



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica



UNIDAD TEMÁTICA 50: MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES. TOXICOLOGÍA.

Autores: Marcela Evangelista¹, Lía Campanini², Delfina Blanco², Claudio Settecase³.

¹Cátedra de Farmacología

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica – UDA Hospital Centenario

³Cátedra de Clínica Médica. UDA Hospital Eva Perón (Granadero Baigorria)

OBJETIVOS:

TOXICOLOGÍA

- Describir la atención inicial de las urgencias y emergencias de las intoxicaciones agudas.
- Repasar las sustancias de abuso y consumo problemático más frecuentes.
- Diferenciar los mecanismos de acción neuroquímicos.
- Identificar la fisiopatología cardiovascular y neurológica.
- Reconocer el metabolismo y la toxicocinética.
- Diagnosticar el síndrome simpaticomimético.
- Abordar el tratamiento de los cuadros agudos y sus complicaciones.
- Interpretar exámenes complementarios: ECG (prolongación del QRS/QTc); biomarcadores como la creatina fosfoquinasa (CPK) para detectar rbdomiólisis, e imágenes.
- Jerarquizar el abordaje multidisciplinario del consumo problemático.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

- Identificar con precisión los signos y síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) mediante la anamnesis y la exploración física.
- Conocer el mecanismo fisiopatológico responsable del síndrome de abstinencia alcohólica.
- Repasar los criterios diagnósticos propuesto por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-V.
- Clasificar al SAA según su gravedad empleando las escalas disponibles como la *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised* (CIWA-Ar) o la *Minnesota Detoxification Scale* (MINDS).
- Implementar estrategias de tratamiento basadas en la evidencia.
- Detectar las posibles complicaciones del síndrome de abstinencia de alcohol.
- Colaborar con los miembros del equipo sanitario interdisciplinario para optimizar la atención al paciente y los servicios de apoyo para los pacientes que se recuperan del síndrome de abstinencia de alcohol.

Fundamentación:

La toxicología clínica constituye un componente relevante del ámbito asistencial, dado que las exposiciones a sustancias potencialmente tóxicas y los cuadros asociados al consumo de drogas representan motivos frecuentes de consulta, con presentaciones clínicas heterogéneas y compromiso potencial de múltiples sistemas orgánicos. Estas situaciones pueden simular otras entidades clínicas y presentar una evolución variable, lo que requiere una evaluación clínica rigurosa y una adecuada interpretación de los hallazgos.

El abordaje de las consultas toxicológicas se basa en la identificación de patrones clínicos frecuentes y en la integración fisiopatológica de los signos, síntomas y estudios complementarios iniciales. Este enfoque permite jerarquizar problemas, formular hipótesis diagnósticas provisorias y orientarse mediante un análisis sindromático, aun cuando no se disponga de una identificación etiológica inmediata.

Asimismo, la comprensión de los mecanismos de acción, el metabolismo y la toxicocinética de las sustancias habitualmente implicadas resulta fundamental para interpretar los distintos cursos evolutivos de estos cuadros y evaluar el riesgo de compromiso orgánico. Esta perspectiva aporta elementos esenciales para una lectura integrada de las manifestaciones clínicas.

De este modo, una aproximación general y estructurada a las consultas más frecuentes en toxicología brinda un marco conceptual sólido para su estudio, favoreciendo una interpretación ordenada de los cuadros toxicológicos y una integración coherente de los distintos aspectos involucrados.

Las consultas a los departamentos de emergencia por abuso de cocaína son frecuentes, representando aproximadamente entre un 5-10% del total de consultas en Estados Unidos. El dolor precordial es el síntoma principal que motiva la consulta (39.5% de los pacientes).

