

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"USO DE HIPNOTICOS EN PACIENTES CON
INTOXICACION ALCOHOLICA"

CARLOS LEONEL DIAZ CASTAÑEDA

Guatemala, Noviembre de 1975

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

GENERALIDADES:

- El alcohol como alimento
- Epidemiología
- Tratamiento
- Rehabilitación Física y Psiquiátrica
- Intoxicación alcohólica aguda

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

MATERIALES Y METODOS

- Taractán
- Valium
- Librium
- Pentobarbital

RESULTADOS Y DISCUSION

- Datos de laboratorio
- Datos económico sociales
- Datos clínicos
- Comentario de casos especiales
- Comentarios

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El problema del alcoholismo, dentro de la sociedad, es una enfermedad de carácter médico-social que lleva enmarcada consigo varios problemas de diferente índole.

Dentro de los problemas más serios que conlleva el alcoholismo es su tratamiento. Muchas han sido las creencias y fórmulas para "curar" o aliviar al alcohólico de su dolencia y por lo general se ha fracasado.

Dentro de los reportes médicos de curación de alcohólicos no sobrepasan los 24 los casos curados. Una situación muy importante en el paciente alcohólico para su tratamiento es el deseo verdadero de curarse; si el paciente no acepta que el alcoholismo es una enfermedad, que él es un alcohólico y que necesita de ayuda para superar su problema, es muy difícil que se pueda tener por lo menos un leve éxito. Estamos concientes que el tratamiento del paciente alcohólico debe ser psicológico y proporcionado regularmente. La terapia de grupo que se utiliza en algunas agrupaciones ha ayudado a muchos alcohólicos. El hecho de que un paciente alcohólico tenga 5 ó 10 años de no tomar una sola gota de alcohol, no significa que esté curado, se le puede considerar que está rehabilitado.

En favor del empleo del alcohol está el hecho de que las bebidas alcohólicas suelen ser agradables y producen una sensación de bienestar o euforia y sobre todo distraen -

de las preocupaciones habituales, de las penas y dolores.

Los inconvenientes del alcohol resultan de su abuso pero es difícil señalar donde comienzan. El alcohol es dispendioso y no es necesario fisiológicamente. Disminuye la eficacia del sujeto como trabajador del músculo o de la inteligencia, aumentan los errores y peligro de accidente y relajan el autodomínio. Puede llevar a la disolución de la familia, al vicio, al crimen y a la misma muerte.

En el presente trabajo se analiza el efecto de 4 hipnóticos como tratamiento en casos de intoxicación alcohólica, y también se tomó una muestra control a la que no se le proporcionó ningún hipnótico. A todos los pacientes se les administró soluciones intravenosas para hidratación como parte del tratamiento habitual.

Se necesitó del laboratorio para llevar a cabo este estudio para analizar la sangre de los pacientes para averiguar la cantidad de alcohol que presentaba y como estaban las pruebas hepáticas. Para la alcoholémia se tomaba la muestra inmediatamente que ingresaba el paciente, se refrigeraba y se mandaba luego a analizar al laboratorio de la Facultad de Farmacia; las pruebas hepáticas se tomaban en ayunas y se mandaban inmediatamente al laboratorio del hospital General San Juan de Dios.

Con el presente estudio se pretende que sea considerada en una manera más individual el uso de hipnóticos en cada paciente; la necesidad de un laboratorio para investigar más efectivamente a los diferentes pacientes y que este estudio pueda ser útil a quien se interese por los problemas de este tipo.

GENERALIDADES

El Alcohol como Alimento:

El alcohol etílico se oxida en el organismo, dando 7 calorías por gramo. Pero es un alimento energético caro, que no se almacena ni forma constituyentes del organismo. En una ración puede reemplazar a una parte de las sustancias energéticas fisiológicas. El sitio de oxidación es el hígado, riñón y músculo. Se absorbe en parte en el estómago y el resto en el intestino delgado, llegando a su concentración máxima en la sangre al cabo de 1 hora 30 minutos, aproximadamente; en la sangre disminuye de una manera regular en proporción a su concentración. La absorción es más lenta, si se toman las bebidas con alimentos que cuando se ingieren solas. La curva de la caída del alcohol en la sangre no es modificada por el ejercicio muscular.

La eliminación renal del alcohol es escasa; el alcohol se elimina dos veces más rápidamente por el pulmón que por el riñón, y así en un minuto en 8 litros de aire espirado puede haber de 3 a 4 Mg. En muchos países en casos de accidentes o crímenes es obligatorio dosificar el alcohol en la sangre o el aliento.

Las soluciones de alcohol excitan la secreción del jugo gástrico. Sin embargo, con 5 a 10% de alcohol en el contenido gástrico se retrasa la digestión y con mucha concentración se produce irritación de la mucosa e hipersecre-

ción de mucus. El alcoholismo disminuye la absorción intestinal de las vitaminas del grupo "B" y por eso favorece la producción de las enfermedades por carencia: Beriberi, polineuritis y pelagra.

Epidemiología:

La dependencia del alcohol existe cuando éste interfiere con las relaciones interpersonales, las funciones psicológicas o la salud física. La dependencia del alcohol ocurre en todas las clases sociales y en todas las localizaciones geográficas. Es más frecuente en las grandes ciudades y afecta más a los varones que a las mujeres.

Tratamiento:

La intoxicación alcohólica aguda suele necesitar simplemente la supresión del alcohol y la protección del paciente. Los pacientes excitados ruidosos o combativos se tratarán de preferencia por aislamiento o persuasión, más que por medicamentos pues estos pueden ser peligrosos. Si son necesarios los medicamentos se aconseja utilizar 4 a 8 ml de paraldehído o 10 mg de clorpromadina, pero incluso estas pequeñas cantidades deben evitarse si la concentración sanguínea de alcohol es mayor de 250 mg por 100 ml.

Los pacientes con estupor o coma deben tratarse como casos de urgencia y vigilarse estrictamente. El lavado gástrico o los eméticos aumentan el peligro y deben evitarse. Los pacientes intensamente intoxicados se tratan igual que cualquier otro intoxicado con medicamento depresor.

No se disponen en la actualidad de antídoto o droga capaz de antagonizar el alcohol o su metabolismo.

Como el alcohol es una sustancia soluble en agua que se difunde libremente, en pacientes gravemente deprimidos puede usarse la diálisis peritoneal o la hemodiálisis para disminuir rápidamente la concentración sanguínea de alcohol.

Las molestias tardías (goma) requieren poco tratamiento, aparte de la abstinencia. Pueden prescribirse líquidos suaves y administrarse hidróxido de aluminio para disminuir las molestias gástricas. No es prudente prescribir sedantes e hipnóticos porque pueden ser causa de dependencia.

Las pérdidas de líquidos y electrolitos pueden ser muy intensas. El delirio, sudor y los vómitos pueden necesitar hasta 6 litros de solución salina y glucosada con vitaminas y potasio durante las primeras 24 horas. Las vitaminas no tienen efecto ninguno sobre la abstinencia pero corrigen las deficiencias de complicación.

Rehabilitación Física y Psiquiátrica:

Empieza durante la supresión del alcohol. El médico debe adoptar una actitud neutral acerca del hábito de beber del paciente; ni lo ha de condenar ni lo ha de permitir. Sin embargo hay que decirle con energía que reacciona al alcohol diferentemente que las demás personas, que nunca puede beber en sociedad y que, si desea curarse, es necesaria una abstinencia total y absoluta. El paciente debe percatarse de que se halla ante un problema que no puede re-

solver solo, que necesita ayuda, y que ha de cooperar y contribuir a su propio tratamiento.

Si se salva este obstáculo, se efectúa la fisioterapia individual, o de grupo, siguiendo las líneas usuales. El paciente, si lo desea, debe ponerse en contacto con los diferentes grupos contra el alcoholismo por ejemplo: A.A.

