

Curso temporal del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general

Course of alcohol withdrawal syndrome in a general hospital

RAFAEL MONTE SECADES*; RAMÓN RABUÑAL REY*;
FÁTIMA PAZ FUENTES*; ANA PAZOS FERRO*;
SONIA PÉRTEGA DÍAZ**; MERCEDES BAL ALVAREDO*;
EMILIO CASARIEGO VALES*

* Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.
** Unidad de Epidemiología. Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Enviar correspondencia a:
Rafael Monte Secades. Consulta de Medicina Interna nº 3. Complejo
Hospitalario Xeral-Calde. Severo Ochoa s/n. 27004 Lugo.
Tel.: 680 981 300
E-mail: rafael.monte.secades@sergas.es

recibido: Febrero 2009
aceptado: Febrero 2010

RESUMEN

Introducción y objetivo: Existe poca información sobre el curso temporal del síndrome de abstinencia alcohólica en el ámbito de un hospital general. El objetivo de este estudio es saber qué manifestaciones son atribuibles a la abstinencia y en qué momento de su evolución, así como sus implicaciones pronósticas.

Material y método: estudio de cohortes sobre los enfermos diagnosticados de síndrome de abstinencia alcohólica en el Hospital Xeral de Lugo entre 1987 y 2003, según criterios del manual DSM IV-TR. Para cada caso se registraron datos clínicos y de seguimiento, con especial atención a los intervalos temporales de aparición y duración de sus manifestaciones.

Resultados: Se estudiaron 539 episodios en 436 pacientes: 156 casos de síndrome de abstinencia no complicado y 383 casos de delirium tremens. El tiempo medio de abstinencia hasta el diagnóstico de síndrome de abstinencia alcohólica fue 54,4 horas (D.T. = 31,1). Las crisis comiciales aparecieron 35 horas (D.T. = 23,3) desde el cese de la ingesta. La duración del síndrome de abstinencia no complicado desde el diagnóstico fue 46,4 horas (D.T. = 23,1). Cuando evolucionaron a delirium tremens, este se diagnosticó a las 40,2 horas (D.T. = 29,4), y se prolongó durante 73,9 horas (D.T. = 41,5). Cuando fue preciso el traslado a la UCI, éste se produjo a las 40,8 horas (D.T. = 60) desde el diagnóstico de síndrome de abstinencia. Los enfermos en los que el síndrome de abstinencia alcohólica complicó un ingreso por otro motivo, presentaron manifestaciones clínicas más prolongadas que los que ingresaron por abstinencia.

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

Palabras clave: *abstinencia alcohólica, delirium tremens, evolución, hospitalización.*

ABSTRACT

Introduction and objective: There is little information available regarding the course of alcohol withdrawal syndrome in a general hospital. The aim of this study was to analyse the timing of the most important clinical features attributed to alcohol withdrawal, as well as their prognostic implications.

Material and method: A cohort study of patients with a diagnosis of alcohol withdrawal syndrome was carried out at the Xeral Hospital in Lugo (Spain) between 1987 and 2003, in accordance with DSM IV-TR criteria. Data on clinical characteristics and course were collected, with special attention to the timing of significant events.

Results: A total of 539 episodes were studied in 436 patients: 156 cases of alcohol withdrawal syndrome and 383 of alcohol withdrawal delirium. Mean time of abstinence until the diagnosis of alcohol withdrawal syndrome was 54 hours (D.T. = 31.1). Seizures occurred at 35 hours (D.T. = 23.3) after abstinence. The alcohol withdrawal syndrome lasted for 46.4 hours (D.T. = 23.1) after diagnosis. In cases in which delirium tremens developed, this occurred at 46.4 hours (D.T. = 23.1), and lasted 73.9 hours (D.T. = 41.5). Patients needing intensive care were admitted to the ICU 40.8 hours (D.T. = 60) after the diagnosis of alcohol withdrawal syndrome. The clinical features of alcohol withdrawal syndrome tended to be more prolonged in patients admitted with a medical or surgical diagnosis other than withdrawal syndrome than in those admitted because of withdrawal syndrome itself.

