

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEON.**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS
ESCUELA DE FARMACIA**



Tesis para optar al título de Licenciado Químico-Farmacéutico.

**Estudio de los fármacos utilizados en los pacientes con síndrome de
abstinencia alcohólica en Medicina Interna del HEODRA de la ciudad de León
en el año 2008.**

Autores:

Br. María José Narváez Sandoval.

Br. Lissette Auxiliadora Pereira Espinoza.

Tutor:

Msc. Angélica María Sotelo Chévez.

León, Mayo 2009.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios nuestro Padre Celestial por habernos dado la sabiduría y entendimiento para la elaboración de nuestro trabajo monográfico así como también a las personas que contribuyeron al cumplimiento de esta meta para servirle a la sociedad y así poder contribuir al buen desarrollo del país.

Especialmente a:

Nuestros padres por su dedicación y esmero, sacrificio y confianza que han puesto en nosotras para ser personas de bien.

Nuestra tutora Licda. Angélica María Sotelo por brindarnos su tiempo, dedicación y ser nuestra guía en la elaboración de este trabajo monográfico.

Todos los docentes que compartieron sus conocimientos científicos, morales y humanos a lo largo de nuestra vida universitaria.

Nuestra fuente de información el departamento de estadística del Hospital Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León que con mucha amabilidad nos ayudaron a la realización de nuestro trabajo monográfico.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo monográfico a:

A mi Creador quien me dio la vida, todo lo que me rodea y la oportunidad de alcanzar este logro.

A mis padres Sr. Pedro Anubar Mejía Narváez y Sra. Primitiva Danelia Sandoval Reyes quienes me han dado su amor, su protección, el fruto de su trabajo para comprar lo que con cariño no pueden siendo los seres más generosos por mis conocidos.

A mis hermanos Geyling Yunnieth Narváez Sandoval, Clara Rosa Narváez Sandoval y Kennette Santiago Mejía Sandoval por demostrarme su cariño, ánimo y amistad incondicional siempre y a pesar de las circunstancias, gracias hermanitos preciositos.

A todos los docentes que me brindaron los conocimientos y exigencias necesarios para formarme.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron para el logro hoy obtenido.

María José Narváez Sandoval.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo monográfico a:

Dios nuestro Padre Celestial, por darme la vida, la sabiduría y entendimiento para lograr una meta más de mi vida, así también por cuidarme todos estos años de mi vida. A nuestra madre la virgen María por ser un ejemplo a seguir, ser mi compañía y guía en mi camino.

Mis padres Itza María Espinoza Espinal y Adolfo Carlos Pereira Castillo, por ser las personas que siempre han estado junto a mí para brindarme amor, consejos, esfuerzo, apoyo, sacrificio y confianza incondicional día a día que a lo largo de todos años estos han sido el pilar principal para llegar a este gran triunfo que hoy ya es fruto del esfuerzo, gracias mamá y papá por creer en mí.

Mis abuelos Ramón Espinoza Mondragón y Danelia Espinal que al igual que mis padres me han dado amor, consejos y apoyo incondicional para lograr esta meta.

Mis hermanos Carlos, Ramón, Bismarck, Francisco y mi hermana Itza por su cariño y palabras de aliento para motivarme a salir adelante y enseñarme a que en la vida todo se puede lograr.

Todas aquellas personas que de una u otra manera estuvieron siempre disponibles para alentarme y contribuir a la realización de este trabajo.

Mil gracias a todos. ¡Lo logré.

Lisette Auxiliadora Pereira Espinoza.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	3
III.	MARCO TEÓRICO	4
	Fisiopatología	4
	Manifestaciones Clínicas	5
	Valoración de la gravedad de la abstinencia	6
	Tratamiento	9
	Pautas del Manejo Farmacológico	12
	Cuadros graves específicos	13
	Formas clínicas del síndrome de abstinencia	16
	Uso de medicamentos en el síndrome de abstinencia de alcohol	19
	Tratamiento de la abstinencia alcohólica	21
	Anamnesis	25
IV.	DISEÑO METODOLÓGICO	32
V.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	35
VI.	RESULTADOS	36
VII.	CONCLUSIONES	53
VIII.	RECOMENDACIONES	54
IX.	BIBLIOGRAFIA	56
X.	ANEXOS	58
	Ficha de recolección de datos (Anexo n° 1).	58
	Protocolo de tratamiento de síndrome de abstinencia alcohólica de argentina. (Anexo n° 2)	60
XI.	GLOSARIO	61



INTRODUCCIÓN

En la actualidad a nivel mundial se vive una crisis socioeconómica que tiene consecuencias en la calidad de vida de las personas, influyendo en su estado emocional provocando estrés y depresión, llevando a que muchas de estas busquen un escape de la realidad, encontrando para lograr este fin el consumo de alcohol siendo este el más usado por su facilidad de adquisición, lo que incrementa su consumo, involucrando a toda la población en general, independientemente de su profesión y escala social.

Cuando el organismo en repetidas ocasiones ha estado expuesto a grandes cantidades de alcohol cualquier disminución repentina en el consumo puede ocasionar síntomas de abstinencia, muchos de ellos son exactamente lo contrario de los originados por la intoxicación etílica.

En Nicaragua para el año 2000 se cuantificaron un total de 7,147 intoxicaciones agudas por sustancias tóxicas a nivel nacional. La principal causa de intoxicación en Nicaragua está relacionada a la ingesta alcohólica, registrándose un total de 1,930 casos en ese año. El alcohol etílico fue la única causa de intoxicación por alcohol siendo el síndrome de abstinencia con la intoxicación aguda, la causa de consulta más frecuente. (11)

Según estudio realizado sobre el síndrome de abstinencia alcohólica en la ciudad de León en el HEODRA, departamento de Medicina Interna en el año 1989 se encontró como resultados que el inicio de la ingesta de alcohol es en la adolescencia y más frecuentemente en los hombres económicamente activos y que falta un plan de acción preventiva y de rehabilitación para el alcohólico que ingresa y egresa de este Hospital con Síndrome de Abstinencia Alcohólica. (10)

Otro estudio se concluyó en el año 1996 realizado en la misma ciudad, Hospital y departamento obteniéndose como principales características



epidemiológicas de los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica que fueron de sexo masculino, de procedencia urbana, mayores de 45 años y con escolaridad primaria alcanzada y que no existen normas terapéuticas estipuladas para la atención del paciente que ingresa con esta patología al HEODRA. (2,4)

Debido al número de pacientes que ingresan a los hospitales de Nicaragua por esta causa (20 % anualmente y puede alcanzar el 30 %), se propone realizar un estudio con pacientes que han presentado este síndrome, para conocer las características socio-demográficas de éstos y también correlacionar el tratamiento farmacológico con el cuadro sindrómico del paciente con la finalidad de determinar las características de prescripción (qué fármacos, a qué dosis y la vía de administración) y la resolución del síndrome de abstinencia para promover el uso racional de medicamentos que corresponde al perfil del farmacéutico, dicho estudio también servirá como referencia para los profesionales de la salud involucrados en la atención de los pacientes que padecen esta patología.



OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Valorar la Terapéutica farmacológica empleada en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica ingresados al HEODRA durante el año 2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las características socio demográficas de los pacientes ingresados por Síndrome de Abstinencia Alcohólica.
2. Identificar los signos y síntomas presentes en los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna del HEODRA.
3. Conocer a través de expedientes clínicos los fármacos utilizados en los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica ingresados al servicio de medicina interna del HEODRA.
4. Correlacionar los fármacos utilizados con la sintomatología presentada según fármaco, dosis y vía de administración.



MARCO TEÓRICO.

El síndrome de privación alcohólica es la expresión clínica de la interrupción brusca o disminución de la ingesta de alcohol en un paciente que ha desarrollado una dependencia física al mismo. Se manifiesta típicamente tras 6-24 horas de abstinencia, de forma involuntaria si ésta viene dada por enfermedades o lesiones, lo más frecuente es encontrarlo por algún problema asociado como por ejemplo: traumatismo, pancreatitis, cirugía programada, infarto agudo del miocardio (IAM), embarazo u otras causas de hospitalización que provocan una supresión brusca del alcohol o voluntaria tras una abstinencia forzada en el curso de una desintoxicación programada. (6,7)

El Alcohol.

Es el nombre común de una sustancia tóxica llamada alcohol etílico o etanol que es depresora del sistema nervioso central. "A grandes dosis, el alcohol es un veneno narcótico que produce intoxicación con incoordinación muscular, delirio y coma".

Fisiopatología.

El alcohol potencia la neurotransmisión inhibitoria mediante estímulo del receptor tipo A del GABA, lo cual contribuye a los efectos sedantes y ansiolíticos que se observan durante la intoxicación. Éste receptor se infrarregula durante el consumo crónico de alcohol, lo que disminuye su función y explica muchos de los síntomas de hiperexcitabilidad que aparecen tras la abstinencia.

La intoxicación prolongada también inhibe la función del receptor tipo N-metil-D-aspartato (NMDA) del neurotransmisor excitador glutamato, lo que favorece las alteraciones de la función cognoscitiva y del aprendizaje observadas en la intoxicación.



La abstinencia alcohólica invierte la inhibición del receptor NMDA favoreciendo también la aparición de síntomas y signos de hiperexcitabilidad.

La supresión de la ingesta alcohólica también estimula la transmisión dopaminérgica, que podría ser responsable de las alucinaciones, y la noradrenérgica, lo que contribuye a la hiperactividad simpática.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

La definición de síndrome de abstinencia alcohólica universalmente aceptada en la literatura es la aportada por el manual DSM-IV. En ella se exigen varias condiciones: interrupción o reducción de un consumo fuerte y prolongado de alcohol.

Aparición posterior, en unas horas o días, de 2 o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia, hipertensión); temblor de manos; insomnio; alucinaciones táctiles, auditivas o visuales transitorias; náuseas o vómitos; agitación psicomotriz; ansiedad; y crisis convulsivas de gran mal.

Los síntomas del criterio anterior producen alteraciones clínicamente significativas en la esfera cognitiva, social u ocupacional. Los síntomas no son debidos a otra enfermedad médica o psiquiátrica definidos.

La bibliografía diferencia entre síndrome de abstinencia alcohólica precoz y tardío, que habitualmente se correlacionan con los conceptos de menor y mayor en atención a la gravedad de los síntomas.

Así, el síndrome precoz o menor de abstinencia hace referencia a los síntomas que se manifiestan en las primeras 24-48 horas después del cese de la ingesta alcohólica, con aparición progresiva de temblores, insomnio, ansiedad, náuseas, vómitos, sudoración, alucinaciones y crisis epilépticas.

