



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®

*Evidencia que promueve Confianza*

**Estudio técnico de internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda en el marco del procedimiento técnico científico y participativo de exclusiones**

**Reporte No. 1269**

**Septiembre 2020**

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores políticas públicas y prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, el Instituto Nacional de Salud - INS, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

### **Autores**

Porras-Ramírez, Alexandra, Bacterióloga, Epidemióloga. Instituto de evaluación tecnológica em salud - IETS.

Morón-Duarte, Lina Sofía. Enfermera, Epidemióloga. Instituto de evaluación tecnológica em salud - IETS.

Cortés, Ani, Bacterióloga, MsC en Epidemióloga. Instituto de evaluación tecnológica em salud - IETS.

Zuleta, Pablo, Médico, Psiquiatra. Universidad de los Andes. Instituto de evaluación tecnológica em salud - IETS.

González Giraldo, Jeffrey, Médico, Psiquiatra. Instituto de evaluación tecnológica en salud - IETS.

### **Entidad que solicita el estudio**

Este estudio técnico se realiza por solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiadas con recursos públicos asignados a la salud.

### **Fuentes de financiación**

Contrato: 182 de 2020.

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este informe.

### **Declaración de independencia editorial**

El desarrollo de este estudio, así como sus conclusiones, se realizaron de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

Todos los autores declaran haber leído y aprobado el contenido de este estudio.

### **Derechos de autor**

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de propiedad conjunta del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y el Ministerio de Salud y Protección Social.

### **Consideraciones técnicas**

Los aportes, análisis, conceptos y recomendaciones de este estudio tendrán un alcance consultivo, informativo y orientador, sin carácter vinculante para la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

El desarrollo de este estudio técnico se limita al análisis de la nominación como esta fue publicada por el MinSalud, y se circunscribe al estudio de los criterios por los cuales la tecnología fue nominada.

### **Citación**

Cortes, A; Morón, L; Zuleta, P; Porras, A; Estudio técnico de internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda en el marco del procedimiento técnico científico y participativo de exclusiones. Bogotá D.C. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.

### **Correspondencia**

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Carrera 49 A # 91-91

Bogotá, D.C., Colombia.

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

[contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co) © Ministerio de Salud y Protección Social, 2020

## Tabla de contenido

Resumen ejecutivo .....	5
Informe técnico- científico .....	13
1. Alcance .....	13
1.1. Identificación de la nominación .....	13
1.1.1. Identificación y descripción de la tecnología nominada con sus características e indicación .....	13
1.1.2. Criterio o criterios de exclusión por los cuales fue nominada la tecnología .....	25
1.2. Metodología para el análisis del criterio de nominación .....	26
1.2.1. Pregunta de política en salud .....	26
1.2.2. Pregunta de investigación .....	26
1.2.3. Criterios de elegibilidad .....	30
1.2.4. Búsqueda de información .....	31
1.2.5. Tamización, selección y extracción .....	32
1.2.6. Evaluación de calidad .....	32
2. Resultados .....	33
2.1. Resultados de la búsqueda, tamización y selección .....	33
2.2. Síntesis de la evidencia .....	33
2.3. Información de vigilancia post- comercialización .....	39
2.4. Análisis de la información enviada por el nominador .....	39
2.5. Análisis de las objeciones, observaciones o aportes realizados con respecto a la nominación .....	39
3. Recomendaciones .....	42
3.1. Consideraciones a tener en cuenta para el análisis de la recomendación ..	42
4. Referencias .....	44
5. Anexos .....	48
Anexo 1. Reportes de búsqueda de evidencia en bases electrónicas de datos. ....	48
Anexo 2. Diagrama PRISMA: flujo de la búsqueda, tamización y selección de estudios. ....	52
Anexo 3. Estudios incluidos y excluidos en texto completo .....	53
Anexo 4. ROBIS: evaluación del riesgo de sesgos en revisiones sistemáticas ...	55
Anexo 5. RoB 2. Evaluación de riesgo de sesgo en ECAs .....	65
Anexo 6. Tablas GRADE .....	67

## Resumen ejecutivo

### Estudio técnico de internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda en el marco del procedimiento técnico científico y participativo de exclusiones

#### 1. Descripción de la nominación

##### Nombre de la tecnología y número de nominación:

La tecnología nominada es la internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda, (CIE-10: F190). Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas en el CIE-10 hace referencia a un conjunto de alteraciones psicopatológicas que engloba dos grandes grupos. El primero incluye trastornos causados por el consumo perjudicial iniciados con la intoxicación y sus diferentes manifestaciones, y que de modo progresivo conducen en el síndrome de dependencia o adicción que se manifiestan de forma específica para cada tipo de sustancia psicoactiva en lo relacionado a los cuadros clínicos (intoxicación aguda, crónica y el síndrome de abstinencia). En el segundo grupo se incluyen alteraciones mentales orgánicas inducidos por tales sustancias.

##### La indicación para la cual fue nominada la tecnología

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda, (CIE-10: F190)

La categoría F190: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas, se usa cuando se sabe que dos o más sustancias psicoactivas están involucradas, pero es imposible evaluar qué sustancia contribuye más a los trastornos. También debe usarse cuando la identidad exacta de algunas o incluso todas las sustancias psicoactivas que se usan es incierta o desconocida, ya que muchos usuarios de drogas múltiples a menudo no conocen los detalles de lo que están tomando.

##### Criterio de nominación

Criterio C: Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica.

*"Dado que los lineamientos del Ministerio de salud y protección social apuntan a una rehabilitación basada en comunidad"*

#### 2. Pregunta de política y pregunta de investigación

##### Pregunta de política:

¿En Colombia, con base en la evidencia científica disponible sobre la efectividad clínica, el servicio de internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para el manejo de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda (F190) debería ser excluido de la financiación con recursos públicos asignados a la salud?

##### Pregunta de investigación:

<b>Población</b>	<p>Pacientes de cualquier edad cuyo diagnóstico de codificación internacional de enfermedades (CIE-10) o Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) es de dependencia por consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>CIE-10</p> <p>F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol</p> <p>F11: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides</p> <p>F12: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides</p> <p>F13: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos</p> <p>F14: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína</p> <p>F15: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes</p> <p>F16: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos</p> <p>F17: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco</p> <p>F18: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles</p> <p>F190: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas</p> <p>Criterios del DSM-IV y DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias</p>
<b>Intervención</b>	Internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas.
<b>Comparador(es)</b>	<p>Entornos diferentes a la internación hospitalaria que usan enfoques conductuales, farmacológicos o sus combinaciones:</p> <p>Entorno residencial: son establecimientos que ofrecen una variedad de métodos terapéuticos con una atención las 24 horas, en entornos no hospitalarios, que incluye alojamiento protegido y atención médica.</p> <p>Entorno ambulatorio: se ofrece en consulta externa u hospital día, es indicado para pacientes que pueden ser manejados en este ámbito, los tratamientos brindados en este ámbito pueden ser de alta intensidad o baja intensidad según la severidad del trastorno y es más adecuado para personas laboralmente activas y que tienen redes sociales de apoyo.</p>
<b>Desenlaces</b>	<p><u>Efectividad</u></p> <p><b>Primarios</b></p> <p>Alta planificada (al terminar el tratamiento)</p> <p>Alta no planificada (abandono o suspensión del tratamiento)</p> <p>Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación (adherencia) perdida en el seguimiento</p> <p>Recaída o reingreso</p> <p>Reducción del consumo</p> <p><b>Secundarios</b></p> <p>Funcionamiento social</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Costos</p> <p><u>Seguridad:</u></p> <p>Se determinará mediante los siguientes desenlaces, según la evidencia disponible</p> <p>Suicidio</p> <p>Muerte</p>

### 3. Metodología

Teniendo en cuenta que el motivo de nominación fue la falta de evidencia que demuestre la efectividad clínica de la internación para tratamiento de intoxicación aguda, se realizó una revisión sistemática de la literatura de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados y ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs). Con el objeto de incrementar la búsqueda, no hubo restricción de tiempo ni de idioma.

Se emplearon términos MeSH, DeCS y/o Emtree según la base de datos, la búsqueda se realizó en: PubMed, MEDLINE, EMBASE, PsycInfo, Cochrane Database of Systematic Reviews. Se condujo una búsqueda sistemática de la literatura sin límite del horizonte temporal del inicio de la búsqueda hasta 9 de julio de 2020. La búsqueda incluyó los siguientes términos: Substance-related disorders, drug dependence, drug abuse, addiction, drug detoxification, detoxification, inpatients, hospitalization, outpatients, mental disorders. Adicionalmente, se verificaron las listas de referencias de todos los artículos relevantes obtenidos y se recuperaron artículos importantes adicionales. Inicialmente, se identificaron los términos clave en lenguaje natural para la intervención de interés (internación para manejo de intoxicación aguda por consumo de sustancia psicoactivas). Posteriormente, se diseñó una estrategia de búsqueda genérica, compuesta por vocabulario controlado explotado como términos (MeSH (Medical Subject Headings) y Emtree (Embase Subject Headings) y por lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas, acrónimos, variaciones ortográficas y plurales. La estrategia se complementó con identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad y operadores booleanos. Se incluyeron filtros específicos para restringir la búsqueda a revisiones sistemáticas y ECAs.

El listado de referencias bibliográficas fue descargado en el aplicativo web gratuito Rayyan®, donde se eliminaron las publicaciones duplicadas. El número de referencias identificadas en la búsqueda de literatura, se resume mediante el diagrama de flujo PRISMA (Anexo 2).

El total de referencias identificadas en la búsqueda fue tamizado por una revisora examinando los títulos y resúmenes frente a los criterios de elegibilidad predefinidos, un segundo revisor verificó este proceso. A partir del grupo de referencias preseleccionadas se realizó la selección de estudios, para esto dos revisores (LM y AP) verificaron que cada estudio cumpliera los criterios de elegibilidad mediante la lectura de cada publicación en texto completo. En caso de duda sobre el cumplimiento de los criterios de elegibilidad, se consultó un tercer revisor para orientar la decisión (experto clínico). Dos revisoras realizaron la extracción de las estimaciones del efecto para la comparación y desenlaces críticos, a partir de lo reportado en los artículos seleccionados para la síntesis. Los hallazgos se resumieron de forma narrativa y mediante perfiles de evidencia GRADE, el riesgo de sesgos de las revisiones sistemáticas seleccionadas fue valoradas a través de la herramienta ROBIS. Para los ECAs el riesgo de sesgo fue valorado con la herramienta RoB 2. La calidad de la evidencia fue evaluada mediante perfiles GRADE a través del software GRADEpro.

Para determinar la no eficacia, menor seguridad o no efectividad de la tecnología nominada con respecto a los posibles comparadores, en conjunto con el experto clínico, se definió un umbral de significancia clínica para los desenlaces críticos con significancia estadística que expresara el resultado mínimo esperado con la intervención.

Con base en el análisis de la evidencia, su certeza y su significancia clínica, se generó la recomendación de exclusión o no para la tecnología nominada (internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas) en cada una de las indicaciones identificadas en esta revisión de la evidencia.

### 4. Resultados

A través de la búsqueda en las bases de datos identificadas, se detectaron 6760 títulos. De estos, se revisaron 6532 títulos y resúmenes, luego de eliminar duplicados. Con base en la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron 12 referencias; para los cuales se obtuvieron los artículos en texto completo, para verificación de los criterios de selección. Con base en la lectura de los artículos en texto completo, se incluyeron 9 artículos, de los cuales 2 fueron revisiones sistemáticas y 7 ECAs, y son los descritos en la presente revisión.



De los 9 artículos incluidos, dos fueron revisiones sistemáticas publicadas en 2005 y 2016 respectivamente (cada una con un ECA que respondieron la pregunta de investigación de este informe), estas cumplieron con los criterios de selección en cuanto a la calidad metodológica uno se consideró de baja calidad por presentar riesgo de sesgo alto, la segunda revisión de Nadkarni 2016 y cols tuvo un bajo riesgo de sesgo. Los 7 artículos restantes fueron ECAs, de los cuales, 5 presentaron una calidad metodológica de baja calidad por presentar riesgo alto de sesgo relacionado con inadecuado proceso de aleatorización, desviación de las intervenciones previstas, pérdidas de sujetos y selección de los resultados informados y los dos restantes con una calidad metodológica de alta calidad con riesgo de sesgo bajo.

Del total de los estudios incluidos, 5 fueron relacionados con pacientes con problemas mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol, por consumo de opioides 3 estudios y un estudio incluyó pacientes con problemas de uso de cualquier sustancias psicoactivas. Para los desenlaces alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación, alta no planificada (finalización prematura del tratamiento-desintoxicación) y reducción del consumo hubo diferencias significativas a favor de la internación, con una baja a muy baja certeza en la evidencia, para los demás desenlaces no hubo diferencias respecto a sus comparadores. El detalle de los resultados con su certeza de la evidencia se presenta en la siguiente tabla, para los desenlaces de seguridad no hubo resultados reportados.

Efectividad clínica:

<b>Población:</b> Pacientes de cualquier edad cuyo diagnóstico de codificación internacional de enfermedades (CIE-10) o Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) es de dependencia por consumo de sustancias psicoactivas, intoxicación aguda				
<b>Comparación:</b> tratamiento de internación versus alternativas de tratamientos en entornos diferentes a la internación u hospitalización				
<b>Desenlace crítico</b>	<b>Tipo estudio</b>	<b>N.º de participantes</b>	<b>Tamaño del efecto</b>	<b>Certeza</b>
Abstinencia continua durante el seguimiento (1 año) (Griffith E y cols)	1 ECA	20	Tratamiento internación/hospitalaria 10/20 (50.0%) versus 10/20 (50.0%) para tratamiento ambulatorio Tratamiento internación/hospitalaria	⊕○○○MUY BAJA
Alta no planificada (finalización prematura del tratamiento-desintoxicación) (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	6/54 (11.1%) versus 10/55 (18.2%) para tratamiento ambulatorio/hospital día Valor p=0.42	⊕⊕⊕○MODERADO
Porcentaje de recaídas/reingreso (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria 4/54 (7.4%) versus 8/55 (14.5%) para tratamiento ambulatorio/hospital día Valor p= 0.36	⊕⊕⊕○MODERADO



Abstinencia continua durante seguimiento (1 año) (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria 10/54 (18.5%) versus 12/55 (21.8%) para tratamiento ambulatorio/hospital día Valor $p=0.81$	⊕⊕⊕○MODERADO
Porcentaje de días de abstinencia (PDA) (al año de seguimiento) (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria 68.1% versus 70.0% para tratamiento ambulatorio/hospital día, Sin diferencias	⊕⊕⊕○MODERADO
Cantidad de consumo alcohol día (Drinking Day per Day) (al año de seguimiento) bebida estándar=12 gr absoluto/día (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria versus ambulatorio/hospital día $R=1.04$ , valor $p=0.36$	⊕⊕⊕○MODERADO
			Tratamiento internación/hospitalaria versus ambulatorio/hospital día con análisis de interacción con el tiempo de seguimiento: $R=0.67$ , valor $p=0.674$	⊕⊕⊕○MODERADO
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (Nadkarni A y cols)	1 ECA	44	Tratamiento internación/hospitalaria 8/22 (36.4%) versus 39/55 (70.9%) para tratamiento ambulatorio/residencial/hostel Valor $p=0.54$ (valor calculado por los revisores)	⊕○○○MUY BAJA
Abstinencia continua durante el seguimiento (Nadkarni A y cols)	1 ECA	44	Tratamiento internación/hospitalaria 3/21 (14.3%) versus 7/21 (33.3%) para tratamiento ambulatorio/residencial/hostel Valor $p=0.27$ (valor calculado por los revisores)	⊕○○○MUY BAJA
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (Day E y cols, 2005)	1 ECA	40	Desintoxicación con metadona hospitalaria/internación 7/10 (70.0%) versus Desintoxicación con metadona ambulatorio 11/30 (36.7%), Sin diferencias, no reportan valor $p$ /intervalos de confianza	⊕○○○MUY BAJA

Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (Gossop M y cols)	1 ECA	60	Desintoxicación con metadona hospitalaria/internación 25/31(80.6%) versus 5/29 (17.2%) Desintoxicación con metadona ambulatorio Valor $p < 0.001$ (a favor de la internación)	⊕○○○MUY BAJA
Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación (Gossop M y cols)	1 ECA	60	Desintoxicación con metadona hospitalaria/internación 9 (31.0%) versus 16 (55.2%) Desintoxicación con metadona ambulatorio Valor $p < 0.05$ (a favor del ambulatorio)	⊕○○○MUY BAJA
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (Day E y cols,2011)	1 ECA	68	OR 1.85 [IC 95 %: 0.70 a 4.89] REAR: 150 más por 1.000 (de 78 menos a 373 más) (a favor de la internación)	⊕⊕○○BAJA
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (reclasificando 4 pacientes ambulatorios como falla en la desintoxicación) <sup>(1)</sup> (Day E y cols,2011)	1 ECA	68	18/35 (51.4%) y 8/33 (24.2%) $p = 0.02$ hace parte de la diferencia de proporciones entre grupos  OR 3.3 (1.17 a 9.32) (OR calculado por los revisores)  RR 2.7 (1.3-5.5) (RR calculado por los revisores)	⊕⊕○○BAJA
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (ajustando por tiempo de uso de medicamento) <sup>(2)</sup> (Day E y cols,2011)	1 ECA	68	OR 13.9 (IC 95% 2.6 a 75.5) Valor $p = 0.002$ (a favor de la internación)	⊕○○○MUY BAJA
Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación (Day E y cols,2011)	1 ECA	68	Internación: 27/37 (71.1%) versus ambulatorio: 20/33 (60.6%) Valor $p = 0.14$	⊕⊕○○BAJA
Alta no planificada (Interrupción protocolo tratamiento) (Nuijten M y cols)	1 ECA	82	HR 3.5 (IC del 95% 2.0-6.2) Valor $p < 0.01$ veces mayor entre los pacientes ambulatorios que entre los hospitalizados	⊕○○○MUY BAJA

Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (Hayashida M y cols)	1 ECA	164	Internación 73/77(94.8%) versus ambulatorio 63/87(72.4) P valor=0.0001 (a favor de la internación)	⊕○○○MUY BAJA
Cantidad de alcohol consumidos en los días de bebida (Drinking Day per Day) (pacientes con alto consumo de alcohol) (Rychtarik R y cols)	1 ECA	172	RR 1,61 [IC del 95% 1,25, 2,07] veces mayor entre los pacientes ambulatorios que entre los hospitalizados (a favor de la internación)	⊕○○○MUY BAJA
Fuente: los datos que se presentan en este cuadro provienen de los 9 Artículos incluidos y del ANEXO 6 (Tablas GRADE)				

Con tan solo un desenlace “Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación” se llevó a cabo la determinación de umbral terapéutico, pero a pesar de su diferencia significativa respecto al comparador, esta diferencia no fue clínicamente relevante, por lo que se consideró que esta tecnología no es superior a sus comparadores.

