

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**INFORME FINAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**REGISTRO DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA POR SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2019.**

**PRESENTADO POR:**

**DRA. ARMIDA DE CONCEPCIÓN HERNÁNDEZ PORTILLO**

**DRA. MIRNA DE LOS ÁNGELES HERNÁNDEZ HERRERA**

**ASESOR:**

**DRA. CELIA VANEGAS**

**SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE DEL AÑO 2020.**

## **I. RESUMEN.**

Se realizó un estudio cuyo propósito fue conocer el registro de pacientes que ingresaron por Síndrome de Abstinencia Alcohólica a los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Saldaña en el período de enero a junio del año 2019. La población sometida a la investigación fueron los pacientes ingresados por dicha entidad clínica en el período del estudio, el diseño del mismo es tipo descriptivo de corte transversal retrospectivo, la fuente de datos utilizados son los libros de registro de ingreso – egreso de los servicios de Medicina Interna, estadísticas del SIMMOW y los expedientes clínicos de los pacientes en estudio. Además a través de un instrumento pre elaborado por los investigadores, se registran características principales de dicha población, el procesamiento de los datos se realizó en Microsoft Excel. Los resultados obtenidos reportan que el mayor porcentaje de pacientes que ingresaron por esta causa pertenecen al sexo masculino, el porcentaje de ingreso mensual oscila entre el 10 – 14% durante el periodo de la investigación, y los medicamentos más utilizados en la población en estudio fueron Benzodiazepinas y Haloperidol. En conclusión, la población masculina sigue representando el indicador más importante en cuanto al sexo. El porcentaje de pacientes ingresados por síndrome de abstinencia alcohólica oscila entre el 10-14%, las benzodiazepinas y el haloperidol son medicamentos usados en el 100% de pacientes

## INDICE

1. INTRODUCCION.....	1
2. MARCO TEORICO.....	6
2.1 Definición de Síndrome de Abstinencia Alcohólica.....	6
2.2 Epidemiología de Síndrome Abstinencia Alcohólica.....	6
2.2.1 Situación a Escala Mundial.....	6
2.2.2 Situación en América Latina.....	7
2.2.3 Situación en El Salvador.....	8
2.3 Fisiopatología del síndrome de Abstinencia Alcohólica.....	9
2.4 Manifestaciones Clínicas .....	10
2.5 Tratamiento del síndrome de Abstinencia Alcohólica.....	13
2.5.1 Tratamiento no farmacológico.....	13
2.5.2 Tratamiento farmacológico.....	14
2.6 Estadísticas de ingresos por Síndrome de Abstinencia Alcohólica.	19
2.7 Fenómeno de recaída por Síndrome de Abstinencia Alcohólica...	20
3. OBJETIVOS .....	22
3.1 Objetivo General.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	23
4.1 Tipo de estudio.....	23
4.2 Período de la investigación.....	23
4.3 Diseño de la investigación.....	23
4.4 Universo y cálculo de la muestra.....	23
4.5 Criterios de inclusión.....	23
4.6 Criterios de exclusión .....	24
4.7 Ámbito de aplicación.....	24
4.8 Limitaciones.....	24
5. CONSIDERACIONES ETICAS.....	25
6. RESULTADOS.....	26

7. DISCUSION DE RESULTADOS.....	34
8. CONCLUSIONES.....	35
9. RECOMENDACIONES.....	36
10.BIBLIOGRAFIA.....	37
11.ANEXOS	

## 1. INTRODUCCION

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. Desde muy temprano en la historia, el hombre ha utilizado sustancias con fines medicinales, placenteros, para dar cumplimiento a ritos de la época o simplemente para modificar la percepción de la realidad, en la constante búsqueda de apartarse del sufrimiento, sea éste físico, psíquico, social o espiritual.

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito, además se han establecido relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/SIDA.

El abuso de sustancias es un problema creciente que afecta a las personas y al sistema de salud. Es cada vez más frecuente el ingreso de estos pacientes en el Departamento de Emergencia, a causa del efecto directo del abuso de sustancias (por intoxicación o por síndrome de abstinencia alcohólica) o de otras patologías (trauma, después de una cirugía y otros), a las cuales se suma el síndrome de abstinencia alcohólica, si no se conocen los antecedentes de abuso.

En el Salvador existen pocos estudios acerca del alcohol y sus diversas consecuencias en el ciclo vital del ser humano; cada día es más frecuente observar en los servicios de emergencia y de hospitalización pacientes que adolecen de diversas patologías secundarias al consumo excesivo de alcohol, así mismo es común observar consultas por complicaciones agudas de esta sustancia, de las más frecuentes el síndrome de abstinencia alcohólica.

De esta manera al observar la afluencia de pacientes a las unidades de emergencia caracterizada por síndrome de abstinencia alcohólica surgió la motivación e iniciativa de estudiar y escribir acerca del paciente alcohólico. Cabe destacar que en el Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar José Antonio Saldaña no se encontraron registros de estudio anteriores acerca de esta problemática; por lo que de esta manera se marcó un antes y un después, donde esperamos que futuras generaciones se motiven y se sumen en el campo de la investigación hacia esta problemática.

Este estudio estuvo centrado en conocer el registro de pacientes que ingresaron en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Saldaña por síndrome de abstinencia alcohólica en el periodo de enero a junio del año 2019, lo que permitió documentar indicadores de consumo según el sexo, representación porcentaje mensual en hospitalización de pacientes por síndrome de abstinencia alcohólica, conocer los medicamentos que más se utilizan para correlacionarlos con la evidencia científica. Además se planteó documentar costos de hospitalización en pacientes por dicha entidad, pero que por falta información técnica, no fue posible obtener dicho informe.

Los resultados obtenidos servirán como respaldo a la institución al correlacionar resultados de estudios científicos con los resultados obtenidos en esta investigación en cuanto al tratamiento farmacológico de esta entidad clínica, así mismo esperamos que en futuras investigaciones, este estudio sirva de referente y en aquellos pacientes catalogados como reingreso o recurrente se determine los factores que los hacen vulnerables y por ende los clasifica en esta categoría.

El papel del médico de familia en la atención a este tipo de pacientes se considera crucial debido a la elevada prevalencia del problema, su alta asociación familiar, la accesibilidad para los pacientes y al hecho de que muchos de ellos acepten mejor las intervenciones desde este nivel de atención. La actuación del profesional se centraría en el diagnóstico precoz (búsqueda activa de casos) y la intervención,

mediante el consejo educativo encaminado a la modificación del patrón de consumo; es por ello que al investigar servirá a los médicos de familia como base para conocer los ejes a intervenir.

Las actuales investigaciones basadas en evidencias demuestran que el consumo de alcohol y los patrones de ingesta en las Américas se hallan en niveles perjudiciales y la Región supera las medias globales para muchos problemas relacionados con el alcohol. Existen cinco razones cruciales para considerar al alcohol como una urgente prioridad de salud pública en las Américas. En relación a la mortalidad, se estima que en el año 2002, el alcohol causó la muerte de una persona cada dos minutos en la Región (Rehm et al., 2006). Se calcula que un 5.4% de todas las muertes en las Américas en 2002 fueron atribuibles al alcohol, en comparación con la cifra mundial de 3.7% (Rehm et al., 2006), es decir, 68% más que el promedio mundial. Asociado con la morbilidad el consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud (Rehm y Monteiro 2005), que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. (Duffy, 2015)<sup>1</sup>

Así mismo existen diversos estudios científicos sobre el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, en los cuales los fármacos más estudiados son las benzodiazepinas. En Italia en el año 2010, el departamento de epidemiología, realizó un meta análisis en donde se comparó el uso de benzodiazepinas frente otras drogas y benzodiazepinas frente al placebo, en el cual se demostró, que estos fármacos tienen grandes beneficios en el paciente con síndrome de abstinencia alcohólica<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Revista, Consumo de alcohol: principal problema de salud publica para las américas.

<sup>2</sup>

Laura Amato Silvia Minozzi, Simona Vecchi, Marina Davoli Benzodiazepines for alcohol withdrawal [Publicación Periódica]. - Roma, Italy: Cochrane drugs and alcohol Group, 2010. - 3.

En El Salvador, a partir de estudios nacionales en población general se ha encontrado evidencia de consumo riesgoso y perjudicial de alcohol, y comportamientos que indican una situación de dependencia a bebidas alcohólicas entre los consumidores, siendo los hombres quienes presentan el mayor problema de consumo riesgoso y signos de dependencia al alcohol.

El estudio en población escolar 2016 evidenció que se ha reducido la brecha del consumo actual de alcohol, según el sexo del estudiante, y se encontró un patrón similar de consumo entre hombres y mujeres (con 7.9% y 7.3% respectivamente), y comportamientos indicativos de consumo compulsivo de alcohol entre los adolescentes (consumo de cinco tragos o más en una misma salida). Esto es preocupante si se toma en cuenta que diversos estudios realizados por especialistas revelan que cuanto antes se comienza a beber, mayor es el riesgo de presentar un problema relacionado con el consumo de alcohol

Para el caso de El Salvador, en población adulta, así como en jóvenes y adolescentes, se encontró una baja percepción de riesgo con relación al consumo experimental de sustancias psicoactivas. Es necesario que el país oriente y fortalezca los esfuerzos con acciones tendientes a aumentar los factores de protección y reducir los riesgos y daños en la salud, mediante acciones preventivas permanentes desde el ámbito familiar, laboral y comunitario para prevenir el uso de sustancias psicoactivas.