Las convulsiones aparecen en el 5-15% de los pacientes, típicamente entre las 6 y 48 horas de abstinencia, en número que no suele pasar de 1-3 convulsiones.



El cuadro clínico puede evolucionar en un pequeño porcentaje de pacientes después de las primeras 48 horas a formas más graves caracterizadas por la presencia de alteración de la consciencia y delirium, habitualmente acompañado de un mayor grado de hiperactividad autonómica, en lo que se reconoce como síndrome tardío o mayor de privación (delirium tremens).

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ABSTINENCIA.

Se han diseñado varias escalas clínicas para valorar la gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica. La más conocida y evaluada en ensayos clínicos es la CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale –revised-), que se ha mostrado eficaz en determinar qué pacientes precisan tratamiento farmacológico activo. Éste instrumento clasifica por grados diversos síntomas en una escala de puntos, y debe aplicarse sólo después de establecer el diagnóstico de abstinencia al alcohol. Se formula un plan de tratamiento con base en la puntuación total obtenida en aplicaciones repetidas durante el periodo sintomático.

Se considera abstinencia leve cuando la puntuación es menor de 15, moderada si está entre 16 y 20 y grave si es superior a 20.

La escala CIWA-Ar es un instrumento de medida de gravedad de los síntomas de la abstinencia alcohólica fiable, válido y reproducible en pacientes con formas moderadas y moderadas-severas de abstinencia (Recomendación grado A-[grado A]), y puede ser aplicada en plantas de hospitalización general [grado C]. Su utilidad no ha sido contrastada en pacientes con delirium tremens.

Estas escalas clínicas para valorar la gravedad del síndrome se usan mayormente en Unidades de desintoxicación alcohólica, en pacientes con



deshabitación programada, en Unidades de Psiquiatría y en general en pacientes con formas leves-moderadas de síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia alcohólica (SAA), es un ejemplo de abstinencia de depresores del Sistema Nervioso Central (SNC) y por lo tanto, es similar a lo que ocurre al suspender cualquiera de las drogas de este grupo (Benzodiazepinas, Barbitúricos).

Algunos síntomas de abstinencia, usualmente leves, pueden esperarse en la mayoría de los alcohólicos que suspenden o disminuyen el consumo de alcohol después de ingestas prolongadas. La severidad de las manifestaciones varía de un paciente a otro dependiendo, entre otros factores, de la magnitud, duración y velocidad de la ingestión alcohólica, así como de las condiciones generales del paciente.

La etiología del SAA no es totalmente conocida, pero al parecer es producido por efecto directo del alcohol. Hay hipótesis que involucran al sistema hormonal, alteraciones hidroelectrolíticas, estados de deficiencia nutricional, los que podrían estar relacionados con la severidad de los síntomas.

Los síntomas y signos pueden ser variados: de tipo conductual, neurológico, cognitivo; alteraciones del sistema gastrointestinal; alteraciones del sueño y del sistema nervioso autónomo (taquicardia, diaforesis, hipertensión, fiebre, etc.). Dependiendo del tipo de sintomatología y de su intensidad, y del momento de aparición y duración, el SAA se puede clasificar en leve, moderado o severo.

Con el fin de evaluar la intensidad del SAA se ha desarrollado un protocolo de la EPICARF (Evaluación de Privación Instituto Clínico-Addiction Research Foundation) en el que se da puntaje a una serie de síntomas y signos según su presencia e intensidad, y según el resultado obtenido, se planifica el tratamiento.



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Se evalúa: náuseas y vómitos, temblor, sudoración paroxística, ansiedad, agitación, cefalea holocránea, alteraciones táctiles, auditivas y visuales y por último orientación y alteración del sensorio.

Un clínico con experiencia, en general, sabe evaluar la severidad de un cuadro sin el uso de este protocolo. La importancia del diagnóstico del síndrome de privación está dada por el manejo que se hará en cada caso.

Además hay que tener en cuenta que estos cuadros se desencadenan complican con otras patologías médicas. Es importante hacer una buena evaluación física, ya que los alcohólicos tienen un alto riesgo de problemas médicos, por ej: cardíacos, hemorragia gastrointestinal, infecciones, falla hepática, alteraciones neurológicas, metabólicas hidroelectrolíticas, deficiencias vitamínicas y de minerales, traumatismos, etc. Estos deben ser buscados y tratados concomitantemente.



TRATAMIENTO

Dependiendo de la gravedad del cuadro, éste será farmacológico o no farmacológico. Una minoría de los pacientes con un síndrome de abstinencia requiere tratamiento farmacológico; en la mayor parte de los casos, un manejo ambulatorio con medidas generales es suficiente.

Manejo no Farmacológico.

En general, es útil para los pacientes con síndrome leve a moderado, con buen apoyo social motivados para el tratamiento. Las medidas son:

- Reposo relativo.
- Abstinencia total de alcohol.
- Líquidos a voluntad (jugos, sopas, aguas de yerbas, leche).
- Alimentación liviana según tolerancia y suplementación vitamínica.
- Permitir descanso y/o sueño.
- Limitar uso de excitantes (té, café cigarrillos). Restringir contacto con terceros: sólo personas que apoyen al paciente, brindando tranquilidad emocional.
- Incentivar positivamente, asegurando apoyo y compañía según necesidad.
- Orientar hacia la realidad, por ejemplo, recordarle la fecha, la ubicación, etc.
- Agregar medicamentos según criterio clínico. Dar instrucciones en caso de agravarse los síntomas.



- La mayoría de los síntomas son leves y de corta duración y se resuelven espontáneamente dentro de tres-cuatro días.
- La observación debe ser más intensa durante las primeras 24 horas, ya que debido a la relativa corta vida media del alcohol, los síntomas leves comienzan dentro de las 12 primeras horas de tener la ingesta y tiene su pico entre las 48-72 horas, para luego disminuir.
- Hay otros síntomas como la ansiedad, insomnio y otras disfunciones del sistema nervioso autónomo que pueden persistir por meses.

Manejo Farmacológico

En alrededor de un 5% de los pacientes con un SAA se requiere un manejo más enérgico y está dado por complicaciones más serias como un delirium (tremens), convulsiones y alucinaciones. Teóricamente, el síndrome de abstinencia a depresores del SNC se produce, pues se ha desarrollado una adicción y la droga ha disminuido demasiado rápido. Así, la reinstalación de dicha droga o cualquier otra con tolerancia cruzada, debería ayudar a disminuir los síntomas. Cualquier depresor del SNC debería ser útil: barbitúricos, benzodiazepinas, hidrato de cloral y R paraldehído.

Casi todas las revisiones están de acuerdo en que los medicamentos óptimos son las benzodiazepinas, ya que es menos probable que causen depresión respiratoria o hipotensión y neurotoxicidad al ser inyectadas intramuscularmente. Además son los únicos medicamentos, adecuadamente probados, que son superiores al placebo en tratar al SAA.

De todas formas, se evita el uso de éstos, pues existe el riesgo en los pacientes de desarrollar dependencias múltiples.



Se prefieren aquellas benzodiazepinas de vida media larga (Diazepam y Clordiazepoxido), ya que permiten dosificación menos frecuente al disminuir los niveles plasmáticos más lentamente.

En los casos en que hay un daño hepático o encefalopatía, se usan dosis menores o se prefieren aquellos de vida media más corta, sin metabolización hepática, como el Lorazepam u Oxazepam, de modo de disminuir el riesgo de acumulación y sus efectos adversos: ataxia y letargia . Estas deben ser usadas cada 4 horas ya que se corre el riesgo de una caída rápida de los niveles plasmáticos, con exacerbación de la sintomatología propia del SAA y aún precipitación de convulsiones.

Se han sugerido tratamientos farmacológicos alternativos para el tratamiento del SAA. Los más estudiados han sido los agonistas alfa-adrenérgicos, como la clonidina, que reduce la hiperactividad autonómica.

Los bloqueadores beta-adrenérgicos, como el Atenolol o propanolol, para la taquicardia, hipertensión y temblor, siendo poco efectivos contra la ansiedad, delirio y convulsiones. También hay que mencionar la carbamazepina y los bloqueadores de los canales de calcio. Todos estos pueden ser coadyuvantes de las benzodiazepinas y requieren más investigación.

Los antipsicóticos no están indicados si no existen complicaciones, pues disminuyen el umbral convulsivo y está el riesgo de disquinesia tardía. Sólo debe ser usado el Haloperidol en caso de agitación extrema alucinaciones severas o cuadros psicóticos pre-existentes.



PAUTAS DEL MANEJO FARMACOLÓGICO.

En general éste se realiza en un ambiente hospitalario, ya sea con hospitalización diurna y/o permanente. Hay que recordar que es frecuente que el SAA se desencadene al hospitalizar a los pacientes por otros problemas médicos y/o quirúrgicos, con una detención forzada de la ingesta de alcohol.

1. En general, se emplea en todos los pacientes Tiamina 100 mg. parenteralmente al ingreso y luego 100 mg. vía oral por tres días, ya que hay interferencia en la absorción y metabolización de ésta por el alcohol.

Con esto se previene la aparición del Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Hay que tener precaución con el uso de soluciones glucosadas que pueden desencadenar este cuadro si no se le añade Tiamina.

2. Manejo de la hidratación, sea en forma oral o parenteral, dependiendo del estado de cada paciente y de las alteraciones hidroelectrolíticas.

3. Uso de benzodiazepinas:

a) *Esquema de carga rápida:* Diazepam 10-20 mg. cada 1-2 horas, hasta obtener sedación, evaluando el estado general y riesgo de intoxicación. Con esto se emplean dosis de 60 mg. promedio (20 - 160 mg.) en las primeras 24 hrs. No se utilizan las benzodiazepinas en los días siguientes aprovechando la larga vida media. En el caso del clordiazepóxido, se usan dosis de 25-50% cada 1-2 hrs. Raramente se llega a dosis de 400 mg. día.

b) *Esquema de carga lenta:* Variable entre 20-60 mg. de Diazepam cada 4-12 hrs. Con este: esquema se disminuyen las dosis en 25-50% cada día, suspendiéndolas completamente entre 3-5 días. La dosis de clordiazepóxido es: 25-100 mg. cada 4-12 hrs.



- c) *El Lorazepam* se usa en forma oral, intramuscular o sublingual 2 mg. cada 1-2 hrs. hasta lograr el efecto deseado con dosis ajustables de acuerdo al paciente. La dosis de Oxazepam oral es: 15-30 mg. cada 2-4 hrs.

CUADROS GRAVES ESPECIFICOS.

Delirium o Episodio Delirioso

Se da con confusión, desorientación, ilusiones y alucinaciones múltiples, predominantemente visuales, agitación psicomotora y con un curso temporal que se agrava hacia las tardes y noches.

