Pero... ¿qué hace?

Aproximación a la alteración del comportamiento en el paciente con consumo de alcohol

Sesión Interdepartamental | ENERO 2022
Servicio de Medicina Interna
Hospital General Universitario de Valencia

Dr. David Rodrigo Domínguez | R3 Medicina Interna
Colaboración especial de Dr. Alexandru Florin Acsente | R1 Neurología

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. etanol, heroína, alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

Venenos — Alcoholes atípicos (etilenglicol, metanol), tóxicos inhalados (monóxido de carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. etanol, heroína, alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

Venenos — Alcoholes atípicos (etilenglicol, metanol), tóxicos inhalados (monóxido de carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

METABOLISMO

Alteraciones electrolíticas (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones endocrinas (↑/↓): tiroides, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ glucemia

↑/↓ osmolaridad

↓ O2

Errores congénitos del metabolismo (porfiria, enfermedad de Wilson)

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. etanol, heroína, alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

Venenos — Alcoholes atípicos (etilenglicol, metanol), tóxicos inhalados (monóxido de carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

METABOLISMO

Alteraciones electrolíticas (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones endocrinas (↑/↓): tiroides, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ glucemia

↑/↓ osmolaridad

↓ O2

Errores congénitos del metabolismo (porfiria, enfermedad de Wilson)

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

INTRÍNSECAS AL CEREBRO

Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis, abscesos…)

Crisis epilépticas, especialmente estado epiléptico no convulsivo

Traumatismos craneoencefálicos

Ictus

Lesiones intracraneales (hemorragia, tumor), encefalopatía hipertensiva

Demencias

Trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, delirios, trastorno de la personalidad…)

Comportamiento antisocial

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. etanol, heroína, alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

Venenos — Alcoholes atípicos (etilenglicol, metanol), tóxicos inhalados (monóxido de carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

METABOLISMO

Alteraciones electrolíticas (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones endocrinas (↑/↓): tiroides, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ glucemia

↑/↓ osmolaridad

↓ O2

Errores congénitos del metabolismo (porfiria, enfermedad de Wilson)

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

INTRÍNSECAS AL CEREBRO

Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis, abscesos…)

Crisis epilépticas, especialmente estado epiléptico no convulsivo

Traumatismos craneoencefálicos

Ictus

Lesiones intracraneales (hemorragia, tumor), encefalopatía hipertensiva

Demencias

Trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, delirios, trastorno de la personalidad…)

Comportamiento antisocial

INSUFICIENCIAS ORGÁNICAS

Shock

Insuficiciencia cardíaca

Hematológicas (trombocitosis, hipereosinofilia, crisis de células blásticas leucémicas, policitemia)

Insuficiencia hepática

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia renal

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. etanol, heroína, alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

Venenos — Alcoholes atípicos (etilenglicol, metanol), tóxicos inhalados (monóxido de carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

INFECCIONES

Sepsis, infecciones sistémicas (ej. bacteriemia, SIDA), fiebre

METABOLISMO

Alteraciones electrolíticas (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones endocrinas (↑/↓): tiroides, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ glucemia

↑/↓ osmolaridad

↓ O2

Errores congénitos del metabolismo (porfiria, enfermedad de Wilson)

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

INTRÍNSECAS AL CEREBRO

Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis, abscesos…)

Crisis epilépticas, especialmente estado epiléptico no convulsivo

Traumatismos craneoencefálicos

Ictus

Lesiones intracraneales (hemorragia, tumor), encefalopatía hipertensiva

Demencias

Trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, delirios, trastorno de la personalidad…)

Comportamiento antisocial

INSUFICIENCIAS ORGÁNICAS

Shock

Insuficiciencia cardíaca

Hematológicas (trombocitosis, hipereosinofilia, crisis de células blásticas leucémicas, policitemia)

Insuficiencia hepática

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia renal

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. etanol, heroína, alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

Venenos — Alcoholes atípicos (etilenglicol, metanol), tóxicos inhalados (monóxido de carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

INFECCIONES

Sepsis, infecciones sistémicas (ej. bacteriemia, SIDA), fiebre

METABOLISMO

Alteraciones electrolíticas (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones endocrinas (↑/↓): tiroides, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ glucemia

↑/↓ osmolaridad

↓ O2

Errores congénitos del metabolismo (porfiria, enfermedad de Wilson)

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

AGENTES FÍSICOS

Quemaduras. Electrocución. ↑/↓ -termia. Traumatismos con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, TCE, embolia grasa...

INTRÍNSECAS AL CEREBRO

Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis, abscesos...)

Crisis epilépticas, especialmente estado epiléptico no convulsivo

Traumatismos craneoencefálicos

Ictus

Lesiones intracraneales (hemorragia, tumor), encefalopatía hipertensiva

Demencias

Trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, delirios, trastorno de la personalidad...)