Conclusions: The natural history of alcohol withdrawal syndrome in a general hospital setting and the timings of its principal events follow a clearly recognizable pattern. This knowledge can help to provide better assessment in relation to the monitoring and treatment of these patients.

Key Words: *alcohol withdrawal, delirium tremens, timing, hospitalization*

INTRODUCCIÓN

La más completa, y probablemente la mejor, descripción de las manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica ha cumplido recientemente 50 años¹. En ella, Víctor y Adams describen minuciosamente 3 entidades en pacientes ingresados por este motivo, que pueden aparecer de forma aislada o en diferentes combinaciones en el curso de la abstinencia, denominadas estados tembloroso-alucinatorio, epiléptico y delirante. De acuerdo con su descripción, los primeros síntomas aparecen en las primeras 24 horas desde el cese de la ingesta de alcohol, en forma de temblor y alucinaciones, más frecuentemente visuales. En algunos casos estos síntomas se acompañan de crisis epilépticas que suelen presentarse antes del segundo día. Tanto las crisis como las alucinaciones desaparecen en la mayor parte de los enfermos tras el tercer día de evolución, momento en el que se desarrolla, en un porcentaje de casos, el estado delirante, caracterizado por confusión y agitación psicomotriz severa.

La abstinencia temprana hace referencia a las manifestaciones clínicas que aparecen en las primeras 24-48 horas de abstinencia, mientras que las manifestaciones tardías se refieren a las que aparecen posteriormente. Habitualmente esta clasificación temporal coincide con los términos de síndrome menor y mayor de abstinencia alcohólica, definidos por la existencia o ausencia de delirium tremens, cuya presencia se ha distinguido siempre como una manifestación tardía y mayor del síndrome de abstinencia¹⁻⁴. Posteriormente, se han definido los términos de síndrome de abstinencia alcohólica y delirium por abstinencia alcohólica (delirium tremens) para clasificar a los pacientes con abstinencia alcohólica⁵.

Más recientemente, sólo un estudio ha valorado la evolución temporal de la abstinencia alcohólica⁶. En nuestro país, se ha revisado recientemente la clínica del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general⁷, si bien no existen estudios sobre la evolución temporal de sus manifestaciones en este ámbito. El conocimiento de estas características es importante por varios motivos: permite saber qué manifestaciones son atribuibles a la abstinencia alcohólica y en qué momento de su evolución, además de cuáles son los periodos de riesgo de complicaciones, con sus implicaciones pronósticas. Por otra parte, la abstinencia alcohólica complica frecuentemente otras patologías médicas en el ámbito hospitalario, circunstancia que podría modificar su evolución clínica y que asimismo no ha sido valorada en la literatura. A continuación presentamos el estudio de la evolución temporal de las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un estudio de cohortes retrospectivo para evaluar las características y el curso clínico de los enfermos diagnosticados de síndrome de abstinencia alcohólica 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 personas. Se revisaron tanto el archivo general del hospital, como los de todos los servicios médicos y quirúrgicos, en busca de aquellos casos con diagnóstico principal o secundario de síndrome de abstinencia alcohólica. La inclusión del paciente en el estudio exigió el cumplimiento de los criterios establecidos por el manual DSM IV-TR⁵ para el diagnóstico de síndrome de abstinencia alcohólica y delirium por abstinencia alcohólica (delirium tremens). Se consideraron los síntomas recogidos en estas definiciones para determinar la duración de dichos síndromes. Se consideraron ingresos independientes y fueron incluidos como episodios diferentes en el estudio aquellos que, aunque consecutivos en el mismo enfermo, estuviesen separados en el tiempo suficientemente y no se considerasen relacionados entre sí.