#### 5. Alertas de seguridad (Vigilancia post-comercialización)

No aplica

#### 6. Análisis de la evidencia enviada por el nominador y análisis de objeciones

El nominador no envió evidencia para su análisis

Se presentaron 3 objeciones que correspondieron a 2 personas naturales y 1 de la asociación colombiana de psiquiatría, no anexaron documentación o evidencias técnico científicas, la respuesta a cada objeción se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos en la revisión sistemática.

#### 7. Recomendación(es) de política

Respondiendo al criterio de nominación C: Se recomienda no excluir de la financiación con recursos públicos de la salud, la internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda.

#### 8. Consideraciones a tener en cuenta para el análisis de la recomendación

De acuerdo a la evidencia encontrada en esta RSL los estudios que compararon los beneficios en los entornos de internación y ambulatorio para consumo de sustancias psicoactivas para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda, tienen una variedad de limitaciones metodológicas, incluida la heterogeneidad de poblaciones individuales, altas tasas de abandono, imprecisión en los resultados, entre otros. Adicionalmente, los objetivos de tratamiento, las características de los programas de tratamiento en cada entorno y las medidas de resultado, varían entre ellos. A pesar de estos hallazgos, la evidencia disponible indica que el tratamiento en el entorno hospitalario (internación) no es inferior al tratamiento ofrecido en el entorno ambulatorio.

Por otra parte, es necesario resaltar que todavía la investigación en este tema es incipiente y que se requieren de ECAs que comparen la terapia de internación con alternativas de tratamientos en entornos diferentes a la internación u hospitalización para manejo de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento

debidos al uso de sustancias psicoactivas tales como sedantes/hipnóticos, cannabinoides, alucinógenos y otros estimulantes, de los cuales no se dispone evidencia científica. Disponer de este tipo de información es fundamental para la toma de decisiones, y responder así a las necesidades de nuestra población, priorizando las acciones y los recursos disponibles.

A pesar que la evidencia disponible fue restringida a alcohol y opioides, el grupo desarrollador (GD) no se limitó solo a ellas debido a que en Colombia existe un marco normativo y de política pública nacional que favorece a la población en estudio y enfatiza en la obligación del Estado para realizar acciones de prevención, atención y rehabilitación con un enfoque de atención integral en salud pública en pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Además, de acuerdo a los expertos del tema cualquier tipo de sustancia psicoactiva involucrada en el trastorno puede requerir la internación.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que existen consensos de expertos tal como la Asociación Americana de Medicina Adictiva (ASAM), las guías de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas de la American Psychiatric Association (APA), la UNODC y la guía nacional de atención integral en farmacodependencia, actualizada en el año 2004, que recomiendan la internación, evaluando los siguientes criterios: tipo de sustancia, cuadro clínico de la enfermedad (intoxicación/abstinencia), condiciones biomédicas y sus complicaciones, condiciones emocionales, cognitivas, del comportamiento, y sus complicaciones, disposición para el cambio, problemas potenciales del uso continuado de las sustancias y recaídas, y el ambiente de recuperación (red de apoyo social y familiar). Es decir, con un enfoque de evaluación del riesgo que permita acciones de prevención, atención y rehabilitación según las características socioeconómicas del paciente con trastornos por uso de sustancias psicoactivas.

## Informe técnico- científico

### Estudio técnico de internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda en el marco del procedimiento técnico científico y participativo de exclusiones

#### 1. Alcance

##### 1.1. Identificación de la nominación

Esta información ha sido tomada de la nominación presentada en el portal mi vox populi

**Nombre de la tecnología y numero de la tecnología:** El procedimiento nominado es "internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas Reporte No 1269

**Nominador:**

Laura Milena Cardona Marín(1). Persona Natural; Personal de la salud.

**Nombre la enfermedad o condición de salud que motiva la nominación de exclusión de la tecnología:**

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda (F190)

**Criterio de nominación:**

Criterio C: No existe evidencia científica sobre su efectividad clínica.

*"Dado que los lineamientos del Ministerio de salud y protección social apuntan a una rehabilitación basada en comunidad".*

**Información adicional u observaciones**

Ninguna

#### 1.1.1. Identificación y descripción de la tecnología nominada con sus características e indicación

**Tecnología:** internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas

**Tipo de tecnología:** servicio

#### Descripción de la tecnología nominada

El procedimiento nominado es "internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas" (1).

En la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) la nominación se encuentra relacionada con los siguientes códigos(2):

- 126M01 internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad mediana habitación unipersonal
- 126M02 internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad mediana habitación bipersonal
- 126M03 internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad mediana habitación tres camas
- 126M04 internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad mediana habitación cuatro o más camas
- 126A01 internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad alta habitación unipersonal
- 126A02 internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad alta habitación bipersonal
- 126A03 internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad alta habitación tres camas
- 126A04 internación en unidad de salud mental (incluye consumo de sustancias psicoactivas) complejidad alta habitación cuatro o más camas

Según la ley de salud mental 1616/2003, la unidad de salud mental es una de las modalidades y servicios que hace parte de la atención integral e integrada a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (3). La función de las unidades de salud mental, que se encuentran en clínicas y hospitales generales, es el manejo de los casos agudos fundamentalmente (internamientos de 2-3 semanas, máximo), en casos de manejo y seguimiento ambulatorio para mediana y baja complejidad; o en casos con comorbilidad orgánica o diagnóstico dual (enfermedad mental y trastorno adictivo) para alta complejidad (4).

En la resolución 3100/2019, se definen los servicios habilitables en salud, las condiciones de habilitación, los pasos para la habilitación y la verificación del mantenimiento de las condiciones de habilitación. Esta resolución contempla, en el grupo de internación, el servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas, cuyo servicio es el que ofrece atención hospitalaria a pacientes con alteraciones en salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas, con una estancia mayor a 24 horas (5).

De acuerdo con la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiación con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), incluidos en la resolución 3512 de 2019(6), define que la atención con internación es aquella modalidad intramural de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso, se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospitalización parcial.

Por otro lado, esta resolución señala específicamente en el capítulo VI, las atenciones en salud mental, entre las que se encuentra la atención con internación en salud mental para población general y grupos específicos. Adicionalmente, la Ruta Integral de Atención en

Salud de Grupos de Riesgo (RIAS) para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones que incorpora acciones sectoriales e intersectoriales; para la realización de intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación(7).

### **Descripción de la indicación de la tecnología nominada**

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda, (CIE-10: F190).

### **Definición**

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas en el CIE-10 hace referencia a un conjunto de alteraciones psicopatológicas que engloba dos grandes grupos. El primero incluye trastornos causados por el consumo perjudicial iniciados con la intoxicación y sus diferentes manifestaciones, y que de modo progresivo conducen en el síndrome de dependencia o adicción que se manifiestan de forma específica para cada tipo de sustancia psicoactiva en lo relacionado a los cuadros clínicos (intoxicación aguda, crónica y el síndrome de abstinencia). En el segundo grupo se incluyen alteraciones mentales orgánicas inducidos por tales sustancias (8).

### **CIE -10 incluye:**

- F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- F11: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides
- F12: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
- F13: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
- F14: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína
- F15: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes
- F16: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
- F17: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco
- F18: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
- F190: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas

La categoría F190: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas, se usa cuando se sabe que dos o más sustancias psicoactivas están involucradas, pero es imposible evaluar qué sustancia contribuye más a los trastornos(9). También debe usarse cuando la identidad exacta de



algunas o incluso todas las sustancias psicoactivas que se usan es incierta o desconocida, ya que muchos usuarios de drogas múltiples a menudo no conocen los detalles de lo que están tomando (9).

### **Intoxicación aguda**

La intoxicación aguda se define como una condición transitoria después del consumo de alcohol u otro psicoactivo, resultando en alteraciones en el nivel de conciencia, cognición, percepción, afecto o comportamiento, u otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Este debe ser un diagnóstico principal solo en los casos en que la intoxicación ocurre sin más problemas persistentes relacionados con el alcohol o las drogas que están presentes concomitantemente. Dónde existen tales problemas, se debe dar prioridad a los diagnósticos de uso nocivo (F1x.1), síndrome de dependencia (F1x.2) o trastorno psicótico (F1x.5) (10).

### **Pautas de diagnóstico**

La intoxicación aguda suele estar estrechamente relacionada con los niveles de dosis de sustancia psicoactiva. Pueden ocurrir excepciones a esto en individuos con ciertas enfermedades (por ejemplo, insuficiencia renal o hepática) en las que pequeñas dosis de una sustancia puede producir un efecto intoxicante desproporcionadamente grave (10).

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio y tiende a disminuir con el tiempo. Los efectos eventualmente desaparecen en ausencia de uso posterior de la sustancia. Por tanto, la recuperación es completa, excepto cuando el tejido ha tenido daño u otra complicación (10).

Los síntomas de intoxicación no siempre reflejan las acciones primarias de la sustancia: por ejemplo, los medicamentos depresores pueden provocar síntomas de agitación o hiperactividad, y las drogas estimulantes pueden conducir a un comportamiento socialmente retraído e introvertido. Efectos de sustancias como el cannabis y los alucinógenos pueden ser particularmente impredecibles. Además, muchas sustancias psicoactivas son capaces de producir diferentes tipos de efecto a diferentes niveles. Por ejemplo, el alcohol puede tener efectos aparentemente estimulantes sobre el comportamiento a niveles de dosis más bajos, dan lugar a agitación y agresión al aumentar niveles de dosis y producen una sedación clara a niveles muy altos(10).

### **Epidemiología**

Según el Informe Mundial de Drogas 2019 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), a nivel mundial aproximadamente 35 millones de personas que padecen trastornos por consumo de drogas y necesitan tratamiento. De acuerdo con las estimaciones para el año 2017 el 5.5% de la población mundial en la franja de 15 a 64 años había consumido drogas en el año anterior.

La prevalencia del consumo de opioides ha aumentado a 53,4 millones de personas en todo el mundo. Además, los trastornos por consumo de opioides son los responsables de la mayoría de las muertes y discapacidades atribuidas al consumo de drogas. El cannabis es la droga más ampliamente usada, y se estima que 188 millones de personas consumieron cannabis en el año anterior(11).

En Colombia, según los estudios realizados por el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) la prevalencia de uso de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en el rango de edad de 15 a 64 para el año 2008 fue de 8,8%, y para el año 2013 incrementó para 12,2%. También aumentó el reporte de uso en el último año 2019 (de 2.6% a 3.6% más). En la tabla 1, se presentan las prevalencias de consumo por tipos de sustancias(12,13).

**Tabla 1. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, años 2008 y 2019**

Sustancias	2008			2013			2019		
	Vida	Año	Mes	Vida	Año	Mes	Vida	Año	Mes
Tabaco /cigarrillo	44,49	21,46	17,06	42,07	16,21	12,95	33,3	12,1	9,8
Alcohol	86,08	61,18	34,77	87,07	58,78	35,77	84,0	54,5	30,1
Tranquilizantes sin prescripción	1,72	0,52	0,22	1,82	0,53	0,26	1,8	--	--
Estimulantes sin prescripción	0,23	0,06	0,02	0,21	0,04	0,01	--	--	--
Marihuana	7,99	2,27	1,6	11,48	3,27	2,18	8,30	2,68	1,78
Cocaína	2,48	0,72	0,43	3,23	0,7	0,4	2,07	0,57	0,31
Basuco	1,09	0,17	0,1	1,18	0,21	0,17	0,54	0,10	0,07
Éxtasis	0,91	0,28	0,11	0,71	0,19	0,02	0,69	0,16	0,06
Inhalables	0,76	0,22	0,09	0,74	0,17	0,06	1,63	0,46	0,12
Dick	--	--	--	0,48	0,12	0,02	--	--	--
Heroína	0,51	0,02	0,02	0,14	0,03	0,02	0,09	0,02	0,01
Popper	--	--	--	1,21	--	--	--	--	--
Metanfetaminas	--	--	--	0,09	--	--	--	--	--
Metadona	--	--	--	0,06	--	--	--	--	--
Analgésicos opioides sin prescripción	--	--	--	1,07	--	--	--	--	--
Ketamina	--	--	--	0,18	--	--	--	--	--
GHB	--	--	--	0,22	--	--	--	--	--
2CB	--	--	--	0,03	--	--	--	--	--
Hongos, Yagé o caco sabanero	--	--	--	0,82	--	--	--	--	--
LSD	0,07	--	--	0,73	--	--	--	--	--
Cualquier sustancia	9,13	2,74	1,83	13,8	3,6	2,33	--	--	--

Fuente: tomado y ajustado del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 y 2019 (12–14)

Según la encuesta de Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA) del año 2019 realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE; el consumo de alcohol fue del 84,0%, de tabaco de 33,3%, medicamentos tranquilizantes como Rivotril, Xanax, Valium, Diazepam en un 1.8%, marihuana 8,3%, Cocaína 2,1% y 1,6% sustancias inhalables(14)

Esta encuesta además mostró que el consumo de tabaco (cigarrillos, cigarros, pipas, puros u otros), en Cundinamarca, Bogotá y Boyacá registran las prevalencias más altas para las personas entre 12 y 65 años que informaron haber consumido tabaco alguna vez en su vida, con 45,3%, 42,9% y 42,3% respectivamente. Por su parte, en las prevalencias de año y mes, es decir, las personas seleccionadas que informaron haber consumido tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días, Vaupés y Manizales presentaron las prevalencias más altas con 19,3% y 17,4% respectivamente para últimos 12 meses y 16,9% y 14,7% para los últimos 30 días. En el total nacional, la prevalencia de vida fue 33,3%, mientras que la de los últimos 12 meses (año) fue 12,1% y últimos 30 días (mes) 9,8%(14).

## Tratamiento

El tratamiento es el conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a la disminución de la morbilidad, la recuperación de la salud y la minimización de las posibles secuelas. El tratamiento lo constituyen *“todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad, que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo”*(Decreto 1938 de Agosto 5 de 1994)(15).

Específicamente en el tema de las adicciones, el tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el comité de expertos de la OMS, el término “tratamiento” se aplica al *“proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”* (15).

El tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas va más allá de la provisión de un remedio médico a una alteración fisiológica. La(s) sustancia(s) psicoactiva(s) que suscita(n) el abuso y la adicción es (son) sólo uno de los múltiples problemas que requieren atención, pues la dependencia es un fenómeno complejo y multicausal y por tanto los tratamientos no sólo deben ocuparse de las razones del problema del consumo, sino de las complicaciones médicas derivadas de la interacción entre diversas sustancias y por tanto

debe propender por ofrecer la terapia más adecuada al individuo, de acuerdo a sus circunstancias, fortalezas y debilidades (15).

Los tratamientos suelen ser variados, aunque lo usual es que se determinen por metas y modalidades; las metas pueden ser de corto, mediano y largo plazo y pueden clasificarse en: metas sobre el consumo de sustancias psicoactivas, metas sobre el funcionamiento social y metas sobre la productividad; los éxitos parciales en cada área pueden llevar a un efecto acumulativo con buenos resultados(15).

La configuración del tratamiento varía con respecto a la disponibilidad de sus modalidades específicas y según la particularidad y necesidad de cada paciente. El tratamiento integral generalmente incluye el enfoque farmacológico y el psicoterapéutico y se ofrece según la fase de la enfermedad en la que se encuentre y los tipos de sustancia que consuma(16).

El tratamiento farmacológico se recomienda para:

- Desintoxicación y síndrome de abstinencia
- Tratamiento de trastornos psiquiátricos asociados al consumo de sustancias, trastorno concurrente y trastornos médicos generales
- Tratamiento para la sustitución con agonistas

Las psicoterapias recomendadas son:

- Terapias conductuales
- Terapias interpersonales
- Terapias grupales
- Terapias familiares

### **Componentes del tratamiento**

a) Intervención temprana. Comprende un conjunto de servicios destinados a brindar atención oportuna a aquellas personas de alto riesgo en desarrollar un problema por consumo de sustancias psicoactivas. En este grupo se incluye también la atención de aquellos consumidores que presentan un nivel de afectación que puede ser catalogado como abuso o uso nocivo, es decir, aquellos en quienes con la información disponible no es posible aún sustentar un diagnóstico de dependencia (17,18).

Las acciones que aquí se realizan se relacionan con la evaluación, el diagnóstico y la intervención breve, para la orientación de los casos de consumo, la determinación de la necesidad de recibir tratamiento, así como la intensidad que debe tener el mismo (18).

La duración de la intervención temprana es variable y depende de la capacidad de entender la información proporcionada y de traducirla en cambios del estilo de vida, así como de la aparición de nuevos problemas que plantean otras necesidades de intervención. Por lo general está restringida a un número limitado de sesiones (1-4 sesiones de orientación),

aunque es necesaria más investigación en este aspecto para definir adecuadamente los protocolos de intervención(18).

b) Manejo de la Intoxicación. Conjunto de medidas terapéuticas destinadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto que ha sido alterado como consecuencia del consumo reciente de sustancias psicoactivas. Estas intervenciones pueden incluir la compensación de dichas alteraciones mediante el uso de antagonistas de las sustancias psicoactivas, la facilitación de los procesos de metabolismo y excreción, así como la provisión de un ambiente calmado y seguro para la recuperación del paciente intoxicado(18).

c) Manejo del síndrome de abstinencia. Conjunto de medidas terapéuticas destinadas a corregir o compensar las alteraciones del funcionamiento normal y el malestar del sujeto, que aparecen como consecuencia de la reciente reducción significativa o de la supresión absoluta del consumo de una sustancias psicoactiva, cuyo uso viene siendo generalmente intenso y en grandes dosis (18).

d) Intervenciones farmacológicas. Los medicamentos en el tratamiento de la dependencia constituyen un importante elemento, ya que su uso permite manejar tanto las situaciones de urgencia como muchas de las complicaciones. Incluso en el manejo a largo plazo, uno de cuyos objetivos es evitar las recaídas, se recurre en algunos casos a los medicamentos(18).

e) Tratamiento de la dependencia y del consumo. Incluye todas aquellas acciones de tratamiento orientadas a restablecer el funcionamiento normal del sujeto dependiente o con patrón abusivo/nocivo de sustancias psicoactivas (18). Pueden ser llevadas a cabo en encuadres más o menos intensivos dependiendo de sus necesidades particulares. Incluye el tratamiento ambulatorio de diferente intensidad, desde la intervención temprana breve orientadora, la atención por consulta externa ambulatoria o en hospital día, así como también las intervenciones de tipo residencial, hospitalaria y de reinserción social y comunitaria(18).

f) Manejo de la comorbilidad (diagnóstico dual y complicaciones). Se refiere a las acciones de tratamiento destinadas a atender aquellos pacientes que presentan conjuntamente un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y otro trastorno de salud, especialmente de salud mental y que pueden ser realizadas en establecimientos especializados en este tipo de pacientes o que han sido habilitados para tal fin, es decir que cuentan con profesionales con entrenamiento específico para el diagnóstico y manejo de estos casos, capacidad para realizar acciones psicoeducativas y vínculos formales con otros servicios externos que pudieran ser requeridos(18).

