

SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

**Forma grave de presentacion:
delirium tremens**

Dra. Marina Risso, Gómez, M. Ferreirós Gago, L..
Lamenza, C. Mansilla, V. Orellana, F. Seybold, S.

Htal Fernández

Presentación del caso

Se presenta paciente de sexo masculino, 36 años de edad, multituado, con antecedentes de etilismo crónico de más de 10 años de evolución, que ingresa al servicio de Emergentología por haber presentado episodio convulsivo que cedió espontáneamente.

Refiere familiar consumo masivo de alcohol en los últimos 25 días y consumo de cocaína esnifada 4 días previos.

Presentación del caso

- Al examen físico de ingreso presenta: TA 130/60, FC 150 x min., Glasgow 12/15, desorientación, excitación psicomotriz, temblor generalizado.
- Laboratorio de ingreso: GB 9300, Hto 43, **PH 7,11, Ac láctico 19,5, glu 218**, urea 12, creat 1,15, **GOT 301, GPT 70, Bil t 1,9**, Bil d 0,7, FAL 236, **LDH 892, CPK 237, Mb 33**, TP 100%, KPTT ´´26, Na 138, **K 2,3**, Cl 93
- ECG Ritmo sinusal sin cambios isquémicos agudos

Se administra medicación sedoanalgesica inicial con morfina, propofol y levomepromazina requiriendo ARM. Se realiza corrección del medio interno

- Lab control: PH 7,38, PCO2 36, PO2 400, Bic 21, Sat 100% Na 135, K 3,25 Ac láctico 2,1.
- TAC de encéfalo: dentro de parámetros normales.
- PL: dentro de parámetros normales.
- Triaje en orina: positivo para cocaína

Presentación del caso

- A las 8 hs del ingreso: extubado y sedado hemodinámicamente estable. Se suspende medicación sedoanalgésica del ingreso.
- Entre las 16 y 24 hs del ingreso: Evoluciona con nuevo EPM, alucinaciones, febril (38,5°C), hipertenso (170/110) taquicárdico (110 x min).
- Presenta **CPK en ascenso 3.374, mb 75, GB 6400 Hto 33, TGO 183, TGP 54, PH 7,40, Bic 20,1, urea 9, creat 0,71**
- Rx Torax: infiltrado en base derecha
- Se inicia tratamiento con lorazepam IV (requiriendo dosis de 32 mg en goteo continuo y dosis de rescate), haloperidol, dextrosa 5% , tiamina IV y se cubre a foco respiratorio con AMP+ SULB.
- A las 36 hs del ingreso: Evoluciona con persistencia de EPM, alucinaciones visuales, HTA, temblor y taquicardia, se inicia infusión endovenosa de clonidina (450ug/día), la cual se suspende a las 12 horas de tratamiento.
- Persiste con EPM y recibe morfina ev por 24hs aprox.
- **CPK 4900 con fcion renal normal**

- A las 72 hs de internación: persiste con EPM con altos requerimientos de lorazepam ev, haloperidol
- A los 5 días: se comienza descenso progresivo de lorazepam. Presenta descenso de CPK (1200) Se rota tratamiento antibiótico a Tazobactam por picos febriles persistentes.
- A los 9 días: persiste con alucinaciones, con episodios febriles, hipertenso. Se agrega enalapril 10mg/día, con lorazepam 8 a 12 mg día, se rota haloperidol a risperidona a 2mg / día y se suspende tto ATB y se pancultiva dada persistencia de fiebre.
- A los 10 días: presenta distonía de cuello y se agrega biperideno y luego difenhidramina suspendiendo antipsicóticos.
- A los 16 días: cede distonía y se suspende difenhidramina. Persiste aún con episodios de alucinosis, trastornos cognitivos e HTA. Continúa con lorazepam a dosis de 8mg y enalapril a 10mg.
- Egresos a los 21 días de internación:
 - Lab: Hto 32, GB 9.030, TGO 64, TGP 139, CPK 60, FAL 260
 - Serologías para hepatitis B, C, HIV: negativas
 - Cultivos negativos
 - Medicación: ENL 10mg/día, Lorazepam 2mg día, complejo B.

- Síndrome abstinencia alcohólica
- Tratamiento suficiente vs tratamiento insuficiente.

(Paciente Sedado y Despierto)

Síndrome de abstinencia alcohólico

- GUIAS CLÍNICAS DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA
 - MEDLINE, de 1975 a 2003
 - Cochrane Library (versión año 2002)(Ensayo clínico controlado, metaanálisis o revisión sistemática)

Mayo-Smith M. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline and evidence-based practice guideline. JAMA 1997; 278: 144-151.
- NEJM Review article Volume 348:1786-1795 May 1, 2003 Number 18. Management of Drug and Alcohol Withdrawal
- N Engl J Med 348;18, 2003. Management of Drug and Alcohol Withdrawal

Criterios diagnósticos DSM IV

- Interrupción o reducción de un consumo fuerte y prolongado de alcohol
- Aparición posterior, en horas o días, 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
 - Crisis convulsivas
- Los síntomas no son debidos a otra enfermedad médica o psiquiátrica definidas.

