¿POR QUÉ ESTÁS AGITADO?

Sara Carrascosa García

Unidad de Toxicología Clínica

Servicio de Medicina Interna

Varón de 54 años, acude a Urgencias…

- 3 días de evolución dolor torácico y abdominal acompañado de náuseas, vómitos y diarrea.
- Dolor torácico costal unilateral, tras traumatismo en contexto de ingesta de alcohol. Presente en reposo, continuo, sin irradiación, que empeora con los movimientos, la inspiración y el esfuerzo tusígeno.
- Dolor abdominal, difuso, continuo, sin relación con las ingestas ni las deposiciones.
- Vómitos de contenido alimentario.
- Heces blandas en número de 3 al día, sin productos patológicos.
- No fiebre termometrada. Niega clínica miccional. Niega alucinaciones.
- No consume alcohol desde hace 3 días.

Antecedentes

- Antecedentes personales:
  - Tóxicos: 20 UBE/día (cerveza). Fumador de 2 paquetes al día.
  - Profesión camionero.
  - Natural de Bulgaria.
  - No alergias medicamentosas conocidas.
  - Independiente para ABVD. No deterioro cognitivo.
- Trastorno crónico por abuso de alcohol:
  - Remitido en el 2008 a la UCA, no acudió.
- Una visita a Salud mental en mayo del 2016 en relación a un trastorno adaptativo tras un despido laboral.
- Tratamiento habitual: Valium 10 mg un comprimido al día.

Exploración física Urgencias

- PA: 152/95 FC: 108 lpm SatO2: 97% aa.
- Buen estado general, consciente, orientado, hipercinético.
- AC: tonos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos ni roces
- AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos
- Palpación tórax: dolor a la palpación en esternón y musculatura pectoral derecha, músculos intercostales derechos, no hematomas ni crepitantes.
- Abdomen: blando, depresible, no dolor, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo conservado.
- PPL: negativa bilateral
- Miembros inferiores: sin edema ni signos de TVP, pulsos distales presentes y simétricos, múltiples hematomas en rodilla derecha y tobillos.
- Temblor distal visible.
- CIWA Ar 5.

Pruebas complementarias Urgencias

- Analítica: Hemoglobina 14.4 g/dL, Hematocrito 41.4 %, VCM 109 fL, Leucocitos 11.3 10*9/L, Neutrófilos 93.4 %, Plaquetas 134 10*9/L, Indice de Quick 77 %, Glucosa 164 mg/dL, Sodio 135 mEq/L, Potasio 4.6 mEq/L, Bilirrubina total 1.03 mg/dL, GPT 76 U/L, Urea 51 mg/dL, Creatinina 1.09 mg/dL, Calcio 10.3 mg/dL, Proteínas 8.3 g/dL, Amilasa 133 U/L, PCR 1.
- GSV: pH 7.43, pCO2 31 mmHg, pO2 49 mmHg, HCO3a 25.9 mmol/L, Lactato 2.2 mmol/L.
- Tóxicos: Benzodiacepinas orina positivo, etanol sangre indetectable.
- Sedimento orina sin alteraciones.
- Microbiología heces: negativa.

Pruebas complementarias Urgencias

- ECO abdominal: Esteatosis grado 1-2. Sin signos de HTP.
- Rx de Tórax: no condensaciones, no derrame, no pinzamiento de senos, sin trazos de fractura.
- Rx de Abdomen: luminograma inespecífico.
- ECG: ritmo sinusal a 105 lpm, PR 160 ms, eje 0º, QRS estrecho, sin signos de hipertrofia ni trastornos de la repolarización.
- TAC cerebral: Posible hipodensidad corticosubcortical frontobasal izquierda, aunque zona artefactada. Resto normal.

Durante la estancia en Urgencias

- CIWA Ar 5 → 25.

- Se inicia tratamiento con Benzodiacepinas iv.
- Se cursa ingreso.

Durante la estancia en Urgencias

- CIWA Ar 5 → 15 (temblor, agitación, vómitos).