El alcohol es la sustancia que más muertes ha reportado en nuestro país. Entre los factores de riesgo que se han identificado que favorecen el consumo de sustancias se mencionan la vulneración de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, hogares disfuncionales, y contextos de droga donde los adolescentes han estado en contacto con las sustancias a muy temprana edad.

---

En el año 2014, se realizó un Estudio nacional sobre el consumo de drogas en población general de El Salvador, donde se determinó que el alcohol es la sustancia psicoactiva que más se consume en el país, el 50.9% de la población declaró haber consumido alcohol alguna vez en su vida, mientras que el 9.5% lo hizo en los últimos 30 días del estudio<sup>3</sup>.

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. La ignorancia de los límites del consumo y de los riesgos asociados con el consumo excesivo son factores importantes.

También representan un papel destacable las influencias sociales y ambientales, tales como las costumbres y actitudes que favorecen el consumo elevado. El screening del consumo de alcohol desde la atención primaria lleva consigo muchos beneficios potenciales.

Finalmente el conocer el registro de pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica y ser considerada una de las causas principales de ingreso en el hospital, permitiría a las nuevas generaciones de Médicos de Familia generar proyectos de intervención dentro del hospital para dar seguimiento a estos pacientes y prevenir los reingresos.

---

<sup>3</sup> <http://www.seguridad.gob.sv/cna/wp-content/uploads/2019/03/2Informe-nacional-El-Salvador-2018-Ebook.pdf>

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 DEFINICION DE SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

El Síndrome de Abstinencia Alcohólica es la expresión clínica de la interrupción brusca o disminución de la ingesta de alcohol en un paciente que ha desarrollado una dependencia física al mismo. Los síntomas varían de un sujeto a otro; algunos pueden estar completamente asintomáticos, mientras que otros experimentan síntomas que varían, en un espectro que va desde síntomas leves sin complicaciones potenciales, a síntomas graves como convulsiones y delirium trémens.

### 2.2 EPIDEMIOLOGIA DEL SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

Después de la cafeína, el alcohol es la segunda sustancia psicotrópica más usada en el mundo y el tercer factor de riesgo para muerte prematura y discapacidad.

Se considera el uso nocivo de alcohol como un problema de salud pública mundial; los trastornos relacionados con el alcohol tienden a hacerse crónicos y tienen impactos en los ámbitos personal, laboral, familiar, económico y social; por otra parte, además de estar involucrado en varias enfermedades médicas graves, se vincula a otros trastornos mentales, diversas formas de violencia y accidentes de tránsito. Se calcula que el alcohol provoca casi el 4% de las muertes en todo el mundo y es una de las 20 primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad.

#### 2.2.1 Situación a escala mundial

La OMS plantea que el uso nocivo de alcohol es un problema de salud pública mundial y causa millones de muertes (2,5 millones, en 2004), incluyendo las de miles de jóvenes (320.000 personas entre 15 y 29 años, en 2004). No sólo es un factor causal de varias enfermedades graves, sino, también, un disparador de

agresiones y situaciones de violencia. Según la Organización de Estados Iberoamericanos, el consumo excesivo de alcohol es un problema en naciones desarrolladas y en países del Tercer Mundo. Se calcula que el alcohol provoca casi el 4% de las muertes en todo el mundo y es una de las 20 primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad, ya sea por condiciones neurológicas y/o psiquiátricas asociadas (38%), por lesiones accidentales (28%) o por lesiones causadas de forma intencional (12%). En un estudio australiano, el 8% de una muestra de 2038 pacientes hospitalizados en un hospital general presentaba riesgo de abstinencia alcohólica, y de estos un 8% desarrollaba síntomas de abstinencia durante el ingreso. Su repercusión sobre la evolución clínica de los pacientes es muy importante, llegando a triplicar la mortalidad cuando se desarrolla síndrome de abstinencia alcohólica en el postoperatorio. En España han descrito prevalencias para el síndrome de abstinencia alcohólica entre el 2,4% y el 4,8% sobre el número total de ingresos. Una mayor frecuencia en los meses festivos, tasas de incidencia por 10.000 habitantes variables entre 1,39 y 29,9, más elevadas en zonas rurales y una asociación entre el síndrome de abstinencia y un bajo nivel educativo. (Monte Secades R, 2011)<sup>4</sup>

A pesar de que la evidencia de las alteraciones relacionadas con el consumo de alcohol es clara, esta es una práctica ampliamente aceptada en la cultura occidental, lo que favorece el desarrollo de patrones de consumo y por ende la presentación de síndrome de abstinencia alcohólica.

### 2.2.2 Situación en América Latina

El alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en los países en vía de desarrollo, superando el tabaquismo. Por este motivo, la Organización

---

<sup>4</sup> Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición. Galicia Clin 2011; 72 (2): 51-64

Panamericana de la Salud (OPS) ha considerado el alcoholismo como una prioridad en salud pública, teniendo en cuenta que los problemas relacionados con

el consumo de alcohol superan las estadísticas medias globales. A pesar de las amplias variaciones subregionales, el valor promedio de consumo de alcohol per cápita ponderado por población en las Américas es de 8,7 L, mientras que la media global es de 6,2 L. Los países con mayor consumo son Estados Unidos, Colombia y México. En Estados Unidos se estima que el 90% de los hombres y el 75% de las mujeres en algún momento de la vida han tenido una experiencia con el alcohol. Entre las consecuencias más importantes del consumo de alcohol están los accidentes de tránsito y los hechos de violencia. En los Estados Unidos se calcula que el 40% de choques fatales está relacionado con el alcohol; así, el número de choques por unidad de tiempo es uno de los desenlaces por medir en los estudios de salud pública<sup>5</sup>.

### 2.2.3 Situación en El Salvador:

El Salvador aparece en primer lugar, en el registro de muertes asociadas a consumo de alcohol. En el año 2005, el alcohol ya mataba a 28 de cada 100 mil salvadoreños, y aunque posiblemente otras naciones tengan subregistro, los datos de El Salvador están por encima del nivel de epidemia. Muy por encima del resto del mundo, aun cuando las cifras de otras naciones posiblemente padezcan del problema del subregistro, según World Life Expectancy, que procesa las cifras oficiales de 192 países, la tasa de mortalidad relacionada con el alcohol en El Salvador adquiere niveles mayores incluso a nivel internacional. El Ministerio de Salud no cuenta con un registro preciso de todas las muertes hospitalarias en el sistema que ocurren debido al consumo de alcohol, pero sí maneja un estimado de los costos que estas enfermedades acarrearán a la red pública. “Las hospitalizaciones por las morbilidades

---

<sup>5</sup> Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013 Guía No. 23 ISBN: 978-958-8838-00-7 Bogotá, Colombia

producidas por el consumo de alcohol implican una inversión anual de alrededor de los 3 millones de dólares en hospitales del Ministerio de Salud Pública”

EL síndrome de abstinencia alcohólica es un problema frecuente en nuestro medio hospitalario. Las estimaciones sobre alcoholismo en pacientes hospitalarios se han situado entre el 5 y el 15%. Más recientemente, se ha registrado una frecuencia de patrones de consumo perjudicial de alcohol en pacientes ingresados en unidades de Medicina Interna del 12%.

### 2.3 FISIOPATOLOGÍA DEL SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA.

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

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

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

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

## 2.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

La definición de síndrome de abstinencia alcohólica universalmente aceptada en la literatura es la aportada por el manual DSM-IV19. En ella se exigen varias condiciones:

- a. Interrupción o reducción de un consumo fuerte y prolongado de alcohol.
- b. Aparición posterior, en unas horas o días, de 2 o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia, hipertensión); temblor de manos; insomnio; alucinaciones táctiles, auditivas o visuales transitorias; náuseas o vómitos; agitación psicomotriz; ansiedad; y crisis convulsivas de gran mal.
- c. Los síntomas del criterio anterior producen alteraciones clínicamente significativas en la esfera cognitiva, social u ocupacional.
- d. Los síntomas no son debidos a otra enfermedad médica o psiquiátrica definidas

Así, el síndrome precoz o menor de abstinencia hace referencia a los síntomas que se manifiestan en las primeras 24-48 horas después del cese de la ingesta alcohólica, con aparición progresiva de temblores, insomnio, ansiedad, náuseas, vómitos, sudoración, alucinaciones y crisis epilépticas. Las convulsiones aparecen en el 5-15% de los pacientes, típicamente entre las 6 y 48 horas de abstinencia, en número que no suele pasar de 1-3. El cuadro clínico puede evolucionar en un pequeño porcentaje de pacientes después de las primeras 48 horas a formas más graves, el *delirium tremens*.