Incidencia

- Se presenta entre el 8% - 16% de los dependientes.
- De los internados para desintoxicación casi el 80%
- Mortalidad global de 5 a 15%
- Cuando se desarrolla en el postoperatorio se llega a triplicar la mortalidad

Síndrome de abstinencia alcohólico

- Mayor severidad con episodios previos de abstinencia.
- 5 a 25% convulsiones (aisladas el 40%, status epiléptico 3%, o único síntoma)
- < 1 a 5% Delirium Tremens
- Alteración del sueño (y algunos síntomas de trastornos cognitivos como juicio, memoria reciente y relaciones visoespaciales) pueden durar varias semanas.

Appendix. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol.*

Category	Range of Scores	Examples
Agitation	0-7	0=normal activity 7=constantly thrashes about
Anxiety	0-7	0=no anxiety, at ease 7=acute panic states
Auditory disturbances	0-7	0=not present 7=continuous hallucinations
Clouding of sensorium	0-4	0=oriented, can do serial additions 4=disoriented as to place, person, or both
Headache	0-7	0=not present 7=extremely severe
Nausea or vomiting	0-7	0=no nausea, no vomiting 7=constant nausea, frequent dry heaves and vomiting
Paroxysmal sweats	0-7	0=no sweat visible 7=drenching sweats
Tactile disturbances	0-7	0=none 7=continuous hallucinations
Tremor	0-7	0=no tremor 7=severe, even with arms not extended
Visual disturbances	0-7	0=not present 7=continuous hallucinations

ESCALA PARA VALORAR LA GRAVEDAD.

CIWA-Ar

(Usado en unidades especiales de OL, en formas moder y sin comorbilidades)

MAXIMO SCORE DE 67

- < 10: No tratar
- > 10: DZP 10 mg c/h

ALTO PUNTAJE SON PREDICTORES DE CONVULSIONES Y DELIRIO.

USO DE MENOS MEDICACIÓN Y POR MENOS TIEMPO.

La escala CIWA-Ar

- El mejor método para valorar la gravedad de los síntomas de la abstinencia y la necesidad de medicación sedante [grado A].
- **No ha sido validada en pacientes con comorbilidad médica o delirium tremens**

Tratamiento farmacológico

OBJETIVO:

- Corregir los síntomas de abstinencia
- Prevenir el desarrollo de convulsiones
- Evitar el desarrollo de delirium.

Pocos trabajos analizan de forma fiable el tratamiento de pacientes en plantas médicas generales, con comorbilidad asociada, >60 años, en UCI y muy pocos ensayos clínicos de calidad diseñados para analizar el tratamiento del delirium tremens.

Benzodiacepinas

- Controlan los síntomas de abstinencia [grado A].
- Previenen el desarrollo de convulsiones y de delirium tremens [grado A].
- Las de acción prolongada previenen mejor la aparición de convulsiones y proporcionan un curso clínico sin altibajos [grado B].
- No hay evidencias que avalen el uso de infusiones ev en vez del tto clásico con bolos [grado C].

BZD Y DT

- De elección en el tratamiento del delirium tremens [grado B].
- Se recomienda: DZP 10 mg ev , seguido de 5 mg ev c/5 min hasta conseguir que el paciente se encuentre “tranquilo pero despierto”.
- Si más de 40-60 mg ev en 1 h considerar traslado a la UCI

NEUROLEPTICOS

- Menos efectivas que las BDZ
- Descienden el umbral epileptógeno
- Recomendados sólo en pacientes con agitación marcada o alucinaciones, como adyuvantes de las BZD [grado C].

Tiaprida: NLP atípico con propiedades ansiolíticas, no desciende el umbral epileptógeno. Controló los síntomas menores de abstinencia de forma similar a BZD. (400-1200 mg/d).

Alternativa al tto convencional solo en casos seleccionados, o como adyuvante en el control de agitación moderada.

PROPOFOL

- Anestésico endovenoso.
- Efecto hipnótico, con mínima acción analgésica.
- Mecanismo de acción es similar al del alcohol en el SNC. (+R. GABA A - R. MNDA)
- Uso sólo en UCI.
- *Sólo hay series retrospectivas reducidas de pacientes con delirium tremens refractario al tratamiento con BDZ, con respuesta favorable.*

CLONIDINA

- Agonista alfa2 que produce inhibición de la actividad noradrenérgica central
- No presenta actividad anticomicial y no se ha demostrado que prevenga las convulsiones o el delirium.

La combinación de flunitracepam y clonidina fue superior a flunitracepam/haloperidol en un ensayo controlado, ciego y aleatorizado en pacientes en UCI con abstinencia alcohólica severa

BETABLOQUEANTES (ATENOLOL)

- No utilizar en monoterapia [grado A].
- Asociados a BDZ son útiles en el control de síntomas de hiperactividad simpática, en pacientes con abstinencia leve-moderada [grado A].
- No previenen el desarrollo de convulsiones ni delirium [grado A].