

Bluefields Indian & Caribbean University

(BICU)



Facultad de ciencias de la educación y humanidades (FACEYD)

Escuela de Medicina Dr. Roberto Hodgson Joseph.

TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO GENERAL-
CIRUJANO.

Manejo clínico de los pacientes con abstinencia alcohólica ingresados en la sala de
medicina interna del Hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco periodo enero
2016 a diciembre del 2018

Autores:

Br. Guadalupe Elizabeth Sánchez Miranda.

Br. Shadinne Admielka Romero Gaitán.

Tutora: Dra. Shanda Mora Berry.

Bluefields, Región Autónoma Costa Caribe Sur
Nicaragua, agosto del 2020.

“La educación es la mejor opción para el desarrollo de los pueblos. “

Bluefields, 09 agosto 2020

Dr. Ismael Quezada

Directora de la Escuela de Medicina.

Su despacho

Estimada Dr. Quezada.

Por medio de la presente hago constar que el documento monográfico: Manejo clínico de los pacientes con abstinencia alcohólica ingresados en la sala de medicina interna del HOSPITAL REGIONAL ESCUELA ERNESTO SEQUEIRA BLANCO periodo 2016 AL 2018, cumplió con los requerimientos necesarios para su presentación y disertación para defensa de la misma.

Hago contar que los bachilleres: Guadalupe Elizabeth Sánchez Miranda, Shadinne Admielka Romero Gaitán, mostraron gran disposición para la realización de la monografía, lo que se refleja en la calidad del trabajo presentado.

Sin más que agregar, me suscribo de usted.

Atentamente:

Dra. Shanda Mora Berry.

Tutora

Agradecimiento y Dedicatoria

Le doy gracias a mis padres que son los principales motores de mis sueños por confiar y creer en nosotras y nuestras expectativas. Familiares amigos y personas especiales en mi vida son un conjunto de seres que son de suma importancia, no podría sentirme más feliz con la confianza puesta ya que he contado con él mejor apoyo, este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes.

Esta tesis es dedicada s ustedes familiares amigos y especialmente a DIOS porque sin él no podríamos haber hecho realidad este sueño y además a nuestra tutora que con mucha paciencia nos fue guiando por este largo camino.

Índice

I.	Introducción.....	1
	1.1 Antecedentes.....	3
	1.2 Justificación.....	5
	1.3 Planteamiento del problema.....	6
II.	Objetivos.....	7
	2.1 Objetivo general.....	7
	2.2 Objetivo específicos.....	7
III.	Marco teórico.....	8
IV.	Preguntas directrices.....	18
V.	Diseño metodológico.....	19
	5.1 Área de estudio.....	19
	5.2 Tipo de estudio.....	19
	5.3 Población de estudio.....	19
	5.4 Técnica e instrumento de la investigación.....	20
	5.5 Operalización de las variables.....	22
VI.	Resultados.....	25
VII.	Conclusiones.....	37
VIII.	Recomendaciones.....	38
IX.	Referencias.....	39
X.	Anexos.....	41

Índice de Graficas

Gráfica 1: Edad	25
Grafica 2: Etnia	26
Grafica 3: Sexo.....	27
Grafica 4: Barrio.....	28
Grafica 5: Escolaridad	29
Grafica 6: Ocupación	30
Grafica 7: Estado civil.....	31
Grafica 8: Religión	32
Grafica 9: medicamento aplicado en la emergencia.....	33
Grafica 10: se modifica medicamento en sala.....	34
Grafica 11: evolución del paciente según la clínica.....	35
Grafica 12: evolución clínica según días de hospitalización.....	36

Resumen

En el documento se evalúa el manejo clínico de los pacientes con abstinencia alcohólica ingresados en la sala de medicina interna del Hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco, en el periodo de enero 2016 a diciembre del 2018, con el fin de valorar su manejo desde el área de emergencia hasta su hospitalización.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, se estudiaron 64 pacientes que igual corresponde a nuestra muestra, la fuente fue secundaria, ya que los datos se recolectaron a través de expedientes clínicos, para análisis se usó el programa de Microsoft office Excel.

La mayoría de los estudiados son adultos, masculino, solteros, desempleados, con edad promedio entre 31 a 40 años, habitantes del barrio santa rosa.

En el momento de su valoración por emergencia se les administro a la mayoría de los pacientes tiamina con un 86%, al igual que el medicamento ansiolítico con un 78% del total. En sala en su segunda valoración con un 48% del total se modificó su manejo clínico, presentando una evolución adecuada sin complicaciones durante su estancia intrahospitalaria.

Las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia alcohólica siguen una pauta evolutiva claramente reconocible, su conocimiento puede ayudar a una mejor planificación de su atención y su tratamiento.

I. Introducción

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Para empezar, causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. (Rafael M.2008)

La OMS estableció que el 8.9% de la morbilidad por el uso de sustancias psicoactivas se le atribuye que el 4.1% se debe al consumo de alcohol.

En américa latina, más de 700.000 personas han recibido tratamiento para la abstinencia del alcohol en sus vidas y más de 25.9 millones de habitantes son considerados bebedores activos. (Mario H. 2015)

El síndrome de abstinencia alcohólica afecta aproximadamente a un 10% de la población mundial, con una prevalencia de un 2.44% con una mortalidad global de un 10-15% sin tratamiento, que se encuentra asociada a pacientes con edades avanzadas y con enfermedades asociadas y de un 2.4% con tratamiento. (Mario H.2015).

Actualmente en Nicaragua la cobertura geográfica de los centros de tratamientos es insuficiente, estando presente en 8 de los 15 departamentos, concentrados principalmente en la región del pacifico donde el 70% se encuentra en Managua un 20% en las ciudades cercanas a la capital, 10% en centro-norte y la región atlántica sur que solo cuenta con una unidad de atención denominada centro de atención psicosocial (CAPS).

La gran mayoría de las personas con alcoholismo son atendidos en modelos no médicos (casas de recuperación.), lo cual muchas veces, dado el alto riesgo de complicaciones médicas y psiquiátricas asociadas al proceso de desintoxicación, no hace de estos modelos los lugares deseables de tratamiento, y dada la prevalencia de este padecimiento, es necesario que instituciones de salud en el primer nivel de atención intervengamos en su atención. (Roche A.M 2006)

Es por eso que el país no tiene estudios de evaluación en servicio de atención a personas con síndrome de abstinencia alcohólica, por tanto, los centros no son sujetos de ninguna evaluación y si la hay no se conoce porque se limita a su propia organización no gubernamental (ONG).

La abstinencia alcohólica suele producirse cuando hay una disminución o interrupción brusca del consumo normal de alcohol que origina signos y síntomas característicos apareciendo casi inmediatamente luego de su cese y dependiendo de esto suele clasificarse como agudo o tardío.

(Rodríguez 2014)

Este síndrome constituye una complicación médica debido al abuso del alcohol, pero como esta se considera a nivel mundial como una droga legal se le pone poca atención tanto de las instituciones como de las investigaciones, por lo que es debido a esto que hay pocos estudios clínicos al respecto y bajo conocimiento en el ámbito médico sobre su manejo, que ha provocado una variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.

Es por eso que este estudio es de gran importancia porque nos permitirá llegar a saber si los pacientes están recibiendo el manejo más idóneo y así brindarles un manejo adecuado, disminuir complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Antecedentes

Guardia, J., Jiménez, M., A., (2007) Este trabajo constituye una herramienta esencial para la praxis y gestión clínica ya que busca el resultado terapéutico en base a la mejor información científica disponible y por tanto define el contenido de la atención.

Estudio clínico basadas en la evidencia científica sociodrogalcohol, (2da edición) pág.62-110.

González, V., Climent, B., Pérez, J., (2008). Este estudio es basado en un ingreso de 31 (100%) pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica donde en el momento de su llegada son clasificados con la CIWA-AR donde 13 (42%) son leves, 12 (39%) son moderados y 6 (19%) son graves donde se les brinda la atención según protocolo y se observa la evolución de los pacientes.

Estudio descriptivo de las desintoxicaciones de alcohol en un servicio de medicina interna pág. 377-383.

Wojnar y otros (2011) analizaron la gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica y la ocurrencia de ataques en episodios repetidos, en un 22.5% de los casos los síntomas del síndrome de abstinencia se hacían progresivamente severos en los episodios repetidos.

Wojnar. Severidad del síndrome de abstinencia alcohólica. Australia 2011.

Dra. norma Elizabeth Añez Juárez,(2010) realizo un estudio con 50 pacientes que ingresaron con diagnóstico de síndrome de abstinencia alcohólica complicada con delirium tremens donde en su totalidad fueron del sexo masculino entre 30 y 40 años de edad, habitantes de la zona urbana con baja escolaridad, solteros y con subempleos, con un consumo de alcohol entre 2 y 3 meses pero al momento de ser diagnosticados cumplían en su mayoría entre 48 y 72 horas de abstinencia, con días intrahospitalarios entre 5 a 10 días.