Manejo:

- Medidas generales: Ambiente tranquilo, orientando hacia la realidad, hidratación, etc.
- Carga rápida o lenta con Diazepam En caso de mayor compromiso se puede usar Diazepam endovenoso 2,5 mg. por minuto en suero o Lorazepam 4 mg. cada 1-2 hrs. Intramuscular.
- Haloperidol 0,5-5 mg. IM u oral cada 2 hrs. (máximo 5 dosis), en caso de agitación que no cesa con Diazepam.

Delirium Tremens.

Este cuadro se ve en un 5% de los pacientes dependientes de alcohol que asisten a un tratamiento. Es el caso extremo del cuadro descrito anteriormente, con mayor compromiso del estado general, con gran hiperactividad autonómica, gran confusión y desórdenes perceptuales floridos. Estos pacientes sin tratamiento, tienen una alta mortalidad dada por los



cuadros médicos concomitantes, los que deben ser adecuadamente manejados, más que por el SAA.

Este se trata con benzodiazepinas endovenosas, orales o IM, dosificando en forma adecuada, ya que en un comienzo se requieren grandes dosis que son acumulativas. Hay que evitar la sobredosificación ya que es necesario hacer evaluaciones generales y neurológicas de los pacientes en forma frecuente.

Se usa Haloperidol oral o IM. en caso de agitación y/o alucinaciones que no cedan con las primeras dosis de benzodiazepinas o en caso de agitación extrema como primera línea, siempre asociado a benzodiazepinas.

Convulsiones.

Las verdaderas convulsiones alcohólicas son primariamente generalizadas y estereotipadas, sin focalización en el periodo pre-ictal, ictal o post-ictal. Generalmente son una o dos, que se presentan entre las 12 y 60 hrs. después de cesar de beber y ocurren muy raramente.

El alcohol es un factor de riesgo para la epilepsia aumentando las crisis epilépticas con su consumo. Además hay muchas otras razones para que los alcohólicos tengan convulsiones, fuera de la abstinencia pura: traumatismos encéfalocraneanos, hipoglicemias, hiponatremia, hipomagnesemia. Por eso es importante distinguir los alcohólicos que tienen convulsiones de los epilépticos que beben alcohol.

El tratamiento de la típica convulsión alcohólica es con Diazepam 10 mg. endovenoso lento en caso necesario, pues generalmente las convulsiones son pocas y pasan con el tratamiento del SAA a los 3-5 días.

Si hay antecedentes de epilepsia, si hay focalización, si las convulsiones son múltiples o atípicas o si hay historia de convulsiones alcohólicas previas,



estaría indicado el uso de Fenitoína, con dosis de carga de 10-15 mg. por kg. Endovenoso u oral y luego 300 mg. al día, vía oral por 5 días.

Es perentoria la evaluación neurológica para ver si corresponde o no mantener el tratamiento por más tiempo para descartar otras causas de convulsiones.

Alucinosis Alcohólica.

Este cuadro no es una emergencia, es un cuadro psicótico, con lucidez de conciencia, en el cual los pacientes tienen alucinaciones auditivas, de género y fuente definida, de personas conocidas, con nitidez sensorial. Son más bien corpóreas, a diferencia de las alucinaciones auditivas de los esquizofrénicos, que son anónimas, poco claras, indefinidas. En general, duran un par de días y ocasionalmente, duran meses. Este cuadro es poco frecuente y desaparece con el tratamiento del SAA y puede utilizarse Haloperidol oral en las dosis ya descritas.



FORMAS CLINICAS DEL SINDROME DE ABSTINENCIA.

1. Leve.

Latencia de aparición: 6-48 después de suspendida la ingestión.

Duración: 1 a 4 días.

Sintomatología:

Irritabilidad.

Ansiedad (hiperalerta a estímulos, asustadizo).

Inquietud motora.

Temblor fino distal

Debilidad muscular.

Dificultad de concentración.

Distrabilidad.

Sudoración (cara, manos y pies).

Hipertensión sistólica.

Taquicardia.

Insomnio.

Pesadillas.

Anorexia.



Facies congestivas.

Inyección conjuntival.

2. Moderado.

Latencia de aparición: 24 a 72 horas.

Duración: 3 a 7 días.

Sintomatología:

Aumento de intensidad de síntomas y signos anteriores.

Temblor amplio e irregular mayor cuando se intenta actividad o en situaciones estresantes.

Sudoración profusa.

Taquicardia.

Agitación psicomotora

Marcada reacción a estímulos ambientales.

Angustia.

Insomnio.

Agrégase:

Náuseas, vómitos, diarreas.

3. Grave.

Latencia de aparición: 24- 96 horas.



Duración: 7 a 10 días.

Sintomatología:

Además de lo anterior se agrega: Delirio

4. Convulsiones.

Latencia de aparición: 6 - 72 horas.

Duración: 1 crisis, habitualmente.



USO DE MEDICAMENTOS EN EL SINDROME DE ABSTINENCIA DE ALCOHOL.

Problema Clínico: Síndrome de Abstinencia.

Moderado a Grave.

MEDICAMENTO	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA
Diazepam	Oral	20mg	C/1 a 2 hrs.
Clordiazepoxido	Oral	50mg	C/1 a 2 hrs.
Lorazepam	Oral o Sublingual	4mg	C/1 a 2 hrs.

Observaciones

Repetir hasta signos de mejoría o sedación.

Nº de dosis promedio: 3

Fumadores requieren dosis mayores y cirróticas una menor.

Signos de sobredosis: letargia, ataxia, diplopía, confusión.

Grave.

MEDICAMENTO	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA
Lorazepam	I.M.	4 mg.	C/1 a 2 hrs.
Diazepam	EV (o IM)	2.5 mg.	C/1 min. (Infusión).

Observaciones.

EV o IM solamente en casos excepcionales.

La mayoría responde con tratamiento oral.

Peligro de depresión respiratoria y aspiración.



Problema Clínico: Temblor severo o Arritmia Cardíaca.

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA
Propranolol	Oral	10-40 mg	C/6 hrs

Observaciones

Contraindicación: Historia de bronco-espasmo, miocardiopatías o insuficiencia congestiva. Mayor riesgo de alucinaciones.

Problema Clínico: Ilusiones, alucinaciones, agitación y/o delirio.

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA
Haloperidol	Oral o I.M.	0.5-5mg.	C/2 hrs

Observaciones

Hasta controlar síntomas o un máximo de 5 dosis.

Usar conjuntamente con Diazepam u otra benzodiacepina.

Problema Clínico: Convulsiones.

Episodio aislado.

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA
Diazepam (u otra benzodiacepina)	Oral o E.V.	Igual que S. Abstinencia	

Observaciones

Descartar causa orgánica (laboratorio, radiografía cráneo y EEG).



Historia de epilepsia o convulsiones de privaciones frecuentes.

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA
Fenitoína	Oral	100mg.	C/8 hrs

Observaciones

Al inicio dar dosis de 200 a 300 mg.

Continuar con 300 mg. diarios.

Usar sólo por 5 días en convulsión de privación.

Convulsiones repetidas en pocas horas.

MEDICAMENTO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA
Fenitoína	E.V. Lento	50mg.	C/1 min. (Infusión)

Observaciones

Hasta completa carga de 10 mg. por Kg. de pesos y continuar 300 mg. al día por 5 días. Dar Diazepam EV en caso de status epiléptico. (7)

TRATAMIENTO DE LA ABSTINENCIA ALCOHÓLICA.

Se deberá atender los problemas médicos asociados que puedan requerir una atención prioritaria inicial, esto puede ser convulsiones, paro cardiorrespiratoria, politraumatismos, etcétera.

Es necesaria la intervención precoz con fármacos sustitutivos, que presentan tolerancia cruzada con el alcohol ya que si no se actúa sobre este cuadro puede aparecer el delirium tremens en el que existe una marcada hiperactividad autónoma asociada a fenómenos alucinatorios vívidos (insectos o animales pequeños), terror y agitación intensa.



Es frecuente la presencia de fiebre y de convulsiones, este cuadro es una urgencia médica que debe recibir tratamiento urgente.

En general el paciente que presenta un síndrome de abstinencia menor no presenta estado de deshidratación por lo que el tratamiento ambulatorio y por vía oral es el más recomendado, Se le debe administrar Tiamina 100 mg día, también ácido fólico 1 mg día, asociar una benzodiazepina con el fin de prevenir convulsiones, tranquilizar al paciente y disminuir los síntomas neurovegetativos, en general utilizamos diazepam 10 mg cada 6 u 8 horas e hidratación abundante, se pueden utilizar otras benzodiazepinas como el Lorazepam 2 mg cada 6 hs, este último se recomienda porque no tiene pasaje hepático, en nuestra experiencia el uso del diazepam ha sido el mejor resultado.

En el caso que los síntomas neurovegetativos sean muy acentuados (taquicardia, hipertensión y ansiedad) se puede asociar un betabloqueante como propanolol 10 mg cada 6 u 8 horas, o Atenolol 50 mg cada 12 horas.

En el caso que el paciente presente agitación psicomotriz con síntomas neurovegetativos acentuados se opta por la internación donde se utiliza la vía parenteral comenzando con un plan de solución fisiológica de 1000 cc más 20 mg de diazepam, más Tiamina 100mg (pueden ser disueltos en el suero o vía oral) más 1 ampolla de vitamina C (ac. Ascórbico) en tubuladura, más complejo B6 y B12.

Este esquema se administra durante 12 horas seguidas y luego se intercala con 1000 cc de solución con dextrosa 5% más 20 mg diazepam, más 2 amp vit B1, B6, B12, pasar en 12 hs, de esta forma también se trata la hipoglucemia (recordar que siempre se debe administrar Tiamina antes que la glucosa debido a que la entrada en la célula es más lenta que esta última que es casi inmediata).



En estos pacientes también se asocia carbamazepina 200 a 400 mg como antirrecurrencial V.O. Se administra también sulfato de magnesio V.O.

El uso de la vía parenteral en la internación responde a varios objetivos, uno de ellos es la sujeción del paciente ya que la modalidad es a puertas abiertas y no hay medidas de contención física; al estar con un suero el paciente se ve con menos posibilidades de evadir la situación.

Otro objetivo es el uso de una vía en particular como un método disuasivo, es decir, esta forma le da psicológicamente a la persona una sensación de gravedad de su cuadro lo cual se utiliza posteriormente como estrategia de reflexión y motivación para el cambio, no es lo mismo para el paciente si la abstinencia se abordó terapéuticamente sólo con fármacos por vía oral a que si hubo que administrárselos por vía parenteral.

Como tercer objetivo, es tener una vía de acceso al medio interno del paciente por si se presentara alguna complicación que así lo requiera (Convulsiones, hidratación).

