

24.68



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

## DELIRIUM TREMENS

ESTUDIO CLÍNICO EN PROCESO DE ATENCIÓN  
DE ENFERMEÑA M.

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION  
U.N.A.M.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
MARIA DE JESUS MORALES CRUZ



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

	PAG.
<u>INTRODUCCION</u> .....	1
<u>OBJETIVOS GENERALES</u> .....	6
1. <u>MARCO TEORICO</u> .....	7
1.1 Delirium Tremens .....	9
1.1.1 Concepto.....	9
1.1.2 Etiología.....	10
1.1.3 Epidemiología.....	14
1.1.4 Patogenia.....	15
1.1.5 Anatomía Patológica.....	17
1.1.6 Cuadro Clínico.....	23
1.1.7 Diagnóstico.....	43
1.1.8 Complicaciones.....	49
1.1.9 Tratamiento.....	51
1.1.10 Rehabilitación.....	61
1.2 Historia Natural del Delirium Tremens.....	68
II. <u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u> .....	81
2.1 Datos de identificación.....	81
2.2 Problema actual o padecimiento.....	84

2.3 Diagnóstico de enfermería.....	PAG. 93
<b>III. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>.....</b>	<b>96</b>
3.1 Desarrollo del Plan de Atención de Enferme- ría.....	99
CONCLUSIONES.....	166
SUGERENCIAS.....	179
BIBLIOGRAFIA.....	181

## INTRODUCCION

A través de la historia se ha demostrado el gusto constante del hombre hacia el alcohol por su efecto aparentemente tónico y por el alivio que estos individuos sienten de la angustia con la liberación de impulsos reprimidos al quitarse el efecto de la corteza cerebral frontal sobre los impulsos del id o inconsciente que se genera en estros neuronales internos.

La estrecha relación de su uso en los ritos religiosos a través de los siglos, transmitidos por generaciones, ha hecho que tradicionalmente se utilice en nuestros ritos familiares o ceremonias públicas y privadas. Es innegable en el estado actual de nuestras costumbres que el acto de beber juntos crea un cierto tipo de solidaridad entre los hombres. Hay gran cantidad de inhibiciones o frustraciones del hombre en su vida dentro de la sociedad que surgen cuando es incapaz de obtener todas las satisfacciones que le da el dinero o falla en alguna de las cualidades que le exige la misma y que se alivian cuando su estado de conciencia es liberada por la inhibición neuronal que le produce el alcohol.

En México, como en muchos otros países, el individuo se

ve compelido a adquirir bebidas embriagantes por su relativo bajo costo, la abundancia de marcas y de expendios, la gran cantidad de publicidad desplegada en forma inteligente y por la presión social, so pena de ser excluido del grupo.

El conocimiento de la dimensión atroz del problema que el alcoholismo y sus complicaciones representan, en este caso la psicosis alcohólica Delirium Tremens, considerando que en nuestro medio ocupa una de las cinco primeras causas de ingreso del adulto a un Hospital Psiquiátrico, requiere de alternativas que tratan de resolver el problema así sea parcialmente a través de sus manifestaciones y no de sus causas; atendiéndose en el área hospitalaria durante la fase aguda y continuando en su domicilio cuando se ha controlado la etapa crítica contando con la participación activa de la familia durante el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del mismo.

La hospitalización, el rechazo y el abandono que el paciente psiquiátrico sufre con mucha frecuencia, son situaciones que aunadas a la falta de personal de enfermería especializado y titular que proporcione la atención a su problema de salud, reflejan la acentuación de su problema psiquiátrico aumentando el tiempo de hospitali-

zación llegando incluso a presentarse la cronicidad como complicación consecuente, privando al paciente de su recuperación de tal manera e incrementar las tasas de mortalidad.

La relación enfermera-paciente en interacción con el equipo multidisciplinario de salud, es de vital importancia en su recuperación, aunque esto adquiere poca o ninguna importancia si el núcleo familiar no participa conjuntamente, propiciando la continuidad del tratamiento una vez que éste egresa de la unidad hospitalaria.

Por lo que el problema en que se basa el proceso de atención de enfermería es el referente a que se consideren las medidas asistenciales de enfermería que se deben realizar en la atención del paciente con delirium tremens, de terminandola respuesta a los cuidados que se le proporcionen para su pronto restablecimiento, donde se pretende reunir conocimientos para precisar las acciones de enfermería en la atención del paciente con este problema de salud.

El estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Específicos Psiquiátricos (U.C.E.P.) del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" ubicado en la calzada de Buenaventura esquina con calle Niño de Jesús, Delegación de Tlalpan, D.F.

con un paciente alcohólico crónico que inició su padecimiento hace 20 años con la ingesta de bebidas embriagantes, al principio cerveza y pulque en cantidades no especificadas de una vez por semana hasta llegar a la embriaguez, pero la frecuencia y la intensidad fue aumentando desde hace diez años, para tomar a diario aproximadamente medio litro de alcohol de 96° solo o combinado con refresco; hace un año presentó cuadro psiquiátrico similar: delirium tremens; hace ocho meses estuvo internado en una clínica de Alcohólicos Anónimos en donde lo intentaron rehabilitar, pero sólo permaneció tres meses y al salir volvió a la ingesta compulsiva en forma diaria en cantidades mayores hasta llegar a la embriaguez, hace dos meses presentó nuevamente delirium tremens; estuvo detenido y fue agredido físicamente hasta la pérdida del conocimiento. Se presentó a la unidad hospitalaria referida con cuadro clínico caracterizado por: excitación psicomotriz, alucinaciones visuales y auditivas, estado confusional agudo con desorientación en tiempo y espacio, lenguaje incoherente e incongruente, insomnio, crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, temblores finos en las manos y marcha atáxica. Presentó este cuadro desde hace cuatro días de evolución previos a su internamiento a raíz de la suspensión de la ingesta etílica por más de ocho meses continuos.

Posteriormente, para la elaboración de este estudio clínico se procedió a realizar el Marco Teórico; iniciándolo con el concepto de la psicosis alcohólica delirium tremens su etiología, su etiopatogenia, su patogenia, anatomía patológica, cuadro clínico, diagnóstico, complicaciones, tratamiento y rehabilitación; se elabora Historia Clínica de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería, jerarquización de los problemas y Plan de Atención de Enfermería.

OBJETIVOS GENERALES

1. Identificar los signos y síntomas que se presentan en el paciente con delirium tremens, para en base a ello elaborar el Plan de Cuidados de Enfermería.
2. Determinar qué atención de enfermería específica requiere el enfermo con delirium tremens, para que logre superar la situación de urgencia.
3. Proporcionar la atención específica de enfermería de acuerdo a los conocimientos obtenidos, al paciente con delirium tremens.
4. Identificar la participación del personal de enfermería que labora en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en la atención del paciente con delirium tremens.

## 1. MARCO TEORICO

Para comprender la complicación psiquiátrica más llamativa y grave del alcoholismo crónico como es el delirium tremens y los múltiples problemas que surgen en el individuo con este problema de salud, es preciso entender el proceso por el cual se desarrolla la psicosis alcohólica, considerándola no sólo como una consecuencia simple de intoxicación, como si el tóxico obrando solamente por su acción específica en el sistema nervioso pudiera dar cuenta de toda la psicopatología alcohólica, sino reconociendo la relación que existe con la personalidad del individuo con respecto al alcohol.

Aunque no se ha podido estructurar lo que pudiera denominarse una "personalidad alcohólica", la totalidad de los autores están de acuerdo que todos los sujetos tienen problemas psicológicos derivados de una detención, un estancamiento o una regresión en el desarrollo de su personalidad; en la rutina clínica del psiquiatra es común encontrar dos tipos de alcohólicos: el que empieza a beber secundariamente a sus conflictos emocionales hasta desarrollar un síndrome de adicción al alcohol y el que genera problemas personales, familiares y sociales como consecuencia de su incontrolable forma de beber.

La mayor parte de los sujetos con síndrome de dependencia al alcohol o incapacidades relacionadas a su consumo, exhiben rasgos de personalidad muy frecuentes como: inmadurez de personalidad, un mal contacto con la realidad, con gran tendencia a la negación de la misma, son dependientes narcisistas, con serios problemas en el manejo de su hostilidad que los lleva a asumir actitudes pasivo-agresivas ante los demás.

Son muy sensibles y tienen frecuentes problemas de inestabilidad emocional. Su umbral de ansiedad está muy bajo y ésta se desencadena muy fácilmente, aún ante problemas relativamente sencillos. Esperan que los demás decidan por ellos o les resuelvan los problemas. Muchos de ellos tienen problemas psicosexuales, de falta de identificación o de tendencias homosexuales reprimidas, manejadas con frecuencia a través de formaciones reactivas.

La mayor parte de los alcohólicos presentan sentimientos de inferioridad, autodevaluación y minusvalía; además de ser altamente culpógenos. La ambivalencia es otro rasgo de la personalidad comunmente encontrada en los alcohólicos.<sup>1/</sup>

---

<sup>1/</sup> Molina Piñeiro, Valentín; El Alcoholismo en México, pp.184-185.

## 1.1 Delirium Tremens

### 1.1.1 Concepto

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido el cuadro del de lirium tremens; siendo utilizado por primera vez por un mé dico inglés Thomas Sutton en 1813, en el texto que se con sidera como la descripción clásica de esta enfermedad. Sin embargo, no advirtió su origen alcohólico.

En 1819 Rayer dió una nueva y excelente descripción de es te delirio e insistió sobre su etiología alcohólica. Ac - tualmente, el interés se dirige hacia las investigaciones biológicas y patogénicas y los esfuerzos se encaminan a delimitar estos delirios agudos de los subagudos, median te criterios biológicos precisos.<sup>2/</sup>

Esta divergencia de criterios se debe a que algunos auto res manejan los términos delirio alcohólico y delirium tre mens como si fueran sinónimos, cuando en realidad esta última noción es equiparable al delirio alcohólico agudo quedando fuera de ella el delirio alcohólico subagudo.

---

<sup>2/</sup> Ey, Henry; Tratado de Psiquiatría, pp. 725-726

El término delirium tremens como lo menciona Alonso Fernández "es la psicosis meta-alcohólica aguda más frecuente. Sólo se presenta en sujetos afectados por el alcoholismo crónico.<sup>3/</sup>

Guerra Guerra Armando define el delirium tremens como "una psicosis aguda sobrevenida en el alcoholismo crónico y que traduce un trastorno metabólico secundario a una ingestión particularmente abundante y prolongada. Nunca se presenta durante la fase de ingestión sino al tercero, cuarto o hasta el quinto día posterior a la supresión".<sup>4/</sup>

### 1.1.2 Etiología

Sobre la etiología del delirium tremens se sabe muy poco y no existen datos precisos que permitan afirmar con seguridad su origen. Al abordar este tema los autores hacen por lo general una clasificación de los factores etiológicos en dos grandes grupos, a saber los factores precipitantes y los factores desencadenantes.