Síndrome de abstinencia alcohólica. Universidad de El Salvador Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez noviembre 2010.

Capistrano y otros (2013) realizaron un estudio en Brasil con el objetivo de caracterizar a 350 usuarios de la unidad de rehabilitación del hospital psiquiátrico encontrando participantes con la edad de 35 años en su mayoría que habían comenzado el consumo de alcohol en la adolescencia y más de 50% eran dependientes del alcohol.

Capistrano, Ferreira, Silva, Kalinke, Maf Tum, Brasil 2013.

María José Narváez Sandoval y Licet Perreira Espinoza (2009). Se realizó en Nicaragua en la ciudad de León en donde se valoró los fármacos más utilizados en la abstinencia alcohólica resultando que los medicamentos más utilizados son la tiamina, piridoxina, gluconato de calcio, solución salina al 0.9%, haloperidol, siendo la vía intravenosa la más usada.

Estudio de los fármacos utilizados en la abstinencia alcohólica UNAN-LEON Nicaragua 2009

Byron Sarria e Hilda Vallejos (2012). En Nicaragua realizaron un estudio sobre las características sociodemográficas y nivel de consumo del alcoholismo donde resultó que la mayoría de la población eran hombres entre las edades de 20-34 años con baja escolaridad, obreros y acompañados, con un nivel de consumo de alcohol del 25%.

Características sociodemográficas y nivel de consumo del alcoholismo. UNAN-LEON Nicaragua 2012.

Justificación

La adicción al consumo de alcohol es el mayor problema de salud pública a nivel mundial y el tercer lugar de morbi-mortalidad por causas prevenibles, debido a los diferentes padecimientos o complicaciones médicas que puede causar tanto a nivel orgánico como psiquiátrica.

Debido a lo anterior existe una necesidad de estudiar esta problemática, ya que hay desconocimiento y se necesita estandarizar el manejo clínico especialmente en nuestra región, en donde no se cuenta con un trabajo investigativo basado en evidencia

Consideramos que, con nuestra investigación, permitirá descubrir si hay limitaciones para el manejo clínico de los pacientes con abstinencia alcohólica durante su estancia intrahospitalaria y de esta manera poder identificar, notificar e incidir sobre ello para mejorar la calidad de atención médica, que a su vez disminuya el riesgo de complicaciones o muerte de los pacientes.

Planteamiento del problema

¿Reciben los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica en la sala de medicina interna el manejo clínico estándar?

II. Objetivo general.

Conocer el manejo de los pacientes con abstinencia alcohólica ingresados en la sala de medicina interna del Hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco periodo enero 2016 a diciembre 2018.

Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes.
2. Evaluar el tratamiento que reciben los pacientes con abstinencia alcohólica ingresados en la sala de medicina interna.
3. Valorar la evolución de los pacientes según tratamiento recibido.

III. Marco teórico

El alcohol, como otros medicamentos y drogas, produce síndrome de abstinencia cuando su uso es discontinuado o cuando se disminuye la dosis para la que el organismo está habituado. Esto puede ocurrir de forma voluntaria o lo que es más frecuente por algún problema asociado (traumatismo, pancreatitis, cirugía programada e infarto agudo al miocardio).

En nuestro medio, se considera alcohólico un 10% de la población. No todos los pacientes que consumen alcohol sufren síndrome de abstinencia, pero constituyen la población de riesgo de padecerlo. El organismo que soporta el consumo crónico de ciertas sustancias, se adapta, para conservar la homeostasis, produciendo cambios en su fisiología. (Rodríguez B. 2014)

Existen varias teorías que intentan explicar cómo el alcohol produce efectos clínicos a nivel neurológico (euforia, desinhibición, ataxia, estupor, coma). Parece ser un depresor generalizado del SNC por mecanismos aún no claros ya que no han sido identificados receptores cerebrales específicos para el etanol. (Rodríguez B. 2014)

Según las características sociodemográficas del consumo de alcohol encontramos que afecta mayormente a los varones adultos esto se creía anteriormente porque las costumbres sociales prohibían a la mujer beber en público y tomar bebidas fuertes, lo que explicaba la menor incidencia en ellas; no obstante, en la actualidad está en aumento el consumo en mujeres y jóvenes; de igual forma nos muestra que pertenecen en su mayoría a status socioeconómicos y niveles académicos bajos, las edades más frecuentes se encuentran entre los 20 a 50 años a nivel mundial con un promedio a los 30 años de edad. (salvador 2010).

A nivel latinoamericano en su último estudio octubre 2013 se relató una prevalencia de alcohol de 73% donde la mayoría eran del sexo masculino, solteros, con estudio promedio entre nivel primaria y secundaria y de escasos recursos. (Brasil 2013).

El síndrome de abstinencia alcohólica se define como un estado “tembloroso-alucinatorio-epiléptico-delirante” lo que ha llevado a usar esta definición para dividir el síndrome en 4 estadios clásicos:

A/ Estadio 1: Síndrome precoz consistente en ansiedad y necesidad de ingesta de alcohol.

B/ Estadio 2: Gravedad intermedia a las 24-36 horas. Se caracteriza por efectos adrenérgicos incluyendo taquicardia, hiperventilación, hipertensión sistólica, diaforesis, febrícula, alucinaciones, ansiedad intensa, temblor e insomnio.

C/ Estadio 3: Consiste en convulsiones tónico-clónicas y ocurre entre las 12 y 72h.

D/ Estadio 4: Consiste en delirium tremens, a menudo ocurre siguiendo inmediatamente a una convulsión tónico-clónica, típicamente entre las 48-72h tras la última ingesta. Solo el 5% que experimentan un síndrome de abstinencia alcohólica progresa a delirium tremens.

(José Félix Martínez López, 2019)

Actualmente se mantiene la clasificación previa reducida a un síndrome temprano o menos grave y un síndrome tardío, más grave, y potencialmente mortal. (José Félix Martínez López, 2019)

Las convulsiones pueden ocurrir en el 25-35% de los pacientes que padecen síndrome de abstinencia alcohólica. Suelen ser breves, generalizadas, tónico-clónicas y pueden presentarse en crisis progresando de forma inevitable al delirium tremens. Tienen un pico de incidencia a las 23-24h de la ingesta más reciente. Suelen terminar espontáneamente necesitando a menudo la administración de benzodiazepinas para yugarlas.

El delirium tremens es la expresión clínica más grave del síndrome de abstinencia alcohólica suele ocurrir a las 48-72h de la última ingesta. Incluye síntomas precoces con el hallazgo de la alteración profunda del sensorio. Muchos casos desarrollan delirium tremens tras una convulsión. Puede acompañarse de una expresión neurovegetativa autonómica grave. Es posible observar una intensa deshidratación secundaria a diaforesis, hiperventilación y restricción en la ingesta de líquidos.

(Benjamín C. 2017)

En la mayoría de los casos será necesario realizar la anamnesis a familiares y amigos. Esta debe contener, como en toda drogadicción, datos importantes como el tipo de droga que ingiere de forma crónica, cantidad de la misma, 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 de la misma, 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, malnutrido y por tanto expuesto a agentes infecciosos tipo TBC, y puede presentar síntomas de neumonía, meningitis, peritonitis bacteriana entre otros. Muy a menudo los alcohólicos crónicos interrumpen la ingesta simplemente porque están demasiado enfermos para obtener alcohol e ingerirlo. (José Félix Martínez López, 2019)

Teniendo en cuenta los efectos multisistémicos del síndrome de abstinencia, la amplia variedad de enfermedades asociadas con el alcoholismo y la limitación de su patología para recoger una historia clínica fiable nos obliga a ser cuidadosos en la exploración física. Es importante completar este examen físico una vez realizadas las maniobras de resucitación, tratadas las convulsiones y administrada la sedación para una agitación grave, habrá que descartar lesión de órganos.

(Martínez 2009)

En el examen físico podremos encontrar:

Cabeza y cuello: Estigmas de alcoholismo crónico (hipertrofia parotídea, telangiectasias, arañas vasculares). 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. (Dávila 2008)

Tórax: Puede evidenciarse taquipnea durante el síndrome de abstinencia alcohólica. 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. La respiración de Kussmaul refleja una acidosis metabólica subyacente secundaria a cetoacidosis, ingesta de alcoholes o secundaria a fármacos. (Metanol, etilenglicol, salicilatos). (Dávila 2008)

Corazón: Es común la taquicardia y la presencia de soplos, extratonos y galope. (Dávila 2008)

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. (Dávila 2008)

Extremidades: Es necesario examinar los miembros y las articulaciones en búsqueda de traumatismos, artritis, osteomielitis. Son muy frecuentes las contracturas de Dupuytren. (Dávila 2008)

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. (Dávila 2008)

Exámenes de Laboratorio podemos encontrar lo siguiente:

Examen	Hallazgos.
Hemograma	Descenso de todas las series. Anemia megaloblastica por déficit de vitamina B12 y ácido fólico.
Glicemia	Hipoglicemia
Renal	Al momento de la deshidratación podría encontrarse una injuria renal aguda.
Electrolitos séricos	Disminuidos
Gasometría	Desorden mixto con alcalosis respiratoria y metabólica.
Tiempos	Enviarlo especialmente en pacientes con sangrado activos.
EKG	Se enviara según edad y hallazgos en el examen físico.