El delirium tremens es el síndrome de abstinencia grave, en su grado máximo para su tratamiento se debe colocar al paciente en una habitación tranquila y bien iluminada. Si está muy agitado es mejor sujetarlo a la cama para evitar que se lesione o que agreda a sus cuidadores.

La reposición hídrica debe ser mayor que lo habitual ya que el paciente se encuentra deshidratado y con déficit de vitaminas, minerales y electrolitos, suele requerir de 2-4 litros de suero al día (en ocasiones puede llegar a ser necesario hasta 8 litros).



Hidratación

- 1) Se comienza con 2.000-4000 ml de suero fisiológico mas Tiamina 100 mg mas reposición de potasio, magnesio y fósforo, mas 1 mg de acido fólico, 20 mg de diazepam, acido ascórbico, 5 o 10 mg Haloperidol.

Se coloca todo en el suero y se pasa en un término de 12 hs. Si hubiere necesidad de mayor sedación se puede dar más benzodiazepinas V.O.

- 2) Intercalar con suero glucosado al 5% 2000- 4000 ml mas potasio, magnesio y fósforo, 1 mg de acido fólico, 10-20mg diazepam, acido ascórbico,
- 3) Haloperidol 5 o 10 mg. Se coloca todo en el suero y se pasa en 12 hs.

Los neurolépticos tipo butirofenonas (Haloperidol) logran sedación en el paciente agitado, sin alteración de la permeabilidad de la vía aérea. Respecto a la disminución del umbral epileptógeno por estos fármacos hay opiniones contradictorias; en algunos casos es bien tolerado por el paciente y remite los síntomas psicóticos y de agitación. El sulfato de magnesio, deficitario en el paciente alcohólico, puede jugar su papel en el tratamiento de las convulsiones y arritmias.

El paciente con delirium tremens hay que derivarlo a UCI o bajo control estricto por la gravedad del estado general del individuo. Se mantiene bajo vigilancia estricta y frente a cualquier complicación que supera la atención en el sector se deriva a la UCI de la misma institución continuando el cuidado en conjunto con el equipo de terapia intensiva.

Posteriormente a superar el síndrome de abstinencia se instaura con el paciente un tratamiento integral con un equipo interdisciplinario con abordaje psicoeducativo, psicoterapéutico y eventualmente psicofarmacológico para abordar su alcoholismo.



ANAMNESIS

Como primera medida realizar una historia clínica con una anamnesis a familiares y amigos, recoger datos importantes como tipo de bebida que ingiere de forma crónica, si toma alguna bebida alternativa como alcohol farmacéutico o jarabes farmacológicos que contienen alcohol como diluyente, cantidad, la duración de la adicción, el tiempo de la última ingesta, tratamientos alternativos para sobrellevar el síndrome de abstinencia, razones por la que se interrumpe la ingesta, síntomas de abstinencia previos, problemas médicos asociados.

Es importante obtener la historia de abusos a drogas en pacientes ingresados por otros motivos (IAM, poli traumatizado), ya que podremos anticiparnos al síndrome de abstinencia durante el ingreso.

Si el paciente es capaz de aportar una historia clara, es importante determinar la causa de la interrupción de la ingesta alcohólica.

A menudo el paciente manifiesta síntomas sugerentes de pancreatitis, úlcera péptica, hemorragia digestiva o diversos síntomas acompañantes que requieren un estudio más dirigido. El paciente alcohólico suele estar inmunocomprometido, mal nutrido y por tanto expuesto a agentes infecciosos tipo tuberculosis, y puede presentar síntomas de neumonía, meningitis, peritonitis bacteriana entre otros.

Chequear alucinaciones (25% de predominio visual, a veces auditivo conservando sensorio), convulsiones (25-35%, que pueden presentarse en crisis progresando al delirium tremens). El estatus epilepticus puede aparecer en el 3% por lo que hay que descartar otras causas de convulsiones como traumatismo craneoencefálico asociado, epilepsia crónica de base, meningitis, etcétera.



Es posible observar una intensa deshidratación secundaria a diaforesis, hiperventilación y restricción en la ingesta de líquidos.

Examen físico.

En segundo lugar realizar un examen físico, el cual es importante hacer una vez realizadas las maniobras de resucitación, tratadas las convulsiones y administrada la sedación para una agitación grave, y habrá que descartar lesión de órganos, Cabeza y cuello: hipertrofia parotídea, telangiectasias, dentadura a menudo descuidada e inflamada, parálisis de los músculos extraoculares que pueden indicar encefalopatía de Wernicke y otros procesos intracerebrales. Puede haber signos de sangrado digestivo reciente con sangre en faringe o fosas nasales, presencia de meningismo, laceraciones linguales como manifestación de una convulsión reciente u otro traumatismo, evidencia de traumatismo facial o craneal tales como signos de fractura de base de cráneo que sería necesario descartar o confirmar.

Tórax: Puede evidenciarse taquipnea durante el síndrome de abstinencia alcohólica. Las fracturas costales son frecuentes y se pueden asociar a neumotórax. Muchos son grandes fumadores y es común encontrarnos hallazgos de EPOC como tórax en tonel, hipoventilación, sibilancias, tos, cianosis. Signos de neumonía como tos productiva fiebre, sibilancias localizadas, trabajo respiratorio.

Los crepitantes pueden hallarse en el contexto de cardiopatía isquémica con fracaso ventricular izquierdo o como expresión de un fallo de alto gasto. El beriberi húmedo se asocia con la deficiencia de Tiamina crónica. Esta entidad suele pasar desapercibida. La respiración de Kussmaul refleja una acidosis metabólica subyacente secundaria a cetoacidosis, ingesta de alcoholes o secundaria a fármacos. (Metanol, etilenglicol, salicilatos).



Corazón: Es común la taquicardia y la presencia de soplos, extrasístoles y galope.

Abdomen: Estigmas de alcoholismo crónico como circulación colateral superficial, ascitis, y la hepatomegalia (hígado graso agudo) es un signo precoz.

El hígado cirrótico reducido de tamaño es un signo tardío. La esplenomegalia es frecuente en pacientes cirróticos.

La defensa abdominal difusa en paciente con ascitis puede indicar una peritonitis bacteriana espontánea.

Podemos encontrarnos otras causas de peritonitis como una apendicitis perforada. La defensa epigástrica puede reflejar pancreatitis o enfermedad ulcerosa péptica.

El tacto rectal es útil para reflejar la presencia de sangrado digestivo. La atrofia testicular es frecuente en el paciente alcohólico.

Extremidades: examinar signos de traumatismos, artritis, osteomielitis. Son frecuentes las contracturas de Dupuytren.

Sistema Nervioso Central: El síndrome de abstinencia alcohólica suele llevar un curso progresivo con agitación ascendente, confusión, desorientación, alucinaciones visuales y auditivas, temblor, convulsiones, sudoración, pánico y agresividad con potenciales ataques con daños a terceros. La tormenta adrenérgica central se refleja como hiperventilación, taquicardia, temblor y sudoración. La febrícula es común reflejando la hiperactividad motora, los reflejos están exaltados y es posible la presencia de clonus. La paresia de pares craneales puede indicarnos encefalopatía de Wernicke o traumatismo intracraneal. Se hace necesaria una exploración minuciosa. Es común la neuropatía periférica de difícil diagnóstico por la falta



de colaboración del paciente. El déficit neurológico focal, signos meníngeos no forman parte del cuadro clínico de síndrome de abstinencia alcohólica y obligan a una investigación más concienzuda.

Piel: Arañas vasculares, eritema palmar.

Exámenes complementarios

En tercer lugar es necesario realizar estudios complementarios.

Hemograma completo: La ingesta crónica de alcohol conduce a mielosupresión con ligero descenso en todas las series (disminución de glóbulos blancos y plaquetas).

Las pérdidas gastrointestinales y deficiencias nutricionales producen anemia que es muy común en el paciente con síndrome de abstinencia a alcohol.

Determinar la hemoglobina/hematocrito precozmente en el curso del tratamiento.

Hay que recordar en muchos de estos pacientes están deshidratados y hemoconcentrados y la anemia solo aparece tras una hidratación correcta.

La anemia megaloblástica se ve en algunos casos con dieta deficitaria en B12 y ácido fólico, donde es muy importante chequear el Volumen Corpuscular Medio (VCM).

Dosaje de vitamina B12 y ácido fólico (el consumo de alcohol afecta además los niveles de ingestión o el metabolismo de riboflavina, piridoxina, ácido ascórbico, vitamina D, vitamina K, Tiamina, ácido fólico y niacina).

Muchos alcohólicos (30-90%) tienen macrocitosis, por el efecto tóxico del alcohol sobre la maduración de serie roja y no por deficiencia de ácido fólico.



Es poco específico y sensible, pero es orientativo. Cuando se debe a abuso etílico, se normaliza en tres a cuatro meses de abstinencia.

Glucemia: Con el síndrome de abstinencia se desarrolla ansiedad, agitación, temblor, convulsiones y sudoración, estos síntomas pueden ser manifestación de hipoglucemia que hay que descartar.

Los pacientes con hepatopatía alcohólica tienen reducidos los depósitos de glucógeno y son más propensos a desarrollar hipoglucemia.

Insulinemia para descartar el síndrome metabólico y riesgo de desarrollo de una diabetes.

Colesterol HDL, LDL.

Aumento en los niveles de ácido úrico, triglicéridos y urea.

Hepatograma: gamma glutamil transferasa (GGT); es una prueba sensible para la ingesta crónica y excesiva de alcohol y está aumentada en más del 50% de los pacientes un problema de alcohol y en el 80% de los que presentan problemas hepáticos, aumentando hasta 5 veces su valor normal. Cuando se debe al abuso de etanol se normaliza en unas seis semanas, aminotransferasas: Transaminasa Glutámica oxalacética (GOT), Transaminasa Glutámica pirúvica (GPT) con frecuencia están elevadas con el consumo excesivo y están muy aumentadas en la hepatitis por alcohol. En la hepatopatía alcohólica suele elevarse más la GOT (aspartato transaminasa) que la GTP (alanina transaminasa). Una relación mayor a 1,5 es sugerente que la hepatopatía es de origen etílico, y seguro cuando es por encima de dos.

Bilirrubinas.

Proteinograma completo (suelen presentarse los valores por carencia nutricional debido a la deficiencia hepática, el consumo crónico de alcohol



genera también una mal nutrición secundaria por la afectación de la digestión y la absorción de nutrientes).

Actividad de protrombina: Se usa como índice del funcionalismo hepático, importante en pacientes con cirrosis hepática dado su riesgo de coagulopatías.

Será obligatorio en pacientes con sangrado activo gastrointestinal ya que puede revertirse mediante la administración de plasma fresco congelado.