El *delirium tremens* se inicia uno a cuatro días después de la última ingesta de alcohol, tiene su pico máximo de presentación entre los días tres y cuatro, y afecta a 5 a 10% de los pacientes hospitalizados por abstinencia alcohólica; se caracteriza por desorientación y signos autonómicos resultantes de la activación de las neuronas responsables de la respuesta corporal al estrés, como el temblor y la

diaforesis. Estos signos incluyen agitación grave, taquicardia, hipertensión y fiebre. En la mayoría de los casos, los signos y síntomas asociados persisten de cinco a diez días y, en el 62% de los pacientes, se resuelven en cinco días o menos. La mortalidad es de 5 a 15%, por complicaciones metabólicas, cardiovasculares, trauma e infecciones.<sup>6</sup>

### **2.4.1 VALORACION DE LA GRAVEDAD**

Definición de gravedad del síndrome de consumo de alcohol (SCA) (2)

- Leve: la presencia de 2 o 3 síntomas
- Moderado: la presencia de 4 o 5 síntomas
- Grave: la presencia de 6 o más síntomas

La presencia de, al menos, 2 de estos síntomas indica SCA:

1. El alcohol, con frecuencia, es ingerido en grandes cantidades o por períodos más prolongados que los recomendados.
2. Existen deseos persistentes o esfuerzos no exitosos de detener o controlar el consumo de alcohol.
3. Se consume una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener alcohol, consumir el alcohol o recuperarse de sus efectos.
4. Presenta un fuerte deseo de consumir alcohol.
5. El consumo recurrente de alcohol lleva a no poder cumplir con todas las obligaciones o los roles en el trabajo, en la escuela o en el domicilio.

---

<sup>6</sup> Oviedo Heidi Celina, Arboleda Patricia Liliana Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol [Libro]. - Bogotá, Colombia : Universits Médica, 2006. - Vol. 47.

6. Prosigue con el consumo continuo de alcohol, pese a los problemas sociales e interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas por causa del consumo de alcohol.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones de peligro físico.
9. Continúa con el consumo de alcohol, a pesar de conocer los persistentes o recurrentes problemas físicos o psicológicos, probablemente causados o exacerbados por el alcohol.
10. Tolerancia: se define por algunos de los siguientes:
  - a) Marcada necesidad de incrementar las cantidades de alcohol para alcanzar los efectos deseados o de intoxicación.
  - b) Efectos marcadamente disminuidos con el uso continuo de la misma cantidad de alcohol.

#### **2.4.2 CRITERIOS PARA INGRESO INTRAHOSPITALARIO**

- Síndrome de abstinencia moderada-severa.
- Afección médica, quirúrgica o con patología psiquiátrica descompensada.
- Paciente sin red de apoyo.
- Paciente que no recupera la conciencia después de un periodo de 4 horas de observación.
- Falta de acceso a establecimientos de salud para seguimiento del caso.
- Paciente que solicite ingreso y de acuerdo a evaluación médica.
- Paciente que repetidamente llega a atención de emergencia, y no logra parar el consumo.
- Intolerancia a la vía oral y/o desequilibrio hidroelectrolítico que requiera corrección.

## 2.5 TRATAMIENTO DEL SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

El síndrome de abstinencia alcohólica es un aspecto de los problemas derivados de la adicción al alcohol que ha recibido poca atención. La escasez de estudios clínicos al respecto y de guías de práctica clínica sobre su tratamiento en la literatura, ha propiciado que exista una gran variabilidad en su manejo, no sólo entre diferentes países sino también entre los diferentes centros hospitalarios y aún entre diferentes clínicos. Por ello, es habitual que el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica descansa en la adopción de medidas terapéuticas derivadas de experiencias clínicas individuales o de grupos reducidos.

### 2.5.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Las intervenciones no farmacológicas o de características psicoterapéuticas se recomiendan como primera línea de elección para el tratamiento del abuso o dependencia del alcohol, con el fin de generar cambios en el patrón de consumo y prevenir recaídas.

- La terapia cognitivo-conductual ayuda a identificar los sentimientos y situaciones que pueden conducir a un consumo excesivo de alcohol. Enseña habilidades para enfrentarlo, incluyendo cómo manejar el estrés y cómo cambiar los pensamientos que le llevan a querer beber. Se puede recibir la terapia uno-a-uno con un terapeuta o en grupos pequeños
- La terapia de mejora motivacional (o terapia de estímulo de la motivación) ayuda a construir y fortalecer la motivación para cambiar su hábito de beber. Incluye alrededor de cuatro sesiones en un corto período de tiempo. La terapia comienza con la identificación de los pros y los contras de buscar tratamiento. Luego, usted y su terapeuta trabajan en la creación de un plan para cambiar su hábito. Las próximas sesiones se centran en aumentar su confianza y desarrollar las habilidades que necesita para poder cumplir con el plan

- La consejería matrimonial y familiar incluye a los cónyuges y otros miembros de la familia. Puede ayudar a reparar y mejorar sus relaciones familiares. Los estudios demuestran que un apoyo familiar fuerte a través de esta terapia puede ayudarle a mantenerse lejos del alcohol
- Las intervenciones breves son sesiones de consejería corta, individual o en grupos pequeños. Incluyen entre una a cuatro sesiones. El consejero le entrega información sobre su patrón de consumo y riesgos potenciales. El consejero trabaja con usted para establecer metas y proporcionar ideas que pueden ayudarle a hacer un cambio.

## **2.5.2 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

Existe evidencia científica de que el tratamiento farmacológico de la abstinencia al alcohol permite corregir los síntomas de abstinencia y prevenir el desarrollo de convulsiones y delirium tremens.

### **BENZODIACEPINAS**

Son los fármacos más estudiados en el tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica y sobre los que hay más evidencia de calidad respecto a su eficacia. Las benzodiazepinas actúan sobre mediadores GABA inhibidores, sustituyendo los efectos depresores del alcohol sobre el SNC y también inhibiendo la transmisión noradrenérgica en la abstinencia.

Los objetivos generales del tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica son disminuir y controlar los síntomas y signos de la abstinencia, prevenir las crisis epilépticas y evitar la progresión a delirium tremens. Las benzodiazepinas han demostrado su eficacia en el tratamiento de todos ellos.

En una revisión sistemática de *Cochrane Database* acerca del tratamiento con Benzodiazepinas en abstinencia alcohólica no existen datos concluyentes respecto

a la superioridad de un tipo de benzodiazepina sobre otro. No obstante, se ha apreciado una disminución en el riesgo de presentar crisis epilépticas en los pacientes tratados con benzodiazepinas de larga duración de acción, como Diazepam o clordiazepóxido, comparado con las de vida media corta (alprazolam, Lorazepam).<sup>7</sup>

Se recomienda el empleo de las benzodiazepinas de vida media larga como primera opción en el tratamiento de la abstinencia alcohólica, también en el delirium tremens. Las dosis y pautas utilizadas en los ensayos clínicos según los diferentes programas de tratamiento se analizan en el anexo 3.

En resumen, podemos establecer las siguientes recomendaciones para la práctica clínica respecto a la utilización de las benzodiazepinas en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica en régimen hospitalario:

1. Existe evidencia de que las benzodiazepinas son eficaces en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica (Recomendación grado A). Son los fármacos sobre los que existe más información procedente de ensayos clínicos.
2. Ningún fármaco ha demostrado superioridad respecto a las benzodiazepinas en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica (Recomendación grado B).
3. Pautadas de forma precoz previenen el desarrollo de crisis epilépticas y de delirium tremens (Recomendación grado A).
4. Dentro de las benzodiazepinas, todas parecen controlar de forma similar los síntomas y los signos de la abstinencia (Recomendación grado A).
5. Las benzodiazepinas de acción prolongada previenen mejor la aparición de crisis epilépticas y proporcionan un curso clínico de abstinencia sin altibajos (Recomendación grado B).
6. La escala CIWA-Ar es el mejor método para valorar la gravedad de los síntomas de la abstinencia y la necesidad de medicación sedante (Recomendación grado A).

---

<sup>7</sup> Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol Withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. N° CD005063. DOI: 10.1002/14651858.CD0055063.pub3.

Puede utilizarse en pacientes con comorbilidad médica asociada y en enfermos con delirium tremens (Recomendación grado C).

7. El programa de tratamiento según síntomas basado en la escala CIWA-Ar disminuye la necesidad de medicación sedante y la duración del tratamiento (Recomendación grado A). No influye en las complicaciones ni en la mortalidad.

La escala CIWA-Ar debe ser aplicada por personal sanitario entrenado en su uso; en los casos en que esto no sea posible la opción más razonable es el programa de tratamiento fijo con dosis adicionales en función de la clínica.

8. No hay evidencias que avalen el uso de perfusiones intravenosas de benzodiazepinas en vez del tratamiento clásico con bolus (Recomendación grado C).

