SEMI
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA
XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
Sociedad Murciana de Medicina Interna
SRMI
19-21 de Noviembre de 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas. Murcia

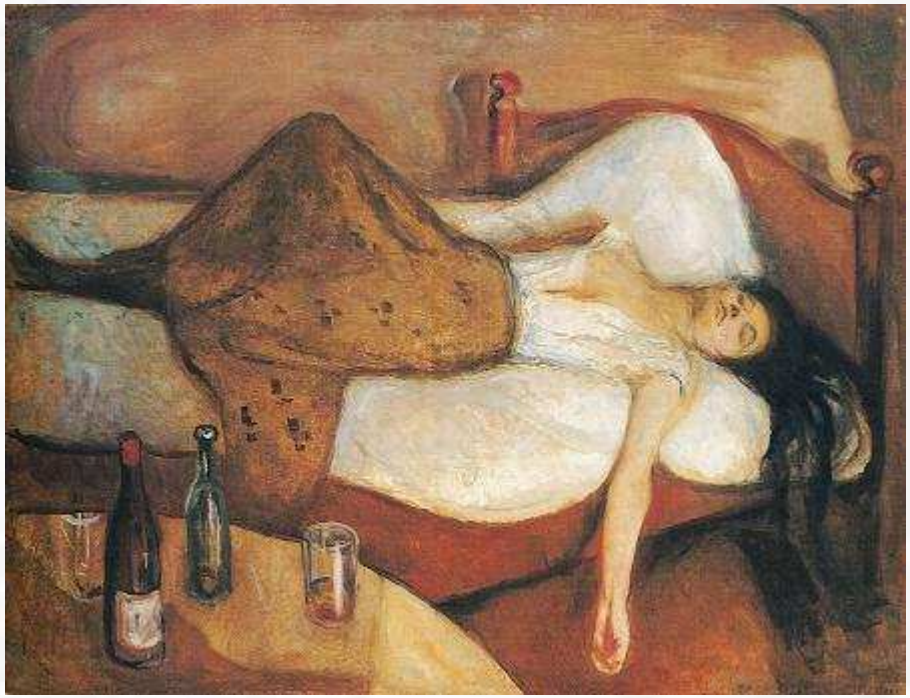
XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA: ACTUALIZACIÓN

Rafael Monte Secades
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

- Definición
- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Tratamiento
- Monitorización

- Definición
- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Tratamiento
- Monitorización



Edvard Munch. “El día después”

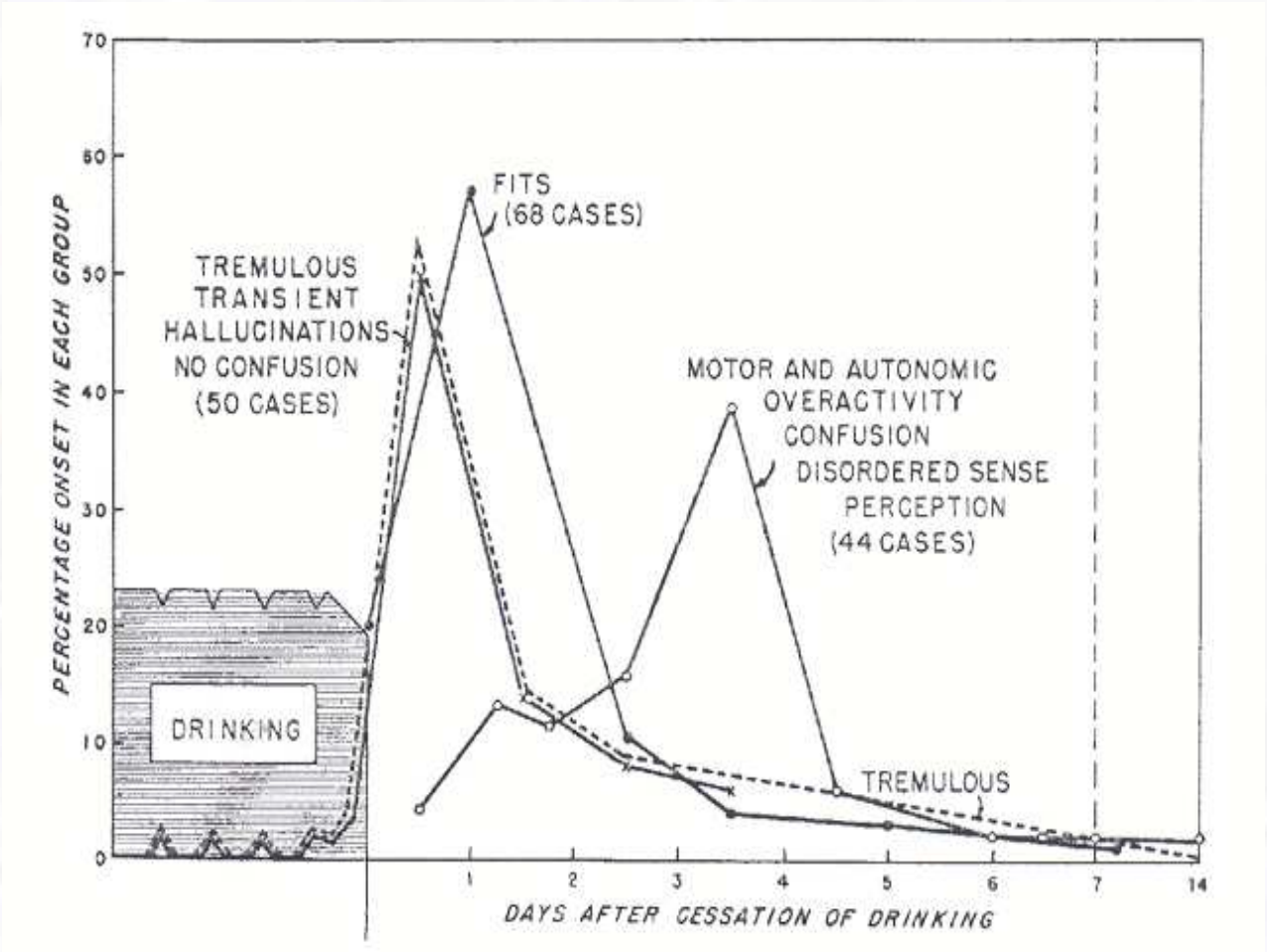
Síndrome de abstinencia alcohólica. Criterios DSM-5

1. Interrupción o reducción de un consumo fuerte y prolongado de alcohol
2. Aparición posterior, en unas horas o días, de 2 o más de los siguientes síntomas:
   - Hiperactividad autonómica (ej. sudoración, taquicardia superior a 100 lpm)
   - Incremento del temblor de manos
   - Insomnio
   - Alucinaciones o ilusiones táctiles, auditivas o visuales transitorias
   - Náuseas o vómitos
   - Agitación psicomotriz
   - Ansiedad
   - Convulsiones tónico-clónicas generalizadas
3. Los síntomas del criterio anterior producen alteraciones clínicamente significativas o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
4. Los síntomas no son debidos a otra enfermedad médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia

Síndrome de abstinencia alcohólica. Criterios DSM-5

Especificaciones y características asociadas

- **Con alteraciones de la percepción**: se aplica en las raras circunstancias en las que aparecen alucinaciones (habitualmente visuales o táctiles) con un juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional. En estos casos debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.
- **Delirium tremens**: aunque no es un criterio básico para la abstinencia de alcohol, puede aparecer durante su evolución un estado confusional, además de una alteración de la conciencia y de la cognición, con alucinaciones visuales, táctiles o (raramente) auditivas.



Victor M, Adams R. Res Pub Assoc Res Nerv Mental Dis 1953; 32: 526-573

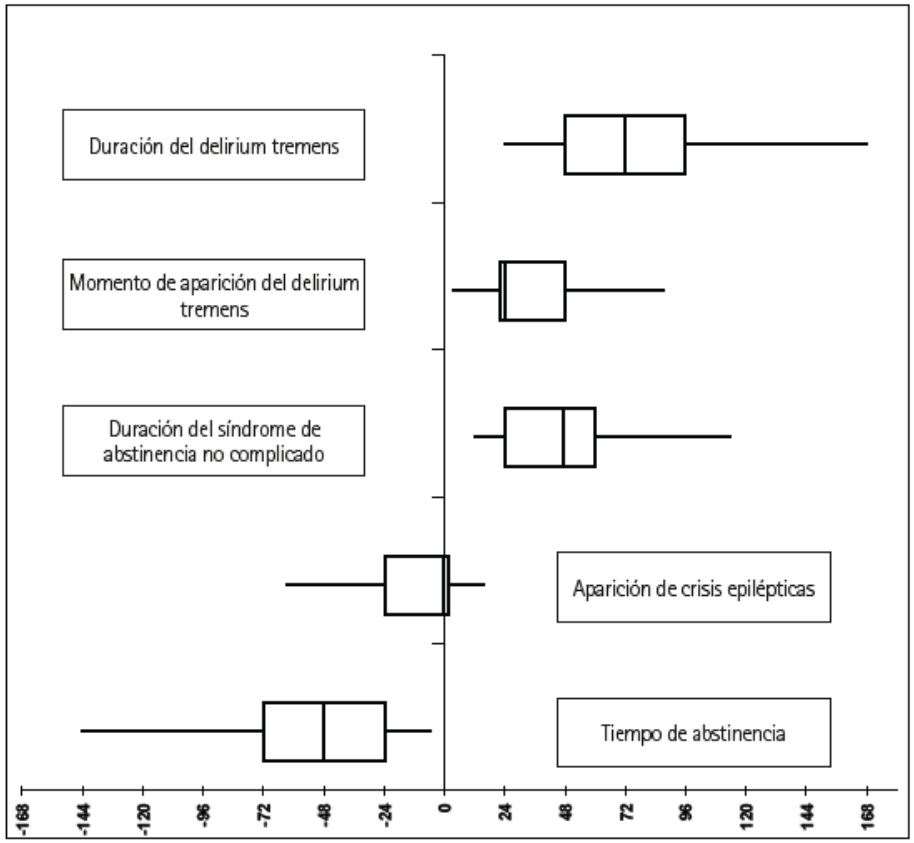
Síndrome de abstinencia alcohólica (SAA)

