

Manejo hospitalario del síndrome de abstinencia alcohólica: estrategias guiadas por síntomas y uso de fenobarbital

Hospital Management of Alcohol Withdrawal Syndrome: Symptom-Triggered Strategies and the Use of Phenobarbital

Paula Milne Morales^{ID}, José Vargas Brito^{ID}, Ana Blanco Torres^{ID},
Tomás Saavedra Poblete^{ID}, Felipe Maldonado Ulloa^{ID}.



REVISTA ANDES

Citar como: Milne Morales P, Vargas Brito J, Blanco Torres A, Saavedra Poblete T, Maldonado Ulloa F. Manejo hospitalario del síndrome de abstinencia alcohólica: estrategias guiadas por síntomas y uso de fenobarbital. *Revista Andes* [Internet]. 2026 [citado el 02 de septiembre de 2026]. Disponible en: <https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/article/view/116>

Recibido : 01/06/2026

Aceptado : 14/08/2026

Publicado : 02/09/2026



© Los autores, 2026.
Este es un artículo publicado de acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

No se declaran fuentes de financiamiento.

*Correspondencia:
Paula Milne M.
p.milne.m@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) constituye una complicación frecuente y potencialmente grave en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de alcohol. En los últimos años han emergido estrategias terapéuticas basadas en monitorización guiada por síntomas y uso de fenobarbital como alternativas a los esquemas tradicionales de benzodicepinas a dosis fijas. **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica en PubMed, Web of Science, Scopus y SciELO, incluyendo publicaciones entre 2010 y 2026. Se analizaron estudios relacionados con protocolos guiados por síntomas, escalas clínicas de monitorización y uso de fenobarbital en pacientes adultos hospitalizados con SAA. **Resultados:** Los protocolos guiados por síntomas utilizando herramientas como CIWA-Ar y mMINDS se asocian consistentemente con menor exposición acumulada a benzodicepinas y reducción de ciertos desenlaces adversos, incluyendo progresión hacia delirium tremens y reingresos hospitalarios. El fenobarbital mostró utilidad como terapia complementaria en SAA moderado y severo, especialmente en pacientes refractarios a benzodicepinas, asociándose a menor requerimiento de ingreso a UCI y menor utilización global de sedantes. Sin embargo, la capacidad predictiva de las escalas clínicas para identificar progresión hacia formas críticas fue limitada. **Discusión:** La evidencia disponible respalda una transición hacia modelos terapéuticos más individualizados y protocolizados. Sin embargo, persiste una relevante heterogeneidad metodológica y variabilidad institucional entre los estudios disponibles. **Conclusión:** Las estrategias guiadas por síntomas y el fenobarbital representan alternativas prometedoras para optimizar el manejo hospitalario del SAA. Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos que permitan definir con mayor precisión su eficacia, seguridad y aplicabilidad clínica.

Palabras clave: Benzodicepinas, Fenobarbital, Hospitalización, Delirium Tremens.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol withdrawal syndrome (AWS) is a frequent and potentially severe complication among hospitalized patients with alcohol use disorder. In recent years, therapeutic strategies based on symptom-triggered monitoring and the use of phenobarbital have emerged as alternatives to traditional fixed-dose benzodiazepine regimens. **Methodology:** A narrative review of the scientific literature was conducted using PubMed, Web of Science, Scopus, and SciELO databases, including publications from 2010 to 2026. Studies addressing symptom-triggered protocols, clinical monitoring scales, and the use of phenobarbital in hospitalized adult patients with AWS were analyzed. **Results:** Symptom-triggered protocols using tools such as CIWA-Ar and mMINDS were consistently associated with lower cumulative benzodiazepine exposure and reduction of certain adverse outcomes, including progression to delirium tremens and hospital readmissions. Phenobarbital demonstrated utility as an adjunctive therapy in moderate and severe AWS, particularly in benzodiazepine-refractory patients, and was associated with lower intensive care unit admission requirements and reduced overall sedative use. However, the predictive performance of clinical scales for identifying progression to critical forms of AWS remained limited. **Discussion:** The available evidence supports a transition toward more individualized and protocolized therapeutic models. Nevertheless, significant methodological heterogeneity and institutional variability persist across the available studies. **Conclusion:** Symptom-triggered strategies and phenobarbital represent promising alternatives for optimizing the hospital management of AWS. Prospective multicenter studies are needed to better define their efficacy, safety, and clinical applicability.

Keywords: Benzodiazepines; Phenobarbital; Hospitalization; Delirium Tremens.