Comportamiento antisocial

INSUFICIENCIAS ORGÁNICAS

Shock

Insuficiciencia cardíaca

Hematológicas (trombocitosis, hipereosinofilia, crisis de células blásticas leucémicas, policitemia)

Insuficiencia hepática

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia renal

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. etanol, heroína, alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

Venenos — **Alcoholes atípicos** (etilenglicol, metanol), tóxicos inhalados (monóxido de carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

INFECCIONES

Sepsis, infecciones sistémicas (ej. bacteriemia, SIDA), fiebre

METABOLISMO

Alteraciones **electrolíticas** (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones **endocrinas** (↑/↓): tiroides, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ **glucemia**

↑/↓ **osmolaridad**

↓ O2

Errores congénitos del metabolismo (porfiria, enfermedad de Wilson)

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

INTRÍNSECAS AL CEREBRO

Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis, abscesos...)

Crisis epilépticas, especialmente estado epiléptico no convulsivo

Traumatismos craneoencefálicos

Ictus

Lesiones intracraneales (hemorragia, tumor), encefalopatía hipertensiva

Demencias

Trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, delirios, trastorno de la personalidad...)

Comportamiento antisocial

INSUFICIENCIAS ORGÁNICAS

Shock

Insuficiciencia cardíaca

Hematológicas (trombocitosis, hipereosinofilia, crisis de células blásticas leucémicas, policitemia)

Insuficiencia hepática

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia renal

AGENTES FÍSICOS

Quemaduras. Electrocución. **↑/↓ -termia. Traumatismos** con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, TCE, embolia grasa...

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. **INTOXICACIÓN ETÍLICA** alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

Venenos — **Alcoholes atípicos** (etilenglicol, metanol), tóxicos inhalados (monóxido de carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

METABOLISMO

Alteraciones **electrolíticas** (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones **endocrinas** [illegible]oides, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ **glucemia**

↑/↓ **osmolaridad**

↓ O2

Errores congénitos del metabolismo (porfiria, enfermedad de Wilson)

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

INTRÍNSECAS AL CEREBRO

Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis, abscesos…)

Crisis epilépticas, especialmente estado epiléptico no convulsivo

Traumatismos craneoencefálicos

Ictus

Lesiones intracraneales (hemorragia, tumor), encefalopatía hipertensiva

Demencias

Trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, delirios, trastorno de la personalidad…)

Comportamiento antisocial

INFECCIONES

Sepsis, infecciones sistémicas (ej. bacteriemia, SIDA), fiebre

INSUFICIENCIAS ORGÁNICAS

Shock

Insuficiciencia cardíaca

Hematológicas (trombocitosis, hipereosinofilia, crisis de células blásticas leucémicas, policitemia)

Insuficiencia hepática

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia renal

AGENTES FÍSICOS

Quemaduras. Electrocución. **↑/↓ -termia. Traumatismos** con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, TCE, embolia grasa…

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. **INTOXICACIÓN ETÍLICA** alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas) **ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)**

V **ípicos** (**óxicos** i carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

INFECCIONES

Sepsis, infecciones sistémicas (ej. bacteriemia, SIDA), fiebre

METABOLISMO

Alteraciones **electrolíticas** (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones **endocrinas** **oides**, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ **glucemia**

↑/↓ **osmolaridad**

↓ O2

Errores congénitos del metabolismo (porfiria, enfermedad de Wilson)

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

INTRÍNSECAS AL CEREBRO

Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis, abscesos…)

Crisis epilépticas, especialmente estado epiléptico no convulsivo

Traumatismos craneoencefálicos

Ictus

Lesiones intracraneales (hemorragia, tumor), encefalopatía hipertensiva

Demencias

Trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, delirios, trastorno de la personalidad…)

Comportamiento antisocial

INSUFICIENCIAS ORGÁNICAS

Shock

Insuficiciencia cardíaca

Hematológicas (trombocitosis, hipereosinofilia, crisis de células blásticas leucémicas, policitemia)

Insuficiencia hepática

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia renal

AGENTES FÍSICOS

Quemaduras. Electrocución. **↑/↓ -termia. Traumatismos** con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, TCE, embolia grasa…

ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

FÁRMACOS Y TOXINAS

Medicamentos y sus efectos adversos (ej. opioides, hipnóticos-sedantes, antipsicóticos, antihistamínicos, litio, relajantes musculares esqueléticos, polifarmacia, confusión de las quinolonas, síndrome de la serotonina)

Drogas de abuso (ej. [illegible] alucinógenos, uso no medicinal de medicamentos recetados)

Abstinencias (ej., etanol, benzodiacepinas)

INTOXICACIÓN ETÍLICA

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

V[illegible] **[illegible]ípicos** ([illegible] tóxicos i[illegible] carbono, cianuro, sulfuro de hidrógeno), venenos derivados de plantas y animales

