. También deben evitar el alcohol en alimentos y bebidas, medicamentos de venta libre y productos de higiene personal. Utilizado en un programa de tratamiento ha demostrado nivel de evidencia 2A y grado de recomendación B, teniendo mejor resultado en número de días de abstinencia (2B).

#### 6.4.2.2. Psicoterapia

##### 1. **Terapia Cognitivo Conductual**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un método ampliamente utilizado y respaldado por la evidencia científica para tratar las adicciones. Esta terapia se centra en el presente, ayudando a las personas a comprender cómo funcionan sus pensamientos y acciones, y a tomar control sobre su comportamiento. La TCC se enfoca en desarrollar habilidades como la comunicación asertiva, la autoinstrucción, la reestructuración cognitiva, la resolución de

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

problemas, la relajación y el autocontrol. En esencia, la TCC busca modificar los pensamientos y comportamientos que contribuyen a la adicción, ayudando a las personas a tomar control de sus vidas y a desarrollar estrategias para enfrentar situaciones desafiantes. Se presentan las siguientes formas de intervención cognitivo conductual en el alcoholismo:

#### A. Terapia cognitiva

Se basa en la idea de que nuestros pensamientos y emociones están influenciados por la forma en que interpretamos la realidad. Las personas con adicciones, debido a su historia de consumo, desarrollan pensamientos automáticos que justifican el consumo de sustancias. Estos pensamientos, a lo largo del tiempo, se convierten en estructuras cognitivas más sólidas, como esquemas o creencias nucleares, que sustentan el estilo de vida adictivo.

La terapia cognitiva se enfoca en modificar estos pensamientos adictivos y disfuncionales, ya sea que actúen como estímulos para el deseo de consumir o que formen parte de estructuras más complejas como las creencias. Se utilizan técnicas cognitivas para reestructurar las creencias y distorsiones cognitivas que influyen en el proceso de recuperación.

#### B. Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento es una técnica que se basa en la teoría del aprendizaje social para ayudar a las personas a manejar situaciones que podrían llevar al consumo de alcohol. Esta técnica busca fortalecer las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo, como eventos sociales o momentos de estrés.

Las técnicas más comunes incluyen:

- Entrenamiento en prevención de recaídas: Se enseña a identificar las situaciones que podrían llevar a una recaída y a desarrollar estrategias para evitarlas.
- Entrenamiento en habilidades sociales: Se enseñan habilidades para interactuar con otras personas en situaciones sociales, como eventos sociales o conversaciones difíciles.
- Entrenamiento en manejo del antojo: Se enseña a manejar el deseo intenso de consumir alcohol.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Entrenamiento en manejo de los estados de ánimo: Se enseñan estrategias para controlar las emociones y manejar situaciones que podrían generar estrés o ansiedad.

Estas técnicas pueden utilizarse individualmente o en combinación, y pueden ser aplicadas en un contexto individual o grupal.

### C. Manejo de contingencias

Se basa en los principios del aprendizaje operante, es decir, utiliza recompensas y consecuencias para modificar el comportamiento. Se requiere un registro y observación cuidadosos de la conducta problemática, así como de las circunstancias que la rodean. Este tipo de intervención estructurada establece consecuencias que refuerzan comportamientos positivos y reducen los comportamientos relacionados con el consumo de alcohol.

En otras palabras, se busca recompensar las acciones que ayudan a la persona a mantenerse alejada del alcohol y, al mismo tiempo, se establecen consecuencias negativas para las acciones que conducen al consumo.

### D. Prevención de recaídas

Es una técnica ampliamente utilizada para ayudar a las personas a evitar volver a consumir alcohol después de un periodo de abstinencia. Esta técnica se aplica tanto individualmente como en grupos, y se enfoca en tres componentes clave:

- Conocimiento y concienciación: Se proporciona información sobre la enfermedad de la adicción para que la persona comprenda mejor su condición y las consecuencias del consumo de alcohol.

- Identificación y manejo de situaciones de riesgo: Se enseña a identificar las situaciones que podrían llevar a una recaída y a desarrollar estrategias para evitarlas, incluyendo el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales para afrontar estas situaciones.

- Promoción del cambio de hábitos: Se trabaja para modificar los patrones de comportamiento que contribuyen al consumo de alcohol y promover la adopción de nuevos hábitos saludables.