El tratamiento y cuidado de problemas infecciosos asociados como el VIH-SIDA, tuberculosis, abscesos, neumonías, entre otros, necesita ser brindado en combinación con profesionales de la salud competentes. Pero estos problemas requieren ser detectados e identificados adecuadamente en las puertas de entrada al tratamiento por profesionales debidamente entrenados. Los programas de tratamiento para problemas de consumo de

sustancias psicoactivas son lugares críticos en cuanto a la detección oportuna y el control de estos problemas, ya que con frecuencia afectan a la población usuaria de sustancias y pueden extenderse a la población general(18).

g) Reinserción social. Se refiere al conjunto de intervenciones orientadas a garantizar la plena restitución del funcionamiento familiar, académico y social de las personas afectadas por la dependencia o el consumo de sustancias psicoactivas. El área de reinserción social implica la inclusión de varios componentes(18):

- Familia
- Apoyo vocacional / Laboral. Entrenamiento en la consecución de empleo.
- Asesoramiento educativo.
- Alojamiento o Vivienda.

### **Proceso terapéutico**

Son las actividades que se realizan en un ámbito definido, programa o establecimiento, correspondiente a un nivel de atención como parte del tratamiento que están dirigidas a satisfacer las necesidades detectadas en el paciente y que conducen a un resultado específico. Los componentes del proceso corresponden a todas aquellas actividades orientadas al tratamiento de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con las necesidades identificadas y cuya ejecución se define en un ámbito determinado, programa o establecimiento (componente estructural), dentro del “continuum” de la atención. Estos componentes por lo general consisten en combinaciones de dos tipos de intervenciones(10):

#### **A) intervenciones farmacológicas**

Están bajo el control y responsabilidad del equipo médico. Se orientan a mejorar la salud de los usuarios mediante la utilización de fármacos para los problemas agudos o crónicos relacionados con el consumo de sustancias. Entre sus objetivos destacan(10):

- Tratar la intoxicación aguda o el síndrome de abstinencia.
- Reducir los efectos reforzadores o placenteros de las sustancias de abuso.
- Inducir efectos desagradables con el uso de las sustancias psicoactivas (efecto aversivo).
- Sustituir la sustancia de abuso por otra de efecto agonístico, con menor potencial adictivo y una vida media prolongada.
- Tratar las complicaciones y otros problemas concomitantes.

#### **B) intervenciones psicosociales**

Comprenden una serie de intervenciones de distinta índole coordinadas por un equipo multidisciplinario, dirigidas a abordar las diferentes áreas comprometidas del sujeto en relación con su trastorno adictivo. Entre las intervenciones de este tipo que han sido



reportadas como efectivas tenemos las terapias cognitivo-conductual, comportamental, humanísticas, interpersonales, intervenciones psicoterapéuticas individual, grupal y familiar, así como los grupos de autoayuda o ayuda mutua, entre otras opciones. Se incluyen aquí también acciones de reinserción social(18).

Con las intervenciones psicoterapéuticas lo que se busca es conseguir que el usuario realice un esfuerzo para la autoexploración de su situación dentro de un clima de soporte, carente de prejuicios y juicios de valor acerca de su problema, con el fin último de crear un espacio para la introspección que le permita reconocer y aceptar su problemática y encontrar soluciones. Entre los principios generales de la terapia psicosocial en el tratamiento de las adicciones se señalan(18):

- Establecer un clima de confianza y de diálogo.
- Conducir al drogodependiente a reconocer y aceptar su problemática.
- Conseguir gradualmente que el drogodependiente transfiera el control de sus actos, a su fuero interno, pues en la mayoría de los casos el control de sus conductas lo ha puesto en figuras y circunstancias externas.
- Ayudarle a parar el consumo.
- Dotarle de herramientas para el mantenimiento de su abstinencia.
- Prevenir y evitar las recaídas.
- Cuando se ha logrado parar el consumo, las terapias se pueden ir centrando en las necesidades individuales específicas del drogodependiente.

Las terapias de grupo constituyen una modalidad de intervención en la que un conjunto de personas se reúne alrededor de un objetivo terapéutico. En ella las intervenciones e interpretaciones del terapeuta son para el grupo y no individuales, así se esté resolviendo un problema individual. Buscan como metas: la restauración del equilibrio emocional, el manejo de aspectos vitales relacionados con las experiencias vividas de los participantes en el grupo relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, el sexo, el trabajo, la escuela, las relaciones familiares, de pareja, interpersonales, etc.; igualmente, el automonitoreo, estrategia mediante la cual el grupo desarrolla habilidades para mantener la abstinencia del grupo y evitar las recaídas; el desarrollo de tareas para resolver problemas mediante la cual el grupo da herramientas para el manejo del dinero, utilización del tiempo libre, reinserción sociolaboral, cambios en el estilo de vida, etc., y la educación, mediante la cual se proporciona formación acerca de todo lo relacionado con las sustancias psicoactivas y la enfermedad adictiva(18).

Con las intervenciones familiares se busca involucrar a la familia en la solución del problema del drogodependiente a través de la identificación de dinámicas de relación disfuncional entre sus miembros, el desarrollo de formas de expresión y comunicación más eficaces y el generar un compromiso familiar en un proyecto común de ayuda al miembro consumidor/abusador de sustancias psicoactivas.

Igualmente, la terapia de familia ayuda a amortiguar el impacto y el sufrimiento derivados de los sentimientos de culpa y fracaso de la familia frente a uno o varios de sus miembros,



favoreciendo la aceptación de necesidades y de los límites, contribuyendo a que la familia también adquiera una visión más realista del problema y su carácter de cronicidad (18).

Entre las fases o etapas de la terapia familiar de utilidad en el tratamiento de los consumidores/abusadores de sustancias psicoactivas se destacan: la etapa de orientación y contacto, la cual tiene como propósito la comprensión del problema por parte de las familias y las alternativas que existen para enfrentarlo, así como brindar la esperanza de que es posible la recuperación de su miembro afectado; la etapa educativa que busca capacitar a la familia en diferentes aspectos de la enfermedad adictiva, los factores que interactúan, el proceso terapéutico, con el fin de conseguir su comprensión de la problemática y su apoyo. Igualmente busca reestructurar la actitud frente al problema y dotarle de herramientas para la solución de los problemas conexos al consumo. La etapa de evaluación familiar que se realiza individualmente e incluye a toda la familia del drogodependiente, buscando reconocer la estructura y las formas disfuncionales que deberán tratarse y la intervención familiar propiamente dicha con la cual se busca modificar las relaciones disfuncionales y estructuras patológicas(18).

### **Entornos del tratamiento**

Los entornos de tratamiento comúnmente disponibles incluyen hospitales, centros de tratamiento residencial, y programas ambulatorios (hospital día). Un solo entorno de tratamiento tal vez no pueda prestar todos los servicios a todos los subgrupos de usuarios de sustancias psicoactivas. Decisiones sobre el sitio de atención debe basarse en la capacidad del paciente para cooperar y beneficiarse del tratamiento ofrecido, abstenerse del uso de sustancias psicoactivas y evitar comportamientos de alto riesgo (19).

Según la resolución 089 del 16 de enero de 2019, en el entorno institucional se generan capacidades sobre los impactos del consumo de sustancias psicoactivas orientadas a disminuir el estigma y autoestigma de personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas y el desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada para consumidores no problemáticos. orientadas a la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas en entornos penitenciarios y carcelarios(17).

Esta resolución menciona la atención integral como un eje está orientado a la evaluación de necesidades, riesgos para la salud y voluntariedad de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en instituciones prestadoras de salud y otros entornos, estableciendo un plan de cuidado desde la reducción de daños asociados al consumo, hasta el tratamiento integral. Considera el abordaje integral e integrado de las necesidades de las personas consumidoras y sus familias con la participación de diferentes disciplinas, con el fin de considerar aspectos biológicos, psicológicos, sociales, legales y ocupacionales. Adicionalmente, considera recursos en red mediante alternativas terapéuticas costo efectivas, integrando la atención primaria en salud en complementariedad a los servicios especializados(17,18).

La integración efectiva de la atención en salud y los servicios sociales mejoran la calidad de vida, acceso y adherencia al tratamiento de las personas con problemas y trastornos mentales, con infección por el VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, cáncer, cirrosis y afectaciones por las violencias(17,18).

La atención integral incluye respuestas prácticas orientadas al cuidado y bienestar de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas que no desean tratamiento, y adaptadas a la realidad local para la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas plantea una evaluación multidimensional y multidisciplinaria del estado de salud de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas y sus familias, el establecimiento de un plan de tratamiento y el seguimiento voluntario que responda a sus necesidades. El objetivo principal es gestionar los resultados en salud de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, promoviendo la oportunidad continuidad, acceso y calidad en servicios de tratamiento, y la integralidad de la atención en salud(17,18).

### **Manejo de la Intoxicación aguda y del síndrome de abstinencia.**

El tratamiento de las alteraciones resultantes de la intoxicación aguda, del síndrome de abstinencia y del consumo compulsivo en pacientes dependientes de las sustancias psicoactivas, comprende un grupo de intervenciones que se llevan a efecto en servicios de diferentes grados de intensidad y de complejidad tecnológica(18).

El manejo de estos cuadros agudos es considerado un momento clave en el proceso de tratamiento por la amenaza potencial que significan para la vida de las personas afectadas y para el futuro desarrollo del tratamiento. Por ello se requiere de intervenciones de gran intensidad que satisfagan exitosamente las demandas clínicas del paciente al momento y que además consigan comprometerlo con el tratamiento a mediano y largo plazo, lo cual se hace prácticamente imposible en condiciones de consumo compulsivo y cuando hay frecuentes ciclos repetidos de intoxicación/abstinencia(18).

Es posible definir varios subniveles de intensidad en la desintoxicación y el tratamiento del síndrome de abstinencia(18):

- **Desintoxicación Ambulatoria.**  
Está dirigida a pacientes que presentan cuadros leves de intoxicación o de síntomas de abstinencia, cuya intensidad no implica riesgo alguno o tiene un mínimo riesgo de complicaciones y que puede ser manejado siguiendo las pautas de protocolos establecidos por profesionales entrenados bajo supervisión médica en un esquema de consultas periódicas. La duración de la atención en la desintoxicación ambulatoria está limitada a una o varias horas cada día y se lleva a cabo en consultorios, en servicios especializados en el tratamiento de dependencias de sustancias psicoactivas, así como en la residencia del paciente.
- **Desintoxicación Residencial**

Con supervisión médica. Es el caso de pacientes que presentan cuadros moderados de intoxicación o de síndrome de abstinencia cuyas complicaciones potenciales pudieran ser atendidas por un equipo terapéutico adecuadamente entrenado, siguiendo protocolos específicos de intervención de manera continua durante 24 horas. Requiere de supervisión médica pero no, de recursos hospitalarios. A esta modalidad corresponden alternativas que pueden ubicarse en servicios residenciales no hospitalarios, comunidades terapéuticas, entre otros establecimientos(18).

Con manejo médico directo. En esta modalidad se brinda atención a pacientes que presentan cuadros de intoxicación o de abstinencia de moderada a grave intensidad, con gran riesgo de complicaciones que deben ser atendidas por un equipo de profesionales de la salud, médicos y de enfermería, con entrenamiento adecuado. La atención es continua durante 24 horas, siguiendo protocolos específicos de intervención y requiriendo de algunos recursos hospitalarios. Este tipo de intervención corresponde a residencias o clínicas con personal médico y de enfermería “in situ” durante las 24 horas(18).

- Hospitalaria con manejo médico intensivo. Para atender pacientes que presentan cuadros de intoxicación o de abstinencia de grave intensidad con alto riesgo de complicaciones, se requiere un equipo de profesionales de salud, médicos y de enfermería, con el debido entrenamiento que asistan al paciente de manera continua durante las 24 horas, siguiendo las pautas establecidas en protocolos específicos de intervención, con el apoyo de todos los recursos hospitalarios, incluyendo la atención médica intensiva. Este tipo de atención se presta en servicios hospitalarios con personal médico y de enfermería “in situ” durante las 24 horas, con disponibilidad de recursos para la atención intensiva de emergencia(18).
- Hospitalización Parcial (Clínica Día /Hospital Día). Tratamiento sistemático orientado por profesionales acreditados, dirigido a consumidores o dependientes de sustancias psicoactivas que pueden beneficiarse en un encuadre de intensidad intermedia que apunte también hacia la oferta de un ambiente estructurado dentro de un plan de tratamiento ambulatorio de objetivos definidos. Incluye cuidados de tipo profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, las cuales son programadas para ser cubiertas en períodos de permanencia de horas en el establecimiento durante todo el día, mañanas o tardes, fines de semana, dentro de una agenda de intensidad intermedia, con frecuencia diaria o de varias veces a la semana (tres o más) (18).

### **1.1.2. Criterio o criterios de exclusión por los cuales fue nominada la tecnología**

Criterio C: Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica

**Definición operativa:** es aquella tecnología que no cuente con evidencia científica sobre su efectividad clínica o que los resultados de los estudios comparativos evidencien que su efectividad clínica es inferior frente a las alternativas disponibles(20).

## 1.2. Metodología para el análisis del criterio de nominación

### 1.2.1. Pregunta de política en salud

¿En Colombia, con base en la evidencia científica disponible sobre la efectividad clínica, el procedimiento de internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para el manejo de pacientes con Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda (F190) debería ser excluido de la financiación con recursos públicos asignados a la salud?

### 1.2.2. Pregunta de investigación

<b>Población</b>	<p>Pacientes de cualquier edad cuyo diagnóstico de codificación internacional de enfermedades (CIE-10) o Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) es de dependencia por consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p><b>CIE-10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol</li> <li>• F11: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides</li> <li>• F12: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides</li> <li>• F13: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos</li> <li>• F14: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína</li> <li>• F15: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes</li> <li>• F16: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos</li> <li>• F17: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco</li> <li>• F18: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles</li> <li>• F190: Trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas</li> </ul> <p>Criterios del <b>DSM-IV</b> y <b>DSM-5</b> para el trastorno por consumo de sustancias (Tabla 2)</p>
<b>Intervención</b>	Internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas.

	<p>Internación en unidad de salud mental: es la atención que se presta a pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso sustancias psicoactivas, que tiene como principales objetivos, la desintoxicación y la deshabitación(21), el primero se caracteriza por un conjunto de intervenciones destinadas a controlar la intoxicación aguda y la abstinencia, que consta de tres componentes secuenciales y esenciales: evaluación, estabilización y fomentar la preparación del paciente y la entrada al tratamiento(22); el segundo, es el proceso de normalización de hábitos y actitudes alterados para mejorar la calidad de vida del paciente y su integración en el entorno social.</p>
<b>Comparador(es)</b>	<p>Entornos diferentes a la internación hospitalaria que usan enfoques conductuales, farmacológicos o sus combinaciones (16):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entorno residencial: son establecimientos que ofrecen una variedad de métodos terapéuticos con una atención las 24 horas, en entornos no hospitalarios, que incluye alojamiento protegido y atención médica. Estos programas se caracterizan por estar basados en el tratamiento comunitario como agente terapéutico. Existen varios modelos de tratamiento residencial, dentro de los cuales están: a) comunidades terapéuticas (largo plazo): brindan una atención supremamente estructurada, los pacientes generalmente permanecen en una residencia por un período de seis a doce meses; b) tratamiento residencial a corto plazo: esencialmente brinda atención en la desintoxicación y orientación intensiva inicial y preparación para el tratamiento en un entorno comunitario</li> <li>- Entorno ambulatorio: se ofrece en consulta externa u hospital día, es indicado para pacientes que pueden ser manejados en este ámbito, los tratamientos brindados en este ámbito pueden ser de alta intensidad o baja intensidad según la severidad del trastorno y es más adecuado para personas laboralmente activas y que tienen redes sociales de apoyo.</li> </ul> <p>CUPS relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>820P01 internación parcial en institución no hospitalaria</b></li> <li>• <b>124P01 internación parcial en institución hospitalaria</b></li> <li>• <b>9431 psicoterapia individual</b></li> <li>• 943101 psicoterapia individual por psiquiatría</li> <li>• 943102 psicoterapia individual por psicología</li> <li>• <b>9441 psicoterapia familiar</b></li> <li>• 944101 psicoterapia familiar por psiquiatría</li> <li>• 944102 psicoterapia familiar por psicología</li> <li>• <b>9442 psicoterapia de grupo</b></li> <li>• 944201 psicoterapia de grupo por psiquiatría</li> <li>• 944202 psicoterapia de grupo por psicología</li> <li>• <b>9414 intervenciones de salud mental en la comunidad</b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>941400 evaluación de salud mental por equipo interdisciplinario SOD</li> <li>944901 intervención en salud mental comunitaria, por medicina general</li> <li>944902 intervención en salud mental comunitaria, por psiquiatría</li> <li>944903 intervención en salud mental comunitaria, por enfermería</li> <li>944904 intervención en salud mental comunitaria, por psicología</li> <li>944905 intervención en salud mental comunitaria, por trabajo social</li> <li>944906 intervención en salud mental comunitaria, por terapia ocupacional.</li> <li>944910 intervención en salud mental comunitaria, por otro profesional de la salud</li> <li>944915 intervención en salud mental comunitaria, por equipo interdisciplinario</li> </ul>
<b>Desenlaces</b>	<p><b>Primarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta planificada (al terminar el tratamiento)</li> <li>- Alta no planificada (abandono o suspensión del tratamiento)</li> <li>- Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación (adherencia)</li> <li>- Pérdida en el seguimiento</li> <li>- Recaída o reingreso</li> <li>- Reducción del consumo</li> </ul> <p><b>Secundarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamiento social</li> <li>- Calidad de vida</li> <li>- Costos</li> </ul> <p><b>Seguridad:</b> Se determinará mediante los siguientes desenlaces, según la evidencia disponible</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suicidio</li> <li>- Muerte</li> </ul>

**Tabla 2. Criterios del DSM-IV y DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.**

Criterio	DSM-IV consumo de Abuso ( $\geq 1$ criterio) <sup>a</sup>	DSM-IV Dependencia ( $\geq 3$ criterio) <sup>b</sup>	DSM-V Trastorno por consumo sustancias ( $\geq 2$ criterios) <sup>c</sup>
Uso peligroso	X		X
Problemas sociales/interpersonales relacionados con el consumo	X		X
Incumplimiento de los principales roles por su consumo	X		X
Problemas legales	X		
Síndrome de abstinencia <sup>d</sup>		X	X

Tolerancia		X	X
Usa mayor cantidad/más tiempo		X	X
Intentos repetidos de dejarlo/controlar el consumo		X	X
Mucho más tiempo del que pensaba		X	X
Problemas físicos/psicológicos relacionados con el consumo		X	X
Deja de hacer otras actividades debido al consumo		X	X
Craving			X

a Uno o más criterios de abuso dentro de un periodo de 12 meses y sin diagnóstico de dependencia. Aplicable a todas las sustancias excepto a la nicotina

b Tres o más criterios de dependencia dentro de un periodo de 12 meses

c. Dos o más criterios del trastorno por consumo de sustancias en un periodo de 12 meses.

d El síndrome de abstinencia no está incluido para el cannabis, inhalantes y trastornos alucinógenos del DSMIV. El síndrome de abstinencia del cannabis se ha añadido en el DSM-5.