Para cada uno de los casos identificados se cumplimentó un protocolo previamente establecido, en el que se recogieron datos administrativos, clínicos y de seguimiento. Se recogieron datos referentes a la duración de las manifestaciones del síndrome de privación alcohólica en los casos en que estaba claramente señalado, ya fuera en las notas de curso clínico o en los comentarios de enfermería, especificados en número de horas. Los intervalos temporales corresponden al momento del diagnóstico o resolución de los eventos clínicos considerados. Aquellos pacientes que fueron trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos y conectados a ventilación mecánica, fueron excluidos del análisis de duración de los síntomas de abstinencia, por entender que esta circunstancia podía alterar la evolución natural de la enfermedad. Sí se recogió el momento del traslado a UCI desde el diagnóstico de síndrome de abstinencia y los intervalos temporales de síntomas en los enfermos ingresados en UCI no intubados. Así, se registraron los siguientes eventos, todos ellos registrados en horas: *tiempo de abstinencia*, desde el cese o descenso de la ingesta etílica, hasta el momento en que se realiza el diagnóstico de síndrome de abstinencia alcohólica; duración del síndrome de abstinencia alcohólica no complicado; momento de aparición de delirium tremens, desde el diagnóstico de síndrome de abstinencia alcohólica; duración del delirium tremens; duración total del síndrome de abstinencia alcohólica, desde el momento del diagnóstico, sumando los tiempos de los intervalos correspondientes en los casos en que habiendo sido diagnosticados inicialmente de síndrome de abstinencia alcohólica en principio no complicado, desarrollaron posteriormente delirium tremens. También se recogió el momento del traslado a UCI. Los síntomas y signos considerados para determinar la duración de los diferentes síndromes se ajustaron a los recogidos en las definiciones del manual DSM IV-TR⁵ de síndrome de abstinencia alcohólica y delirium tremens.

Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico sedante. En la planta de hospitalización convencional, este se basó en la administración de clometiazol, en dosis de 2-3 gr orales diarios con ajustes en función de la gravedad de los

síntomas. En casos de delirium tremens, se utilizó solución parenteral de clometiazol al 0.8% en dosis de ataque de 100-150 ml/h, y ajustes posteriores según evolución, con dosis de mantenimiento de 10-80 ml/h⁸. También se utilizaron neurolépticos y benzodiacepinas como adyuvantes cuando fue necesario.

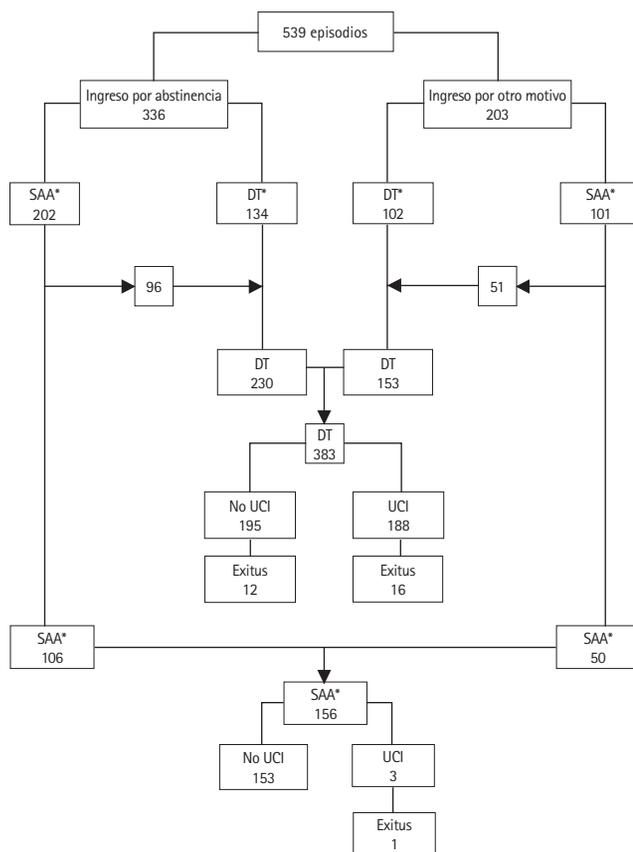
Inicialmente todas las variables fueron analizadas descriptivamente (distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión). Los intervalos de confianza se calcularon de acuerdo al método de Wolff. Para calcular diferencias entre 2 medias se utilizó el test t de Student, previa valoración de la homocedasticidad. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Estudiamos 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%). La ingesta media diaria de alcohol calculada fue de 240 gr (D.T. = 89,9). 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. 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. Fallecieron un total de 29 pacientes, lo que supone una tasa de mortalidad de 6,6% (IC 95% 4,2-9,1). En la figura 1 se detalla en un diagrama de flujo la evolución clínica de los 539 episodios.