ESCENARIO 1

CASO CLÍNICO:

Juan Manuel de 28 años que ingresa a las 03:30 am a la guardia de un Hospital de tercer nivel de complejidad, traído por sus amigos. Los acompañantes refieren que estaban en una fiesta cuando el paciente comenzó a sentirse "mal", quejándose de una opresión intensa (9/10) en el pecho, irradiada a mandíbula y brazo izquierdo asociado a dificultad para respirar.

Examen físico:

Al ingreso, el paciente se encontraba vigil, desorientado en tiempo y espacio, extremadamente agitado, combativo, con lenguaje incoherente. Presentando piel pálida con sudoración profusa (diaforesis), mucosas húmedas y escleras blancas. Signos vitales: PA 190/115 mmHg / FC 120 lpm / FR 26 rpm / T 36°C / Sat. arterial de O₂ de 94% respirando aire ambiente. Pupilas midriáticas y reactivas. Movimientos oculares normales sin nistagmos. Escala de Coma de Glasgow (SCG) 14/15. Sin signos meníngeos, ni déficits neurológicos agudos con reflejos osteotendinosos (ROT) conservados. Ingurgitación yugular ausente. El examen cardiaco evidenciaba: ritmo regular, ruidos normofonético, silencios libres, un cuarto ruido de mayor intensidad en ápex y choque de punta no desplazado. En el examen respiratorio se destaca la presencia de rales bibasales. Miembros inferiores sin edemas. El resto de la exploración no mostraba alteraciones. Se realizaron los siguientes estudios complementarios al ingreso y durante su internación:

- **Laboratorio inicial**

Determinaciones	Resultados a	Determinaciones	Resultados
Hematocrito	42%	Troponina ultrasensible	9 ng/L
Hemoglobina	14 g/dL	CPK-MB	28 UI/L
Leucocitos	14500/ μ L (N 65%, L 25%, M 5%, E 4 % B 1%)	CPK	980 U/L
Plaquetas	254000/ μ L	TP / KPTT	12'' / 32''
VES	15 mm/h	pH	7,48
Glucemia	165 g/dL	PaO ₂	82 mmHg
Uremia	33 mg/dL	PaCO ₂	30 mmHg
Creatininemia	1,1 mg/dL	EB	2 mEq/L
Na / K	138 / 3,3 mEq/L	HCO ₃	22 mEq/L
Calcio iónico	4,5 mg/dl	Sat. Arterial de O ₂	94%
ASAT/ALAT	52/46 UI/L	Lactato sérico	3,2 mmol/L
FAL / LDH	110 / 140 UI/L	Orina	Mioglobinuria
GGT	32 U/L	Toxicológico en orina positivos para	Cocaína y benzoilecgonina
Bilirrubina total	1,1 mg/dL (BI: 0,3 mg/dL)	TSH; T4 libre	2 mIU/L; 0,98 ng/dl

- **Electrocardiograma:** Ritmo sinusal, FC 120 lpm, PR 0.12". AQRS +80°. QTc 0.32". QRS \leq 0.10". Sin alteraciones del segmento ST con ondas T negativas simétricas de v1 a v4. Con buena progresión de R en las precordiales.