Fuente: Hasin y cols., 2013(23)

### Selección de comparadores

Se incluyeron como comparadores encontrados en la literatura que cumplieron los criterios de selección, y que estuviesen relacionados con los descritos en los servicios habilitables según la resolución 3100/2019(5). En la búsqueda de evidencia realizada para responder a esta pregunta, se identificaron los comparadores que se definen a continuación.

Entornos diferentes a la internación hospitalaria que usan enfoques conductuales, farmacológicos o sus combinaciones:

- Entorno residencial: son establecimientos que ofrecen una variedad de métodos terapéuticos con una atención las 24 horas, en entornos no hospitalarios, que incluye alojamiento protegido y atención médica. Estos programas se caracterizan por estar basados en el tratamiento comunitario como agente terapéutico. Existen varios modelos de tratamiento residencial, dentro de los cuales están: a) comunidades terapéuticas (largo plazo): brindan una atención supremamente estructurada, los pacientes generalmente permanecen en una residencia por un período de seis a doce meses; b) tratamiento residencial a corto plazo: esencialmente brinda atención en la desintoxicación y orientación intensiva inicial y preparación para el tratamiento en un entorno comunitario.
- Entorno ambulatorio: se ofrece en consulta externa u hospital día, es indicado para pacientes que pueden ser manejados en este ámbito, los tratamientos brindados en este ámbito pueden ser de alta intensidad o baja intensidad según la severidad del trastorno y es más adecuado para personas laboralmente activas y que tienen redes sociales de apoyo.

### Selección de desenlaces



El experto clínico que hace parte del grupo desarrollador identificó los desenlaces críticos, de acuerdo a su relevancia para los pacientes, servicios y sistemas de salud. Para efectos de la presente revisión, sólo se tuvieron en cuenta los resultados en salud clasificados como desenlaces críticos para la toma de decisiones. Los desenlaces fueron seleccionados sin conocer a priori la magnitud, dirección y significancia estadística de los efectos. Para la generación de recomendaciones, se discutieron los perfiles de efectividad y seguridad obtenidos en el desarrollo de este objetivo y con base en criterios, que incluyeron la consideración del experto sobre la significancia clínica de los hallazgos de la evidencia, se definió la recomendación sobre internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda encontrada en la literatura.

#### Primarios

- Alta planificada (al terminar el tratamiento)
- Alta no planificada (abandono o suspensión del tratamiento)
- Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación (adherencia) - perdida en el seguimiento
- Recaída o reingreso
- Reducción del consumo

#### Secundarios

- Funcionamiento social
- Calidad de vida
- Costos

Seguridad: Se determinará mediante los siguientes desenlaces, según la evidencia disponible

- Suicidio
- Muerte

### **1.2.3. Criterios de elegibilidad**

#### **Fuentes de información**

Teniendo en cuenta que el motivo de nominación fue la falta de evidencia que demuestre la efectividad clínica de la internación para tratamiento de intoxicación aguda, se emplearon revisiones sistemáticas de la literatura de ensayos clínicos aleatorizados y ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs). Con el objeto de incrementar la búsqueda no hubo restricción de tiempo ni de idioma.

Se emplearon términos MeSH, DeCS y/o Emtree según la base de datos, la búsqueda se realizó en:

- PubMed
- MEDLINE.

- EMBASE.
- PsycInfo.
- Cochrane Database of Systematic Reviews.

#### 1.2.4. Búsqueda de información

Se condujo una búsqueda sistemática de la literatura sin límite del horizonte temporal hasta 9 de julio de 2020, de estudios que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Población, intervención, comparación, desenlaces según la pregunta PICOT.
- Estudios: por consideraciones de los expertos clínicos se incluyeron en la misma búsqueda revisiones sistemáticas de la literatura de ensayos clínicos aleatorizados (con o sin metanálisis) y ECAs que compararan terapia de internación con alternativas de tratamientos en entornos diferentes a la internación u hospitalización
- Formato de publicación: se tuvieron en cuenta estudios disponibles como publicación completa. Los estudios publicados únicamente en formato de resumen no fueron considerados debido a que la información reportada es incompleta para evaluar su calidad metodológica, además, es posible que los resultados de los estudios puedan cambiar significativamente entre la presentación inicial en un evento científico y la publicación final.
- Estado de publicación: estudios publicados en revistas indexadas, en prensa o literatura gris.
- Reporte de resultados: estudios que informaran estimaciones del efecto individuales (por cada estudio primario) o estimaciones combinadas (metanálisis), que fuesen atribuibles a la comparación de interés y al menos a un desenlace

La búsqueda incluyó los siguientes términos: *Substance-related disorders, drug dependence, drug abuse, addiction, drug detoxification, detoxification, inpatients, hospitalization, outpatients, mental disorders*. Adicionalmente, se verificaron las listas de referencias de todos los artículos relevantes obtenidos y se recuperaron artículos importantes adicionales. **Anexo 1.**

Inicialmente, se identificaron los términos clave en lenguaje natural para la intervención de interés (internación para manejo de intoxicación aguda por consumo de sustancia psicoactivas). Posteriormente, se diseñó una estrategia de búsqueda genérica, compuesta por vocabulario controlado explotado como términos (MeSH (Medical Subject Headings) y Emtree (Embase Subject Headings) y por lenguaje libre, considerando sinónimos, abreviaturas, acrónimos, variaciones ortográficas y plurales. La estrategia se complementó con identificadores de campo, truncadores, operadores de proximidad y operadores booleanos. Se incluyeron filtros específicos para restringir la búsqueda a revisiones sistemáticas y ECAs.

Los motores de búsqueda consultados fueron:

- PubMed
- MEDLINE.

- EMBASE.
- PsycInfo.
- Cochrane Database of Systematic Reviews.

El listado de referencias bibliográficas fue descargado en el aplicativo web gratuito Rayyan®, donde se eliminaron las publicaciones duplicadas. El número de referencias identificadas en la búsqueda de literatura, se resume mediante el diagrama de flujo PRISMA (**Anexo 2**)

#### **1.2.5. Tamización, selección y extracción**

El total de referencias identificadas en la búsqueda fue tamizado por una revisora examinando los títulos y resúmenes frente a los criterios de elegibilidad predefinidos. A partir del grupo de referencias preseleccionados se realizó la selección de estudios, para esto dos revisores (LM y AP) verificaron que cada estudio cumpliera los criterios de elegibilidad mediante la lectura de cada publicación en texto completo. En caso de duda sobre el cumplimiento de los criterios de elegibilidad, se consultó un tercer revisor para orientar la decisión (experto clínico).

Las referencias bibliográficas de los estudios incluidos y de los estudios excluidos (junto con las respectivas razones para su exclusión), se presentan el **Anexo 3**, en el listado 1 y listado 2, respectivamente, dos revisoras realizaron la extracción de las estimaciones del efecto para la comparación y desenlaces críticos, a partir de lo reportado en los artículos seleccionados para la síntesis. Los hallazgos se resumieron de forma narrativa mediante perfiles de evidencia, que incluyen la interpretación de la significancia estadística de los efectos reportados. La exactitud en la extracción de los datos se controló evaluando la consistencia de las estimaciones incluidas en las tablas de evidencia, frente a los resultados presentados en los artículos incluidos.

#### **1.2.6. Evaluación de calidad**

El riesgo de sesgos de las revisiones sistemáticas seleccionadas fueron valoradas a través de la herramienta ROBIS(24), **Anexo 4**. Para los ECAs el riesgo de sesgo fue valorado con la herramienta RoB 2 (25), **Anexo 5**. La calidad de la evidencia fue evaluada mediante perfiles GRADE a través del software GRADEpro y se encuentran en el **Anexo 6** (26)

#### **Definición de significancia clínica**

Para determinar la no eficacia, menor seguridad o no efectividad de la tecnología nominada con respecto a los posibles comparadores, en conjunto con el experto clínico, se definió un umbral de significancia clínica que expresara el resultado mínimo esperado con la intervención para considerarse que es clínicamente relevante.

#### **Concepto de los estudios**

Con base en el análisis de la calidad de la evidencia y la significancia clínica, se generaron recomendaciones de exclusión o no para la tecnología nominada (internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas) en cada una de las indicaciones identificadas en esta revisión de la evidencia.

## **2. Resultados**

### **2.1. Resultados de la búsqueda, tamización y selección**

En el Error! Reference source not found.2 se muestran los resultados de búsqueda, tamización y selección de la evidencia para esta revisión sistemática. A través de la búsqueda en las bases de datos identificadas, se detectaron títulos 6760. De estos, se revisaron 6532 títulos y resúmenes, luego de eliminar duplicados. Con base en la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron 12 referencias; para los cuales se obtuvieron los artículos en texto completo, para verificación de los criterios de selección. Con base en la lectura de los artículos, se incluyeron 9 artículos, de los cuales dos fueron revisiones sistemáticas y 7 ECAs, y son los descritos en la presente revisión.

### **2.2. Síntesis de la evidencia**

De los 9 artículos incluidos, dos fueron revisiones sistemáticas publicadas en 2005 y 2016 respectivamente (a pesar que estas publicaciones tienen un periodo de publicación mayor a 5 años, el GD consideró importante incluirlas, dado a poca evidencia sobre la intervención y comparadores evaluados), que cumplieron con los criterios de selección planteados en esta evaluación, en cuanto a la calidad metodológica uno se consideró de baja calidad por presentar riesgo alto de sesgo debido a preocupaciones relacionadas con la evaluación de los estudios incluidos (no fueron reportados el riesgo de sesgo de los estudios), síntesis y resultados (27); la revisión de Day y cols de alta calidad metodológica por presentar bajo riesgo de sesgo (28).

En la revisión de Nadkarni 2016 y cols., solo, un ensayo clínico aleatorizado evaluó el tratamiento hospitalario/internación comparado con entorno ambulatorio: residencial/hostel para pacientes dependientes de alcohol. En cuanto a la revisión desarrollada por Day y cols, 2005, también incluyó 1 ensayo clínico aleatorizado que comparó la desintoxicación de opioides para pacientes hospitalizados (cualquier medicamento o terapia psicosocial) con otros programas de desintoxicación ambulatorios. La revisión fue realizada en el año 2005 y en el año 2008 hubo una actualización con nueva búsqueda de estudios y contenido actualizado (sin cambios en las conclusiones). El estudio incluido fue publicado en el año 1975. Respecto al riesgo de sesgo de este estudio, el método utilizado para generar la asignación aleatoria no fue reportado, el ocultamiento de la asignación no fue claro y las pérdidas en el seguimiento no fueron reportadas explícitamente, lo que limita la validez de los resultados y tuvo un alto riesgo de sesgo (28).

Los 7 artículos restantes fueron ECAs, de los cuales, 5 presentaron una calidad metodológica de baja calidad por presentar riesgo alto de sesgo relacionado con

inadecuado proceso de aleatorización, desviación de las intervenciones previstas, pérdidas de sujetos y selección de los resultado informados (29–33) y los dos restantes con una calidad metodológica de alta calidad con riesgo de sesgo bajo realizados por los autores Weithmann y cols, y Day y cols, publicados en los años 2005 y 2011, respectivamente (34,35).

### Efectividad clínica

En la tabla 3 se describe el resumen de la evidencia científica de los 9 estudios incluidos en esta revisión, estos estudios, que evalúan la efectividad clínica comparativa entre el tratamiento de internación con alternativas de tratamientos en entornos diferentes a la internación u hospitalización para manejo de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, intoxicación aguda, en términos de los desenlaces críticos para la toma de decisiones.

La terapia o tratamiento de desintoxicación en internación/ hospitalización en pacientes dependientes de alcohol evaluada en los estudios de Griffith E y cols (29), Weithmann y cols(34), y Nadkarni A y cols (27) no mostró diferencias respecto a su comparador (ambulatorio), en los desenlaces críticos reportados (Tabla 3).

El estudio de Griffith E y cols (29) con 20 participantes, 10 para cada brazo, reportó que no había diferencias entre los ámbitos del tratamiento para el desenlace de abstinencia continua durante el seguimiento (1 año)(internación:10/20 (50.0%) versus 10/20 (50.0%) ambulatorio), adicionalmente, la certeza de la evidencia fue muy bajo debido al riesgo de sesgo porque no fue descrita la aleatorización y a la imprecisión por el tamaño muestral pequeño.

Los resultados de Weithmann y cols (34), con 109 participantes, evidenciaron que la internación no es inferior a su comparador para los desenlaces evaluados de alta no planificada (internación 11.1% versus 18.2% ambulatorio, valor  $p=0.42$ ), recaídas/reingreso (internación:7.4% versus 14.5% ambulatorio, Valor  $p= 0.36$ ), abstinencia continua durante seguimiento (1 año) (internación: 18.5% versus 21.8% ambulatorio, valor  $p=0.81$ ), porcentaje de días de abstinencia (1 año) (internación:68.1% versus 70.0% ambulatorio, sin diferencias estadísticas), y cantidad de consumo alcohol día (internación versus ambulatorio con análisis de interacción con el tiempo de seguimiento:  $R= 0.67$ , valor  $p = 0.674$ ), la certeza de la evidencia fue moderado debido a la posible imprecisión de los resultados por tener un tamaño muestral pequeño.

En cuanto al estudio de Nadkarni A y cols (27), con 44 participantes, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los desenlaces alta planificada (internación:36.4% versus 70.9% ambulatorio, valor  $p=0.54$ ) (valor de  $p$  calculado por los revisores), y abstinencia continua durante el seguimiento (internación 14.3% versus 33.3% ambulatorio valor  $p=0.27$  (valor de  $p$  calculado por los revisores); la evaluación de la certeza de la evidencia fue clasificado muy baja debido al riesgo de sesgo por presentar aleatorización incorrecta, pérdidas importantes de seguimiento y análisis sin intención de tratar; para la evidencia indirecta el estudio presentó una intervención parecida pero no

idéntica en los entornos de tratamiento; adicionalmente, posible imprecisión de los resultados por tener un tamaño muestral pequeño

El desenlace de alta planificada de desintoxicación evaluado en los estudios de Gossop M y cols (30) con 68 participantes (desintoxicación con metadona internación 80.6% versus 17.2% desintoxicación con metadona ambulatorio, valor  $p < 0.001$ ), y Day E y cols, 2011 (35) (18/35 (51.4%) y 8/33 (24.2%)  $p = 0.02$  hace parte de la diferencia de proporciones entre grupos; OR 3.3 IC 95% 1.17 a 9.32, OR calculado por los revisores. RR 2.7 IC95% 1.3-5.5 RR calculado por los revisores, ajustado por 4 pacientes ambulatorios); mostraron diferencias, a favor de la terapia o tratamiento de desintoxicación en internación/hospitalización en pacientes dependientes de opioides, la certeza de evidencia fue clasificada muy baja y baja respectivamente. De igual manera Hayashida M y cols (31) reportaron diferencias estadísticamente significativas a favor de la internación para el mismo desenlace en pacientes dependientes de alcohol (Internación 94.8% versus ambulatorio 72.4% valor  $p = 0.0001$ ), la certeza de la evidencia fue muy baja debido a pérdidas considerables de pacientes en el seguimiento y tamaño muestral pequeño (Tabla 3). De acuerdo a lo anterior se observa que, en general, existe consistencia en los resultados de los estudios analizados para este desenlace a favor del tratamiento de internación. Adicional a estos desenlaces en la RSL realizada por Day E y cols, 2005 (28), donde incluyó tan solo un ECA, reportó que no existe diferencias entre los entornos del tratamiento para el alta planificada, pero este estudio presentó un alto riesgo de sesgo, lo que implica limitaciones importantes en sus resultados.

En cuanto al desenlace participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación (adherencia) el estudio de Gossop M y cols (30), reportó diferencias a favor del tratamiento ambulatorio (comparador) (desintoxicación con metadona internación 31.0% versus 55.2% desintoxicación con metadona ambulatorio valor  $p < 0.05$ , sin embargo, este estudio presenta una certeza de la evidencia muy baja debido a riesgo de sesgo y en la evidencia indirecta se encontró que el régimen de tratamiento fue parecido pero no idéntico en los entornos del tratamiento, mientras que el estudio de Day E y cols, 2011 (35), que presenta una certeza de la evidencia b, no encontró diferencias para éste desenlace entre las dos terapias (Internación: 71.1% versus 60.6% ambulatorio, valor  $p = 0.14$ ) (Tabla 3).

Nuijten M y cols (32) incluyeron 82 participantes para evaluar el tratamiento integrado ambulatorio versus hospitalario de pacientes con diagnóstico dual (uso de cualquier sustancia psicoactiva), reportaron que el alta no planificada (Interrupción protocolo tratamiento) presentó una proporción del riesgo mayor en pacientes en el tratamiento ambulatorio (HR 3.5 ; IC 95%: 2.0-6.2) (comparador) que en el tratamiento en internación/hospitalización (Tabla 3). Para el desenlace sobre el consumo, evaluado a través de la cantidad de alcohol consumidos en los días de bebida, reportado por el estudio de Rychtarik R y cols (33), se observó un riesgo relativo mayor en pacientes dependientes de alcohol en el tratamiento ambulatorio (comparador) (RR 1,61, IC: 95% 1,25, 2,07) que en el tratamiento en internación/hospitalización (Tabla 3).

Los estudios descritos anteriormente incluyeron pacientes con trastornos mentales y/o del comportamiento debidos al consumo de opioides o alcohol. Para las otras sustancias



(sedantes/hipnóticos, cannabinoides, alucinógenos, otros estimulantes, entre otros) no se encontraron estudios que compararan terapia de internación con alternativas de tratamientos en entornos diferentes a la internación u hospitalización para manejo de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, intoxicación aguda.