El tiempo medio desde el cese o disminución de ingesta alcohólica hasta el diagnóstico de síndrome de abstinencia fue de 50,4 horas (D.T. = 28,5). Este intervalo fue significativamente mayor en los casos que ingresaron por síndrome de abstinencia, [54,4 horas (D.T. = 31,1)], que en los que ingresaron por otro motivo [45,1 horas (D.T. = 23,9)] ($p < 0,001$).

Las crisis epilépticas aparecieron 35 horas (D.T. = 23,3) desde el descenso o cese de la ingesta de alcohol. No se observaron diferencias en el momento de aparición de las crisis según el motivo de ingreso fuera el propio síndrome de abstinencia [35,1 horas (D.T. = 23,6)] u otro motivo [37,5 horas (D.T. = 22,2)] ($p = 0,6$). El 64,8% de las convulsiones aparecieron en las primeras 24 horas de abstinencia, el 23% entre 24 y 48 horas y el 12,2% después de 48 horas.



SAA: síndrome de abstinencia alcohólica
DT: delirium tremens
*Clasificación en el momento del diagnóstico intrahospitalario

Figura 1. Evolución clínica de 539 episodios de abstinencia alcohólica ingresados en un hospital general.

En los enfermos que no evolucionaron a delirium tremens, la duración media del síndrome de abstinencia alcohólica desde el diagnóstico fue de 46,4 horas (D.T. = 23,1). En los enfermos con síndrome de abstinencia que evolucionaron a delirium tremens, el diagnóstico de delirium tremens se realizó a las 40,2 horas (D.T. = 29,4) de evolución del síndrome de abstinencia alcohólica. En algo más de la mitad de los casos esto ocurrió en las primeras 24 horas de evolución de los síntomas (56%), en el 26,7% entre 24 y 48 horas, y en el 17,3% después de 48 horas. En los enfermos con delirium tremens que no fueron trasladados a UCI (195 casos), el periodo de delirium se prolongó durante 73,9 (D.T. = 41,5) horas. En la tabla 1 se detallan los intervalos temporales de duración de manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia no complicado y de delirium tremens en relación al número de casos en pacientes no trasladados a UCI.

La duración global del cuadro de síndrome de abstinencia alcohólica (síndrome de abstinencia alcohólica con evolución posterior a delirium tremens) en los enfermos no trasladados a UCI (195 casos), fue de 89,2 (D.T. = 51) horas, donde el 87,7% de casos presentó una duración inferior a las 120 horas. En la figura 2 se muestra gráficamente la evolución temporal y de las manifestaciones clínicas, en los enfermos que ingresaron por síndrome de abstinencia y no se trasladaron a la UCI.

Tabla 1. Intervalos temporales (en horas) de duración de manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia no complicado y del delirium tremens en relación al número de casos (n) en pacientes no trasladados a UCI.

Intervalos en horas	Síndrome de abstinencia no complicado n=153	Delirium tremens n=195
≤ 24	48 (30.7%)	15 (7.7%)
25 - 48	66 (42.3%)	54 (27.7%)
49 - 72	31 (19.8%)	66 (33.8%)
73 - 96	9 (5.7%)	39 (20%)
> 96	2 (1.2%)	21 (10.7%)

Tabla 2. Duración (en horas) del síndrome de abstinencia alcohólica en función del motivo de ingreso.

	Duración en horas según motivo de ingreso		p
	Síndrome de abstinencia (n=336)	Otro motivo (n=203)	
Síndrome de abstinencia	43,8 (20,8)*	51,1 (26,9)	0,06
Delirium tremens	67,3 (53,4)	82 (42)	0,004
Duración global	83,1 (43,3)	100,4 (61,4)	0,04