El disulfiram (Antabuse) y el carburo de calcio citrado bloquean la oxidación del alcohol en etapa de aldehído acético de manera que una persona que toma alcohol mientras ingiere estos medicamentos tendrá náuseas, vómitos, vasodilatación e incluso colapso cardiovascular por acumulación de aldehído acético. Estos medicamentos sólo son eficaces mientras el paciente sigue tomándolos. No han dado resultados espectaculares. La reacción del alcohol con disulfiram puede ser muy intensa incluso mortal. Por ello estos medicamentos se emplean muy poco en la actualidad.

Intoxicación Alcohólica Aguda:

La rápida ingestión de alcohol concentrado con el estómago vacío ocasiona más borrachera que el consumo lento de una cantidad similar con las comidas. Los signos y síntomas de intoxicación guardan bastante buena correlación con las concentraciones en la sangre o en la respiración. Una concentración sanguínea de alcohol de 50 mg por 100 ml o menor no suele acompañarse de signos clínicos de borrachera. A continuación una escala respecto a sintomatología y concentración alcohólica sanguínea:

de 0 a 1 g por litro

Estado subclínico: el individuo aparece normal a la observación ordinaria. Son detectables ligeros cambios sólo mediante tests especiales.

de 1 a 2.3 g por litro

Estado de inestabilidad emocional: inhibiciones disminuidas. Ligera incoordinación muscular. Lentitud de respuesta al estímulo.

de 1.6 a 3.4 g por litro

Estado de confusión: disturbios en la sensación. Disminución en la sensación del dolor. Marcha vacilante. Hablar farfullante.

de 2.6 a 4.3 g por litro

Estado de estupor: marcado descenso en la respuesta al estímulo. Incoordinación muscular. Proximidad a la parálisis.

de 3.5 a 5.4 g por litro

Estado de coma: inconciencia completa. Depresión de los reflejos. Temperatura subnormal. Anestesia. Trastornos de la circulación.

de 4.5 g por litro en adelante

Se puede producir la muerte.

Con base en las estimaciones de la escala precedente es que el Bureau International contra el alcoholismo, considera que un automovilista con una alcoholemia que alcance o pase el nivel de 1 g por litro representa un peligro serio para la circulación. En realidad este riesgo de inseguridad social comienza para muchos individuos antes del nivel señalado pues ya hemos visto que entre 0.5 y 1 gr por litro el 40% de las personas ya muestran signos clínicos de ebriedad.

OBJETIVOS

Generales:

- 1) Contribuir en algo para resolver el problema del alcoholismo.
- 2) Contribuir a ayudar al paciente alcohólico.
- 3) Dar una pauta para futuras investigaciones acerca del uso de hipnóticos en pacientes con intoxicación alcohólica.

Específicos:

- 1) Determinar si son necesarios los hipnóticos en el tratamiento de la intoxicación alcohólica.
- 2) Determinar el tiempo en hacer efecto, duración y efectos secundarios en los diferentes pacientes el uso de los diferentes hipnóticos.
- 3) Determinar la diferencia de los efectos entre los hipnóticos a usar y las características del paciente.

MATERIALES Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se utilizó el Sanatorio del Patronato Antialcohólico.

Se escogió una muestra al azar de acuerdo a una tabla de números aleatorios para una muestra de 100 sujetos. Los primeros 20 números fueron dados a los pacientes que se les trataría con el hipnótico tipo Taractán; los siguientes 20 números fueron asignados a los pacientes que iban a ser tratados con Valium; los siguientes 20 con Librium; los siguientes 20 pacientes fueron "control" y los siguientes 20 se les administró Pentobarbital.

A todos los pacientes se les extrajo una muestra de sangre de 10 cc a su ingreso al sanatorio, se introdujo la muestra en un frasco sellado con anticoagulante en su interior y se refrigeró hasta llevarlo al laboratorio de toxicología de la facultad de Farmacia para dosificar alcohol.

A todos los pacientes se les efectuó en ayunas extracción de sangre para pruebas de BST., fosfatasa alcalina, Transaminasa Glutámico Oxalacética, y bilirrubinas. Inmediatamente eran llevadas las muestras al laboratorio del Hospital General San Juan de Dios.

A su ingreso se les administró un hipnótico según la lista de números aleatorios y se les siguió el estudio durante el tiempo que estuvieron hospitalizados en el Sanatorio, y

se les pasó visita 3 veces al día. Por norma general en el Sanatorio Antialcohólico a los pacientes se les administran soluciones I.V. a su ingreso, etilizada, glucosada, con 2-4 CC de tiamina y complejo "B"; se les tiene hospitalizados por 4 días.

Durante el tiempo que duró el estudio se contó con la ayuda del personal de enfermería y del personal médico de la institución.

Los hipnóticos utilizados en este estudio se escogieron por las siguientes razones:

Valium: medicamento de mucho uso en las intoxicaciones alcohólicas y en sus consecuencias (síndrome de abstinencia, alucinosis, etc.).

Librium: medicamento recomendado en pacientes que padecen de agitación, nerviosismo, "goma", etc. Lamentando haber obtenido únicamente la presentación I.V.

Taractán: medicamento de reciente introducción se ha usado con éxito en casos de intoxicación alcohólica, se usa mucho en el Sanatorio.

Pentobarbital: medicamento de más uso dentro del Sanatorio.

Valium

Descripción: Cada cc contiene 5 mg de diazepam. Es un derivado de la benzodiazepina. Químicamente diazepam -

es: 7-cloro-1,3-dihidro-1-metil-5-fenil-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Acción: En animales, diazepam actúa en la parte de el sistema límbico, tálamo e hipotálamo, e induce efectos tranquilizantes. Diazepam, diferente a la clorpromazina y reserpina, no se le ha demostrado acción de bloqueo autónomo periférico, ni produce efectos extrapiramidales colaterales. Sin embargo animales tratados con altas dosis han presentado ataxia transitoria. Experimentos de larga duración en ratas revelaron que no hubo ningún disturbio en la función endócrina. Las inyecciones en animales produjeron irritación local de tejidos alrededor del sitio de inyección y algún engrosamiento de las venas al ser intravenosa la administración.

Indicaciones: Valium es útil en la liberación de los síntomas de tensión y ansiedad que resultan de situaciones estresantes. Es útil en estados siconeuróticos manifestados como: tensión, ansiedad, aprehensión, fatiga, síntomas depresivos o agitación.

En la intoxicación alcohólica aguda, puede ser muy útil en el alivio de la agitación, temblor, amenaza o delirium tremens y alucinosis.

Valium es útil para el alivio de espasmos de musculatura esquelética debidos a patología local, atetosis y tétanos. Es útil también en estatus epilépticos y en ataques convulsivos recurrentes.

También es útil para premedicación en actos quirúrgicos, prefiriéndose la vía I.M.

Recomendaciones: En la vía I.V. la solución debe ser inyectada lentamente, tomando por lo menos un minuto por cada 5 mg administrados. NO se debe mezclar valium con otras drogas ni soluciones, NO se debe de sumar a las soluciones intravenosas.

Se debe de administrar con mucho cuidado sobre todo por vía I.V. a los pacientes ancianos, graves y aquellos con la reserva pulmonar limitada pues existe la posibilidad de apnea o para cardíaco.

No debe ser administrado en pacientes en shock, coma o en intoxicación alcohólica aguda con depresión de los signos vitales. Se debe tener cuidado en la administración de valium en pacientes que se necesita que estén completamente alerta, al igual que darle recomendaciones a los pacientes que estén bajo tratamiento, respecto a la no ingestión de alcohol pues el valium actúa como depresor del SNC.

Dependencia: Síntomas de abstinencia (similares a los vistos en barbituratos y alcohol), han ocurrido cuando se suspende bruscamente, (convulsiones, vómitos, sudoración, etc.)

Uso durante el embarazo: Durante el embarazo debe de balancearse los riesgos respecto de los beneficios que podría traer el uso de la droga. No es recomendable para uso obstétrico.

Precauciones: si se combina con otro psicotrópico o anti-convulsivante, hay que tomar consideraciones respecto de la farmacología del otro agente, particularmente si puede -

existir una potencialización de los efectos, tales como: fenotiazinas, narcóticos, barbitúricos, MAO inhibidores y otros antidepresores. Los metabolitos del valium se excretan por el riñón. En pacientes con tendencia suicida se deben de tomar las precauciones necesarias.