### Seguridad

No hubo evidencia disponible sobre los desenlaces de seguridad

**Tabla 3. Síntesis de la evidencia científica sobre la efectividad clínica comparativa.**

<b>Población:</b> Pacientes de cualquier edad cuyo diagnóstico de codificación internacional de enfermedades (CIE-10) o Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) es de dependencia por consumo de sustancias psicoactivas, intoxicación aguda <b>Comparación:</b> tratamiento de internación versus alternativas de tratamientos en entornos diferentes a la internación u hospitalización				
Desenlace crítico	Tipo estudio	N.º de participantes	Tamaño del efecto	Certeza
<b>Abstinencia continua durante el seguimiento (1 año)</b> (Griffith E y cols)	1 ECA	20	Tratamiento internación/hospitalaria 10/20 (50.0%) versus 10/20 (50.0%) para tratamiento ambulatorio	⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA
<b>Alta no planificada (finalización prematura del tratamiento-desintoxicación)</b> (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria 6/54 (11.1%) versus 10/55 (18.2%) para tratamiento ambulatorio/hospital día Valor p=0.42	⊕⊕⊕⊕ MODERADO
<b>Porcentaje de recaídas/reingreso</b> (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria 4/54 (7.4%) versus 8/55 (14.5%) para tratamiento ambulatorio/hospital día Valor p= 0.36	⊕⊕⊕⊕ MODERADO
<b>Abstinencia continua durante seguimiento (1 año)</b> (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria 10/54 (18.5%) versus 12/55 (21.8%) para tratamiento ambulatorio/hospital día Valor p=0.81	⊕⊕⊕⊕ MODERADO
<b>Porcentaje de días de abstinencia (PDA) (al año de seguimiento)</b> (Weithmann G y cols)	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria 68.1% versus 70.0% para tratamiento ambulatorio/hospital día, Sin diferencias	⊕⊕⊕⊕ MODERADO
<b>Cantidad de consumo alcohol día (Drinking Day per Day) (al año de seguimiento) bebida estándar=12 gr absoluto/día</b>	1 ECA	109	Tratamiento internación/hospitalaria versus ambulatorio/hospital día R=1.04, valor p=0.36	⊕⊕⊕⊕ MODERADO



(Weithmann G y cols)			Tratamiento internación/hospitalaria versus ambulatorio/hospital día con análisis de interacción con el tiempo de seguimiento: $R=0.67$ , valor $p=0.674$	
<b>Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación</b> (Nadkarni A y cols)	1 ECA	44	Tratamiento internación/hospitalaria 8/22 (36.4%) versus 39/55 (70.9%) para tratamiento ambulatorio/residencial/hostel Valor $p=0.54$ (valor de $p$ calculado por los revisores),	⊕○○○ MUY BAJA
<b>Abstinencia continua durante el seguimiento</b> (Nadkarni A y cols)	1 ECA	44	Tratamiento internación/hospitalaria 3/21 (14.3%) versus 7/21 (33.3%) para tratamiento ambulatorio/residencial/hostel Valor $p=0.27$ (valor de $p$ calculado por los revisores),	⊕○○○ MUY BAJA
<b>Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación</b>  (Day E y cols,2005)	1 ECA	40	Desintoxicación con metadona hospitalaria/internación 7/10 (70.0%) versus Desintoxicación con metadona ambulatorio 11/30 (36.7%) Sin diferencias, no reportan valor $p$ /intervalos de confianza	⊕○○○ MUY BAJA
<b>Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación</b>  (Gossop M y cols)	1 ECA	60	Desintoxicación con metadona hospitalaria/internación 25/31(80.6%) versus 5/29 (17.2%) Desintoxicación con metadona ambulatorio <b>Valor <math>p&lt;0.001</math></b> (a favor de la internación)	⊕○○○ MUY BAJA
<b>Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación</b> <b>Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación</b> (Gossop M y cols)	1 ECA	60	Desintoxicación con metadona hospitalaria/internación 9 (31.0%) versus 16 (55.2%) Desintoxicación con metadona ambulatorio <b>Valor <math>p&lt;0.05</math></b> (a favor del ambulatorio)	⊕○○○ MUY BAJA
<b>Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación</b> (Day E y cols,2011)	1 ECA	68	<b>OR 1.85</b> [IC 95 %: 0.70 a 4.89] <b>REAR: 150 más por 1.000</b> (de 78 menos a 373 más) (a favor de la internación)	⊕⊕○○ BAJA

Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (reclasificando 4 pacientes ambulatorios como falla en la desintoxicación) <sup>(1)</sup> (Day E y cols,2011)	1 ECA	68	18/35 (51.4%) y 8/33 (24.2%) p=0.02 hace parte de la diferencia de proporciones entre grupos  OR 3.3 (1.17 a 9.32) (OR calculado por los revisores)  RR 2.7 (1.3-5.5) (RR calculado por los revisores)	⊕⊕○○ BAJA
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (ajustando por tiempo de uso de medicamento) <sup>(2)</sup> (Day E y cols,2011)	1 ECA	68	OR 13.9 (IC 95% 2.6 a 75.5) Valor p=0.002 (a favor de la internación)	⊕○○○ MUY BAJA
Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación (Day E y cols,2011)	1 ECA	68	Internación: 27/37 (71.1%) versus ambulatorio: 20/33 (60.6%) Valor p=0.14	⊕⊕○○ BAJA
Alta no planificada (Interrupción protocolo tratamiento) (Nuijten M y cols)	1 ECA	82	HR 3.5 (IC del 95% 2.0-6.2) Valor p <0.01 veces mayor entre los pacientes ambulatorios que entre los hospitalizados	⊕○○○ MUY BAJA
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (Hayashida M y cols)	1 ECA	164	Internación 73/77(94.8%) versus ambulatorio 63/87(72.4%)  P valor=0.0001 (a favor de la internación)	⊕○○○ MUY BAJA
Cantidad de alcohol consumidos en los días de bebida (Drinking Day per Day) (pacientes con alto consumo de alcohol) (Rychtarik R y cols)	1 ECA	172	RR 1,61 [IC del 95% 1,25, 2,07] veces mayor entre los pacientes ambulatorios que entre los hospitalizados  (a favor de la internación)	⊕○○○ MUY BAJA
Fuente: los datos que se presentan en este cuadro provienen de los 9 Artículos incluidos y del ANEXO 6 (Tablas GRADE)				

ECA: ensayo controlado aleatorizado; IC: intervalo de confianza; OR: Odds Ratio; DM: Diferencia de medias; REAR: Efecto Absoluto de Riesgo.

(1). A pesar de que existía un protocolo de tratamiento durante el estudio clínico para determinar la desintoxicación si el paciente daba positivo para opioides, cocaína, anfetaminas o benzodiazepinas no recetadas, no hubo orientación sobre cannabis. Esto condujo a una diferencia imprevista en la práctica entre los dos grupos, las enfermeras en el tratamiento ambulatorio ignoraron las pruebas de orina que fueron positivas para cannabis, mientras que el personal de hospitalización adoptó un enfoque más estricto de cero tolerancias para todas las drogas ilícitas. Debido a esto el cálculo presentado se realizó teniendo en cuenta que esos pacientes con muestras positivas para cannabis presentaron fallas en la desintoxicación.

(2). El grupo ambulatorio también tuvo en promedio un periodo de medicamentos más largo (19,9 días) que los pacientes hospitalizados (11,2 días)  $p < 0.001$ , esto fue vinculado a la mayor flexibilidad aplicada por el personal ambulatorio, por tanto, se ajustó por el tiempo de tratamiento

## Umbral terapéutico

Solo se estimó para el desenlace de Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación del estudio de Day E y cols,2011(35), dado que fue el único que logro diferencia estadísticamente significativa con una certeza en la evidencia baja, para el mismo desenlace con diferencias significativas en otros estudios pero con certeza muy baja no se estimó este umbral debido a la alta incertidumbre que se tuvo con dichos resultados.

Se consideró que el umbral terapéutico estimado por el experto para el desenlace de “Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación” fue de 30 pacientes más tratados con la intervención, respecto al comparador por cada 100 pacientes, al tratarse de una diferencia reportada por el estudio de 27.1 (3 a 50) se consideró que clínicamente no es relevante la diferencia entre los brazos de tratamiento a pesar de tener diferencias estadísticamente significativas, por lo que se consideró que esta tecnología no es superior a sus comparadores.

## 2.3. Información de vigilancia post- comercialización

No aplica

## 2.4. Análisis de la información enviada por el nominador

El nominador no envió evidencia para su análisis.

## 2.5. Análisis de las objeciones, observaciones o aportes realizados con respecto a la nominación

Actor y detalle del aporte	Tipo de aporte	Respuesta IETS
<b>Objetador:</b> <u>Jaime Ocampo Gómez. Persona Natural; Paciente; Personal de la salud.</u> Considero que, si existe evidencia sobre la importancia de tratar adecuadamente las adicciones, además hay evidencia amplia de la coexistencia de enfermedad mental y las adicciones.	Objeción 1289. No adjunta evidencia científica.	Para este informe se revisó la evidencia disponible, además la población de análisis incluyo: pacientes cuyo diagnóstico de codificación internacional de enfermedades (CIE-10) o Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) es de dependencia por consumo de sustancias psicoactivas.
<b>Objetador:</b> <u>Guillermo Alonso Castaño Pérez. Persona Natural; Personal de la salud.</u> El modelo de tratamiento para los trastornos por uso de drogas no excluye la internación en Unidad de Salud Mental. El tratamiento basado en la comunidad se refiere a un modelo integrado específico de tratamiento para las personas afectadas por el consumo de drogas y la dependencia en la	Objeción 1308. Es una argumentación. No adjunta evidencia científica.	Sí, se incluyó el tratamiento basado en comunidad (entorno ambulatorio o residencial) como comparador de la tecnología nominada

Actor y detalle del aporte	Tipo de aporte	Respuesta IETS
<p>comunidad que proporciona una atención continua desde la divulgación y los servicios de bajo umbral, a través de la desintoxicación y la estabilización para el cuidado posterior y la integración, incluida la farmacoterapia de mantenimiento. Implica la coordinación de una serie de servicios de salud, sociales y otros servicios no especializados necesarios para satisfacer las necesidades del paciente. También se brinda un fuerte apoyo a la familia y la comunidad del paciente para abordar los problemas de drogas y alcohol en su complejidad y para garantizar resultados eficientes y a largo plazo. Aunque el modelo privilegia el entorno ambulatorio para usuarios de Drogas con Trastorno de consumo de sustancias Leves según criterios DSM 5 que aún no son muy disfuncionales y tienen redes sociales aun presentes, existen otros consumidores con trastornos moderados o severos, muy disfuncionales sin redes sociales o estas muy débiles que ameritan internamiento y muchos de ellos por estancias largas, más si consideramos la presencia de patología dual que puede alcanzar hasta el 60% de los pacientes consumidores de drogas. Hay tres componentes principales para el modelo: Las organizaciones comunitarias, incluidas las ONG, ayudan a identificar a los usuarios de drogas, realizan exámenes básicos de problemas de drogas y se refieren a los servicios de salud primarios cuando es necesario. Las organizaciones comunitarias se centran en la educación preventiva y la promoción de la salud y en la prestación de servicios básicos de apoyo, reintegración y rehabilitación. Los servicios de detección, asesoramiento, atención primaria de salud y derivación se brindan en los centros de salud. Los pacientes son remitidos a hospitales o clínicas según sea necesario para el tratamiento especializado de drogodependencias, enfermedades infecciosas o trastornos mentales. Las agencias de asistencia social y las ONG ofrecen educación, asesoramiento, formación profesional y habilidades, oportunidades de generación de ingresos, microcréditos y otro tipo de apoyo psicológico y social. El modelo comunitario como se observa no excluye la remisión a hospitales o clínicas si el usuario lo necesita.</p>		

Actor y detalle del aporte	Tipo de aporte	Respuesta IETS
<p><b>Objetador:</b> <u>Asociación Colombiana de Psiquiatría.</u></p> <p>El consumo de sustancias psicoactivas en el país es un problema crítico, con serias repercusiones en la salud pública. En un porcentaje de pacientes, el consumo de sustancias psicoactivas produce manifestaciones psiquiátricas como episodios psicóticos o manía que requieren atención urgente por medicina especializada (psiquiatría) en unidad de salud mental como parte de la atención inicial. Una vez se realiza estabilización de la fase aguda y de desintoxicación, y se logra remisión de síntomas psiquiátricos, el paciente puede ser trasladado para manejo en otros ámbitos de atención no hospitalarios. Realizar la atención aguda en un paciente con consumo de sustancias psicoactivas y el proceso de desintoxicación fuera de unidad de una unidad de salud mental, puede poner en riesgo la salud del paciente.</p>	<p>Objeción 1319. argumentación. No adjunta evidencia científica.</p>	<p>Sí, se incluyó el tratamiento basado en comunidad (entorno ambulatorio o residencial) como comparadores de la tecnología nominada</p>
<p><b>Objetador:</b> <u>Asociación Colombiana de Fisioterapia – ASCOFI.</u></p> <p>La internación de este tipo de pacientes debe ser manejado por expertos en una institución mientras se resuelva su estado. Las familias y cuidadores no tienen la capacidad de resolver estas condiciones, ni es su competencia el control de las crisis. El no cubrimiento de la internación en estos pacientes conducirá inclusive a mayores costos en la atención de la condición o en las consecuencias de la no internación</p>	<p>Objeción 1325. Es un comentario. No adjunta evidencia científica.</p>	<p>Para determinar la efectividad y seguridad de estos servicios se realizó el presente estudio, donde el GD recomienda la no exclusión dado que está tecnología en la evidencia consultada es igual o superior a sus comparadores en los desenlaces considerados críticos.</p>

### **3. Recomendación**

Respondiendo al criterio de nominación C: Se recomienda no excluir de la financiación con recursos públicos de la salud, la internación en unidad de salud mental para consumo de sustancias psicoactivas para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda.

#### **3.1. Consideraciones a tener en cuenta para el análisis de la recomendación**

De acuerdo a la evidencia encontrada en esta RSL los estudios que compararon los beneficios en los entornos de internación y ambulatorio para consumo de sustancias psicoactivas para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda, tienen una variedad de limitaciones metodológicas, incluida la heterogeneidad de poblaciones individuales, altas tasas de abandono, imprecisión en los resultados, entre otros.

Adicionalmente, los objetivos de tratamiento, las características de los programas de tratamiento en cada entorno y las medidas de resultado, variaron entre ellos. A pesar de estos hallazgos, la evidencia disponible indica que el tratamiento en el entorno hospitalario (internación) no es inferior al tratamiento ofrecido en el entorno ambulatorio, incluso, proporciona mejores resultados en la fase de desintoxicación. Por otra parte, es necesario resaltar que todavía la investigación en este tema es incipiente y que se requieren de ECAS que comparen la terapia de internación con alternativas de tratamientos en entornos diferentes a la internación u hospitalización para manejo de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas tales como sedantes/hipnóticos, cannabinoides, alucinógenos y otros estimulantes, de los cuales no se dispone evidencia científica. Disponer de este tipo de información es fundamental para la toma de decisiones, y responder así a las necesidades de nuestra población, priorizando las acciones y los recursos disponibles.

A pesar que la evidencia disponible fue restringida a alcohol y opioides, el GD de la recomendación no se limitó solo a ellas debido a que en Colombia existe un marco normativo y de política pública nacional que favorece a la población en estudio y enfatiza en la obligación del Estado para realizar acciones de prevención, atención y rehabilitación con un enfoque de atención integral en salud pública en pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas:

- El artículo 49 de la Constitución Política establece entre otros que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- La Corte Constitucional profundiza y prioriza la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, a través de distintas Sentencias (C-176 y C-221 de 1994, T-814 de 2008, C-438 de 2009, C-574 y C-882 de 2011, C-491 y T 497 de

2012 y T-043 de 2015). Adicionalmente, en las Sentencias 1116 de 2008, T- 497 de 2012, T- 518 de 2013, T-153/14 de 2013, T-10 de 2016, entre otras, enfatiza en la obligación del Estado para realizar acciones de atención integral a pacientes con problemas de farmacodependencia.

- La resolución 3512/2019 señala específicamente en el capítulo VI las atenciones en salud mental, entre las que se encuentra la atención con internación en salud mental para población general y grupos específicos(6).
- La resolución 089 de 2019 adoptó la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias psicoactivas donde incluye un eje del tratamiento integral (eje 3)(17,18): *“Este eje está orientado a la evaluación de necesidades, riesgos para la salud y voluntariedad de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en instituciones prestadoras de salud y entornos, estableciendo un plan de cuidado desde la reducción de daños asociados al consumo, hasta el tratamiento integral”* y especifica que la prestación de servicios de salud debe estar basado en la gestión del riesgo individual y la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas(17).
- Además, de acuerdo a los expertos del tema cualquier tipo de sustancia psicoactiva involucrada en el trastorno puede requerir la internación.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que existen consensos de expertos tal como la Asociación Americana de Medicina Adictiva (ASAM)(36), las guías de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas de la American Psychiatric Association (APA) (19), la UNODC(37) y la guía nacional de atención integral en farmacodependencia, actualizada en el año 2004 (38) que, recomiendan la internación considerando de forma general los siguientes criterios: tipo de sustancia, cuadro clínico de la enfermedad (intoxicación/abstinencia), condiciones biomédicas y sus complicaciones, condiciones emocionales, cognitivas, del comportamiento, y sus complicaciones, disposición para el cambio, problemas potenciales del uso continuado de las sustancias y recaídas, y el ambiente de recuperación (red de apoyo social y familiar). Es decir, con un enfoque de evaluación del riesgo que permita acciones de prevención, atención y rehabilitación según las características socioeconómicas del paciente con trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas.