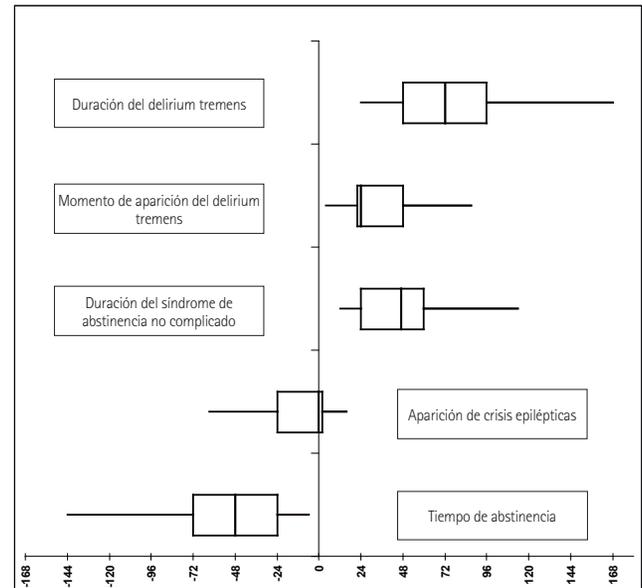
*Media

Duración global: duración de los síntomas de abstinencia en aquellos enfermos que presentaron un síndrome de abstinencia que posteriormente evolucionó a delirium tremens.

Tabla 3. Diferencias en el síndrome de abstinencia alcohólica en función del motivo de ingreso.

	Síndrome de abstinencia (n=336)	Otro motivo (n=203)	p
Edad ¹	42,8 (9,8)	49,9 (13,8)	<0,001
Hombre	302 (90%)	178 (87,6%)	0,4
Gr. de alcohol diarios ²	244 (90,2)	231,6 (81,3)	0,1
Crisis epilépticas	191 (58,8%)	29 (14,4%)	<0,001
Delirium tremens	231 (68,8%)	150 (74,6%)	0,1
UCI	106 (31,5%)	83 (41,9%)	0,02
Exitus	13 (3,8%)	16 (7,8%)	0,04

*Media



*En el eje x se representa el tiempo en horas.

*El punto 0 marca el momento de ingreso hospitalario

*La duración del síndrome de abstinencia, el momento de aparición del delirium tremens y la duración del delirium tremens están referidos desde el momento del ingreso hospitalario

*La caja incluye los valores entre el primer (Q1) y tercer cuartil (Q3). La línea interior dentro de la caja indica el valor de la mediana. Los bigotes representan los valores máximo y mínimo, o en su caso, 1,5 veces la amplitud intercuartílica. No se han representado valores extremos ni outlier. Los valores de dichos puntos son los siguientes:

	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Tiempo de abstinencia	-144	-72	-48	-24	-6
Aparición de crisis epilépticas	-63	-24	0	2	16
Duración del síndrome de abstinencia no complicado	12	24	47	60	114
Momento de aparición del delirium tremens	4	22	24	48	87
Duración del delirium tremens	24	48	72	96	168

Figura 2. Presentación en el tiempo y duración de las manifestaciones clínicas en los pacientes ingresados por síndrome de abstinencia alcohólica y que no precisaron traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos

Las complicaciones clínicas más frecuentes desarrolladas en planta de hospitalización convencional durante el ingreso fueron flebitis por catéter (13,7%), traqueobronquitis (6,6%), neumonía (4,6%), infección urinaria (4%), sepsis (2,4%), taquiarritmia (1,8%) y encefalopatía de Wernicke (1,8%). Además se registraron casos esporádicos de pancreatitis aguda (1), hepatitis alcohólica (2), insuficiencia renal aguda (3), rhabdmiolisis (1), polineuropatía alcohólica (2) y artritis gotosa (2).

Cuando se compararon los tiempos de evolución de los diferentes intervalos mencionados (síndrome de abstinencia en principio no complicado, delirium y totalidad del síndrome de abstinencia), en función de que el enfermo hubiera ingresado por el propio síndrome de abstinencia o por una enfermedad médica o quirúrgica, se observó una tendencia

a presentar manifestaciones clínicas más prolongadas en caso de ingresar por un motivo diferente a la abstinencia (tabla 2). En la tabla 3 se muestran algunas diferencias en las características y evolución clínica de estos 2 grupos.