En pacientes que se les administra valium se puede ver cierta hipotensión o debilidad muscular, principalmente aquellos que están usando narcóticos, barbitúricos o alcohol.

La seguridad y eficacia del valium inyectable, no ha sido establecida en niños menores de 12 años.

Reacciones adversas: Los efectos colaterales más comúnmente reportados son: modorra, fatiga y ataxia; trombosis venosa y flebitis en el sitio de inyección. Otras reacciones adversas reportadas son: SNC: confusión, depresión, cefalea, hipoactividad, síncope, vértigo, G.I.: Constipación, náusea. G.U: incontinencia, cambios en la libido, retención urinaria. Cardiovascular: bradicardia, colapso vascular, hipotensión. Piel: urticaria, prurito. Otros: hipo, cambios en la salivación, neutropenia, ictericia. Puede existir reacciones paradójicas, como estados de hiperexcitación agudos, ansiedad, insomnio, que al ocurrir se debe discontinuar la droga. En el EEG se ha visto bajo voltaje y rápida actividad, en pacientes durante y después de su tratamiento, y no tiene una significación conocida.

Se recomienda controles sanguíneos y de funcionamiento hepático durante los tratamientos largos.

Dosis: la dosis debe ser individualizada, que va de 2 mg.

IM o IV. según indicación y según la severidad del caso, cada 3-4 horas.

Sobredosificación: somnolencia, confusión, coma y disminución de los reflejos. Respiración, pulso y presión sanguínea deben ser monitorizados.

Librium

Descripción: Librium es químicamente: 7-cloro-2-metilamino-5-fenil-3h-1,4-benzodiazepina-4-óxido bajo forma de clorhidrato. En la forma inyectable se presenta en ampollas de 100 mg. de sustancia seca y 2 cc de disolvente especial para inyección im y 1 amp. de 10 cc de disolvente especial para administración iv.

Acción: para aliviar la ansiedad y la tensión además de algunos mas emocionales desórdenes. La droga ha sido estudiada extensamente en animales y los resultados son sugestivos de que actúa en el sistema límbico del cerebro, que recientemente evidencias indican que está envuelto en respuestas emocionales.

Indicaciones: para el alivio de la ansiedad y tensión, consecutivos síntomas de alcoholismo agudo, aprehensión y ansiedad preoperatoria, y en el tratamiento de diversos estados de ansiedad y tensión.

Contraindicaciones: en pacientes con conocida hipersensibilidad.

Recomendaciones: en pacientes que están tomando medica

mentos o agentes que deprimen el sistema nervioso central, deben ser prevenidos de posibles efectos combinados. También en pacientes que necesiten de mucha atención en sus actividades hay que prevenirles sobre todo si es maquinaria o conducción de vehículos.

Dependencia física y psicológica: estas han sido reportadas muy raramente, en personas que reciben dosis recomendadas. De todas maneras se debe observar precaución en pacientes que tengan historia de aumentar las dosis por propia iniciativa y/o sean fácilmente susceptibles de entrar en adicción. En embarazadas debe de ponerse en la balanza los posibles beneficios respecto de los posibles riesgos.

Sobredosis: somnolencia, confusión, coma y disminución de los reflejos. Respiración, pulso y presión sanguínea deben de monitorizarse.

Precauciones: se indica principalmente en estados agudos, y pacientes que reciban la droga por vía I.M. deben de ser observados preferentemente en cama por lo menos 3 horas. No se les debe permitir hacer actividades que conlleven algún riesgo. En general el uso asociado de librium con algún otro sicotrópico no se recomienda. Debe de tomarse en cuenta el funcionamiento renal y hepático para cualquier asociación, además de una estricta vigilancia es especialmente con inhibidores de MAO o fenotiacinas.

Efectos indeseables: la necesidad de discontinuar la droga por efectos indeseables es rara. Modorra, ataxia y confusión son los efectos más comúnmente reportados.

Otros efectos indeseables reportados aisladamente, erupcio

nes en piel, hipotensión, taquicardia, punto de síncope, edema, irregularidades pasajeras en menstruación, visión borrosa. En el EEG se ha podido ver bajo voltaje y rápida actividad.

Dosis: en consecutivos síntomas de alcoholismo agudo: 50 a 100 mg im o iv repitiéndose c/2-4 horas si fuere necesario.

Taractán: (Chlorprothixeno)

Descripción: Ampolla de 2 cc. 30 mg. El Taractán (Chlorprothixeno) es un derivado del thioxanteno. Químicamente es el alfa isomero de 2-cloro-N,N-dimetilthioxanteno-delta, gamma-propilamina. La estructura química del chlorprothixeno se asemeja a las fenotiacinas.

Acción: Después de inyectar taractán a gatos, los cambios del EEG sugirieron que este actúa en el tallo cerebral.

Indicaciones: Está indicado para el control de la agitación moderada y severa, ansiedad y tensión cuando tales síntomas son manifestaciones de esquizofrenia.

Contraindicaciones: Colapso circulatorio, estado comatoso debido a depresión central por drogas (alcohol, hipnóticos, opiáceas), etc. y reconocida sensibilidad a la droga.

Precauciones: Uso en embarazo: La seguridad de la droga no está completamente demostrada. La droga puede dañar la mente y/o habilidad psíquica requerida para el desempeño de tareas que conlleven riesgo como manejar vehículo - por ejemplo. El paciente que se le administre taractán de-

be ser prevenido de posibles efectos combinados con el alcohol. La seguridad y eficacia del taractán no ha sido bien establecida para la administración en niños menores de 6 años, o para niños menores de 12 años en la vía parenteral.

Debido a la similitud que guarda la estructura con las fenotiacinas, todas las precauciones tomadas con las fenotiazinas deben de serlo también para el taractán. Debe usarse con precaución en pacientes que: estén recibiendo barbitúricos o narcóticos; estén recibiendo atropina o drogas relacionadas, que tengan historia de epilepsia; que tengan enfermedad cardiovascular; que padezcan enfermedad respiratoria.

El apareamiento de discracias sanguíneas requiere la suspensión del tratamiento.

Cuando el tratamiento ha sido prolongado debe tomarse en cuenta que puede aparecer daño hepático, variación en la función tiroidea, retinopatía pigmentaria, depósito corneal o lenticular, diskinesias irreversibles.

No ha sido reportado que pueda producir dependencia psíquica pero la suspensión brusca de dosis altas puede hacer que se presente, náusea, gastritis, vómitos, vahido, temulicidad.

Nota: Muerte súbita ha sido reportada en pacientes que han recibido fenotiazina, por paro cardíaco o por asfixia debido a enfermedad del reflejo de la tos. Se ha visto también ictericia que cede con la suspensión del tratamiento, del tipo obstructivo.

Dentro de los desórdenes hematológicos que pueden ser: agranulocitosis, eosinofilia, leucopenia, anemia hemolítica, púrpura y pancitopenia.

Cardiovascular: hipotensión postural, taquicardia, bradicardia, paro cardíaco. En pacientes recibiendo fenotiazinas se han visto cambios en el ECG, inespecíficos reversibles - la discontinuar la droga.

SNC: Relacionados directamente con la dosis tenemos entre las reacciones neuromusculares (extrapiramidales), tres formas: 1) Pseudo-parkinsonismo, 2) AKATHISIA (dificultad motora) y 3) Distonías, incluyendo estas a espasmos de los músculos de la nuca, convulsiones, trismus. Se ha reportado hiperreflexia en recién nacidos de madres que han recibido fenotiazinas durante el embarazo.

Reacciones alérgicas: Urticaria, prurito, eczema, asma, anafilactoide (reacción).

Reacciones del SNA: Boca seca, congestión nasal, constipación, ileo adinámico, miosis, midriasis, retención urinaria.

Dosis: La dosis debe ser ajustada individualmente de acuerdo a la severidad del caso. En general dosis pequeñas se usan principalmente y luego se va aumentando según las necesidades, hasta llegar a los óptimos efectos. Se puede dar de 30 a 60 mg. im. tres o cuatro veces diarias.