#### 4. Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Procedimiento técnico-científico y participativo para la exclusión de tecnologías. 2020;1–2. Available from: <https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/informes/frmReportViewer.aspx?cod=1269>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 537 de 2020. Por la cual se modifica la Resolución 3495 de 2019 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS [Internet]. 2020. p. 4. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-537-de-2020.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [Internet]. Ley 1616 de 2013. 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
4. Ministerio de Salud y de la Protección Social - Gobierno de Colombia. Modelo de atención integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/mode-lo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Resolución [Internet]. 2019;2019. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf)
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3512 de 2019 [Internet]. 2019. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucion No. 3512 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion No. 3512 de 2019.pdf)
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2016;1–72. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución 3202 de 2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 3202 de 2016.pdf)
8. J. Pérez de los Cobos Peris, A. Etcheberrigaray Carrasco FBB. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. Abuso de sustancias que no producen dependencias. In: TRATADO DE PSIQUIATRÍA Capitulo 12 [Internet]. p. 243–83. Available from: [https://psiquiatria.com/tratado/cap\\_12.pdf](https://psiquiatria.com/tratado/cap_12.pdf)
9. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010 [Internet]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2010/en/GetConcept?ConceptId=F11.2>
10. World Health Organization. Mental and Behavioral Disorders Due to Psychoactive Substances [Internet]. Encyclopedia of Public Health. 2008. Available from: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf?ua=](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf?ua=)
11. UNODC. Oficina de las Naciones Unidas contra l Droga y el Delito. RESUMEN CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICAS 2019

- INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS [Internet]. Available from: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf)
12. Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Dirección Nacional de Estupefacentes (DNE). ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA - 2008 [Internet]. 2008. Available from: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03272008-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf>
  13. Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA - 2013. 2013; Available from: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
  14. DANE. Encuesta nacional de consumo de sustancia psicoactivas (ENCSPA) [Internet]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>
  15. Ministerio de Salud. DECRETO 1938 DE 1994. (agosto 05) [Internet]. 1994. p. viewDocument @ [www.suin-juriscol.gov.co](http://www.suin-juriscol.gov.co). (n.d.). R. Available from: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1671419>
  16. National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) [Internet]. 2018. Available from: <https://www.drugabuse.gov/download/675/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition.pdf?v=87ecd1341039d24b0fd616c5589c2095>
  17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0000089 de 2019. 2019;1–32. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>
  18. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. La salud es todos Minsalud [Internet]. 2019;44. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>
  19. American Psychiatric Association. PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Substance Use Disorders Second Edition [Internet]. 2006. Available from: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf)
  20. Ministerio de Salud y Protección Social. MÉTODO PARA FASE 2 PTC DE ANÁLISIS Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud Marzo 2019. 2019; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/metodologia-fase-2-analisis-tecnico-cientifico.pdf>

21. Alcaldia Mayor de Bogotá. Guía de verificación de condiciones de los servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas [Internet]. 2015. Available from: [https://repositorios.educacionbogota.edu.co/bitstream/001/415/1/Guia 4.pdf](https://repositorios.educacionbogota.edu.co/bitstream/001/415/1/Guia%204.pdf)
22. U.S. Department of Health and Human Services, Miller NS, Kipnis SS. A Treatment Improvement Protocol Detoxification and Substance Abuse Treatment TIP 45 Detoxification and Substance Abuse Treatment A Treatment Improvement Protocol TIP 45 Acknowledgments. 2006; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64109/?report=classic>
23. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry. 2013 Aug;170(8):834–51.
24. Whiting P, Savovic J, Higgins JP, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol. 2015/06/21. 2016;69:225–34.
25. Cochrane. rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials @ methods.cochrane.org [Internet]. 2019. Available from: <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>
26. Copyright © 2020 MU and EPIA rights reserved. GRADEpro software [Internet]. 2020. Available from: <https://grade.pro/>
27. Nadkarni A, Endsley P, Bhatia U, Fuhr DC, Noorani A, Naik A, et al. Community detoxification for alcohol dependence: A systematic review. Drug Alcohol Rev. 2017 May;36(3):389–99.
28. Day E, Ison J, Strang J. Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004 [cited 2020 Aug 10]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004580>
29. Edwards G, Guthrie S. A CONTROLLED TRIAL OF INPATIENT AND OUTPATIENT TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENCY. Lancet [Internet]. 1967;289(7489):555–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673667921290>
30. Gossop M, Johns A, Green L. Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment. Br Med J (Clin Res Ed) [Internet]. 1986 Jul 12;293(6539):103–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3089407>
31. Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, O'Brien CP, Purtill JJ, Volpicelli JR, 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 Feb;320(6):358–65.
32. Nuijten M, Blanken P, Hoorn B, van den Brink W, Hendriks V. A randomised controlled trial of outpatient versus inpatient integrated treatment of dual diagnosis

patients: A failed but informative study. *Ment Heal Subst Use Dual Diagnosis*. 2012 May 1;5:132–47.

33. Rychtarik RG, McGillicuddy NB, Papandonatos GD, Whitney RB, Connors GJ. Randomized clinical trial of matching client alcohol use disorder severity and level of cognitive functioning to treatment setting: A partial replication and extension. Vol. 31, *Psychology of Addictive Behaviors*. Rychtarik, Robert G.: Research Institute on Addictions, University at Buffalo, The State University of New York, 1021 Main Street, Buffalo, NY, US, 14203, rychtari@ria.buffalo.edu: American Psychological Association; 2017. p. 513–23.
34. Weithmann G, Hoffmann M. A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. *Eur Addict Res*. 2005;11(4):197–203.
35. Day E, Strang J. Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat*. 2011 Jan;40(1):56–66.
36. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. *The ASAM principles of addiction medicine: Fifth edition*. 2014. 1–1795 p.
37. UNODC. *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas Guía práctica de planificación y aplicación Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación* [Internet]. 2003. Available from: [https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf)
38. Minsalud M de la PS. *Actualización de la guía práctica de atención integral en farmacodependencia* [Internet]. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. 2004. Available from: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052004-actualizacion-guia-practica-atencion-integral-farmacodependencia.pdf>

## 5. Anexos

### Anexo 1. Reportes de búsqueda de evidencia en bases electrónicas de datos.

Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	PubMed
Plataforma	NIH
Fecha de búsqueda	09/07/2020
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Sin restricción
Otros límites	Abstract, Full text, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews, Humans
Estrategia de búsqueda	<p>(((((("substance-related disorders"[MeSH Terms] OR (((((((((((("addict"[All Fields] OR "addict s"[All Fields]) OR "addicted"[All Fields]) OR "addicting"[All Fields]) OR "addiction s"[All Fields]) OR "addictive"[All Fields]) OR "addictiveness"[All Fields]) OR "addictives"[All Fields]) OR "addicts"[All Fields]) OR "behavior, addictive"[MeSH Terms]) OR ("behavior"[All Fields] AND "addictive"[All Fields])) OR "addictive behavior"[All Fields]) OR "addiction"[All Fields]) OR "addictions"[All Fields])) OR (((("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields]) OR "disorder"[All Fields]) OR "disorders"[All Fields]) OR "disorder s"[All Fields]) OR "disorders"[All Fields])) OR ((("psychoactive"[All Fields] OR "psychoactives"[All Fields]) OR "psychoactivity"[All Fields])) AND "detoxification"[All Fields]) AND "inpatients"[MeSH Terms]) OR "outpatients"[MeSH Terms]) OR "hospitalization"[MeSH Terms]) OR (((("inpatient s"[All Fields] OR "inpatients"[MeSH Terms]) OR "inpatients"[All Fields]) OR "inpatient"[All Fields])) OR (((((((((((("hospital s"[All Fields] OR "hospitalisation"[All Fields]) OR "hospitalization"[MeSH Terms]) OR "hospitalization"[All Fields]) OR "hospitalised"[All Fields]) OR "hospitalizing"[All Fields]) OR "hospitality"[All Fields]) OR "hospitalisations"[All Fields]) OR "hospitalizations"[All Fields]) OR "hospitalize"[All Fields]) OR "hospitalized"[All Fields]) OR "hospitalizing"[All Fields]) OR "hospitals"[MeSH Terms]) OR "hospitals"[All Fields]) OR "hospital"[All Fields])))) AND "mental disorders"[MeSH Terms])</p>
Referencias identificadas	3943

Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	MEDLINE
Plataforma	Elsevier
Fecha de búsqueda	09/07/2020
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Sin restricción
Otros límites	[medline]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) NOT ([embase classic]/lim AND [medline]/lim) AND ('clinical trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'meta analysis'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'systematic review'/de) AND 'human'/de
Estrategia de búsqueda	((('drug dependence'/exp OR 'drug dependence' OR 'addiction'/exp OR addiction OR 'drug abuse'/exp OR 'drug abuse') AND ('drug detoxification'/exp OR 'drug detoxification') OR 'detoxification'/exp OR detoxification) AND ('hospital patient'/exp OR 'hospital patient') OR 'outpatient'/exp OR 'outpatient') AND ('mental disease'/exp OR 'mental disease') AND [medline]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) NOT ([embase classic]/lim AND [medline]/lim) AND ('clinical trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'meta analysis'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'systematic review'/de) AND 'human'/de
Referencias identificadas	764

Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	PsycInfo
Plataforma	APA. PsycNet. American Psychological Association
Fecha de búsqueda	09/07/2020
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Sin restricción
Otros límites	Methodology: Clinical Trial AND Population Group: Inpatient OR Outpatient AND Document Type: Journal Article
Estrategia de búsqueda	MeSH: : substance-related disorders OR Any Field: addict\$ OR Any Field: abus\$ OR Any Field: dependen\$ AND MeSH: detoxification AND MeSH: inpatient OR MeSH: outpatient OR Any Field: Hospitals AND



	Methodology: Clinical Trial AND Population Group: Inpatient OR Outpatient AND Document Type: Journal Article
Referencias identificadas	1133

Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	PsycInfo
Plataforma	APA. PsycNet. American Psychological Association
Fecha de búsqueda	09/07/2020
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Sin restricción
Otros límites	Methodology: Systematic Review AND Population Group: Inpatient OR Outpatient AND Document Type: Journal Article
Estrategia de búsqueda	substance-related disorders OR Any Field: addict\$ OR Any Field: abus\$ OR Any Field: dependen\$ AND MeSH: detoxification AND MeSH: inpatient OR MeSH: outpatient OR Any Field: Hospitals AND Methodology: Systematic Review AND Population Group: Inpatient OR Outpatient AND Document Type: Journal Article
Referencias identificadas	60

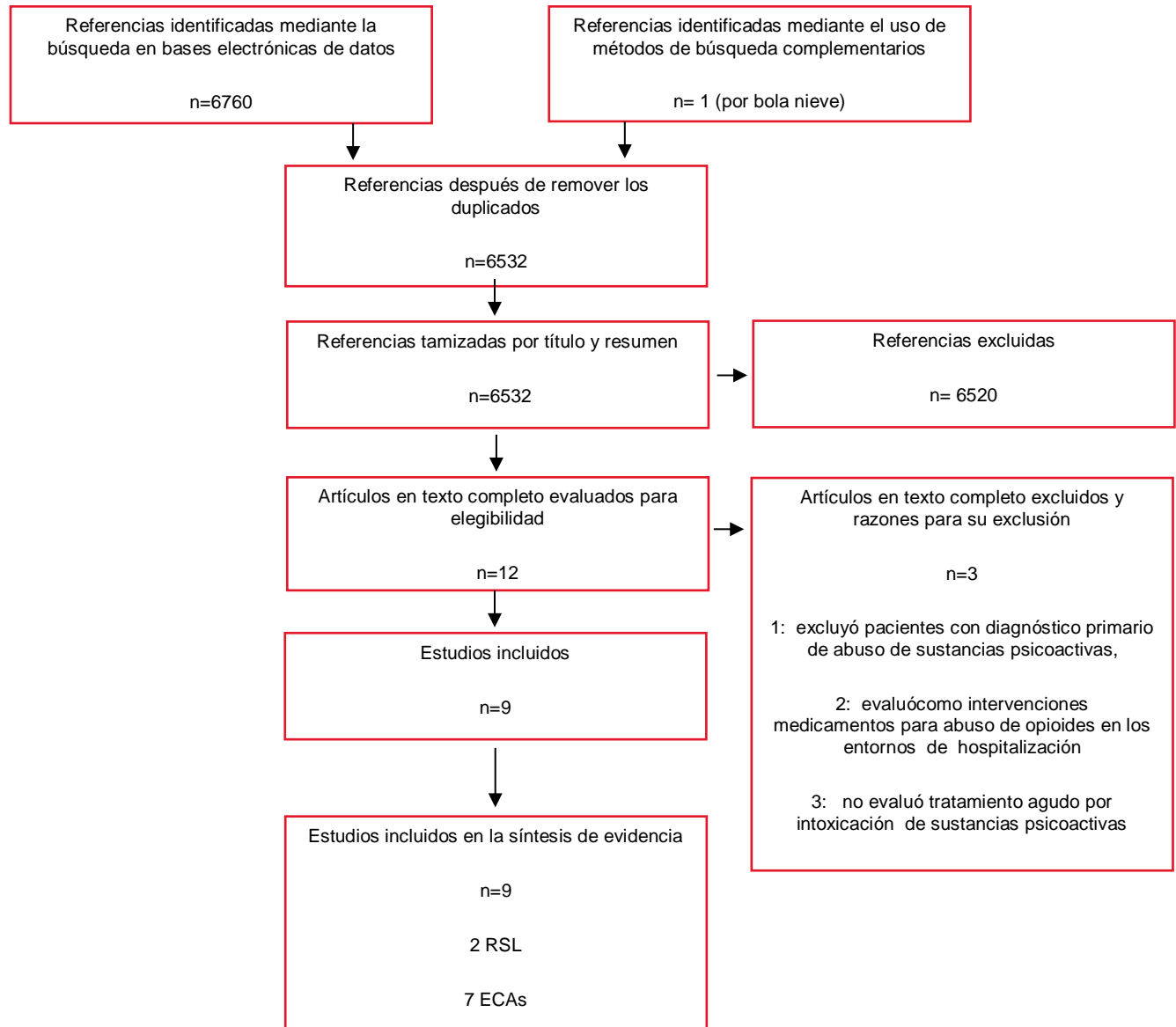
Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	Embase
Plataforma	Elsevier
Fecha de búsqueda	09/07/2020
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Sin restricción
Otros límites	AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('clinical trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'meta analysis'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'systematic review'/de) AND 'human'/de AND [article]/lim
Estrategia de búsqueda	((('drug dependence'/exp OR 'drug dependence' OR 'addiction'/exp OR addiction OR 'drug abuse'/exp OR 'drug abuse') AND ('drug detoxification'/exp OR 'drug detoxification') OR 'detoxification'/exp OR detoxification)



	AND ('hospital patient'/exp OR 'hospital patient') OR 'outpatient'/exp OR 'outpatient') AND ('mental disease'/exp OR 'mental disease') AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ('clinical trial'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'meta analysis'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'systematic review'/de) AND 'human'/de AND [article]/lim
Referencias identificadas	624

Tipo de búsqueda	Electrónica
Base de datos	Cochrane
Plataforma	
Fecha de búsqueda	09/07/2020
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Sin restricción
Otros límites	Cochrane Reviews Cochrane Central Register of Controlled Trials
Estrategia de búsqueda	#1 substance-related disorders #2 addict* #3 abus* #4 #1 OR #2 OR #3 #5 detoxification #6 inpatients #7 outpatients #8 hospital* #9 #6 OR #7 OR #8 #10 #4 AND #5 AND #9
Referencias identificadas	Cochrane Reviews = 53 Cochrane Central Register of Controlled Trials (pubmed)=183 Total=236

**Anexo 2. Diagrama PRISMA: flujo de la búsqueda, tamización y selección de estudios.**



### **Anexo 3. Estudios incluidos y excluidos en texto completo**

#### **Listado 1: estudios incluidos**

1. Griffith Edwards, SallyGuthrie. A controlled trial of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependency. *The Lancet*. Volume 289, Issue 7489, 11 March 1967, Pages 555-559. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(67\)92129-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(67)92129-0)
2. Gossop M, Johns A, Green L. Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;293(6539):103-104. doi:10.1136/bmj.293.6539.103
3. 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(6):358-365. doi:10.1056/NEJM198902093200605
4. Day E, Ison J, Strang J. Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD004580. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004580.pub2>.
5. Weithmann G, Hoffmann M. A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. *European Addiction Research*. 2005 ;11(4):197-203. DOI: 10.1159/000086402.
6. Day E, Strang J. Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat*. 2011;40(1):56-66. doi:10.1016/j.jsat.2010.08.007
7. Nuijten M, Blanken P, Van Der Hoorn B, Van Den Brink W, Hendriks V. A randomised controlled trial of outpatient versus inpatient integrated treatment of dual diagnosis patients: A failed but informative study. *J. Mental Health and Substance Use*. 2012 ;5(2):132-147. <https://doi.org/10.1080/17523281.2011.628947>
8. Nadkarni A, Endsley P, Bhatia U, et al. Community detoxification for alcohol dependence: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(3):389-399. doi:10.1111/dar.1244
9. Rychtarik RG, McGillicuddy NB, Papandonatos GD, Whitney RB, Connors GJ. Randomized clinical trial of matching client alcohol use disorder severity and level of cognitive functioning to treatment setting: A partial replication and extension. *Psychol Addict Behav*. 2017;31(5):513-523. doi:10.1037/adb0000253

### **Anexo 3. Listado 2: estudios excluidos en texto completo y razones de exclusión**

1. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;2011(12):CD004026. doi: 10.1002/14651858.CD004026.pub2. PMID: 22161384; PMCID: PMC4160006. Razón de la exclusión: dentro de la población de estudio excluyó pacientes con diagnóstico primario de abuso de sustancias psicoactivas
2. Ling W, Amass L, Shoptaw S, et al. A multi-center randomized trial of buprenorphine-naloxone versus clonidine for opioid detoxification: findings from the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network [published correction appears in *Addiction*. 2006 Sep;101(9):1374]. *Addiction*. 2005;100(8):1090-1100. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01154. Razón de la exclusión: evaluó como intervenciones medicamentos para abuso de opioides en los entornos de hospitalización
3. Timko C, Chen S, Sempel J, Barnett P. Dual diagnosis patients in community or hospital care: One-year outcomes and health care utilization and costs. *Journal of Mental Health*. 2006; 15(2), 163–177. <https://doi.org/10.1080/09638230600559631>. Razón de la exclusión: no evaluó tratamiento agudo por intoxicación de sustancias psicoactivas

#### Anexo 4. ROBIS: evaluación del riesgo de sesgos en revisiones sistemáticas

**Título de la revisión: Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence (Review)**

**Autor principal y año de publicación: Day E, 2005 (actualización 2008)**

**Nombre de la persona que aplicó la evaluación: LSMD**

**Fecha de la evaluación: 27-07-2020**

#### Fase 2: identificar preocupaciones con el proceso de revisión

##### Dominio 1: criterios de elegibilidad de los estudios

Describe los criterios de elegibilidad de los estudios, cualquier restricción en la elegibilidad, y si hubo evidencia de que los objetivos y los criterios de elegibilidad fueron preestablecidos:

- 1.1 ¿La revisión obedeció a objetivos y criterios de elegibilidad preestablecidos?  
Probablemente si
- 1.2 ¿Los criterios de elegibilidad fueron apropiados para la pregunta de la revisión?  
Si
- 1.3 ¿Los criterios de elegibilidad fueron planteados sin ambigüedades?  
Si
- 1.4 ¿Fueron apropiadas todas las restricciones en los criterios de elegibilidad basadas en las características de los estudios (p.ej., fecha, tamaño de la muestra, calidad del estudio, desenlaces medidos)?  
Si
- 1.5 ¿Fue apropiada cualquier restricción en los criterios de elegibilidad basada en las fuentes de información (p.ej., estado o formato de publicación, idioma, disponibilidad de los datos)?  
Si

Preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios

Bajo

Justificación para la preocupación:

El protocolo de la revisión fue diseñado por el grupo Cochrane de Drogas y Alcohol. La revisión fue realizada en el año 2005 y en el año 2008 hubo actualización con nueva búsqueda de estudios y contenido actualizado (sin cambios en las conclusiones), publicado en el Número 4 de 2008.