En los casos en que fue preciso el traslado a la UCI, este se produjo a los 40.8 horas (D.T. = 60), desde el diagnóstico del síndrome de abstinencia, la mitad de ellos en las primeras 24 horas y el 90,7% en las primeras 72 horas. Los pacientes ingresados por síndrome de abstinencia fueron trasladados antes que los casos ingresados por otro motivo [33.6 h (D.T. = 76.8) vs 52.8 h (D.T. = 38.4), $p < 0,001$]. Por otra parte, en los enfermos ingresados en UCI que no precisaron intubación orotraqueal (58 casos), la duración del delirium tremens fue superior a los casos no trasladados a UCI [79,5 h (DS 13,9) vs 73,9 h (D.T. = 41,5), $p < 0,04$], aunque esto no afectó a la duración total del síndrome de abstinencia [91,5 h (D.T. = 17,8) vs 89,2 (D.T. = 51), $p = ns$]. La estancia media global en UCI en días fue 10,2 (D.T. = 9,8), y el tiempo medio de intubación orotraqueal en días 9,6 (D.T. = 9,5). La necesidad de ventilación mecánica prolongó el ingreso en UCI [12,7 días con ventilación mecánica (D.T. = 10,7) vs 4,6 días sin ventilación mecánica (D.T. = 2,9), $p < 0,001$].

La estancia media global hospitalaria en días para toda la serie fue 14,2 (D.T. = 12). La estancia en UCI casi duplicó el tiempo de ingreso hospitalario respecto a los pacientes que no precisaron traslado a dicha unidad [20 d (D.T. = 15,2) vs 11 (D.T. = 8,2), $p < 0,001$]. La necesidad de intubación orotraqueal condicionó la estancia hospitalaria en el mismo sentido [22,6 d (D.T. = 16,6) vs 13,9 d (D.T. = 8,6), $p < 0,001$].

DISCUSIÓN

Nuestro estudio muestra la evolución de un paciente tipo con síndrome de abstinencia alcohólica en el medio hospitalario, tratado con una pauta basada en el empleo de clometiazol. Se trata de un varón adulto de edad media, que cuando ingresa por síndrome de abstinencia acude al hospital en el segundo o tercer día después del cese o descenso de la ingesta alcohólica (80%). Si el cuadro cursa con crisis comiciales (40%), estas aparecen en las primeras 48 horas de evolución de la abstinencia (90%). Evoluciona frecuentemente a delirium tremens (71%), con un riesgo significativo de traslado a UCI para un adecuado control de sus síntomas (35%). En los casos en que sólo se desarrolla la forma menor del síndrome de abstinencia, los síntomas se prolongan durante 2 días después del diagnóstico hospitalario (46,4 horas, D.T. = 23,1). Si el paciente evoluciona a delirium tremens después del diagnóstico, lo hace en las siguientes 48 horas (82%). El delirium se resuelve en menos de 4 días en la mayor parte de los casos (89%), salvo que el caso se complique con un traslado a UCI. La estancia en UCI condiciona en muchos casos la necesidad de ventilación mecánica y prolonga significativamente la estancia hospitalaria.

En nuestro estudio, el tiempo medio que tardaron los enfermos en acudir al hospital desde el cese o descenso de la ingesta alcohólica fue ligeramente superior a 2 días.

Ese intervalo inicial de 48 horas es el periodo en el que los síntomas iniciales de la abstinencia como temblor, sudoración y alucinaciones y crisis comiciales aparecen y alcanzan su máxima intensidad^{1,9-11}, lo que indica que nuestros pacientes ingresan con manifestaciones clínicas ya evolucionadas de la abstinencia, quizás en el momento que causan mayor alarma en su entorno. Esta circunstancia podría explicar la elevada proporción de pacientes con delirium tremens en la serie.

Lógicamente, el tiempo hasta el diagnóstico de síndrome de privación desde la abstinencia fue inferior en los pacientes que lo desarrollaron durante un ingreso por otro motivo, al estar ya atendidos en un ambiente hospitalario. No obstante, el hecho de que aún en este contexto el tiempo medio hasta el diagnóstico supere los 2 días, indica la necesidad de un mayor grado de alerta ante la valoración y el manejo de enfermos con dependencia alcohólica. Así, no siempre se registran adecuadamente los hábitos tóxicos del enfermo a su ingreso, y es infrecuente la detección del alcoholismo por el personal médico en el ambiente hospitalario¹²⁻¹⁴.