- Se inicia tratamiento con Benzodiacepinas iv.
- Se cursa ingreso.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA A ALCOHOL
TRAUMATISMO COSTAL

Exploración física Ingreso

- Mantiene atención y nivel de conciencia, respuesta verbal con monosílabos. Escasa colaboración. Marcada hipercinesia con agresividad. Desorientado en tres esferas.
- Temblor distal evidente. Diaforesis.
- CIWA-AR 25 (vómitos, temblor, ansiedad, agitación, diaforesis, desorientación).
- Pupilas isocóricas normorreactivas, no alteración de oculomotores, no nistagmo. No rigidez nucal ni signos meníngeos. Sensibilidad y fuerza conservada.
- AC: rítmico, sin soplos. AR: mvc, sin sobreañadidos. Abd no doloroso, sin masas ni megalias, RHA presentes, no signos de irritación peritoneal.
- No edemas en mmii ni signos de TVP.

Síndrome de abstinencia

- Expresión clínica de la interrupción brusca o disminución de la ingesta de alcohol en un paciente con dependencia física.
- 6-24 horas de abstinencia, tanto involuntaria como voluntaria.
- Prevalencia 5-15%.
- Relevancia: puede triplicar la mortalidad.
- Fisiopatología:
  - El alcohol potencia la neurotransmisión inhibidora mediante estímulo del receptor tipo A del GABA, que se infrarregula y disminuye su acción.
  - Intoxicación prolongada también inhibe la función del receptor tipo N-metil-D-aspartato (NMDA) del neurotransmisor excitador glutamato.
  - La abstinencia alcohólica invierte la inhibición de estos receptores, estimulando la transmisión dopaminérgica y noradrenérgica.

Monte Secades R, Rabuñal Rey R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición. Galicia Clin 2011; 72 (2): 51-64

Clínica del síndrome de abstinencia

- Definición de síndrome de abstinencia alcohólica DSM:
  - 1. Interrupción o reducción de un consumo fuerte y prolongado de alcohol.
  - 2. 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.
  - 3. Los síntomas producen alteraciones clínicamente significativas en la esfera cognitiva, social u ocupacional.
  - 4. Los síntomas no son debidos a otra enfermedad médica o psiquiátrica definidas.
- Síndrome Precoz:
  - Primeras 24-48 horas después del cese de la ingesta alcohólica.
  - Sudoración, taquicardia, hipertensión; temblor de manos; insomnio; alucinaciones táctiles, auditivas o visuales transitorias; náuseas o vómitos; agitación psicomotriz; ansiedad.
  - Convulsiones aparecen en el 5-15%, típicamente entre las 6 y 48 horas y en número de 1 a 3.
- Síndrome tardío o mayor de abstinencia (delirium tremens):
  - Después de las primeras 48 horas, formas más graves.
  - Alteración de la consciencia y delirium, mayor grado de hiperactividad autonómica.

Valoración de la gravedad.

- CIWA-Ar.
  - Fiable, válido y reproducible en pacientes con formas moderadas y moderadas-severas de abstinencia (Recomendación grado A).
  - Puede ser aplicada en plantas de hospitalización general (Recomendación grado C).
  - Determina qué pacientes precisan tratamiento farmacológico activo.
  - Utilidad no ha sido contrastada en pacientes con delirium tremens.
  - Aplicar solo después de establecer el diagnóstico de abstinencia al alcohol.

Monte Secades R, Rabuñal Rey R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición. Galicia Clin 2011; 72 (2): 51-64

Figura 1. Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol, Revisada (CIWA-Ar)

Náusea y vómito
Pregunta "¿se siente mal del estómago? ¿ha vomitado?

0	sin náusea ni vómitos
1	náusea ligeras, sin vómitos
2	
3	
4	náusea intermitente con arcadas
5	
6	
7	náusea constante, arcadas y vómito frecuente

Trastornos táctiles
Pregunta ¿siente algo extraño en su piel? (escozor, sensación de alfileres y agujas, entumecimiento, insectos que reptan por o bajo la piel)

0	no
1	escozor, pinchazos, o entumecimiento muy leve
2	escozor, pinchazos, o entumecimiento leve
3	escozor, pinchazos, o entumecimiento moderado
4	alucinaciones moderadamente graves
5	alucinaciones táctiles graves
6	alucinaciones táctiles muy graves
7	alucinaciones continuas

Temblor
Brazos extendidos y dedos separados

0	no hay temblor
1	temblor no visible, pero puede sentirse al tacto
2	
3	
4	temblor moderado con las manos extendidas
5	
6	
7	temblor intenso, incluso con los brazos no extendidos

Trastornos auditivos
Pregunta ¿está escuchando algo que lo alarma?