Los objetivos y criterios de elegibilidad fueron definidos claramente y obedecieron a la pregunta de la revisión

Incluyeron ensayos clínicos controlados aleatorios que comparan la desintoxicación de opioides para pacientes hospitalizados (cualquier medicamento o terapia psicosocial) con otros programas de desintoxicación con límite de tiempo (incluidas las unidades residenciales que no cuentan con personal las 24 horas del día, los centros de atención diurna donde el paciente no es residente durante 24 horas por día y ambulatorio o ambulatorio) programas y el uso de cualquier droga o terapia psicosocial). Fueron seleccionado artículos sólo en idioma inglés.

## **Dominio 2: identificación y selección de los estudios**

Describe los métodos de identificación y selección de los estudios (p.ej., número de revisores involucrados):

- 2.1 ¿La búsqueda incluyó un rango apropiado de bases de datos/fuentes electrónicas para reportes publicados y no publicados?  
Probablemente si
- 2.2 ¿Se usaron métodos adicionales a la búsqueda en bases de datos para identificar reportes relevantes?  
Si
- 2.3 ¿Los términos y la estructura de la estrategia de búsqueda probablemente recuperaron tantos estudios elegibles cómo fue posible?  
Si
- 2.4 ¿Fueron apropiadas las restricciones basadas en fecha, formato de publicación o idioma?  
Probablemente si
- 2.5 ¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la selección de los estudios?  
Si

Preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios

Bajo

Justificación para la preocupación:

Fueron incluidas 4 bases de datos en la búsqueda (Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL - The Cochrane Library Issue 2, 2008), MEDLINE (OVID - January 1966 to May 2008), EMBASE (OVID -January 1988 to May 2008), PsycInfo (OVID -January 1967 to May 2008), CINAHL (OVID -January 1982 to May 2008)), y se usaron fuentes adicionales de búsqueda. La fecha de búsqueda fue amplia, inicio de cada base de datos, hasta la fecha de actualización. La selección de los estudios fue realizada por dos autores de forma independientes, realizaron un examen sistemático de todas las referencias recuperadas en la búsqueda. Los dos autores seleccionaron de forma independiente los ensayos que evaluaban la efectividad de la desintoxicación de opioides en diferentes entornos de tratamiento.

### **Dominio 3: recolección de datos y evaluación de los estudios**

Describa los métodos de recolección de datos, qué datos fueron extraídos de los estudios o recolectados mediante otros medios, cómo fue evaluado el riesgo de sesgos (p.ej., número de revisores involucrados) y la herramienta usada para evaluar el riesgo de sesgos:

3.1 ¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la recolección de los datos?

Probablemente si

3.2 ¿Estuvieron disponibles suficientes características de los estudios, para permitirles a los autores de la revisión y a los lectores interpretar los resultados?

Probablemente si

3.3 ¿Se recolectaron todos los resultados relevantes de los estudios, para su uso en la síntesis?

Probablemente si

3.4 ¿El riesgo de sesgos (o calidad metodológica) fue evaluado formalmente usando criterios apropiados?

Si

3.5 ¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la evaluación del riesgo de sesgos?

Si

Preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios

Bajo

Justificación para la preocupación:

La extracción y manejo de datos fueron realizadas de forma independiente por dos autores. Discutieron cualquier desacuerdo y se documentaron las decisiones. Cuando fue necesario, contactaron a los autores de los estudios para ayudar a resolver el problema.

La calidad de la metodología de cada ensayo seleccionado se examinó con referencia a las directrices de la Colaboración Cochrane (Alderson 2004) sobre la base del método de ocultamiento de la asignación.

### **Dominio 4: síntesis y resultados**

Describa los métodos para la síntesis:

4.1 ¿La síntesis incluyó todos los estudios que debería?

Probablemente si

4.2 ¿Todos los análisis predefinidos fueron reportados o las desviaciones en este sentido fueron explicadas?

Probablemente si



- 4.3 ¿La síntesis fue apropiada dada la naturaleza y similitud en las preguntas de investigación, el diseño de los estudios y los desenlaces a través de los estudios incluidos?  
Probablemente si
- 4.4 ¿La variación entre los estudios (heterogeneidad) fue mínima o se abordó en la síntesis?  
Elija un elemento.
- 4.5 ¿Los resultados fueron sólidos (p.ej., como se demostró mediante un gráfico de embudo o un análisis de sensibilidad)?  
Elija un elemento.
- 4.6 ¿Los sesgos en los estudios primarios fueron mínimos o se abordaron en la síntesis?  
No

Preocupaciones respecto a la síntesis y resultados

Bajo

Justificación para la preocupación:

Fue incluido un artículo a la revisión, por tanto, los criterios 4.4 y 4.5 no fueron posibles de evaluar debido a que solo incluyeron un artículo, pero los autores de la RSL declararon y abordaron en la síntesis, que el estudio incluido, el método utilizado para generar la asignación aleatoria no fue reportado, el ocultamiento de la asignación no fue claro y las pérdidas en el seguimiento no fueron reportadas explícitamente.

### Fase 3: Juzgar el riesgo de sesgos

Resumen de las preocupaciones identificadas durante la fase 2 de la evaluación:

Dominio	Preocupación	Justificación para la preocupación
1. Preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios	Bajo	
2. Preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios	Bajo	
3. Preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar	Bajo	

los datos y evaluar los estudios		
4. Preocupaciones respecto a la síntesis y resultados	Bajo	
<b>Riesgo de sesgos en la revisión</b>		
Describa si las conclusiones fueron sustentadas por la evidencia:		
<p>A. ¿En la interpretación de los resultados se abordaron todas las preocupaciones identificadas en los dominios 1 a 4? Probablemente si</p> <p>B. ¿Se consideró apropiadamente la relevancia de los estudios identificados para la pregunta de investigación de la revisión? Probablemente si</p> <p>C. ¿Los revisores evitaron enfatizar los resultados con base en su significancia estadística? Si</p>		
<p>Riesgo de sesgos en la revisión</p> <p>Bajo</p> <p>Justificación para el riesgo:</p>		

Nota: traducción libre realizada por funcionarios de la Subdirección de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IET

**Título de la revisión:** Community detoxification for alcohol dependence: A systematic review.

**Autor principal y año de publicación:** Nadkarni, Abhijit, 2016

**Nombre de la persona que aplicó la evaluación:** LSMD

**Fecha de la evaluación:** 27-07-20

## Fase 2: identificar preocupaciones con el proceso de revisión

### Dominio 1: criterios de elegibilidad de los estudios

Describe los criterios de elegibilidad de los estudios, cualquier restricción en la elegibilidad, y si hubo evidencia de que los objetivos y los criterios de elegibilidad fueron preestablecidos:

- 1.1 ¿La revisión obedeció a objetivos y criterios de elegibilidad preestablecidos?  
Si
- 1.2 ¿Los criterios de elegibilidad fueron apropiados para la pregunta de la revisión?  
Probablemente si
- 1.3 ¿Los criterios de elegibilidad fueron planteados sin ambigüedades?  
Probablemente si
- 1.4 ¿Fueron apropiadas todas las restricciones en los criterios de elegibilidad basadas en las características de los estudios (p.ej., fecha, tamaño de la muestra, calidad del estudio, desenlaces medidos)?  
Probablemente si
- 1.5 ¿Fue apropiada cualquier restricción en los criterios de elegibilidad basada en las fuentes de información (p.ej., estado o formato de publicación, idioma, disponibilidad de los datos)?  
Probablemente si

Preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios

Bajo

Justificación para la preocupación:

La revisión sistemática se guio por un protocolo definido a priori consistente con la declaración PRISMA. Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA), auditorías publicadas, estudios observacionales, series de casos y estudios cualitativos, mientras que se excluyeron las revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis e informes de casos. Fueron seleccionado artículos sólo en idioma inglés.

### Dominio 2: identificación y selección de los estudios

Describe los métodos de identificación y selección de los estudios (p.ej., número de revisores involucrados):

- 2.1 ¿La búsqueda incluyó un rango apropiado de bases de datos/fuentes electrónicas para reportes publicados y no publicados?

<p>Probablemente si</p> <p>2.2 ¿Se usaron métodos adicionales a la búsqueda en bases de datos para identificar reportes relevantes?</p> <p>Si</p> <p>2.3 ¿Los términos y la estructura de la estrategia de búsqueda probablemente recuperaron tantos estudios elegibles cómo fue posible?</p> <p>Probablemente si</p> <p>2.4 ¿Fueron apropiadas las restricciones basadas en fecha, formato de publicación o idioma?</p> <p>Probablemente si</p> <p>2.5 ¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la selección de los estudios?</p> <p>Si</p>
<p>Preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios</p> <p>Bajo</p> <p>Justificación para la preocupación:</p> <p>Fueron incluidas 6 bases de datos en la búsqueda: Cochrane Library, Medline, EMBASE, PsycINFO, Global Health and CINAHL. No hubo restricción por fecha de búsqueda. Hubo restricción por idioma de publicación (inglés). La búsqueda fue realizada por un investigador y la selección de los estudios fue realizada por dos autores de forma independientes quienes evaluaron los títulos y los extractos de los estudios identificados mediante la búsqueda de las bases de datos electrónicas, si el título y el resumen no ofrecían suficiente información para determinar la inclusión, se recuperaba el documento completo para determinar si era elegible para la inclusión. Posteriormente discutieron sus selecciones independientes y llegaron a una lista final de documentos elegibles. En caso de desacuerdo con respecto a la inclusión, se consultó a un tercer revisor para una decisión final. Adicionalmente uno de los investigadores inspeccionó las listas de referencias de documentos elegibles que no se recuperaron mediante la búsqueda en las bases de datos electrónicas.</p>
<p><b>Dominio 3: recolección de datos y evaluación de los estudios</b></p>
<p>Describe los métodos de recolección de datos, qué datos fueron extraídos de los estudios o recolectados mediante otros medios, cómo fue evaluado el riesgo de sesgos (p.ej., número de revisores involucrados) y la herramienta usada para evaluar el riesgo de sesgos:</p>
<p>3.1 ¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la recolección de los datos?</p> <p>Probablemente si</p> <p>3.2 ¿Estuvieron disponibles suficientes características de los estudios, para permitirles a los autores de la revisión y a los lectores interpretar los resultados?</p>

<p>Probablemente no</p> <p>3.3 ¿Se recolectaron todos los resultados relevantes de los estudios, para su uso en la síntesis?</p> <p>Probablemente no</p> <p>3.4 ¿El riesgo de sesgos (o calidad metodológica) fue evaluado formalmente usando criterios apropiados?</p> <p>No hay información</p> <p>3.5 ¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la evaluación del riesgo de sesgos?</p> <p>No</p>
<p>Preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios</p> <p>Alto</p> <p>Justificación para la preocupación:</p> <p>Diseñaron un formulario para la extracción de datos relevantes para cumplir con los objetivos del estudio. Dos investigadores extrajeron los datos de forma independiente y se discutieron y resolvieron los desacuerdos sobre los datos extraídos. No estuvieron disponibles de forma suficiente las características de los estudios, para permitirles a los lectores interpretar los resultados</p> <p>No fue reportada la evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos</p>
<p><b>Dominio 4: síntesis y resultados</b></p>
<p>Describa los métodos para la síntesis:</p>
<p>4.1 ¿La síntesis incluyó todos los estudios que debería?</p> <p>Probablemente si</p> <p>4.2 ¿Todos los análisis predefinidos fueron reportados o las desviaciones en este sentido fueron explicadas?</p> <p>Probablemente no</p> <p>4.3 ¿La síntesis fue apropiada dada la naturaleza y similitud en las preguntas de investigación, el diseño de los estudios y los desenlaces a través de los estudios incluidos?</p> <p>Probablemente no</p> <p>4.4 ¿La variación entre los estudios (heterogeneidad) fue mínima o se abordó en la síntesis?</p> <p>Probablemente no</p> <p>4.5 ¿Los resultados fueron sólidos (p.ej., como se demostró mediante un gráfico de embudo o un análisis de sensibilidad)?</p> <p>No hay información</p> <p>4.6 ¿Los sesgos en los estudios primarios fueron mínimos o se abordaron en la síntesis?</p> <p>No hay información</p>

Preocupaciones respecto a la síntesis y resultados

Alto

Justificación para la preocupación:

Se incluyeron 20 estudios de diversos diseños de estudios, de los cuales 4 fueron ECAs. La síntesis probablemente no fue la más apropiada porque no se abordó teniendo en cuenta los diseños de los estudios incluidos y los desenlaces. Los autores reportaron que conducirían una síntesis cualitativa de los datos se debido a la heterogeneidad de los diseños de los estudios, las muestras y los resultados medidos, lo que impidió realizar un metaanálisis. No fueron informados los sesgos en los estudios primarios

### Fase 3: Juzgar el riesgo de sesgos

Resumen de las preocupaciones identificadas durante la fase 2 de la evaluación:

Dominio	Preocupación	Justificación para la preocupación
1. Preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios	Bajo	
2. Preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios	Bajo	
3. Preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios	Alto	
4. Preocupaciones respecto a la síntesis y resultados	Alto	

### Riesgo de sesgos en la revisión

Describa si las conclusiones fueron sustentadas por la evidencia:

- ¿En la interpretación de los resultados se abordaron todas las preocupaciones identificadas en los dominios 1 a 4?  
Probablemente no
- ¿Se consideró apropiadamente la relevancia de los estudios identificados para la pregunta de investigación de la revisión?

<p>Probablemente si</p> <p>C. ¿Los revisores evitaron enfatizar los resultados con base en su significancia estadística?</p> <p>Probablemente si</p>
<p>Riesgo de sesgos en la revisión</p> <p>Alto</p> <p>Justificación para el riesgo: En la interpretación de los resultados no se abordaron todas las preocupaciones identificadas en los dominios 1 a 4</p>

Nota: traducción libre realizada por funcionarios de la Subdirección de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.



## Anexo 5. RoB 2. Evaluación de riesgo de sesgo en ECAs

Autor	Desenlaces	Proceso de aleatorización	Desviaciones de las intervenciones previstas	Datos de resultado incompletos/faltantes (sesgo de desgaste)	Medición del resultado	Selección del resultado informado	Resumen del riesgo
Werthmann, 2005	Recaídas	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Weithmann, 2005	Alta no planificada (finalización prematura del tratamiento/abandono o suspensión del tratamiento)	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Weithmann, 2005	Abstinencia continua durante seguimiento (1 año)	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Weithmann, 2005	Porcentaje de días de abstinencia (PDA) (al año de seguimiento)	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Weithmann, 2005	Cantidad de alcohol consumidos en los días de bebida (DDD/ 12 gr alcohol absoluto) (al año de seguimiento)	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Day, 2011	Alta planificada/finalización exitosa del proceso desintoxicación	Bajo	Algunas consideraciones	Bajo	Bajo	Bajo	Algunas consideraciones
Day, 2011	Satisfacción del paciente con el proceso de desintoxicación	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

Day, 2011	Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación (seguimiento 6 meses)	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Gossop M, 1986	Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación	Alto	Ato	Bajo	Bajo	Bajo	Alto
Gossop M, 1986	Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación	Alto	Ato	Bajo	Bajo	Bajo	Alto
Griffith E, 1967	Abstinencia continua durante el seguimiento (1 año)	Algunas consideraciones	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Nuijtena M, 2011	Alta no planificada (Interrupción protocolo tratamiento)	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Hayashida M, 1989	Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Rychtarik R, 2017	Cantidad de alcohol consumidos en los días de bebida (DDD) (pacientes con alto consumo de alcohol)	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto


## Anexo 6. Tablas GRADE

**Autor(es):** GriffithEdwards, SallyGuthrie

**Pregunta:** Terapia hospitalaria (1) comparado con ambulatoria (2) para pacientes (hombres) dependientes de alcohol que no tenían otra enfermedad física o mental grave

**Configuración:**

**Bibliografía:** GriffithEdwards, SallyGuthrie. The Lancet. Volume 289, Issue 7489, 11 March 1967, Pages 555-559

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	terapia hospitalaria	terapia ambulatoria	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
<b>Abstinencia continua durante el seguimiento (1 año) (evaluado con: Auto reporte/reporte familiar o empleador)</b> 2 puntos. -Completamente sobrio para el mes, considerado consumo ocasional (menos de 7 días en el mes) sin interferir con la función social. 1 punto. - Beber más que ocasionalmente (más de 7 días en el mes) o beber ocasionalmente causando incapacidad social leve (p. Ej., El paciente pierde algunos días de trabajo). 0 puntos. -Beber en exceso provocando una discapacidad social considerable. Por lo tanto, un paciente podría obtener 0-24 puntos en el seguimiento del año.												
1	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	muy serio <sup>b</sup>	ninguno	sin diferencias no reportan el valor p o IC				 MUY BAJA	CRÍTICO
<b>Suicidio</b>												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO
<b>Muerte</b>												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO

El régimen de tratamiento fue ecléctico. Los síntomas de abstinencia se cubrieron cuando fue necesario con un tranquilizante, pero no se mantuvo a los pacientes en tratamiento a largo plazo con estos medicamentos. Se le dio una importancia central al médico formando una buena relación con el paciente. La discusión incluyó la exploración repetida de las razones para beber y de posibles métodos alternativos para lidiar con la ansiedad o la ira, y los problemas de realidad inmediata recibieron atención. Se hizo hincapié dogmático en que la dependencia del alcohol es una enfermedad que impide completamente el regreso al consumo social. Se alentó a los pacientes a asistir a reuniones de Alcohólicos Anónimos. Un representante de A.A. acompañó a los pacientes a las reuniones de grupos locales. Todos los pacientes recibieron 100 mg de carbimida de calcio citrada (Abstem). por día. Un trabajador social ayudó con el empleo y otros problemas sociales, y cuando fue necesario emprendió el trabajo de casos familiares. La duración de la estadía en el hospital fue de aproximadamente 8 semanas. Después del alta, los pacientes fueron vistos al menos una vez al mes.

Los pacientes recibieron un tratamiento muy similar. Se alentó a los pacientes a regresar al trabajo lo antes posible. Los síntomas de abstinencia debían tratarse en casa con la ayuda del médico general, la familia y A.A. La psicoterapia y el trabajo social formaban parte del régimen, al igual que con los pacientes hospitalizados, y si un paciente no podía acudir a una cita, un trabajador social haría contacto inmediato con el hogar. Se realizó una reacción de prueba de abstem, con ingreso nocturno al hospital para este propósito. El período inicial de "tratamiento intensivo" se planificó como de aproximadamente 8 semanas, y durante este tiempo los pacientes fueron vistos no menos de una vez cada quince días: a partir de entonces, como con los pacientes hospitalizados dados de alta, los pacientes ambulatorios fueron vistos no menos de una vez al mes.