Sobredosificación: Hipotensión, depresión respiratoria, taquicardia, pirexia, constricción pupilar, coma. En el período de recuperación se puede ver convulsiones, hiperactivi-

dad y hematuria.

Pentobarbital

Lamentablemente la casa que distribuye el medicamento que fue usado para este estudio no tiene documentos para informarnos un poco de las características del producto. - Unicamente sabemos que la presentación viene en ampollas de 2 ml conteniendo 0.320 gr de pentobarbital.

Historia: Conrad y Gutzeit en 1882 sintetizaron el barbit. En 1903, Fischer y Von Mering lo introducen como hipnótico.

Química: Es un derivado de las Hidropirimidinas (Malonilureas) y es de acción corta.

Acción: A bajas dosis deprime las funciones sensoriales; hay sedación sin analgesia; anticonvulsivante. Altas dosis: deprime las funciones motoras; aumenta la sedación; anestesia.

Mecanismo: A dosis hipnóticas y sedantes actúan principalmente a nivel del tálamo y en la formación reticular-ascendente.

Farmacodinámica: Se absorbe bien por cualquier vía, la mayoría es metabolizado por el hígado, es excretado por vía renal.

Toxicidad: Sobredosis produce depresión severa, prece diendo al coma y la cesación de la respiración; puede ha-

ber reacción dermatológica, confusión y puede aparecer -- síndrome de abstinencia.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Como ya se mencionó anteriormente, las pruebas de laboratorio que se mandaron hacer fueron: Bilirrubinas, B.S.T., Transaminasa Glutámico Oxalacética (T.G.O.), Fosfatasa Alcalina (F. Alc.), dosificación de Alcohol en Sangre (Dos. Alc.)

Respecto a las pruebas de bilirrubinas, se tomó como valor normal el mismo que toman en el laboratorio del Hosp. Gral. siendo estos así: Bilirrubina Total (T): de 0.4 a 1.4., Bilirrubina Directa (D): de .0 a 0.6 U., Bilirrubina Indirecta (I): de 0.4 a 0.8U. Se les tomó muestras a los 100 pacientes pero por la falta de laboratorio inmediato se estropearon 10 muestras.

Es de hacer notar que la bilirrubina directa únicamente se encontró alterada en un paciente (el #70).

La bilirrubina indirecta se encontró elevada en 44 de los pacientes estudiados, en su mayoría fue un dato anormal aislado. Los V. Nls. de B.I van de 0.0 a 0.6 y la D. va de 0.4 a 0.8U.

La prueba de Bromosulfontaleina, se efectuó en todos los pacientes, pero lamentablemente únicamente se analizaron en buena forma 72 muestras ya que se echó a perder el resto por defectos en la muestra. De las 72 muestras salieron anormales 18 casos, de los cuales 12 tenían relación

con bilirrubina indirecta elevada y 9 con T.G.O. elevada. La NI. de BST. es 6%-45%.

La prueba de T.G.O se efectuó en todos los pacientes lamentablemente solo 78 resultaron buenas muestras ya que el resto se echó a perder en su transporte al laboratorio. Salieron anormales 33 casos, de los cuales se relacionaron con 23 casos de Bilirrubina I. aumentada y con 10 casos de Fosfatasa alcalina aumentada. Los valores Nls. de TGO: 30-69U.

La prueba de Fosfatasa alcalina, se efectuó en todos los pacientes, lamentablemente solo fue posible tener una buena muestra en 79 casos, saliendo anormal alta en 15 pacientes, de los cuales se relacionaron con BST, anormal en 3 casos, y con bilirrubina I alta en 10 casos.

Datos Socio-Económicos

Edad:

0 a 20
21 a 25
26 a 30
31 a 35
36 a 40
41 a 45
46 a 50
51 a 55
56 a 60
61 o más

Cant. y %

0 0
4 4
10 10
11 11
17 17
18 18
19 19
13 13
5 5
3 3

Estado Civil Cant. y %

Viudo	1
Divorciado	7
Separado	12
Unido	13
Soltero	14
Casado	53

Separado 1 vez	23
Separado varias veces	7

Oficio

Comerciante	19
Desempleado	13
Oficinista	6
Agricultor	6
Pequeño Industrial	6
Mecánico	6
Abogado y Notario	5
Carpintero	5
Maestro	4
Piloto Automovilista	3
Panificador	3
Tipógrafo	2
Joyerero	2
Agrónomo	2
Soldador	2
Jubilado	2
Publicista	2
Destazador	1

Oficio....(cont.)

Albañil	1
Músico	1
Pintor	1
Contador	1
Ingeniero	1
Sastre	1
Asesor de Fincas	1
Plomero	1
Cocinero	1
Telegrafista	1
Laboratorista	1

Cantidad de Hijos

Sin hijos	15
1 hijo	14
2 hijos	17
3 "	12
4 "	13
5 "	10
6 "	7
7 "	4
8 o más hijos	8

Salario

0	12
1 - 50	3
51 - 100	20
101 - 150	18

Salario (cont.)

151 - 200
201 - 250
251 - 300
301 - 350
351 - 400
401 - más

Cant. y %

17
8
8
3
2
9

Tenencia de vivienda

Propia
No propia

62
38

Tiempo de estar alcoholizado

2 días
3 "
4 "
5 "
6 "
7 "
8 "
9 "
10 "
11 "
12 "
15 "
18 "
19 "
20 "

3
12
8
3
4
3
14
3
3
1
6
9
2
1
2

26

Tiempo de estar alcoholizado (cont.)

Cant. y %

21 días
24 "
25 "
26 "
30 "
45 "
2 Meses
3 "
4 "
1 Año
Diariamente

1
2
2
1
7
2
3
3
2
2
1

Cantidad ingerida el último día

0 Octavos
1 "
2 "
3 "
4 "
5 "
6 "
7 "
8 "
9 "
10 "
1 Botella
2 "
2-3 Botellas de vino
19 Cervezas
Cian

1
2
3
8
9
9
8
2
10
1
5
30
8
2
1
1

Tiempo de ser alcohólico	Cant. y %
0 a 5 años	20
6 a 10 "	19
11 a 15 "	16
16 a 20 "	21
21 a 25 "	8
26 a 30 "	8
31 a 35 "	4
36 a 40 "	2
41 a más años	2

Medicación con sedantes (automedicación anterior)

Tipo:	Cantidad
Valium	15
Librium	10
Tranquilán	6
Ecuanil	5
Largactil	4
Mogadon	3
Serepax	4
Namurón	2
Nobrium	2
Ativan	2
Salidon	1
Fenobarbital	1
Sosegón	1

En total el 51% de los pacientes ha ingerido por automedicación más de algún sedante.

Frecuencia	Cantidad
Rara vez	13
Al beber licor	14
Diario	18
2 veces por semana	6

Antecedentes Médicos de Uso de Hipnóticos

Ingresos previos

0	25
1	20
2	17
3	8
4	7
5	7
6	2
7	2
8	3
9	2
10	1
11 o más	6
Bilirrubinas	

	Tot.	D	I	B.S.T.	T.G.O.	F. Alc.	Dos. Al.	Edad
1)	0.75	0.07	0.68	2	60	50	3.8	46
2)	0.75	0.07	0.68	1		33	4.7	72
3)				7		40	3.7	48

Bilirrubinas (cont.)