0	no
1	intensidad o capacidad para asustarse muy leve
2	intensidad o capacidad para asustarse leve
3	intensidad o capacidad para asustarse moderada
4	alucinaciones auditivas moderadamente graves
5	alucinaciones auditivas graves
6	alucinaciones auditivas muy graves
7	alucinaciones continuas

Sudoración paroxística

0	no hay sudor visible
1	sudoración leve, palmas húmedas
2	
3	
4	sudoración visible en la frente
5	
6	
7	sudoración profusa generalizada

Trastornos visuales-
Pregunta ¿está viendo algo que le inquieta?

0	no
1	sensibilidad muy leve
2	sensibilidad leve
3	sensibilidad moderada
4	alucinaciones moderadas
5	alucinaciones graves
6	alucinaciones muy graves
7	alucinaciones continuas

Ansiedad

Pregunta ¿se siente nervioso?

0 tranquilo
1 ansiedad leve
2
3
4 ansiedad moderada, o cauteloso, de modo que se infiere ansiedad
5
6
7 equivalente a estado de pánico agudo, similar al observado en delirio grave

Agitación

0 actividad normal
1 actividad un poco mayor de lo normal
2
3
4 moderadamente inquieto
5
6
7 se mueve sin cesar

Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza

Pregunta: ¿su cabeza se siente diferente? ¿tiene como una banda alrededor de la cabeza?. No considerar la sensación de mareo

0 no
1 muy leve
2 leve
3 moderada
4 moderadamente grave
5 intensa
6 muy intensa
7 intensidad extrema

Orientación y entorpecimiento del sensorio

Pregunta ¿qué día es? ¿dónde está? ¿quién es?

0 orientado
1 no puede añadir datos en serie, o dudas en la fecha
2 desorientado para la fecha en menos de 2 días de calendario
3 desorientado para la fecha en más de 2 días de calendario
4 desorientado en lugar, persona o ambas cosas

Abstinencia	CIWA Ar
Leve	< 15
Moderada	16-20
Grave	> 20

Tratamiento del Síndrome de abstinencia

- Objetivo: Corregir los síntomas de abstinencia y prevenir el desarrollo de convulsiones y delirium.