9. Las benzodiazepinas son el fármaco de elección en el tratamiento del delirium tremens (Recomendación grado C).<sup>8</sup>

## NEUROLÉPTICOS

Los neurolepticos, incluyendo las fenotiazinas y el haloperidol, pueden contribuir a controlar los síntomas de la abstinencia. En la práctica clínica diaria, se muestran como fármacos eficaces en el control de pacientes agitados. Como se ha comentado anteriormente, son menos efectivas que las benzodiazepinas en la prevención de delirium tremens y de crisis comiciales. Por ello y teniendo en cuenta que descienden el umbral epileptógeno, se desaconseja su uso en monoterapia en la abstinencia alcohólica

No obstante, combinados con benzodiazepinas o clometiazol han demostrado su utilidad en el control de los síntomas de abstinencia. Por ello se recomienda su utilización únicamente en pacientes con agitación marcada o alucinaciones, como adyuvantes a las benzodiazepinas.

---

<sup>8</sup> (Monte Secades R, 2011)

## BETABLOQUEANTES

Durante la abstinencia alcohólica existe un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático y de los niveles plasmáticos de norepinefrina. Esta circunstancia ha llevado a evaluar la efectividad de los betabloqueantes en el tratamiento de la abstinencia alcohólica.

Respecto al uso de betabloqueantes en la abstinencia alcohólica podemos concluir:

1. No se deben utilizar en monoterapia (Recomendación grado A).
2. Son útiles en el control de síntomas de hiperactividad simpática, añadidos a las benzodiazepinas, en pacientes con abstinencia leve-moderada. (Recomendación grado A).
3. No previenen el desarrollo de crisis ni delirium (Recomendación grado A).

## CARBAMACEPINA

La carbamazepina es un fármaco anti cómicial empleado en el tratamiento de la abstinencia alcohólica, sus ventajas teóricas residen en que no produce dependencia, no potencia los efectos depresores del alcohol y retarda el fenómeno de "kindling" o de activación propagada, según el cual la repetición de episodios de privación se asocia a un aumento progresivo de su severidad. La carbamazepina controla los síntomas en pacientes con síndrome menor de abstinencia (Recomendación grado A), pero no existe experiencia que avale su uso en pacientes con formas moderadas-severas de abstinencia alcohólica en plantas de hospitalización general.

## ALCOHOL ETÍLICO

El alcohol, como es lógico, alivia las manifestaciones iniciales de la abstinencia alcohólica. Ésta circunstancia ha propiciado su uso en la prevención y el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, tanto en formulación oral como intravenosa, constituyéndose como una medida de tratamiento habitual en muchos casos. En el

único estudio con grupo control realizado, el alcohol no previno el desarrollo de crisis ni delirium tremens. En pacientes críticos existen estudios que han valorado su eficacia para la prevención o tratamiento de la abstinencia alcohólica en su formulación intravenosa. Una revisión sistemática a este respecto concluyó que no existen evidencias que justifiquen su empleo en este contexto.

## TIAMINA Y MAGNESIO

No se ha demostrado que la tiamina o el magnesio tengan alguna influencia sobre los síntomas de la abstinencia alcohólica o sobre el desarrollo de crisis comiciales o delirium. Sin embargo, y teniendo en cuenta que los pacientes alcohólicos tienen frecuentemente déficit de tiamina, se recomienda la administración de tiamina en todos los casos para prevenir la posible aparición de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff<sup>7,127</sup> (Hadorn C) (Recomendación grado C). Es frecuente que estos pacientes presenten déficit de magnesio, la cual puede asociarse a vértigo, ataxia, temblor, corea y arritmias cardíacas. Por este motivo se recomienda el empleo de magnesio oral, puede producir diarrea, o parenteral (1gr iv/6-12 h o 250-500 mg vo/6h, durante 48 horas) en aquellos casos en que se compruebe hipomagnesemia<sup>20, 128 a</sup> (Hadorn C) (Recomendación grado C)

Habiendo revisado en forma general el manejo de la Abstinencia alcohólica según diferentes autores, se procederá a detallar el manejo sugerido en los Lineamientos de manejar de pacientes que consumen sustancias psicoactivas en primer y segundo nivel de atención en El Salvador.<sup>9</sup>

La fase aguda de esta patología y los problemas físicos agregados deben estabilizarse en el primer establecimiento de salud que lo atiende, por el médico general, médico internista o médico de familia con participación interdisciplinaria, según disponibilidad de recursos, quienes decidirán el plan terapéutico en esta fase.

---

<sup>9</sup> Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de Personas con Problemas de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Ministerio de Salud, El Salvador 2014.

Posteriormente, de ser necesario se realizará interconsulta o referencia de acuerdo con el nivel de complejidad de la red, previa coordinación entre los establecimientos de salud, así como el retorno respectivo para dar seguimiento al plan terapéutico.

## 2.6 ESTADISTICAS DE INGRESOS POR SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

Existe poca información sobre el curso temporal del síndrome de abstinencia alcohólica en el ámbito de un hospital general.

En España en el año 2011 determinaron en un meta-análisis que la prevalencia de síndrome de abstinencia alcohólica entre los ingresos totales equivale al 2.4- al 4.8%.

Se realizó un estudio en el Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo entre Enero de 1987 y Diciembre de 2003. Este centro es un hospital docente de 2º nivel, que dispone de 735 camas, con las que se cubre la asistencia de un Área Sanitaria de 221.441 persona, con el fin de definir algunas características del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica, donde se obtuvieron los siguientes resultados. Se estudiaron 539 episodios de ingreso hospitalario por síndrome de abstinencia alcohólica en 436 pacientes. La edad media fue de 45 años (D.T. = 12), con rango entre 20 y 75 años; 492 eran hombres (91,3%). El síndrome de abstinencia fue el motivo de ingreso en 336 casos (62,3%), mientras que 203 (37,6%) ingresaron por otras causas, desarrollando posteriormente la abstinencia alcohólica durante su estancia. De estos, 149 episodios se presentaron en plantas de hospitalización médica y 54 en plantas quirúrgicas. La estancia media global hospitalaria en días para toda la serie fue 14,2 (D.T. = 12). Se registraron crisis epilépticas en 221 casos (42,1%), el 97,7% de ellas generalizadas, con una media de 2 crisis por paciente (D.T. = 1,2). En el momento del diagnóstico de síndrome de abstinencia alcohólica se consideró que 303 casos presentaban síndrome de abstinencia no complicado y

236 delirium tremens. Ciento cuarenta y siete casos (48,5%) evolucionaron a delirium tremens, por lo que al final del ingreso hospitalario se contabilizaron 156 casos de síndrome de abstinencia no complicado (28,9%) y 383 casos de delirium tremens (71,1%). La tasa de traslados a UCI fue del 37,8% (IC 95% 33,1 - 37,8). El 69,6% de los casos ingresados en UCI precisó intubación orotraqueal y ventilación mecánica.<sup>10</sup>

## 2.7 FENOMENO DE RECAIDA POR SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

Siendo la recaída un fenómeno que ocurre con cerca del 70% al 90% de las personas en los tres primeros meses posteriores al inicio del tratamiento, una intervención que no prevea su acontecimiento será incoherente con la realidad, siendo que, según esta concepción, penalizaría al individuo con una innecesaria carga de frustración. Ello puede generar consecuencias como el "efecto de violación de la abstinencia", en que el sujeto, tomando la recaída como un fracaso, abandona su tratamiento y retorna al antiguo hábito. Por esto, algunos autores hacen distinción entre el *lapso*, o la violación inicial de la abstinencia, y la recaída propiamente dicha, en la que hay persistencia de consumo.

Cuando la adhesión es definida en cuanto fenómeno inter y no intra-individual, se impone una pregunta que, a pesar de ser pertinente, ha sido ignorada en varios estudios sobre la adhesión: que es lo que el tratamiento (el servicio, el terapeuta) han hecho en relación a la no-adhesión de los pacientes.

Tratamientos con este foco quedan distanciados de la realidad del sujeto, no considerando que muchos pacientes requieren otras demandas, tanto o más urgentes que la abstinencia, como necesidades de empleo, vivienda o resolución de conflictos familiares. De este modo, a despecho del reconocimiento de las

---

<sup>10</sup> <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122889008>

implicancias sociales, económicas, familiares y de salud (física y mental) del alcoholismo, los tratamientos tienden a mantener la propuesta de intervención breve focalizada en la reducción del consumo, partiendo de la premisa de que todo lo demás en la vida del paciente mejorará cuando el beber sea controlado.

Aspectos sociales son considerados apenas en su dimensión de estímulos ambientales inductores o reforzadores del comportamiento-síntoma, como en el caso de la presión social para el uso, los conflictos interpersonales y las situaciones, lugares o personas identificadas como de riesgo para la recaída. Se verifica que la variable social, que podría ser un contrapunto a la imputabilidad del usuario, sirve en verdad, en la mayoría de los estudios, para refrendarla, en la medida en que gran parte de las referencias conciben al ambiente en una perspectiva.

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Conocer el registro de pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Saldaña por Síndrome de Abstinencia Alcohólica, durante el período de enero a junio de año 2019.

#### **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Determinar el promedio de días de estancia intrahospitalaria en pacientes ingresados por Síndrome de Abstinencia Alcohólica.
- Determinar el índice de reingreso en paciente con Síndrome de Abstinencia Alcohólica.
- Describir el manejo de los pacientes con este problema de salud.