La naturaleza de los factores predisponentes que actúan en su producción es incierta. Más bien está específicamente relacionada con el consumo excesivo de alcohol, sólo sobreviene tras un abuso grave y largos años mantenidos  
<sup>3/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Compendio de Psiquiatría p. 455  
<sup>4/</sup> Guerra Guerra, Armando J.; El Alcoholismo en México, p. 56

de alcohol, con excepción de la suspensión brusca de los barbitúricos (que están químicamente relacionados con el alcohol) y tras la administración de dosis elevadas de amitriptilina.

Específicamente, el que abusa del alcohol a edad más avanzada (después de los 40 años) desarrolla más rápidamente cuadros delirantes.

Dado que sólo desarrollan delirio alcohólico alrededor del 15% de los alcohólicos, hace tiempo que se planteó la cuestión de una predisposición. No pudieron comprobarse influjos hereditarios, así como tampoco la existencia de una "labilidad sintomática" como había preconizado Kleist para la instauración de la psicosis.<sup>5/</sup>

Durante largo tiempo se creyó que el delirium tremens era generalmente precipitado por la abrupta suspensión del alcohol, siendo sumamente discutido. Esto parece debido a que los síntomas premonitorios (la confusión, la desorientación, la inquietud y la excitación llena de ansiedad que se inician), obligan al paciente a dejar de beber.<sup>6/</sup>

---

<sup>5/</sup> Feuerlein, Wilhelm; Alcoholismo; Abuso y Dependencia, p.135

<sup>6/</sup> Hofling, Charles K.; Tratado de Psiquiatría, p. 284

La opinión más pausable es que si bien la supresión brusca del tóxico precipitada en los alcohólicos crónicos origina el síndrome de abstinencia en los enfermos, puede contri - buir de manera significativa el principio de la psicosis pero no constituye un rasgo necesario.

La supresión brusca del alcohol es una medida que puede aplicarse a los sujetos en buenas condiciones biológicas con la seguridad de que no puede acarrear signos de abstinencia o complicaciones de cierta importancia. Es induda - ble también que en algunos sujetos el síndrome comienza du - rante períodos de consumo excesivo de bebidas alcohólicas (Glatt, 1962).<sup>7/</sup>

Por otra parte, el trastorno puede surgir también de alteraciones metabólicas como: metabolismo defectuoso de los carbohidratos, trastorno en el metabolismo de las proteí - nas y de los lípidos, disminución en la función desintoxi - cante del hígado, acidosis, oxigenación deficiente del ce - rebro, balance hidroelectrolítico alterado y diversas ca - rencias nutricionales, especialmente la de vitaminas del complejo B, las cuales el alcohólico habitualmente ingiere en cantidades insuficientes o no absorbe.<sup>8/</sup>

---

<sup>7/</sup> Mayer, Gross W.; Psiquiatría Clínica, p. 86

<sup>8/</sup> Lawrence, C. Kolb; Psiquiatría Clínica Moderna, p. 258

Alonso Fernández acepta su intervención sólo en sujetos con deficientes condiciones biológicas; especialmente si intervienen algunos de los factores desencadenantes que contribuyen a la determinación de este estado como son: traumatismos craneoencefálicos que pueden constituir tanto una causa, como una consecuencia de los trastornos iniciales por parte de la lucidez y de la atención; una enfermedad infecciosa, sobre todo neumonía o meningitis tuberculosa, traumatismos psíquicos, mala nutrición e intervenciones quirúrgicas.

En la etiología de la amplia casuística del delirium tremens aparecido durante el período posoperatorio, asume el papel más importante la propia intervención quirúrgica cuya acción desencadenante resulta potencializada por el hecho de acompañarse de la supresión brusca del alcohol.<sup>9/</sup>

De esta forma, la psicosis se inicia después de un período de abstinencia de 48 a 96 horas, pero puede iniciarse antes o después. Pueden ocurrir crisis convulsivas "ataques del ron". Generalmente el padecimiento comienza en la noche, dura varios días y tiene exacerbaciones nocturnas.<sup>10/</sup>

---

<sup>9/</sup> López Ibor, Juan José; Tratado de Psiquiatría, p.331  
<sup>10/</sup> Caso Muñoz, Agustín; Fundamentos de Psiquiatría, p.438

### 1.1.3 Epidemiología

El delirium tremens es la psicosis alcohólica más frecuente en todos los países. En cualquier caso, tan sólo un 15% de los alcohólicos la desarrollan. No cabe duda de que muchos de los afectados es sensiblemente superior ya que muchos pacientes no son remitidos a centros psiquiátricos a causa de este síndrome.

Sólo se presenta en sujetos afectados por el alcoholismo crónico; raramente se presenta en personas que lo hayan padecido durante menos de 3 o cinco años anteriores.<sup>11/</sup> La duración del alcoholismo en el momento del primer episodio del delirium tremens es de 8 a 10 años y aún mayor.<sup>12/</sup>

Aparece después de los 40 años de edad, pero puede aparecer en sujetos mucho más jóvenes de 25 a 30 años de edad, en los que se trata generalmente de descendientes de alcohólicos.<sup>13/</sup>

También se puede presentar en niños y adolescentes a los que el médico ha recetado reconstituyentes que contienen alcohol, puede aparecer el padecimiento al cabo de unos

---

11/ Lawrence C. Kolb,; Op.cit., p. 258

12/ Hofling, Charles K.; Op.cit., p. 284

13/ Mayer, Gross W.; Op.cit., p. 723

años de proseguir la ingestión de los mismos. Sin embargo, tales casos son hoy sumamente raros.<sup>14/</sup>

#### 1.1.4 Patogenia.

En la patogenia las estructuras cerebrales más directamente involucradas son las formaciones reticulares e hipotálamicas. El hipotálamo parece el responsable de las importantes alteraciones metabólicas que existen en todo enfermo con delirium tremens, particularmente los trastornos del metabolismo hidroelectrolítico. A la alteración de las formaciones reticulares se impútan las alteraciones psíquicas.<sup>15/</sup>

Para Coiraul y Laborit, el delirium tremens aparece para estos autores:

- 1o. Como un paroxismo acidósico del alcoholismo crónico.
- 2o. Como un estado de hipervigilia patológicamente mantenido en la medida que estando hiperexcitable los circuitos aferentes, las incitaciones periféricas pasan do por el sistema reticular activado, exageran el tono de los centros vigiles diencefálicos.<sup>16/</sup>

---

<sup>14/</sup> López Ibor, Juan José; Op.cit., p. 331.

<sup>15/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p. 453

<sup>16/</sup> Ey, Henry; Op.cit., p. 728

Whang y otros (1974) atribuyen el padecimiento a un déficit intracelular en magnesio impuesto por el alcohol, lo que conduciría a un desequilibrio sodio-potasio, y a un estado de sobrehidratación celular, que sería el determinante inmediato. Postulan que la administración de magnesio puede ser la llave para restaurar la integridad de la bomba celular en los alcohólicos con déficit de esta sustancia.<sup>17/</sup>

No existen explicaciones de naturaleza hormonal que pueda explicar la presentación del síndrome de abstinencia. Se ha demostrado que después de una ingestión de alcohol, la abstinencia de 7 a 8 horas, tiene como consecuencia la disminución del nivel de magnesio sérico y una elevación del pH, en la base de una alcalosis respiratoria, es posible que el efecto compuesto de estos dos factores asociados, sea causal de la epilepsia y de otros síntomas caracterizados por la hiperexcitabilidad del sistema nervioso central. La elevación del pH se encuentra explicada por la liberación neuronal del centro respiratorio que se hace insensible al CO<sub>2</sub> circulante. En la fase de rebote, las neuronas se hacen más sensibles a los niveles de CO<sub>2</sub> circulante con alcalosis e hiperventilación.

---

<sup>17/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p. 453

Como una probable explicación para la presentación del delirium tremens la hipomagnesemia no parece importante ya que los niveles de magnesio sérico son restaurados a los normales antes del principio del delirium.<sup>18/</sup>

#### 1.1.5 Anatomía Patológica

Es mucho más característica la localización de las lesiones que la naturaleza de las mismas. Pueden aparecer cambios tanto degenerativos como inflamatorios. El cerebro está edematoso.

En la patogenia las estructuras cerebrales más directamente involucradas son la formación reticular e hipotalámica, el hipotálamo parece el responsable de las importantes alteraciones metabólicas que se presentan, particularmente los trastornos del metabolismo hidroelectrolítico; a la alteración de las formaciones reticulares se imputan las alteraciones psíquicas.

El tipo de las lesiones según la escuela de Delay se distribuye en tres clases.

---

<sup>18/</sup> Vázquez Vázquez, Edith,; Patología Quirúrgica, p. 94

10. La degeneración o atrofia de las neuronas en forma prevalente o pura. La primera reacción de una célula nerviosa a la lesión es la pérdida de la función, sin modificaciones morfológicas visibles con microscopio de luz. El hecho de que la célula se recupere o muera depende de la gravedad y la duración del agente ofensivo. Si se produce la muerte rápidamente en término de minutos o de horas, no se manifestarán de inmediato los cambios morfológicos. El primer cambio visible exige un mínimo 6 a 12 horas de supervivencia. La célula nerviosa se vuelve tumefacta y se borran sus ángulos. Ocurre disolución de la substancia de Nissl, la célula se hincha, el núcleo también y los corpúsculos de Nissl se dispersan hacia la periferia del citoplasma. En esta etapa la neurona podría recuperarse. Cuando la muerte celular es inminente, el segundo tiempo consiste en hiper cromatismo; este aspecto probablemente signifique célula muerta. La etapa final se produce después de la muerte celular. El citoplasma se vuelve vacuolado y el núcleo y los organelos citoplasmáticos se desintegran. Se disuelve la neurona y se elimina por la actividad de los fagocitos. En el sistema nervioso central las células de la microglia cumplen esta función y en el sistema nervioso periférico los re -

presentantes locales del sistema reticuloendotelial se en cargan de esta tarea.

Cambio neuronal de tipo crónico. El cuadro suele consistir en atrofia con disminución del tamaño de la célula, hipercromatismo del citoplasma y el núcleo e irregularidades de las estructuras de estos dos elementos; con microscopio electrónico se observan alteraciones en los orgánitos celulares de todos los estados patológicos. En los padecimientos agudos y crónicos de la célula nerviosa hay modificaciones paralelas en la neuroglia y los vasos sanguíneos.

Reacciones axónicas. El axón presenta ligera tumefacción y en el área perinuclear la substancia de Nissl comienza a disgregarse, con el tiempo aumenta la tumefacción, la célula pierde todos los ángulos que haya tenido, la substancia de Nissl experimenta disgregación periférica y sucesiva y el núcleo se desplaza a la periferia de la célula. La célula nerviosa aumenta de tamaño, al igual que el núcleo. Este fenómeno alcanza su máximo en 12 días y por esta etapa el citoplasma presenta aspecto de vidrio despulido, excepto en la periferia misma, donde quedan pocos gránulos de Nissl.