Introducción

El consumo perjudicial de alcohol constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, asociado a una elevada carga de morbilidad, deterioro funcional y utilización de recursos sanitarios. El trastorno de abstinencia alcohólica representa actualmente el trastorno adictivo más prevalente en el mundo y se relaciona con múltiples complicaciones médicas, neurológicas y psiquiátricas, entre las cuales el Síndrome de Abstinencia Alcohólica (en adelante, SAA) destaca como una de las manifestaciones agudas más frecuentes y potencialmente letales¹⁻³. Clínicamente, el SAA corresponde a un estado de hiperexcitabilidad neurofisiológica que ocurre tras la reducción brusca o suspensión del consumo prolongado de alcohol en pacientes dependientes, pudiendo manifestarse mediante temblores, agitación, alteraciones autonómicas, convulsiones y delirium tremens³⁻⁵.

La relevancia epidemiológica del SAA en pacientes hospitalizados es considerable. Se estima que entre un 10% y 20% de los pacientes atendidos en entornos médicos presentan dependencia alcohólica o requieren manejo de síntomas de abstinencia durante la hospitalización^{4,6}. Además, aproximadamente un 8% de los pacientes hospitalizados presenta riesgo clínico de desarrollar SAA⁶. En unidades de cuidados críticos, esta condición adquiere especial importancia debido a su asociación con mayor morbilidad, requerimiento de ventilación mecánica y prolongación de las estancias hospitalarias promedio^{3,7,8}. Estudios hospitalarios han reportado tasas elevadas de delirium tremens, ingresos a unidades de cuidados intensivos (UCI) y mortalidad asociada, particularmente en pacientes con formas severas del síndrome⁹.

En América Latina, el impacto del consumo problemático de alcohol continúa representando un desafío sanitario relevante, tanto por la alta prevalencia de SAA como por las limitaciones estructurales de los sistemas hospitalarios para implementar protocolos especializados de detección y tratamiento oportuno. En Chile, el consumo de alcohol se mantiene entre los más altos de la región, con importante carga de enfermedad hepática alcohólica, accidentes, hospitalizaciones y complicaciones psiquiátricas asociadas¹⁰. Este escenario ha incrementado la necesidad de estrategias terapéuticas hospitalarias más seguras, estandarizadas y costo-efectivas para el manejo del SAA, particularmente en

pacientes clínicamente complejos y con múltiples comorbilidades.

Históricamente, las benzodiacepinas han sido consideradas el tratamiento farmacológico de primera línea para el SAA debido a su eficacia en la reducción de síntomas neuroexcitatorios y prevención de convulsiones y delirium tremens^{4,5,8,11,12}. Sin embargo, los esquemas tradicionales basados en dosis fijas presentan limitaciones importantes en pacientes hospitalizados, especialmente respecto al riesgo de sobre sedación, acumulación farmacológica, deterioro respiratorio y variabilidad en la respuesta clínica. Estas dificultades adquieren mayor relevancia en pacientes con enfermedad hepática alcohólica avanzada, donde el metabolismo alterado de sedantes incrementa el riesgo de complicaciones neurológicas y respiratorias¹.

Como respuesta a estas limitaciones, durante las últimas décadas han emergido nuevos paradigmas terapéuticos centrados en la monitorización protocolizada y la administración guiada por síntomas mediante herramientas estandarizadas como la *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised* (CIWA-Ar), mMINDS y otras escalas clínicas^{8,13,14}. Estos enfoques buscan individualizar la terapia sedante según la severidad clínica dinámica del paciente, disminuyendo la exposición innecesaria a benzodiacepinas y optimizando la utilización de recursos hospitalarios. En paralelo, el fenobarbital ha resurgido como alternativa terapéutica o estrategia adicional en el SAA moderado y severo, particularmente en pacientes con resistencia a benzodiacepinas o requerimientos elevados de sedación¹⁶⁻¹⁸.

Diversos estudios recientes sugieren que la incorporación de fenobarbital y protocolos guiados por síntomas podrían asociarse con una reducción de ingresos a UCI, menor utilización acumulada de benzodiacepinas y disminución de complicaciones graves del SAA^{16,17}. No obstante, la evidencia disponible continúa siendo heterogénea. Existen diferencias importantes entre instituciones respecto a protocolos farmacológicos, criterios de severidad, herramientas de evaluación clínica y desenlaces analizados¹⁹. Asimismo, gran parte de la literatura disponible corresponde a estudios retrospectivos, cohortes unicéntricas o revisiones narrativas, lo que dificulta establecer conclusiones relacionales sobre la eficacia comparativa, seguridad y aplicabilidad clínica en distintos contextos hospitalarios.