## **4. DISEÑO METODOLOGICO**

**4.1 Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal retrospectivo.

**4.2 Período de la investigación:** Enero a Junio del año 2019.

**4.3 Diseño de la investigación:** Se realizó revisión de los libros de ingresos – egresos de los servicios de Medicina Interna, de los cuales se extrajeron datos como el registro, sexo, edad de los pacientes, los días de estancia intrahospitalaria y el diagnóstico de ingreso – egreso. Posterior se comparó los registros de estos libros con los datos estadísticos del SIMMOW. Al obtener el consolidado del total de pacientes que ingresaron por dicha entidad clínica, con el número del expediente clínico se hizo una revisión de los expedientes clínicos que correspondían a dichos pacientes, para verificar el tratamiento farmacológico recibido.

Se procesaron datos por medio de tablas y gráficos en Microsoft Excel

### **4.4 Universo y cálculo de la muestra**

La población fueron todos los pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna por Síndrome de Abstinencia Alcohólica, al hacer la revisión se obtuvo un total de 66 pacientes en los 6 meses, por lo que se obtuvo una muestra al azar ya que la población en estudio no es muy variable, tomando un total de 33 expedientes de los cuales se revisaron las indicaciones médicas de estos pacientes.

### **4.5 Criterios de inclusión:**

- a) Todo paciente que ingreso exclusivamente por Síndrome de Abstinencia Alcohólica.
- b) Pacientes mayores de 18 años .
- c) Pacientes con cualquier patologia, pero que en esta ocasión se registro como causa de ingreso abstinencia alcoholica.

#### **4.6 Criterios de exclusión :**

- a) Pacientes que ingresaron con sintomatología de abstinencia a otras drogas.
- b) Pacientes que ingresaron por otra entidad clínica
- c) Menores de 18 años

#### **4.7 Ámbito de aplicación :**

- Servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Saldaña

#### **4.8: Limitaciones:**

- a. Falta de congruencia entre los registros en los libros de ingreso-egreso y los datos del SIMMOW.
- b. En el hospital no se llevan los costos de hospitalización, por lo que no fue posible obtener el dato.
- c. Subregistros en los libros de ingreso-egreso de servicios de Medicina Interna, de esta patología.
- d. Falta de estudios anteriores sobre esta patología, en este centro hospitalario

## 5. CONSIDERACIONES ETICAS

**Riesgo:** La posibilidad de daño que ocurre como resultado de la participación en un estudio de investigación, en este caso los individuos no participaron directamente, por lo que no representa ningún riesgo a su vida privada.

**Valor:** la investigación debe buscar mejorar la salud o el conocimiento y sentar un precedente ya que en este rubro no se documentan investigaciones en el Hospital Saldaña.

**Validez científica:** la investigación debe ser metodológicamente sensata, de manera que los participantes de la investigación no pierden su tiempo con investigaciones que deben repetirse.

**Respeto para los seres humanos participantes:** Los participantes en la investigación deben mantener protegida su privacidad y prevenir riesgos sociales, familiares o de cualquier tipo.

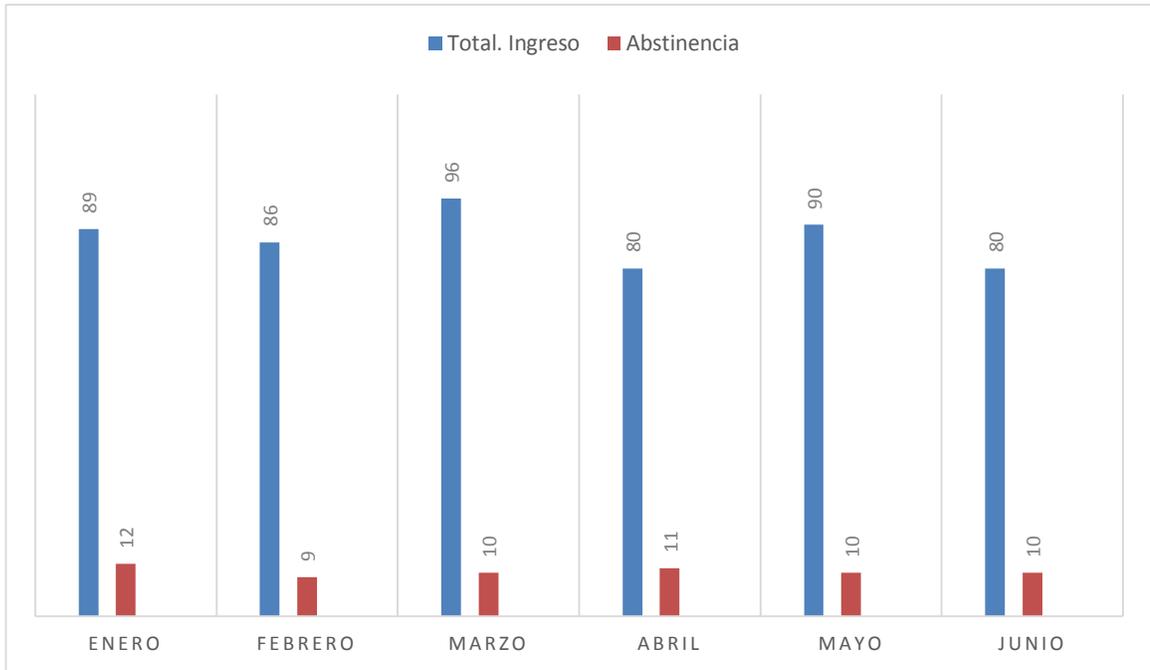
Además para efectos de esta investigación se tomaron como base los siguientes conceptos:

**Reingresos:** pueden definirse como las admisiones o ingresos a un hospital dentro de un cierto periodo después de haber egresado del centro hospitalario en los 30 días siguientes al alta por la misma entidad clínica.

**Paciente recurrente:** aquellos pacientes que durante el periodo de estudio ingresaron más de una vez por la misma entidad clínica.

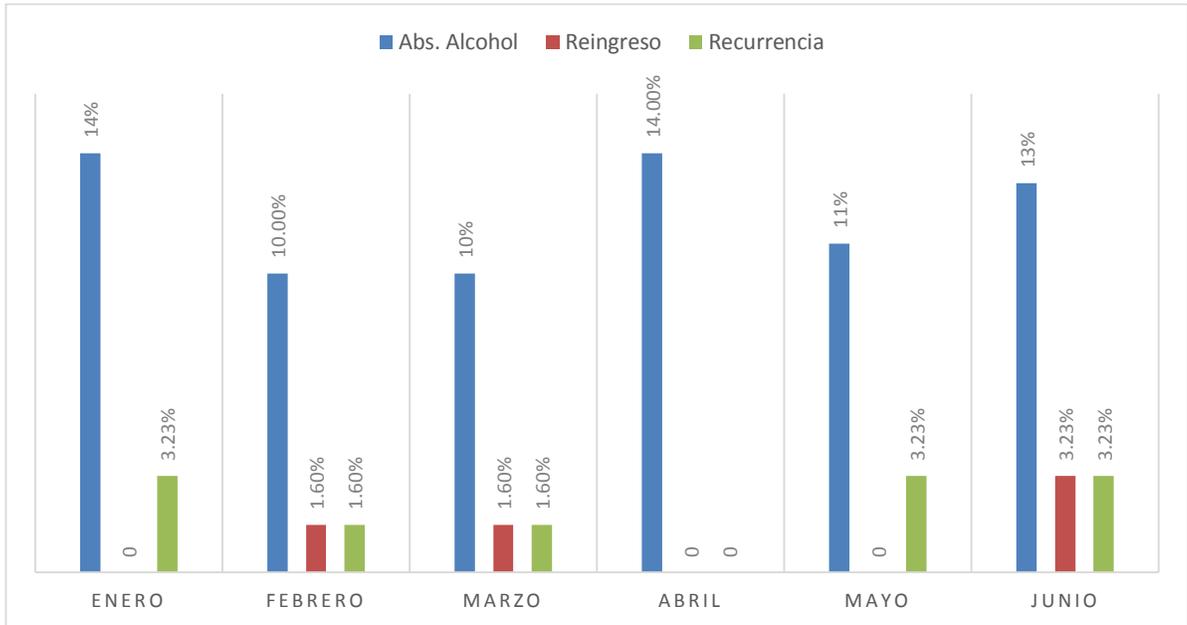
## 6. RESULTADOS

Gráfico 1: Ingreso mensual por Síndrome de Abstinencia Alcohólica en Servicio de Medicina Interna, de enero a junio de 2019.