(Dávila 2008)

Criterios de diagnóstico:

1. Decimos que un paciente presenta abstinencia alcohólica cuando se cumplen los siguientes criterios:

A/ Abandono o reducción de hábito prolongado de bebidas alcohólicas.

B/ Temblor grosero de manos, lengua y párpados.

C/ Al menos uno de los siguientes síntomas: Mareos, vómitos, malestar, cansancio, hiperactividad autonómica, depresión, hipotensión ortostática, crisis convulsivas generalizadas o delirium.

(José Félix Martínez López, 2019)

2. Decimos que un paciente presenta delirium cuando cumple los siguientes criterios:

A/ Evidencia de ingesta alcohólica.

B/ Obnubilación.

C/ Desorientación y deterioro de la memoria.

D/ El desarrollo de los síntomas ha sido en corto tiempo.

E/ Al menos dos de los siguientes síntomas: Trastornos perceptivos falsos, lenguaje incoherente, trastornos del sueño-vigilia, alteración de la actividad psicomotora.

(José Félix Martínez López, 2019)

En la actualidad se conoce una escala que evalúa el síndrome de abstinencia alcohólica conocida como escala de CIWA-AR. (clinical institute withdrawal assesment for alcohol)

Presenta 10 acápites:

1.Náuseas y vómitos	2.Alteraciones táctiles	3.Temblor	4.Alteraciones auditivas
0: Sin nauseas ni vómitos 1: Nauseas leves sin vómitos 2: Nauseas intermitentes con esfuerzos secos 3:Nauseas constantes y vómitos	0: Ninguna 1: Muy leve sensación (punzante, ardiente) 2: suave 3: moderado 4: Alucinaciones moderadas 5: Alucinaciones severas 6: Alucinaciones extremas 7: Alucinaciones continuas	0: Sin temblor 1: No visible, puede sentirse en los dedos. 2: Moderado con los brazos extendidos 7:Severo, incluso con los brazos no extendidos	0: Ninguna 1: Muy leves sonidos secos o capaces de asustar 2: leves 3: moderados 4: Alucinaciones moderadas 5: Alucinaciones severas 6: Alucinaciones extremas 7:Alucinaciones continuas
5.Sudor	6.Alteraciones	7.Ansiedad	8.Cefalea

	visuales		
0: No visible 1: Palmas húmedas 2: Sudor en la frente 3:Empapado	0: Ninguna 1: Muy leves 2: Leves 3: Moderadas 4: Alucinaciones moderadas 5: Alucinaciones severas 6: Alucinaciones extremas 7:Alucinaciones continuas	0: No ansioso 1: Ligeramente 2: Moderado 3:Ataque agudo de pánico	0: No presente 1: Muy leve 2: Leve 3: Moderada 4: Moderadamente severa 5: Severa 6: Muy severa 7:Extremadamente severa
9.Agitación		10.Orientación y funciones superiores	
0: Actividad normal 1: Algo hiperactivo 2: Moderadamente inquieto 3:Cambio continuo de postura		0: Orientado y puede sumar 1: No puede sumar, indeciso en la fecha 2: Desorientado temporalmente (<2 días calendario) 3: Mayor desorientación temporal (>2 días) 4:Desorientación espacial y/o en persona	

Según los resultados de la puntuación podemos clasificarlo de la siguiente manera:

Puntaje escala CIWA-Ar	Severidad de la abstinencia	Sugerencia de manejo Farmacológico
Menor de 8 puntos	Leve	No se recomienda manejo Farmacológico
9-15 puntos	Moderada	Considere iniciar manejo Farmacológico
Mayor de 16 puntos	Severa	Se recomienda iniciar manejo farmacológico a dosis máxima

(Sullivan J.T, Sykora K, 1989)

Manejo Clínico.

En general el paciente que presenta un síndrome de abstinencia menor que se considere según la escala leve no presenta estado de deshidratación por lo que el tratamiento ambulatorio y por vía oral es el más recomendado con su cita al centro psicosocial de la ciudad respectivamente.

Se le debe administrar tiamina 100 mg día, también ácido fólico 1 mg día si se corrobora anemia megaloblastica, asociar un benzodiazepina con el fin de prevenir convulsiones, tranquilizar al paciente y disminuir los síntomas neurovegetativos. (Dávila 2011)

Los indicadas son los benzodiazepinas en dosis dependiendo de la gravedad del caso:

Benzodiazepinas	Dosis mínima	Dosis máxima
Lorazepam	1 mg cada 12 horas VO	2 mg cada 6 horas VO (IV cuando esté disponible)
Clonazepam	0,5 mg cada 12 horas VO	2 mg cada 8 horas IV
Diazepam	5 mg cada 12 horas VO	20 mg cada 6 horas IV

(Dávila 2011)

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, mas tiamina 100mg (pueden ser disueltos en el suero o vía oral) mas 1 ampolla de vitamina C (ácido Ascórbico), 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% mas 20 mg diazepam, más 2 ampollas vitamina B1, B6, B12, pasar en 12 horas. 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 asociamos carbamazepina 200 a 400 mg como antirrecurrencial V.O. Se administra también sulfato de magnesio V.O. en casos de prevención de convulsiones.

(Dávila 2011)

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 agrede 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).

(Dávila 2011)

Se comienza con 2.000-4000 ml de suero fisiológico más tiamina 100 mg más reposición de potasio, magnesio y fósforo, más 1 mg de ácido fólico, 20 mg de diazepam, ácido ascórbico, 5 o 10 mg haloperidol. Se coloca todo en el suero y se pasa en un término de 12 horas. Si hubiere necesidad de mayor sedación se puede dar más benzodiazepinas V.O.

Intercalar con suero glucosa al 5% 2000- 4000 ml más potasio, magnesio y fósforo, 1 mg de ácido fólico, 10-20mg diazepam, ácido ascórbico, haloperidol 5 o 10 mg. Se coloca todo en el suero y se pasa en 12 horas. (Dávila 2011)

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. (Dávila 2011)

Se le mantiene bajo vigilancia estricta y frente a cualquier complicación que supera la atención en el sector se lo 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. (Dávila 2011)

La evolución del paciente posterior al manejo médico y farmacológico de aquellos que lo ameritaron van a depender de su mejoría clínica en cuanto a desaparición de síntomas, a la presencia o no convulsiones y a complicaciones que pueden desarrollarse durante su hospitalización que conlleva a secuelas e incluso la muerte. (Dávila 2011)

Según estudios solo el 80% de los pacientes hospitalizados por esta patología salen con una evolución adecuada y satisfactoria el 20% de estos presentan crisis de convulsiones y recaídas, pero llegan a recuperarse, aunque con mayor lentitud de forma adecuada y de estos el 2% presenta casos graves llegando a desarrollar secuelas. (Dávila 2011)

Los días de hospitalización al igual que la remisión de los síntomas nos ayudan a conocer la evolución adecuada de los pacientes ingresados con esta patología ya que de eso depende la mejoría de cada uno de ellos, se conoce que cualquier paciente que estuvo menos de 5 días de hospitalización presento una evolución satisfactoria, todos aquellos pacientes que presentaron hospitalización de 5 a 10 días se considera media ya que en el transcurso de su estancia presento alguna complicación que se mejoró de forma oportuna y adecuada ; y aquellos que estuvieron más de 10 días se consideró se estancia mala ya que pudo haberse desarrollado una abstinencia severa que amerita mayor valoración y vigilancia.; cabe mencionar que la estancia hospitalaria mayor de 5 días de los pacientes no siempre son por complicaciones propias de la enfermedad sino que talvez requieran valoraciones por otras especialidades (psicología, medicina interna entre otros), terapias familiares o personales o cumpliendo de algún medicamento por otra causa. (Revista española 2013)

IV. Preguntas directrices

¿Reciben los pacientes en la emergencia el tratamiento inicial adecuado?

¿Durante su estancia intrahospitalaria se modifica su tratamiento?

¿Cómo se valora la evolución del paciente según cuadro clínico y su estancia intrahospitalaria?

V. Diseño metodológico

Descripción del Área de Estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco que se encuentra ubicado en el barrio San Pedro contiguo a la casa materna.

Norte: con las carmelitas.

Sur: con el barrio Fátima.

Este: con el seminario pio X.

Oeste: con la escuela de enfermería.

El estudio se realizó en la sala de medicina en el área denominada unidad de desintoxicación (UDH) que tiene un total de 10 camas, los cuales son atendidos diarios por dos psiquiatrías los días lunes, miércoles y viernes y por médicos generales martes y jueves.

Tipo de Estudio:

Tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal.

Población de Estudio:

La población está constituida por 64 pacientes que ingresaron a la sala de medicina interna área UDH, con diagnóstico de abstinencia alcohólica en el periodo enero del 2016 a diciembre del 2018.