A pesar del creciente interés por las estrategias guiadas por síntomas y el uso de fenobarbital, persisten vacíos relevantes de conocimiento respecto a qué perfiles de pacientes hospitalizados se benefician más de estos nuevos enfoques, cuál es su impacto real sobre desenlaces institucionales y qué grado de seguridad ofrecen en pacientes con alta complejidad clínica. Del mismo modo, continúa existiendo controversia sobre la capacidad de las escalas clínicas para predecir deterioro severo y orientar oportunamente decisiones de manejo intensivo.

En este contexto, el presente estudio busca contribuir a la síntesis crítica de la evidencia disponible sobre la optimización farmacológica y protocolizada del SAA en pacientes hospitalizados, integrando hallazgos relacionados con eficacia clínica, seguridad terapéutica y gestión hospitalaria. La relevancia de esta revisión radica en la necesidad de consolidar modelos de atención más estandarizados, individualizados y sustentados en evidencia, capaces de reducir complicaciones graves y mejorar la calidad del manejo hospitalario del síndrome.

Objetivo General

Analizar la eficacia clínica, seguridad e impacto institucional de los nuevos paradigmas terapéuticos basados en fenobarbital y estrategias guiadas por síntomas (CIWA-Ar), en comparación con los esquemas tradicionales de benzodiacepinas a dosis fijas, para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en pacientes hospitalizados.

Objetivos Específicos

1. Comparar la eficacia clínica del fenobarbital frente a las benzodiacepinas en el control de los síntomas neuroexcitatorios, la prevención de convulsiones por privación y la progresión hacia el delirium tremens.
2. Evaluar el impacto de la terapia dirigida por síntomas en contraste con los regímenes de dosis fijas, específicamente respecto a la dosis total acumulada de sedantes y el riesgo de sobre sedación iatrogénica.
3. Determinar los desenlaces institucionales y de gestión hospitalaria (duración de la estancia hospitalaria total, tasas de ingreso no planificado a la UCI y

requerimiento de ventilación mecánica) asociados al uso de fenobarbital y protocolos guiados por síntomas.

4. Sintetizar la evidencia sobre la seguridad y el manejo de la abstinencia refractaria, identificando los perfiles de pacientes hospitalizados que más se benefician de la transición del esquema clásico al nuevo paradigma (fenobarbital/CIWA).

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre el manejo hospitalario del síndrome de abstinencia alcohólica, con énfasis en la eficacia clínica, seguridad farmacológica e impacto institucional de los protocolos guiados por síntomas y del uso de fenobarbital en comparación con los esquemas tradicionales basados en benzodiacepinas a dosis fijas.

La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PubMed, Web of Science, Scopus y SciELO. Se incluyeron publicaciones comprendidas entre enero de 2010 y marzo de 2026, incorporando además algunos artículos previos debido a su relevancia histórica y conceptual para la comprensión del manejo contemporáneo del SAA. La búsqueda fue realizada en títulos, resúmenes y palabras clave, finalizando en abril de 2026.

Los términos de búsqueda utilizados incluyeron: “alcohol withdrawal syndrome”, “alcohol withdrawal delirium”, “delirium tremens”, “benzodiazepines”, “symptom-triggered therapy”, “fixed-dose regimen”, “CIWA-Ar”, “mMINDS”, “phenobarbital”, “hospitalized patients”, “intensive care unit”, “alcohol use disorder” y “alcohol-associated liver disease”. Los descriptores fueron combinados mediante operadores booleanos (AND, OR) según los requerimientos de cada base de datos.

Se consideraron revisiones sistemáticas y metaanálisis, revisiones narrativas y guías clínicas, estudios observacionales prospectivos y retrospectivos, ensayos clínicos y estudios multicéntricos relacionados con el manejo hospitalario del SAA. Asimismo, se incluyeron series de casos con dos o más pacientes cuando aportaban información relevante respecto a estrategias terapéuticas o desenlaces clínicos.

Los criterios de inclusión fueron: 1) publicaciones realizadas dentro del periodo descrito; 2) estudios enfocados en diagnóstico, monitorización, tratamiento farmacológico y manejo hospitalario del SAA; 3) investigaciones relacionadas con protocolos guiados por síntomas, escalas clínicas de monitorización o uso de fenobarbital; y 4) estudios realizados en población adulta hospitalizada. Los criterios de exclusión correspondieron a: 1) estudios exclusivamente ambulatorios o centrados en prevención comunitaria; 2) investigaciones en población pediátrica; 3) estudios en modelos animales o in vitro; 4) artículos en idiomas distintos del inglés o español; y 5) reportes de caso aislados, cartas al editor y artículos de opinión.