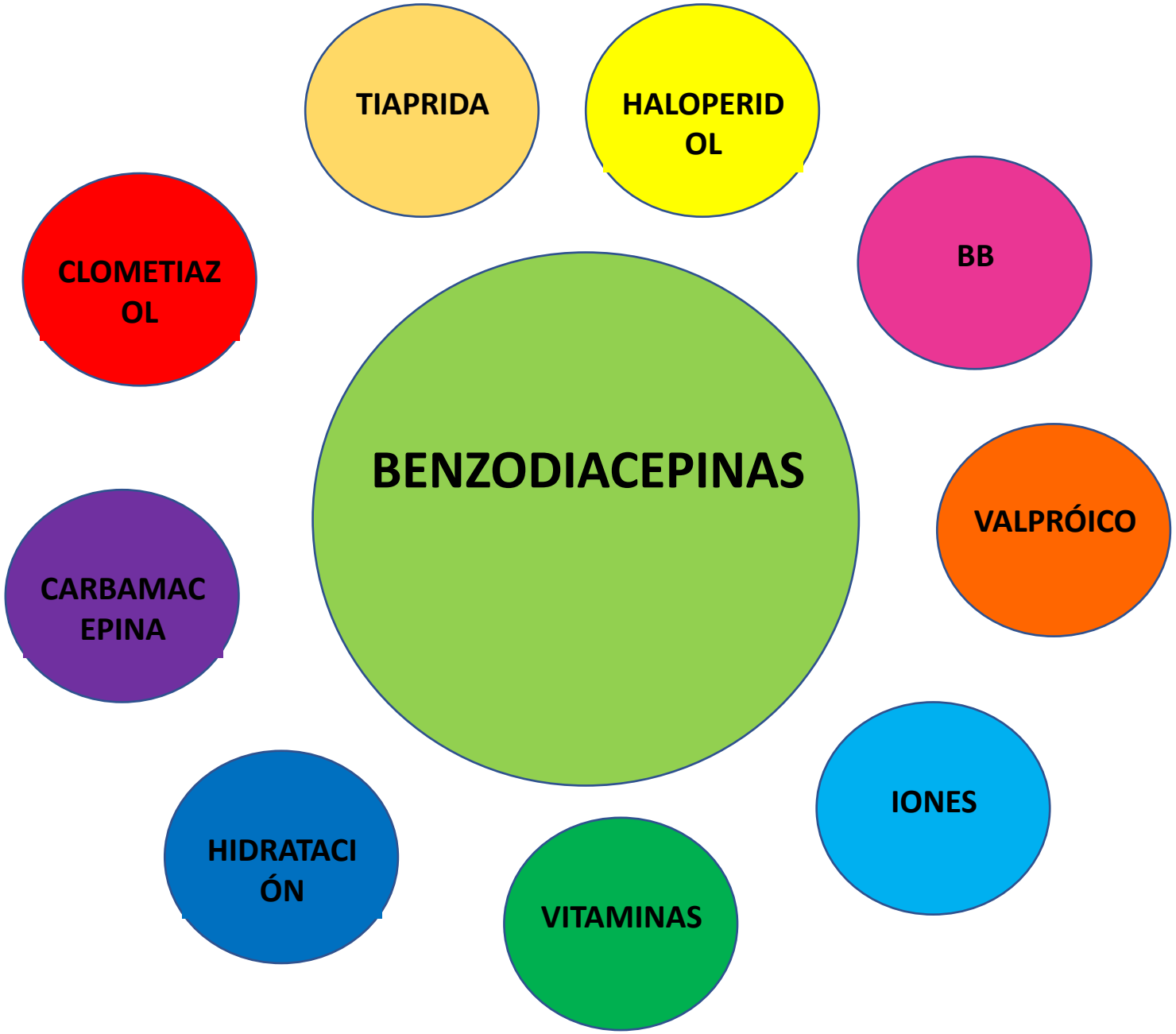
Monte Secades R, Rabuñal Rey R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición. Galicia Clin 2011; 72 (2): 51-64

Tratamiento del Síndrome de abstinencia

- Objetivo: Corregir los síntomas de abstinencia y prevenir el desarrollo de convulsiones y delirium.

BENZODIACEPINAS

Monte Secades R, Rabuñal Rey R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición. Galicia Clin 2011; 72 (2): 51-64


TIAPRIDA
HALOPERIDOL
CLOMETIAZOL
BB
BENZODIACEPINAS
VALPRÓICO
CARBAMACEPINA
IONES
HIDRATACIÓN
VITAMINAS

BENZODIACEPINAS

- Eficaces en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica (Recomendación grado A).
- Son los fármacos sobre los que existe más información procedente de ensayos clínicos.
  - Pocos ensayos, metodología cuestionable, tamaño muestral es pequeño.
- Ningún fármaco ha demostrado superioridad respecto a las benzodiacepinas en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica (Recomendación grado B).
- Pautadas de forma precoz previenen el desarrollo de crisis epilépticas y de delirium tremens (Recomendación grado A).
- Actúan estimulando receptores GABA, sustituyendo los efectos depresores del alcohol sobre el SNC y también inhibiendo la transmisión noradrenérgica en la abstinencia.

- Todas parecen controlar de forma similar los síntomas y los signos de la abstinencia (Recomendación grado A).
- No existen datos respecto a la superioridad de un tipo sobre otro.

	Nombre Comercial	Vida media de eliminación (horas)	Dosis equivalente (mg)
Acción prolongada			
Diacepam vo	Valium	30-60	10
Diacepam ev	Valium		5
Clordiazepóxido vo	Huberplex	7-28	25
Clordiacepóxido ev	No disponible		
Cloracepato vo	Tranxilium	50-70	15
Cloracepato ev	Tranxilium		10
Acción internedia			
Flunitracepam vo	Rohipnol	10-20	1
Flunitracepam ev	Rohipnol		No disponible
Acción corta			
Alprazolam vo	Trankimazin	12-15	0,25-0,5
Loracepam vo	Orfidal	10-20	1
Loracepam ev	No disponible		
Oxacepam vo	Adumbram	5-10	30
Acción muy corta			
Midazolam ev	Dormicum	1,5-2,5	2,5

- Mejor control de síntomas, menos altibajos.
- Disminución de riesgo de crisis epilépticas.