20. Las lesiones gliovasculares puras o prevalentes. Se componen de alteración glial: proliferación, hiperplasia e hipertrofia de los astrocitos (astrocitosis) Los astrocitos se tornan fibrosos, además hay hipertrofia e hiperplasia de las células de la microglia. El citoplasma de los astrocitos agrandados contiene grandes cantidades de fibrillas y gránulos de glucógeno. El neuropilo denso de prolongaciones de astrocitos que aparecen como zonas de degeneración neuronal produce la llamada cicatriz gliótica. Los oligodendrocitos responden a las lesiones expandiéndose y mostrando una vacuolización del citoplasma: los núcleos también tienden a ser picnóticos. Un daño severo en los oligodendrocitos probablemente daría como resultado desmielinización. Las células de la microglia en las lesiones inflamatorias y degenerativas del sistema nervioso central retraen sus prolongaciones y emigran hacia el lugar de la lesión. Aquí se multiplican y son activamente fagocíticas y el citoplasma se llena de lípidos y restos celulares. Los histiocitos que emigran de las meninges y de los vasos sanguíneos se unen en esta actividad de eliminación de restos. <sup>19/</sup>

Alteración vascular. Conjunto de lesiones y trastornos vasculares propios de la hipertrofia y la hiperplasia de los pequeños vasos sanguíneos, acompañados de pequeñas hemorragias puntiformes (microhemorragias); y en grado ligero de leptomeningitis. Se presenta aumento de la glia con ligera infiltración de células redondas.

30. La asociación de las lesiones neuronales y gliovasculares algunas veces superpuestas, pero más a menudo con localización independiente, en estructuras anatómicas distintas.

La topografía de las lesiones se muestra característica en estos dos puntos: su distribución bilateral simétrica y concentrada en las proximidades de la línea media y su acumulación regional en el hipotálamo posterior y en el tronco cerebral, con una predilección especial por la región ependimaria; esto es, alrededor del acueducto de Silvio.

Dentro de esta sede regional, las formaciones más frecuentemente lesionadas son: el cuerpo mamilar, el sector del hipotálamo adyacente, los núcleos reticulares de los pedúnculos cerebrales y de la protuberancia superior, el locus coeruleus y ciertos núcleos bulbares; en estructuras

de las paredes del tercer ventrículo y en el suelo del cuarto ventrículo. Y las lesiones más intensas de todas son las que afectan al núcleo medial del cuerpo mamilar; el núcleo lateral del mismo cuerpo mamilar suele estar indemne o presentar solo discretas alteraciones neuronales. Suelen estar afectados también los músculos extrínsecos del ojo, los núcleos vestibulares y los núcleos motores del vago.

Desde el punto de vista histológico hay aspecto vacuolado de la estructura atacada. El cambio más importante y notable es en los vasos sanguíneos de pequeño calibre que están algo aumentados de tamaño destacándose por virtud del aumento de las células de la pared. La hiperplasticidad afecta de manera más notable al endotelio y el interior de los vasos sanguíneos, disminuye por la protrusión de las células endoteliales y tumefactas en proliferación.<sup>20/</sup>

Desde el punto de vista histopatológico se ha demostrado que las alteraciones psíquicas predilectas como obnubilación de la conciencia, con desorientación temporoespacial pueden ser producidas por las lesiones intensas del núcleo medial del cuerpo mamilar. La noción de un cuadro confusional alucinatorio es de origen subcortical.

---

<sup>20/</sup> Robbins, Stanley L.; Patología Estructural y Funcional., p. 1476

La anatomía patológica de los enfermos más acentuados está integrada por: atrofia de la corteza cerebral, sobre todo de los lóbulos frontales con dilatación del sistema ventricular y de los espacios subaracnoideos. Engrosamientos meníngicos, acompañados muchas veces de una membrana glial subpial y proliferaciones granulosas del epéndimo. Acumulación de hemorragias intraaracnoideas espontáneas o producidas por los frecuentes traumatismos que tienen estos enfermos, dada su gran fragilidad vascular y la existencia de formaciones telangiectásicas hemorrágicas en la duramadre. Al nivel microscópico suelen existir importantes datos lesionales. Atrofias celulares sobre todo en la corteza cerebral y en las células de Purkinje del cerebelo que se acompaña sólo de una discreta reacción de los astrocitos. Dilataciones varicosas y alargamiento de las arteriolas y de los capilares y la atrofia neuronal de localización corticofrontal.<sup>21/</sup>

#### 1.1.6 Cuadro Clínico

El inicio del delirium tremens puede ser brusco o gradual. El comienzo gradual es precedido por: aversión a la comida, el sueño se acorta y es interrumpido por sobresaltos, el enfermo está malhumorado, irritable y tenso. Esta tensión íntima puede acentuarse manifestándose en accesos de

---

<sup>21/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., pp.492-493

ansiedad que surgen de un modo psíquicamente inmotivado; se presenta cuando se va a dormir o bien se despierta con pesadillas nocturnas angustiosas, presenta pánico, sudor y sensaciones de opresión.<sup>22/</sup>

Las pesadillas tan típicas de esta fase del alcoholismo se hacen más vivas y angustiantes y el enfermo empieza a confundir los contenidos oníricos con la realidad. Entonces pueden aparecer los síntomas prodrómicos que aparecen en forma de ilusiones y alucinaciones, sobre todo de la esfera óptica; estas pseudopercepciones no presentan las características del delirium tremens plenamente manifiesto. Las pseudopercepciones asustan al paciente, pero son la mayoría de las veces reconocidas por él como tales, hasta que se transforman en las alucinaciones del delirium tremens propiamente dicho. A pesar de darse perfectamente cuenta de la naturaleza ilusoria de estas experiencias, suelen producirle temor e inquietud psicomotriz que se manifiesta a través de todo el comportamiento del enfermo.<sup>23/</sup>

El temblor hasta entonces de finas oscilaciones se hace más patente. El enfermo presenta parestesias e incoordinación de movimientos, habituales en el alcoholismo crónico.

---

<sup>22/</sup> López Ibor, Juan José; Op.cit., p. 332

<sup>23/</sup> Mayer Gross, W.; Op.cit., p. 87

La presentación de una o varias crisis convulsivas de tipo Gran Mal en sucesos rápidos, constituye a veces el único aviso clínico que precede al establecimiento del padecimiento; aparecen con mayor frecuencia en pacientes con delirios múltiples.<sup>24/</sup>

Una vez que la psicosis está establecida, el cuadro clínico empeora rápidamente. El comienzo del delirium tiene lugar habitualmente por la noche, surge de un modo súbito en medio del insomnio; se adscribe a la modalidad de delirium acutum, es decir, el delirio onírico agudo, cuyo cuadro clínico se desdobra en dos componentes: la obnubilación de la conciencia (estado de conciencia ofuscada, sin vivencias claras y sin capacidad para poder configurarlas y reflexionar); varía de un caso a otro e incluso de una fase a otra del delirio del mismo enfermo; y, el onirismo (exaltación psíquica en forma de imágenes, representaciones y sobre todo ilusiones y alucinaciones sobre un fondo de inquietud o agitación psicomotriz). Cuando el enfermo es dejado solo, se sumerge enteramente en su mundo onírico y se acentúa su intranquilidad psicomotora.<sup>25/</sup>

El delirio es vívido, expresado no solamente por el lenguaje sino por todo el cuerpo: el enfermo se entrega plenamente a él. Revive escenas de su trabajo que tienen

---

<sup>24/</sup> Vallejo Nájera, Juan A.; Introducción a la Psiquiatría p. 329.

<sup>25/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p. 453

en la mayoría de las ocasiones un carácter penoso y laborioso. Interpela a sus compañeros, les pide ayuda, les anima y motiva (onirismo profesional).

Los síntomas se van acentuando, se presenta una presión ininterrumpida de la actividad, el insomnio es intenso; los pacientes sufren en general una inquietud psicomotriz que puede aumentar hasta una gran excitación psicomotriz, la cual aumenta peligrosamente si se deja solo al paciente o en contención forzosa, se sumerge enteramente en su mundo onírico y se acentúa su agitación; siendo más intensa de noche que de día. 26/

#### Trastornos de la sensopercepción.

Se presentan ilusiones e interpretaciones erróneas de los estímulos sensoriales: percepciones mal estructuradas con falsos reconocimientos y alucinaciones.

Son muy frecuentes las alucinaciones de las distintas esferas sensoriales. En general se trata de alucinaciones visuales, más raras son las alucinaciones auditivas, pero más infrecuentes son las alucinaciones táctiles, cenestésicas, olfatorias y gustativas, suelen ser muy reales y a

menudo revisten carácter persecutorio.<sup>27/</sup> Sin embargo, algunos autores refieren que las alucinaciones son casi exclusivamente visuales y táctiles.

Las alucinaciones ópticas son móviles y múltiples y muestran tendencia a las micropsias (sobre el escenario normal ven las alucinaciones de tamaño reducido); tienen un contenido similar al de los ensueños del alcohólico crónico, son escenográficas, vivamente coloreadas.<sup>28/</sup>

Es muy típico el carácter zoópsico (ven multitud de animales que corren de aquí para allá como ratas o serpientes que son las más típicas), junto con la reacción de temor que despiertan en el enfermo. Sin embargo, los animales ilusorios que ven en la ropa de cama, aunque algunos les suelen causar terror, otros les parecen cómicos y les hacen reír. Si los enfermos ven figuras humanas, éstas son con frecuencia diminutas por lo que se les ha llamado "liputienses".<sup>29/</sup>

Las pseudopercepciones ópticas del delirium tremens son más vivaces que las de muchos otros delirios y a veces son descritas con todo detalle.

---

<sup>27/</sup> Feuerlein, Wilhelm; Op.cit., p.133

<sup>28/</sup> Vallejo Nájera, Juan Antonio; Op.cit., p. 330

<sup>29/</sup> Mayer Gross, W.; Op.cit., p. 87

No es raro que se presenten alucinaciones táctiles, probablemente debidas a neuritis periférica. El enfermo siente al mismo tiempo que ve, los insectos sobre su piel. En ocasiones el enfermo percibe hormigas o arañas que le recorren el cuerpo o diversos animales muy a menudo gusanos en la boca.<sup>30/</sup>

Las alucinaciones auditivas son raras, pero pueden presentarse como parte de la situación total que es real y alucinatoria en la experiencia del enfermo, quien oye sobre todo música (muchas veces con un compás sumamente marcado) lo cual es muy raro que suceda con otras psicosis, a ello se añaden alucinaciones elementales en forma de estallidos, zumbidos, silbidos, etc. Rara vez oye el enfermo palabras o frases y nunca se sitúan éstas en primer plano,<sup>31/</sup> cuando constituyen parte importante del cuadro clínico ha podido observarse en los casos que se presentan en el hospital psiquiátrico que se trata de complicaciones con esquizofrenia; tienen un carácter imperativo (les ordenan que hagan tal o cual cosa), hasta el grado de atentar contra su propia vida.<sup>32/</sup>

Pueden aparecer alucinaciones olfatorias, el paciente grita con terror que está entrando gas en su habitación.

---

<sup>30/</sup> Lawrence C. Kolb; Op.cit., p. 258

<sup>31/</sup> López Ibor, Juan José; Op.cit., p. 332

<sup>32/</sup> Vallejo Nájera, Juan Antonio; Op.cit., p. 330

Por otra parte, se presentan también las alucinaciones cenestésicas y los trastornos vestibulares, el paciente ve que se caen las paredes, que el suelo se mueve, que toda la habitación da vueltas, etc., cuando los pacientes están sentados sienten de repente que su silla se inclina hacia un lado o como el suelo oscila bajo sus pies, creen estar trabajando sentados o de pie, cuando en realidad están acostados en el lecho. Les parece asimismo que se mueven los objetos que en realidad están quietos., Estas perturbaciones pueden combinarse con alucinaciones visuales en rápidos movimientos, hasta convencer al paciente de que es tá de viaje o envuelto en una aventura.