## 2. Entrevista Motivacional

Juega un papel importante en el tratamiento de las adicciones. Su objetivo es generar motivación en la persona con adicción, aprovechando la ambivalencia que suele existir entre el deseo de cambiar y la resistencia al cambio. Se centra en:

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Escucha reflexiva y empática: Escuchar con atención y comprensión las experiencias y perspectivas de la persona con adicción.
- Información personalizada: Brindar información específica y relevante sobre la adicción y las opciones de tratamiento.
- Discurso auto motivador: Ayudar a la persona a descubrir sus propias razones para cambiar y a identificar sus fortalezas.
- Menú de opciones posibles: Presentar diferentes opciones de tratamiento y apoyar a la persona a elegir la que mejor se adapte a sus necesidades.
- Responsabilidad y toma de decisiones: Fomentar la participación activa de la persona en la toma de decisiones sobre su tratamiento.
- Autoeficacia: Ayudar a la persona a creer en su capacidad para cambiar y a desarrollar confianza en sí misma.

En resumen, la entrevista motivacional busca crear un ambiente de apoyo y comprensión para que la persona con adicción se motive a cambiar su comportamiento y se involucre en el proceso de recuperación.

### 3. Terapia Familiar:

Es esencial en el tratamiento de los trastornos por el uso de alcohol debido a la profunda influencia que tiene la familia en la adicción y la recuperación. El sistema familiar, a menudo el más afectado por la adicción, necesita ser reconstruido debido a los problemas relacionales, los roles y patrones de conducta disfuncionales, la violencia, las dificultades en la crianza, las disfunciones sexuales y las consecuencias indirectas como la inestabilidad económica o laboral. La terapia familiar ofrece numerosos beneficios:

- Apoyo y motivación: Un ambiente familiar positivo es fundamental para el inicio y mantenimiento de la abstinencia, motivando al paciente a seguir adelante.
- Reconstrucción de roles y dinámicas: Se trabaja para identificar y modificar los roles y patrones de comportamiento disfuncionales que se han desarrollado en la familia, como la codependencia o los sentimientos de culpa.
- Identificación de factores de riesgo: La familia puede ayudar a identificar los contextos sociales que desencadenan el consumo de alcohol y proporcionar apoyo para cambiar la conducta.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Manejo de la coadición: Se identifica y se diseñan estrategias para modificar la coadición, es decir, la dependencia de la familia en la conducta del adicto.
- Comunicación y colaboración: Se fomenta una comunicación abierta y fluida entre la familia y el equipo multidisciplinario, permitiendo que la familia esté informada sobre el progreso del usuario y que se establezca una alianza terapéutica.

#### 4. Terapias Grupales:

Ofrecen una serie de ventajas que las convierten en un enfoque eficaz para el tratamiento de la adicción al alcohol, complementando o incluso superando la terapia individual:

- Universalidad y reducción de resistencia: Compartir la experiencia de la pérdida de control sobre el alcohol y las dificultades asociadas a la dependencia crea un sentimiento de comunidad y reduce la resistencia al tratamiento.
- Aprendizaje y modelado: La interacción con personas en diferentes etapas del proceso de recuperación ofrece la oportunidad de observar y aprender de las experiencias de otros, lo que facilita la adquisición de estrategias y aumenta la concienciación sobre la adicción.
- Control externo y prevención de recaídas: El apoyo y la supervisión del grupo actúan como un control externo que ayuda a evitar o minimizar las recaídas.
- Detección temprana de recaídas: Los miembros del grupo, por su propia experiencia, pueden identificar precozmente signos sutiles de recaída, permitiendo una intervención temprana.

#### 6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:

**Benzodiazepinas:**

- Abuso y dependencia: El uso crónico de benzodiazepinas puede llevar a abuso y dependencia, especialmente en pacientes con historial de adicción a múltiples sustancias.
- Sedación: Es un efecto secundario común.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

**Naltrexona:**

- Efectos comunes: Náuseas y cefalea.
- Otros efectos: Mareo, astenia, inquietud, insomnio o ansiedad, que suelen desaparecer a los pocos días.
- Contraindicación: La presencia de hepatopatía (enfermedad del hígado) puede ser una contraindicación, especialmente si hay niveles elevados de transaminasas y bilirrubina.

**Anticonvulsivantes:**

-Valproato de sodio: Somnolencia, náuseas, vómitos, cefalea, fatiga, temblor, aumento de peso, problemas de concentración.

-Gabapentina: Mareo, somnolencia, visión borrosa, eyaculación precoz.