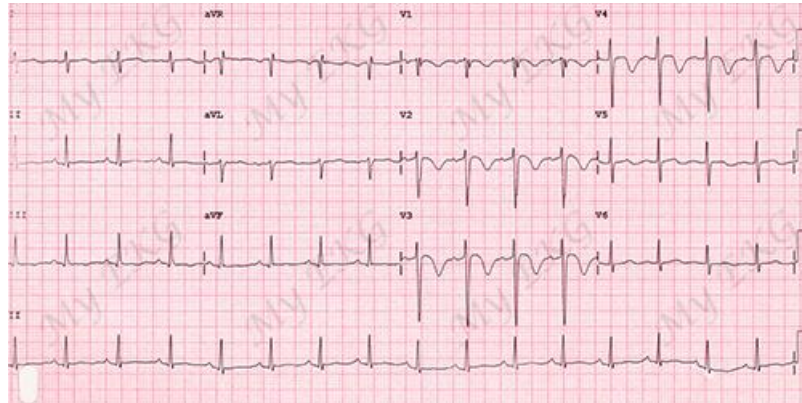


Figura 1 (obtenida de internet). Electrocardiograma del síndrome de Wellens tipo B: Ondas T invertidas profundas y simétricas de V1 a V4. Similar a la descripción del ECG del caso clínico. El vasoespasmo coronario proximal de la arteria coronaria descendente anterior inducido por cocaína presenta cambios electrocardiográficos similares al síndrome de Wellens, pero sin evidencia de lesión miocárdica u oclusión de las arterias coronarias. La cocaína es un simpaticomimético, bloqueador de los canales de sodio y potasio, por lo que la intoxicación aguda pueda producir taquiarritmias, vasoespasmo coronario o ruptura de placa, así como prolongación del QRS, del QT y la elevación del segmento ST.

- **Radiografía de tórax:** Relación cardiotorácica 45%, hilios pulmonares impresionan aumentados de tamaño, sin redistribución de flujo ni líneas B de Kerley, senos costofrénicos libres, campos pulmonares superiores y medios expandidos, radiolúcidos, en ambas bases se observa infiltrado alveolar, las cupulas diafragmáticas se encuentran a nivel del sexto espacio intercostal (Figura 2.)



Figura 2 (obtenida de internet). Radiografía de tórax de frente. La intoxicación por cocaína puede causar complicaciones respiratorias graves, desde inflamación bronquial e infecciones, hasta edema pulmonar, hemorragia alveolar (pulmón de crack), infarto pulmonar, etc.

- **Ecocardiograma transtorácico:** Ventrículo izquierdo de dimensiones normales. Hipertrofia concéntrica leve del ventrículo izquierdo. Engrosamiento y contractilidad parietal homogénea y normal. Función sistólica ventricular izquierda conservada. Aurícula izquierda levemente dilatada. Raíz aórtica de dimensiones normales. Aorta ascendente normal. Cayado aórtico y aorta descendente normales. Estructuras valvulares normales. Cavidades derechas de dimensiones normales. Índices de función del ventrículo derecho normales. Pericardio sin derrame.

Diagnóstico diferencial: la toxicidad por simpaticomiméticos debe incluir otros procesos patológicos, síndromes tóxicos y síndromes de abstinencia que pueden provocar delirio e inestabilidad autonómica, incluidos, entre otros, los siguientes:

- *Delirium tremens*
- Emergencias hipertensivas
- Intoxicación anticolinérgica
- Síndrome neuroléptico maligno
- Síndrome serotoninérgico
- Hipertermia maligna
- Intoxicación por salicilatos
- Abstinencia de benzodiazepinas
- Retirada de baclofeno
- Trastorno de pánico
- Tirotoxicosis
- Septicemia
- Complicaciones cardiovasculares asociada a la cocaína: síndromes coronarios agudos, síndromes aórticos agudos, miocarditis, aneurismas coronarios, cardiomiopatías y arritmias.

El síndrome coronario agudo asociado al consumo de cocaína puede manifestarse desde dolor precordial sin alteraciones enzimáticas ni electrocardiográficas, hasta cuadros graves con elevación del ST, paro cardíaco, inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico. En la mayoría de los casos, el dolor precordial agudo es el síntoma que pone en marcha la evaluación diagnóstica y el tratamiento. La cocaína puede desencadenar este cuadro por vasoespasmo en pacientes jóvenes con arterias coronarias normales, o bien por trombosis y aterosclerosis acelerada. Al inhibir la recaptación de norepinefrina y dopamina, genera un intenso efecto simpaticomimético que incrementa la demanda miocárdica de oxígeno y disminuye su aporte por vasoconstricción coronaria.