Bioquímica: Es necesario valorar el funcionalismo renal (creatinina) así como el equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico. La cetoacidosis alcohólica ocurre tras ingestión intensa de etanol y se anuncia por inanición y vómitos y en ocasiones por alteración de la respiración (Kussmaul) y dolor abdominal.

La cetoacidosis se origina por acumulación de acetoacetato y betahidroxibutirato. Suele asociarse a hiperventilación (alcalosis respiratoria) y vómito prolongado (alcalosis metabólica)

por lo que se nos presentará como un trastorno mixto lo que asociado a depósitos disminuidos de potasio y fosfato lo transforman en un trastorno metabólico complejo que en presencia de un buen funcionalismo renal tendrá buena respuesta a la reposición hidroelectrolítica con cristaloides, glucosa, potasio, fosfato, benzodiazepinas, vitaminas y antieméticos.

Dosaje de electrolitos séricos (Na, K) Calcemia Magnesemia (suele estar disminuida). TSH, T4 libre (para descartar alteraciones tiroideas frecuentes de encontrar).

Orina completa Screening en orina de alcohol (la alcoholuria tiene un margen de 24hs, es un índice cierto de ingestión en las horas previas, no informa si el consumo es esporádico o habitual, aunque son útiles para desenmascarar a un alcohólico que niega haber bebido recientemente) y de otras sustancias adictivas (cocaína, cannabinoides).



Radiografía de tórax (descartar patologías pulmonares porque en general suelen ser tabaquistas, descartar signos de traumatismos, cardiomegalias).

Electrocardiograma: Dependiendo de la edad del paciente, circunstancias clínicas y síntomas. Se realizará una vez sedado el paciente, cuando es técnicamente posible. Es necesario ya que la tormenta adrenérgica desarrollada durante el síndrome de abstinencia aumentan las demandas de oxígeno miocárdico que puede desembocar en isquemia miocárdica en pacientes susceptibles. (5)



DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de Estudio.

Es un estudio de consumo cualitativo aplicado a los pacientes que presentan síndrome de abstinencia alcohólica, de tipo descriptivo y transversal.

Área de estudio.

Sala de Medicina Interna de Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León.

Universo.

Todos los pacientes que ingresaron a la sala de Medicina Interna del HEODRA en el periodo de enero a diciembre de 2008.

Muestra.

50 pacientes ingresados a la sala de Medicina Interna del HEODRA con diagnóstico de síndrome de abstinencia alcohólica durante el periodo de estudio establecido.

Método de recolección de información.

El método utilizado fue una ficha de recolección de datos diseñada para obtener información necesaria para este estudio; agrupando todos los casos de síndrome de abstinencia alcohólica sin exclusión alguna.

Fuentes de información.

Se considera de tipo secundaria porque los datos son obtenidos de los expedientes clínicos de cada uno de los pacientes involucrados en el estudio.



Variables

Características socio demográficas.

Signos y síntomas.

Tratamiento fármaco terapéutico.

Dosis, vía de administración.



PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

En este estudio se analizará todas las variables. Para clasificar y tabular los datos se utilizará el Método Estadístico Descriptivo Simple mediante la técnica manual llamado " Método de Palotes". Se confeccionará previamente una tabla disponiendo en forma vertical valores o alternativas que toman las variables y en forma horizontal el número de unidades de análisis que corresponden a cada una de dichas categorías.

Para efectuar el procesamiento y el análisis de la información se utilizará el programa computarizado Microsoft Office Excel 2007. La presentación de resultados se efectuará mediante cuadros y gráficos de acuerdo a objetivos planteados.

PLAN DE ANÁLISIS.

Cruce de variables.

Edad vs. Sexo vs. Procedencia vs. Escolaridad.

Signos vs. Síntomas vs. Tratamiento.

Tratamiento vs. Dosis vs. Vía de administración.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDIDAS.
Características socio demográficas.	Son los atributos que presentan los pacientes en estudio.	Número de características sociales: Edad, Escolaridad Sexo, Procedencia.	Porcentaje de cada tipo de característica.
Signos y síntomas presentados.	Son manifestaciones físicas y psicológicas que caracterizan al paciente.	Nº de las formas clínicas dentro del síndrome de abstinencia alcohólica.	Porcentaje de cada forma clínica.
Tratamiento farmacológico.	Son el conjunto de estrategias aplicadas para lograr la mejoría de los pacientes.	Tipo de Tratamiento farmacológico. (posología)	Porcentaje de fármacos administrados.
Dosis	Cantidad específica de medicamento administrada de una vez.	Cantidad equivalente a mg o ml de cada fármaco utilizado.	Frecuencia de dosis utilizada de un fármaco.
Vía de administración.	Medio por el que un fármaco se aplica a un individuo.	Cantidad de veces que se administraron fármacos por cada vía.	Porcentaje de vías utilizadas.



RESULTADOS.

Los siguientes resultados se obtuvieron a partir de la revisión de 50 expedientes clínicos correspondientes a igual número de pacientes diagnosticados con síndrome de abstinencia alcohólica del HEODRA.

TABLA 1

Características socio demográficas.

Edad Grupos Etáreos	N	%	ESCOLARIDAD										PROCEDENCIA				SEXO			
			I*		P*		S*		U*		O*		Urbana		Rural		F		M	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< de 18 años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18-35 años	16	32	1	2	7	16	8	16	-	-	-	-	15	30	1	2	-	-	16	32
36-59 años	32	64	7	14	17	32	8	16	-	-	-	-	30	60	2	4	-	-	32	64
60 o más años	2	4	-	-	1	2	1	2	-	-	-	-	2	4	-	-	-	-	2	4
TOTAL	50	100%	8	16%	12	50%	9	34%	-	-	-	-	48	94%	3	6%	-	-	50	100%

Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

*I: Ilustrado P: Primaria S: Secundaria U: Universidad O: Otros.

Características socio demográficas de los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica.



La tabla 1 muestra las características socio-demográficas de los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica, los que correspondieron solamente al sexo masculino, no se encontraron pacientes menores de 18 años, pudiendo ser debido a las costumbres que se tienen en el país, y las edades de 36 a 59 años fueron las de mayor prevalencia encontrándose 32 pacientes para un porcentaje 64%, el grupo de edades de 60 años a más es el grupo más pequeño en correspondencia a los demás obteniéndose el número de 2 pacientes para un porcentaje de 4%. Según datos estadísticos el síndrome de abstinencia alcohólica tiene un porcentaje de 20% de prevalencia pudiendo llegar al 30 % de ingresos a los hospitales del país.

En relación a la escolaridad y procedencia en este estudio se obtuvo que la mayoría de pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica tienen un nivel de escolaridad primaria mayormente entre las edades de 36 a 59 años, mientras que los niveles de secundaria, universidad y otro nivel superior ningún paciente de la muestra llegó a cursar, ya sea por falta de recursos económicos o falta de interés en mejorar su calidad de vida al ejercer una profesión cualquiera que esta fuese así como a la adopción del alcoholismo como parte fundamental de su diario vivir pues todos los pacientes son alcohólicos crónicos, habiendo sido ingresados al hospital en otras ocasiones por padecimientos asociados al alcoholismo según expedientes; la mayor prevalencia de procedencia en comparación con las edades es la urbana, presente entre las edades de 36 a 59 años, aunque se cataloga como área urbana, la mayor parte de los pacientes son de áreas bastante pobres de la ciudad de León y en peores condiciones la minoría que procede del área rural.



INFORMACIÓN TERAPÉUTICA.

TABLA 2.

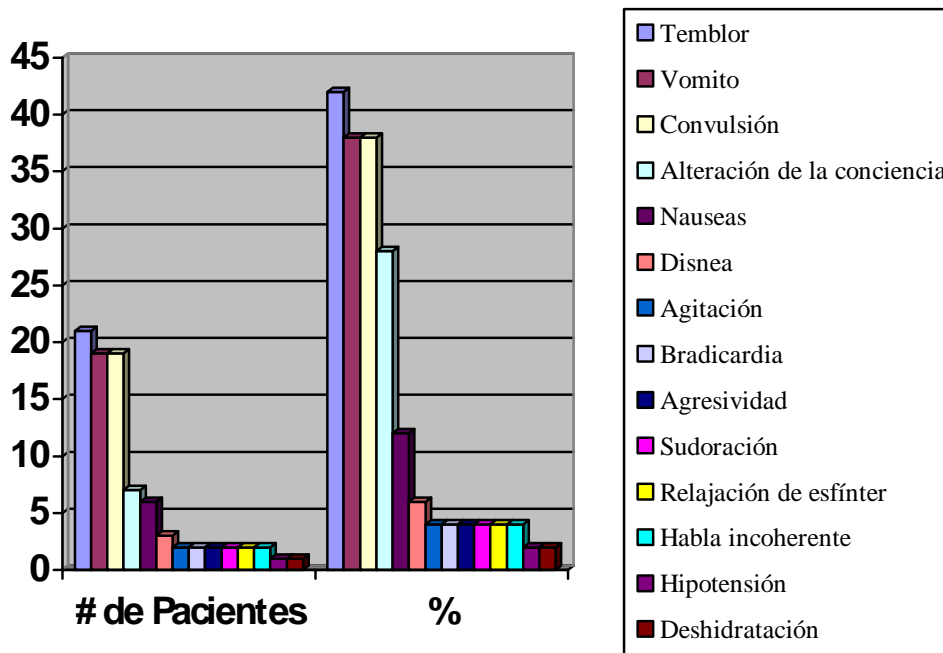
SIGNOS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
Temblor	21	42
Vómito	19	38
Convulsión	19	38
Alteración de la conciencia	7	28
Náuseas	6	12
Disnea	3	6
Agitación	2	4
Bradycardia	2	4
Agresividad	2	4
Sudoración	2	4
Relajación de esfínter	2	4
Habla incoherente	2	4
Hipotensión	1	2
Deshidratación	1	2

Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

**Signos presentados por pacientes con síndrome de abstinencia
alcohólica.**



GRAFICO 2



Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Signos presentados por los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica.

Con respecto a los signos presentados por los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica los de mayor prevalencia son temblor, vómito, convulsión, alucinaciones visuales y auditivas, debilidad general y alteración de la conciencia, el resto de signos se presentaron en una menor proporción. La bibliografía diferencia entre signos y síntomas donde signos es cualquier anomalía que indica enfermedad, que se puede descubrir al examinar al paciente. Para este estudio se clasificó a partir de la conceptualización de signo y síntoma del síndrome de abstinencia alcohólica precoz y tardía, que habitualmente se correlacionan con los conceptos de menor y mayor en atención a la gravedad de los síntomas.