Explicaciones

a. No describieron la aleatorización

b. Muestra pequeña

**Autor(es):** Weithmann G, Hoffmann M.

**Pregunta:** Tratamiento psicosocial (durante un año de seguimiento) internación/hospitalaria posterior a la desintoxicación comparado con tratamiento psicosocial ambulatorio/hospital día posterior a la desintoxicación para pacientes dependientes de alcohol

**Configuración:**

**Bibliografía:** Weithmann G, Hoffmann M. A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. European Addiction Research. 2005 ;11(4):197-203. DOI: 10.1159/000086402.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Tratamiento psicosocial internación/hospitalaria	tratamiento psicosocial ambulatorio/hospital día	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Porcentaje de recaídas durante el tratamiento												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	En el brazo de tratamiento se tuvieron 4/54 (7.4%) con recaídas y 8/55 (14.5%) en el brazo de tratamiento, no informan estimador del efecto sino el valor de p= 0.36				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Alta no planificada (finalización prematura del tratamiento/abandono o suspensión del tratamiento)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	En el brazo de tratamiento se tuvieron 6/54 (11.1%) con finalización prematura o abandono del tratamiento y 10/55 (18.2%) en el brazo de tratamiento, no informan estimador del efecto sino el valor de p=0.42				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Abstinencia continua durante seguimiento (1 año)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	En el brazo de tratamiento se tuvieron 10/54 (18.5%) con abstinencia continua por 1 años y 12/55 (21.8%) en el brazo de tratamiento, no informan estimador del efecto sino el valor de p=0.81				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO
Porcentaje de días de abstinencia (PDA) (al año de seguimiento)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	En el brazo de tratamiento se tuvieron 68.1% en porcentaje de abstinencia al año de seguimiento y 70.0% en el brazo de tratamiento, no informan estimador del efecto ni valor de p, Sin diferencias.				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRÍTICO

**Cantidad de consumo alcohol día (DDD) (al año de seguimiento) bebida estándar=12 gr absoluto/día**

**Autor(es):** Weithmann G, Hoffmann M.

**Pregunta:** Tratamiento psicosocial (durante un año de seguimiento) internación/hospitalaria posterior a la desintoxicación comparado con tratamiento psicosocial ambulatorio/hospital día posterior a la desintoxicación para pacientes dependientes de alcohol

**Configuración:**

**Bibliografía:** Weithmann G, Hoffmann M. A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures. European Addiction Research. 2005 ;11(4):197-203. DOI: 10.1159/000086402.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Tratamiento psicosocial internación/hospitalaria	tratamiento psicosocial ambulatorio/hospital día	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	54 pacientes del brazo de intervención y 55 en el brazo de comparación  Tratamiento internación/hospitalaria versus ambulatorio//hospital día R=1.04, valor p=0.36  Tratamiento internación/hospitalaria versus ambulatorio//hospital día con análisis de interacción con el tiempo de seguimiento: R= 0.67, valor p = 0.674				⊕⊕⊕○ MODERADO	CRITICO
Suicidio												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRITICO
Muerte												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRITICO

CI: Intervalo de confianza DM: Diferencia de medias

Explicaciones

a. Muestra pequeña

**Autor(es):** Nadkarni A, Endsley P, Bhatia U, et al.

**Pregunta:** Tratamiento hospitalario/internación comparado con Ambulatorio: residencial/hostel para pacientes dependientes de alcohol

**Configuración:**

**Bibliografía:** Nadkarni A, Endsley P, Bhatia U, et al. Community detoxification for alcohol dependence: A systematic review. Drug Alcohol Rev. 2017;36(3):389-399. doi:10.1111/dar.1244

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Tratamiento hospitalario/internación	Ambulatorio: residencial/hostel	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

**Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación al mes de seguimiento**

1	ensayos aleatorios	muy serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	En el brazo de tratamiento 8/22 (36.4%) tuvieron alta planificada exitosa vs 11/22 (50.0%) del grupo comprador, no determinan estimaciones del efecto Valor p=0.54 (valor calculado por los revisores)				⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	------------------------	-------------	--------------------	--------------------	---------	--	--	--	--	------------------	---------

**Abstinencia continua durante el seguimiento**

1	ensayos aleatorios	muy serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	En el brazo de tratamiento 7/21 (33.3%) tuvieron abstinencia continua durante el seguimiento vs 3/21 (14.3%) del grupo comprador, no determinan estimaciones del efecto Valor p=0.27 (valor calculado por los revisores)				⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA	CRÍTICO
---	--------------------	------------------------	-------------	--------------------	--------------------	---------	--	--	--	--	------------------	---------

**Suicidio**

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------

**Muerte**

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------

**Explicaciones**

a. Aleatorización incorrecta, pérdidas importantes de seguimiento, análisis sin intención de tratar.

b. Intervención parecida pero no idéntica: la dosis de chlórdiazepoxide fue diferente en los entornos de intervención

c. Muestra pequeña

**Autor(es):** Day E, Ison J, Strang J.

**Pregunta:** Desintoxicación con metadona hospitalaria/internación <sup>(1)</sup> comparado con ambulatoria <sup>(2)</sup> para pacientes físicamente dependientes de opioides

**Configuración:**

**Bibliografía:** Day E, Ison J, Strang J. Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD004580. DOI: 10.1002/14651858.CD004580.pub2.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Desintoxicación con metadona hospitalaria/internación	Desintoxicación con metadona ambulatoria	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación												
1	ensayos aleatorios	muy serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	Intervención 7/10 (70.0%) Comparador 11/30 (36.7%) no reporta estimación del efecto, valor p, ni IC				⊕○○○ MUY BAJA	CRÍTICO
Suicidio												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO
Muerte												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO

**Explicaciones**

a. Informó la asignación aleatoria pero no describió el método utilizado para generar asignación aleatoria. Se identificaron problemas relacionados con la asignación al azar. Los autores informaron la asignación aleatoria de pacientes aceptados para tratamiento de desintoxicación hospitalaria o ambulatoria, pero también que algunos pacientes rechazaron el tratamiento en lugar de aceptar la hospitalización. Esto puede explicar por qué 30 de los 40 participantes del estudio estaban en el grupo de tratamiento ambulatorio y solo 10 estaban en el grupo hospitalario

b. Intervención parecida pero no idéntica

c. Muestra pequeña

(1) La desintoxicación del grupo hospitalario fue supervisado por tres psiquiatras en una sala abierta de un servicio de tratamiento psiquiátrico agudo en un hospital general. La desintoxicación se realizó con metadona, no se informan detalles del proceso más allá de que los psiquiatras usaron su procedimiento habitual de desintoxicación de narcóticos con la única limitación de que la dosis de metadona no excedería los 40 mg en cualquier período de 24 horas. No se impuso la duración prescrita del tratamiento y aquellos que se sintieron estabilizados o solicitaron salir fueron dados de alta.

(2) En el grupo ambulatorio para la desintoxicación los pacientes también recibieron metadona y fueron supervisados por un psiquiatra Todas las dosis de metadona se administraron bajo la supervisión directa de la enfermera clínica y el procedimiento. ocurrió en un período fijo de 10 días. Se comenzó con una dosis flexible de 10-20 mg de metadona y estabilizándose a un máximo de 40 mg diarios en los días 2-3. La dosis fue luego individualizada, pero no más de 30 mg de metadona fueron administrado en los días 4 o 5, no más de 20 mg en los días 6 o 7, y no más de 10 mg en los días 8, 9 o 10. Todos los participantes se les ofreció asesoramiento individual por parte del psiquiatra y la clínica enfermeras A ambos grupos también se les ofreció medicación de apoyo como clínicamente indicado





**Autor(es):** Gossop M, Johns A, Green L.

**Pregunta:** Un programa de desintoxicación/abstinencia en internación/hospitalaria comparado con ambulatorio para para pacientes adictos a los opioides

**Configuración:**

**Bibliografía:** Gossop M, Johns A, Green L. Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment. Br Med J (Clin Res Ed). 1986;293(6539):103-104. doi:10.1136/bmj.293.6539.103

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Un programa de abstinencia internación/hospitalaria	ambulatorio	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación												
1	ensayos aleatorios	muy serio a	no es serio	muy serio b	serio C	ninguno	Intervención: 25/31 (80.6%) Comparador: 5/29 (17.2%) Valor p=<0.001		 MUY BAJA		CRÍTICO	
Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación												
1	ensayos aleatorios	muy serio a	no es serio	muy serio b	serio C	ninguno	Intervención: 9 (31.0%) Comparador:16 (55.2%) Valor p=<0.05		 MUY BAJA		CRÍTICO	
Suicidio												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRITICO
Muerte												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRITICO

Explicaciones

a. Aleatorización incorrecta

b. El régimen de tratamiento fue parecido, pero no idéntico. La fase de desintoxicación/abstinencia del programa hospitalario duró 21 días, usando metadona.

El programa ambulatorio duró ocho semanas e implicó la asistencia semanal a la clínica para recibir asesoramiento y apoyo de un psiquiatra. La metadona oral se suministró con receta al paciente a diario a través de una farmacia

**Autor(es):** Day E, Strang J.

**Pregunta:** Desintoxicación hospitalaria/internación comparado con ambulatoria para pacientes dependientes de opioides (heroína y metadona) usando el medicamento lofexidine prescripción utilizada en ambos brazos del estudio <sup>(1)</sup>

**Configuración:**

**Bibliografía:** Day E, Strang J. Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial. J Subst Abuse Treat. 2011;40(1):56-66. doi: 10.1016/j.jsat.2010.08.007

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Desintoxicación hospitalaria/internación	ambulatoria	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	18/35 (51.4%)	12/33 (36.4%)	OR 1.85 (0.70 a 4.89)	150 más por 1.000 (de 78 menos a 373 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (reclasificando 4 pacientes ambulatorios como falla en la desintoxicación) <sup>(2)</sup>												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	18/35 (51.4%)	8/33 (24.2%)	p=0.02 hace parte de la diferencia de proporciones entre grupos  OR 3.3 (1.17 a 9.32)  RR 2.7 (1.3-5.5) (RR calculado por los revisores)	271 más por 1.000 (de 30 más a 506 más)	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO
Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación (ajustando por tiempo de uso de medicamento) <sup>(3)</sup>												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	-/35	-/33	OR 13.9 (2.6 a 75.5)	Valor p=0.002	⊕○○○ MUY BAJA	CRITICO
Participación en el tratamiento posterior a la desintoxicación												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	27/37 (71.1%)	20/33 (60.6%)	-	Valor p=0.14	⊕⊕○○ BAJA	CRÍTICO

**Autor(es):** Day E, Strang J.

**Pregunta:** Desintoxicación hospitalaria/internación comparado con ambulatoria para pacientes dependientes de opioides (heroína y metadona) usando el medicamento lofexidina prescripción utilizada en ambos brazos del estudio <sup>(1)</sup>

**Configuración:**

**Bibliografía:** Day E, Strang J. Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial. J Subst Abuse Treat. 2011;40(1):56-66. doi: 10.1016/j.jsat.2010.08.007

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Desintoxicación hospitalaria/internación	ambulatoria	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios; MD: Diferencia media

Explicaciones

a. Se encuentran Intervalos de confianza amplios posterior a la reclasificación de los pacientes por tiempo de uso de medicamentos y por reclasificación de 4 pacientes ambulatorios. La muestra se considera pequeña y afecta en el momento de reclasificar.

Día 1 Presión arterial / pulso a tomar antes de la primera dosis de lofexidina 0.2 mg por la mañana. Si la presión arterial / pulso es estable, administre una segunda dosis de lofexidina 0.2 mg por la noche. Si la presión arterial diastólica cae más del 30% desde el inicio o el pulso cae por debajo de 55 / min, luego omita la segunda dosis.

Día 2 Controle la presión arterial y el pulso. Si es satisfactorio, entonces dé lofexidina 0.2 mg cuatro veces al día.

Día 3 Administre lofexidina 0.4 mg tres veces al día (dependiendo de la presión arterial y el pulso).

Día 4 Detener la metadona (o heroína). Administre lofexidina 0.4 mg cuatro veces al día (dependiendo de la presión arterial y el pulso)

Días 5-14 Continúe como se indica arriba para el día 4 (pacientes ambulatorios atendidos diariamente, excepto los fines de semana).

Día 15 Ofrecer al paciente una prueba de provocación con naloxona como parte del protocolo ABC normal y comenzar la naltrexona oral, si corresponde.

Día 16 Reduzca la dosis de lofexidina a 0.4 mg tres veces al día.

Día 17 Reduzca la dosis de lofexidina a 0.2 mg tres veces al día.

Día 18 Suspenda la lofexidina.

A pesar de que existía un protocolo de tratamiento durante el estudio clínico para determinar la desintoxicación si el paciente daba positivo para opioides, cocaína, anfetaminas o benzodiazepinas no recetadas, no hubo orientación sobre cannabis. Esto condujo a una diferencia imprevista en la práctica entre los dos grupos, las enfermeras en el tratamiento ambulatorio ignoraron las pruebas de orina que fueron positivas para cannabis, mientras que el personal de hospitalización adoptó un enfoque más estricto de cero tolerancias para todas las drogas ilícitas. Debido a esto el cálculo presentado se realizó teniendo en cuenta que esos pacientes con muestras positivas para cannabis presentaron fallas en la desintoxicación.

El grupo ambulatorio también tuvo en promedio un periodo de medicamentos más largo (19,9 días) que los pacientes hospitalizados (11,2 días)  $p < 0.001$ , esto fue vinculado a la mayor flexibilidad aplicada por el personal ambulatorio, por tanto, se ajustó por el tiempo de tratamiento

**Autor(es):** Nuijten M, Blanken P, Van Der Hoorn B, Van Den Brink W, Hendriks V. A


**Pregunta:** Internación comparado con Manejo ambulatorio para Intoxicación aguda por consumo de sustancias psicoactivas

**Configuración:**

**Bibliografía:** Nuijten M, Blanken P, Van Der Hoorn B, Van Den Brink W, Hendriks V. A randomised controlled trial of outpatient versus inpatient integrated treatment of dual diagnosis patients: A failed but informative study. J. Mental Health and Substance Use.2011 ;5(2):132-147. <https://doi.org/10.1080/17523281.2011.628947>

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Internación	Manejo ambulatorio	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

**Alta no planificada (Interrupción protocolo tratamiento)**

1	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	no es serio	serio <sup>c</sup>	ninguno	-/40	-/42	HR 3.5(2.0-6.2)	P valor< 0.01	 MUY BAJA	CRÍTICO
Suicidio												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO
Muerte												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO

**CI:** Intervalo de confianza

Explicaciones

a. Un cruce considerable de pacientes entre las condiciones de tratamiento ocurrió. Este cruce ocurrió significativamente más en el tratamiento ambulatorio, donde los pacientes permanecieron en tratamiento hospitalario más tiempo del previsto. Como consecuencia, el tiempo real de internación y el tratamiento no difirió entre los grupos de estudio.

b. En general, estos tratamientos consisten en una combinación de probadas intervenciones efectivas de salud mental y abuso de sustancias, coordinadas y proporcionadas por el mismo personal de tratamiento y enfocado en aprender a manejar ambas enfermedades simultáneamente (Osher y Kofoed, 1989; Mueser, Noordsy, Drake y Fox, 2003; Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004). Aunque hay una fuerte intuición justificación de este enfoque (Buckley, 2006; Drake et al., 2004; Mangrum, Spence, & López, 2006; Moggi, Brodbeck, Koitzsch, Hirsbrunner y Bachmann, 2002), el efecto de las estrategias de tratamiento integradas en ensayos controlados aleatorios (ECA) siguen sin estar claros (Cleary et al., 2008a; Horsfall, Cleary, Hunt y Walter, 2009; Tiet y Mausbach, 2007).

c. Cada grupo tiene solo 40 personas

**Autor(es):** Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, et al


**Pregunta:** Internación comparado con Manejo ambulatorio para Intoxicación aguda por consumo de alcohol

**Configuración:**

**Bibliografía:** 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(6):358-365. doi:10.1056/NEJM198902093200605

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Internación	Manejo ambulatorio	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

**Alta planificada/finalización exitosa del proceso de desintoxicación**

1	ensayos aleatorios	serio <sup>d</sup>	serio <sup>e</sup>	no es serio	serio <sup>d</sup>	ninguno	Intervención: 73/77(94.8%) Comparador: 63/87(72.4) p valor=0.0001				 MUY BAJA	CRÍTICO
Suicidio												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO
Muerte												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO

**CI:** Intervalo de confianza

**Explicaciones**

- a. Se tuvieron pérdidas considerables en el seguimiento
- b. Los grupos estuvieron constituidos por pocos pacientes

**Autor(es):** Rychtarik RG, McGillicuddy NB, Papandonatos GD, Whitney RB, Connors GJ.

**Pregunta:** Internación comparado con Manejo ambulatorio para trastorno por consumo de alcohol

**Configuración:**

**Bibliografía:** Rychtarik RG, McGillicuddy NB, Papandonatos GD, Whitney RB, Connors GJ. Randomized clinical trial of matching client alcohol use disorder severity and level of cognitive functioning to treatment setting: A partial replication and extension. Psychol Addict Behav. 2017;31(5):513-523. doi:10.1037/adb0000253

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Internación	Manejo ambulatorio	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		

**Cantidad de alcohol consumidos en los días de bebida (DDD) (pacientes con alto consumo de alcohol)**

1	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup> , b	serio <sup>c</sup>	no es serio	serio <sup>c</sup>	ninguno	-/84	-/92	RR 1,61 (1,25 a 2,07)	-	⊕⊕⊕ MUY BAJA	CRÍTICO
Suicidio												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO
Muerte												
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	CRÍTICO

**CI:** Intervalo de confianza

**Explicaciones**

a. Este estudio comparó un período inicial de tratamiento hospitalario seguido de una atención ambulatoria continua únicamente, como hicieron Rychtarik et al. (2000). Por lo tanto, no fue una comparación “pura” entre pacientes hospitalizados y ambulatorios. Sin embargo, el diseño refleja los estándares de tratamiento actuales en los que el tratamiento hospitalario rara vez se reduce abruptamente, sin derivación a atención ambulatoria continua.

b. El inventario de consumo de alcohol mide una dimensión de gravedad amplia que incluye tanto las consecuencias negativas como los síntomas de dependencia física. No está claro si se encontrarían hallazgos similares utilizando medidas de gravedad alternativas.

c. La muestra representaba una porción relativamente pequeña de personas que se presentaban para recibir atención y, al igual que con otras investigaciones sobre entornos de tratamiento, probablemente estaba sesgada hacia una mayor gravedad (Rychtarik, McGillicuddy, Connors y Whitney, 1998). Por lo tanto, es posible que los resultados del estudio no se puedan generalizar a todos los clientes que se presentan para el tratamiento de trastorno de consumo de alcohol.