Benzodiacepinas de inicio rápido de acción (diacepam, alprazolam y lorazepam): posible mayor riesgo de adicción.

- No hay evidencias que avalen el uso de perfusiones intravenosas (Recomendación grado C).

- Varios regímenes:

	PROGRAMA FIJO	PROGRAMA DOSIS DE CARGA	PROGRAMA BASADO EN SÍNTOMAS
	Posología fija durante 4-7 días. Tratamiento de rescate. Reducción 25% por día.	Dosis altas de benzodiacepinas al inicio de la abstinencia. Intervalos frecuentes hasta que se controlen los síntomas o aparezca sedación excesiva. Valoración clínica previo a cada dosis.	Tratamiento según CIWA-Ar. Administración horaria mientras sea >8-10.
INCONVENIENTES	Riesgo de sedación excesiva. Prolongación de la estancia.		Necesidad de personal entrenado. No recomendado si > 60 años, comorbilidad médica asociada, delirium tremens ni convulsiones.
VENTAJAS		Acorta el periodo de tratamiento.	Disminuye la dosis total utilizada, la duración y el coste del tratamiento. No influye en las complicaciones ni en la mortalidad.

- Varios regímenes:

	PROGRAMA FIJO	PROGRAMA DOSIS DE CARGA	PROGRAMA BASADO EN SÍNTOMAS
	Posología fija durante 4-7 días. Tratamiento de rescate. Reducción 25% por día. MÁS EMPLEADO	Dosis altas de benzodiacepinas al inicio de la abstinencia. Intervalos frecuentes hasta que se controlen los síntomas o aparezca sedación excesiva. Valoración clínica previo a cada dosis.	Tratamiento según CIWA-Ar. Administración horaria mientras sea >8-10. RECOMENDADO
INCONVENIENTES	Ri va. Prolongación de la estancia.		N entrena No recomendado si > 60 años, comorbilidad médica asociada, delirium tremens ni convulsiones.
VENTAJAS		Acorta el periodo de tratamiento.	Disminuye la dosis total utilizada, la duración y el coste del tratamiento. No influye en las complicaciones ni en la mortalidad.

Tabla 5. Pautas de tratamiento para el síndrome de abstinencia alcohólica[25,27,32,33,41,48,51,57,58,63,65]

Programa fijo (vo)		
Clordiacepóxido	50 mg/6h 1º día, después 25-50 mg/6h 1-2 días según respuesta	Dosis adicionales de 25-50 mg cada 1-2 horas si es preciso Descenso de dosis de 25% diario
Diacepam	10-20 mg/6h 1-2 días, según respuesta	Dosis adicionales de 10-20 mg cada 1-2 h si es preciso Descenso de dosis de 25% diario
Oxacepam	30 mg/6h 1º día, después 15 mg/6h 2 días-5 días	Dosis adicionales de 15 mg/6 h, descender según respuesta
Loracepam	2mg/4h 1-2 días según respuesta	Dosis adicionales de 1-2 mg cada 1-2 h si es preciso Descenso de dosis de 25% diario
Alprazolam	1-2 mg/6h 1º día	Dosis adicionales de 2 mg/6h si es preciso Descenso de dosis de 25% diario
Programa con dosis de carga (vo)		
Diacepam	20 mg/2h mientras el paciente está sintomático	Continuar hasta la resolución No administrar si el paciente está sedado Media 8 dosis
Programa según síntomas (vo)		
Clordiazepóxido	25-100 mg/h si CIWA-Ar >8	Aplicar CIWA 1h después de cada dosis y si no precisa medicación, cuando reaparezcan síntomas y/o cada 8h, hasta la resolución
Oxacepam	15 mg/30 min si CIWA-Ar 8-15; 30 mg/30 min si CIWA-Ar >15	Mantener hasta resolución
Diazepam	10 mg/hora si CIWA-Ar > 8-10.	Aplicar CIWA-Ar 1 hora después de cada dosis, y si no precisa medicación por < 10, aplicarla de nuevo cuando reaparezcan los síntomas o c/ 6 horas.