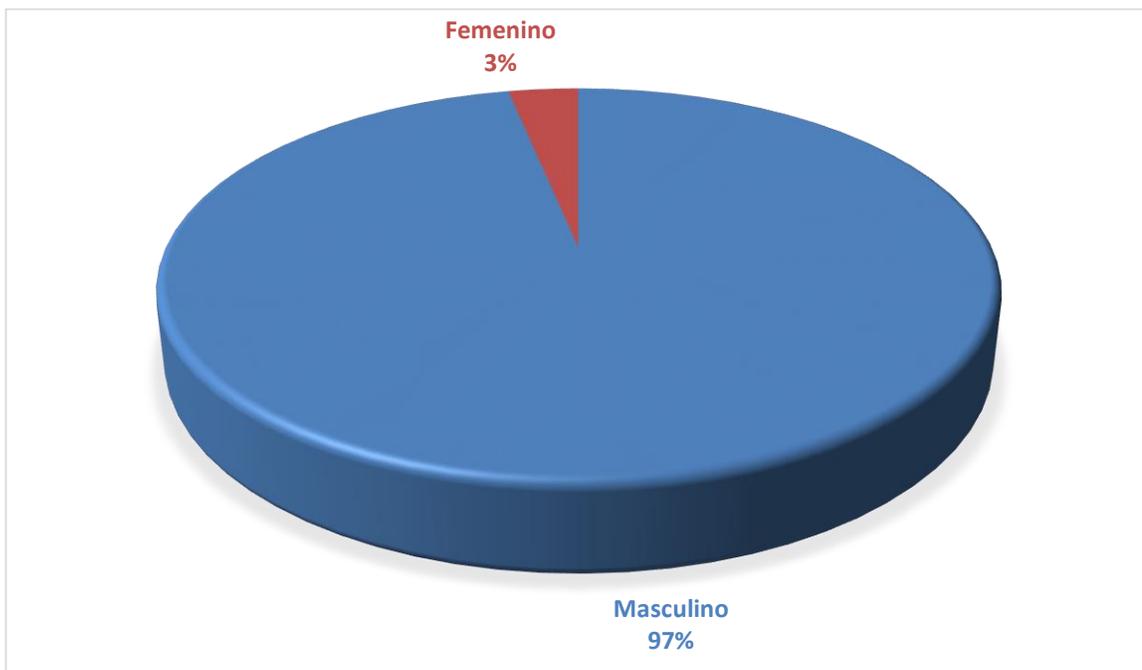
Fuente: libro de ingreso-egreso de servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña

Grafico 2. Reingreso y recurrencia por Síndrome de Abstinencia Alcohólica en Servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña de enero a junio de 2019.



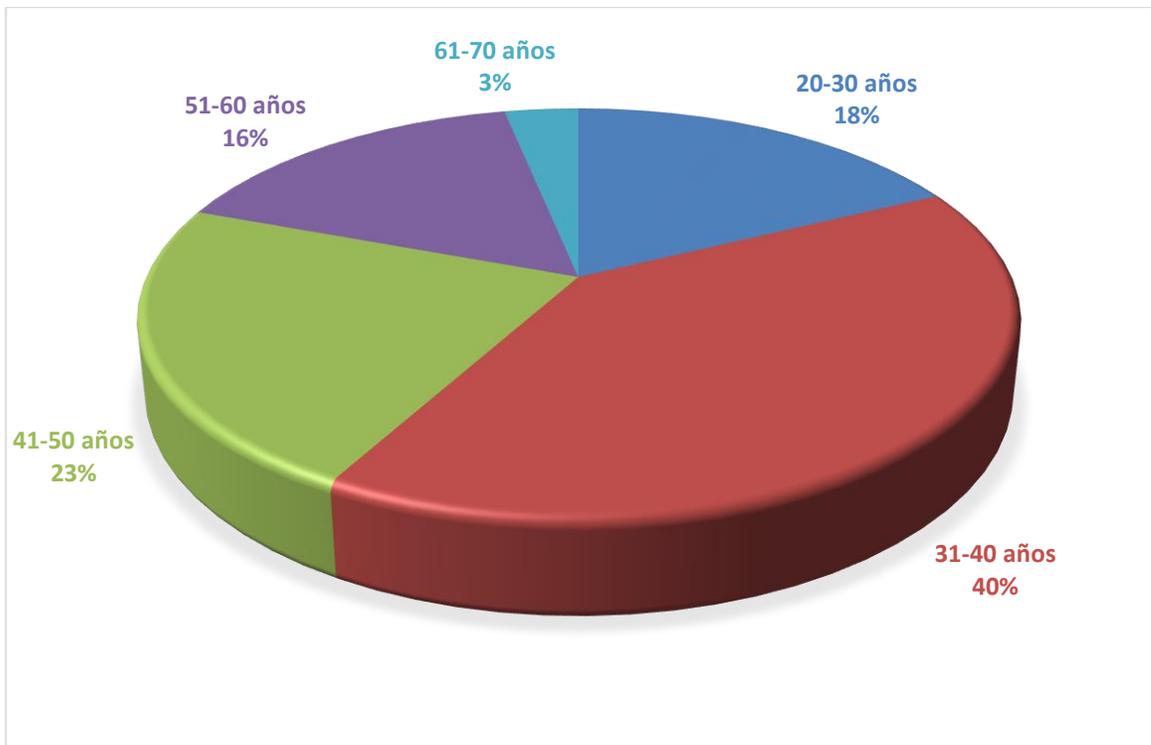
Fuente: libro de ingreso-egreso de servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña.

Grafico 3. Indicador de ingreso por Síndrome de Abstinencia Alcoholica según sexo,de enero a junio de 2019 en servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña.



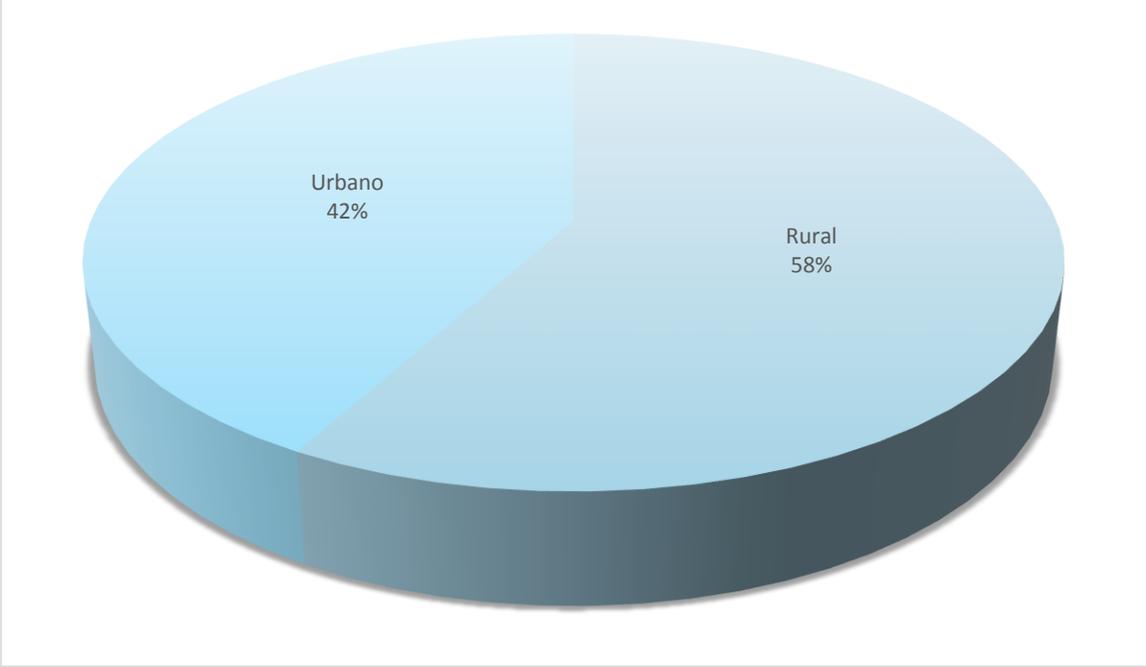
Fuente: libro de ingreso-egreso de servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña.

Gráfico 4. Ingresos por Síndrome de Abstinencia Alcohólica en servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña de enero a junio de 2019 clasificado según rango de edad.



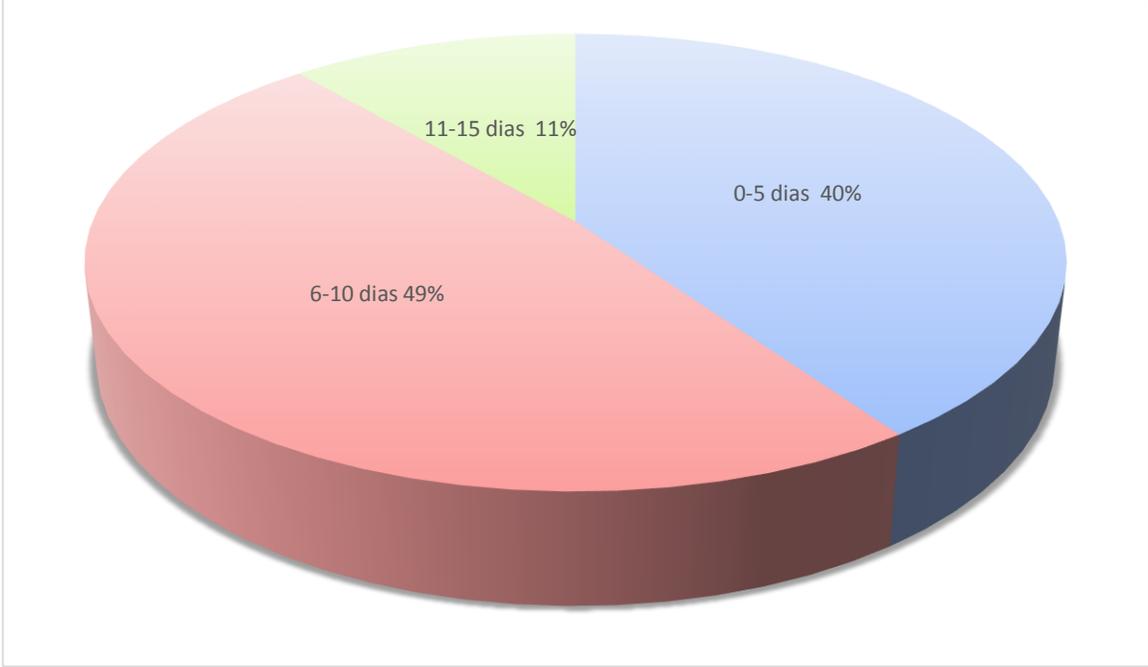
Fuente: libro de ingreso-egreso de servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña.