METABOLISMO

Alteraciones **electrolíticas** (↑/↓): sodio, calcio, magnesio, fosfato

Alteraciones **endocrinas** [illegible]oides, paratiroides, páncreas, hipófisis, suprarrenales

↑ CO2

↑/↓ **glucemia**

↑/↓ **osmolaridad**

↓ O2

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

Déficits nutricionales (Encefalopatía de Wernicke, ↓B12, ↓ folato y niacina)

INTRÍNSECAS AL CEREBRO

Infecciones del SNC (encefalitis, meningitis, abscesos…)

Crisis epilépticas, especialmente estado epiléptico no convulsivo

Traumatismos craneoencefálicos

Ictus

Lesiones intracraneales (hemorragia, tumor), encefalopatía hipertensiva

Demencias

Trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, delirios, trastorno de la personalidad…)

Comportamiento antisocial

INFECCIONES

Sepsis, infecciones sistémicas (ej. bacteriemia, SIDA), fiebre

INSUFICIENCIAS ORGÁNICAS

Shock

Insuficiciencia cardíaca

Hematológicas (trombocitosis, hipereosinofilia, crisis de células blásticas leucémicas, policitemia)

Insuficiencia hepática

Insuficiencia respiratoria

Insuficiencia renal

AGENTES FÍSICOS

Quemaduras. Electrocución. **↑/↓ -termia. Traumatismos** con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, TCE, embolia grasa…

CASO CLÍNICO — MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

CASO CLÍNICO — MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Varón de 56 años que acude traído tras aviso a policía a las 03:26h por alteración del orden público.

CASO CLÍNICO — MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Varón de 56 años que acude traído tras aviso a policía a las 03:26h por alteración del orden público.

- **No alergias** medicamentosas conocidas.
- 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.
- Fractura previas de tibia y de huesos propios nasales
- **Tóxicos — 20 UBE/día (cerveza).** Fumador de 2 paquetes al día.
- **Sociales y funcionales** — Profesión camionero. Natural de Bulgaria. Independiente para ABVD. Sin deterioro cognitivo.
- **Tratamiento habitual** — ninguno.

CASO CLÍNICO — MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación y evolución en urgencias…

- Desinhibición, disartria, mareo, náuseas leves, somnolencia; constantes adecuadas, sin signos de alarma.
- Juicio clínico → Intoxicación etílica leve-moderada
- Tras pasar la noche en urgencias con tratamiento sintomático, desaparición de la sintomatología → **Alta.**

CASO CLÍNICO — MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación y evolución en urgencias…

- Desinhibición, disartria, mareo, náuseas leves, somnolencia; constantes adecuadas, sin signos de alarma.
- Juicio clínico → Intoxicación etílica leve-moderada
- Tras pasar la noche en urgencias con tratamiento sintomático, desaparición de la sintomatología → **Alta.**

INTOXICACIÓN ETÍLICA

- **Motivos de consulta más frecuentes** → vómitos, agitación, alteración del nivel de conciencia.
- **La clínica** es diferente dependiendo del consumo previo de alcohol pero hay correlación entre la alcoholemia y la sintomatología presente.

🤔

INTOXICACIÓN POR METANOL

El metanol (alcohol metílico, alcohol de quemar o alcohol de madera) es tóxico en pequeñas cantidades (sólo 30 mL → morbilidad significativa). Los niveles séricos letales son de 80-100 mg/dL.

INTOXICACIÓN ETÍLICA

- **Motivos de consulta más frecuentes** → vómitos, agitación, alteración del nivel de conciencia.
- **La clínica** es diferente dependiendo del consumo previo de alcohol pero hay correlación entre la alcoholemia y la sintomatología presente.

🤔

INTOXICACIÓN POR METANOL

El metanol (alcohol metílico, alcohol de quemar o alcohol de madera) es tóxico en pequeñas cantidades (sólo 30 mL → morbilidad significativa). Los niveles séricos letales son de 80-100 mg/dL.

🤕🤮😵🦴

- **Complicaciones más frecuentes** → ↓glucemia, alteraciones electrolíticas (↓K^+, ↓Mg^{2+}, ↓Ca^{2+}, ↓PO_4^{3-}), depresión respiratoria, broncoaspiración, síndrome de Mallory-Weiss, hepatitis alcohólica aguda, lesiones traumáticas.