La realidad no existe en el momento de alucinación: los en fermos toman las ventanas por puertas; las escaleras por la calle, corren el riesgo de caídas. En lugar de la pared de la habitación ven un campo abierto, se precipitan corriendo a él y se golpean.<sup>33/</sup>

La reacción del enfermo a sus alucinaciones varía según el contenido de éstas, sea terrorífico o placentero y suele estar muy ocupado con ellas, intentando agarrar los animales que ve.

---

33/ López Ibor, Juan José; Op.cit., pp.332-333

Junto a las alucinaciones aparecen en forma masiva las ilusiones, predominan de la esfera óptica y en menor cantidad por parte de otros sentidos.

Los enfermos se equivocan al querer reconocer personas y objetos; se equivocan asimismo al leer diciendo cosas completamente absurdas, pero limitándose en muchas otras ocasiones a introducir en la lectura palabras que no existen en realidad pero que poseen algún género de relación lógica con el texto auténtico. Resulta notable el hecho de que algunos delirantes que han leído el texto de un modo completamente absurdo, son capaces luego de repetir fielmente el texto auténtico.

### Atención

La atención se haya profundamente perturbada, es fugaz y las impresiones se retienen sólo un momento. Si no se les interrumpe, los enfermos se hallan absortos en sus alucinaciones y no se preocupan gran cosa de lo que a su alrededor sucede. Sin embargo, si se les dirige enérgica mente la palabra, se puede lograr que atienda a lo que se le dice y que tome parte en conversaciones. En cuanto no se les obliga a mantener despierta su atención y enfocarla sobre otras cosas, se vuelven a sumergir en sus aluci-

naciones; más aún procurando que se concentren, se advierte que el ámbito de su pensamiento se halla muy reducido.

Contenido del pensamiento.

Se hallan presentes muy escasas ideas. Los enfermos hablan con arreglo de sus necesidades de momento, sin que se den cuenta de las contradicciones en las que incurren, por evidentes que éstas sean.

Son en absoluto incapaces de reflexiones algo complicadas y así manifiestan una gran carencia de crítica, en contraposición con la prontitud de sus respuestas. Tal carencia de crítica destaca asimismo frente a las alucinaciones por absurdas que éstas sean.

La capacidad de concentración, la tenacidad, la vigilancia y el campo de la atención se hallan fuertemente disminuídas.

Rara vez se forman ideas delirantes duraderas, provocadas por sugestión. Ello puede realizarse al comienzo o al final del delirio, cuando no existen pseudopercepciones espontáneas. Las ideas delirantes que aparecen en el estado de delirio concuerdan con las experiencias sensoriales y son tan fluídas y cambiantes como éstas; no son sistematizadas

pero son angustiosas y también fantásticas.<sup>34/</sup>

### Lenguaje.

El habla a menudo es incongruente, incoherente y perseverante; dentro de los trastornos psiquiátricos, algunas veces hay trastornos de la palabra que se muestran no sólo en la dificultad y confusión de la articulación sino también en la distorsión difásica y párafásica de las palabras, dentro de las alteraciones orgánicas.<sup>35/</sup>

### Orientación.

Existe desorientación halopsíquica, siendo de tipo alucinatorio delirante.

Las constantes alucinaciones ópticas trastornan profundamente a la orientación espacial; más ello no es solamente consecuencia de las alucinaciones. También la orientación en el tiempo se trastorna mientras dura el delirio, y en los casos graves continúa alterado después de transcurrido este último.

Todos los delirantes conservan la orientación autopsíquica.

---

34/ Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., p. 437

35/ Mayer Gross, W.; Op.cit., p. 88

Memoria.

La memoria se halla muy perturbada, existen trastornos de la memoria reciente. Durante el delirio, los enfermos no recuerdan sino una pequeña parte de lo que han vivido, y la ordenación temporal de los acontecimientos se halla completamente alterada. Después del delirio, los recuerdos correspondientes al mismo son incompletos. Más tampoco faltan en grado mayor o menor errores y confusiones.<sup>36/</sup>

Afecto.

El estado de ánimo es oscilante caracterizado habitualmente por irritabilidad, miedo, aprensión o incluso terror. En ocasiones, sin embargo, es de diversión, tontería y euforia (humor vacuo). La mezcla peculiar de ansiedad o terror con alegría y contento que se observan a veces, es bastante típica del delirio alcohólico.<sup>37/</sup>

Es necesario describir con suficiente detalle los trastornos somáticos generales y sobre todo los Metabólico-Biológicos ya que son muy importantes. Siempre se debe tener presente la idea de que el delirium tremens es la enferme

36/ López Ibor, Juan José; Op.cit., pp.334-335

37/ Mayer Gross, W.; Op.cit., p. 87

dad psiquiátrica más médica entre todas las conocidas.

Síntomas somáticos.

-Temperatura. Es un riesgo esencial, se presenta ligera fiebre, que según puntualizan Coirault y Laborit, suele ser más elevada que en las ráfagas confuso-oníricas y menos elevadas que en los delirios hiperazotémicos. En ocasiones la elevación de la temperatura se presenta en dos o tres días llegando hasta los 39°C ó 40°C. Actualmente tiende a admitirse que no existe delirium tremens apirético.

-Pulso. Sigue la curva térmica, a menos que los trastornos del miocardio no le impriman perturbaciones; generalmente el pulso es rápido, irregular y débil.

-Tensión Arterial. La tensión arterial y el estado cardíaco deben ser controlados atentamente, puesto que a menudo la muerte, resulta de un accidente cardiovascular.

-Taquicardia, con hipotensión o hipertensión arterial.

-Diaforesis profusa.

-Deshidratación masiva, que se traduce en una sed abrasa-

dora, una lengua saburral con labios secos y unas fascias macienta; presenta también halitosis.

-La mayor profundidad de la desintegración de la conciencia (confusión) en el delirium tremens entraña la liberación de movimientos anormales alterándose también la motricidad: movimientos de masticación, de succión, de deglución y de prensión que son los síntomas de una profunda afectación encefálica.

-Las conjuntivas se encuentran congestionadas.

-Son frecuentes las anomalías pupilares: dilatación de las pupilas, a menudo reaccionan con lentitud, pueden ser desiguales y de forma irregular.

-En casos graves existe pseudoopistótonos.

-Los reflejos tendinosos están aumentados (hiperreflexia) y a menudo se encuentran ausentes, naturalmente cuando existe neuritis. En ocasiones existe, signos claros de neuritis o irritación neurítica: dolor a la presión ejercida sobre los troncos nerviosos y los músculos, unidos a la disminución de la fuerza muscular e incluso parésias, se puede presentar inflamaciones agudas del nervio óptico, pueden surgir también signos orgánicos centrales

como trastornos de la coordinación o ataxia cerebelosa, más cuando hay temblor intenso son difíciles de apreciar.

-Ligera disartria

-Tinte subictérico

-Insomnio muy pertinaz, hasta que llega el sueño que marca la crisis favorable. <sup>38/</sup>

Se presentan además alteraciones de los diferentes aparatos y sistemas propios del alcoholismo crónico, los que mencionaremos a continuación:

-Trastornos digestivos: Entre los trastornos digestivos más frecuentes, tenemos la gastritis crónica, la insuficiencia hepática pasajera, la cirrosis hepática y la pancreatitis crónica.

-Trastornos respiratorios: Sobresalen las laringitis, la bronquitis y las neumonías.

-Trastornos endócrinos: los trastornos endócrinos más relevantes en el terreno del alcoholismo son la atrofia

---

38/ Ey, Henry; Op.cit., p. 727

testicular y la insuficiencia corticoadrenal. El agotamiento suprarrenal es una alteración secundaria a la intoxicación alcohólica, que desde luego, no asume ningún papel en la etiopatogenia del alcoholismo.

-Trastornos musculares: También puede afectar el alcohol a los músculos y ocasionar degeneración y necrosis de las fibras musculares, trastornos que integran las miopatías alcohólicas clínicas: aguda y crónica.

-Trastornos hematológicos: los más importantes entre los alcohólicos figuran la anemia megaloblástica debida a un acentuado déficit en ácido fólico, la leucopenia que acompaña a la cirrosis y a la esplenomegalia y las anemias secundarias a las hemorragias, al déficit de hierro o a los procesos infecciosos.

-Abundan los estados de hipo y avitaminosis entre los alcohólicos a causa de la intervención de distintos factores: la defectuosa absorción intestinal, el déficit en la ración alimentaria, el aumento de la necesidad vitamínica (sobre todo del ácido nicotínico y adenina que forman parte de las coenzimas que intervienen a la vez en el metabolismo del alcohol y en el metabolismo hidrocarbonado) y la dificultad en su utilización producida por la acidosis

y otras alteraciones biológicas. Estos estados de hipovitaminosis pueden afectar a distintas sustancias vitamínicas hidrosolubles: C y sobre todo distintos factores del complejo B y liposolubles (A, D y K). A causa de la hipovitaminosis "K" se produce una hipoprotrombinemia, con tendencia a las hemorragias, así como a reaccionar con importantes hematomas al impacto de estímulos traumáticos mínimos.<sup>39/</sup>

En el delirium tremens a la cabeza de los trastornos neurológicos figuran la disartria y los temblores; generalmente el temblor está generalizado a toda la musculatura del cuerpo, es del tipo de grandes oscilaciones, siendo observable a la inspección y sobre todo, como subrayó Magnan, perceptible por la palpación con las manos aplicadas sobre el cuerpo.<sup>40/</sup> Aumenta cuando se provoca tensión muscular, en los casos en los que la sintomatología se manifiesta plenamente se observa a menudo temblor en la lengua, al igual que en los músculos de los labios y de la cara y sobre todo de las manos y que puede reconocerse ordinariamente como distinto de la extrema inquietud general que puede enmascararlo.<sup>41/</sup>

---

<sup>39/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., pp. 494-500

<sup>40/</sup> Ey Henry; Op.cit., p. 727

<sup>41/</sup> Lawrence C.Kolb; Op. cit., p.259

También pueden existir crisis epilépticas, ataxia cerebelosa y los demás síntomas propios del alcoholismo crónico: intenso dolor de los troncos nerviosos a la presión y de las masas musculares a la palpación; a menudo acompañada de otros signos de multineuritis como disestesias (en forma de hormigueos) dolores y calambres.

Otros datos neurológicos importantes que aparecen con menor frecuencia que los anteriores son los movimientos coreiformes las parálisis motoras y la neuritis óptica. Las formas prevalentes de parálisis motoras producidas por la multineuritis alcohólica, casi siempre con carácter bilateral y simétrico, afectan en las extremidades superiores a los músculos extensores enervados por el radial y en las extremidades inferiores al ciático popíteleo externo (marcha en estepaje con la punta del pie caída). La parálisis radial puede inducir a error con el saturnismo.<sup>42/</sup>

#### Trastornos metabólicos presentes en el delirium tremens.

El más importante se refiere al metabolismo hidroelectrolítico y consiste en una intensa deshidratación, producida por la abundancia de sudor y por el aumento de la pérdida pulmonar de agua.