	Tot.	D	I	B.S.T.	T.G.O.	F.	Alc.	Dos.	Al.	Edad
4)	1.50	0.15	1.35	6			44.5	2.3		54
5)								2.9		28
6)				2			35.5	2.9		49
7)	0.75	0.15	0.60	15						46
8)				5			69	0.5		46
9)	1.40	0.35	1.05	17				0		43
10)	0.75	0.15	0.60	2				4		39
11)	0.30	0.07	0.23					1.1		34
12)	1.11	0.22	0.89	9				2		40
13)	0.45	0.22	0.23	3				0		55
14)	1.11	0.25	0.89	6				0		35
15)	1.40	0.22	1.18	2				2.9		55
17)	0.60	0.07	0.53					0		43
19)	0.45	0.07	0.38	5				3.2		37
22)	1.11	0.22	0.89	3				2.6		53
23)	0.90	0.27	0.68	5	21			4.3		45
24)	0.75	0.30	0.45	9	32			4		47
25)	0.45	0.15	0.30	2	5			0.9		37
26)	0.60	0.22	0.38	2	32			0		53
27)								2.3		37
28)	0.75	0.15	0.60	1	17		44.5	3.4		33
29)	0.45	0.15	0.30	2	21		44	2.1		25
30)	1.40	0.30	1.10	2	28.5		55.5	3.4		30
31)	1.50	0.37	1.13	1	21		33	3.7		26
32)	1.11	0.22	0.89	1	14		50	1.1		49
33)				8				4.1		30
35)	0.90	0.15	0.75	6	21		25	3.1		22
36)	0.75	0.15	0.60	6	17		48	1.2		50
37)	1.11	0.22	0.89		43		100	3.5		42

Bilirrubinas (cont.)

	Tot.	D	I	B.S.T.	T.G.O.	F.	Alc.	Dos.	Al.	Edad
38)	1.11	0.37	0.74	1	36		60	3.4		40
39)	1.85	0.45	1.40		36		40	0.4		33
40)	1.50	0.35	1.15		53		55	0.3		52
41)	1.11	0.22	0.89		40		43	3.7		41
42)	1.11	0.30	0.81		50		28	1.2		55
43)	2.00	0.55	1.45	1	28		44	2.8		35
44)	0.90	0.30	0.6	8	46		57	3		25
45)	1.50	0.30	1.20	4	25		100	3		60
46)	2.00	0.37	1.63	7	50		80	3.6		29
47)	0.75	0.30	0.45		36		73	3.2		55
48)	1.50	0.37	1.13		40		50	2.5		52
49)	0.60	0.15	0.45		20		66	3.2		52
50)	0.75	0.15	0.60	2	35		45	4.3		50
51)	0.60	0.22	0.38	1.5	20		72	4		60
52)	0.75	0.22	0.53	1	40		35	2.3		41
53)	1.40	0.37	1.03	2	66		104	4		37
54)	1.11	0.22	0.89	2	46		54	5.3		47
55)	1.50	0.37	1.13		25		58	3.3		44
56)	0.90	0.37	0.53	1.5	17		76	0.3		36
57)	1.50	0.22	1.28	1	21		48	2.4		40
58)	0.75	0.5	0.60	2	21		74	4.4		73
59)	0.60	0.07	0.53	1	17		58	0.1		47
60)	0.75	0.7	0.68	1	46		44	2.6		42
61)	0.90	0.15	0.75	1	28		54	2.9		36
62)	1.70	0.30	1.40	3.5	14		72	2		59
63)	1.35	0.30	1.05	7.5	43		40	3.4		48
64)	1.50	0.22	1.28	4	17		62	3.45		33
65)	1.70	0.15	1.55		32		54	2.0		30
66)	1.35	0.15	1.20	10	40		38	5.75		48

Bilirrubinas (cont.)

	Tot.	D	I	B.S.T.	T.G.O.	F. Alc.	Dos. Al.	Edad
67)	0.60	0.15	0.45	2.5	36	44	2.73	28
68)	1.11	0.15	0.96	5	36	44	3.75	29
69)	1.35	0.15	1.20		65	56	3.7	54
70)	2.35	0.70	1.65	11.5	56.5	62	2.9	49
71)	1.40	0.30	1.10	5	32	72	3.5	36
72)	0.15	0.07	0.08	6	108	68	29	41
73)							2.3	65
74)	0.60	0.07	0.53		50	58	2.4	30
75)	0.15	0.07	0.08		17	32	1.7	25
76)					114	20	4.5	38
77)	1.40	0.37	1.03	8.5	11	44	0	45
79)	1.85	0.45	1.40	12.5	32	38	3.45	34
80)	1.85	0.37	1.48	3.5	50	64	2.94	35
81)	1.35	0.30	1.05	7.5	73	160	2	30
82)	1.35	0.22	1.11	2	21	46	1.44	46
83)	0.60	0.15	0.45		66	56	4	34
84)	2.00	0.45	1.55	7.5	120	142	1.75	34
85)	0.60	0.14	0.46	7	73	68	3.16	43
86)	1.11	0.30	0.81	5	61	52	1.44	45
87)	0.75	0.15	0.60	5	66	50	0	56
88)	0.45	0.07	0.38		73	42	1.44	54
89)	1.35	0.22	1.13		46	38	2	41
90)	1.35	0.22	1.13	7.5	36	60	0	38
91)	1.11	0.22	0.89	3.5	50	78	2.30	59
92)	1.11	0.07	1.04	5	17	64	3.74	34
93)	1.35	0.45	0.90		41	84	3.74	40
94)	1.35	0.37	0.98		17	70	0	48
95)	1.40	0.15	1.25		53	58	3.74	53
96)	1.11	0.22	0.89		40	36	1.76	43

Bilirrubinas (cont.)

	Tot.	D	I	B.S.T.	T.G.O.	F. Alc.	Dos. Al.	Edad
97)	1.11	0.22	0.89		50	126	3.45	45
98)	1.35	0.22	1.13		32	56	2.93	48
99)	0.45	0.15	0.30	4	14	24	2.30	40
100)	0.60	0.07	0.53	2	25	60	3.4	47
101)	0.90	0.07	0.83	2	21	38	2.44	40
102)	1.40	0.22	1.18	5	66	36	1.73	42
103)	0.75	0.07	0.68	3.5	25	40	3.45	42
104)	1.35	0.15	1.20	7.5	28	48	4	38
105)							3.74	46
106)	1.35	0.15	1.20	3	56	56	3.7	39

Estado al ingresar	Medicación con sedantes	Antecedentes M.D. de importancia	P/A	Examen Físico PX ¹ Temp. Resp.
1) Incoherente	si	Gastritis	120/80	90 36°
2) Incoherente	si	Enfisema pulmonar	110/70	98 36.9°
3) Incoherente	si		130/90	80 37°
4) Nervioso	si		110/70	90 37°
5) Incoherente	no		110/70	80 36.8°
6) Incoherente	no		130/80	96 36.6°
7) Incoherente	si	Cefalea frec.	110/70	90 36.8°
8) Nervioso	no	Gastritis	120/80	88 37°
9) Incoherente	no	Gastritis	130/90	88 36.9°
10) Incoherente	si		110/90	90 36.9°
11) Incoherente	si	Gastritis	130/90	96 36.5°
12) Incoherente	si	Hipertensión	120/80	90 36.4°
13) Incoherente	si		130/80	100 36.5°
14) Nervioso	si	Gastritis	120/80	90 36°
15) Sedado	si	Gastritis	140/90	110 36°
17) Incoherente	no	Gastritis	130/90	90 36°
19) Tranquilo	si	Epilepsia	120/80	80 36.8°
22) Deprimido	si	Pancreatitis	130/100	90 36.9°
23) Incoherente	no		110/70	108 36°

Estado al ingresar	Medicación con sedantes	Antecedentes M.D. de importancia	P/A	Examen Físico PX ¹ Temp. Resp.
24) Deprimido	si		120/90	98 36.8°
25) Deprimido	no		120/90	90 36.8°
26) Nervioso	si		140/80	98 36.9°
27) Tranquilo	si	Úlcera	130/80	98 36°
28) Sedado	si	Gastritis	110/80	96 36.3°
29) Deprimido	si		110/80	96 37.5°
30) Nervioso	no	Gastritis	110/80	96 36.9°
31) Agresivo	no		110/80	100 36.8°
32) Deprimido	si	Infarto del miocardio	130/80	96 36.4°
33) Privado	no		120/80	96 36.7°
35) Agresivo	no	Gastritis	120/80	90 36.4°
36) Deprimido	no		130/90	104 36.9°
37) Deprimido	no		130/80	104 37°
38) Tranquilo	no		120/80	104 37°
39) Deprimido	si	Gastritis	120/80	90 36.9°
40) Tranquilo	no		130/100	80 37°
41) Deprimido	no		110/70	86 36.9°
42) Eufórico	si	Gastritis	140/90	88 36.7°
43) Nervioso	no		120/80	90 36.5°

