

DELIRIUM TREMENS

Matilde Martínez Moneo, Clara Madoz Gúrpide, Magdalena Otaño
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Navarra

1- CONSIDERACIONES INICIALES:

1.1 **Definición:** Delirium (cuadro confusional agudo) secundario a la privación alcohólica. Complicación grave del síndrome de abstinencia alcohólica. Este aparece en casos de dependencia a alcohol, entre 4-12 horas después de la última ingesta. La ingesta habitual de alcohol para desarrollarlo es muy variable.

1.2 **Clasificación:** Es cronológica y en función de la intensidad de los síntomas. Fases I, II y III, según parámetros clínicos.

Signos/síntomas	Fase I	Fase II	Fase III
Frecuencia cardíaca	100-110	110-120	≥120
Aumento de PA	10-20 mmHg	10-20 mmHg	30-40 mmHg
Taquipnea	20-22 resp/min	22-28 resp/min	≥28 resp/min
Diaforesis	+	++	+++
Temblor	+	++	+++
Hiperreflexia	+	++	+++
Labilidad emocional	+	++	+++
Ansiedad	+	++	+++
Convulsiones	0	+	0
Alucinaciones	0	+	+++

1.3 **Fisiopatología:** Hiperactivación de receptores NMDA, hiperactividad del sistema Noradrenérgico y Dopaminérgico. Hipoactivación del sistema GABA.

1.4 **Etiología:** Interrupción de la ingesta alcohólica en bebedores crónicos. La motivación puede ser variada: cierto malestar físico por el que decide dejarlo; una enfermedad que le impide salir a la calle a consumir; un conflicto familiar; un ingreso hospitalario

2- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA:

2.1 **Síntomas y signos:** La sintomatología suele comenzar entre 8 y 12 horas después del último consumo, aunque es muy variable.

FASE I: Consiste en un aumento del tono noradrenérgico, con temblor de manos, inquietud, ansiedad, insomnio, náuseas, sudoración, incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. En la mayor parte de los casos el cuadro se resuelve en las primeras 24-48 horas.

FASE II: A partir de las 24 horas, el cuadro anterior puede progresar, incrementándose los síntomas vegetativos apareciendo un temblor intenso, que impide cualquier acción manual que afecta a otros grupos musculares, sudoración intensa, dificultad para la marcha, inquietud psicomotriz importante e hiperreflexia. En esta fase es cuando pueden aparecer crisis comiciales.

FASE III o Delirium Tremens: A esta fase sólo llegan el 5% de los cuadros de abstinencia alcohólica. Suele presentarse a partir de 72 horas desde el último consumo y lo más característico son las alucinaciones visuales (microzoopsias), en general muy vívidas, con importante repercusión afectiva, intensa angustia y agitación psicomotriz importante. Los síntomas adrenérgicos son muy intensos. Existe obnubilación,

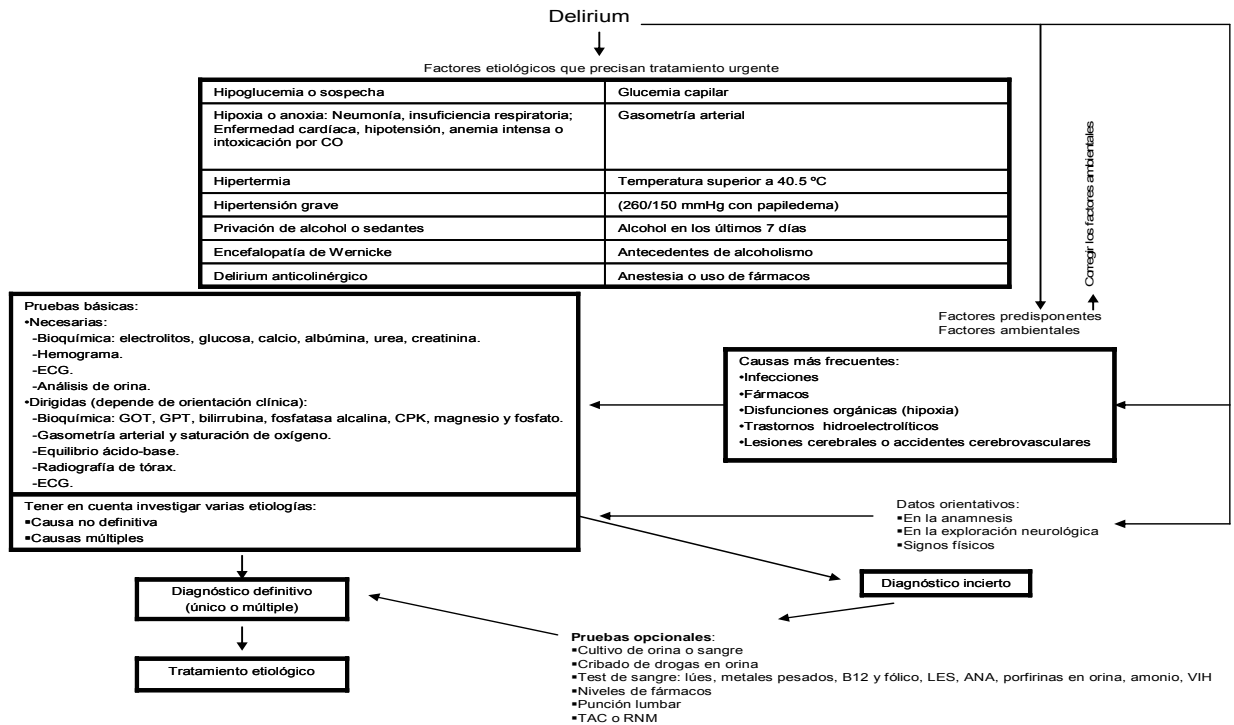
desorientación y gran confusión. Pueden presentarse delirios de tipo ocupacional. La sintomatología puede ser fluctuante, empeorando de forma notable por la noche. La impresión clínica que produce el paciente con delirium tremens es de extrema gravedad. Aunque las alucinaciones son muy características del cuadro no son imprescindibles para establecer el diagnóstico. Hay que tener en cuenta que un delirium tremens establecido tiene una mortalidad sin tratamiento del 20%, y del 5% con tratamiento.