Unidad de Análisis:

Expedientes clínicos de pacientes ingresados con abstinencia alcohólica.

Criterios de Inclusión:

1. Los pacientes diagnosticados con abstinencia alcohólica.
2. Haber ingresados a la sala de medicina interna UDH.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes alcohólicos ingresados en UDH sin diagnóstico de abstinencia.
2. Pacientes con abstinencia alcohólica ingresados en otra sala por otro diagnóstico asociado.

Instrumento de recolección de la 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

Fuente de información:

Es secundaria porque la información se recolectó llenando la ficha con la información que nos brinde los expedientes de los pacientes que estuvieron ingresados durante esa fecha.

Tiempo de estudio:

Tiempo comprendido del periodo enero del 2016 a diciembre del 2018.

Procedimiento de la recolección de datos:

Se solicitó autorización a las autoridades del Ministerio de Salud, específicamente a la Dirección a la Dirección del Hospital, para poder llevar a cabo dicha investigación; se llenó una ficha con los datos que nos brindaron los expedientes de aquellos que presentaban los criterios de inclusión.

Plan de análisis y procesamiento de la información:

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

PLAN DE ANÁLISIS.

Cruce de variables.

Abstinencia/ edad.

Abstinencia/ sexo.

Abstinencia/ ocupación.

Abstinencia/ estado civil.

Abstinencia/ etnia.

Abstinencia/ escolaridad.

Abstinencia/ religión.

Abstinencia/ manejo clínico en emergencia.

Abstinencia/ manejo clínico en sala.

Abstinencia/ evolución clínica del paciente.

Abstinencia/ evolución según días de hospitalización.

Cruce de Variables

Operalización de las variables.

Variable	Definición	Indicador	Valor
Edad.	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad anota en expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 20 años • 20 a 30 años • 31 a 40 años • 41 a 50 años • Mayor de 50 años
Etnia	grupo que pertenece a una misma raza y a una misma comunidad lingüística y cultural	Etnia anotada en expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Creole • Garífuna • ulwa • Rama • Miskito
Sexo	Al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.	Sexo anotado en expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Barrio	Lugar donde habita actualmente.	Barrió anotado en expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • San mateo • Pancasan • Punta fría • 19 de julio • Santa Rosa. • Loma fresca.

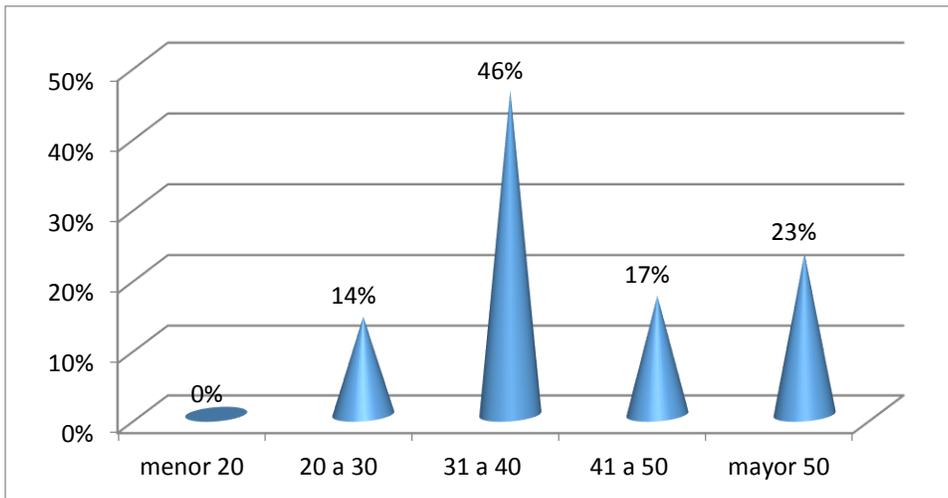
			<ul style="list-style-type: none"> • Ricardo Morales. • Teodoro Martínez. • Beholdeen. • Pointeen. • Old Bank. • Central • Fátima. • San Pedro. • Canal. • New York. • Otros
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por el paciente.	Escolaridad anotada en el expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Universidad • Ninguno
Ocupación	Actividad que desempeña.	Ocupación anotada en el expediente	<ul style="list-style-type: none"> • estudiante • ama de casa • agricultor • comerciante • otro.
Estado civil	Situación de las personas en cuanto relaciones conyugales.	Estado civil anotado en expediente	<ul style="list-style-type: none"> • soltero • casado • unión libre • viudo • divorciado
Religión	Creencia religiosa.	Religión anotada en el expediente	<ul style="list-style-type: none"> • católico • moravo • evangélico • mormones

			<ul style="list-style-type: none"> • otros.
Tratamiento recibido en emergencia	Fármacos recibidos en emergencia	Tratamiento anotado en el expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Tiamina • Líquidos iv • Ansiolíticos • Benzodiacepina • Neurolépticos
Llegado a la sala se cambia el medicamento	Añadir o no otros medicamentos	Cambio anotado en el expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • no
Evolución clínica del paciente durante su estancia	Mejora de la sintomatología o no del paciente	Según SOAP del expediente.	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Media • Mala
Evolución según días de hospitalización	Mejora según los días transcurridos	Según estancia intrahospitalaria del expediente	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Media • Mala

VI. Resultados

Distribución de pacientes según grupo etario.

Grafico 1.

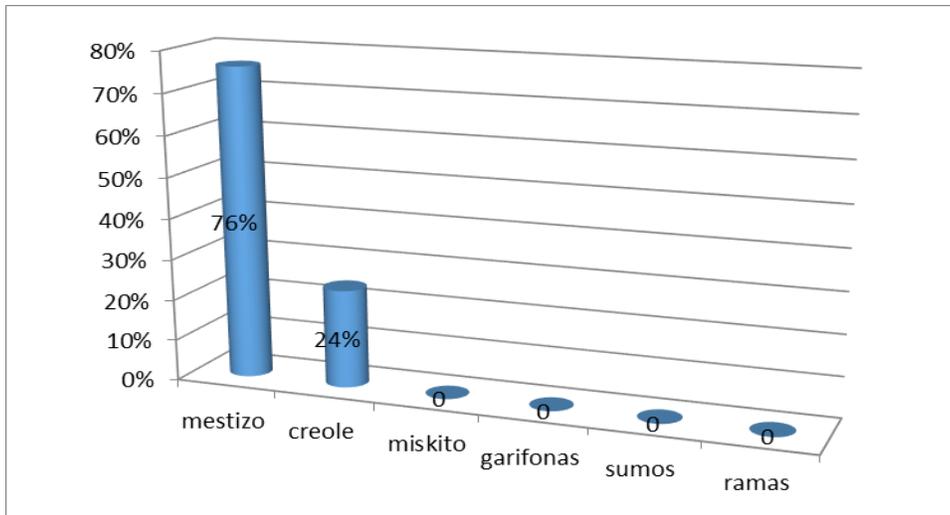


Fuente: expedientes clínicos.

Tabla 1 y grafico 1. Nos muestra los grupos etarios de los pacientes diagnosticados con abstinencia alcohólica, no se encontraron individuos menores de 20 años, las edades de 31 a 40 años fue la de mayor prevalencia encontrándose 29 pacientes para un porcentaje de 46%, el grupo de edad entre 20 a 30 años es el más pequeño en correspondencia a los demás obteniéndose el numero de 9 pacientes para un porcentaje de 14%. (ver tabla 1. en anexos)

Distribución de los pacientes según grupo étnico.

Grafico 2.

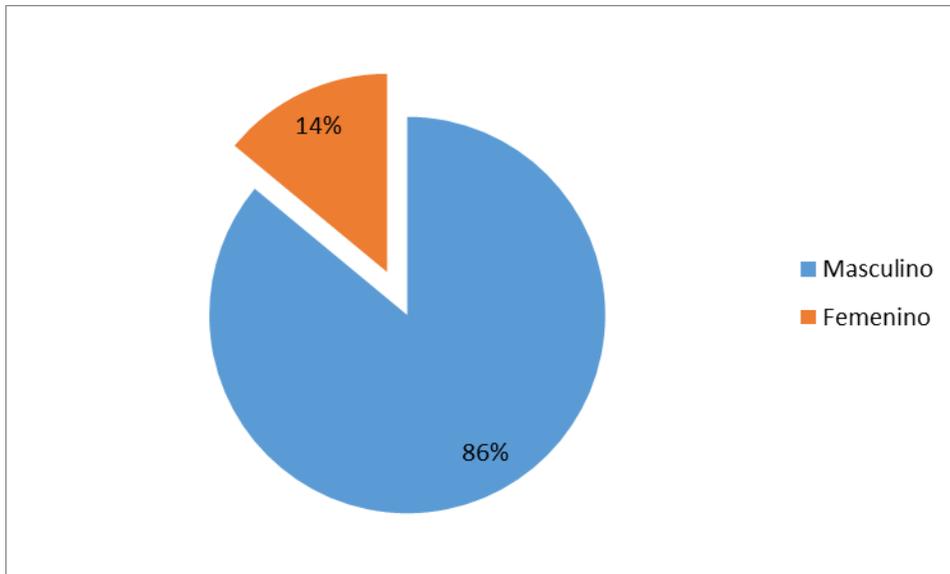


Fuente: expedientes clínicos.