Estado al ingresar	Medicación con sedantes	Antecedentes M.D. de importancia	P/A	Examen Físico PX ¹	Temp.	Resp.
44) Deprimido	no		120/80	70	37.5°	
45) Deprimido	si	Gastritis	130/90	95	36.9°	
46) Deprimido	no		120/80	98	36.7°	
47) Deprimido	si		130/100	100	36.5°	
48) Deprimido	no		140/110	100	36.9°	
49) Deprimido	no	Gastritis	140/100	95	36.6°	
50) Privado	no		110/70	110	37.2°	
51) Tranquilo	no		140/90	100	36.4°	
52) Deprimido	no		140/90	88	36.6°	
53) Incoherente	si	Epiléptico	130/80	90	36.8°	
54) Deprimido	si		140/80	90	36.8°	
55) Deprimido	no		140/90	98	36.9°	
56) Deprimido	no		130/80	88	36.7°	
57) Nervioso	no		140/90	100	36.5°	
58) Incoherente	no		140/90	88	36.9°	
59) Tranquilo	no	Gastritis	130/80	96	36.6°	
60) Deprimido	no	Gastritis	130/80	96	36.4°	
61) Deprimido	no		140/80	100	36.6°	
62) Deprimido	si		120/80	110	36.5°	

Estado al ingresar	Medicación con sedantes	Antecedentes M.D. de importancia	P/A	Examen Físico PX ¹	Temp.	Resp.
63) Incoherente	si		120/90	110	36.7°	
64) Incoherente	no		130/90	90	36.9°	
65) Agresivo	no		130/90	90	36.8°	
66) Eufórico	si	Diabetes	140/90	96	37.3°	
67) Deprimido	no		150/100	90	37°	
68) Incoherente	si		120/80	80	36.9°	
69) Nervioso	no		140/90	80	36.6°	
70) Deprimido	no		140/90	88	36.5°	
71) Incoherente	si	Diabetes	120/80	90	36.4°	
72) Agresivo	si		140/80	80	36.7°	
73) Nervioso	si		150/90	80	36.9°	
74) Nervioso	no		120/80	90	36.6°	
75) Agresivo	si		120/80	90	36.8°	
76) Sedado	si		120/80	88	36.4°	
77) Tranquilo	no	Gastritis	130/80	90	37.4°	
79) Deprimido	si	Infec. urinaria a repet.	120/80	90	37	
80) Deprimido	no		110/70	94	36.6°	
81) Tranquilo	no		140/90	96	36.9°	
82) Deprimido	si		120/80	90	36.5°	

38	Estado al Ingresar	Medicación con sedantes	Antecedentes M.D. de importancia	Examen Físico		
				P/A	PX'	Temp. Resp.
83)	Deprimido	no		120/80	90	36.7°
84)	Deprimido	si		130/90	88	36.7°
85)	Nervioso	si		130/80	96	37°
86)	Nervioso	si		140/90	96	36.9°
87)	Agresivo	si		130/80	90	37.1°
88)	Nervioso	si		140/80	88	37.1°
89)	Deprimido	no		130/90	88	36.5°
90)	Tranquilo	no		130/80	80	36.8°
91)	Nervioso	si		140/80	70	36.7°
92)	Sedado	si		120/80	88	36.4°
93)	Deprimido	no		120/80	88	36.9°
94)	Incoherente	no		120/80	80	36.9°
95)	Incoherente	si		140/80	80	36.9°
96)	Deprimido	si		130/80	90	37°
97)	Incoherente	no	Hipertensión	150/100	96	36.5°
98)	Deprimido	si		130/90	96	36.5°
99)	Deprimido	no		130/80	95	36.9°
100)	Deprimido	si	Hipertensión	170/110	90	36.9°
101)	Deprimido	si	Hipertensión	150/120	80	36.4°

Estado al Ingresar	Medicación con sedantes	Antecedentes M.D. de importancia	Examen Físico		
			P/A	PX'	Temp. Resp.
102)	Eufórico	si	130/90	88	36.7°
103)	Deprimido	si	130/90	90	36.7°
104)	Nervioso	no	140/90	80	36.9°
105)	Deprimido	no	160/110	100	36.6°
106)	Deprimido	no	120/80	100	36.5°

<u>Droga Administrada</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo en duración</u>		<u>Efectos secundarios</u>
<u>Vía de Admon.</u>		<u>hacer efecto</u>		
1) Taractán im.	60 mg	45'	24 h.	obnubilado
2) Pentobarbital im.	320 mg	10'	3 h.	hipotensión
3) Taractán im.	30 mg	20'	12 h.	
4) Librium iv.	100 mg	30'	30'	
5) Pentobarbital im.	320 mg	30'	8 h.	
6) Control				
7) Pentobarbital im	320 mg	30'	6 h.	
8) Control				
9) Valium im. (Librium)	10 mg	20'	4 h.	

40	<u>Droga Administrada</u> <u>Vía de Admon.</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo en duración</u> <u>hacer efecto</u>		<u>Efectos secundarios</u>
	10) Control (Taractán)	60 mg	50'	4 h.	aturdido
	11) Pentobarbital im.	640 mg	2 horas	5 h.	obnubilado
	12) Taractán im.	30 mg	no hizo		
	13) Taractán im.	30 mg	1 hora	12 h.	obnubilado
	14) Librium im.	100 mg	30'	4 h.	
	15) Taractán im.	30 mg	20'	8 h.	
	17) Valium im.	20 mg	40'	2 h.	
	19) Taractán im.	30 mg	20'	1 h.	
	22) Control (Pento)	320 mg	no hizo		
	23) Control				
	24) Valium im.	20 mg	30'	7 h.	
	25) Pentobarbital im.	320 mg	35'	8 h.	Obnubilado
	26) Pentobarbital im.	320 mg	25'	9 h.	obnubilado
	27) Control				
	28) Librium iv.	100 mg	40'	3 h.	
	29) Pentobarbital im.	320 mg	no hizo	4 h.	
	30) Taractán im.	30 mg	30'	7 h.	
	31) Valium (Taractán)	30 mg	30'	6 h.	
	32) Librium iv.	200 mg	no hizo		

	<u>Droga Administrada</u> <u>Vía de Admon.</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo en duración</u> <u>hacer efecto</u>		<u>Efectos secundarios</u>
	33) Valium (no se administró)				
	35) Control				
	36) Librium iv.	100 mg	30'	6 h.	
	37) Taractán (Pento)	320 mg	10'	5 h.	obnubilado
	38) Control				
	39) Librium iv.	100 mg	30'	4 h.	náuseas
	40) Control				
	41) Taractán	30 mg	20'	10 h.	
	42) Pentobarbital im.	320 mg	45'	14 h.	obnubilación
	43) Control				
	44) Control (Taractán)	30 mg			
	45) Control (Pento im.)	320 mg			
	46) Control (Pento im.)	320 mg			
	47) Valium (Pento im.)	640 mg	1 h. 30'	4 h.	obnubilación
	48) Valium im.	20 mg	1 h. 30'	2 h.	
	49) Librium iv.	100 mg			
	50) Librium iv.	100 mg	20'	4 h.	
	51) Pentobarbital im.	320 mg	20'	3 h.	obnubilación
41	52) Valium iv.	20 mg	30"	12 h.	