-Topiramato: Mareo, parestesias, enlentecimiento psicomotriz, deterioro de la memoria o concentración, pérdida de peso.

-Oxcarbamazepina: Mareo, cefalea, visión borrosa. Riesgo de hiponatremia, por lo que se recomienda realizar controles analíticos periódicos.

-Pregabalina: Mareo, somnolencia, sequedad de boca, alteraciones en la coordinación, aumento de peso.

**Disulfiram:**

- Efectos cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, mareos, vértigo, sudoración, dolor precordial, rubor facial, náuseas, vómitos, visión borrosa, alteraciones de la presión arterial, cefalea, dificultad respiratoria.

- Efectos graves: En casos más severos, puede causar depresión respiratoria, arritmia, infarto de miocardio, colapso cardiovascular, pérdida de conciencia, convulsiones e incluso la muerte.

**6.4.4. Signos de alarma**

En la intoxicación alcohólica:

- Trastorno de conciencia
- Depresión respiratoria
- Arritmias cardiacas

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

-Hipoglicemia

En el síndrome de abstinencia

-Alucinosis alcohólica

-Convulsiones

-Delirium tremens

#### 6.4.5. Criterios de Alta

a) Consulta Externa:

La dependencia al alcohol es una enfermedad crónica, por lo que se recomienda un seguimiento continuo. Si el paciente permanece en abstinencia durante más de 2 años, puede ser dado de alta y derivado a su Centro de Salud Mental Comunitario.

b) Hospitalización:

El paciente debe cumplir con los siguientes criterios para ser dado de alta:

- Tratamiento farmacológico adecuado y con adherencia.
- Estabilización de cualquier patología psiquiátrica asociada.
- Estabilización del síndrome de abstinencia.

#### 6.4.6. Pronóstico

- De igual forma varía en función de la cantidad, la frecuencia y la duración del consumo. En dosis bajas y con un consumo esporádico, es probable que sus efectos sean reversibles. Por otro lado, el consumo excesivo y prolongado de alcohol está vinculado al desarrollo del síndrome de dependencia del alcohol y a una serie de enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden poner en riesgo la vida de quienes lo consumen.
- En conclusión, mientras que un consumo moderado de alcohol puede no tener efectos graves, el abuso crónico puede tener consecuencias significativas para la salud y resultar mortal.

#### 6.5. COMPLICACIONES

El consumo excesivo de alcohol puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental, impactando en diversos órganos y sistemas del cuerpo. A continuación, se detallan las principales complicaciones:

**Cardiovascular:**

- Cardiomiopatía alcohólica: por daño al músculo cardíaco.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

- Beri-beri húmedo: Esta forma de cardiomiopatía se presenta en casos de alcoholismo crónico con deficiencia de tiamina. Puede causar insuficiencia cardíaca congestiva y shock cardiogénico, con alta probabilidad de muerte.
- Arritmias: supraventriculares y auriculares
- Hipertensión arterial.

#### **Gastrointestinal:**

- Trastornos esofágicos: Reflujo, trastornos de la motilidad.
- Gastritis: Gastritis aguda y crónica.
- Intestino: Diarreas.
- Páncreas: Pancreatitis aguda y crónica.
- Hígado: Esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, fibrosis progresiva, cirrosis y carcinoma hepatocelular.

#### **Neurológico:**

- Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff: Trastorno neurológico causado por la deficiencia de tiamina.
- Neuropatía periférica
- Deterioro cognitivo: Dificultades en la memoria, el aprendizaje y el razonamiento.
- Degeneración cerebelosa: Daño en el cerebelo, que afecta la coordinación y el equilibrio.

#### **Endocrino y Metabólico:**

- Cetoacidosis alcohólica: Acumulación de cuerpos cetónicos en la sangre, que puede llevar a coma.
- Hipoglucemia
- Hiperuricemia
- Dislipidemias

#### **Locomotor:**

- Osteoporosis
- Miopatías

#### **Oncológico:**

- Aumento del riesgo de cáncer: sobretodo el riesgo de cáncer de cavidad oral, laringe, esófago, faringe, estómago, colon, hígado, mama y ovario.

#### **Psiquiátrica:**

Es frecuente que también padezcan otros trastornos mentales, como depresión, ansiedad o trastornos de la personalidad.

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

**Social:**

- Violencia familiar: puede aumentar la probabilidad de violencia doméstica.
- Desempleo: puede afectar el desempeño laboral y aumentar el riesgo de desempleo.
- Delincuencia: puede aumentar la probabilidad de cometer delitos.