Síndrome menor
Síndrome temprano
Estado tembloroso-alucinatorio
Abstinencia alcohólica

Síndrome mayor
Síndrome tardío
Estado delirante
Delirium tremens

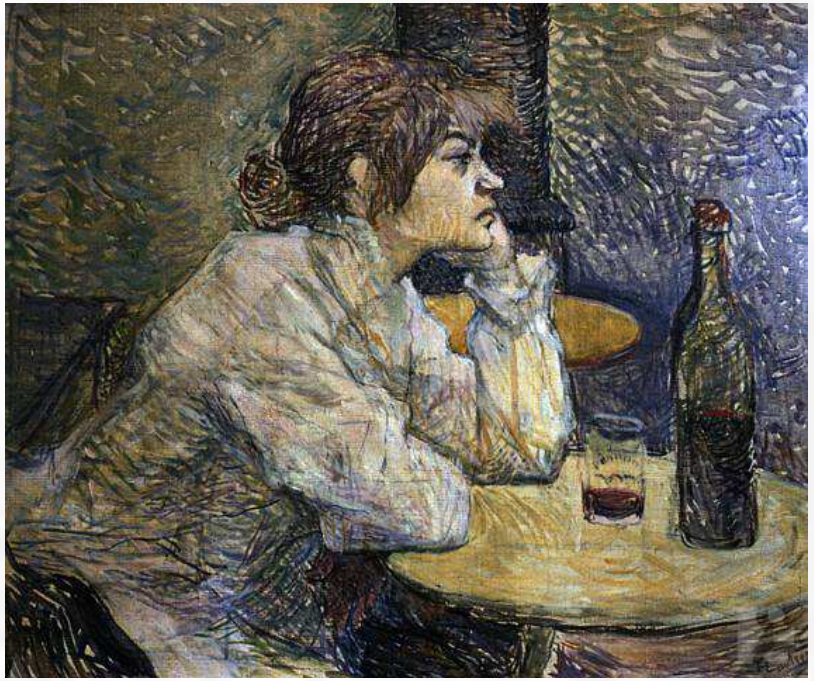
Victor y Adams. Res Pub Assoc Res Nerv Mental Dis 1953; 526-573.
Turner RC. J Gen Intern Med 1989; 4: 432-434.
Saitz R. Alcohol Health Res World. 1998; 22: 5-12.
DSM.IV-TR

Curso temporal del Sd. abstinencia alcohólica en un hospital general



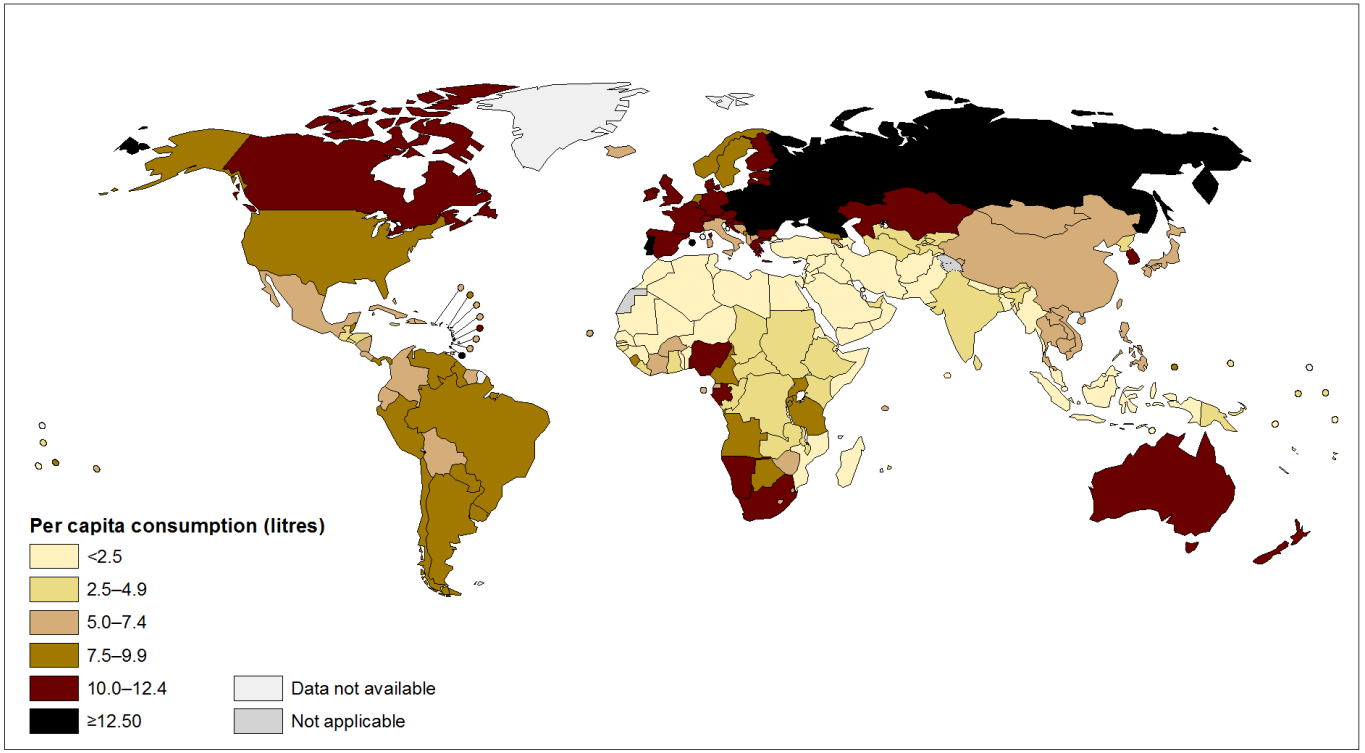
Monte R. Adicciones 2010; 22: 141-146

- Definición
- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Tratamiento
- Monitorización



Toulouse-Lautrec. “La resaca”

Total alcohol per capita (15+ years) consumption, in litres of pure alcohol, 2010



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI)
World Health Organization

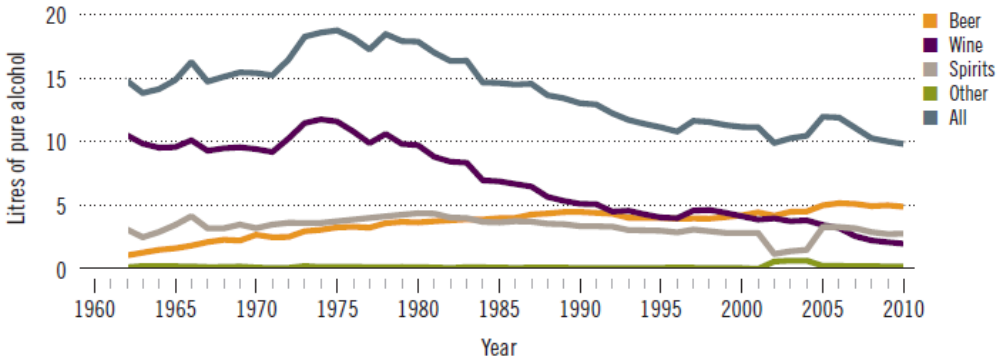
World Health Organization

© WHO 2014. All rights reserved.

Spain

Recorded alcohol per capita (15+) consumption, 1961–2010

Data refer to litres of pure alcohol per capita (15+).

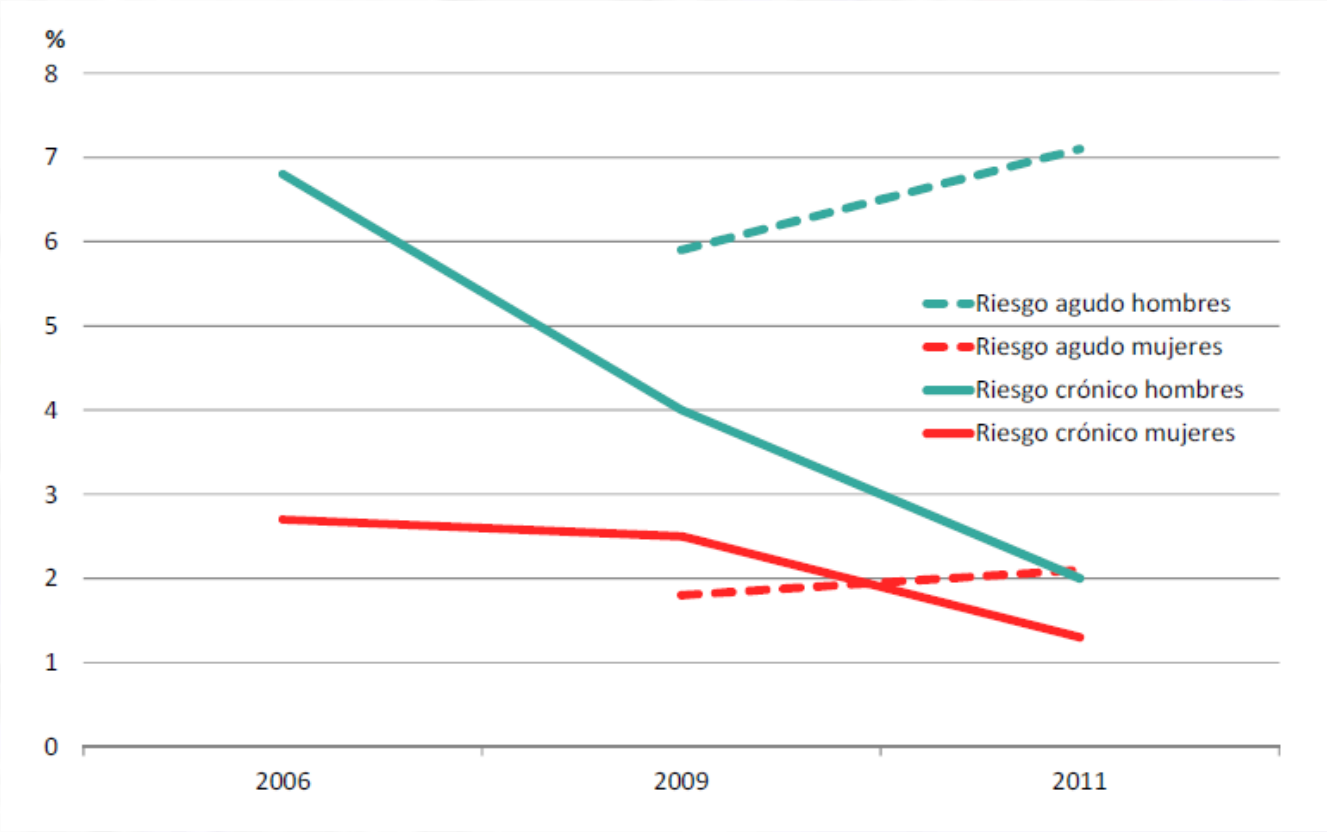


Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	Average 2003–2005	Average 2008–2010	Change
Recorded	10.9	10.0	→
Unrecorded	1.4	1.2	↘
Total	**12.3**	**11.2**	→
Total males / females		15.9 | 6.7	
WHO European Region	11.9	10.9	