Como estrategia de análisis crítico de la literatura se utilizó un enfoque inductivo y temático. Inicialmente, los estudios fueron preseleccionados mediante revisión de títulos y resúmenes. Posteriormente, se efectuó una lectura completa de los artículos elegibles, construyéndose matrices de extracción de datos que incluyeron diseño metodológico, población estudiada, intervenciones terapéuticas, escalas clínicas utilizadas y principales desenlaces clínicos e institucionales.

Resultados

La evidencia analizada confirma que el síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) constituye una complicación frecuente y potencialmente mortal en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de alcohol, especialmente cuando coexisten enfermedades médicas o quirúrgicas subyacentes^{1,3,4,19}. Se describe que hasta 1 de cada 5 pacientes hospitalizados puede requerir tratamiento por síntomas de abstinencia⁴, mientras que un 8% de los pacientes hospitalizados presenta riesgo de desarrollar SAA⁶.

Las manifestaciones clínicas más severas se asociaron predominantemente al delirium tremens. En una cohorte hospitalaria de 539 episodios, el 71,1% de los pacientes desarrolló delirium tremens, observándose además alucinaciones en 59,7% y convulsiones en 41% de los casos⁹. Los pacientes con delirium tremens presentaron mayores elevaciones de temperatura, frecuencia cardíaca y presión arterial, además de una mayor frecuencia de convulsiones y requerimiento de ingreso a unidades de cuidados intensivos⁹. En esta misma población, el 37,8% requirió ingreso a UCI y el

69,9% necesitó ventilación mecánica, con una mortalidad global de 6,6%⁹.

En pacientes críticamente enfermos, el SAA se asoció a una mayor morbilidad y progresión hacia requerimientos de cuidados intensivos^{3,7,8}. Asimismo, la presencia de enfermedad hepática alcohólica complejiza el manejo clínico, especialmente en pacientes con cirrosis o encefalopatía hepática^{1,20}. En pacientes con enfermedad hepática alcohólica y encefalopatía de Wernicke, se observaron peores desenlaces clínicos, menor recuperación completa y mayor frecuencia de síntomas como temblor, hallucinations y flapping²⁰.

Esquemas guiados por síntomas y escalas clínicas

Los estudios revisados evidencian una transición desde esquemas de benzodiacepinas a dosis fijas hacia protocolos guiados por síntomas utilizando instrumentos estandarizados como CIWA-Ar, mMINDS, GMAWS y SEWS^{4,11,13,15}.

La administración de benzodiacepinas basada en síntomas fue descrita reiteradamente como el enfoque más efectivo para el manejo hospitalario del SAA^{1,5,8}. Diversos protocolos institucionales incorporan escalas estandarizadas para orientar la dosificación y monitorización clínica^{4,15,21}. En particular, el protocolo *Yale Alcohol Withdrawal Protocol* empleó CIWA-Ar y mMINDS de manera simultánea¹⁴, mientras que otros programas utilizaron PAWSS para screening inicial y GMAWS para seguimiento clínico¹⁵.

La correlación entre herramientas clínicas fue consistentemente significativa. El coeficiente de correlación de Pearson entre CIWA-Ar y mMINDS alcanzó 0.8214 y 0.814 en pacientes con SAA severo¹³. También se describieron correlaciones importantes entre CIWA-Ar y SEWS (0.722) y entre SEWS y mMINDS (0.658)¹³. La correlación fue particularmente fuerte en pacientes con CIWA-Ar ≤ 10 ¹⁴. Además, mMINDS fue considerado el instrumento más fácil de utilizar por enfermería y el preferido por el 69,7% de los profesionales encuestados¹³.

Sin embargo, la utilidad predictiva de CIWA-Ar para identificar pacientes que progresaron a cuidados de alta intensidad fue limitada. En una cohorte multicéntrica de 8,742 pacientes, ni los puntajes CIWA-Ar ni las dosis acumuladas de medicación permitieron identificar

adecuadamente a los pacientes que requerirían cuidados intermedios o ingreso a UCI²².

Esquemas guiados por síntomas y regímenes de dosis fijas

Los protocolos guiados por síntomas demostraron ventajas clínicas relevantes respecto a los esquemas tradicionales de dosis fijas, particularmente en la reducción de la exposición acumulada a benzodiacepinas y en ciertos desenlaces hospitalarios^{11,15,21}.