Interpretación del cuadro:

Los estudios complementarios orientan a un síndrome simpaticomimético por intoxicación aguda con cocaína, con predominio del compromiso cardiovascular y rabdomiólisis. El diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) puede resultar complejo, ya que estos pacientes pueden presentar dolor precordial, alteraciones electrocardiográficas y elevación de CPK por rabdomiólisis sin evidencia de SCA, especialmente cuando no se dispone de troponinas. Sin embargo, siempre debe

contemplarse esta posibilidad, dado que el riesgo de SCA aumenta de forma marcada durante la primera hora posterior al consumo.

El tratamiento requiere internación y un abordaje multidisciplinario. Como no existen antídotos específicos, el manejo se basa en medidas de sostén: asegurar la vía aérea, la ventilación y la perfusión, e iniciar hidratación con cristaloides para mantener una diuresis de 1 a 3 ml/kg/h y prevenir el daño renal por rabdomiólisis. Las benzodiazepinas, como Lorazepam 2 mg IV cada 6 a 8 horas, constituyen la primera línea de tratamiento, ya que disminuyen la hiperactividad adrenérgica, la taquicardia, la hipertensión, la agitación, la hipertermia y el riesgo de convulsiones. Su acción, mediada por el ácido γ -aminobutírico (GABA), reduce la liberación de neurotransmisores excitatorios. En casos persistentes puede considerarse dexmedetomidina en infusión continua a dosis de 0,2 a 1,4 μ g/kg/hora. Los antipsicóticos pueden evaluarse cuando predominan manifestaciones por exceso de actividad dopaminérgica, como alucinaciones, delirio o coreoatetosis. Aunque el consumo de cocaína constituye un problema sanitario creciente, aún persisten controversias sobre el enfoque diagnóstico y terapéutico del SCA asociado.

PREGUNTAS GUÍA

- ✓ *¿Qué síndromes clínicos pueden identificarse a partir de la anamnesis, el examen físico y los signos vitales?*
- ✓ *¿Qué datos orientan a un síndrome simpaticomimético agudo?*
- ✓ *¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos que explican el dolor precordial opresivo con irradiación típica en un paciente joven sin antecedentes cardiovasculares?*
- ✓ *¿Cómo diferenciar un cuadro tóxico de un evento neurológico primario (ACV, encefalitis, crisis epiléptica)?*
- ✓ *¿Qué sustancias psicoestimulantes pueden generar este cuadro clínico (cocaína, anfetaminas, MDMA, otras)?*
- ✓ *¿Cómo influyen la vía de consumo, dosis y tiempo transcurrido en la presentación clínica?*
- ✓ *¿Qué diagnósticos diferenciales deben descartarse ante un cuadro de hipertermia y agitación?*
- ✓ *¿Qué hallazgos electrocardiográficos son esperables en este contexto?*
- ✓ *¿Por qué es clave un enfoque multidisciplinario una vez superada la fase aguda?*
- ✓ *¿Qué intervenciones pueden realizarse desde la guardia para reducir recaídas?*

ESCENARIO 2

CASO CLINICO

Juan Manuel de 28 años, consumidor habitual de cerveza desde la adolescencia. Luego de su última internación por dolor precordial asociado al consumo de cocaína y tras suspender esa sustancia, incrementó el consumo de alcohol a 144g por día. En la fecha, asiste al centro de salud por un cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por odinofagia, rinitis acuosa, decaimiento. Doce horas antes de la consulta había suspendido el consumo de cerveza. Posteriormente presentó ansiedad, temblor en manos, cefalea difusa, sudoración leve, náuseas, vómitos y pérdida de apetito.