Grafico 5: Ingresos por Síndrome de Abstinencia Alcohólica en servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña de enero a junio de 2019 clasificado según origen demográfico.



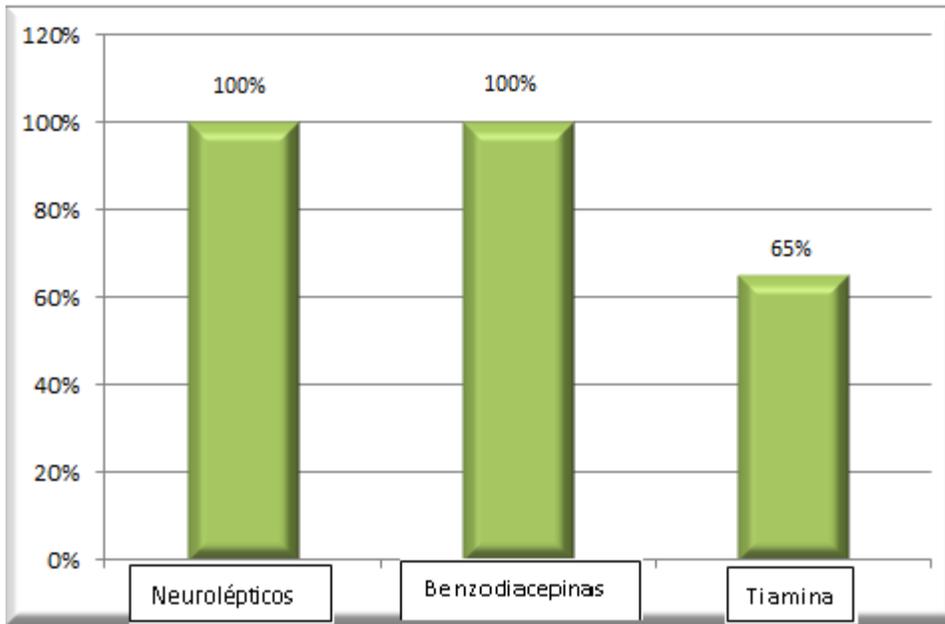
Fuente: libro de ingreso-egreso de servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña y expediente clínico de paciente.

Grafica 6. Promedio de días de estancia hospitalaria por Síndrome de Abstinencia Alcohólica en servicio de Medicina Interna de Hospital Saldaña de enero a junio de 2019.



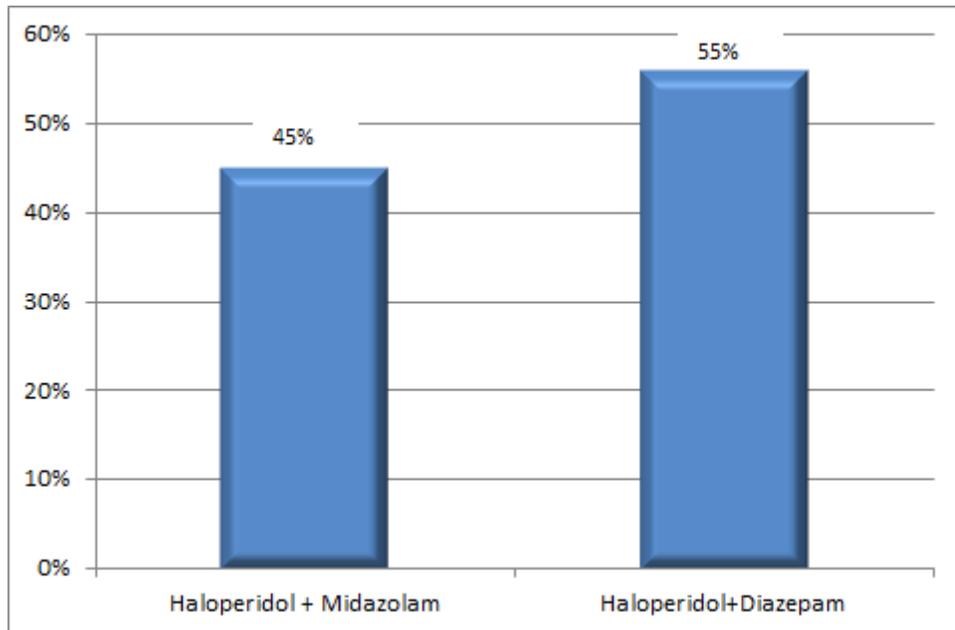
Fuente: libro de ingreso-egreso y expediente clínico de paciente, de servicio de Medicina Interna de Hospital Nacional Saldaña.

Gráfico 7. Medicamentos más utilizados en pacientes con Síndrome de Abstinencia Alcohólica que ingresaron a los servicios de Medicina Interna del Hospital Saldaña en el período de enero a junio del año 2019.



Fuente: expediente clínico de paciente ingresado en servicio de Medicina Interna del Hospital Saldaña por Síndrome de Abstinencia Alcohólica.

Grafico 8. Combinaciones de medicamentos más utilizadas en pacientes con Síndrome de Abstinencia Alcohólica que ingresaron a los servicios de Medicina Interna del Hospital Saldaña en el período de enero a junio del año 2019.



Fuente: expediente clínico de paciente ingresado en servicio de Medicina Interna del Hospital Saldaña por Síndrome de Abstinencia Alcohólica.

## 7. DISCUSION DE RESULTADOS

La elección del cuestionario ha estado condicionada por las referencias bibliográficas que indican que las conductas de riesgo por consumo de alcohol se inician habitualmente a temprana edad. Como ocurre en diferentes estudios realizados y que fueron revisados como guía para la sustracción de información, en España en el año 2011 determinaron en un meta análisis que la prevalencia de síndrome de abstinencia alcohólica entre los ingresos totales equivale al 2.4- al 4.8%, que la frecuencia es mayor en meses festivos, población rural y con nivel educativo bajo, así mismo en ese mismo estudio y en diferentes ensayos clínicos han demostrado la eficacia de las benzodiazepinas como los fármacos con los cuales se obtiene mejor respuesta frente a la abstinencia alcohólica, usualmente combinados con otra drogas, en un meta análisis realizado en el Hospital Lucus Augusti Lugo SERGAS en el 2011 demostraron la eficacia de las benzodiazepinas combinadas con neurolépticos. Al contrastar información detallada científicamente con los resultados obtenidos en esta investigación obtenemos que en el Hospital Nacional Saldaña, durante el periodo de la investigación el porcentaje de ingresos mensuales por síndrome de abstinencia alcohólica oscila entre el 10-13% ,con una tasa de reingreso y recurrencia del 1.6 al 3.2%, el sexo masculino representa el mayor indicador de consumo, en contraste con algunos estudios que refieren que en Europa, las diferencias entre hombres y mujeres es mínima; el patrón de consumo se da más en población activa, 20-50 años y menor porcentaje entre los 51-60 años, y también se obtuvo que las benzodiazepinas representan los fármacos más prescritos en esta entidad clínica.

## 8. CONCLUSIONES

Analizados los resultados se concluye:

Los ingresos mensuales por síndrome de abstinencia alcohólica en el Hospital Nacional Saldaña durante el periodo de la investigación tienen porcentaje de dos veces superior a lo que refieren estudios de otras regiones.

El indicador por sexo cataloga al hombre como los más compulsivos frente al consumo de alcohol.

Los índices de ingresos y reingresos encontrados en estudio son significativos y van en relación al porcentaje de ingreso mensual del paciente con síndrome de abstinencia alcohólico.

Algunas variables del estudio pueden verse influidas por la zona geográfica del influencia del Hospital Nacional Saldaña, por lo que indicadores como la procedencia rural se considera proporcional a la ubicación geográfica del centro de salud.

Las benzodíacepinas más utilizadas son el midazolam y diazepam, así como el neuroléptico que se prescribe en el Hospital Nacional Saldaña es el Haloperidol, estas indicaciones van con respecto a la existencia de medicamentos en farmacia. La tiamina se utiliza para prevenir la posible aparición de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, se evidenció que en un 65% de la población en estudio se utilizó esto también va con respecto a la existencia de medicamentos en farmacia.