Global status report on alcohol and health-2014 ed. Luxembourg: World health Organization; 2014

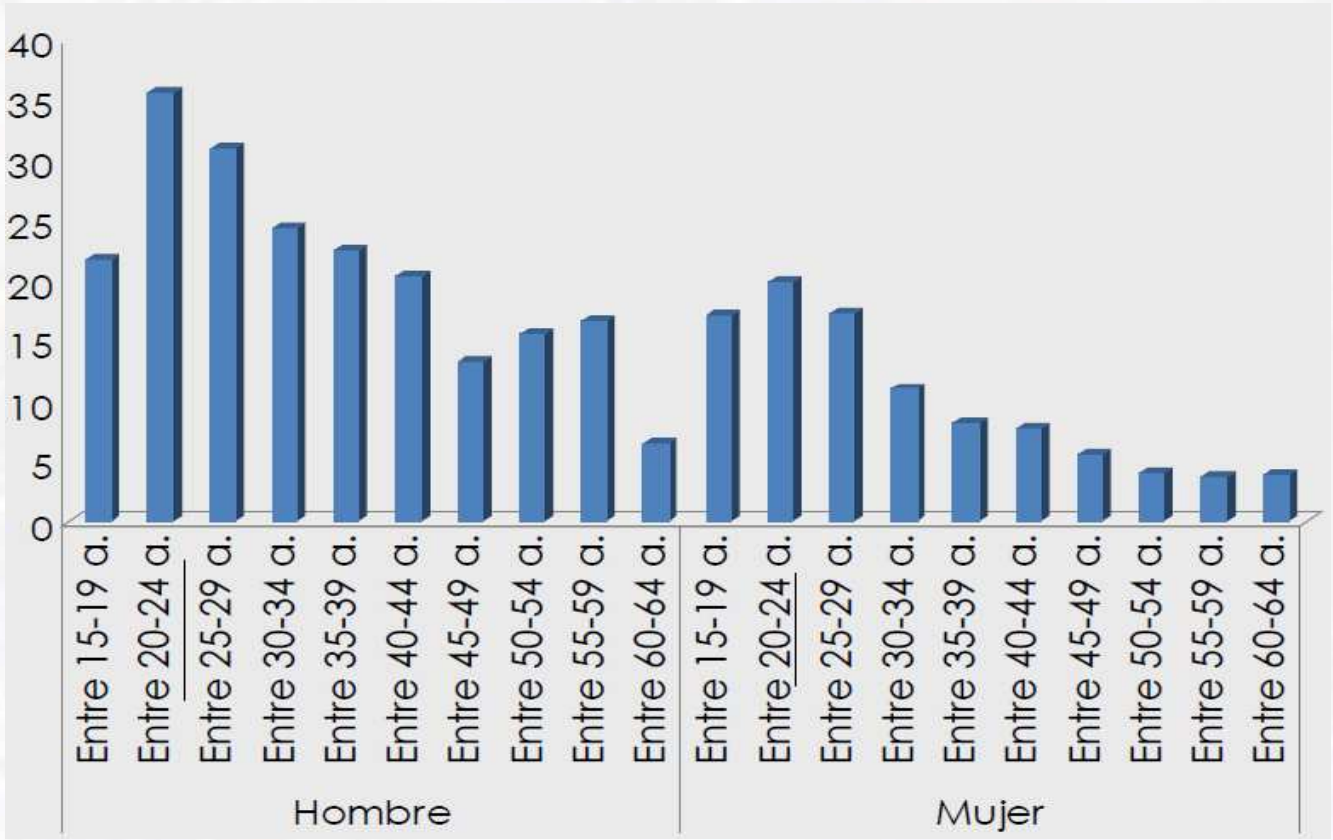
Prevalencia de consumo de riesgo crónico y de consumo intensivo de riesgo en adultos España 2006-2012



Encuesta Nacional de Salud España. ENSE 2011/12, MSSI/INE

PREVALENCIA DE BINGE DRINKING

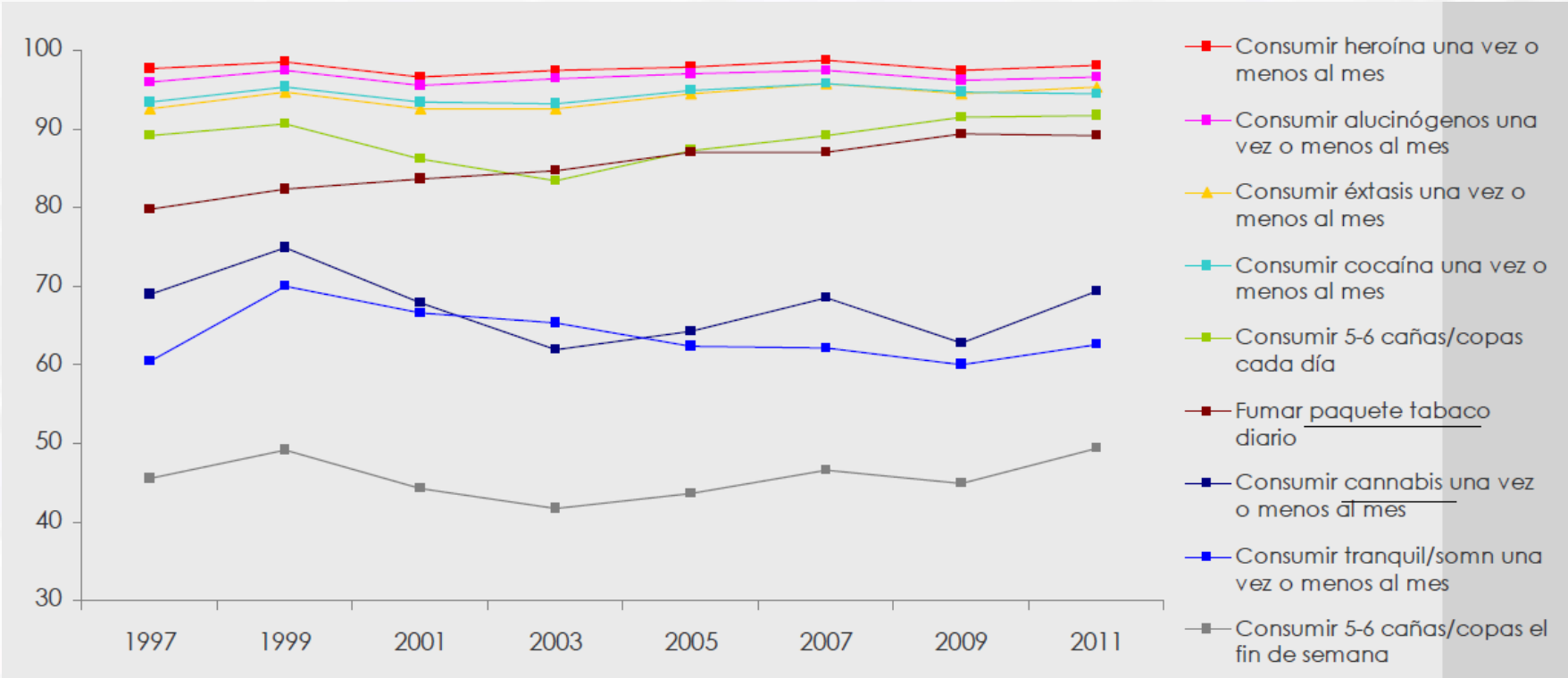
en los últimos 30 días, según grupo de edad y sexo (%)



Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. Edades 2011. MSSI

EVOLUCIÓN DEL RIESGO PERCIBIDO ANTE DIVERSAS CONDUCTAS DE CONSUMO DE DROGAS

(porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas)



Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. Edades 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Prevalencia de dependencia alcohólica en España