2.2 Evaluación clínica:

La evaluación del paciente con abstinencia de alcohol debe centrarse en los siguientes puntos:

- Básicamente debe establecerse el estadio de gravedad en el que se encuentra el trastorno para establecer el seguimiento y tratamiento adecuados. No debe olvidarse que se trata de un cuadro potencialmente letal, y como tal debe ser tratado. Gravedad del síndrome de abstinencia: Escalas Soler-Insa o CIWA-r.
- En la anamnesis debe intentar establecerse la cantidad de alcohol ingerida habitualmente, el tiempo de abstinencia y los antecedentes de delirium tremens (alto riesgo de que repita). Es importante identificar tempranamente los datos que sugieran alcoholismo crónico. A este respecto, a menudo la pregunta directa sobre la cuantía de la ingesta enólica realizada a un alcohólico es falseada y puede ser más útil empezar una entrevista utilizando preguntas como las del cuestionario CAGE. La exploración cuidadosa buscando signos físicos (estigmas hepáticos, hipertrofia parotídea, polineuropatía, ataxia, temblor, etc.) puede ser muy demostrativa. La analítica también puede aportar datos objetivos sobre el hábito alcohólico, aunque con una sensibilidad y especificidad limitadas: GGT (S: 50-60%; E: 65-80%); VCM (S: 25-50%; E: 75-85%); CDT: transferrina deficiente en hidratos de carbono (S: 87%; E: 91.5).
- Evaluar el estado hidroelectrolítico del paciente, incluido calcio y magnesio.
- Establecer la existencia de laguna o otra enfermedad médica que pueda condicionar la evolución: traumatismos, función hepática, hemorragias digestivas, etc.
- Aspectos sociales, si existe un familiar responsable en quien podamos apoyarnos para el tratamiento, si vive solo, indigencia, etc.

2.3 Diagnóstico Diferencial: El aspecto principal en el diagnóstico del delirium es identificar los posibles factores precipitantes, cuyo tratamiento es indispensable para su correcto manejo:

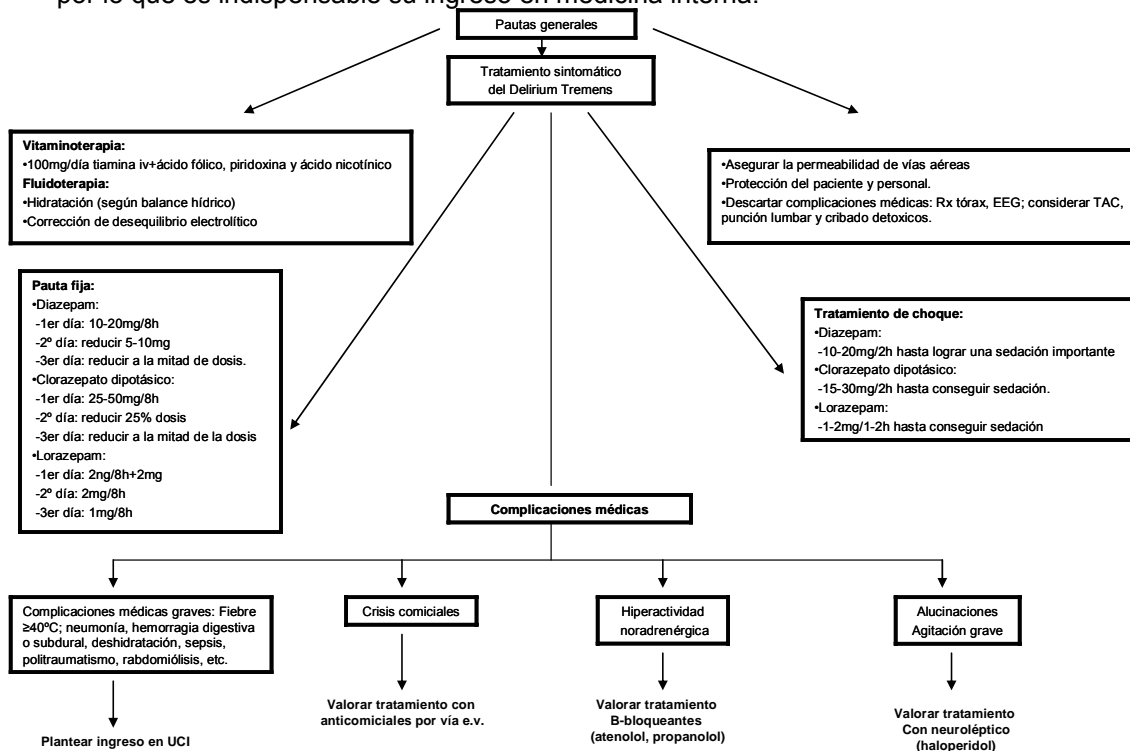


3. ACTITUD Y TRATAMIENTO:

Como norma general, el tratamiento del síndrome de abstinencia consistirá en una serie de medidas generales de soporte que variarán en función de la gravedad y en tratamiento farmacológico cuyo objetivo es paliar los síntomas de abstinencia y prevenir la aparición de complicaciones.

- Paciente alcohólico sin síndrome de abstinencia que ha decidido dejar de beber.
- Paciente alcohólico que va a ser ingresado por otro motivo.
- Paciente alcohólico que acude a Urgencias con sintomatología abstinencia de fase 1: dosis alta de Benzodicepinas en ese momento (15 mg de diazepam, 50 mg de clorazepato, 2.5mg de loracepam) que se repetirá a los 30 min en función de la evolución y dejar al paciente en observación. En caso de que se controlen en pocos tiempo los síntomas y exista apoyo familiar se puede dar el alta para tratamiento ambulatorio (diazepam 10mg/8h; clorazepato 50mg/8h; loracepam 2-2-3; clometiazol 3-3-3)
- Paciente alcohólico que acude a Urgencias con sintomatología abstinencia de fase 2: mismo manejo que en caso anterior, manteniendo mayor observación hospitalaria (24-48h) o más si no se controlan los síntomas o no existe apoyo familiar. Las dosis de ataque serán más altas que en los casos anteriores y se irán reduciendo de manera progresiva en función de la sedación obtenida: (diazepam 10mg/6h; clorazepato 50mg/6h; lorazepam 2-2-2-3; clometiazol 3-3-3-3)
- Paciente alcohólico que acude a urgencias con síntomas de delirium tremens establecido: Este tipo de pacientes requiere ingreso hospitalario en una unidad de medicina interna o de cuidados intensivos. Son de especial importancia las medidas de soporte, el control hidroelectrolítico, la diuresis y la prevención de complicaciones. Desde el punto de vista psiquiátrico, puede valorarse a necesidad de contención mecánica debido a la agitación, que en algunos casos puede ser extrema y que debe ser de 5 puntos. Debe mantenerse al paciente en un ambiente bien iluminado, tranquilo, con escasos estímulos sensoriales: Dosis de ataque de 20mg de diazepam por vía intramuscular, repitiendo cada 30 minutos hasta conseguir la sedación Posteriormente se administrarán 10-20 mg cada 6h que se irán reduciendo de manera progresiva; 50-75mg de cloracepato por vía intramuscular, repitiendo cada 30 minutos hasta conseguir la sedación y posteriormente, 50mg cada 6 horas reduciendo progresivamente.

- Paciente alcohólico ingresado por otro motivo que desarrolla un cuadro de abstinencia. Las pautas y el tratamiento dependerán del estadio. En casos graves puede ser necesario el traslado a UCI.
- Paciente derivado al servicio de urgencias por sufrir una crisis tónico clónica en la vía pública y en quienes durante la anamnesis se descubre que es secundaria a privación alcohólica. Se debe tratar con benzodiacepinas administrando una dosis de ataque, por ejemplo 20-30 mg de diazepam y posteriormente ingresar al paciente con dosis de 10-20 mg/6h reduciendo de manera progresiva la dosis. Los anticomiciales no han demostrado ser superiores a las benzodiacepinas. Hay que prestar especial atención a los iones ya que ha hipopotasemia y la hipomagnesemia están implicadas en este cuadro. Es un paciente de alto riesgo por la posibilidad de repetición de la crisis y la evolución a delirium tremens por lo que es indispensable su ingreso en medicina interna.



Bibliografía:

- 1- Marta Moreno, J. Abordaje práctico del delirium. Masson, 2004.
- 2- Correas Lauffer J, Ramírez García A, Chinchilla Moreno A. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Masson, 2003.
- 3- Golberg D, Murray R. The Maudsley handbook of practical psychiatry. Oxford, 2002