INTOXICACIÓN ETÍLICA

NIVEL DE ETANOL EN SANGRE Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **50-150 mg/dL — Leve.** Desinhibición, ataxia, disartria, ↓reflejos, mareos, náuseas y vómitos
- **150-300 mg/dL — Moderada.** Discurso incoherente, incoordinación motora, bradipsiquia, confusión y somnolencia. En algunos pacientes pueden predominar la agitación y el comportamiento agresivo
- **300-500 mg/dL — Grave.** Incoordinación motora marcada, estupor, desviación conjugada de la mirada, midriasis, nistagmo, rigidez en extensión de los miembros, signo de Babinski, convulsiones, trismus, hipotermia, hipoventilación
- **> 500 mg/dL — Coma.** Riesgo de paro respiratorio.

- Daniel García Gil, Terapéutica Médica en Urgencias, 6ª edición (2021).

INTOXICACIÓN ETÍLICA

- Tratamiento sintomático (prevención de broncoaspiración, despistaje de hipoglucemia, antieméticos, sedación en caso de conducta agresiva) —hasta la desaparición de la sintomatología, por lo general, en 4-6 h.

NIVEL DE ETANOL EN SANGRE Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **50-150 mg/dL — Leve.** Desinhibición, ataxia, disartria, ↓reflejos, mareos, náuseas y vómitos
- **150-300 mg/dL — Moderada.** Discurso incoherente, incoordinación motora, bradipsiquia, confusión y somnolencia. En algunos pacientes pueden predominar la agitación y el comportamiento agresivo

INTOXICACIÓN ETÍLICA

- **300-500 mg/dL — Grave.** Incoordinación motora marcada, estupor, desviación conjugada de la mirada, midriasis, nistagmo, rigidez en extensión de los miembros, signo de Babinski, convulsiones, trismus, hipotermia, hipoventilación
- **> 500 mg/dL — Coma.** Riesgo de paro respiratorio.

- ✓ Constantes, monitorización (incluida SpO_2, vigilancia neurológica). Cabecera de la cama elevada (30-45°). Protección frente a la hipotermia. Glucemia capilar.
- ✓ Acceso venoso y análisis generales: incluidos calcio, magnesio, CPK, GOT, GPT, bilirubina, amilasa, gasometria arterial y estudio de coagulación.
- ✓ Concentración plasmática de etanol.
- ✓ ECG, Rx tórax. TC cerebral si existe sospecha de TCE, convulsiones, depresión mantenida del nivel de conciencia después de 4-6 h de observación o falta de correlación entre el nivel de conciencia y la alcoholemia.

INTOXICACIÓN ETÍLICA

- **300-500 mg/dL — Grave.** Incoordinación motora marcada, estupor, desviación conjugada de la mirada, midriasis, nistagmo, rigidez en extensión de los miembros, signo de Babinski, convulsiones, trismus, hipotermia, hipoventilación
- **> 500 mg/dL — Coma.** Riesgo de paro respiratorio.

- ✓ Oxigenoterapia
- ✓ Fluidoterapia (considerar aporte de K^+)
- ✓ Considerar la intubación endotraqueal e ingreso en una UCI si el paciente presenta disminución persistente del nivel de conciencia (GCS ≤ 8).
- ✓ En alcohólicos crónicos, administrar tiamina 100 mg IM o IV (Benerva® 1 amp) y considerar el aporte de magnesio.
- ✓ Hemodiálisis en pacientes con evolución clínica desfavorable y niveles de etanol superiores a 5 g/l.

INTOXICACIÓN ETÍLICA

- **300-500 mg/dL — Grave.** Incoordinación motora marcada, estupor, desviación conjugada de la mirada, midriasis, nistagmo, rigidez en extensión de los miembros, signo de Babinski, convulsiones, trismus, hipotermia, hipoventilación
- **> 500 mg/dL — Coma.** Riesgo de paro respiratorio.

- × El **lavado gástrico** rara vez es de utilidad (rápida absorción del etanol)
- × El **carbón activado** no adsorbe el etanol.
- × La **piridoxina** no es útil en la intoxicación aguda
- × No existe **antídoto**.

CASO CLÍNICO — 2º MOTIVO DE CONSULTA

Vuelve a consultar 2 días después por...

CASO CLÍNICO — 2º MOTIVO DE CONSULTA

Vuelve a consultar 2 días después por...

- 2 días de evolución **dolor torácico mecánico** y **malestar abdominal** acompañado de **náuseas, vómitos y diarrea**.
  - Dolor torácico costal unilateral, tras traumatismo en contexto de ingesta de alcohol hace unos días. 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.

CASO CLÍNICO — 2º MOTIVO DE CONSULTA

Vuelve a consultar 2 días después por...

- 2 días de evolución **dolor torácico mecánico** y **malestar abdominal** acompañado de **náuseas, vómitos y diarrea**.
  - Dolor torácico costal unilateral, tras traumatismo en contexto de ingesta de alcohol hace unos días. 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.
- Pérdida de apetito, insomnio, cefalea.

CASO CLÍNICO — 2º MOTIVO DE CONSULTA

Vuelve a consultar 2 días después por...