Tabla y grafico anterior muestran los diferentes grupos étnicos en nuestra región caribe obteniendo en nuestro estudio que los pacientes que desarrollan abstinencia alcohólica pertenecen con mayor frecuencia a la etnia mestiza con un total de 49 individuos con un porcentaje de 76%; seguido de la etnia creole con un total de 15 pacientes para un porcentaje de 24%, no se encontraron pacientes de otras etnias. (ver tabla 2 en anexos)

Distribución de los pacientes según género.

Grafico 3.

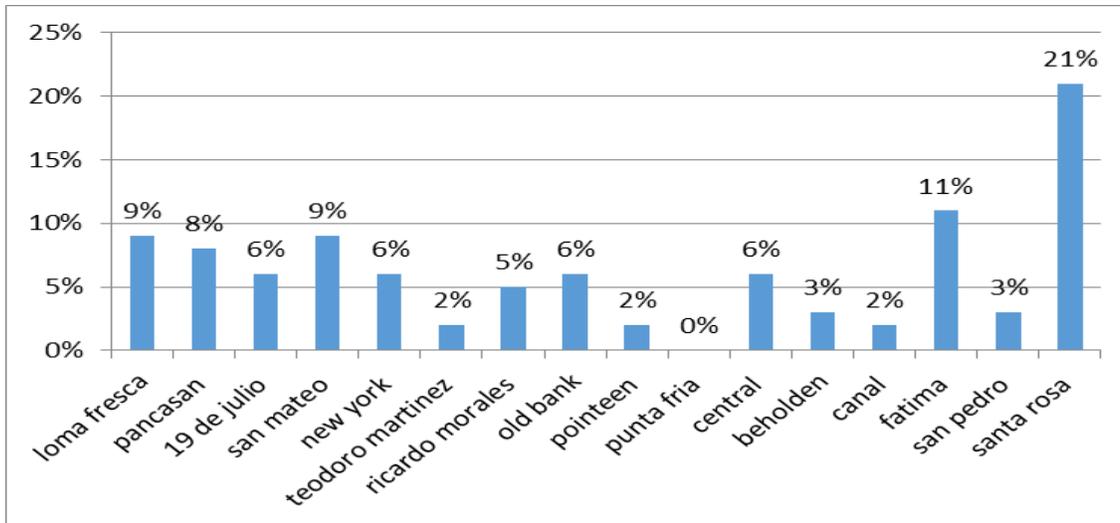


Fuente: expedientes clínicos.

La tabla y grafico 4 representa que el sexo masculino es el de mayor prevalencia en el estudio con un total de 55 pacientes que corresponden a un 86% mientras que el sexo femenino obtuvo 9 individuos para un porcentaje de 14%. (ver tabla 3 en anexos).

Distribución de pacientes según procedencia.

Grafico 4.



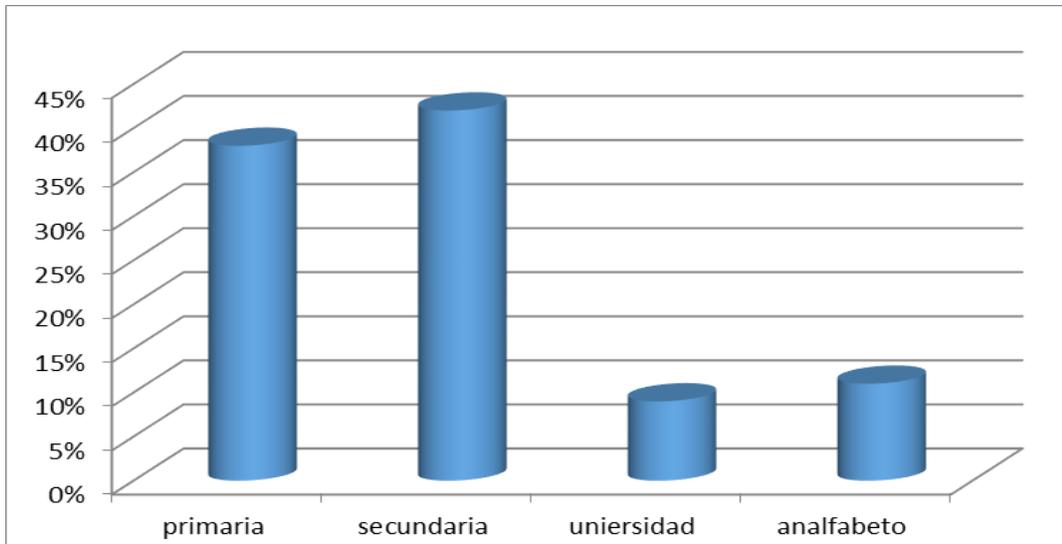
Fuente expedientes clínicos.

Tabla 4 y grafico 4. Con respecto a la procedencia de los pacientes diagnosticados encontramos que el de mayor cantidad corresponde al barrio santa rosa con un total de 13 pacientes para un porcentaje de 21% seguido del Fátima con 7 individuos que corresponde a un 11%; cabe mencionar que el barrio punta fría en cuanto a los resultados de nuestro estudio no se encontró pacientes.

(ver tabla 4 en anexos)

Distribución de los pacientes según nivel académico.

Grafico 5.

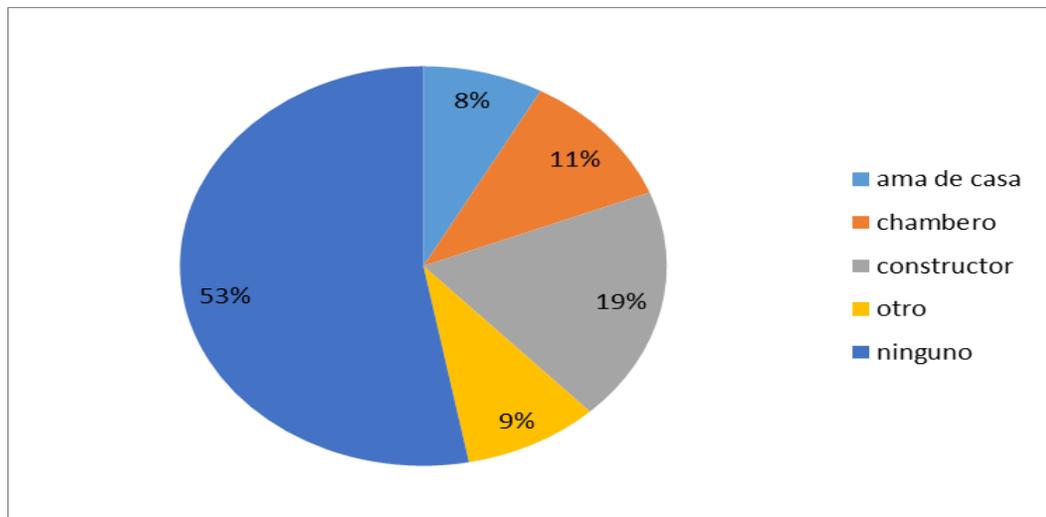


Fuente: expedientes clínicos.

Tabla y grafico 5. En el estudio se obtuvo que la mayoría de los pacientes con abstinencia alcohólica tienen un nivel de escolaridad secundaria con un total de 27 pacientes para un porcentaje de 42%; seguido de estudio primario con 24 individuos que corresponden al 38%; a pesar que los otros niveles presentan pacientes son de porcentaje bajo se llega a pensar que estos pacientes no llegaron a niveles superiores por bajos recursos económicos, por falta de interés o incluso por su adopción al alcoholismo. (ver tabla 5 en anexos)

Distribución de pacientes según ocupación

Grafico 6.

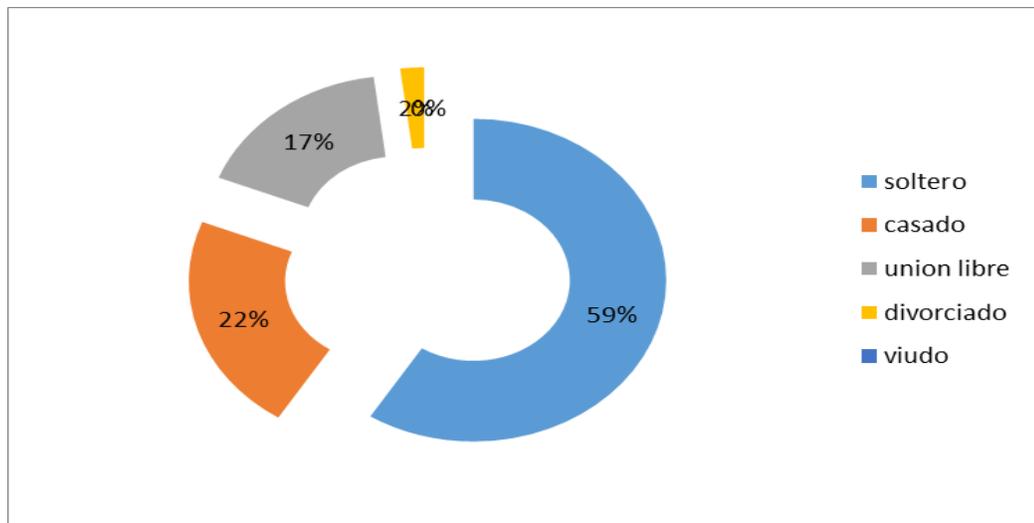


Fuente: expedientes clínicos.