<sup>42/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p. 494

Todos los autores admiten la existencia de una evidente deshidratación, siendo masiva intra y extracelular, según Bodin y otros, resultando el criterio más aceptable.

Casi siempre hay hipertonia osmótica -con el consiguiente descenso del punto crioscópico- ya que el sudor cuya pérdida es aquí el factor fundamental de la deshidratación es hipotónico en relación al plasma, por lo que la pérdida de sal es proporcionalmente inferior a la pérdida de agua. Hay hipotonía plasmática, casi exclusivamente en los enfermos que reciben una rehidratación a base de agua o de líquidos con escasos electrólitos.

El metabolismo del enfermo con delirium tremens gira en torno a la deshidratación, el hipercatabolismo proteico (autofagia) y el hipercatabolismo de las grasas muy responsable de la acidosis aunque no tan acentuada como la pérdida de potasio.

Casi siempre hay una moderada acidosis, siendo esta moderada disminución de la reserva alcalina una consecuencia de la grave perturbación de los metabolismos energéticos.

#### Metabolismo Hidrocarbonado.

El trastorno fundamental es la interferencia del catabo -

lismo. Suele haber una ligera hiperglucemia y glucosuria y una acumulación en la sangre de los ácidos pirúvico y láctico.

El dato más importante aquí, ya existente en el alcoholismo crónico es el aumento de los ácidos pirúvico y láctico en la sangre, que se presenta por estar bloqueado el catabolismo hidrocarbonado, bloqueo determinado por la carencia de ciertos principios vitamínicos, a causa del aporte insuficiente y la exageración de la necesidad; por défi - cit a aneurina, adenina y ácido nicotínico. Estas subs - tancias son abundantemente utilizadas por el alcohólico en forma de las coenzimas 1 y 11, aceptores de hidrógeno, para transformar al aldehído acético en ácido acético. Contribuye también a la acidosis el aumento de ácido acé - tico procedente del catabolismo del alcohol.

#### Metabolismo Proteico.

Suele estar también alterado. Su trastorno fundamental consiste en el catabolismo proteico masivo que se manifiesta al exterior por la reducción de volumen de los músculos y la pérdida de peso.

El dato analítico más importante es la hiperazotemia (sue

le oscilar entre 0.5 y 1 g. por 1000), que casi siempre tiene un origen extrarrenal (deshidratación y aumento de la destrucción de las proteínas). En términos generales puede decirse que el nivel de la hiperazotemia es paralelo al grado de gravedad del delirium. Esta regla general encuentra una excepción en las insuficiencias hepáticas graves, ya que cuando falla ostensiblemente la función urogenética del hígado -que consiste en formar urea a partir del amoniaco-, se producen índices muy altos de hiperamonemia, con una azotemia normal. Esta hiperamonemia condicionada por los estados de grave insuficiencia hepática, suele aparecer cuando el delirium lleva unos días de evolución.

#### Metabolismo de los lípidos.

El metabolismo de los lípidos está profundamente alterado ya en el alcohólico crónico. Los lípidos séricos no suelen experimentar modificaciones sensibles y el lipidograma suele ser normal o con pequeñas alteraciones diversas según los casos.

El dato analítico más frecuente, aunque poco frecuente, exclusivamente en casos de cirrosis hepática grave, es la relación colesterol esterificado -colesterol total, se

considera normal cuando es mayor o igual que 0.70<sup>43/</sup>

### 1.1.7 Diagnóstico

Ha de tenerse en cuenta en primer término, el conjunto del aspecto general del paciente, que si se ha contemplado en una ocasión resulta imborrable; son importantes además, la Anamnesis, durante la cual por otra parte, es negado muchas veces tanto por el paciente como por sus familiares el vicio de la bebida, los rasgos somáticos generales del alcoholismo crónico en un paciente con delirium tremens son: el temblor de amplias oscilaciones generalizado a toda la musculatura del cuerpo, observables a la inspección y sobre todo perceptible por la palpación, así como el establecimiento del delirium (delirio onírico) con los trastornos consecuentes de la sensopercepción: las ilusiones que son falsas interpretaciones de los estímulos percibidos, que con frecuencia infunden la confianza de que se encuentran en un ambiente familiar y rodeado de personajes conocidos. Es así por ejemplo, que el paciente confunde a la enfermera con algún familiar o a la doctora con una amiga; y las alucinaciones que se presentan en las distintas esferas sensoriales: predominando las ópticas

43/ Ibidem., pp. 454-455

ticas que son móviles y múltiples con tendencia a las micropsias; en ocasiones se mueven con tal rapidez que el sujeto puede interpretarlas como pequeños animales o aves. Quizás sea porque tales imágenes pueden interpretarse como roedores, que en el padecimiento se les llama en caló inglés como las "ratas". Las imágenes alucinadas pueden referirse a objetos grandes del tamaño de una persona, que en el estado de delirio se les asigna una proporción del tamaño aproximado de 10 a 40 cm.; a las imágenes de esta naturaleza en miniatura se les llama: "alucinaciones lili putienses". En general las alucinaciones son de carácter zoópsico y liliputienses. Las alucinaciones auditivas, táctiles y cinestésicas también son frecuentes.

Cuando hay delirios son de naturaleza paranoide; pueden entenderse en parte, como intentos del paciente de explicarse los fenómenos de su delirio que, además se originan parcialmente en atmósfera de temor y se agravan aún más cuando el individuo retroalimenta sus propios temores; por ejemplo, las experiencias de destellos luminosos y ruidos agudos son interpretados por el alcohólico como flamas y gritos emitidos por los miembros de su familia que se encuentran en una cámara de torturas. El paciente delirante se imagina que los torturadores pronto vendrán a lle -

várselo a él también. El efecto predominante es la ansiedad, que progresa al miedo.<sup>44/</sup>

La conciencia se encuentra obnubilada, el sujeto no puede orientarse en tiempo ni espacio; los períodos de atención disminuyen y es incapaz de concentrarse en un mismo asunto por más de un instante, manifiestan una gran carencia de crítica en contraposición con la prontitud de sus respuestas, su lenguaje es incoherente, incongruente y perseverante, la memoria se halla muy perturbada existiendo trastornos de la memoria reciente; en el efecto la mezcla peculiar de ansiedad o terror con alegría o euforia es bastante típico, la hipersugestibilidad se halla acentuada y cuando presenta delirio ocupacional el enfermo se conduce como si estuviese realizando las actividades propias de su profesión u oficio.<sup>45/</sup> Dado que muchas veces la ocupación principal consiste en beber, el delirio ocupacional puede enfocarse a esta actividad.

Es raro que en otras formas del tipo de reacción exógena aguda se den cuadros exactamente iguales, desde el punto de vista psicopatológico al delirium tremens. El diagnóstico

---

<sup>44/</sup> Madden, J.S.; Alcoholismo y farmacodependencia, pp.51-52

<sup>45/</sup> López Ibor, Juan José; Op.cit., p. 339

tico puede ser entonces establecido tan sólo mediante la Anamnesis y los hallazgos somáticos.

#### Exámenes de Laboratorio.

Su gravedad se correlaciona con la gravedad del curso clínico. Las Pruebas de Funcionamiento Hepático muestran alteraciones de gran importancia que en los restantes enfermos alcohólicos.

Examen General de Orina (E.G.O.): se presenta oliguria e incluso puede tener anuria, contiene albúmina, presenta glucosuria y muchos cuerpos cetónicos, no hay cilindruria ni otras alteraciones propiamente renales.

En sangre está aumentada la bilirrubina y muchas veces también los cuerpos cetónicos. Además existe leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación por excesiva elevación de las globulinas. Existe una elevación de las transaminasas y de otras actividades enzimáticas del suero (por ejemplo de la Y-GT); hay trastornos electrolíticos, disminución en el sodio y en el potasio, a veces incluso hipomagnesemia, que puede provocar crisis convulsivas, temblor y trastornos mentales.<sup>46/</sup>

46/ Feuerlein, Wilhelm; Op.cit., pp. 133-134

La mayoría de los clínicos aseguran que el enfermo con de liriam tremens está deshidratado, ya que el alcohol inhibe la hormona antidiurética y, por lo tanto se produce una diuresis mayor; además el enfermo pierde agua por sudoración y por los vómitos. Sin embargo Shaw y Frisel (1969) quienes midieron la cantidad de agua y la concentración de electrólitos en el cerebro de alcohólicos suicidas, en contraron hiperhidratación.

El líquido cefalorraquídeo: se mantiene normal y en realidad no hay porque realizar la extracción del mismo para efectuar un análisis salvo cuando hay datos clínicos de e dema cerebral o meningismo o se alimentan sospechas de la existencia de una meningitis tuberculosa.<sup>47/</sup>

Electroencefalograma (E.E.G.): lo que más destaca es un incremento de las fases REM del sueño durante el estado delirante agudo. Esta se interpreta como un fenómeno de rebote, subsiguiente a la amplia depresión de las fases REM y de sustitución por fases del sueño Delta que exis - tía mientras el sujeto realizaba un gran consumo alcohóli co. Incluso tras la remisión generalmente rápida de la sintomatología clínica la actividad basal retardada duran te el delirio no se acelera sino tras días o semanas.<sup>48/</sup>

47/ Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., pp.454-455.

48/ Feuerlein Wilhelm; Op. cit., pp. 134-135

Para Alfonso Fernández, el diagnóstico diferencial puede plantearse en el plano psicopatológico o en el etiológico.

Para resolver los problemas diagnósticos psicopatológicos se apoya especialmente en los aspectos más específicos.

La discusión del diagnóstico etiológico puede referirse a enfermedades no alcohólicas (delirium infeccioso, cuadros tóxicos agudos, porfiria, encefalopatía pancreática o procesos meningeos) o a procesos alcohólicos (es en especial la encefalopatía de Wernicke la cual a diferencia del delirium, suele cursar con somnolencia). Resulta muy importante ponderar adecuadamente los agentes determinantes del delirium y saber buscar la meningitis tuberculosa mediante el examen del líquido cefalorraquídeo, cuando existen elementos clínicos sospechosos.

La evolución se produce muy rápidamente en un lapso que oscila entre 2 y 7 días; es frecuente que la convalecencia vaya precedida típicamente por el retorno del sueño muy profundo y prolongado (sueño terminal) que dura hasta 24 horas después del cual el enfermo se siente completamente restablecido.<sup>49/</sup>

---

49/ Mayer Gross, W.; Op.cit., p.88

Si la enfermedad cursa de un modo lítico, la psicosis remite en ese momento: la conciencia se aclara y las alucinaciones desaparecen, se presenta el mejoramiento rápido del estado general; aunque durante un corto tiempo pueden volverse a presentar breves episodios nocturnos del delirium.<sup>50/</sup> Después del delirium permanece establecido el alcoholismo crónico mismo que ya presentaba. En los casos graves; al remitir el padecimiento queda establecido un síndrome de Korsakov.