Determinar los factores que precipitan las tasas de recurrencia y reingresos es un desafío para futuras investigaciones, así mismo retomar este estudio y determinar costos de hospitalización, tasa de mortalidad que representa la patología alcohólica, son hoy en día temas en salud que abrieran nuevas oportunidades para investigación.

## **9. RECOMENDACIONES**

### **A LA POBLACIÓN EN GENERAL:**

Fomentar la concienciación respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol, evitando así cualquier evento que repercuta en la dinámica familiar.

### **AL MINISTERIO DE SALUD:**

Mejorar la detección precoz del alcoholismo y de los consumos de riesgo.

Mejorar la atención y prevención de daños en los bebedores de riesgo.

Desarrollar la atención interdisciplinar de los pacientes con dependencia alcohólica.

### **A LAS UNIVERSIDADES:**

Motivar a los estudiantes a investigar, analizar y difundir datos sobre el consumo de alcohol, los daños relacionados con el alcohol y consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños.

### **AL HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA:**

Incentivar al personal que labora en la institución a estar a la vanguardia de la investigación y catalogarse como pioneros en este rubro, aprovechando la versatilidad de pacientes, para poner en evidencia las practicas adecuadas, que respalden cada una de las acciones.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Monte Secades R, Rabuñal Rey R. *Guía de práctica clínica Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición. Galicia Clin 2011; 72 (2): 51-64* Recibido: 15/4/2011; Aceptado: 29/4/2011 *Galicia Clínica, Sociedade Galega de Medicina Interna*
2. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiaceoines for alcohol Withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. N° CD005063. DOI: 10.1002/14651858.CD0055063.pub3.*
3. Oviedo, Heidi Celina; Arboleda, Patricia Liliana *Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol Universitas Médica, vol. 47, núm. 2, 2006, pp. 112-120 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.*
4. Duffy Debora N *Consumo de alcohol - Principal problemática de Salud Pública para las Américas [publicación periódica]. - Buenos Aires, Argentina : [s.n.], 2015. - 2 : vol. 7.*
5. Audrey J. Littlefield, Mojdeh S. Heaver, Claire C. Eng Dawn A. Cooper, Jaon J. Heaver, Jeanntte M. Kurtz and Margaret A Pisani. *Correlation Between nMINDS and CIWA- Ar Scoring Tools in Patients with Alcohol Withdrawal Syndrome. America Journal of Critical Care, July 2018, Volume 27, N° 4*
6. *Medicina Familiar y practica ambulatoria/ Adolfo Rubinstein. 2º edición, Buenos Aires: Médica Panamericana, 2006 ISBN 950-06-1878-8*
7. Pires, Fabio Becker, & Schneider, Daniela Ribeiro. (2014). El fenómeno de la recaída en el alcoholismo: una revisión integradora de las publicaciones científicas internacionales (2004-2009). *SMAD. Revista electrónica saúde mental álcool e drogas, 10(1), 42-50. https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i1p-42-50*

8. <http://www.seguridad.gob.sv/cna/wp-content/uploads/2019/03/2Informe-nacional-El-Salvador-2018-Ebook.pdf>
9. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122889008>

## ANEXOS

### ANEXO 1. SUGERENCIA DE MANEJO FARMACOLOGICO SEGUN LA CLASIFICACION DE LA SEVERIDAD

Puntaje escala CIWA-Ar	Severidad de la abstinencia	Sugerencia de manejo farmacológico
≤ 8 puntos	Leve.	No se recomienda manejo farmacológico.
9 – 15 puntos	Moderada.	Considere iniciar manejo farmacológico.
≥16 puntos	Severa.	Considere iniciar manejo farmacológico a dosis máxima

### ANEXO 2: CLASIFICACION Y NIVELES DE PREVENCION RESPECTO DE LOS PROBLEMAS CON EL ALCOHOL.



**ANEXO 3. GUIA ESTRUCTURA DE INFORMACION BASICA A REGISTRAR.**

TITULO: REGISTRO DE PACIENTES QUE INGRESARON A LOS SERVICIOS  
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA POR  
ABSTINENCIA ALCOHOLICA DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO  
2019

N°	Registro	Sexo F/M	Edad	Días de estancia intrahospitalaria	Medicamentos usados	Reingreso en el mismo periodo de investigación	Área geográfica de origen
1	7813-19	M	25	11	H+M	No	R
2	7823-19	M	49	3	H+D	No	U
3	7973-19	M	52	6	H+M	No	R
4	7922-19	M	46	2	H+D	No	U
5	5010-19	M	29	7	H+D	Si	R
6	3036-19	M	48	3	H+M	No	R
7	8028-19	M	56	12	H+D	No	R
8	1483-13	M	32	8	H+D	No	U
9	1633-18	M	28	4	H+M	No	R
10	3060-19	M	54	9	H+D	No	U
11	2117-18	M	68	5	H+D	No	R
12	6888-19	M	26	7	H+M	No	U
13	1390-18	M	45	11	H+D	Si	R
14	7530-19	M	39	6	H+M	No	R
15	7553-19	M	28	3	H+D	No	U
16	1297-18	M	59	6	H+M	No	R
17	6623-18	M	34	4	H+D	No	R
18	1513-18	M	27	5	H+D	No	U
19	9469-18	M	47	12	H+D	No	R
20	6706-19	M	54	3	H+M	No	U

21	2725-15	M	36	7	H+D	No	R
22	7045-19	M	38	13	H+D	No	U
23	1529-16	M	56	2	H+M	No	R
24	7050-18	M	37	7	H+M	No	U
25	7113-19	M	41	3	H+D	No	R
26	7102-19	M	49	14	H+M	Si	U
27	7126-19	F	35	3	H+M	No	R
28	7205-19	M	24	4	H+D	No	U
29	9062-13	M	52	9	H+M	No	R
30	3002-18	M	39	15	H+D	No	R
31	1974-18	M	62	3	H+M	No	R
32	1219-13	M	48	3	H+M	No	U
33	1265-18	M	39	4	H+D	No	R
34	6618-19	M	44	3		No	R
35	6650-15	M	36	5		No	R
36	1445-18	M	55	4		No	U
37	4995-17	M	46	5		No	R
38	3945-19	M	33	4		No	U
39	4676-19	M	59	3		No	R
40	6445-19	M	27	5		Si	R
41	6845-19	M	32	4		No	U
42	1425-19	M	46	3		No	R
43	6566-19	M	31	4		No	U
44	6136-19	M	34	2		No	R
45	1059-18	F	45	4		No	U
46	1691-19	M	65	4		No	R
47	6130-19	M	45	3		No	U
48	6553-19	M	38	4		No	U
49	6288-19	M	35	7		No	R

<b>50</b>	<b>3793-19</b>	<b>M</b>	<b>39</b>	<b>5</b>		<b>No</b>	<b>U</b>
<b>51</b>	<b>6328-19</b>	<b>M</b>	<b>44</b>	<b>6</b>		<b>No</b>	<b>R</b>
<b>52</b>	<b>6457-19</b>	<b>M</b>	<b>36</b>	<b>3</b>		<b>No</b>	<b>U</b>
<b>53</b>	<b>1352-17</b>	<b>M</b>	<b>28</b>	<b>5</b>		<b>No</b>	<b>R</b>
<b>54</b>	<b>968-16</b>	<b>M</b>	<b>37</b>	<b>2</b>		<b>No</b>	<b>U</b>
<b>55</b>	<b>5944-19</b>	<b>M</b>	<b>43</b>	<b>6</b>		<b>No</b>	<b>R</b>
<b>56</b>	<b>5838-19</b>	<b>M</b>	<b>32</b>	<b>2</b>		<b>No</b>	<b>R</b>
<b>57</b>	<b>1176-18</b>	<b>M</b>	<b>29</b>	<b>7</b>		<b>No</b>	<b>R</b>
<b>58</b>	<b>5541-19</b>	<b>M</b>	<b>32</b>	<b>3</b>		<b>No</b>	<b>U</b>
<b>59</b>	<b>4128-13</b>	<b>M</b>	<b>39</b>	<b>8</b>		<b>No</b>	<b>R</b>
<b>60</b>	<b>5213-18</b>	<b>M</b>	<b>31</b>	<b>4</b>		<b>No</b>	<b>U</b>
<b>61</b>	<b>8945-17</b>	<b>M</b>	<b>29</b>	<b>2</b>		<b>No</b>	<b>R</b>
<b>62</b>	<b>6446-18</b>	<b>M</b>	<b>42</b>	<b>9</b>		<b>No</b>	<b>R</b>
<b>63</b>	<b>5468-18</b>	<b>M</b>	<b>46</b>	<b>5</b>		<b>NO</b>	<b>R</b>
<b>64</b>	<b>9871-19</b>	<b>M</b>	<b>28</b>	<b>5</b>		<b>NO</b>	<b>R</b>
<b>65</b>	<b>8649-17</b>	<b>M</b>	<b>32</b>	<b>2</b>		<b>NO</b>	<b>U</b>
<b>66</b>	<b>7325-18</b>	<b>M</b>	<b>51</b>	<b>2</b>		<b>NO</b>	<b>U</b>

# ANEXO 4. IMÁGENES DE LIBRO DE INGRESO Y EGRESO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