En un estudio prospectivo controlado, el grupo tratado mediante enfoque guiado por síntomas requirió una dosis significativamente menor de diazepam comparado con el esquema fijo (10 mg vs 40 mg; $p<0.01$)¹¹. De manera similar, tras la implementación de un protocolo institucional, la dosis total de benzodiacepinas disminuyó significativamente de 13.5 mg a 9 mg equivalentes de Lorazepam ($p<0.001$)¹⁵.

Respecto a los desenlaces clínicos, el enfoque guiado por síntomas se asoció con una menor tasa de reingreso a 90 días y un mayor tiempo hasta el primer reingreso¹¹. A su vez, el protocolo institucional redujo la progresión hacia delirium tremens desde 7,7% a 2,3%¹⁵.

Los efectos sobre la estadía hospitalaria fueron heterogéneos. Un estudio sugiere un aumento significativo en la duración de hospitalización en el grupo guiado por síntomas (3,9 vs 2,2 días; $p<0.01$)¹¹. En contraste, otros protocolos institucionales evidenciaron reducción de la estadía hospitalaria total desde 5 a 4 días²¹ o tendencias hacia menor estadía crítica y hospitalaria total, aunque sin significancia estadística²³.

La implementación de vías clínicas protocolizadas permitió además estandarizar el manejo institucional del SAA y disminuir el número de ingresos hospitalarios relacionados con alcohol²⁴.

Fenobarbital como estrategia terapéutica emergente

La evidencia disponible identifica al fenobarbital como una alternativa razonable y apropiada para el tratamiento del SAA, particularmente en combinación con protocolos guiados por síntomas basados en lorazepam^{16,17,19}.

En un ensayo prospectivo aleatorizado, una dosis única intravenosa de fenobarbital (10 mg/kg) asociada a

un protocolo guiado por síntomas redujo significativamente los ingresos a UCI en comparación con placebo (8% vs 25%) sin incrementar eventos adversos¹⁶. De manera concordante, otro estudio retrospectivo mostró que más pacientes tratados con fenobarbital fueron dados de alta dentro de los primeros tres días de hospitalización en comparación con Lorazepam exclusivo¹⁸.

La revisión sistemática disponible concluyó que el uso de fenobarbital generalmente se asoció con menor utilización de benzodiacepinas y menor ingreso a unidades monitorizadas o UCI¹⁷. Asimismo, estudios retrospectivos identificaron menores probabilidades de nuevas visitas a urgencias y mayores tasas de alta hospitalaria con fenobarbital frente a tratamientos basados exclusivamente en benzodiacepinas¹⁷.

En Estados Unidos, el fenobarbital fue utilizado en 11,5% de los pacientes hospitalizados con SAA, generalmente combinado con benzodiacepinas y asociado al nivel de complejidad asistencial y variabilidad institucional¹⁹.

En casos de resistencia a benzodiacepinas o SAA severo, se describió el uso de barbitúricos y Propofol como alternativas terapéuticas adicionales⁸. Sin embargo, se destacó la escasez de datos robustos sobre medicamentos adyuvantes como anticonvulsivantes, dexmedetomidina o Propofol en pacientes con enfermedad hepática severa¹.

Seguridad farmacológica y manejo de pacientes complejos

Las benzodiacepinas continúan siendo consideradas los fármacos de primera línea para prevención y tratamiento del SAA^{4,7,11}. Sin embargo, diversos estudios enfatizaron la necesidad de individualizar la selección farmacológica según comorbilidades, severidad clínica y compromiso hepático^{1,12,25}. En pacientes con enfermedad hepática severa, se recomienda el uso de benzodiacepinas con menor dependencia del metabolismo hepático, como lorazepam¹.

Respecto a terapias alternativas, clonidine mostró un beneficio adicional en la reducción de puntajes CIWA-Ar después de cinco días de tratamiento². Oxazepam fue descrito como un fármaco seguro, eficiente y asociado a menos eventos adversos severos

comparado con clometiazol²⁵. Por otro lado, el oxibato de sodio demostró eficacia y seguridad tanto en abstinencia como en prevención de recaídas²⁶.

La administración intravenosa de etanol no fue recomendada debido a su eficacia cuestionable, perfil farmacocinético inconsistente y estrecho índice terapéutico⁷.

Impacto institucional en la gestión hospitalaria

La implementación de protocolos institucionales específicos para SAA mostró impacto relevante sobre la estandarización del cuidado hospitalario y ciertos indicadores de gestión clínica^{15,16,20,21}.