- 2 días de evolución **dolor torácico mecánico** y **malestar abdominal** acompañado de **náuseas, vómitos y diarrea**.
  - Dolor torácico costal unilateral, tras traumatismo en contexto de ingesta de alcohol hace unos días. 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.
- Pérdida de apetito, insomnio, cefalea.
- No fiebre termometrada. Niega clínica miccional. Niega alucinaciones.

CASO CLÍNICO — 2º MOTIVO DE CONSULTA

Vuelve a consultar 2 días después por...

- 2 días de evolución **dolor torácico mecánico** y **malestar abdominal** acompañado de **náuseas, vómitos y diarrea**.
  - Dolor torácico costal unilateral, tras traumatismo en contexto de ingesta de alcohol hace unos días. 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.
- Pérdida de apetito, insomnio, cefalea.
- No fiebre termometrada. Niega clínica miccional. Niega alucinaciones.
- Desde visita en urgencias hace 2 días por intoxicación alcohólica **no consume alcohol.**

CASO CLÍNICO — EXPLORACIÓN FÍSICA EN 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 puntos**

CASO CLÍNICO — PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN 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**: negativos, **etanol sangre indetectable**.
- **Sedimento** orina: sin alteraciones.
- **Microbiología** heces: negativa.
- **Ecografía 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**: normal.

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

- **El diagnóstico es clínico → Criterios DSM-5**. Las pruebas complementarias ayudan a descartar otros procesos.

A) ↓ consumo de alcohol (que ha sido intenso y prolongado)

B) ≥ 2 de los siguientes síntomas:
  - Hiperactividad autonómica
  - ↑ temblor de las manos
  - Insomnio
  - Náuseas o vómitos
  - Alucinaciones o ilusiones visuales, táctiles o auditivas transitorias
  - Agitación psicomotriz
  - Ansiedad
  - Convulsiones tónico-clónicas generalizadas

C) Los signos o síntomas del criterio B causan angustia o deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

D) Los signos o síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluyendo la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia.

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

- En pacientes con alcoholismo crónico:
  → **inicio a las 6-8 h** de la última ingesta enólica
  → manifestaciones **floridas a las 72 h** (delirium)
  → mejoría de la sintomatología a partir de los **5-7 días** de la abstinencia.

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

- En pacientes con alcoholismo crónico:
  → **inicio a las 6-8 h** de la última ingesta enólica
  → manifestaciones **floridas a las 72 h** (delirium)
  → mejoría de la sintomatología a partir de los **5-7 días** de la abstinencia.

- Se debe **valorar la gravedad mediante la escala CIWA-Ar** (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) → disponible en mdcalc.com o rccc.eu
  - 8–15 puntos → podrían recibir tratamiento en casa si tienen soporte.
  - >15 puntos → hospitalización para tratamiento y monitorización.

CASO CLÍNICO — REEVALUACIÓN EN URGENCIAS

- 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 23** (vómitos, temblor, ansiedad, agitación, diaforesis, desorientación).
- **Agitación, inatención, pupilas levemente asimétricas normorreactivas, parálisis de la mirada lateral bilateral, nistagmo**. No rigidez nucal ni signos meníngeos. Sensibilidad y fuerza conservada. No es posible explorar la marcha
- 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.

1. Náuseas y vómitos
2. Temblor
3. Sudoración paroxística
4. Agitación
5. Cefalea
6. Ansiedad
7. Trastornos visuales
8. Trastornos tactiles
9. Trastornos auditivos
10. Orientación sensorio

- rccc.eu/ppc/protocolos/CIWA-Ar.html

CASO CLÍNICO — REEVALUACIÓN EN URGENCIAS

- 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 23** (vómitos, temblor, ansiedad, agitación, diaforesis, desorientación).
- **Agitación, inatención, pupilas levemente asimétricas normorreactivas, parálisis de la mirada lateral bilateral, nistagmo**. No rigidez nucal ni signos meníngeos. Sensibilidad y fuerza conservada. No es posible explorar la marcha
- 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

&

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

CASO CLÍNICO — REEVALUACIÓN EN URGENCIAS

Durante su estancia en urgencias el paciente pasa de CIWA-Ar **5** a **23 puntos** y **se sospecha un síndrome de Wernicke concomitante.**

1. Náuseas y vómitos
2. Temblor
3. Sudoración paroxística
4. Agitación
5. Cefalea
6. Ansiedad
7. Trastornos visuales
8. Trastornos tactiles
9. Trastornos auditivos
10. Orientación sensorio

- rccc.eu/ppc/protocolos/CIWA-Ar.html

CASO CLÍNICO — REEVALUACIÓN EN URGENCIAS

Durante su estancia en urgencias el paciente pasa de CIWA-Ar **5** a **23 puntos** y **se sospecha un síndrome de Wernicke concomitante.**