Examen físico

Paciente vigil, ansioso, orientado en tiempo y espacio. Piel, mucosas y escleras normales. Signos vitales: PA 130/70 mmHg / FC 100 lpm / FR 24 rpm / T 37°C / Sat. arterial de O₂ de 96% respirando aire ambiente. Pupilas isocóricas, intermedias y reactivas. Movimientos oculares normales sin nistagmos. SCG 15/15. Orofaringe congestiva sin placas. Sin signos meníngeos ni déficit neurológicos agudos con ROT conservados. Manos sudorosas con temblor fino. Examen cardiorespiratorio normal. El resto de la exploración no mostraba alteraciones. A las 48 horas del inicio del cuadro agrega confusión, insomnio, taquicardia, hipertensión arterial, aumento del temblor y de la sudoración. Se realizaron los siguientes estudios complementarios al ingreso y durante su internación.

- **Laboratorio:**

Determinaciones	Resultados a	Determinaciones	Resultados
Hematocrito	42%	TP / KPTT	14''
Hemoglobina	14 g/dL	KPTT	40''
Leucocitos	5000/ μ L (N 65%, L 25%, M 5%, E 4 % B 1%)	TSH	2,5 mIU/L; 0,98 ng/dl
Plaquetas	150000/ μ L	T4 libre	0,98 ng/dl
VES	15 mm/h	Magnesio sérico	1,4 mg/dl
Glucemia	65 g/dL	pH	7,40
Uremia	33 mg/dL	PaO ₂	98 mmHg
Creatininemia	1,1 mg/dL	PaCO ₂	30 mmHg
Na / K	130 / 3,0 mEq/L	EB	2 mEq/L
Calcio iónico	4,5 mg/dl	HCO ₃	24 mEq/L
ASAT/ALAT	60/28 UI/L	Sat. Arterial de O ₂	99%
FAL / LDH	200 / 170 UI/L	Lactato sérico	2 mmol/L
GGT	150 UI/L	Orina	Cetonuria +
Bilirrubina total	1,1 mg/dL (BI: 0,3 mg/dL)	Toxicológico en orina negativos para	Cocaína y Cannabis

- **Electrocardiograma:** taquicardia sinusal.

- **Estudios por imágenes:** La radiografía de tórax y la tomografía computada de cráneo sin contraste no mostraron alteraciones.

Diagnostico diferencial

Ante la sospecha de síndrome de abstinencia alcohólica, es importante descartar síndromes de abstinencia concomitantes, especialmente a las benzodiazepinas o a los barbitúricos. Si el paciente presenta convulsiones o delirio, se deben considerar causas médicas o neurológicas distintas al alcohol. En la evaluación, es importante considerar entidades clínicas que presenten signos y síntomas similares al síndrome de abstinencia de alcohol, como tirotoxicosis, hipoglucemia, cetoacidosis diabética, consumo de sustancias estimulantes, estado epiléptico, infección del SNC, abstinencia de sedantes-hipnóticos, temblores esenciales, encefalopatía hepática, hemorragia intracraneal, accidente cerebrovascular y psicosis.

Complicaciones:

Las siguientes son complicaciones comunes del síndrome de abstinencia de alcohol:

1. Encefalopatía de Wernicke: provocada por la deficiencia grave de tiamina, es una afección neurológica aguda, mortal en su forma más grave. Presenta cambios oculares, alteración del estado mental y ataxia.
2. Convulsiones por abstinencia: ocurren entre 8 y 48 horas después de la interrupción del consumo. Se trata con benzodiazepinas. Pueden ocurrir en ausencia de otros signos y síntomas de abstinencia.
3. Alucinosis alcohólica: trastorno psicótico inducido por el alcohol, consiste en alucinaciones auditivas y paranoia que se resuelven en 72 horas.
4. Delirio por abstinencia de alcohol (anteriormente *delirium tremens*): puede presentarse en cualquier momento hasta 3 a 5 días después de la interrupción o reducción del consumo de alcohol. Requiere tratamiento y estrecha vigilancia, en terapia intensiva, especialmente después de que el paciente haya recibido altas dosis de benzodiazepinas o fenobarbital.