Así, el síndrome precoz o menor de abstinencia hace referencia a los signos y síntomas que se manifiestan en las primeras 24-48 horas después del cese



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

de la ingesta alcohólica, con aparición progresiva de temblores, insomnio, ansiedad, náuseas, vómitos, sudoración, alucinaciones y crisis epilépticas. Las convulsiones aparecen en el 5-15% de los pacientes, típicamente entre las 6 y 48 horas de abstinencia, en número que no suele pasar de 1-3.

El cuadro clínico puede evolucionar en un pequeño porcentaje de pacientes después de las primeras 48 horas a formas más graves caracterizadas por la presencia de alteración de la conciencia y delirium, habitualmente acompañado de un mayor grado de hiperactividad autonómica, en lo que se reconoce como síndrome tardío o mayor de privación (delirium tremens).



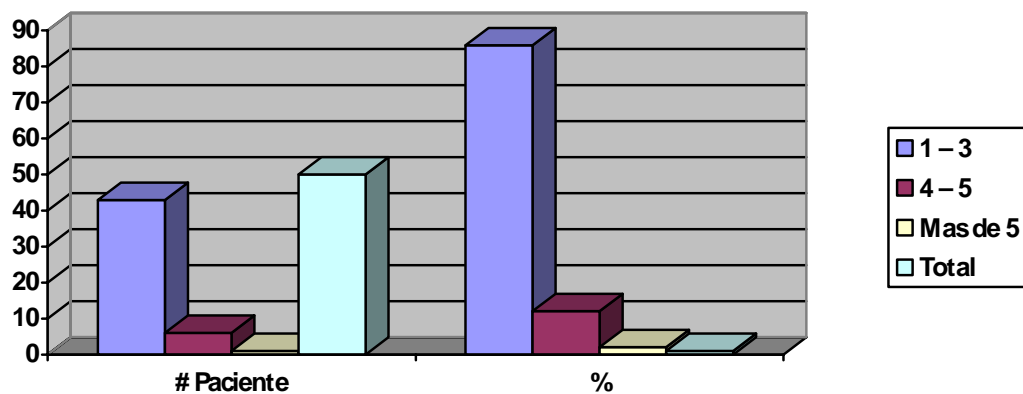
TABLA 3

Nº DE SIGNOS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
1 – 3	43	86
4 – 5	6	12
Más de 5	1	2
TOTAL	50	100%

Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Número de signos presentados por pacientes de síndrome de abstinencia alcohólica.

GRAFICO 3



Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Número de signos presentados por pacientes con síndrome abstinencia alcohólica.

La tabla y gráfico anterior muestran el número de signos presentados por los pacientes los que hicieron posible a los médicos diagnosticar a cada paciente en estudio donde 43 pacientes para un porcentaje de 86 % presentaron de 1 a 3 signos de síndrome de abstinencia alcohólica, seguido de 6 pacientes que presentaron de 4 a 6 signos equivalente a un 12 % de la muestra y por último 1 paciente que presentó más de 5 signos para un porcentaje de 2 %.



TABLA 4

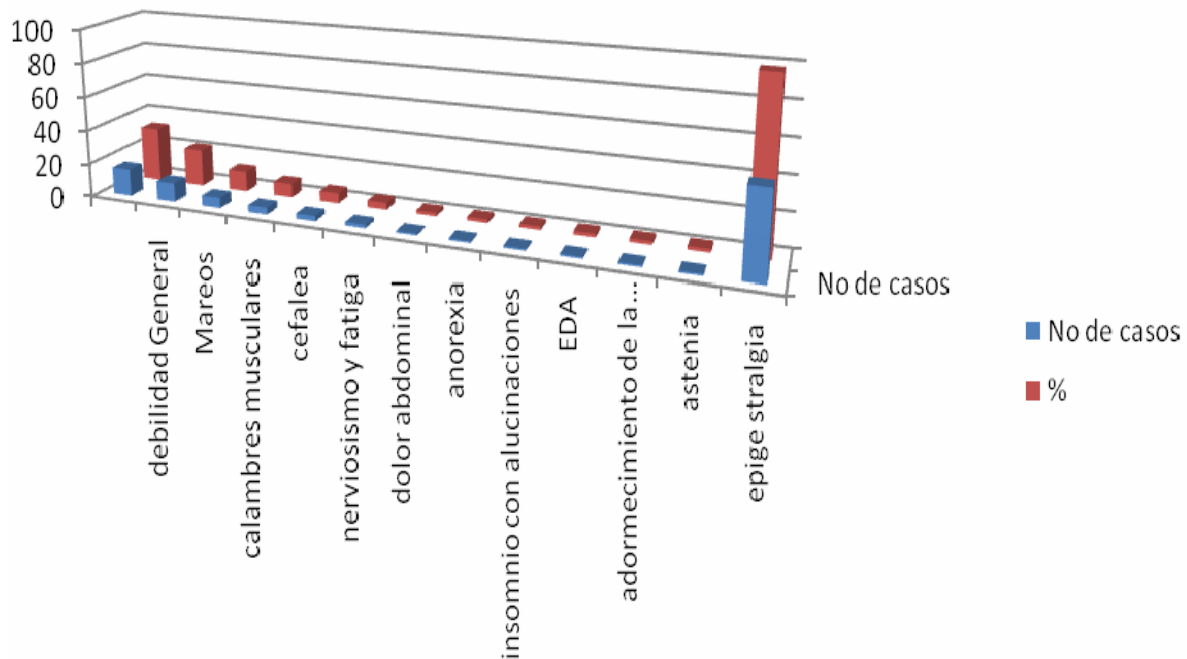
SÍNTOMAS	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Alucinaciones visuales y auditivas	16	32
Debilidad General	11	22
Mareos	6	12
Calambres musculares	4	8
Cefalea	3	6
Nerviosismo y fatiga	2	4
Dolor abdominal	1	2
Anorexia	1	2
Insomnio con alucinaciones	1	2
EDA o diarrea	1	2
Adormecimiento de la rodilla	1	2
Astenia	1	2
Epigestralgia	49	98

Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Síntomas presentados por los pacientes con síndrome de abstinencia
alcohólica.



GRÁFICO 4



Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Síntomas presentados por los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica.

La tabla y grafico 4 nos representa la frecuencia de los síntomas presentados por los pacientes en estudio, los cuales consisten en cualquier fenómeno morboso o desviación de lo normal en cuanto a función, aspecto y sensación, experimentado por el paciente e indicativo de enfermedad. En este estudio se observó que 16 pacientes presentaron alucinaciones auditivas y visuales correspondiendo al 32%, 11 pacientes presentaron debilidad general lo cual representa el 22%, 6 pacientes correspondientes al 12% presentaron mareos.

Algunos síntomas de abstinencia, usualmente leves, pueden esperarse en la mayoría de los alcohólicos que suspenden o disminuyen el consumo de alcohol después de ingestas prolongadas. La severidad de las manifestaciones varía de un paciente a otro dependiendo, entre otros factores, de la magnitud,



duración y velocidad de la ingestión alcohólica, así como de las condiciones generales del paciente. Mediante la información obtenida a través del instrumento de recolección y el procesamiento de la misma se tiene que según bibliografía consultada haciendo una correlación entre la terapéutica empleada y la sintomatología de cada paciente se cumple con el tratamiento estándar para este tipo de patología.



TABLA 5

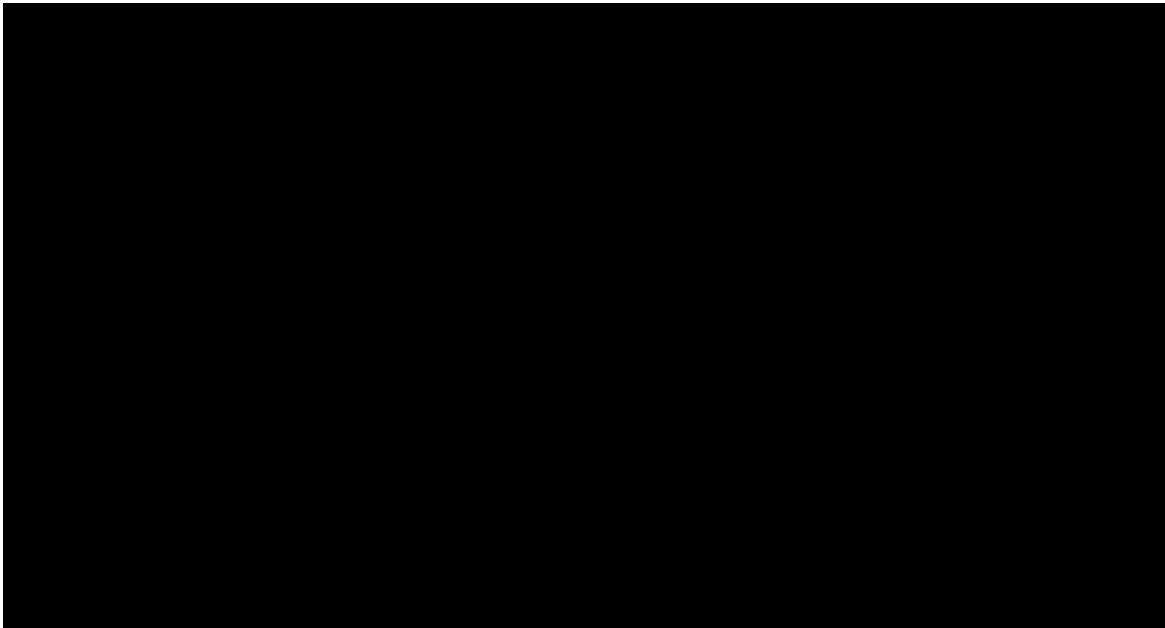
SÍNTOMAS	# DE PACIENTES	PORCENTAJE
Ninguno	29	58
1 – 3	20	40
4 – 5	1	2
Mas de 5	0	0
TOTAL	50	100%

Fuente: expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Número de síntomas presentados por pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica.



GRÁFICO 5.



Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Número de síntomas presentados por pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica.

En la tabla y gráfico 5 se muestran el número de síntomas que presentaron los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica donde 29 pacientes equivalentes a 58 % no presentaron ningún síntoma, de 1 a 3 síntomas lo presentaron 20 pacientes para un porcentaje de 40 %, de 4 a 5 síntomas 1 paciente equivalente a 2 % y por último ningún paciente presentó más de 5 síntomas.



TABLA 6.