Dependencia alcohólica *(Kessler. WHO survey 2008)*

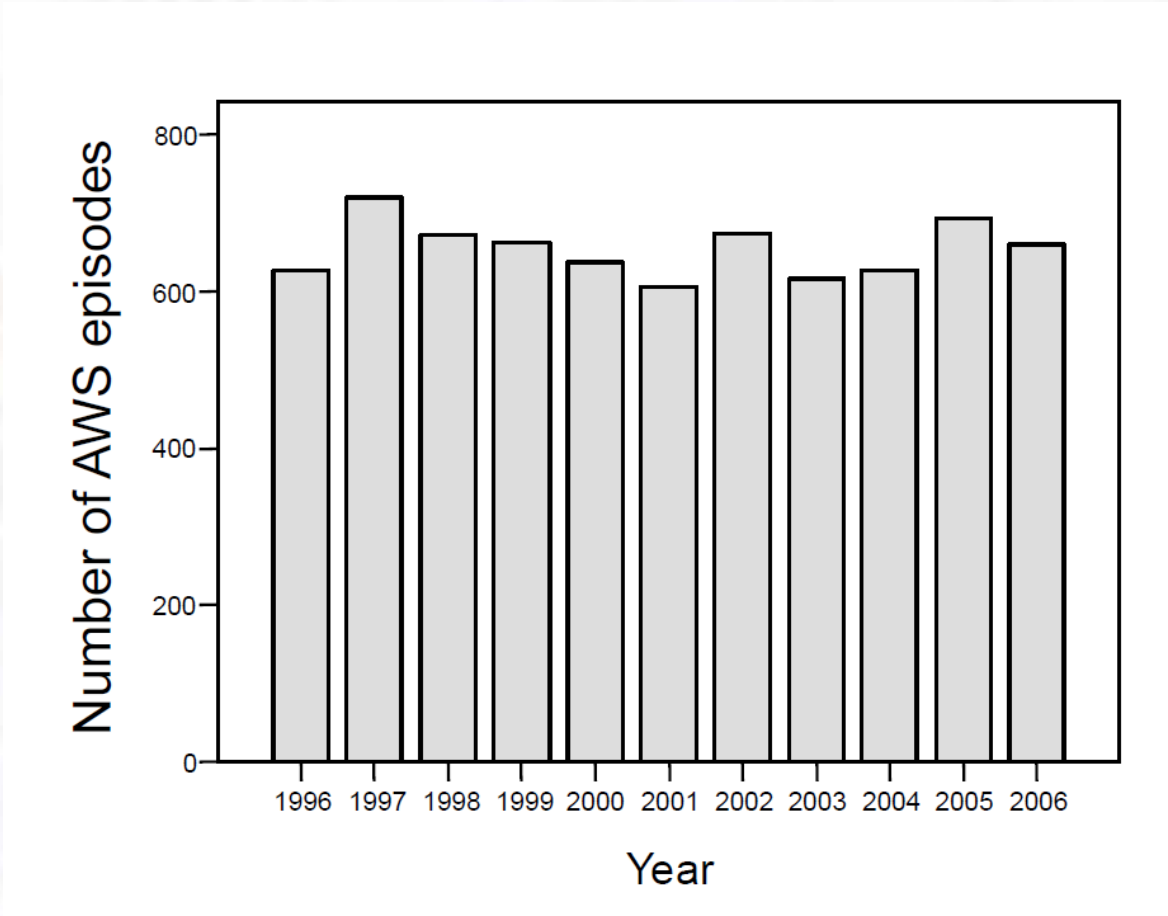
- ♀ 0.2% (estimación 31.200 mujeres en 2005)
- ♂ 1.2% (estimación 186.000 hombres en 2005)

Bebedor de riesgo *(ENSE 2011-12. MSSI)*

≥ 20 gr/d mujeres; ≥ 40 gr/d hombres

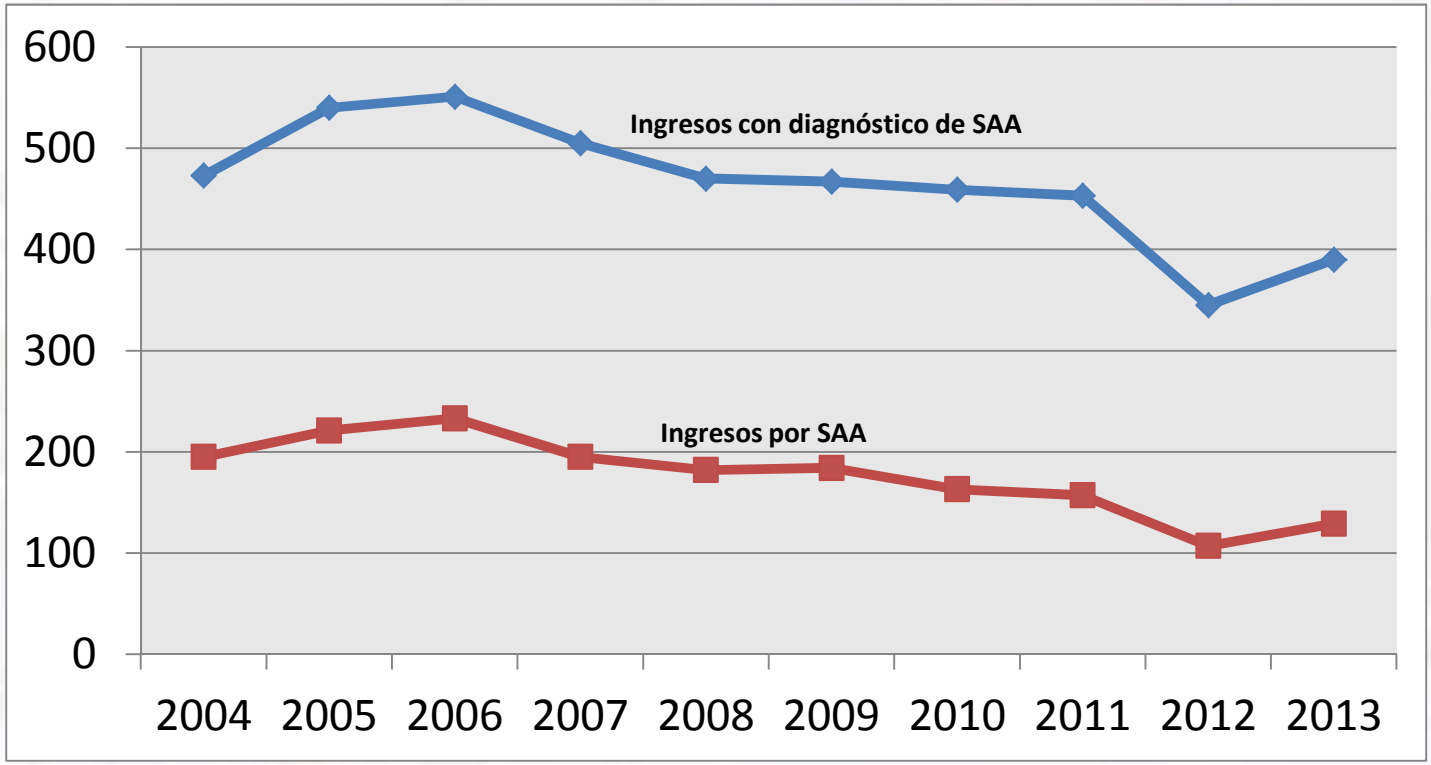
- ♀ 1.3% (264.440 mujeres)
- ♂ 2% (380.705 hombres)