Se cursa **ingreso** hospitalario y se inicia tratamiento:

- **Perfusión de diazepam 40 mg/día IV**
- **Altas dosis de tiamina** (500 mg IV infundidos durante 30 minutos 3 veces/día inicialmente)
- Magnesio 2 comprimidos cada 12 horas
- Piridoxina 1 ampolla IM cada 24 horas
- Tiaprida IV cada 8 horas

1. Náuseas y vómitos
2. Temblor
3. Sudoración paroxística
4. Agitación
5. Cefalea
6. Ansiedad
7. Trastornos visuales
8. Trastornos tactiles
9. Trastornos auditivos
10. Orientación sensorio

- rccc.eu/ppc/protocolos/CIWA-Ar.html

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

Atención inicial:

- ✓ Constantes, monitorización en casos graves. Elevación del cabecero de la cama.
- ✓ Acceso venoso y análisis generales en casos graves — PCR, GOT, GPT, GGT, bilirubina, amilasa, calcio, magnesio, gasometría venosa, CPK y estudio de coagulación
- ✓ ECG, radiografía de tórax.
- ✓ Valorar la gravedad de la abstinencia mediante la escala CIWA-Ar

😪

CUIDADO!

Puede confundirse o asociarse a otras patologías potencialmente graves, por lo que debe valorarse la realización de otras PPCC (TC cerebral, punción lumbar, ecografía abdominal...) en función de la presentación clínica.

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

Medidas prioritarias:

- ✓ En el síndrome de abstinencia grave → **fluidoterapia** con suero glucosalino 2.000-2.500ml/d, añadiendo 15-20 mEq de ClK en cada suero.

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

Medidas prioritarias:

- ✓ En el síndrome de abstinencia grave → **fluidoterapia** con suero glucosalino 2.000-2.500ml/d, añadiendo 15-20 mEq de ClK en cada suero.
- ✓ **Medidas ambientales** y de soporte en situaciones de delirium

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

Medidas prioritarias:

- ✓ En el síndrome de abstinencia grave → **fluidoterapia** con suero glucosalino 2.000-2.500ml/d, añadiendo 15-20 mEq de ClK en cada suero.
- ✓ **Medidas ambientales** y de soporte en situaciones de delirium
- ✓ Suplementos vitamínicos y oligoelementos:
  - **Tiamina** (vitamina B1, Benerva®)
    100 mg/d IM o IV durante al menos 72 h.
    si delirium tremens — 500 mg/12-24 h IV
    si sospecha de encefalopatía de Wernicke — 500 mg/8 h IV
  - Considerar el aporte de **ácido fólico** (ej. a dosis de 5-15 mg/d VO en 1-2 tomas) y de **magnesio** (ej. Magnogene® 2 comp/12h VO).

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

⚠

EL CONTROL DE SÍNTOMAS ESTÁ BASADO EN **BENZODIACEPINAS**

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

⚠

EL CONTROL DE SÍNTOMAS ESTÁ BASADO EN **BENZODIACEPINAS**

OBJETIVO GENERAL DE SEDACIÓN → CALMADO PERO ALERTA

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

⚠️

EL CONTROL DE SÍNTOMAS ESTÁ BASADO EN **BENZODIACEPINAS**

OBJETIVO GENERAL DE SEDACIÓN → CALMADO PERO ALERTA

- **Síntomas leves o moderados: vía oral** → diazepam 5-10 mg/4-6 h VO con reducción paulatina de la dosis en los siguientes 5 días.
  Lorazepam (1-2 mg/4-6 h VO) → indicación especial en pacientes con ↓ función hepática.

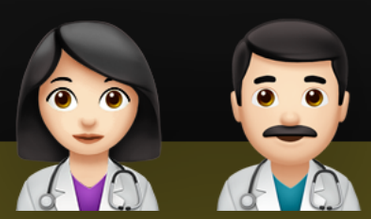
ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

⚠️

EL CONTROL DE SÍNTOMAS ESTÁ BASADO EN **BENZODIACEPINAS**

OBJETIVO GENERAL DE SEDACIÓN → **CALMADO PERO ALERTA**

- **Síntomas leves o moderados: vía oral** → diazepam 5-10 mg/4-6 h VO con reducción paulatina de la dosis en los siguientes 5 días.
  Lorazepam (1-2 mg/4-6 h VO) → indicación especial en pacientes con ↓ función hepática.