Las crisis del delirium pueden repetirse. Generalmente el enfermo presenta una predisposición para ataques similares y algunos pertinaces han sobrevivido a una gran cantidad de ellos.

Un mismo paciente puede sufrir en el transcurso de unos pocos años una docena o más delirios. A tales recidivas repetidas sigue por lo general una demencia.

#### 1.1.8 Complicaciones

4  
Cuanto más lenta sea la curación, tanto más probable es que aparezcan trastornos crónicos.

---

<sup>50/</sup> Lawrence C.Kolb; Op.cit., p. 260

Los delirios que se complican y se prolongan hasta la 2a. semana, se complican casi siempre, al igual que aquellos en los que tras una mejoría sobreviene una especie de recidiva. 51/

Generalmente, después de una sucesión de ataques se establece una enfermedad mental crónica de proporciones psicóticas; tal psicosis puede ser orgánica (por ejemplo la psicosis de Korsakov, forma de demencia producida en gran parte por las deficiencias vitamínicas secundarias y acompañada de neuropatías periféricas), o de naturaleza funcional (es decir, reacciones esquizofrénicas y reacciones paranoicas). 52/

La mortalidad del padecimiento citado, es elevada principalmente durante los primeros 3 ó 4 días, la muerte puede ser provocada por: traumatismos craneoencefálicos, absceso del pulmón, el coma hepático, la asistolia, la neumonía y otras infecciones así como por el propio delirium tremens: fiebre elevada en ausencia de infección, trastornos metabólicos diversos, empeora todo el estado general, el pulso se hace débil y rápido, se presenta adinamia y abolición de los reflejos (antes exaltados). 53/ La mayor

---

51/ López Ibor, Juan José; Op.cit., p.337

52/ Hofling, Charles K.; Tratado de Psiquiatría, p. 287

53/ Caso Muñoz, Agustín; Op. cit. p.437

parte de las muertes tardías -cuando el enfermo estaba casi curado- se deben a colapsos vasculares periféricos. Son respectivamente, muertes en fase de choque o de agotamiento. Los peligros más importantes aparte de las fracturas y de las lesiones que pueden producirse durante la fase de intranquilidad, es el de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y la Neumonía.<sup>54/</sup> Los cursos fulminantes de frecuencia entre el 3 al 20% suelen estar ligados a subformas hiperazotémicas y subformas subcomatosas. Los casos mortales se producen entre los pacientes de más de 55 años de edad.<sup>55/</sup>

#### 1.1.9 Tratamiento

Tomando en cuenta que el delirium tremens es una enfermedad aguda de rápida evolución, el tratamiento del enfermo debe estar encaminado a favorecer las condiciones que permitan normalizar los cambios metabólicos inducidos por el alcohol durante la supresión; para controlar los síntomas psiquiátricos presentes, a favorecer las condiciones que eviten la presencia de distintos procesos infecciosos y, asimismo, obtener adaptación psicológica a las limitaciones que impone el padecimiento.

---

<sup>54/</sup> Mayer Gross W., Op.cit., p.88

<sup>55/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p.455

En cada enfermo deberá valorarse la importancia relativa de cada uno de los síndromes que presente, las acciones deben ir encaminadas a establecer medidas para prevenir un estado de descompensación; valorando la inminencia de este o de posibles complicaciones, mejorar el estado general mediante manejo dietético, observar la retención acuosa y establecer las medidas generales y específicas para su debido control.

Los principios del tratamiento incluyen la observación estrecha de los pacientes con cuadro de estado del padecimiento citado, abstinencia de alcohol, rehidratación y nutrición adecuada.

#### Aspecto Psiquiátrico.

Desde la fase prodrómica, el tratamiento debe administrarse siempre en el ámbito hospitalario. La primera condición es la observación estrecha del paciente; se evitarán los actos impulsivos de destrucción y autodestrucción que son producto de la ansiedad y la desorientación, y las personas que lo atienden deberán señalar con exactitud los puntos más importantes de la situación para reducir o evitar las alucinaciones o las ilusiones. Deberá colocarse frente a la Central de Enfermería, nunca deben mante -

nerse en estado de aislamiento en un cuarto privado, mismo que debe estar alumbrado como otro medio para mejorar el contacto del paciente con la realidad. Los locales oscuros y mal alumbrados aumentan la probabilidad de que se presenten las ilusiones y las alucinaciones visuales. Idealmente el cuarto debe ser básicamente silencioso pero con frecuencia es útil a la persona que atiende al enfermo tratar de conversar con él, para conservar los contactos humanos e infundirle seguridad. Si son necesarias las conversaciones del personal a distancia en que el paciente puede oirlas, deben estas conversaciones ser claras y en voz alta. Las consultas que se hacen en voz baja, deben ser cuidadosamente evitadas para que no haya malas interpretaciones por la suspicacia del paciente.

Por mucho que se intente mantener en reposo a los pacientes éstos saltan constantemente de la cama, y si no están en un cuarto especialmente acondicionado, pueden ocasionar grandes destrozos.

Cuando el enfermo está debilitado, resulta más sencillo mantenerlo en el lecho, lo cual es muy conveniente para mantener sus energías. El exigir constantemente al enfermo que no se levante de la cama o que vuelva a ella si se ha levantado; puede contribuir a distraerle de su delirio,

sin excitarle mucho; se debe proporcionar un ambiente tranquilo.

Adecuadamente tratado, el delirante tan sólo por excepción es violento pero puede cometer ciertos actos de violencia, tales como desgarrarse la ropa, romper una puerta; es decir, conducta agresiva destructiva y autodestructiva.

Si el personal de enfermería se muestra hábil y paciente, no hay necesidad de llegar al extremo de reducir al enfermo a viva fuerza, cosa que puede ocurrir durante las alucinaciones muy angustiosas, aunque también en estas últimas resulta posible tranquilizarlo.<sup>56/</sup>

En el síndrome órgano -vegetativo (agitación, hipertermia, diaforesis, etc.) el que caracteriza y confiere la gravedad de las formas agudas del delirium tremens, la terapéutica se encuentra modificada por la introducción de diversas drogas, especialmente neurolépticos así como antipiréticos para el control de la temperatura.

La agitación requiere que se administren tranquilizantes, sin embargo en los delirios orgánicos pueden ejercer un efecto paradójico, contribuyendo a agitar al enfermo, tampo

56/ Hofling Charles, K; Op.cit., pp.286-287

co resultan inocuos, aparte de su efecto tranquilizante, un aumento en la dosis durante la agitación puede provocar un brusco colapso mortal.

Los medicamentos neurolépticos con frecuencia son más útiles, se emplea en especial la cloropromazina (largactil) inyección de 50 mg. I.M. ó I.V., hasta 200 a 300 mg. en 24 horas. 57/

En la mayor parte de los casos se logran notables efectos mediante la aplicación I.M. ó I.V. de psicofármacos ansiolíticos del tipo de clordiazepóxido y la hidroxicina por el riesgo relativamente leve de que produzca sobresedación, por su baja capacidad de crear adicción, por su improbable potencialización y por su baja toxicidad hepática, son los fármacos ideales en el tratamiento. La dosis requerida para producir sedación sin estupor varía de 50 a 200 mg. de clordiazepóxido por vía I.M. o I.V., la que puede repetirse en un término de 2 a 4 horas; con esto se logra una sedación inmediata y, consecuentemente, se simplifica el manejo del enfermo. Se acostumbra, habitualmente, mezclar el sedante en la solución glucosada, aunque también puede aplicarse en forma directa cuando el enfermo está muy agitado. Este tratamiento puede continuar hasta que el enfer  
57/ López Ibor, Juan José; Op.cit., pp. 339-340

mo supere la etapa aguda.

Es importante no administrar barbitúricos o fenotiazinas que, en forma errónea, son frecuentemente utilizados; estos medicamentos pueden llevar al paciente alcohólico a un estado estuporoso o hacerlo caer en coma que puede culminar con la muerte, ya que potencializan los efectos depresores del alcohol sobre el sistema nervioso central, además de intensificar la hipotensión, el uso de estos antipsicóticos está indicado sólo en aquellos casos en que el alcoholismo está asociado a otros tipos de psicopatologías, fundamentalmente esquizofrenias, trastornos paranoides o psicosis afectivas.<sup>58/</sup>

#### Aspectos Fisiológicos.

Desde el punto de vista fisiológico, el problema es restaurar el equilibrio metabólico del paciente, su alimentación y aporte de líquidos.

Los enfermos que se hallan próximos al colapso, su oración está intoxicado, presenta oliguria, la función gástrica se halla alterada por la gastritis, no tienen la calma suficiente para comer o rechazan la comida por creer que

---

<sup>58/</sup> Molina Piñeiro, Valentín; Op.cit., p.180

está envenenada; lo más adecuado es suministrar una dieta abundante en azúcar y carbohidratos en forma líquida (agua azucarada o zumos de frutas); o una dieta blanda tan completa como el enfermo la pueda tomar, y siempre es muy conveniente que sea muy abundante en azúcar e hidratos de carbono, si es posible, dicha dieta debe contener de 3 000 a 4 000 calorías diarias y ser rica en elementos del complejo B. Dado sus hábitos anteriores, es más fácil hacer beber a los delirantes que hacerlos comer.

En la mayoría de los enfermos, el alcoholismo y la desnutrición sólo puede suprimirse durante el tiempo en que está recluido en un centro hospitalario. Habitualmente cuando el enfermo sale del hospital vuelve a las condiciones ambientales que favorecen el alcoholismo crónico y, además regresa a la alimentación deficiente, consecuencia tanto del alcoholismo como de las circunstancias económico-sociales que rodean a casi todos los enfermos de este grupo.<sup>59/</sup>

Se debe corregir cualquier desequilibrio o deficiencia de líquidos o electrólitos, administrándose la infusión apropiada. La rehidratación debe ser hecha en un total de 3 litros: 1 litro de agua mineral, 1 litro de zumo de naranja y 1 litro de caldo de legumbres.

---

<sup>59/</sup> López Ibor, Juan José; Op.cit., pp. 339-340

En otro caso se realizará por vía parenteral, en general de dos a tres litros de suero; perteneciendo la mayor parte al suero gluosado, el primero con solución glucosada al 10%, el segundo con solución fisiológica y el tercero en solución glucosada al 5%, todos de 1000 cc. Su cantidad debe calcularse para superar la pérdida de líquidos (por la orina y el sudor principalmente) los que por un lado rehidratarán al paciente y, por el otro, cubrirán sus necesidades calóricas, ya que el aporte de calorías queda bruscamente suspendido cuando el paciente deja de ingerir alcohol. No debemos olvidar, además, que el enfermo alcohólico agudo tiene los niveles de glucosa intracerebral muy disminuidos y deben reponerse. La administración de glucosa normaliza la hipoglucemia habitualmente presente en la intoxicación alcohólica y repone los depósitos de glucógeno hepático. El alcohol, al competir con la glucosa en su metabolismo, produce disminución en los depósitos de ésta, inhibe la secreción de la insulina y provoca así mismo, un aumento en la formación de los cuerpos cetónicos por gluconeogénesis, es recomendable agregar además un frasco de complejo vitamínico B de 10 ml., en cada solución. Sólo deben usarse los sueros hipertónicos cuando existan signos de hipertensión intracraneal, por edema cerebral y cuando haya hipertonía plasmática.<sup>60/</sup>

60/ Guerra Guerra, Armando; Op.cit., p. 45

### Tratamiento Farmacológico.

La administración de proteínas o inyecciones de aminoácidos debe reservarse exclusivamente para los enfermos muy desnutridos, ya que es una medida que puede agravar la hiperazotemia. La exclusión de las proteínas de la dieta debe ser total cuando existen síntomas de encefalopatía porto-cava y cuando esté perturbada la urogénesis (hipoazotemia e hiperamonemia); puede recurrirse en estos casos a la perfusión de arginina o de glutamina,, es más recomendable la primera que la segunda.