FÁRMACO	Nº DE PRESCRIPCIÓN	DOSIS		
		MÍNIMA	MÁXIMA	MODA
Tiamina	42	100 mg	100 mg	100 mg
Diazepam	38	5 mg	10 mg	10 mg
Piridoxina	37	100 mg	100 mg	100 mg
Ranitidina	33	50 mg	50 mg	50 mg
Gluconato de calcio	33	1 g	1g	1 g
Solución Salina 0.9 %	29	2.5	27	7.06
Haloperidol	9	2.5	10 mg	5 mg
Sulfato de Mg	28	1 g	1 g	1 g
Sn salina 0.9 %	27	1000 ml	1000 ml	1000 ml
Cloruro de potasio	24	30 meq	120meq	40 meq
Cloroliazepoxido	10	10 mg	50 mg	25 mg
Dextrosa 10 %	15	100 ml	1000 ml	1000 ml
Dextrosa 50 %	15	100 ml	400 ml	200 ml
Dimenhidrinato	10	50 mg	50 mg	50 mg
Difenhidramina	9	10 mg	25 mg	10 mg
Metoclopramida	6	10 mg	10 mg	10 mg
Dextrosa 5%	5	500 ml	1000 ml	1000 ml
Fenitoina	4	100 mg	150 mg	150 mg
Bicarbonato de sodio	2	110mq	270mq	
Sucralfato	1	1g	1g	
Lorazepam	1	2mg	2mg	
Ketorolac	1	30mg	30mg	
Loperamida	1	15ml	15ml	
Fenobarbital	1	50mg	50mg	
Carbamazepina	1	100 mg	100 mg	

Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Dosis usadas de los fármacos administrados en los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica.

La tabla anterior muestra las dosis más utilizadas de los fármacos indicados para tratar los signos y síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica, según bibliografía consultada en este estudio las benzodiazepinas son los fármacos más estudiados en el tratamiento del síndrome de abstinencia



alcohólica y sobre los que hay más evidencias de calidad respecto a su eficacia. Las benzodiazepinas actúan sobre mediadores gaba inhibidores sustituyendo los efectos depresores del alcohol sobre el sistema nervioso central y actuando inhibiendo la transmisión noradrenérgica en la abstinencia.

Los objetivos generales del tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica son disminuir y controlar los síntomas y signos de la abstinencia además de prevenir las crisis epilépticas y evitar la progresión a delirium tremens. Las benzodiazepinas han demostrado su eficacia en el tratamiento de todos ellos comprobando así que al utilizarlas para la abolición de los signos y síntomas de los pacientes fue muy adecuado al cuadro clínico de los pacientes a los que se les administró.

Los neurolépticos (Haloperidol) en la práctica clínica se muestra como un fármaco eficaz en el control de pacientes agitados, aunque son menos eficaces que las benzodiazepinas en la prevención de delirium tremens y de crisis comiciales y teniendo en cuenta que descienden el umbral epileptógeno, se desaconseja su monoterapia en la abstinencia alcohólica. Combinados con carbamazepina han demostrado su utilidad en el control de los síntomas de abstinencia, por ello se recomienda su utilización en pacientes con agitación marcada o alucinaciones como coadyuvantes a las benzodiazepinas.

Los betabloqueantes son útiles en el control de síntomas de hiperactividad simpática, añadidos a las benzodiazepinas, en pacientes con abstinencia leve-moderada, los betabloqueantes no previenen el desarrollo de crisis ni delirium tremens. Los barbitúricos presentan un margen tóxico-terapéutico estrecho, en desventaja respecto a las benzodiazepinas.

En lo que respecta a la solución salina al 0.9 %, también denominada Suero Fisiológico, es la sustancia cristalóide estándar, es levemente hipertónica respecto al líquido extracelular y tiene un pH ácido. La relación de concentración de sodio (Na⁺) y de cloro (Cl) que es 1/1 en el suero fisiológico, es favorable para el sodio respecto al cloro (3/2) en el líquido extracelular (Na⁺



> Cl). Contiene 9 gramos de ClNa o 154 mEq de Cl y 154 mEq de Na⁺ en 1 litro de H₂O, con una osmolaridad de 308 mOsm/L.

La normalización del déficit de la volemia es posible con administración de solución salina normal, aceptando la necesidad de grandes cantidades, debido a la libre difusión entre el espacio vascular e intersticial de esta solución, después de la infusión de 1 litro de suero salino sólo un 20-30 % del líquido infundido permanecerá en el espacio vascular después de 2 horas. Como norma general es aceptado que se necesitan administrar entre 3 y 4 veces el volumen perdido para lograr la reposición de los parámetros hemodinámicos deseados. Es, por ello, una solución indicada en la alcalosis hipoclorémica e hipocloremias en general como las causadas por shock y quemaduras extensas. También se administra para corregir los volúmenes extracelulares y provoca la retención de sal y agua en el líquido extracelular.

El Suero glucosado al 5 %, es una solución isotónica (entre 275-300 mOsmol/L) de glucosa, cuya dos indicaciones principales son la rehidratación en las deshidrataciones hipertónicas (por sudación o por falta de ingestión de líquidos) y como agente aportador de energía.

La glucosa se metaboliza en el organismo, permitiendo que el agua se distribuya a través de todos los compartimentos del organismo, diluyendo los electrolitos y disminuyendo la presión osmótica del compartimento extracelular. El desequilibrio entre las presiones osmóticas de los compartimentos extracelular e intracelular, se compensa por el paso de agua a la célula. El suero glucosado al 5 % proporciona, además, un aporte calórico nada despreciable. Cada litro de solución glucosada al 5 % aporta 50 gramos de glucosa, que equivale a 200 Kcal.

Este aporte calórico reduce el catabolismo proteico, y actúa por otra parte como protector hepático y como material de combustible de los tejidos del organismo más necesitados (sistema nervioso central y miocardio). Las indicaciones principales de las soluciones isotónicas de glucosa al 5 % son la



nutrición parenteral en enfermos con imposibilidad de aporte oral. Aquellos estados de deshidratación intracelular y extracelular como los que se producen en casos de vómitos, diarreas, fístulas intestinales, biliares y pancreáticas, estenosis pilórica, hemorragias, shock, sudación profusa, hiperventilación, poliurias, diabetes insípida, etc., alteraciones del metabolismo hidrocarbonado que requieren de la administración de agua y glucosa.

Con respecto a la solución glucosada al 10% es considerada solución glucosada hipertónica, que al igual que la solución de glucosa isotónica, una vez metabolizadas desprenden energía y se transforma en agua. A su vez, y debido a que moviliza sodio desde la célula al espacio extracelular y potasio en sentido opuesto, se puede considerar a la glucosa como un proveedor indirecto de potasio a la célula. La indicación más importante de las soluciones de glucosa hipertónica es el tratamiento del colapso circulatorio y de los edemas cerebral y pulmonar, porque la glucosa produciría una deshidratación celular y atraería agua hacia el espacio vascular, disminuyendo así la presión del líquido cefalorraquídeo y a nivel pulmonar. Otro efecto sería una acción protectora de la célula hepática, ya que ofrece una reserva de glucógeno al hígado y una acción tónico-cardíaca, por su efecto sobre la nutrición de la fibra miocárdica.

Estas soluciones al ser administradas a los pacientes ayudaron a mejorar el estado deshidratado que presentaban estos pacientes logrando la estabilización y control de los mismos ya que estos pacientes padeciendo síntomas de abstinencia alcohólica pueden ser violentos y rechazar un tratamiento con tabletas.



TABLA 7.

FÁRMACO	VÍA					
	I.M		I.V		V.O	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tiamina	0	0	42	10.99	0	0
Piridoxina	0	0	37	9.68	0	0
Diazepam	1	0.3	37	9.68	0	0
Gluconato de Calcio	0	0	33	8.63	0	0
Ranitidina	0	0	33	8.63	0	0
Sulfato de Magnesio	0	0	28	7.33	0	0
Solución Salina 0.9 %	0	0	27	7.06	0	0
Haloperidol	9	2.35	20	5.23	0	0
Cloruro de Potasio	0	0	23	6.02	1	0.3
Clordiazepoxido	0	0	0	0	18	4.71
Dextrosa 50 %	0	0	15	3.93	0	0
Dextrosa 10 %	0	0	15	3.93	0	0
Dextrosa 5 %	0	0	5	1.31	0	0
Dimenhidrinato	0	0	10	2.62	0	0
Difenhidramina	0	0	9	2.36	0	0
Metoclopramida	0	0	6	1.57	0	0
Fenitoina	0	0	4	1.04	0	0
Bicarbonato de Sodio	0	0	2	0.52	0	0
Fenobarbital	0	0	0	0	1	0.3
Carbamazepina	0	0	0	0	1	0.3
Ketorolac	0	0	1	0.3	0	0
Enalapril	0	0	1	0.3	0	0
Lorazepam	0	0	0	0	1	0.3
Sucralfato	0	0	0	0	1	0.3
Loperamida	0	0	0	0	1	0.3
TOTAL	10	2.65	348	91.09	24	6.28

Fuente: Expedientes clínicos sala de Medicina Interna del HEODRA.

Vías de administración de los fármacos utilizados en los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica

La vía más utilizada en la administración de los fármacos fue la vía parenteral ya que la mayoría de los pacientes presentando vómitos no toleran la vía oral. El uso de la vía parenteral en la internación responde a varios objetivos, uno



de ellos es la sujeción del paciente ya que la modalidad es a puertas abiertas y no hay medidas de contención física; al estar con un suero el paciente se ve con menos posibilidades de escapar de la situación.

Otro objetivo es el uso de la vía como un método persuasivo, es decir, esta forma le da psicológicamente a la persona una sensación de gravedad de su cuadro lo cual se utiliza posteriormente como estrategia de reflexión y motivación para el cambio, no es lo mismo para el paciente si su abstinencia se abordó terapéuticamente sólo con tabletas a que si hubo que colocarle un suero. Como tercer objetivo, es tener una vía de acceso al medio interno del paciente por si se presentara alguna complicación que así lo requiera (Convulsiones, hidratación etcétera).



CONCLUSIONES

1. En este estudio la mayoría de los pacientes afectados con esta patología pertenecen a las edades de 36 a 59 años y de procedencia urbana. De acuerdo a los hallazgos de sexo y edad, la prevalencia de esta enfermedad es mayoritariamente en el sexo masculino superando al sexo femenino donde tiene mucha influencia la cultura que conserva el pueblo nicaragüense.
2. Con respecto a los signos y síntomas, los signos con mayor prevalencia son temblor, vómito y convulsión; los síntomas que más se presentan son alucinaciones visuales y auditivas, debilidad general y mareos.
3. Los fármacos más utilizados son la Tiamina, piridoxina, gluconato de calcio, ranitidina, sulfato de magnesio, solución salina 0.9 %, Haloperidol y cloruro de potasio siendo la vía intravenosa la más usada. Al realizar la correlación de los fármacos utilizados con la sintomatología de cada paciente esta corresponde a la encontrada en la bibliografía, es decir, cada fármaco prescrito fue adecuado a los signos y síntomas que presentaron los pacientes.



RECOMENDACIONES.