SI ABSTINENCIA ≥ MODERADA…

- **Realizar interconsulta a la Unidad de Toxicología de Medicina Interna**

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

⚠️

EL CONTROL DE SÍNTOMAS ESTÁ BASADO EN **BENZODIACEPINAS**

OBJETIVO GENERAL DE SEDACIÓN → CALMADO PERO ALERTA

- **En casos graves, CIWA-Ar ≥8: vía IV**
  - Basado en síntomas: bolos de diazepam 5-10mg IV cada 10 minutos → pasar CIWA-Ar cada 10 min
  - Perfusión de diazepam IV en bomba (ej. 4 amp de 10mg en 500ml de SGlucosado 5%, iniciar a 21ml/h = pasan 10mg cada 6h)

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

- **En casos muy graves** → ingreso en UCI para aislamiento de la vía aérea y administración de dosis elevadas de benzodiacepinas, propofol, fenobarbital y/o dexmedetomidina → evaluar con escala RASS

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

- **En casos muy graves** → ingreso en UCI para aislamiento de la vía aérea y administración de dosis elevadas de benzodiacepinas, propofol, fenobarbital y/o dexmedetomidina → evaluar con escala RASS

CONSIDERAR UCI EN…

- **Abstinencia muy grave** — CIWA-Ar> 25, delirium tremens franco, incapacidad para controlar los síntomas a pesar de una dosis muy alta de diazepam (ej. 200 mg en 4 h), abstinencia a pesar de etanol en sangre elevado

- Carlson RW, Keske B, Cortez D. Alcohol withdrawal syndrome: alleviating symptoms, preventing progression. J Crit Illness 1998; 13:311. Daniel García Gil, Terapéutica Médica en Urgencias, 6ª edición (2021).

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

- **En casos muy graves** → ingreso en UCI para aislamiento de la vía aérea y administración de dosis elevadas de benzodiacepinas, propofol, fenobarbital y/o dexmedetomidina → evaluar con escala RASS

CONSIDERAR UCI EN…

- **Abstinencia muy grave** — CIWA-Ar> 25, delirium tremens franco, incapacidad para controlar los síntomas a pesar de una dosis muy alta de diazepam (ej. 200 mg en 4 h), abstinencia a pesar de etanol en sangre elevado
- **Características de riesgo previas del paciente** — edad > 40 años, comorbilidad cardiovascular, historia de complicaciones en abstinencias previas (delirium, convulsiones)

- Carlson RW, Keske B, Cortez D. Alcohol withdrawal syndrome: alleviating symptoms, preventing progression. J Crit Illness 1998; 13:311. Daniel García Gil, Terapéutica Médica en Urgencias, 6ª edición (2021).

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (DEPRIVACIÓN)

- **En casos muy graves** → ingreso en UCI para aislamiento de la vía aérea y administración de dosis elevadas de benzodiacepinas, propofol, fenobarbital y/o dexmedetomidina → evaluar con escala RASS

CONSIDERAR UCI EN…

- **Abstinencia muy grave** — CIWA-Ar> 25, delirium tremens franco, incapacidad para controlar los síntomas a pesar de una dosis muy alta de diazepam (ej. 200 mg en 4 h), abstinencia a pesar de etanol en sangre elevado
- **Características de riesgo previas del paciente** — edad > 40 años, comorbilidad cardiovascular, historia de complicaciones en abstinencias previas (delirium, convulsiones)
- **Características del episodio actual** — inestabilidad hemodinámica, desequilibrio ácido-base grave, insuficiencia respiratoria, infecciones potencialmente graves, patología GI (insuficiencia hepática, pancreatitis, sangrado…), hipertermia persistente, rabdomiolisis, insuficiencia renal…

- Carlson RW, Keske B, Cortez D. Alcohol withdrawal syndrome: alleviating symptoms, preventing progression. J Crit Illness 1998; 13:311. Daniel García Gil, Terapéutica Médica en Urgencias, 6ª edición (2021).

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

Alexandru Florin Acsente
Residente de 1er año de Neurología
Hospital General Universitario de Valencia
alexandru_96@hotmail.com

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

Alexandru Florin Acsente
Residente de 1er año de Neurología
Hospital General Universitario de Valencia
alexandru_96@hotmail.com

CASO CLÍNICO — EVOLUCIÓN Y ALTA.

- Evolucionó adecuadamente con desescalada progresiva de la perfusión de diazepam según síntomas hasta **suspenderse completamente en el día +6**.
- Tras tratamiento con altas dosis de tiamina → mejoría de los signos oculares y la confusión, aunque persistencia de la ataxia.
- Al alta, se ajustó tratamiento vía oral para mejorar el estado nutricional y mantener la abstinencia alcohólica → **seguimiento en consultas de Toxicología y UCA.**

CASO CLÍNICO — EVOLUCIÓN Y ALTA.