Los protocolos protocolizados permitieron disminuir la dosis acumulada de benzodiacepinas^{11,15}, reducir el ingreso a UCI mediante estrategias con fenobarbital¹⁶, disminuir reingresos hospitalarios¹¹ y disminuir la estadía hospitalaria total en algunos contextos institucionales²¹.

Sin embargo, la literatura también evidenció una marcada heterogeneidad en las prácticas farmacológicas hospitalarias. En un análisis multicéntrico de más de 245,000 pacientes, los patrones terapéuticos variaron significativamente según hospital, nivel de cuidado y región geográfica¹⁹. Benzodiacepinas fueron utilizadas en 92,5% de los pacientes, mientras que el uso de fenobarbital alcanzó 11,5%¹⁹.

Finalmente, distintos autores enfatizaron que la optimización del manejo hospitalario del SAA requiere protocolos estandarizados, personal entrenado y evaluación clínica frecuente mediante herramientas objetivas de monitorización^{4,5,8,12}.

Discusión

La evidencia analizada demuestra que el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) en pacientes hospitalizados está evolucionando desde esquemas tradicionales de benzodiacepinas a dosis fijas hacia estrategias protocolizadas y guiadas por síntomas. En concordancia con el objetivo principal de esta revisión, los resultados sugieren que el uso de escalas estandarizadas como CIWA-Ar y mMINDS permite optimizar la administración de sedantes, reducir la

exposición acumulada a benzodiacepinas y favorecer un monitoreo clínico más dinámico^{11,13,15}. Este cambio resulta particularmente relevante en pacientes clínicamente complejos, especialmente aquellos con enfermedad hepática alcohólica, donde la sobre sedación y el metabolismo alterado de fármacos representan riesgos clínicos significativos^{1,20}.

Respecto a la comparación entre estrategias terapéuticas, los hallazgos muestran que los protocolos guiados por síntomas logran disminuir dosis acumuladas de benzodiacepinas y reducir reingresos hospitalarios, además de asociarse a menor progresión hacia delirium tremens en algunos estudios^{11,16}. Sin embargo, el impacto sobre la duración de la hospitalización fue heterogéneo. Ciertos protocolos institucionales redujeron la estancia hospitalaria total²¹, otros observaron hospitalizaciones más prolongadas bajo monitorización intensiva guiada por síntomas¹¹. Esto sugiere que la eficacia institucional depende no solo del esquema farmacológico, sino también de factores organizacionales como entrenamiento del personal, frecuencia de evaluación clínica y, esencialmente, la complejidad basal de los pacientes.

En relación con el fenobarbital, la evidencia disponible respalda su utilidad como alternativa o terapia complementaria en SAA moderado y severo. Los estudios revisados sugieren una reducción de ingresos a la UCI y menor necesidad de benzodiacepinas cuando se incorpora fenobarbital a protocolos basados en lorazepam, sin incremento significativo de eventos adversos¹⁶⁻¹⁸. Estos resultados adquieren relevancia clínica en pacientes con SAA refractario o con alta carga neuroexcitatoria, donde la monoterapia con benzodiacepinas puede resultar insuficiente. No obstante, la literatura sigue siendo limitada y metodológicamente heterogénea, predominando estudios retrospectivos y cohortes unicéntricas que restringen la solidez aplicativa de los consensos identificados en la literatura.

Otro hallazgo relevante corresponde a las limitaciones de las escalas clínicas para predecir deterioro severo. Aunque CIWA-Ar mostró fuerte correlación con mMINDS y SEWS¹³⁻¹⁴, no logró identificar adecuadamente a los pacientes que progresaron hacia cuidados de alta intensidad²². Esto evidencia que la severidad del SAA no puede evaluarse exclusivamente mediante herramientas sintomáticas, sino que requiere integración con antecedentes clínicos,

compromiso fisiológico y comorbilidades asociadas. En pacientes críticamente enfermos o con enfermedad hepática avanzada, esta limitación posee implicancias directas sobre la seguridad del manejo hospitalario.

Entre las principales limitaciones de esta revisión destaca la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, tanto en diseño como en desenlaces evaluados. Se identificaron diferencias importantes en protocolos farmacológicos, criterios de severidad, herramientas de evaluación y variables clínicas analizadas, dificultando comparaciones directas entre investigaciones. Asimismo, gran parte de la evidencia sobre fenobarbital y protocolos institucionales proviene de estudios retrospectivos o revisiones narrativas, lo que limita el nivel de certeza disponible.