Ítems	Criterios diagnóstico del Síndrome de Abstinencia al Alcohol (SAA)
A	Cese o reducción de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
B	Presenta 2 ó más de los siguientes signos o síntomas a las pocas horas o días de cesar o reducir el consumo de alcohol descrito en el Criterio A: 1. Hiperactividad del SNA (p. ej. sudoración o taquicardia >FC 100 lpm). 2. Temblor de las manos. 3. Insomnio. 4. Náuseas o vómitos. 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas. 6. Agitación psicomotora. 7. Ansiedad. 8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.
C	El punto B provoca malestar clínico notable o deterioro social/laboral/ otras áreas importantes.
D	Los signos o síntomas del punto B no se pueden atribuir a otra causa médica o toxicológica.

Tabla 1. Criterios diagnóstico del SAA.

American Psychiatric Association. (2013). *Trastornos relacionados con el alcohol*. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., pp. 259-264). American Psychiatric Publishing.

<p>Náusea y vómito Pregunta ¿se siente mal del estómago? ¿ha vomitado?</p> <p>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</p>	<p>Trastornos táctiles Pregunta ¿siente algo extraño en su piel? (escozor, sensación de alfileres y agujas, entumecimiento, insectos que reptan por o bajo la piel)</p> <p>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</p>
<p>Temblores Brazos extendidos y dedos separados</p> <p>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</p>	<p>Trastornos auditivos Pregunta ¿está escuchando algo que lo alarma?</p> <p>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</p>
<p>Sudoración paroxística</p> <p>0 no hay sudor visible 1 sudoración leve, palmas húmedas 2 3 4 sudoración visible en la frente 5 6 7 sudoración profusa generalizada</p>	<p>Trastornos visuales- Pregunta ¿está viendo algo que le inquieta?</p> <p>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</p>
<p>Ansiedad Pregunta ¿se siente nervioso?</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>0 no 1 muy leve 2 leve 3 moderada 4 moderadamente grave 5 intensa 6 muy intensa 7 intensidad extrema</p>
<p>Agitación</p> <p>0 actividad normal 1 actividad un poco mayor de lo normal 2 3 4 moderadamente inquieto 5 6 7 se mueve sin cesar</p>	<p>Orientación y entorpecimiento del sensorio Pregunta ¿qué día es? ¿dónde está? ¿quién es?</p> <p>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</p>

Tabla 2. Escala para el evaluar la gravedad del SAA.

Sullivan, J.T et al. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction 84:1353-1357, 1989.

El puntaje máximo es 67 puntos: SAA leve \leq 8 puntos; SAA moderada de 8 a 15 puntos; SAA grave: \geq 15 puntos. Con un puntaje menor a 10 puntos el SAA no requiere tratamiento sintomático.

PREGUNTAS GUÍA

- ✓ *¿Qué es el síndrome de abstinencia de alcohol (SAA) y por qué es importante diagnosticarlo y tratarlo?*
- ✓ *¿Cuáles son los primeros signos y síntomas del SAA?*
- ✓ *¿Según las escalas de gravedad específicas, qué nivel de severidad presenta el SAA del paciente?*
- ✓ *¿Qué cantidad de alcohol debe ingerirse y durante qué período de tiempo para que una persona desarrolle dependencia al alcohol y presente riesgo de sufrir SAA?*
- ✓ *¿Se puede predecir cuándo se desarrollará el delirium tremens (DT)?*
- ✓ *¿Qué factores adicionales pueden dificultar el reconocimiento temprano del SAA?*
- ✓ *¿Qué consecuencias puede tener ignorar las primeras señales de alerta del SAA?*
- ✓ *¿Qué intervenciones pueden prevenir la progresión del SAA?*
- ✓ *¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que debemos considerar al asistir a pacientes con sospecha del SAA?*
- ✓ *¿Qué pronóstico tiene el paciente con SAA y de qué depende?*
- ✓ *¿Cuál es la terapéutica recomendada según el nivel de gravedad del SAA?*
- ✓ *¿Está de acuerdo con los estudios solicitados?*

- **Interpretación del cuadro:**

La presentación clínica es compatible con un síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) desencadenado por la suspensión brusca de la ingesta de cerveza, en el contexto de una infección de vía aérea superior. Al momento de la consulta, el cuadro correspondía a un SAA leve, respaldado por los criterios diagnósticos del DSM-5 (Tabla 1) y la escala de gravedad del Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised (CIWA-Ar. Tabla. 2), con progresión a una forma moderada posiblemente por retraso en el diagnóstico y el tratamiento.