Nª de episodios de Sd. Abstinencia Alcohólica. Galicia 1996-2006



González-Quintela A. Alcohol 2011; 45: 105-11

Episodios de SAA con ingreso en Hospitales Públicos de Galicia. SERGAS 2004-2014

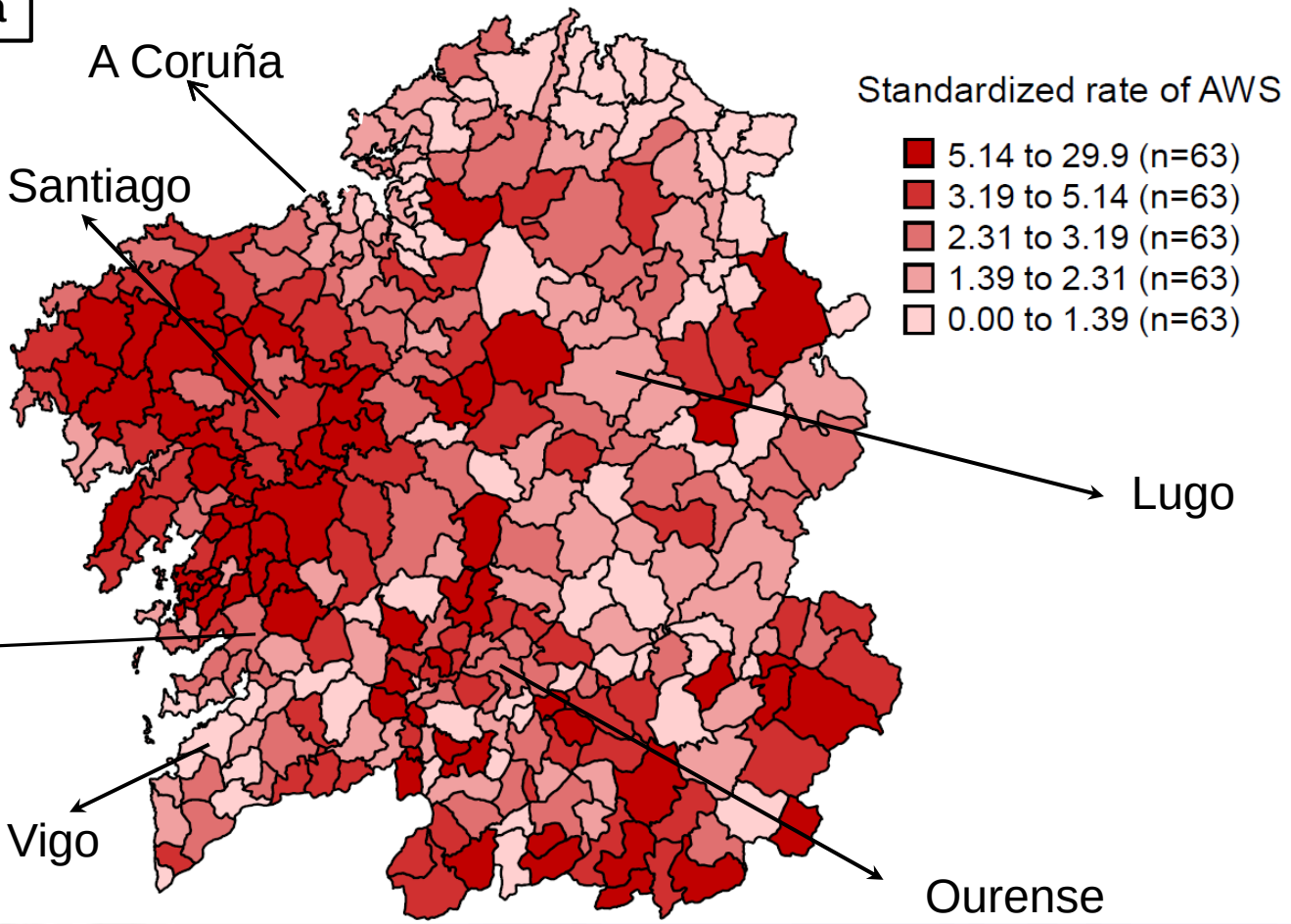


4.653 ingresos

Fuente: CMBD SERGAS. Datos no publicados

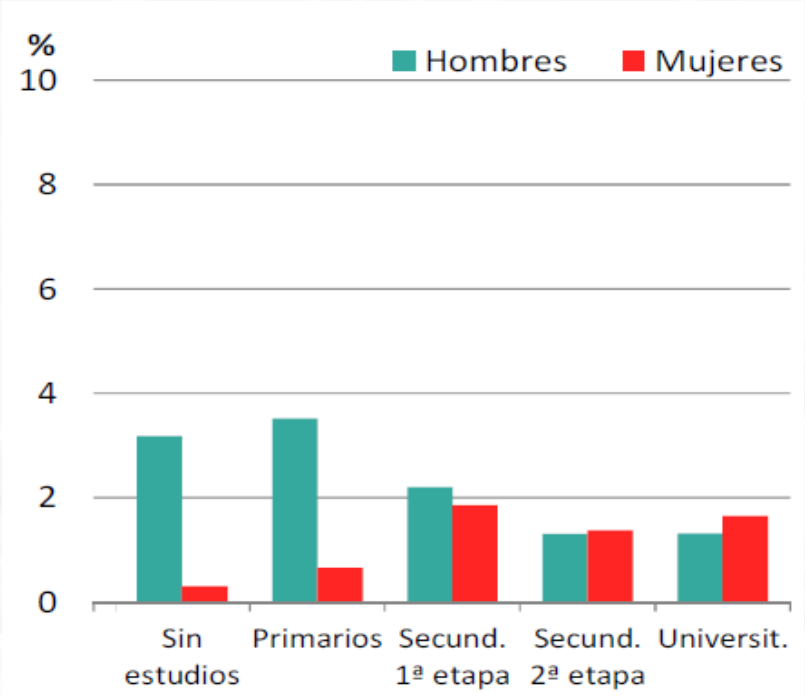
Incidencia de SAA. Galicia

Zonas no urbanas
Bajo nivel de estudios



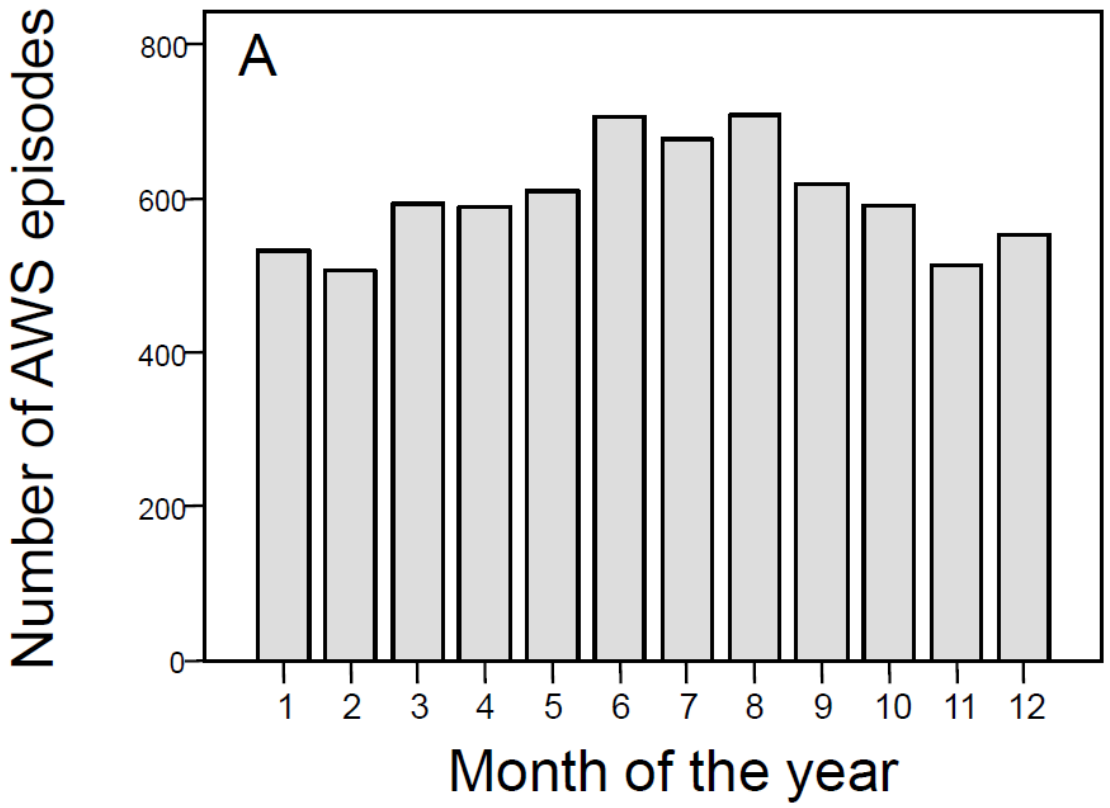
González-Quintela A. Alcohol 2011; 45: 105-11

Porcentaje de bebedores adultos de riesgo según sexo y nivel de estudios



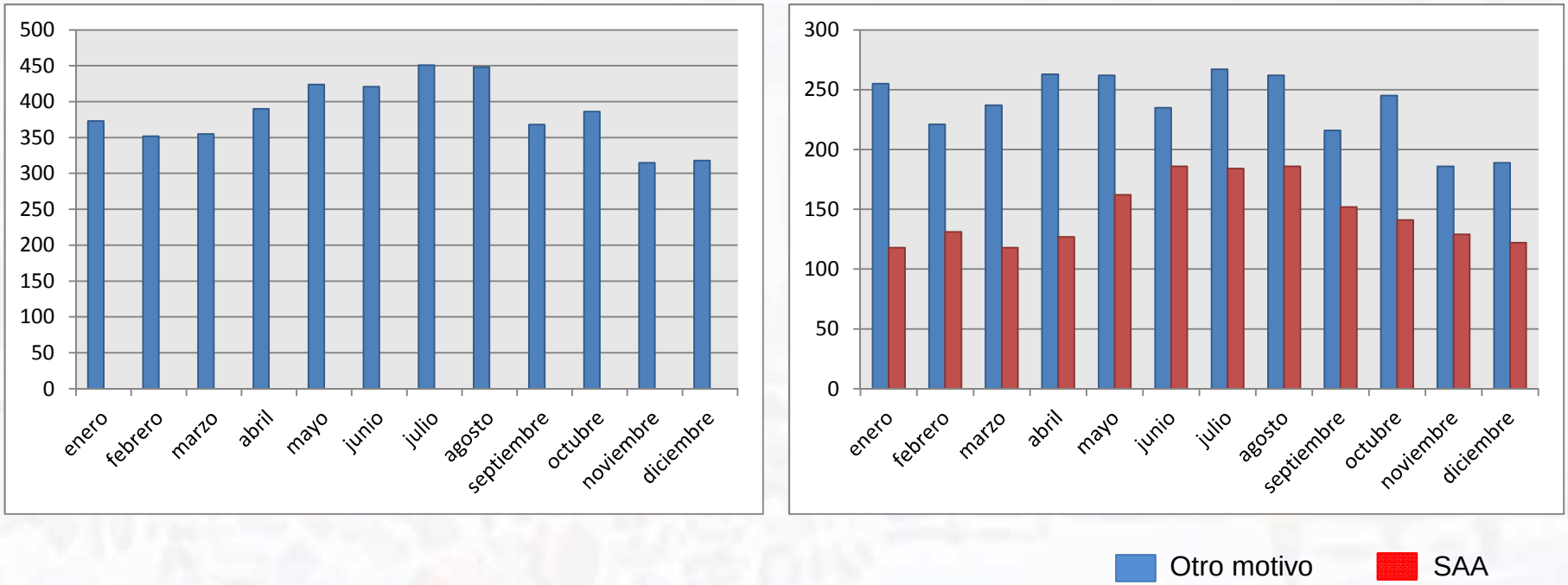
Encuesta Nacional de Salud España. ENSE 2011/12, MSSI/INE

Nª de episodios de Sd. Abstinencia Alcohólica. Galicia 1996-2006

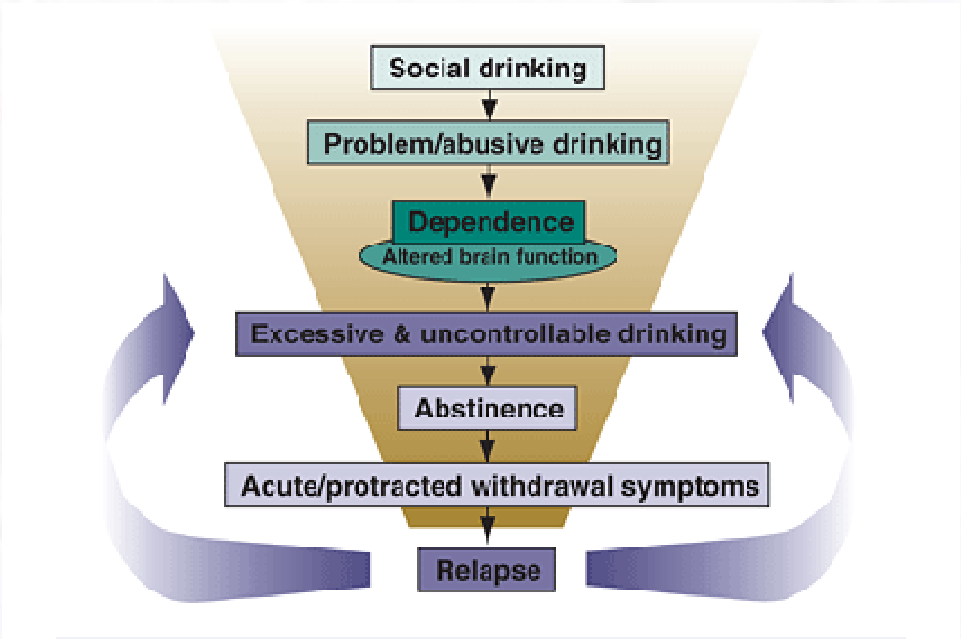


González-Quintela A. Alcohol 2011; 45: 105-11

Episodios de SAA con ingreso en Hospitales Públicos de Galicia por meses y por motivo de ingreso SERGAS 2004-2014