TIAPRIDA
HALOPERIDOL
BB
CLOMETIAZOL
BENZODIACEPINAS
VALPRÓICO
CARBAMACEPINA
IONES
HIDRATACIÓN
VITAMINAS

CLOMETIAZOL

- Derivado de la tiamina.
- Propiedades sedantes, tranquilizantes y anticomiciales, mediadas a través de receptores GABA.
- No aprobado por la FDA para su uso en USA.
- Superior a placebo y similar a benzodiacepinas en el control de los síntomas leves-moderados de abstinencia (Recomendación grado A).
- Es posible que prevenga el desarrollo de delirium tremens (Recomendación grado C). Pocos estudios de eficacia.
- No se ha demostrado que prevenga las crisis comiciales (Recomendación grado C).
- Efecto secundario más importante: depresión respiratoria. Favorece las secreciones pulmonares.
- Cápsulas de 192 mg.
- No debe utilizarse en pautas superiores a 10 días.

HALOPERIDOL

- Menos efectivo que las benzodiacepinas en la prevención de delirium tremens y de crisis comiciales.
- Desciende el umbral epileptógeno.
- Se desaconseja su uso en monoterapia en la abstinencia alcohólica.
- Utilización únicamente en pacientes con agitación marcada o alucinaciones, como adyuvantes a las benzodiacepinas (Recomendación grado C).

TIAPRIDA

- Neuroléptico atípico con propiedades ansiolíticas.
- No desciende el umbral epileptógeno.
- No tiene actividad anticomicial.
- Control de síntomas menores de abstinencia.
- Alternativa al tratamiento convencional en casos seleccionados o adyuvante en el control de agitación.

BB

- No se deben utilizar en monoterapia (Recomendación grado A).
- Son útiles en el control de síntomas de hiperactividad simpática, añadidos a las benzodiacepinas, en pacientes con abstinencia leve-moderada (Recomendación grado A).
- No previenen el desarrollo de crisis ni delirium (Recomendación grado A).
- Atenolol 50-100 mg/d, si hiperactividad simpática.

CARBAMAC EPINA

- Controla los síntomas en pacientes con síndrome menor de abstinencia (Recomendación grado A).
- Retarda el fenómeno de activación propagada (la repetición de episodios de deprivación se asocia a un aumento progresivo de su severidad).
- No produce dependencia.
- No potencia los efectos depresores del alcohol.
- Pautas de 7-12 días con dosis de 600-800 mg/d y descenso gradual.
- Régimen ambulatorio.
- No existe experiencia en pacientes con formas moderadas-severas de abstinencia alcohólica ni en plantas de hospitalización.

- Capaz de controlar los síntomas en pacientes con abstinencia leve sin comorbilidad asociada, disminuyendo la dosis necesaria de benzodiacepinas.
- Actividad anticomicial, retarda el fenómeno de activación propagada.
- Bajo potencial de dependencia.
- Pocos estudios.
- 500 mg/8h durante 5-7 días.
- No existe experiencia sobre su uso en el delirium tremens.
- No debe plantearse su empleo en monoterapia.

VALPRÓICO

MAGNESIO:

- Sin influencia sobre los síntomas de la abstinencia alcohólica o sobre el desarrollo crisis comiciales o delirium.
- Frecuente déficit de magnesio (clínica de vértigo, ataxia, temblor, corea y arritmias). Se recomienda su suplementación.
- Dosis 1 gr/6-12 h ev ó 250-500 mg vo/6h, durante 48 horas, en aquellos casos en que se compruebe hipomagnesemia.

TIAMINA:

- Sin influencia sobre los síntomas de la abstinencia alcohólica o sobre el desarrollo crisis comiciales o delirium.
- Se recomienda la administración de tiamina en todos los casos para prevenir la posible aparición de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.
- 1 amp im o iv/d, 3-4días.