- Evolucionó adecuadamente con desescalada progresiva de la perfusión de diazepam según síntomas hasta **suspenderse completamente en el día +6**.
- Tras tratamiento con altas dosis de tiamina → mejoría de los signos oculares y la confusión, aunque persistencia de la ataxia.
- Al alta, se ajustó tratamiento vía oral para mejorar el estado nutricional y mantener la abstinencia alcohólica → **seguimiento en consultas de Toxicología y UCA.**

CONCLUSIONES

- Se debe administrar **tiamina** (vitamina B1) **siempre *antes* que el suero glucosado** para evitar precipitar síndromes de deficiencia de tiamina (ej. Síndrome de Wernicke). Ante la duda es mejor administrarla que no hacerlo.
- **La abstinencia alcohólica es potencialmente mortal** y podría empezar durante la hospitalización de un paciente con consumo significativo de alcohol por enfermedades no relacionadas con su trastorno de base.
- El tratamiento de síntomas de la abstinencia alcohólica consiste principalmente en **benzodiacepinas**, incluso en la UCI.
- **No** todas las alteraciones del comportamiento de un paciente alcohólico están **relacionadas con el alcohol**.

Muchas gracias.

Aproximación a la alteración del comportamiento en el paciente con consumo de alcohol

Sesión Interdepartamental | ENERO 2022

Servicio de Medicina Interna
Hospital General Universitario de Valencia

Dr. David Rodrigo Domínguez | R3 Medicina Interna
Colaboración especial de Dr. Alexandru Florin Acsente | R1 Neurología

TEST AVERIGUA QUIÉN MIENTE ACERCA DEL WERNICKE

la instructora de yoga

el ciclista

la surfera

el escalador

TEST AVERIGUA QUIÉN MIENTE ACERCA DEL WERNICKE

Es obligado administrar suero glucosado al menos dos horas antes que tiamina (vitamina B1) para prevenir el síndrome

Se caracteriza por encefalopatía, disfunción oculomotora, ataxia de la marcha y déficit nutricional

El síndrome de Wernicke puede suceder en otras situaciones relacionadas con el déficit de tiamina (ej. anorexia, malabsorción, diálisis...)

Administrando altas dosis de tiamina precozmente se puede evitar el coma y la muerte por encefalopatía de Wernicke

TEST AVERIGUA QUIÉN MIENTE ACERCA DEL WERNICKE

la instructora de yoga MIENTE

Es obligado administrar suero glucosado al menos dos horas antes que tiamina (vitamina B1) para prevenir el síndrome

Se caracteriza por encefalopatía, disfunción oculomotora, ataxia de la marcha y déficit nutricional

El síndrome de Wernicke puede suceder en otras situaciones relacionadas con el déficit de tiamina (ej. anorexia, malabsorción, diálisis...)

Administrando altas dosis de tiamina precozmente se puede evitar el coma y la muerte por encefalopatía de Wernicke

TEST AVERIGUA QUIÉN MIENTE ACERCA DE LA ABSTINENCIA

La abstinencia alcohólica es potencialmente mortal y puede requerir ingreso en UCI

Podría manifestarse como temblor, convulsiones, alucinosis, o confusión

Nunca se deben administrar benzodiacepinas IV (ej. diazepam) como primera línea de una deprivación alcohólica

Todos los pacientes antes de operarse deben ser preguntados acerca de cantidad, frecuencia y temporalidad de su consumo de alcohol

TEST AVERIGUA QUIÉN MIENTE ACERCA DE LA ABSTINENCIA

La abstinencia alcohólica es potencialmente mortal y puede requerir ingreso en UCI

Podría manifestarse como temblor, convulsiones, alucinosis, o confusión

Nunca se deben administrar benzodiacepinas IV (ej. diazepam) como primera línea de una deprivación alcohólica

Todos los pacientes antes de operarse deben ser preguntados acerca de cantidad, frecuencia y temporalidad de su consumo de alcohol

TEST AVERIGUA QUIÉN MIENTE

Hay causas muy variadas de alteración del comportamiento en el paciente alcohólico: el diagnóstico diferencial comprende alteraciones metabólicas, tóxicas, intrínsecas cerebrales, agentes físicos, farmacológicos...

El antídoto de la intoxicación aguda de etanol es el carbón activado + vitamina B6 IM

Existen escalas validadas como la CIWA-Ar, disponible en internet, para valorar la gravedad de la abstinencia y ajustar la dosis de benzodiacepinas según síntomas

Es necesaria la valoración de la abstienencia alcohólica grave por un especialista en Medicina Interna.

TEST AVERIGUA QUIÉN MIENTE

Hay causas muy variadas de alteración del comportamiento en el paciente alcohólico: el diagnóstico diferencial comprende alteraciones metabólicas, tóxicas, intrínsecas cerebrales, agentes físicos, farmacológicos...

El antídoto de la intoxicación aguda de etanol es el carbón activado + vitamina B6 IM

el ciclista MIENTE

Existen escalas validadas como la CIWA-Ar, disponible en internet, para valorar la gravedad de la abstinencia y ajustar la dosis de benzodiacepinas según síntomas

Es necesaria la valoración de la abstienencia alcohólica grave por un especialista en Medicina Interna.