Se administra también ciertas hormonas: DOCA y Testosterona. Para la corrección de la insuficiencia hepática: extractos hepáticos y factores lipotrópos como metionina y colina.

Digitalización y antibióticos son un carácter profiláctico con sujetos de desnutrición muy avanzada; y, terapéutica en presencia de infecciones agregadas. Si presentan convulsiones, deben ser tratadas con difenilhidantoína (epamín 250 mg. I.M. o I.V.) o diazepam (valium 10 mg. I.M. o I.V.).

Es preciso asimismo muchas veces sostener el corazón y la

circulación en general por medio de medicamentos administrándose hidrocortizona I.M. o I.V., en presencia de colapso cardiovascular.

A pesar de la hipopotasemia, no es necesario dar cloruro de potasio salvo a los enfermos que se les administre cortisona o un fármaco diurético.

En los pacientes en los que existe delirios y temblores intensos se debe considerar una deficiencia en magnesio. Si se obtiene evidencia de una baja de magnesio sérico, se puede dar sulfato de magnesio en una solución glucosada de 1 000 cc. al 5% en dosis hasta de 2 gramos cuatro veces al día durante tres días y después 1 gramo durante dos o tres días adicionales, está indicado por su acción central neuropléjica, ya que además de su efecto sedante y preventivo de las crisis convulsivas interviene en la formación de las enzimas dependientes de tiamina.

El tratamiento se complementa con polivitaminas, sobre todo B<sub>1</sub> 500mg., B<sub>6</sub> 1 gramo y también B<sub>3</sub>, B<sub>4</sub> y B<sub>12</sub>; así como ácido nicotínico, indicado por la corrección que aporta a los efectos tóxicos de los productos intermediarios del catabolismo del alcohol (acetaldehído) y acumulación de ácido pirúvico en la sangre y la consiguiente encefalopatía

las cuales deben aplicarse por vía I.M. durante toda la fase de desintoxicación. La tiamina es precursora de algunas enzimas que intervienen en el ciclo de Krebs que a estas alturas se encuentran funcionando a un nivel muy bajo. Así parece indicarse también especialmente para prevenir la aparición de un síndrome de Wernicke o de Korsakov y de los cuadros de polineuritis.<sup>61/</sup> Además, se recomienda 20 gramos diarios de levadura de cerveza y ácido ascórbico de 500 mg. una tableta tres veces al día.

#### 1.1.10 Rehabilitación

Habitualmente cuando el enfermo sale del hospital vuelve a las condiciones ambientales que favorecen el alcoholismo como son: las circunstancias adversas económico sociales que rodean a casi todos los enfermos de este grupo, de lo que deriva la enorme importancia de la psicoterapia y la readaptación psicológica del enfermo durante el tiempo en que permanece bajo vigilancia médica continua, aún cuando habitualmente los trastornos psiquiátricos que presentan estos enfermos son graves y complejos.

Existen dos grandes objetivos en la psicoterapia para alcohólicos: el primero, la abstinencia y, el segundo, la promoción de la madurez a través de la superación de aquellas

<sup>61/</sup> Alonso Fernández, Francisco; OP.cit., p. 456

áreas más alteradas de la constelación psicodinámica. La motivación hacia la abstinencia será el objetivo primordial de la psicoterapia en el alcohólico, pues el segundo objetivo en términos generales, no se alcanzará si el paciente no mantiene su abstinencia. Existe una retroalimentación mutua entre el síntoma "ingesta de alcohol" y los desórdenes de la personalidad del alcohólico. Si un alcohólico deja de beber, pero no alcanza ningún logro en su proceso de maduración, la persistencia de sus trastornos de personalidad pueden determinar una nueva recaída y, por otro lado, un paciente con síndrome de dependencia al alcohol que pretendía superar sus trastornos de personalidad sin dejar de beber, seguramente fracasará en su objetivo. Para lograr el primer objetivo, o sea la abstinencia, el primer paso será informar y educar al enfermo sobre la naturaleza de su enfermedad, ya que, generalmente existe una gran ignorancia sobre todos estos aspectos. Una vez dado este paso, se tiene que promover la aceptación de la enfermedad, trabajando principalmente en los mecanismos de defensa del paciente, principalmente la negación, la racionalización, la proyección y la formación reactiva. Las técnicas de grupo son particularmente efectivas para lograr el derrumbe de estos mecanismos defensivos. Posteriormente hay que educar al paciente para que encuentre nuevas maneras de manejar viejos problemas sin que recu -

rra al alcohol. Será muy conveniente ayudar al paciente a crear un plan de emergencia en caso de que aparezca nuevamente la obsesión de volver a beber. Este plan de emergencia puede consistir en llamar telefónicamente al terapeuta a cualquier hora, o presentarse al hospital, o acudir a su grupo de alcohólicos anónimos, etc. Todo con el objeto de que el paciente sea reconfortado en el momento crítico y que pueda continuar en la abstinencia. Finalmente, se orientará la terapia para que aprenda nuevos patrones de conducta que le permitan disfrutar de la vida sin alcohol.

Aproximadamente las primeras doce semanas del tratamiento se dedicarán a motivar y reforzar al paciente en su abstinencia. Una vez logrado este objetivo, se trabajará en aquellas áreas más perturbadas de la constelación psicodinámica, desarrollando nuevas metas específicas determinadas de acuerdo a cada paso en particular, siendo las siguientes: reconocimiento e identificación de sentimientos, reconocimiento e identificación de patrones de conducta, adquisición de responsabilidad para la resolución de ciertos problemas existenciales, el manejo de la culpa, de los sentimientos hostiles y agresivos, la autoafirmación, la autoestima, el manejo de temores inespecíficos, la ansiedad y la depresión. La duración del tratamiento depende del tiempo transcurrido para el logro de las metas planteadas.

El tipo de terapia ideal para el tratamiento del alcohólico es la terapia de grupo; donde se distinguen fundamentalmente dos tipos de grupo: los grupos dirigidos, que generalmente tienen a un profesional como líder o coordinador y los grupos de autoayuda, representados típicamente por "Alcohólicos Anónimos" que son grupos abiertos y sin líder aparente, que no cuentan con la dirección de ningún profesional. La mayor parte de los alcohólicos que se rehabilitan desarrollan la necesidad de someterse a una psicoterapia individual. Esto se presenta después de unos meses de abstinencia. También se puede emplear el psicodrama, es una técnica muy efectiva en la primera etapa del tratamiento psicoterapéutico del alcohólico, cuando el objetivo principal fundamental es romper defensas para provocar una aceptación de la enfermedad. Puede aplicarse simultáneamente con otras estrategias psicoterapéuticas. El cine-debate terapéutico es particularmente útil en los hospitales o centros de rehabilitación donde el paciente aún está muy resistente a otro tipo de terapias muy formales, a través del cine pueden empezar a ceder sus defensas.

Es inconcebible el tratamiento psicoterapéutico del alcohólico si no se incluye en el mismo a la familia.

La familia del alcohólico está de tal modo involucrada en

el desarrollo de la enfermedad, que es muy difícil esperar modificaciones en las actitudes de la familia. Se podría hablar de un círculo vicioso: por un lado la conducta irresponsable del alcohólico es percibida por la familia como un acto de agresión o de desacato a las normas implantadas en la misma. Esta reacciona agrediendo u hostilizando al alcohólico que, al sentirse atacado, vuelve a beber (como forma de agresión pasiva) y así continúa el círculo vicioso. Por otro lado, la familia generalmente ignora que el alcoholismo es un problema de salud, conceptuándolo casi siempre, como un problema moral. Por tal razón, desarrollan, igual que el alcohólico, mecanismos de negación, de racionalización o de proyección para no aceptar la existencia de un alcohólico dentro de la misma.

En las familias de los alcohólicos casi siempre se encuentran dos tipos de actitudes de parte de la familia hacia él: sobre protección o rechazo. En las mujeres alcohólicas se encuentra una dinámica similar en relación a sus padres o esposos.

La conducta alcohólica, en ocasiones se convierte en una forma de ganancia secundaria para la familia. Así, por ejemplo, una madre posesiva prefiere que su hijo siga bebiendo y que, de esta forma, no crezca y no obtenga su au

tonomía que provocaría el alejamiento del mismo. O una esposa sumisa jugando el rol de mártir ante los demás, obtiene tal gratificación que no le importa que su marido siga bebiendo y hasta estimulará sutilmente esta conducta. Muchos maridos tienen temor de que su esposa al dejar de beber, logre un nivel de superación tal que los haga sentirse inferiores, por lo que se oponen al tratamiento o estimulan sutilmente que siga bebiendo. Muchas familias desean concientemente que el miembro alcohólico deje de beber, pero inconscientemente sabotean su tratamiento con una forma de resistencia al cambio.

Esta es la explicación del por qué de muchas familias han logrado mantener lo que podría llamarse un equilibrio patológico durante la etapa alcohólica del miembro problema. Pero, una vez que éste deja de beber, se rompe este equilibrio, surgiendo problemas mucho más graves que cuando el alcohólico bebía. Por supuesto que en los casos anteriores se ha hecho referencia a las familias patológicas o sintomáticas; en una familia sana, generalmente el alcoholismo de uno de los miembros provoca una auténtica preocupación en el resto de la familia, la que pronto solicita ayuda adecuada y, generalmente, coopera con interés y esmero informándose de la naturaleza del problema y cambiando aquellas actitudes que pudieran estar perjudicando al alcohólico.

La psicoterapia familiar está indicada en aquéllos alcohólicos pertenecientes a familias sintomáticas en donde se ha formado un sistema familiar patológico que está siendo determinante en la progresión de la enfermedad. Los objetivos de la terapia familiar en el alcohólico no dista mucho de la terapia familiar en general.

Al igual que los grupos de Alcohólicos Anónimos, existen grupos de autoayuda para los familiares de los alcohólicos que se denominan Grupos de Familias Al-Anon. Están compuestos por esposos, esposas, padres, madres, parientes en general, e inclusive amigos íntimos de los alcohólicos. Están destinados a ayudar a los parientes de los alcohólicos, fundamentalmente los más cercanos, quienes frecuentemente se sienten angustiados o culpables de la conducta alcohólica del familiar.