Es importante destacar que estas complicaciones pueden variar en gravedad y frecuencia dependiendo del patrón de consumo, la duración del abuso y la predisposición individual. La prevención y el tratamiento temprano son cruciales para evitar o minimizar estas consecuencias negativas.

## 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

**Criterios de Referencia:**

- Aparición de complicaciones psiquiátricas severas.
- Emergencia de complicaciones médicas severas.
- Comorbilidad con patologías médicas o psiquiátricas que agravan el pronóstico.
- Trastorno severo de personalidad con alto grado de impulsividad y riesgo de autoagresión.
- Necesidad de manejo en un ambiente controlado con mayor supervisión.
- Múltiples recaídas durante el tratamiento en consulta externa.

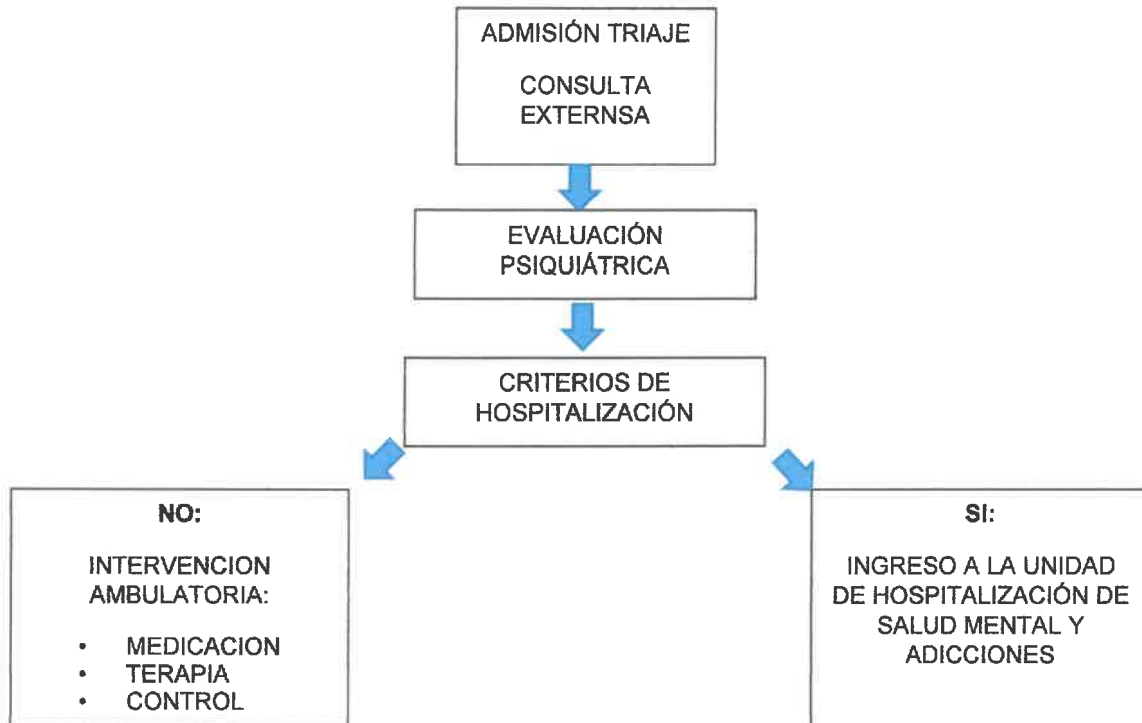
**Criterios de Contrarreferencia:**

- Pacientes que no presentan consumo de alcohol durante varios años.
- Pacientes con capacidad de realizar seguimiento en su Centro de Salud Mental Comunitario