Fuente: CMBD SERGAS. Datos no publicados



- ❑Fiestas de verano
- ❑Labores agrícolas **?**
- ❑Trabajo estival

Patrón irregular de ingesta

- Definición
- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Tratamiento
- Monitorización

Diego Velázquez. “Los borrachos”

XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia

19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

Alcohol & Alcoholism Vol. 44, No. 4, pp. 382–386, 2009 doi: 10.1093/alcalc/agp012
Advance

Substance Abuse, Vol. 24, No. 4, December 2003 (© 2003)

Thro emens

ALCOHOLISM: CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH

Vol. 38, No. 10
October 2014

Predictors of Severe Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis

Carrie M. Goodson, Brendan J. Clark, and Ivor S. Douglas

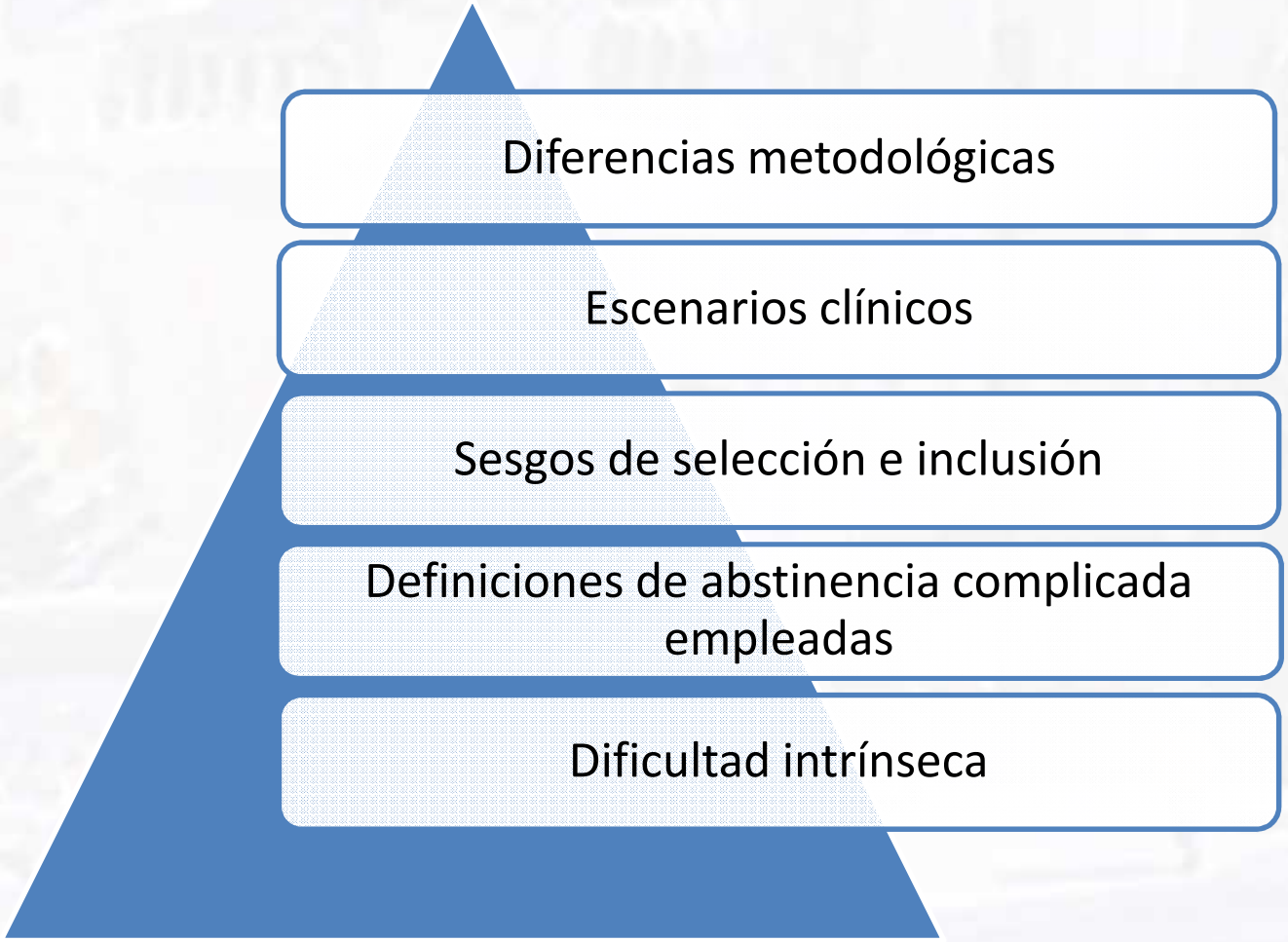
Cl rium

Risk for Delirium Tremens in Patients With Alcohol Withdrawal Syndrome[1]

David A. Fiellin, MD,[2,3,4] Patrick G. O'Connor, MD, MPH,[2]
Eric S. Holmboe, MD,[2,3] and Ralph I. Horwitz, MD[2,3]

Kevin L. Kraemer, MD, MSc; Michael F. Mayo-Smith, MD, MPH; David R. Calkins, MD, MPP

Arch Intern Med. 1997;157(19):2234-2241. doi:10.1001/archinte.1997.00440400084010. Text Size:


Diferencias metodológicas
Escenarios clínicos
Sesgos de selección e inclusión
Definiciones de abstinencia complicada empleadas
Dificultad intrínseca

- Gravedad del trastorno por consumo de alcohol
- Comorbilidad aguda
- Crisis comiciales por abstinencia
- Uso concomitante de otros tóxicos
- Hiperactividad autonómica
- Trombopenia
- Hipopotasemia
- Episodios previos de abstinencia alcohólica

- Gravedad del trastorno por consumo de alcohol
- Comorbilidad aguda
- Crisis comiciales por abstinencia
- Uso concomitante de otros tóxicos
- Hiperactividad autonómica
- Trombopenia
- Hipopotasemia
- Episodios previos de abstinencia alcohólica

Maldonado JR. PAWSS. Alcohol 2014

Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS)

Maldonado et al., 2014

Part A: Threshold Criteria: (1 point either)

1. Have you consumed any amount of alcohol (i.e., been drinking) within the last 30 days?

   OR did the patient have a "+" BAL upon admission? ____

   IF the answer to either is YES, proceed with test:

Part B: Based on patient interview: (1 point each)

2. Have you ever experienced previous episodes of alcohol withdrawal? ____
3. Have you ever experienced alcohol withdrawal seizures? ____
4. Have you ever experienced delirium tremens or DT's? ____
5. Have you ever undergone of alcohol rehabilitation treatment? ____

   (i.e., in-patient or out-patient treatment programs or AA attendance)
6. Have you ever experienced blackouts? ____
7. Have you combined alcohol with other "downers" like benzodiazepines or barbiturates during the last 90 days? ____
8. Have you combined alcohol with any other substance of abuse during the last 90 days? ____

Part C: Based on clinical evidence: (1 point each)

9. Was the patient's blood alcohol level (BAL) on presentation > 200? ____
10. Is there evidence of increased autonomic activity?

    (e.g., HR > 120 bpm, tremor, sweating, agitation, nausea) ____

Total Score: ____

Notes: Maximum score = 10. This instrument is intended as a SCREENING TOOL. The greater the number of positive findings, the higher the risk for the development of alcohol withdrawal syndromes. A score of ≥ 4 suggests HIGH RISK for moderate to severe AWS; prophylaxis and/or treatment may be indicated.

Fig. 2. PAWSS tool.

Cohorte piloto (n=68)

≥4 puntos

Sensibilidad
Epecificidad
VPP
VPN

} 100%

Maldonado JR. Alcohol 2014; 48: 375-90

- Definición
- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Tratamiento
- Monitorización

James Ensor. “Los borrachos”

Síndrome de abstinencia alcohólica. Objetivos generales del tratamiento

Tratamiento farmacológico

- Control de los síntomas
- Prevención de las crisis comiciales
- Evitar progresión a delirium tremens

Valoración de las necesidades de líquidos

Corrección de alteraciones analíticas

- Electrolíticas: K^+, Mg^+
- Vitamínicas: tiamina

Tratamiento farmacológico	Síntomas	Prevención Crisis comiciales	Prevención DTs
Benzodiacepinas	+++	+++	+++
Clometiazol	+++	+	+
Fenitoína	-	-	-
Anticomiciales GABA *(valproato, carbamacepina)*	+	++	?
Neurolépticos	++	-	-
β-bloqueantes	+	-	-
α-agonistas	+	-	-
Baclofeno	+	-	?
GHB	++	?	?
Alcohol etílico	-	-	-

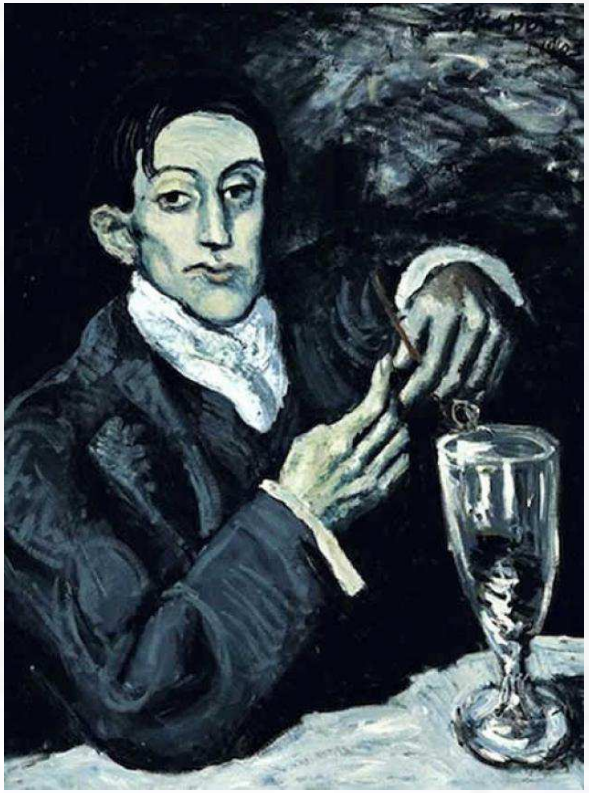
Mayo-Smith MF. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Arch Intern Med. 2004
Amato L. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010
Minozzi S. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010
Liu J. Baclofen for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2013
Ungur LA. Prevention and therapy of alcohol withdrawal on intensive care units: systematic review of controlled trials. Alcohol Clin Exp Res. 2013