Tabla y gráfico 6. Nos muestran las diferentes ocupaciones de los pacientes diagnosticados encontrando que la mayoría de los individuos no realizan ningún tipo de trabajo (desempleados) con un total de 34 pacientes que corresponde a un 53%, considerando que se debe a la falta de estudios académicos, falta de oportunidades de trabajo y su ingreso al alcoholismo; se obtuvo un porcentaje bajo de pacientes que si tienen un trabajo fijo. (ver tabla 6 en anexos)

Distribución de los pacientes según estado civil.

Grafico 7.



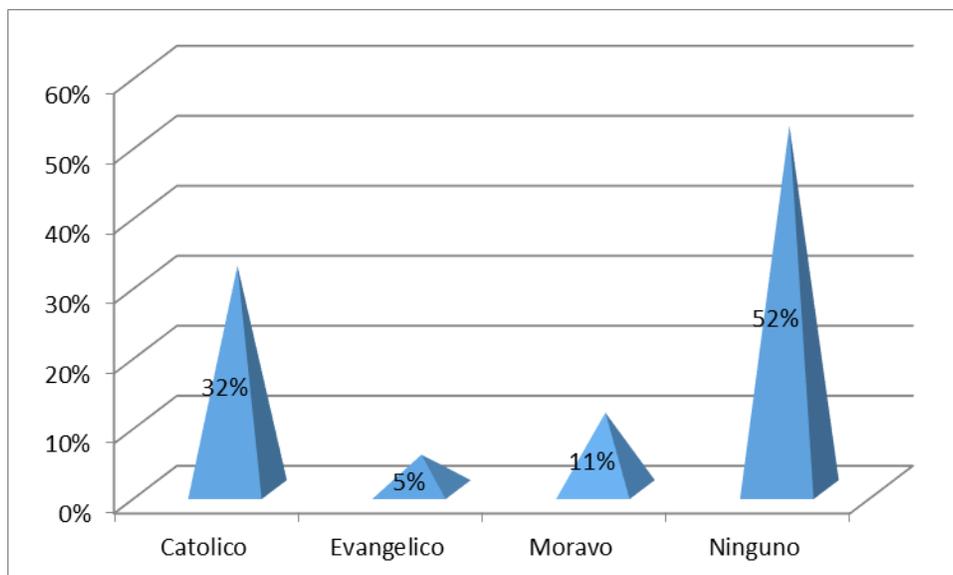
Fuente: expedientes clínicos.

Tabla y grafica 7. Nos muestra el estado civil de los pacientes resultando que la mayoría están solteros con 38 pacientes del total estudiado que corresponde al 59%, en segundo lugar, se encuentran en unión de hechos o unión libre con 14 del total estudiado para un porcentaje de 22%.

(ver tabla 7 en anexos)

Distribución de los pacientes por religión.

Grafica 8.

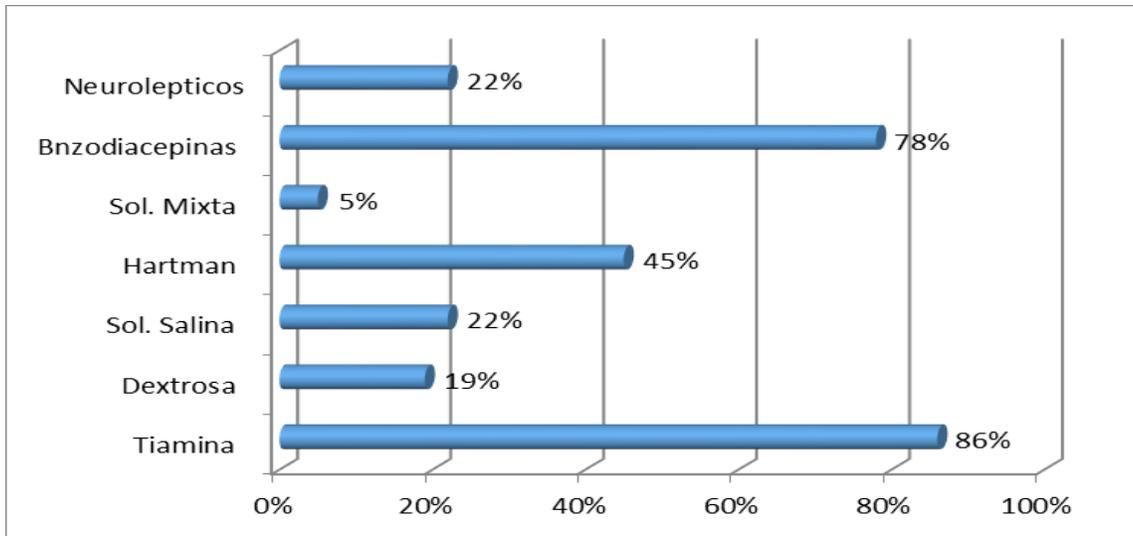


Fuente: expedientes clínicos.

Tabla y grafica 8. En los resultados obtenidos encontramos que los pacientes diagnosticados con abstinencia alcohólica no pertenecen a ninguna ideología religiosa con un total de 33 pacientes que corresponde a un porcentaje de 52%, posteriormente se encuentra la iglesia católica con un 32%, la morava con 11% y por ultimo las iglesias evangélicas con un 5%. (ver tabla 8 en anexos)

Fármacos utilizados en el área de la emergencia en los pacientes con abstinencia alcohólica.

Grafico 9.



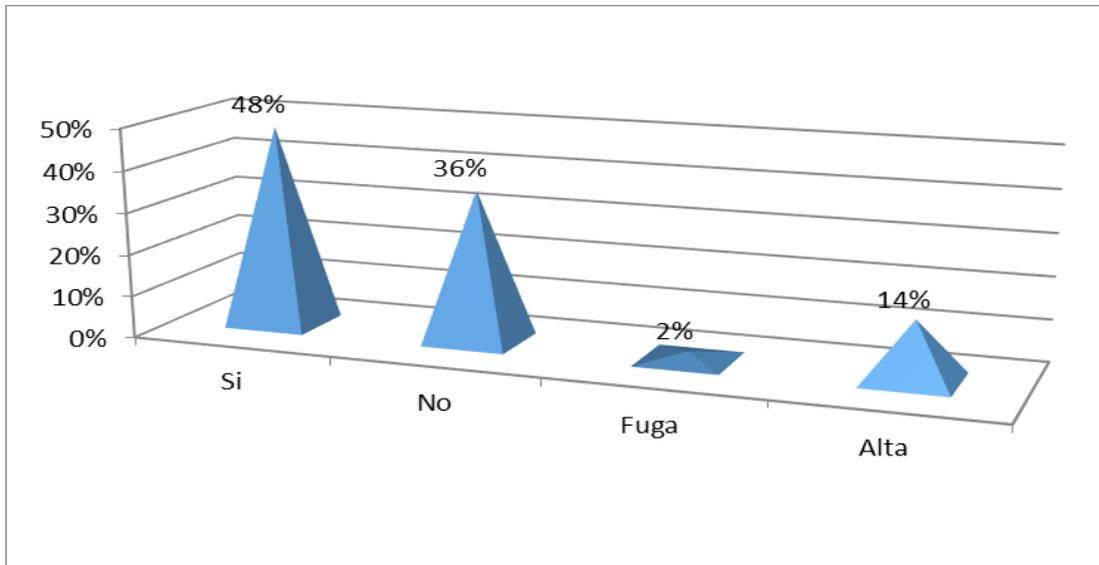
Fuente: expedientes clínicos.

Tabla y grafica 9. Con respecto a los fármacos utilizados en la emergencia resulto que la tiamina presenta la mayor prevalencia con un 86% que corresponde aun 56 del total de pacientes este es un fármaco que debe de aplicarse a todos los pacientes, por lo que se observó que 8 pacientes no se les aplico; en segundo lugar, tenemos a los benzodiacepinas con un 78% para un total de 50 pacientes al ser los fármacos de primera línea son considerados uno de los más utilizados.

(ver tabla 9 en anexos)

Modificación del manejo clínico al llegar al área de UDH en la sala de medicina interna.

Grafico 10.