En términos clínicos, los resultados respaldan la implementación de protocolos hospitalarios estandarizados y estrategias guiadas por síntomas para optimizar el manejo del SAA y reducir potencialmente sus complicaciones asociadas. Además, el fenobarbital emerge como una alternativa prometedora en pacientes con abstinencia severa o resistencia a benzodiazepinas. Futuras investigaciones multicéntricas y ensayos clínicos comparativos serán fundamentales para definir con mayor precisión qué perfiles de pacientes se benefician más del nuevo paradigma terapéutico basado en fenobarbital y monitorización protocolizada.

Conclusión

La evidencia disponible sugiere que el manejo hospitalario del SAA está experimentando una transición progresiva hacia modelos terapéuticos más individualizados, protocolizados y centrados en la monitorización dinámica de la severidad clínica. En comparación con los esquemas tradicionales de benzodiazepinas a dosis fijas, las estrategias guiadas por síntomas demostraron asociarse consistentemente con una menor exposición acumulada a sedantes y con una optimización de ciertos desenlaces clínicos e institucionales, incluyendo reducción de reingresos hospitalarios y menor progresión hacia delirium tremens en determinados contextos asistenciales.

En paralelo, el fenobarbital emerge como una alternativa terapéutica prometedora, particularmente en

pacientes con SAA moderado a severo o con respuesta insuficiente a benzodiazepinas.

La marcada heterogeneidad metodológica entre estudios, la variabilidad de protocolos institucionales y el predominio de diseños retrospectivos dificulta establecer conclusiones definitivas respecto a superioridad terapéutica y aplicabilidad universal de estas estrategias. Asimismo, aunque herramientas como CIWA-Ar y mMINDS demostraron adecuada correlación clínica, su capacidad para predecir progresión hacia formas críticas del síndrome continúa siendo limitada.

Nuestros resultados respaldan la implementación de protocolos hospitalarios estandarizados basados en monitorización estructurada y evaluación clínica integral, especialmente en pacientes de alto riesgo. Futuras investigaciones prospectivas, multicéntricas y comparativas serán esenciales para definir con mayor precisión el rol del fenobarbital, validar herramientas predictivas de severidad y establecer estrategias terapéuticas óptimas para distintos perfiles de pacientes hospitalizados con síndrome de abstinencia alcohólica.

Referencias Bibliográficas

1. Ratner JA, Blaney H, Rastegar DA. Management of alcohol withdrawal syndrome in patients with alcohol-associated liver disease. *Hepatol Commun.* 2024;8(2):e0372. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/HC9.0000000000000372>
2. Enatescu VR, Kalinovic R, Dehelean CA, Giurgi Oncu C, Nussbaum A, Hoge L, et al. The efficacy of clonidine in the pharmacological management of alcohol withdrawal syndrome. *Eur Psychiatry.* 2020;63:S448. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31925/farmacia.2020.6.14>
3. Carlson RW, Kumar NN, Wong-McKinstry E, Ayyagari S, Puri N, Jackson FK, et al. Alcohol withdrawal syndrome. *Crit Care Clin.* 2012;28(4):549-585. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.201>
4. Claassen CA, Adinoff B. Alcohol withdrawal syndrome: guidelines for management. *CNS Drugs.* 1999;12(4):279-291. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2165/00023210-199912040-00003>