A partir de los resultados y conclusiones de este estudio se pueden considerar las siguientes recomendaciones, a fin de mejorar las debilidades presentes en el tratamiento y control exitoso del síndrome de abstinencia alcohólica.

A los profesionales de la salud:

El tratamiento farmacológico debe estar basado en la administración de benzodiazepinas.

Valorar la gravedad de los síntomas y signos de la abstinencia alcohólica antes de iniciar el tratamiento farmacológico es decir el empleo de programa de tratamiento basado en signos y síntomas.

Realizar estudios sobre el tratamiento de esta patología ya que es poco investigada.

Elaborar un protocolo de tratamiento para este síndrome.

Practicar un uso racional de medicamentos para beneficio de la población que se atiende.

Posteriormente a superar el síndrome de abstinencia instaurar con el paciente un tratamiento integral con un equipo interdisciplinario con abordaje psicoeducativo, psicoterapéutico y eventualmente psicofarmacológico para abordar su alcoholismo.

Realizar e involucrarse en charlas que se brinden a la población sobre las consecuencias que trae consigo el alcoholismo tanto al que lo practica como a la sociedad en general.



A la población en general:

Tomar conciencia de lo perjudicial que es el consumo de alcohol y ser críticos con respecto a la publicidad que ofrece el alcohol.

Si es víctima del alcohol tener voluntad para participar en grupos de rehabilitación para ser útil a su familia y a la sociedad en general.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Pineda Elia Beatriz, Alvarado Eva Luz de, Canales Francisca H. de. Metodología de la Investigación .Manual para el Desarrollo del Personal de Salud.2da edición.1994.
2. Lugo Benedith Francisco Rafael, Quintero Ortega Jorge Alejandro, Reyes Rojas Ramiro Alberto. Síndrome de abstinencia alcohólica en pacientes ingresados en el departamento de Medicina Interna del HEODRA en el periodo del 1ero de Marzo al 24 de Junio de 1996. Monografía para optar al título de Médico y Cirujano.
3. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ava edición. Volumen 2. The McGraw-Hill Companies. Inc.2005. Págs. 2825-2826.
4. Arcia Prieto Marisol, Gadea Celia del Carmen, Lugo Benedith Francisco Rafael, Quintero Jorge Alejandro, Reyes Rojas Ramiro. Estudio del síndrome de abstinencia alcohólica en el HEODRA del 1ero de Marzo al 24 de Junio de1996.
5. http://www.alcmeon.com.ar/14/55/05_davila.pdf
6. <http://www.meiga.info/guias/THSDA.pdf>
7. <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab005064.html>
8. Domínguez-Gil Hurlé Alfonso, Bonal de Falgás Joaquín. Farmacia Hospitalaria. Págs.16-23.
9. Piura Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica. Publicación científica de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua. Managua 1997.
10. Cuadra Solórzano Ricardo. Síndrome de abstinencia alcohólica: estudio de 32 casos. León, Nicaragua, UNAN 1989.



11. http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/medicina_familiar/alcoholic_o.pdf
12. Stadman. Diccionario de Ciencias Medicas. 25ava edición, pág. 72, 1274, 1301, 1304, 1428.
13. Diccionario Mosby. Sexta Edición. Volumen I y 2. pag 287, 482, 805, 816, 837, 1367, 1526, 1534.
14. <http://tratado.uninet.edu/c060206.html>.
15. <http://www.labsolka.com.ni/productos.htm>
16. <http://www.geocities.com/RainForest/8893/tabla1.htm>
17. Dorlan. Diccionario Medico ilustrado de bolsillo. Mc Graw Hill- Interamericana .26 ava edición. 2003. pág. 87, 183, 295, 615, 779.



ANEXO Nº 1

Ficha de recolección de datos.

Estudio de los fármacos utilizados en los pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna del HEODRA con síndrome de abstinencia alcohólica en el año 2008.

Ficha Nº _____ N° de expediente _____

Datos generales del paciente.

Edad: _____ Sexo: M_____ F_____

Procedencia: U___ R___ Escolaridad: I ___ P___ S___ U___ O___

INFORMACIÓN TERAPÉUTICA.

Tratamiento empleado según signos y síntomas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTADOS.	TRATAMIENTO EMPLEADO.	
	FARMACOLÓGICO	NO FARMACOLÓGICO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		



Posología

TRATAMIENTO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN			DURACIÓN
		VO	IV	IM	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

SIMBOLOGÍA

Procedencia:

U: urbano **R:** rural

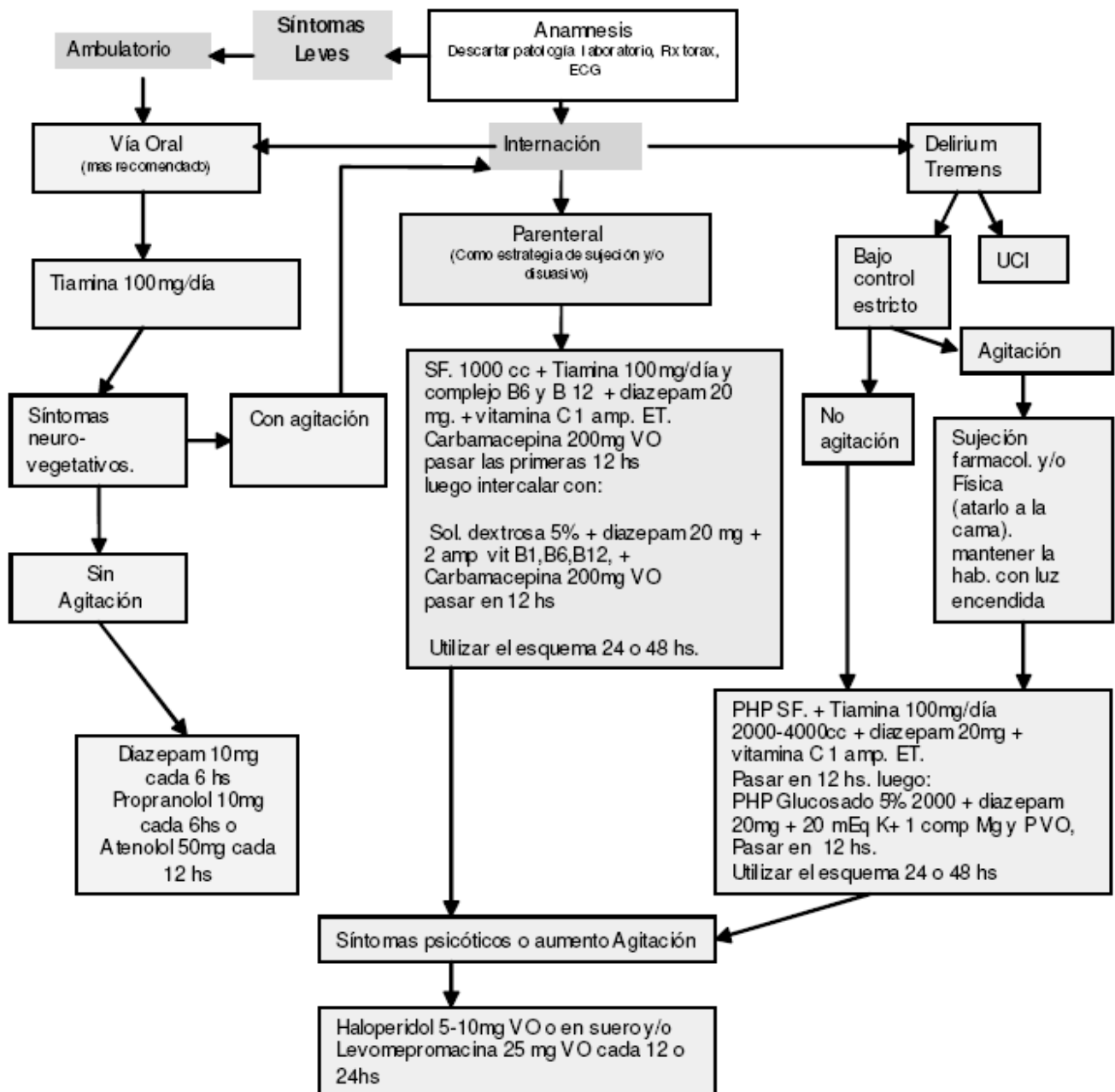
Escolaridad:

I: iletrado **P:** primaria **S:** secundaria **U:** universidad **O:** otros



ANEXO N° 2.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA DE ARGENTINA.





GLOSARIO

Anamnesis: 1. El acto de recordar. 2. La historia clínica de un paciente.

Ascitis: derrame y acumulación de líquido seroso en la cavidad abdominal.

Ataxia: disinergia, incoordinación, incapacidad para coordinar los músculos en la ejecución de un movimiento voluntario.

Cianosis: coloración azulada de la piel y de las mucosas producidas por un exceso de hemoglobina desoxigenada en la sangre o por un defecto estructural en la molécula de hemoglobina, como la hematohemoglobina.

Contracturas de Dupuytren: deformidad en flexión de los dedos de las manos o de los pies debido a acortamiento, engrosamiento y fibrosis de la fascias palmar o plantar.

Diplopía: doble visión producida por la función defectuosa de los músculos extraoculares o por algún trastorno de los nervios correspondientes.

Esplenomegalia: agrandamiento del bazo.

Galope: tercer o cuarto tono cardiaco patológico, que a determinadas frecuencias puede simular la marcha de un caballo.

Hipertrofia parotídea: aumento de tamaño, o crecimiento excesivo cercano al oído, debido a un aumento de sus células constituyentes.

Letargia: 1. Estado o cualidad de su indiferente, apático, o adormecido. 2. Estupor o coma ocasionado por enfermedad o hipnosis.

Obnubilación mental: estado mental en el cual un paciente está confuso y no sabe si está totalmente consciente o no.

Paresia: Parálisis ligera o incompleta.



Respiración de Koussmaul: respiración profunda y rápida, como la observada en la acidosis respiratoria.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff: enfermedad o encefalopatía de Wernicke polioencefalitis hemorrágica superior; estado frecuente en alcohólicos crónicos, debido en gran parte a deficiencia de Tiamina y caracterizado por trastornos de la motilidad ocular, alteraciones pupilares, nistagmo y ataxia con temblores; en las psicosis orgánicas- tóxicas es a menudo un hallazgo asociado con coexistencia frecuente del síndrome de Korsakoff.

Telangiectasias: dilatación permanente de pequeños vasos sanguíneos preexistentes que crean lesiones rojas focales, la lesión así producida puede presentarse en forma de una línea roja burda o fina o como un punto con radiación (arañas).

Umbral convulsivo: la menor cantidad de estimulación, corriente eléctrica o droga necesarias para inducir una convulsión.