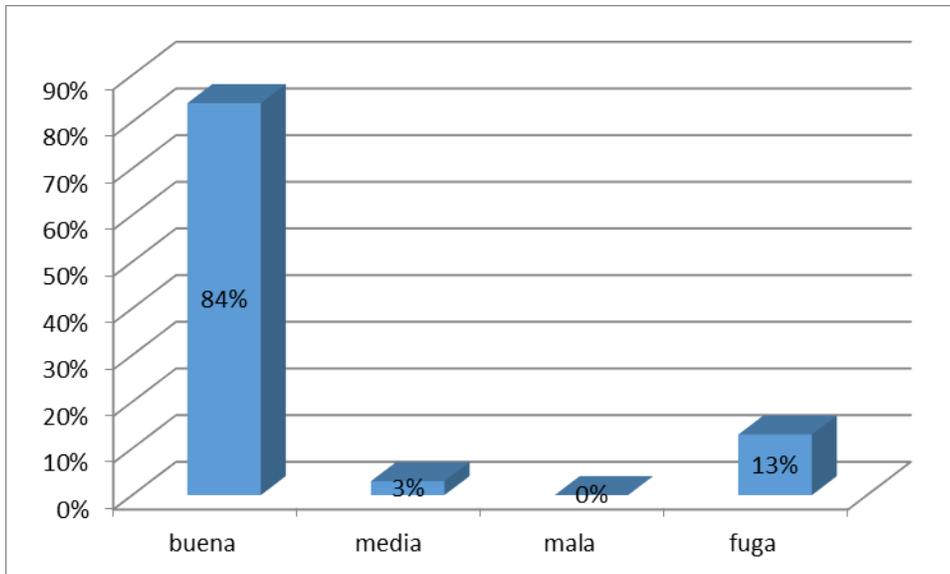


Fuente: expedientes clínicos.

Tabla y figura 10. Nos muestran que una vez llegados a la sala en el área de UDH después de su segunda valoración se les modifica su manejo clínico a un 48% que corresponde a 31 pacientes; seguido de 23 pacientes que se les deja el mismo manejo con un porcentaje de 36%, se observa además que se dieron 9 pacientes de alta y 1 fuga. (ver tabla 10 en anexos)

Evolución de los pacientes diagnosticados con abstinencia alcohólica según la clínica.

Gráfico 11.



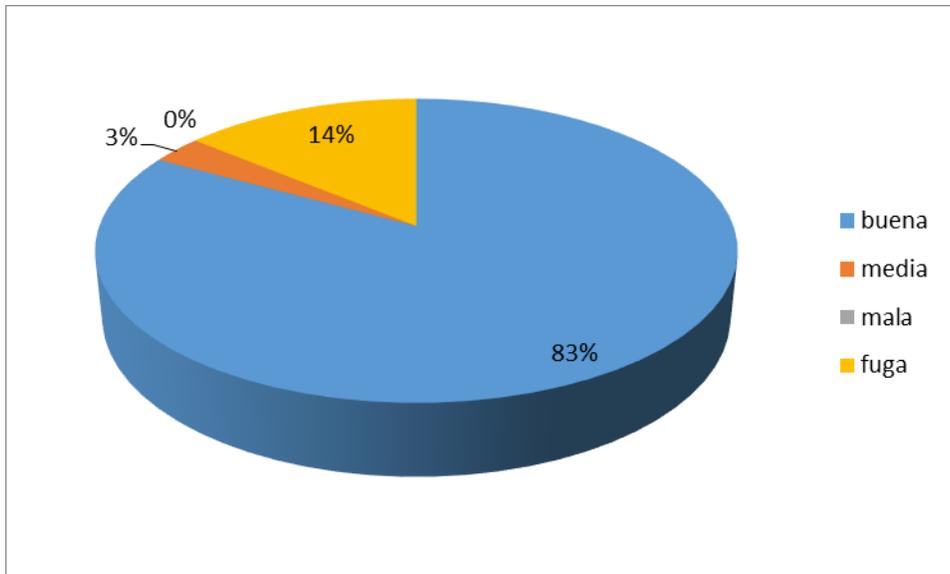
Fuente: expediente clínico.

Tabla y figura 11. Con respecto a la evolución de los pacientes según la clínica se observó que la mayor prevalencia fue buena es decir que no presentaron complicaciones durante el transcurso de la enfermedad con un 84% que corresponde a 54 pacientes, sin embargo, un 3% presento ciertas complicaciones como convulsiones y un 13% no se logró evaluar porque se fugaron.

(ver tabla 11 en anexos)

Evolución clínica de los pacientes con abstinencia alcohólica según días de hospitalización.

Grafica 12.



Fuente: expedientes clínicos.

Tabla y figura 12. Nos muestran que la evolución clínica de los pacientes según días de hospitalización fue buena debido a que resultó con la mayor prevalencia con un 83% que corresponde a 53 pacientes, 2 pacientes presentaron una estancia hospitalaria prolongada por ciertas complicaciones (convulsiones) y 9 pacientes no se lograron evaluar porque se fugaron. (ver tabla 12 en anexos)

VII. Conclusiones

- La dependencia del alcohol es un problema social frecuente donde el 5% de estos experimentan un síndrome de abstinencia alcohólica
- Los benzodiacepinas y la tiamina siguen siendo los fármacos de primera línea.
- Las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia alcohólica siguen una pauta evolutiva reconocible al igual que su duración y la aparición de complicaciones.
- Los pacientes al ser ingresados a la sala de medicina interna a la mayoría se les modifica su manejo.
- La mayoría de la población estudiada eran masculinos, adultos jóvenes, con baja escolaridad y desempleados.

VIII. Recomendaciones

- Clasificar según la escala de CIWA-Ar a los pacientes que llegan con cuadro de abstinencia alcohólica antes de iniciar el tratamiento farmacológico, para así poder brindarle la mejor atención según el grado que presenten.
- Detectar los casos de forma oportuna y proveer el manejo adecuado para prevenir complicaciones futuras.
- Estandarizar el manejo del tratamiento de los pacientes con abstinencia alcohólica.
- Dar a conocer al personal de salud a través de capacitaciones continuas el protocolo de tratamiento estándar para la atención de estos pacientes, para que no se presenten más variaciones en cuanto al manejo.
- Seguir realizando estudios investigativos sobre este tema ya que es una patología poco estudiada.
- Historiar bien al paciente, al familiar o acompañante para mayor información.

IX. Referencias

Arévalo, G., (2014), alta tasa de mortalidad por alcoholismo, <http://www.lajornadanet.com/diario/archivo/2014/enero/17/3.php>.

Dávila, D., (2008), protocolo del manejo del síndrome de abstinencia alcohólica, http://www.alcmeon.com.ar/14/55/05_davila.pdf

González. M., (2011), consumo de alcohol, <http://www.meiga.info/guias/thstda.asp>

Martínez, D., (1990), adicciones, <http://www.adicciones.es/files/soler.29>.

Rodríguez, B., (2014) guía práctica, <http://www.galiciaclinica.info/PDF/12/241>.

Mario H. Ciudad de habana 15 de septiembre del.sld2015 <http://scielo.cu>

LIS R.H. Congreso español de medicina interna (2014) www.fesemi.org

Gallego muñoz, (2015) Manejo clínico. <http://www.revistadelaofil.org>

World health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. World health Organization; 2014.

Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. Edades 2011-2012. [consultado 12 Ene 2015] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>.

Roche AM, Freeman T, Skinner N. From data to evidence, to action: findings from a systematic review of hospital screening studies for high-risk alcohol consumption. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 83:1-14.

Rosón B, Monte R, Gamallo R, Puerta R, Zapatero A, Fernández-Solá J, et al., for the ASMI Study Group. Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *Eur J Intern Med.* 2010; 21:458-64.

Keating GM. Sodium oxybate: a review of its use in alcohol withdrawal syndrome and in the maintenance of abstinence in alcohol dependence. *Clin Drug Investig.* 2014; 34:63-80.

Universidad de A Coruña, Rafael montes 2008 <https://core.ac.uk>

Puerta Louro R. Frecuencia e impacto del síndrome de abstinencia alcohólica en la comunidad gallega. Libro de resúmenes XXIV Congreso de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. Junio 2007.

La disminución del consumo moderado de alcohol se ha asociado a un descenso de los bebedores excesivos en España en el periodo 1987-1993. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 371-373

Factores pronóstico de supervivencia en el alcoholismo crónico en un estudio de seguimiento a 10 años. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 281-284

Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica: mortalidad y factores de mal pronóstico. *An Med Interna (Madrid).* 2006; 23: 307-309.

An. Med. Interna (Madrid) vol.23 no.7 jul. 2006 <http://scielo.isciii.es>

Benjamín Climent Díaz (2017) www.sergas.es

Laura Amato, Silvia Minozzi, Simona Vecchi, Marina Davoli
<https://www.cochrane.org/es/CD005063/benzodiazepinas-para-el-sindrome-de-abstinencia-alcoholica>
(2013).

X. Anexos

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo etario.

Edad		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20	0	0%
20 a 30	9	14%
31 a 40	29	46%
41 a 50	11	17%
50 a mas	15	23%
Total	64	100%

Fuente: expediente clínico.