¿Qué benzodiacepina (BZD) usar? Evidencias

Grado A	• Todas las BZD controlan los síntomas del SAA
Grado B	• Las BZD de acción prolongada (diacepam, cloracepato) previenen mejor la aparición de crisis comiciales y proporcionan un curso clínico sin altibajos
Grado C	• No hay evidencias de superioridad de las perfusiones intravenosas sobre el tto con bolus
Grado C	• En ancianos se aconseja el empleo de BZD de vida media corta (loracepam, **alprazolam)**
Grado C	• En pacientes con hepatopatía se aconseja el empleo de BZD que no sufren oxidación hepática (loracepam, oxacepam)

Mayo-Smith MF. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Arch Intern Med. 2004
Monte R. Guía de práctica clínica: tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica (2a edición) 2011. *Disponible en* http://portal.guiasalud.es

- Definición
- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Tratamiento
- Monitorización



Pablo Picasso. “El bebedor de absenta”

XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

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

Náusea y vómito **Pregunta "¿se siente mal del estómago? ¿ha vomitado?** 0 sin náusea ni vómitos 1 náusea ligeras, sin vómitos 2 3 4 náusea intermitente con arcadas 5 6 7 náusea constante, arcadas y vómito frecuente	**Trastornos táctiles** **Pregunta ¿siente algo extraño en su piel? (escozor, sensación de alfileres y agujas, entumecimiento, insectos que reptan por o bajo la piel)** 0 no 1 escozor, pinchazos, o entumecimiento muy leve 2 escozor, pinchazos, o entumecimiento leve 3 escozor, pinchazos, o entumecimiento moderado 4 alucinaciones moderadamente graves 5 alucinaciones táctiles graves 6 alucinaciones táctiles muy graves 7 alucinaciones continuas
Temblor **Brazos extendidos y dedos separados** 0 no hay temblor 1 temblor no visible, pero puede sentirse al tacto 2 3 4 temblor moderado con las manos extendidas 5 6 7 temblor intenso, incluso con los brazos no extendidos	**Trastornos auditivos** **Pregunta ¿está escuchando algo que lo alarma?** 0 no 1 intensidad o capacidad para asustarse muy leve 2 intensidad o capacidad para asustarse leve 3 intensidad o capacidad para asustarse moderada 4 alucinaciones auditivas moderadamente graves 5 alucinaciones auditivas graves 6 alucinaciones auditivas muy graves 7 alucinaciones continuas
Sudoración paroxística 0 no hay sudor visible 1 sudoración leve, palmas húmedas 2 3 4 sudoración visible en la frente 5 6 7 sudoración profusa generalizada	**Trastornos visuales-** **Pregunta ¿está viendo algo que le inquieta?** 0 no 1 sensibilidad muy leve 2 sensibilidad leve 3 sensibilidad moderada 4 alucinaciones moderadas 5 alucinaciones graves 6 alucinaciones muy graves 7 alucinaciones continuas
Ansiedad **Pregunta ¿se siente nervioso?** 0 tranquilo 1 ansiedad leve 2 3 4 ansiedad moderada, o cauteloso, de modo que se infiere ansiedad 5 6 7 equivalente a estado de pánico agudo, similar al observado en delirio grave	**Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza** **Pregunta: ¿su cabeza se siente diferente? ¿tiene como una banda alrededor de la cabeza?. No considerar la sensación de mareo** 0 no 1 muy leve 2 leve 3 moderada 4 moderadamente grave 5 intensa 6 muy intensa 7 intensidad extrema
Agitación 0 actividad normal 1 actividad un poco mayor de lo normal 2 3 4 moderadamente inquieto 5 6 7 se mueve sin cesar	**Orientación y entorpecimiento del sensorio** **Pregunta ¿qué día es? ¿dónde está? ¿quién es?** 0 orientado 1 no puede añadir datos en serie, o dudas en la fecha 2 desorientado para la fecha en menos de 2 días de calendario 3 desorientado para la fecha en más de 2 días de calendario 4 desorientado en lugar, persona o ambas cosas

La puntuación total es la suma simple de cada ítem. Puntuación máxima = 67

<10 leve
10-20 moderado
>20 grave

http://www.rccc.eu/ppc/protocolos/CIWA-Ar.html

Escala CIWA-Ar. Evidencias

Grado A	• Es el mejor método para valora la gravedad el SAA y la necesidad de medicación sedante
Grado A	• Disminuye la necesidad de medicación sedante y la duración del tratamiento . Debe ser aplicada por personal entrenado en su uso
Grado C	• Puede utilizarse en pacientes con comorbilidad aguda y delirium tremens
Grado C	• Puede utilizarse en pacientes de Unidades de Críticos
Problemas	• No contempla las crisis comiciales ni la hiperactividad autonómica • Precisa cierta colaboración por parte del enfermo • Requiere “personal”

Monte R, Rabuñal R. Guía de práctica clínica. Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica (2ª ed) 2011. *Disponible en* http://portal.guiasalud.es

Tabla 3. Recomendaciones de tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica.

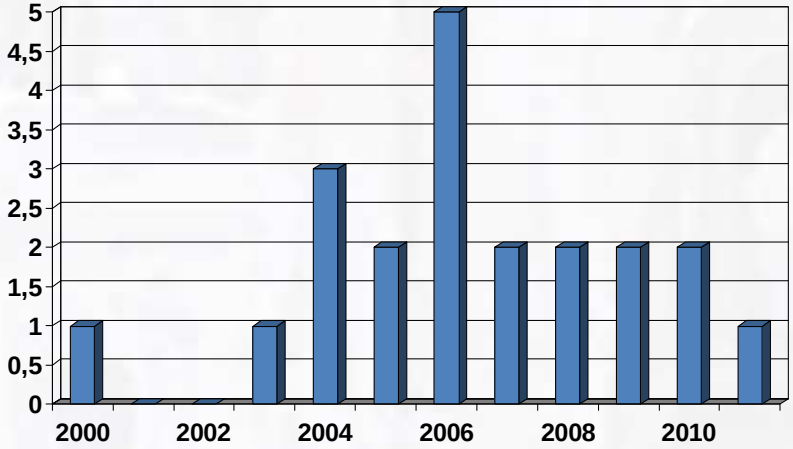
1. No se aconseja el empleo del alcohol etílico, en ninguna formulación, en la profilaxis ni en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica.
2. El tratamiento farmacológico debe estar basado en la administración de benzodiacepinas.
3. Se aconseja el empleo de benzodiacepinas de vida media larga (ej. diazepam, clorazepato dipotásico)
4. Se aconseja el empleo de la escala CIWA-Ar para la valoración de la gravedad de los síntomas de abstinencia. Para ello es preciso que exista personal sanitario suficiente para asegurar una monitorización estrecha, que éste se familiarice con su uso y si es preciso reciba un entrenamiento específico.
5. De acuerdo con el punto anterior se recomienda el empleo del programa de tratamiento basado en los síntomas o en su defecto el programa con dosis de carga. Cuando no sea posible usar la escala CIWA-Ar, se aconseja el programa de tratamiento fijo con dosis adicionales en función del grado de agitación.
   a) Programa según síntomas: administrar 10 mg de diazepam cada hora vía oral mientras CIWA-Ar > 10. Aplicar CIWA-Ar 1 hora después de cada dosis, y si no precisa medicación por tener una puntuación < 10, aplicarla de nuevo cuando reaparezcan los síntomas ó en su defecto cada 6 horas, reanudando la misma pauta hasta la resolución del cuadro. Alternativamente se puede utilizar clorazepato dipotásico con el mismo criterio con dosis de 15 mg. No administrar dosis alguna si el paciente presenta bajo nivel de conciencia.
   b) Programa fijo: administrar 10-20 mg de diazepam (alternativa clorazepato dipotásico 15-30 mg), según respuesta clínica, cada 6 horas durante 48 horas vía oral, con dosis adicionales de 10-20 mg cada 1-2 horas en función de los síntomas. Posteriormente descender un 25% de la dosis diariamente hasta la resolución completa.
6. En caso de convulsiones, si estas están en relación con la abstinencia y se presentan en número menor de 3, no se modificará la pauta de tratamiento anteriormente descrita, pudiendo emplear diazepam 10 mg IV para su control. Considerar el tratamiento con fenitoína ó valproato en casos de status epiléptico o epilepsia no relacionada con el alcoholismo.
7. Se considerará el tratamiento profiláctico del síndrome de abstinencia alcohólica tras una interrupción brusca del consumo de alcohol (p. ej. ingreso hospitalario) en enfermos con antecedentes de convulsiones relacionadas con episodios de abstinencia ó delirium tremens. En estos casos se aconseja el empleo de un programa de dosis fija: ej. diazepam 10 mg cada 6 horas oral, 4 dosis, seguido de 5 mg/6 h, 8 dosis.
8. En pacientes con hepatopatía significativa, se aconseja el programa de tratamiento según síntomas. Se recomienda el empleo el lorazepam 1 mg cada hora, vía oral, mientras CIWA-Ar >10, reevaluando al paciente antes de cada dosis. Se aplicará la escala CIWA-Ar en caso de reaparición de los síntomas o en su defecto cada 6 horas, reanudando la pauta hasta la resolución del cuadro.
9. En pacientes mayores de 65 años, se recomienda el programa de tratamiento según los síntomas, utilizando lorazepam según los mismos criterios del punto 8. Alternativamente se puede considerar el alprazolam en dosis de 0.5 mg. En casos de antecedentes de convulsiones o síndrome de abstinencia alcohólica grave, considerar el programa de dosis fija con una benzodiacepina de vida media larga con monitorización estrecha.
10. Se puede considerar el uso de neurolépticos en casos de alucinaciones graves, como adyuvante al tratamiento con benzodiacepinas y en ausencia de crisis epilépticas, nunca en monoterapia. (p. ej. haloperidol 5 mg IV ó tiaprida 200-800 mg/d vía oral o IV dividido en 3 dosis).
11. Usar betabloqueantes (atenolol 50-100 mg/d) sólo en casos de hiperactividad simpática importante, especialmente en pacientes con enfermedad coronaria, como adyuvantes al tratamiento con benzodiacepinas.
12. Se aconseja la administración de tiamina a todos los pacientes (200 mg preferentemente iv/d, 3-4días) y magnesio únicamente a aquellos en los que se compruebe déficit (1 gr/6-12 h IV, 2 días)
13. En casos de delirium tremens, se propone el empleo de un programa con dosis de carga:
   a) Diazepam en dosis de 5 mg IV (2,5 mg/min), seguido de otras 2 dosis de 5 mg IV cada 5 minutos. Si no se controla adecuadamente la agitación, usar 10 mg IV cada 5-10 minutos en las siguientes 2 dosis y si precisa, 20 mg cada 5-10 min en las siguientes, hasta que el paciente se encuentre "tranquilo pero despierto". Las dosis en esta fase deben administrarse con personal facultativo presente.
   b) En caso de precisar más de 80-100 mg IV en 1 hora, o en pacientes con un riesgo elevado de complicaciones (ej. comorbilidad médica o quirúrgica), considerar el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos.
   c) Reevaluar al paciente cada 1-2 horas y determinar la necesidad de dosis adicionales con el mismo criterio del punto a), entre 5 y 20 mg IV de diazepam según los síntomas. Si es posible mantener este grado de vigilancia en planta de hospitalización, mantener hasta la resolución del cuadro
   d) Si se consigue sedación adecuada, pero incompleta, y el paciente continúa sin tolerar tratamiento oral o no es posible la aplicación programada de la escala CIWA-Ar y su entrada en el programa de tratamiento según síntomas, pautar diazepam 10 mg IV cada 6 horas, con dosis adicionales si es preciso y con descenso progresivo de dosis según respuesta clínica.
   e) No administrar dosis alguna si el paciente tiene bajo nivel de conciencia.
   f) En caso de alucinaciones o agitación grave incontrolable, asociar 5 mg de haloperidol IV o 100-200 mg de tiaprida IV.
   g) Alternativamente al empleo del diazepam se puede utilizar clorazepato dipotásico en dosis de 20 mg IV con los mismos criterios expuestos, teniendo en cuenta que su inicio de acción es más lento que el del diazepam.