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

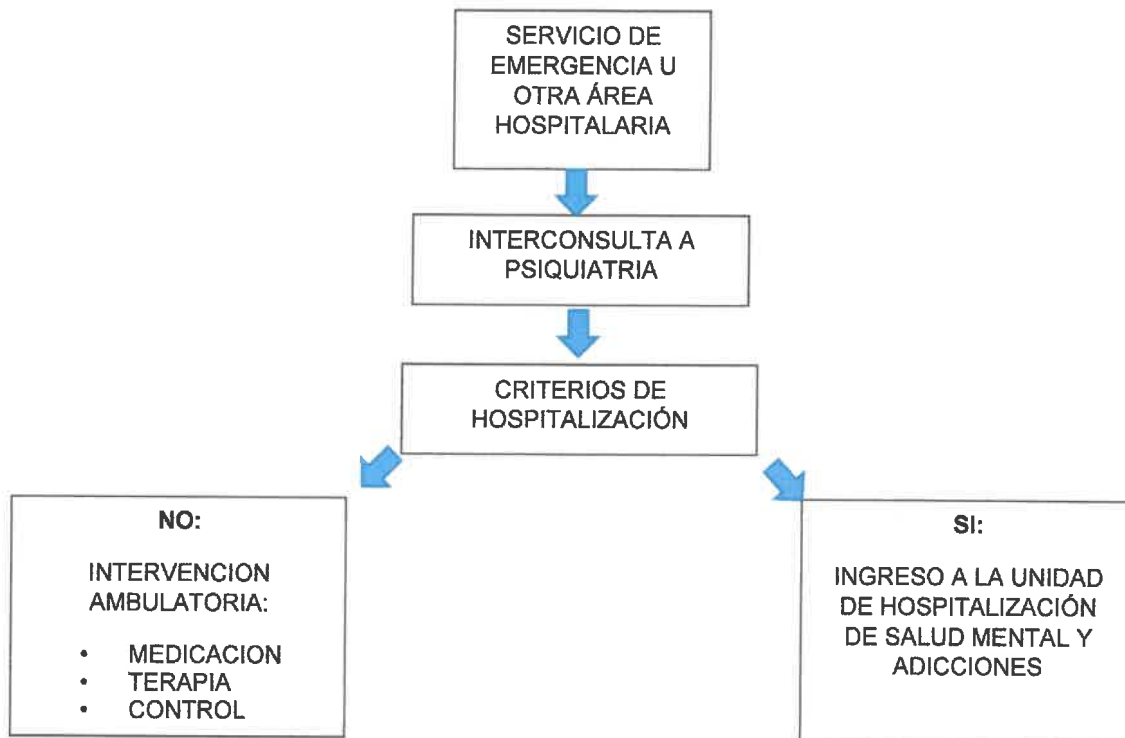
## 6.7. FLUXOGRAMA

### Consulta Externa de Psiquiatría:



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

**Servicio de emergencia u otra área hospitalaria:**



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

VII. ANEXOS

1. Anexo 1. Cuestionario AUDIT

CUESTIONARIO AUDIT (Pruebas para Identificar Trastornos por el Consumo de Alcohol)	
<p>1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>0= Nunca (Pase a las preguntas 9-10) 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</p> <input type="text"/>	<p>6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>0= 1 o 2 1= 3 o 4 2= 5 o 6 3= 7 a 9 4= 10 o mas</p> <input type="text"/>	<p>7. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3=0</p> <input type="text"/>	<p>8. ¿Con que frecuencia en el curso de último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>0=Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <input type="text"/>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>0= No 2= Sí, pero no en el curso del último año 4= Sí, el último año</p> <input type="text"/>
<p>5. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>10. ¿Algún familiar o doctor se ha preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas y le ha recomendado que deje de beber?</p> <p>0= No 2= Sí, pero no en el último año 4= Sí, en el último año</p> <input type="text"/>
<p>Calificación Total 0 a 3 Sin riesgo 3 a 7 Empieza a tener problemas 8 o más Riesgo elevado</p>	<p>Registre la puntuación total aquí</p> <input type="text"/> <p>Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001</p>

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## 2. Anexo 2. Escala Clinical Institute of Withdrawal Assessment-Alcohol revised, CIWAAR

ESCALA CIWA-AR Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica	
<p><b>Nauseas y vómitos</b></p> <p>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</p>	<p><b>Ateraciones táctiles</b></p> <p>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</p>
<p><b>Tembor</b></p> <p>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</p>	<p><b>Ateraciones auditivas</b></p> <p>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</p>
<p><b>Sudor</b></p> <p>0: No visible            1: Palmas húmedas            2            3            4: Sudor en la frente            5            6            7: Empapado</p>	<p><b>Ateraciones visuales</b></p> <p>0: Ninguna            1: Muy leves            2: Leves            3: Moderadas            4: Alucinaciones moderadas            5: Alucinaciones severas            6: Alucinaciones extremas            7: Alucinaciones continuas</p>
<p><b>Ansiiedad</b></p> <p>0: No ansioso            1: Ligeramente            2            3            4: Moderado            5            6            7: Ataque agudo de pánico</p>	<p><b>Cefalea</b></p> <p>0: No presente            1: Muy leve            2: Leve            3: Moderada            4: Moderadamente severa            5: Severa            6: Muy severa            7: Extremadamente severa</p>
<p><b>Agitación</b></p> <p>0: Actividad normal            1: Algo hiperactivo            2            3            4: Moderadamente inquieto            5            6            7: Cambio continuo de postura</p>	<p><b>Orientación y funciones superiores</b></p> <p>0: Orientado y puede sumar            1: No puede sumar, indeciso en la fecha            2: Desorientado temporalmente (&lt;2 días calendario)            3: Mayor desorientación temporal (&gt;2 días)            4: Desorientación espacial y/o en persona</p>