5. Lohr RH. Treatment of alcohol withdrawal in hospitalized patients. *Mayo Clin Proc.* 1995;70(8):777-782. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4065/70.8.777>
6. Foy A, Kay J. The incidence of alcohol-related problems and the risk of alcohol withdrawal in a general hospital population. *Drug Alcohol Rev.* 1995;14(1):49-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09595239500185051>
7. Hodges B, Mazur JE. Intravenous ethanol for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in critically ill patients. *Pharmacotherapy.* 2004;24(11):1578-1585. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1592/phco.24.16.1578.50945>
8. Sarff M, Gold JA. Alcohol withdrawal syndromes in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2010;38(9 Suppl):S494-S501. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181ec5412>
9. Secades RM, Vales EC, Díaz SP, Rey RR, Zemsch MP, Fernández SP. Manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general. *Rev Clin Esp.* 2008;208(10):506-512. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13128675>
10. Torres AB, Franco LV, Amaya AA, Lobo KF, Medina AI. Tendencia de los egresos hospitalarios por síndrome de abstinencia alcohólica en Chile (2020-2023). *Rev Andes.* 2025;1(3):53-58. Disponible en: <https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/article/view/35>
11. Al-Maqbali JS, Al Alawi AM, Al-Mamari Q, Al-Huraizi A, Al-Maqrashi N. Symptoms-triggered approach versus fixed-scheduled approach of benzodiazepines for management of alcohol withdrawal syndrome: Non-randomized controlled trial. *Alcohol.* 2023;106:10-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2022.09.004>
12. Lindsay DL, Freedman K, Jarvis M, Lincoln P, Williams J, Nelson LS, et al. Executive summary of the American Society of Addiction Medicine (ASAM) clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. *J Addict Med.* 2020;14(5):376-392. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ADM.0000000000000732>
13. Bradley M, Kiser TH, Mueller SW, Reynolds PM, MacLaren R. Correlation between and nursing satisfaction with CIWA-Ar, mMINDS, and SEWS scoring tools for the assessment of severe alcohol withdrawal syndrome in ICU patients. *Ann Pharmacother.* 2023;57(2):175-183. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/10600280221102562>
14. Littlefield AJ, Heavner MS, Eng CC, Cooper DA, Heavner JJ, Kurtz JM, et al. Correlation between mMINDS and CIWA-Ar scoring tools in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Am J Crit Care.* 2018;27(4):280-286. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2018547>
15. Schonewald B, Hunter K, Ely AV, Heil J, Ganetsky V, Milburn C, et al. Impact of an alcohol withdrawal screening and treatment protocol for hospitalized patients. *J Subst Use Addict Treat.* 2024;164:209443. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.josat.2024.209443>
16. Rosenson J, Clements C, Simon B, Vieaux J, Graffman S, Vahidnia F, et al. Phenobarbital for acute alcohol withdrawal: a prospective randomized double-blind placebo-controlled study. *J Emerg Med.* 2013;44(3):592-598. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.07.056>
17. Punia K, Scott W, Manuja K, Campbell K, Balodis IM, Mackillop J. SAEM GRACE: Phenobarbital for alcohol withdrawal management in the emergency department: A systematic review of direct evidence. *Acad Emerg Med.* 2024;31(5):481-492. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.14788>
18. Ibarra Jr F. Single dose phenobarbital in addition to symptom-triggered lorazepam in alcohol withdrawal. *Am J Emerg Med.* 2020;38(2):178-181. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2019.01.053>
19. Erfle BA, Steel TL, Law AC, Kaufman DA, Hills-Dunlap K, Afshar M, et al. Pharmacological Interventions for Alcohol Withdrawal Syndrome Among Hospitalized Adults: A Multicenter Cohort Study. *J Gen Intern Med.* 2026;41(4):1058-1068. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-025-09817-8>

20. Novo-Veleiro I, Herrera-Flores J, Rosón-Hernández B, Medina-García JA, Muga R, Fernández-Solá J, et al. Alcoholic liver disease among patients with Wernicke encephalopathy: A multicenter observational study. *Drug Alcohol Depend.* 2022;230:109186. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109186>

21. Muzyk AJ, Rogers RE, Dighe G, Hartung J, Musser RC, Stillwagon MJ, Rivelli S. Impact of an alcohol withdrawal treatment pathway on hospital length of stay: a retrospective observational study comparing pre and post pathway implementation. *J Psychiatr Pract.* 2017;23(3):233-241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/PRA.0000000000000229>

22. To DC, Steel TL, Carey KA, Joyce CJ, Salisbury-Afshar EM, Edelson DP, et al. Alcohol withdrawal severity measures for identifying patients requiring high-intensity care. *Crit Care Explor.* 2024;6(3):e1066. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CCE.0000000000001066>

23. Manning J, Kruse M, Lee S, Ramos MD. Managing Alcohol Withdrawal Syndrome in Hospital Settings and Its Association With Length of Stay. *Clin Nurse Spec.* 2025;39(6):254-259. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/NUR.0000000000000928>

24. Stephens JR, Liles EA, Dancel R, Gilchrist M, Kirsch J, DeWalt DA. Who needs inpatient detox? Development and implementation of a hospitalist protocol for the evaluation of patients for alcohol detoxification. *J Gen Intern Med.* 2014;29(4):587-593. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2751-3>

25. De Millas W, Ganzer F, Kuhn S, Haasen C. Oxazepam versus clomethiazol in alcohol withdrawal treatment. *Eur Addict Res.* 2010;16(4):179-184. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000317246>

26. Skala K, Caputo F, Mirijello A, Vassallo G, Antonelli M, Ferrulli A, et al. Sodium oxybate in the treatment of alcohol dependence: from the alcohol withdrawal syndrome to the alcohol relapse prevention. *Expert Opin Pharmacother.* 2014;15(2):245-257.