Monte-Secades R. Síndrome de abstinencia alcohólica en pacientes hospitalizados. Rev Clin Esp (en prensa)

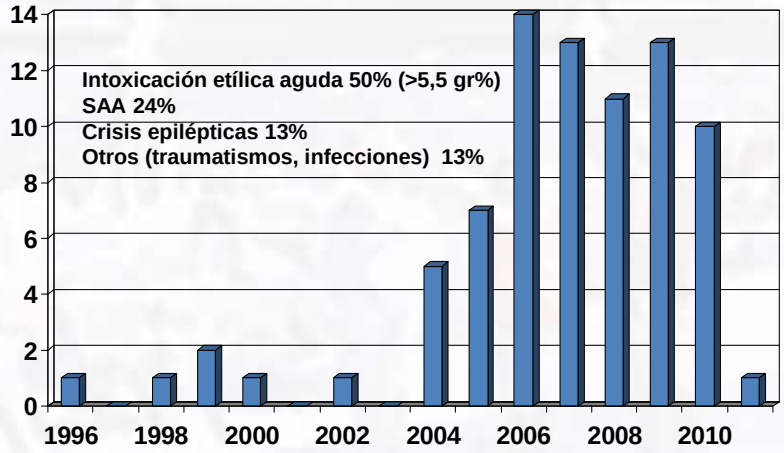
LA PREGUNTA DEL MILLÓN

Jack Lemmon. “Días de vino y rosas”

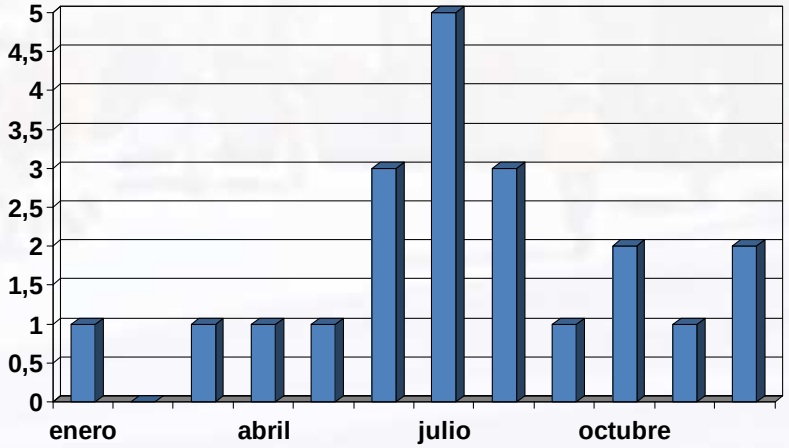
Nº ingresos por SAA (total 21)



Nº consultas en Urgencias Hospital Lugo (total 79)



Nº ingresos por SAA por meses



XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia

19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

Data extracción: 07/07/2010
Estado: Validada (07/07/2010 09:26)

Servizo: U.C.I
Centro:

Sección	Desc. Proba	Resultado	Unidades	Valores Ref.
BIOQUIMICA - Validado por: Dra Bal, Dra Bulnes, Dra Garnacho				
	Proteína	5.73	g/dL	[5.7 - 8.2]
	Albúmina	3.38	g/dL	[3.2 - 4.8]
	Bilirrubina T.	0.79	mg/dL	[0.3 - 1.2]
	AST	73.0	U/L	[0.0 - 34.0]
	Valores de referencia	(< 34)		
	ALT	31.0	U/L	[10.0 - 49.0]
	ALP	114.0	U/L	[90.0 - 360.0]
	GGT	247.0	U/L	[0.0 - 73.0]
	LD	236.0	U/L	[120.0 - 246.0]

Sección	Desc. Proba	Resultado	Unidades	Valores Ref.
HEMATIMETRÍA-Hemograma				
	Hematies	3.84	mil/m.c.	[4.7 - 6.1]
	Hemoglobina	13.5	gr/dL	[13.0 - 18.0]
	Hematocrito	38.4	%	[42.0 - 52.0]
	Volumen corpuscular medio	100.0	fl	[80.0 - 94.0]
	Hemoglobina Corp. Media	35.2	pg	[27.0 - 32.0]
	Concentración Hemoglobina Corp. media	35.2	gr/dL	[32.0 - 36.0]
	Indice distribucion hematies	12.8	%	[11.5 - 14.5]
	Leucocitos	7.5	mil/m.c.	[4.8 - 10.8]
	Neutrófilos (%)	73.8	%	[42.2 - 85.0]
	Neutrófilos (#)	5.6	mil/m.c.	[0.0 - 0.0]
	Linfocitos (%)	11.3	%	[20.5 - 51.1]
	Linfocitos (#)	0.8	mil/m.c.	[0.0 - 0.0]
	Monocitos (%)	13.5	%	[1.7 - 12.0]
	Monocitos (#)	1.0	mil/m.c.	[0.0 - 0.0]
	Eosinófilos (%)	0.5	%	[0.0 - 7.0]
	Eosinófilos (#)	0.0	mil/m.c.	[0.0 - 0.0]
	Basófilos (%)	0.9	%	[0.0 - 0.4]
	Basófilos (#)	0.1	mil/m.c.	[0.0 - 0.0]
	Plaquetas	132.0	mil/m.c.	[130.0 - 400.0]
	Volumen Plaquetario medio	8.1	fl	[7.4 - 10.4]

COAGULACIÓN-Elemental coagulación				
	Tiempo de Protrombina	12.0	Seg.	[0.0 - 0.0]
	Actividad TP	101.0	%	[70.0 - 120.0]
	INR	0.99		[0.0 - 0.0]
	Control TP	12.1	Seg.	[0.0 - 0.0]
	APTT	31.4	Seg.	[25.0 - 38.0]
	Ratio APTT	1.05		[0.0 - 0.0]
	Control APTT	29.9	Seg.	[0.0 - 0.0]
	Tiempo de Trombina	17.6	Seg.	[0.0 - 0.0]
	Ratio T. Trombina	1.04		[0.8 - 1.2]
	Control Tiempo de Trombina	16.9	Seg.	[0.0 - 0.0]
	Fibrinógeno	314.0	mg/dL	[170.0 - 550.0]

71345 ECOGRAFIA DE ABDOMEN COMPLETO (INCLUYE RENAL) 17 / 12 / 2010

DATOS CLÍNICOS/SOSPEITA DIAGNÓSTICA

ACHADOS

Importante alteración de la ecogenicidad hepática, en relación a hepatopatía.
No evidencia de lesiones focales.
Vesícula discretamente dilatada, sin otros datos de colecistitis aguda.
Páncreas no visualizado por interposición permanente de gas.

Riñones no obstructivos

¿Por qué?

Los pacientes que desarrollan cirrosis histológica tienen menor grado de dependencia del alcohol que los que presentan lesiones precirróticas. *Wodak AD. Br Med J 1983*

Los pacientes con SAA presentan una prevalencia menor de cirrosis hepática y mayor de hepatitis alcohólica. *Barrio E. Alcohol Clin Exp Res 2004*

La hepatitis alcohólica y el SAA se relacionan independientemente con un patrón irregular de ingesta de alcohol. *Barrio E. Alcohol Clin Exp Res 2004*

La severidad de la dependencia alcohólica se relaciona independientemente con la solicitud de cuidados médicos y es de menor intensidad en pacientes con enfermedad crónica hepática. *Gleason D. Alcohol Alcohol 2009*

????

LIPS THAT
TOUCH LIQUOR
SHALL NOT
TOUCH OURS