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Interpretación de la puntuación:

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

### 3. Anexo 3. Test de CAGE: Evaluación general del alcoholismo crónico

#### Cuestionario CAGE Screening de alcoholismo

Lucía Ferreira González  
Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña

- Los cuestionarios de screening son mejores que los test de laboratorio para detectar problemas con el alcohol en poblaciones no seleccionadas.
- El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios<sup>1</sup>. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas ...) y poblaciones<sup>2, 3, 4</sup>. Representa, por tanto, un método eficaz de screening en el abuso de alcohol.
- Ha sido también modificado para el screening de abuso de drogas (CAGE-AID) y puede ser incorporado en la historia clínica rutinaria ya que su mayor ventaja es la brevedad.

C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? *Have you felt the need to Cut down drinking?*  
Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? *Have you ever felt Annoyed by criticism of drinking?* Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? *Have you had Guilty feelings about drinking?* Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? *Do you ever take a morning Eye opener (a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover)?* Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.

- Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM<sup>5</sup>. Los datos de algún estudio sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del punto de corte considerado.
- Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:
  - 0-1 Bebedor social
  - 2 Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia.
  - 3 Consumo perjudicial.
  - 4 Dependencia alcohólica.
- El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en las situaciones en las que la probabilidad de abuso es alta, como servicios de urgencias, clínicas de ETS y centros de salud para estudiantes. Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%. En comparación, alrededor del 80% de los sujetos no

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”


## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad. Alcohol y Cáncer en la Unión Europea. Una llamada a la Acción. 2024.
2. Observatorio español de las drogas y las adicciones. Monografía Alcohol, consumo y consecuencias. 2021.
3. M. Marín Mayor, F. Arias Horcajadas. Trastornos por consumo de alcohol. Volumen 12, Issue 85, September 2019, Pages 4993-5003
4. OMS. Informe sobre la situación mundial del alcohol y salud – 2018. OMS; 2018.
5. Pereiro C., Fernández J. Guías de Adicciones para Especialistas en Formación. Socidrogalcohol. Valencia; febrero 2018.
6. Ramírez A., Vasquez E. Manual para el Manejo de los Trastornos por el Uso de Alcohol (TUA). Centros de Integración Juvenil, A.C. 2018.
7. Hospital Víctor Larco Herrera – Minsa. Guía Técnica para la atención de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol – 2017.
8. WHO. Global status report on alcohol and health 2014. WHO; 2016.
9. DEVIDA. III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria 2016. Lima: DEVIDA; 2016.
10. Hospital Víctor Larco Herrera – Minsa. Guía Práctica clínica para la atención de pacientes con trastornos mentales Ocasionados por el consumo de alcohol – 2015.
11. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015.
12. INEI. Perú. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2014. Lima: INEI; 2015.
13. Cortés T. Guía Clínica sobre Consumo Intensivo de Alcohol en Jóvenes. Socidrogalcohol. Barcelona; 2015.
14. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5ª Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
15. Pascual F., Guardia J., Pereiro C., Bobes J. Alcoholismo. Guías clínicas Socidrogalcohol Basadas en la Evidencia Científica. 3ª edición. 2014
16. DEVIDA. I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao – 2013. Lima: DEVIDA; 2014.
17. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Salud. Resolución Directoral N° 158-DG-2012. Guía de Práctica Clínica de Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de Alcohol. 2012.
18. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid. España, 199-pp.426-517.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental.
20. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento: con glosario y criterios Diagnósticos de investigación CIE-10: CDI- 10. Editorial Medica Panamericana S.A. Madrid. España, 2000.

  
-----  
Dra. Maria Dayana Jurado Andia  
C.M.P. 52974  
PSIQUIATRIA