IONES

VITAMINAS

Situaciones especiales:

- En pacientes con antecedentes de convulsiones o síndrome de abstinencia alcohólica grave, aconsejable premedicar tras una interrupción del consumo de alcohol.
  - Dosis fija: Diacepam 10 mg cada 6 horas oral, 4 dosis; seguido de 5 mg/6 h, 8 dosis.
- En pacientes con enfermedad hepática significativa, prioriza oxacepam (30 mg cada hora, vía oral, mientras CIWA-Ar >10) o loracepam (1 mg cada hora vía oral, mientras CIWA-Ar >10).
- En pacientes mayores de 65 años, usar tratamiento según síntomas, priorizar loracepam u oxacepam.
- Delirium tremens: Programa con dosis de carga, modificado:
  - Diacepam: dosis de 5 mg iv, cada 5 minutos. 3 dosis total.
  - Si no se controla → Diacepam: dosis de 10 mg iv, cada 5-10 minutos. 2 dosis total.
  - Si no se controla → Diacepam: dosis de 20 mg iv, cada 5-10 minutos.
  - Objetivo: paciente tranquilo pero despierto.
  - Si > 80-100 mg iv en 1 hora o riesgo elevado de complicaciones → considerar UCI.
  - Reevaluar al paciente cada 1-2 horas → rescates 5-20 mg iv de diacepam.
  - Alucinaciones o agitación severa → 1-2 amp de haloperidol iv.
  - Alternativamente al empleo del diacepam se puede utilizar cloracepato 20 mg iv.

Tratamiento de nuestro paciente:

- Magnesio 2 comprimidos cada 12 horas.
- Tiamina 1 ampolla im cada 24 horas.
- Piridoxina 1 ampolla im cada 24 horas.
- Tiaprida iv cada 8 horas.
- Haloperidol iv cada 8 horas.

- Diacepam 40 mg diarios iv → dosis crecientes hasta 180 mg diarios iv.

¿Qué le pasa?

1. ABSTINENCIA

2. COMPLICACIÓN MÉDICA

3. EFECTO ADVERSO DE FÁRMACOS

¿Qué le pasa?

- Antibioterapia hasta obtención de resultados de LCR.
- TAC cerebral, PL. Sin alteraciones. Microbiología negativa.

¿Qué le pasa?

- Antibioterapia hasta obtención de resultados de LCR.
- TAC cerebral, PL. Sin alteraciones. Microbiología negativa.
- Analítica:
  - CK 1725. Se inicia hidratación.
  - B12, fólico, TSH, amonio normales.
  - Serologías negativas.
- RM cerebral: No se observa la dudosa área de hipodensidad frontobasal izquierda descrita en el TAC. Atrofia cerebral.
- EEG sin actividad epileptógena.

¿Qué le pasa?

- Antibioterapia hasta obtención de resultados de LCR.
- TAC cerebral, PL. Sin alteraciones. Microbiología negativa.
- Analítica:
  - CK 1725. Se inicia hidratación.
  - B12, fólico, TSH, amonio normales.
  - Serologías negativas.
- RM cerebral: No se observa la dudosa área de hipodensidad frontobasal izquierda descrita en el TAC. Atrofia cerebral.
- EEG sin actividad epileptógena.
- Retirada progresiva de perfusión de benzodiacepinas, ajuste de resto de tratamiento y progresiva mejoría clínica con estabilidad de cuadro de agitación.
- Probable reacción paradójica a benzodiacepinas.

¿Reacción paradójica a Benzodiacepinas?

- Fenómeno idiosincrático, difícil de predecir.
- Infrecuente. Variabilidad diagnóstica, incidencia 1% al 29%.
- Escasa información en la literatura.
- Excitación, irritabilidad, impulsividad, hostilidad y agresión, que puede derivar en ataques de ira y violencia.
- Seguidos de amnesia lacunar.
- No hay factores causales claramente identificados. Posible variación genética en el receptor GABA A 6.
- Factores de riesgo: género masculino, trastornos cognitivos y del ánimo, edades extremas de la vida, consumo de alcohol y drogas, dosis administrada, uso de benzodiacepinas de mayor potencia y menor latencia, vías de administración endovenosa y nasal.

Estefó M., Ojeda D., Cisternas P., Arraño N., Zanetta H. Factores de riesgo de reacción paradójica asociados a sedación endovenosa con midazolam. Rev Med Chile 2021; 149: 237-241
Guía de consenso para el buen uso de las Benzodacepinas. Socidrogalcohol. Valencia, diciembre de 2019 2ª Edición. ISBN: 978-84-949467-4-5

¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!

¿ALGUNA PREGUNTA?