Dos de cada 3 crisis comiciales se produjeron en las primeras 24 horas de la abstinencia, y cerca del 90% en las primeras 48 horas, cifras similares a las recogidas en el trabajo de Victor y Adams (50 y 75% respectivamente)¹ y en otros trabajos, que señalan los 2 primeros días de abstinencia como los de máximo riesgo para el desarrollo de esta complicación^{4,10,15-17}. Se ha relacionado la aparición de crisis fuera de este periodo con la utilización de benzodiazepinas de acción corta en el tratamiento de la abstinencia, como reflejo de cese de acción de la medicación más que como signo de abstinencia¹⁸. En cualquier caso, una crisis más allá de las primeras 48 horas de evolución, debería alertar ante la posibilidad de que constituya la manifestación de un problema diferente de la abstinencia alcohólica.

La complicación quizás más importante en la evolución de la abstinencia alcohólica es la aparición de delirium tremens. En las descripciones clásicas se iniciaba entre 72 y 96 horas después de la última toma de alcohol^{1,10,16}. Más recientemente, dos series de enfermos con abstinencia alcohólica ingresados en hospitales generales, muestran que la mayor parte de los pacientes que desarrollan delirium tremens lo hacen en las 48 horas siguientes al ingreso por este motivo, aunque existe un 10-15% de casos que lo hacen después de 72 horas^{5,15}. Estos datos se aproximan bastante a los de nuestro trabajo, en el que en algo más de la mitad de los enfermos, el delirium aparece en las primeras 24 horas después del diagnóstico de síndrome de abstinencia, y en el 85% en las primeras 48 horas.

La duración de la abstinencia no complicada, es habitualmente inferior a 3 días^{1,4,19}. En nuestra serie el tiempo medio de duración de los síntomas desde el diagnóstico fue de 46 horas, con cerca del 90% de los casos asintomáticos después de las primeras 72 horas. Estos intervalos son ligeramente superiores a los descritos con anterioridad, debido a que gran parte de nuestros enfermos ingresaban con síntomas de abstinencia evolucionados. Nuestros datos se sitúan en posición intermedia entre los anteriores y los de otro trabajo, prospectivo, que sitúa la mediana de resolución

de los síntomas de la privación no complicada en 22 horas después del ingreso⁵.

La duración del delirium tremens, no complicado con intervenciones como un ingreso en UCI, es inferior a 72 horas en el 75-80% de los casos^{1,15,20}. En otro trabajo se muestra que el 90% de los episodios se resuelven en menos de 100 horas⁵. Nuestros datos son similares, con una duración media de 3 días y un 90% inferiores a las 96 horas. No obstante, todos los trabajos, también el nuestro, observan un porcentaje pequeño de pacientes, entre un 3 y un 10%, que prolongan las manifestaciones de la privación mayor más allá de 4 días^{1,5,15}. En varios de estos casos, los síntomas del delirium pueden verse interferidos por otras enfermedades intercurrentes, como traumatismos, ingresos por patología médica o quirúrgica, etc, en el sentido de prolongar su duración^{4,20-22}. Nuestros datos apoyan estos resultados, mostrando que la presencia de comorbilidad aguda se asocia a un curso clínico más prolongado. En la misma línea, los pacientes que fueron ingresados en la UCI, pero que no se sometieron a ventilación mecánica, presentaron delirium tremens de mayor duración. Parece pues, que la presencia de enfermedades agudas y de complicaciones intercurrentes, puede modular la evolución del delirium.

La naturaleza retrospectiva del trabajo puede condicionar la interpretación de los resultados, especialmente en lo referente a los intervalos temporales de síntomas previos al ingreso. No obstante, a pesar de que, lógicamente, las historias clínicas no están diseñadas para ello, sí es posible calcular los intervalos temporales intrahospitalarios relativos a la evolución clínica con fiabilidad, debido a que las notas administrativas, de enfermería y médicas, se realizan con señalización horaria, así como las determinaciones analíticas u otras circunstancias, como el traslado a otras unidades, lo que confiere un elevado grado de seguridad a los datos extraídas de las historias.