<u>Droga Administrada</u> <u>Vía Admon.</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo en duración</u> <u>hacer efecto</u>		<u>Efectos secundarios</u>
53) Pentobarbital im.	320 mg	5'	6 h.	obnubilación
54) Librium (no se le dió)				
55) Taractán im.	30 mg	60'	18 h.	
56) Valium iv.	20 mg	30"	12 h.	
57) Librium iv.	100 mg	40'	3 h.	
58) Taractán im.	30 mg	20'	8 h.	
59) Librium (no se le dió)				
60) Control (Pento)	320 mg		8h.	obnubilación
61) Pentobarbital im.	320 mg	2 h.	11 h.	obnubilación
62) Valium iv.	40 mg	30"	3 h.	
63) Taractán im.	30 mg	30'	6 h.	
64) Taractán im.	30 mg	20'	8 h.	
65) Control (Pento)	320 mg	30'	10 h.	
66) Valium im.	10 mg	2 h.	10 h.	
67) Taractán im.	30 mg	30'	3 h.	
68) Valium iv.	20 mg	30"	4 h.	
69) Valium iv.	20 mg	10'	1 h.	
70) Valium iv.	20 mg	30"	2 h.	
71) Taractán (Valium)	20 mg	30'	10 h.	

<u>Droga Administrada</u> <u>Vía Admon.</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo en duración</u> <u>hacer efecto</u>		<u>Efectos secundarios</u>
72) Librium iv.	100 mg	10'	2 h.	
73) Valium iv.	10 mg	no hizo		
74) Librium iv.	100 mg	no hizo	8 h.	
75) Control (Taractán)	30 mg	10'	8 h.	
76) Taractán	30 mg	10'	10 h.	
77) Librium (no se le dió)				
79) Librium iv.	100 mg	20'	1 h.	
80) Librium iv.	100 mg			
81) Control				
82) Control				
83) Taractán im.	30 mg	10'	8 h.	
84) Pentobarbital im.	320 mg	25'	4 h.	
85) Control (Pento)	320 mg			
86) Pentobarbital im.	320 mg	25'	4 h.	
87) Taractán im.	30 mg	30'	6 h.	
88) Taractán im.	36 mg	25'	8 h.	
89) Taractán im.	30 mg	20'	2 h.	
90) Librium iv.	100 mg	10'	8 h.	
91) Pentobarbital im.	320 mg	30'	8 h.	aturdimiento

44	Druga Administrada Vía Admoni.	Dosis	Tiempo en duración hacer efecto		Efectos secundarios
92)	Taractán im.	60 mg	25'	3 h.	aturdimiento
93)	Valium iv.	10 mg	10"	2 h.	
94)	Librium (no se le dio)				
95)	Valium iv.	10 mg	3"	6 h.	aturdimiento
96)	Valium iv.	10 mg	no hizo		
97)	Pentobarbital im.	320 mg	10'	8 h.	
98)	Valium iv.	20 mg	no hizo		obnubilación
99)	Pentobarbital im.	320 mg	10'	4 h.	
100)	Pentobarbital im	320 mg	10'	7 h.	
101)	Taractán im.	30 mg	7'	12 h.	obnubilación
102)	Pentobarbital im.	320 mg	35'	4 h.	
103)	Taractán im.	30 mg	5'	18 h.	
104)	Librium iv.	100 mg	1 h.	1 h.	
105)	Pentobarbital im.	320 mg	30'	4 h.	
106)	Taractán im.	30 mg	20'	6 h.	

Estancia en Días		Condición de Egreso	
1)	4	Buenas condiciones	
2)	4	buenas condiciones	
3)	4	regulares condiciones	
4)	2	nervioso	
5)	1	mal estado	
6)	3	buenas condiciones	
7)	4	buenas condiciones	
8)	3	buenas condiciones	
9)	4	mdas condiciones	
10)	4	buenas condiciones	
11)	4	malas condiciones	
12)	4	buenas condiciones	
13)	3	buenas condiciones	
14)	4	regulares condiciones	
15)	4	buenas condiciones	
17)	4	buenas condiciones	
19)	4	buenas condiciones	
22)	4	nervioso	
23)	4	buenas condiciones	
24)	4	buenas condiciones	
25)	4	nervioso	
26)	3	nervioso	
27)	2	nervioso	
28)	4	nervioso	
29)	2	nervioso	
30)	4	nervioso	
31)	2	buenas condiciones	
32)	3	buenas condiciones	
33)	3	nervioso	
35)	2	mal estado	
36)	4	nervioso	

Estancia en Días

37)	4	buenas condiciones
38)	3	nervioso
39)	3	nervioso
40)	3	buenas condiciones
41)	3	Nervioso
42)	4	malas condiciones
43)	3	nervioso
44)	3	regulares condiciones
45)	4	regulares condiciones
46)	3	regulares condiciones
47)	3	nervioso
48)	3	regulares condiciones
49)	2	mal estado
50)	4	mal estado
51)	4	regulares condiciones
52)	3	buenas condiciones
53)	4	regulares condiciones
54)	3	regulares condiciones
55)	7	buenas condiciones
56)	4	regulares condiciones
57)	4	buenas condiciones
58)	5	regulares condiciones
59)	4	buenas condiciones
60)	4	nervioso
61)	3	buen estado
62)	4	buen estado
63)	4	nervioso
64)	3	buen estado
65)	1	malas condiciones
66)	2	malas condiciones
67)	2	regulares condiciones

Estancia en Días

68)	3
69)	4
70)	3
71)	3
72)	4
73)	3
74)	4
75)	4
76)	4
77)	2
79)	3
80)	3
81)	4
82)	4
83)	4
84)	4
85)	3
86)	3
87)	3
88)	4
89)	2
90)	4
91)	4
92)	4
93)	3
94)	4
95)	4
96)	3
97)	3
98)	6
99)	5

Condición de Egreso

nervioso
regulares condiciones
nervioso
regulares condiciones
malas condiciones
buenas condiciones
buenas condiciones
malas condiciones
buenas condiciones
buenas condiciones
mal estado
buenas condiciones
buenas condiciones
buenas condiciones
regulares condiciones
regulares condiciones
buenas condiciones
malas condiciones
malas condiciones
malas condiciones
malas condiciones
buenas condiciones
malas condiciones
regulares condiciones
regulares condiciones
buenas condiciones
buenas condiciones
buenas condiciones
buenas condiciones
regulares condiciones

Estancia en Días

100) 3
101) 3
102) 4
103) 3
104) 3
105) 4
106) 3

Condición de Egreso

regulares condiciones
nervioso
buenas condiciones
regulares condiciones
buenas condiciones
buenas condiciones
buenas condiciones

COMENTARIOS

Dentro del grupo investigado, se encontró que la edad más numerosa está comprendida de los 36 años a los 55 años, totalizando un total de 67% de la población estudiada.

Todos los pacientes son de sexo masculino por no aceptarse mujeres en el sanatorio.

Los casados totalizaban un 53%, pero no se profundizó dentro de la problemática familiar por no ser el tipo de problema que nos ocupa.

Se ha visto que la preocupación más frecuente dentro de este tipo de pacientes es el Comerciante y el desempleo, y puede notarse que entre los dos suman 32%, y su más cercano seguidor apenas llega al 6%.

El 86% gana menos de 300 Q. al mes, el 53% gana me

nos de 150 Q. por lo que puede decirse que es un grupo de gente con relativos escasos recursos las que asisten al sanatorio.

El tiempo de estar alcoholizado no fue un dato recabado con mucha confianza pues usualmente caía en incongruencia los datos dados por el paciente y los dados por la familia.

La cantidad ingerida de licor en los últimos días por día tampoco es de confiar pues por lo general no hay nadie que pueda vigilar y contar con exactitud la cantidad ingerida no obstante el paciente muchas veces no puede recordar.

La costumbre de automedicarse tranquilizantes dentro de los pacientes alcohólicos está muy difundida y en nuestro grupo el 51% lo experimentan. El valium y el librium es el tranquilizante más popular en nuestro grupo.

Respecto al examen físico, los signos vitales encontrados se repartieron así: respecto a la temperatura, el 15% la presentó entre 37° y 37.5° y el 85% entre 36° y 36.9°. La P/A el 10% presentó hipertensión, no se registró ningún caso de hipotensión. El pulso el 80% osciló entre 88 y 110 el 20% restante fue normal.

Dentro de los antecedentes médicos es notorio el padecimiento de gastritis, pues el 29% de los pacientes la padecen.

El taractán administrado a dosis de 30 mg im., por lo general conservó un promedio de 10 horas de efecto sobre

los pacientes, no se pudieron observar **efectos** directos **adversos** sobre los pacientes. Mantuvo un **promedio** de 25 minutos de duración para hacer efecto.