Tabla 2. Distribución de pacientes según etnia.

Etnia		
Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	49	76%
Creole	15	24%
Miskito	0	0%
garífunas	0	0%
Sumos	0	0%
Ramas	0	0%
Total	64	100%

Fuente: expediente clínico.

Tabla 3. Distribución de pacientes según sexo.

Sexo		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	9	14%
Masculino	55	86%
Total	64	100%

Fuente: expediente clínico.

Tabla 4. Distribución de pacientes según procedencia.

Lugar donde habita o Barrio					
Barrio	Frecuencia	Porcentaje	Barrio	Frecuencia	Porcentaje
Loma fresca	6	9%	Pointeen	2	3%
Pancasan	5	8%	Punta fría	0	0%
19 de julio	4	6%	Central	4	6%
San mateo	6	9%	Beholdeen	2	3%
New york	4	6%	Canal	1	2%
Teodoro Martínez	1	2%	Fátima	7	11%
Ricardo Morales	3	5%	San pedro	2	3%
Old Bank	4	6%	Santa Rosa	13	21%
Total	33	51%	Total	31	49%

Fuente: expediente clínico.

Tabla 5. Distribución de pacientes según escolaridad.

Escolaridad		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	24	38%
Secundaria	27	42%
Universidad	6	9%
Ninguno	7	11%
Total	64	100%

Fuente: expediente clínico.

Tabla 6. Distribución de pacientes según ocupación.

Ocupación		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	5	8%
Chambero	7	11%
constructor	12	19%
Otro	6	9%
Ninguno	34	53%
Total	64	100%

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla 7. Distribución de pacientes según estado civil.

Estado civil		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	38	59%
Unión estable	14	22%
Casado	11	17%
Divorciado	1	2%
Viudo	0	0%
Total	64	100%

fuentes: expedientes clínicos.

Tabla 8. Distribución de pacientes según ideología religiosa.

Religión		
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	21	32%
Evangélico	3	5%
Moravo	7	11%
Ninguno	33	52%
Total	64	100%

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla 9. Fármacos utilizados en el área de la emergencia en los pacientes con abstinencia alcohólica.

Medicamento aplicado durante la emergencia		
Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Tiamina	56	86%
Dextrosa	12	19%
Solución salina	14	22%
Hartman	29	45%
Solución mixta	3	5%
Benzodiazepinas	50	78%
neurolépticos	14	22%
Total	Pacientes	Aplicación %

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla 10. Modificación del manejo clínico al llegar al área de UDH en la sala de medicina interna.

Se modifica medicamento en sala		
Cambio	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	48%
No	23	36%
Alta	9	14%
Fuga	1	2%
Total	64	100%

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla 11. Evolución de los pacientes diagnosticados con abstinencia alcohólica según la clínica.

Evolución del paciente según la clínica		
Evolución	Frecuencia	Porcentaje
Buena	54	84%
Media	2	3%
Mala	0	0%
Fuga	8	13%
Total	64	100%

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla 12. Evolución clínica de los pacientes con abstinencia alcohólica según días de hospitalización.

evolución clínica según días de hospitalización		
Evolución	Frecuencia	Porcentaje
Buena	53	83%
Media	2	3%
Mala	0	0%
Fuga	9	14%
Total	64	100%

Fuente: expedientes clínicos.



Ficha de recolección de datos.

Somos estudiantes de medicina BICU.

Fecha _____ N° de Expediente _____.

I. Características sociodemográficas.

1. Edad:

- a) menor de 20 años b) 20 a 30 años c) 31 a 40 años d) 41 a 50 años
e) mayor de 50 años

2. Etnia:

- a) Mestizo b) Creole c) Misquito d) Garífunas e) Sumos f) Rama

3. Sexo:

- a) Masculino b) Femenino.

4. Barrio:

- a) Loma Fresca e) New York i) Point teen m) Canal
b) Pancasan f) Teodoro Martínez j) Punta fría n) Fátima
c) 19 de julio g) Ricardo Morales k) Central o) san Pedro
d) San Mateo h) Old Bank l) Beholden p) Santa Rosa
q) otros.

5. Escolaridad:

- a) Primaria c) Secundaria d) universidad e) Ninguna

6. Ocupación:

- a) Estudiante b) Ama de casa c) Agricultor d) Comerciante f) Ninguno

e) otro_____.

7. Estado civil:

a) Soltero(a) (b) Casado(a) c) Unión libre d) Divorciado(a) e) Viudo(a)

8. Religión:

a) católico b) Evangélico c) mormones d) Ninguno e) Otro_____.

II. Tratamiento inicial.

8. Que tratamiento reciben al momento de su llegada a emergencia:

a) Tiamina si () no ()

b) Dextrosa si () no ()

c) Salino si () no ()

d) Hartman si () no ()

e) solución mixta si () no ()

f) ansiolíticos no () si () cual _____.

g) Benzodiazepinas no () si () cual _____.

F) Neurolépticos no () si () cual _____.

III. Tratamiento definitivo.

9. Al ser ingresados a la sala de medicina interna:

a) Se les deja el mismo manejo de emergencia. Si () no ()

Nota: si es no que medicamentos se les agrega_____.

IV. Evolución del paciente.

10. cómo evoluciona el paciente durante su estancia intrahospitalario hasta su alta médica.

1.	No presento ninguna complicación durante su estancia y se va de alta sano.
----	--

Buena	
2. Media	Durante su estancia presento alguna complicación pero se recuperó satisfactoriamente.
3. Mala	Se da de alta con una secuela, o fallece.

1. Si (), no ().

2. Si (), no ().

3. Si (), no ().

11. evolución clínica según días de hospitalización.

Buena	Menos de 5 días.
Media	De 5 a 10 días
Mala	Mayor de 10 días

Imágenes

Imagen 1. Instalaciones de la unidad de desintoxicación.



Imagen 2.



Imagen 3.



Glosario

Anemia megaloblastica: son un grupo de enfermedades que resultan bien sea de la carencia de vitamina B12 (también llamada cobalamina), de vitamina B9 (también llamada ácido fólico) o de una combinación de ambas. El término megaloblastica se refiere al gran tamaño (megalo) de las células precursoras (blastos) de la médula ósea (entre ellos los glóbulos rojos).

Contracturas de Dupuytren: es una deformidad de la mano que generalmente se manifiesta con los años. El trastorno afecta una capa de tejido que se encuentra debajo de la piel de la palma de la mano. Se forman nudos de tejido debajo de la piel que eventualmente crean un cordón grueso que puede jalar uno o más dedos a una posición de flexión.

Tórax en tonel: cuando ambos diámetros son aproximadamente iguales (p.ej.: se encuentra en pacientes enfisematosos). Normalmente el diámetro anteroposterior es inferior que el transversal.

Artritis: inflamación de las articulaciones de los huesos.

Osteomielitis: es una infección súbita o de larga data del hueso o médula ósea, normalmente causada por una bacteria piógena o micobacteriana y hongos.

Cianosis: Coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre, debido generalmente a anomalías cardíacas y también a problemas respiratorios.

Crepitos pulmonares: son los producidos por las estructuras de los pulmones durante la respiración.

Esplenomegalia: es un agrandamiento patológico del bazo o estructura esplénica más allá de sus dimensiones normales (11 cm).

Traumatismo: Lesión o daño de los tejidos orgánicos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, como un golpe, una torcedura u otra circunstancia.

Pancreatitis: es inflamación en el páncreas. El páncreas es una glándula alargada y plana que se encaja detrás del estómago en la parte superior del abdomen.

Infarto agudo al miocardio IAM: El infarto agudo de miocardio es una necrosis miocárdica que se produce como resultado de la obstrucción aguda de una arteria coronaria.

Homeostasis: Conjunto de fenómenos de autorregulación, conducentes al mantenimiento de una relativa constancia en la composición y las propiedades del medio interno de un organismo.

Taquicardia: es el incremento (aceleración) de la frecuencia cardíaca.

Hiperventilación: es un fenómeno respiratorio que suele aparecer en aquellas personas que sufren ataques de pánico.

Hipertensión sistólica: la presión arterial sistólica está elevada (130 mm Hg o más alta), pero la presión arterial diastólica permanece por debajo de 80 mm Hg. Este tipo de presión arterial alta es más común en los adultos mayores, especialmente en las mujeres mayores.

Diaforesis: Sudoración abundante.

Febrícula: Fiebre prolongada, moderada, casi siempre vespertina, de origen infeccioso o nervioso.

Alucinaciones: Consisten en percibir cosas como visiones, sonidos u olores que parecen reales, pero no lo son. Estas cosas son creadas por la mente.

Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño a la noche. Despertarse durante la noche. Despertarse muy temprano.

Delirium tremens: Es un episodio agudo de delirio causado frecuentemente por el síndrome de abstinencia del alcohol.

Telangiectasias: dilataciones de pequeños vasos sanguíneos muy superficiales ubicados inmediatamente por debajo de la epidermis.