En definitiva, las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia alcohólica siguen una pauta evolutiva claramente reconocible, no sólo en cuanto al momento de aparición de complicaciones, sino también en cuanto a la duración de las mismas. Esto permite valorar con un grado razonable de seguridad qué eventos pueden ser atribuibles al síndrome de abstinencia alcohólica y cuáles no, en función del tiempo de evolución. Por otra parte, el reconocimiento de estas pautas debe ayudar a conseguir la mejor atención clínica en términos de vigilancia y esfuerzos de tratamiento para estos enfermos.

REFERENCIAS

1. Victor M, Adams R. The effect of alcohol on the nervous system. *Res Pub Assoc Res Nerv Et Mental Dis* 1953; 32: 526-573.
2. Saitz R. Introduction to alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World*. 1998; 22: 5-12.
3. Soler PA, Guasch M. Tratamiento farmacológico: la desintoxicación. *Adicciones* 2002; 14, Supl 1: 421-438.

4. Turner RC, Lichstein PR, Peden JG Jr, Busher JT, Waivers LE. Alcohol withdrawal syndromes: a review of pathophysiology, clinical presentation and treatment. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 432-434.
5. World Health Organization. Problems related to alcohol consumption. Technical reports, Series nº 650. Ginebra 1980.
6. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. *Q J Med* 1997; 90: 253-261.
7. Monte Secades R, Casariego Vales E, Pértega Díaz S, Rabuñal Rey R, Peña Zemsch M, Pita Fernández S. Manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general. *Rev Clin Esp* 2008; 208: 506-512.
8. Valdés-Stauber J. Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones* 2003; 15: 351-368.
9. Spies CD, Nordmann A, Brummer G, Marks C, Conrad C, Berger G, Runkel N, Neumann T, Muller C, Rommelspacher H, Spetch M, Hannemann L, Striebel HW, Schaffartzik W. Intensive care unit stay is prolonged in chronic alcoholic men following tumor resection of the upper digestive tract. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996; 40: 647-648.
10. Salum I. Delirium tremens and certain other acute sequels of alcohol abuse. *Acta Pschyatr Scand* 1972; 235 (suppl): 15-144.
11. Charness ME, Simon RP, Greenberg DA. Ethanol and the nervous system. *N Engl J Med* 1989; 321: 442-454.
12. Monras M, Ortega L, Mondon S, Gual A. Alcoholismo en el hospital general: detección y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 733-735.
13. Smothers BA, Yahr HT, Ruhl CE. Detection of alcohol use disorders in general hospital admissions. *Arch Intern Med* 2004; 164: 749-756.
14. Laso FJ, Pastor I. Alcoholismo: una asignatura pendiente. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 538-539.
15. Cushman P. Delirium tremens. Update on an old disorder. *Postgraduate Medicine* 1987; 82: 117-122.
16. Victor M, Brausch C. The role of abstinence in the genesis of alcoholic epilepsy. *Epilepsia* 1967; 8: 1-20.
17. Isbell H, Fraser HF, Wikler A, Belleville RE, Eisenman AJ. An experimental study of rum fits and delirium tremens. *Q Stud Alcohol* 1955; 16: 1-33.
18. Mayo-Smith MF, Bernard D. Late-onset seizures in alcohol withdrawal. *Alcohol Clin Exp Res* 1995; 19: 656-659.
19. Farfan Sedano A, Gómez Antunez M, Martínez Cilleros C, Cuenca Carvajal C, Girones Pérez JM, García Castaño J. Síndrome de abstinencia alcohólica: manifestaciones clínicas, analíticas y tratamiento. *An Med Interna (Madrid)* 1997; 14: 604-606.
20. Wojnar M, Wasilewski D, Matsumoto H, Cedro A. Differences in the course of alcohol withdrawal in women and men: a Polish sample. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21: 1351-1355.
21. Wojnar M, Bizon Z, Wasilewski D. The role of somatic disorders and physical injury in the development and course of alcohol withdrawal delirium. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 209-213.
22. Victor M. The alcohol withdrawal syndrome. *Postgrad Med* 1970; 47: 68-72.