Pentobarbital: administrado a dosis de 320 mg im. con **servó** un promedio de 6 horas 30 min. de **efecto** de **dura-**ción sobre los pacientes, su efecto se **vio** que hacía a los **-**pacientes despertarse obnubilado y con **dificultad** para **man-**tenerse en pie. Por lo general mantuvo un promedio de 23 minutos para hacer efecto. En una **ocasión** el pentobarbital no dio los efectos esperados y fue **necesario** cambiar de **me-**dicamento.

El librium fue un medicamento que nos dio cierto **pro-**blema al comportarse muy débil como **hipnótico**, tuvimos 2 casos en que se les administró hasta 400 mg de librium y no se obtuvieron los efectos deseados. Su **acción** como **hipnóti-**co fue bastante débil, actuó mejor como tranquilizante, su **duración** como **hipnótico** fue de 3 horas 45 min. y el tiempo promedio para hacer efecto fue de 20 minutos, y se **admi-**nistró en forma intravenosa. Hubo que **substituirlo** varias **ve-**ces.

El grupo control es el grupo más interesante, se **vio** **-**que muchos pacientes no fue necesario administrarles **hipnó-**tico pero también casi al mismo número de pacientes fue **-**necesario administrarles el medicamento, así a 9 **pacientes** se les debió dar tratamiento y 10 quedaron sin el **tratamien-**to. Esto nos dice que si es necesario administrar **hipnótico** a **pacientes** con intoxicación alcohólica pero también nos dice que no es absolutamente indispensable.

El valium es un medicamento que como **hipnótico** **ac-**

tuó bien administrándose iv. ya que im. **tarda** un poco **en-**hacer su efecto y no tiene la misma potencia. A dosis de 20 mg iv. el valium dio excelentes resultados, el **inconve-**niente es que dura muy poco y hay que **estar** administrando bastante seguido el medicamento. El valium debe de **mane-**jarse con cuidado cuando se administra iv. pues puede **cau-**sar paro respiratorio, el efecto es inmediato.

Comentario de Casos Especiales

Al paciente #4 para poder hacerlo dormir por lo **intran-**quilo que se mostraba, fue necesario administrarle 400 mg de librium en 6 horas nunca ha sido aficionado a sedantes **-** y su hígado funciona perfectamente.

El paciente #9, a su ingreso estaba incoherente y no **-**podía caminar, el resultado de alcoholhemia indica que **te-**nía "0" gr. de alcohol, en su 3er día de hospitalización **co-**menzó a presentar edema en Ms. ls, se le mira muy decaído aún, se le hace Dx. de Desnutrición proteico-calórica de adulto.

Los pacientes #s 13, 14, 26, 87 y 94, ingresaron con **di-**ficultad para la marcha, incoherentes, se recuperaron poco a poco, se les dio egreso en regulares condiciones. El **exa-**men de alcoholemia reportó con "0" gr. de alcohol/lit. Se les hizo el diagnóstico de Síndrome de Abstinencia.

El paciente #90 ingresó deprimido, nervioso, **llorando** se le administró librium y le hizo efecto 8 horas. Paciente se recuperó muy poco, se le hizo diagnóstico de **desnu-**trición. Fue el paciente que más efecto le hizo el librium.

Alcoholhemia "0" gr/lit.

El paciente #77 ingresó deprimido, se le miraba tranquilo por lo que no se le administró ningún medicamento, al dosificar alcohol se encontró que tenía "0" gr/lit.

El paciente #56 se le diagnóstico insuficiencia hepática clínica y por laboratorio.

El paciente #66 ingresó en estado comatoso, no respondía a estímulos, al recibir el resultado de dosificación de alcohol se encontró que tenía 5.75 gr/lit de alcohol, paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó en buen estado.

Por laboratorio se logró hacer diagnóstico de 18 insuficiencias hepáticas y se encontró que 65 pacientes presentaban alguna lesión hepática, no se logró hacer un poco más fino el diagnóstico por no contar con los medios suficientes y adecuados.

CONCLUSIONES

- 1) Consideramos de imperiosa necesidad la utilización - del laboratorio en pacientes que padezcan de intoxicación alcohólica aguda.
- 2) Los pacientes que más se estudiaron pertenecían a la - clase económica baja en su mayoría.
- 3) No se logró determinar la relación de alcoholismo y - problemas familiares.
- 4) Los comerciantes y los desocupados fueron los más afec- tados por el problema del alcoholismo.
- 5) No hubo ningún patrón que indicara como podría ser la evolución de los pacientes. Los pacientes evolucio- naron caprichosamente hacia su recuperación.
- 6) El tipo de bebida que prefieren todos o mejor dicho - que prefirió el 96% de pacientes es el llamado "Blan- co".
- 7) El 51% de los pacientes se han automedicado con más de algún sedante.
- 8) El tipo de sedante más popular fue valium y librium, - por vía oral.

- 9) Dentro del examen físico la mayor parte de pacientes presentó hipotermia y taquicardia a su ingreso.
- 10) La gastritis es una dolencia muy frecuente entre este tipo de pacientes.
- 11) Se logró determinar que si es necesaria la medicación con hipnóticos a algunos pacientes con esta dolencia.
- 12) El hipnótico que mejor resultado nos proporcionó fue el taractán, encontrándose que su efecto promedio dura 10 horas.
- 13) El librium resultó ser demasiado débil para el tipo de pacientes que ingresaron y hubo de necesitarse de dosis muy altas para lograr efectos deseados. Su efecto promedio fue de 3:45 horas.
- 14) Pentobarbital presentó un promedio de 6:30 horas de duración, pero el paciente se quejaba de mucho mareo al despertar.
- 15) El valium iv. dio buenos resultados pero su duración fue muy corta.
- 16) El grupo control fue de 19 y a 9 pacientes fue necesario administrarle hipnótico, por lo que también se puede decir que no es absolutamente indispensable.

RECOMENDACIONES

- 1) Consideramos de absoluta necesidad la instalación de un laboratorio en centros donde se internen este tipo de pacientes.
- 2) No creemos que se deban tener patrones para el tratamiento del paciente alcohólico, sino que se debe de individualizar al paciente para darle un mejor servicio.
- 3) El uso del Taractán im, a dosis de 40 mg. es una buena posibilidad como un buen hipnótico.
- 4) El librium considero que es bueno en casos en que el paciente se pueda controlar solo tranquilizándolo.
- 5) El valium sería recomendable en casos en que se desee una sedación inmediata, en tal caso habría que darlo iv.
- 6) El pentobarbital no es recomendable por los efectos indeseables al despertar.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Baker, Charles E., Jr. Physicians desk reference. 28th. ed. Oradell, N.J., Medical Economics Company, 1974. pp. 524-525, 1225-1227, 1236-1240.
- 2) Cutting, Windsor C. Handbook of pharmacology. 4 th. ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1969. pp. 659-662, 682, 695-696, 719, 724-727.
- 3) Diccionario de especialidades farmacéuticas, 2a. ed. México, Ediciones P.L.M. 1972. pp. 185, 306, - 337.
- 4) Fabr , Truhaut y Granier Doyeux. Compendio de toxicología, Universidad Central de Venezuela, 1962. pp. 120-124.
- 5) González Centeno, Rodolfo. Características psicológicas del paciente alcohólico. Tesis (Lic. en Psicología). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Humanidades. 1974. pp. 21-22, 31-39.
- 6) González Rodas, José Antonio. Tratamiento de la crisis aguda; introducción de un método moderno - adecuado. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Medicina. 1974. pp. 22-25, 27-28.

- 7) Goth, Andres. Medical pharmacology. 5th ed. Saint Louis, The C.V. Mosby, 1970. pp. 221-246.
- 8) Houssay, Bernardo A. Fisiología humana. 2da ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1951. pp. 694-696.

Carlos Leonel Díaz Castañeda
Sustentante

Dr. Raúl Castillo
Asesor

Dr. José Pérez
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto G.
Decano