El manejo del síndrome de abstinencia alcohólica debe individualizarse según la gravedad de los síntomas y el estado clínico del paciente, dentro de un enfoque multidisciplinario:

1. Tratamiento farmacológico: sus objetivos son aliviar la sintomatología, prevenir complicaciones y favorecer la recuperación a largo plazo. Las benzodiazepinas constituyen la primera línea terapéutica, con opciones como lorazepam 1 a 2 mg IV o diazepam 5 a 10 mg IV. Según respuesta clínica, pueden emplearse además fenobarbital 100 mg IV, anticonvulsivantes y/o antipsicóticos (tener en cuenta los efectos pro-convulsivos de los antipsicóticos)

2. Además del tratamiento farmacológico, el acompañamiento psicológico, los grupos de apoyo y la rehabilitación nutricional son componentes clave de la recuperación. En pacientes con déficit nutricional debe restituirse una alimentación adecuada y vitaminas. Se recomienda tiamina IV 100 mg/día durante 3 a 5 días, diluida en 50 a 100 ml de solución fisiológica e infundida en 30 minutos, junto con la corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas que presenta el paciente como hipomagnesemia, hipopotasemia e hiponatremia. Según la situación, puede ser necesario agregar ácido fólico y cianocobalamina. Por último, se indica tratamiento sintomático para el cuadro de vía aérea superior, con paracetamol 500 a 1000 mg cada 6 u 8 horas.

- **MATERIAL COMPLEMENTARIO**

1. Hoffman RS. Tratamiento de pacientes con arritmias inducidas por cocaína: acercando el laboratorio a la cama del paciente. *Brit J of Clin Pharm*, mayo de 2010;69(5):448-57.
2. Crees; Z; Fritz, C; Heudebert, A; Noé, J, (2019), *The Washington Manual of Medical Therapeutics*. Wolters Kluwer.
3. Kattimani S, Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. *Ind Psychiatry J*. 2013 Jul;22(2):100-8. doi: 10.4103/0972-6748.132914. PMID: 25013309; PMCID: PMC4085800.
4. Gottlieb M, Chien N, Long B. Manejo del síndrome de abstinencia de alcohol. *Anales de Medicina de Urgencias*, 2024; 84, 29-29.
5. Rozman Borstnar, C; Cardellach, F (2024), *Farreras Rozman Medicina Interna 20a*. Elsevier.
6. Escala para el evaluar la gravedad del SAA. Sullivan, J.T et al. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction* 84:1353-1357, 1989.
7. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., revisión del texto). <https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>
8. Goodman & Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics* Edition : 14th Edited by : Laurence L. Brunton; Bjorn C. Knollmann Published by : Mc Graw Hill ISBN : 978-1-264-25807-9 Hardcover : 2023.
9. Richards JR, Le JK. Toxicidad de la cocaína. [Actualizado el 8 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2026-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430976/>
10. Batki S, Ciccarone D, Hadland S, Hurley B, Kabernagel K, Levin F, et al. The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder. *Journal of Addiction Medicine* [Internet]. 2024;18(1S):1. Available from: https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/fulltext/2024/05001/the_asam_aaap_clinical_practice_guideline_on_the.1.aspx
11. Nelson L, Odujebe O. Cocaine: Acute intoxication [Internet]. Uptodate. 2025 [cited 2025 Apr 3]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cocaine-acute-intoxication?>