Al-Anon les ayuda primeramente, a que reciban una información y orientación sobre el problema del alcoholismo; además les ofrece la oportunidad de relacionarse con otras personas que tienen su mismo problema, encontrando apoyo y fortaleza mutua. Finalmente, les sugiere cómo enfrentar sus dificultades y manejar más serenamente problemas que no depende de ellos cambiar. Aunque Al-Anon no ha tenido toda la proliferación de los grupos de Alcohólicos Anóni-

mos, sus efectos benéficos son evidentes y deberá ser el complemento en el manejo terapéutico de la familia del alcohólico.<sup>62/</sup>

### 1.2 Historia Natural del Delirium Tremens.

#### Factores del Agente:

**Alcohol:** El alcohol es un tóxico que para producir patología intervienen la ingestión intensiva y prolongada del mismo.

**Barbitúricos:** Suspensión brusca

**Amitriptilina:** Dosis elevadas

#### Factores del Huésped:

**Edad:** se manifiesta después de los 40 años de edad, pero puede presentarse en sujetos mucho más jóvenes de 25 a 30 años.

**Sexo:** Se presenta en mayor proporción en el sexo masculino y en menor proporción en el sexo femenino.

---

62/ Molina Piñeiro, Valentín; Op.cit., pp. 184-196

Son más susceptibles los pacientes con alcoholismo crónico cuya duración oscila entre diez y veinte años sostenidos; con excepción de la suspensión brusca de los barbitúricos y la administración de dosis elevadas de amitriptilina; con los siguientes factores desencadenantes: traumatismos craneoencefálicos, intervenciones quirúrgicas, procesos infecciosos, alteraciones metabólicas y suspensión brusca de la ingesta de alcohol; los factores predisponentes son: herencia de predisposición, mala nutrición, personalidad inmadura y las neurosis o psicosis y las oligofrenias.

**Factores del Ambiente:**

Se puede presentar en cualquier ambiente cultural, social económico y político.

**Estímulo desencadenante:**

**Alcohol:** que produce un daño permanente y evolutivo de las células nerviosas por la ingestión del tóxico por varios años sostenido, causa cambios anatómicos, funcionales y bioquímicos locales y sistemáticos en el sistema nervioso central; los factores que desencadenaron el padecimiento fue

ron la abstinencia brusca del alcohol, traumatismos craneoencefálicos y la mal nutrición del paciente.

Los cambios anatómo fisiológicos locales son los siguientes: la degeneración o atrofia de las neuronas en forma prevalente o pura, las lesiones gliovasculares puras o prevalentes que son la modalidad lesional más destacada y, que como indica su nombre, se componen de alteración glial: proliferación, hiperplasia e hipertrofia de los astrocitos (astrocitosis) y trastornos vasculares propios de la hipertrofia e hiperplasia de los pequeños vasos sanguíneos acompañados de microhemorragias y leptomeningitis y la asociación de las lesiones neuronales y gliovasculares con localización independiente en estructuras anatómicas distintas.

Desde el punto de vista histológico, hay aspecto vacuolado de las estructuras atacadas, el cambio más importante es en los vasos sanguíneos de pequeño calibre.

La topografía de las lesiones se muestra característica por su localización bilateral, simétrica y concentrada en las proximidades de la línea media y por su acumulación regional en el hipotálamo posterior y en el tronco cerebral, con predilección especial alrededor del acueducto de Silvio.

Las lesiones más acentuadas se encuentran en las formaciones siguientes: El cuerpo mamilar, el sector del hipotálamo adyacente, los núcleos reticulares de los pedúnculos cerebrales y de la protuberancia superior, el locus coeruleus y ciertos núcleos bulbares; en estructuras de las paredes del tercer ventrículo y en el suelo del cuarto ventrículo. Y las lesiones más intensas de todas son las que afectan al núcleo medial de el cuerpo mamilar; suelen estar afectados también los músculos extrínsecos de los ojos, los núcleos vestibulares y los núcleos motores del vago. Desde el punto de vista histológico, presentan aspecto vacuolado las estructuras atacadas. El cambio más importante y notable es en los vasos de pequeño calibre que se encuentran hipertróficos, la hipercelularidad que afecta al endotelio y el interior de los vasos sanguíneos, disminuye por la protrusión de las células endoteliales y tumefactas en proliferación. Se presenta también atrofia de la corteza cerebral sobre todo de los lóbulos frontales con dilatación del sistema ventricular y espacios subaracnoideos; engrosamientos meníngeos, acumulación de hemorragias intraaracnoideas y formaciones telangiectásicas hemorragíparas de la duramadre. Al nivel microscópico se presentan atrofiaciones celulares sobre todo de la corteza cerebral y en las células de Purkinje del cerebelo y alteración celular de las vías metabólicas.

Al presentarse todos estos cambios empezarán a presentarse los signos y síntomas prodrómicos como son: el ataque al estado general, anorexia, insomnio, mal humor, irritabilidad, tensión, ansiedad, pánico y sensaciones de opresión, pesadillas angustiantes, confunde los contenidos oníricos con la realidad, presenta una o varias crisis convulsivas; entonces se presentan los signos y síntomas específicos del padecimiento como son las ilusiones y las alucinaciones: visuales, táctiles, auditivas, gustativas, olfativas y cinestésicas; los trastornos vestibulares, excitación psicomotriz, confusión mental, obnubilación de la conciencia, onirismo, atención perturbada, carencia de crítica, alteración del juicio; ideas delirantes, lenguaje incoherente, incongruente y perseverante; desorientación en tiempo y espacio y trastornos de la memoria reciente. Dentro de los trastornos neurológicos se presenta temblor generalizado, disartria, movimientos coreiformes, parálisis motoras, neuritis óptica, ataxia cerebelosa e hiperactividad. Dentro de los síntomas somáticos: fiebre pulso rápido irregular y débil, hipertensión o hipotensión arterial, taquicardia, deshidratación masiva, diaforesis profusa, conjuntivas congestionadas, dilatación de las pupilas, pseudoopistótonos, hiperreflexia, tinte subictérico. Alteraciones del metabolismo; aumento de las bilirrubinas y cuerpos cetónicos, leucocitosis, aumento

de la velocidad de la sedimentación por la elevación de las globulinas; elevación de las transaminasas; disminu - ción en el sodio, potasio y magnesio, oliguria, anuria, glu cosuria y cetonuria; en el Electroencefalograma: incremen - to de las fases REM del sueño.

Esta enfermedad trae una serie de complicaciones si no se da un tratamiento oportuno y son las siguientes: desequili brio hidroelectrolítico, traumatismos craneoencefálicos, ic tericia hepatocelular; hipoalbuminemia, disminución de la actividad de hormonas y neurohormonales que retienen sodio y agua, hiperaldosteronismo secundario de retención hídrica; alteraciones del metabolismo iniciado por alteración en la disminución de aprovechamiento de nutrientes que explica la avitaminosis; abscesos del pulmón, coma hepático, asistolia, neumonía, fiebre elevada en ausencia de infec - ción, descompensación de todo el estado general el pulso se hace rápido, débil y presenta adinamia y abolición de los reflejos; colapsos vasculares periféricos e insuficien cia cardiaca aguda, subformas hiperazotémicas y subformas subcomatosas. En los casos más graves al remitir el deli - rium queda establecido un síndrome de Korsakov que se pre - senta después de una sucesión de ataques y es una forma de demencia en gran parte producida por la deficiencia de vi - taminas, secundaria y acompañada de neuropatías periféri -

cas; también se presentan las reacciones esquizofrénicas y reacciones paranoides que son de naturaleza funcional.

La mortalidad del delirium tremens es elevada principalmente durante los primeros tres o cuatro días. Los cursos mortales se producen entre los pacientes de más de 55 años de edad.

Dentro del período prepatogénico, en la prevención primaria existen dos medidas que son:

Promoción de la salud:

Las siguientes son algunas de las actividades de este primer nivel en las que el personal de salud debe influir: Fomentar hábitos de higiene, provisión de condiciones adecuadas de casa, recreo y trabajo, proporcionar charlas sobre educación sexual, médica y consejo prematrimonial, proporcionar orientación sobre la planificación familiar, colaborar en la realización de los exámenes periódicos de salud y promoverlos en la comunidad, promoción del saneamiento y capacitación familiar y laboral.<sup>63/</sup>

Protección específica:

63/ San Martín, Hernán; Salud y Enfermedad, pp. 165-166

A continuación se mencionarán las actividades médico-preventivas que pueden llevarse a cabo en este nivel de aplicación:

-Se impartirá educación para la salud, se sugieren los siguientes temas:

- \* Alcoholismo como enfermedad
- \* El enfermo alcohólico: efectos fisiológicos, efectos psicológicos, consecuencias sociales y tratamiento del alcoholismo crónico.
- \* Orientación sobre la psicosis alcohólica: Delirium Tremens.
- \* Beber responsablemente.

Al término de las mismas se podrán realizar debates.

-Realizar campañas sobre las medidas restrictivas acerca de la venta de bebidas alcohólicas a los jóvenes, que censuren la promoción del alcohol.

-Programas sobre la detección precoz de los alcohólicos crónicos.

-Sugerir el consejo psicológico así como un programa de actividades deportivas y recreativas.

-Alimentación equilibrada en cantidad y calidad.

-Exámenes médicos periódicos a los individuos de alto riesgo.

-Consejo genético

-Fomento de la salud mental estimulando el desarrollo de la personalidad y socialización.<sup>64/</sup>

Dentro del período patogénico, en la prevención secundaria está el:

Diagnóstico Oportuno:

Este se realiza con el auxilio de la Historia Clínica: hallazgos somáticos y exámenes de laboratorio y gabinete como son: el examen general de orina, la biometría hemática, la química sanguínea, las pruebas de funcionamiento hepático y el electroencefalograma; y con las medidas asistenciales siguientes:

-Visitas domiciliarias: detección de los individuos de alto riesgo: Clases sociales altamente marginadas, desequilibrados emocionales, hijos de bebedores excesivos crónicos, indisciplinados, individuos que truncan su potencial

64/ Feuerlein, Wilhelm; Op.cit., pp. 296-301

educativo, personas que debido a su trabajo están en con tacto diario o frecuente con el alcohol e individuos con personalidad prealcohólica.

-Investigar hábitos higiénico-dietéticos así como la frecuencia y la cantidad en la ingestión de bebidas alcohólicas.

-Detección del ambiente malo para el individuo.

-Detección de la falta de comunicación entre padres e hijos.

-Descubrimiento de casos de enfermedad en sus primeros es tadíos.

-Exámenes médicos periódicos en los individuos de Alto Riesgo.

-Programas de control a grupos aparentemente sanos. <sup>65/</sup>

Tratamiento Oportuno:

En el aspecto psiquiátrico, el tratamiento debe administrarse en el ambiente hospitalario; las medidas que se lle van a cabo son: observación estrecha del paciente, contro-

65/ Madden, J.S.; Alcoholismo y Farmacodependencia, pp.25-

lar los actos impulsivos de destrucción y autodestrucción empleando las medidas restrictivas en caso necesario (sujeción del paciente), colocarlo frente a la Central de Enfermería, mantener al paciente en reposo, proporcionar un ambiente terapéutico, administración de medicamentos necesarios según el caso, a) Neurolépticos o antipsicóticos: cloropromazina, haloperidol, levomepromazina o perfenazina; b) Ansiolíticos: clordiazepóxido, diazepam, hidroxicina; c) Anticonvulsivantes: difenilhidantoína; d) Antiparkinsonianos: biperidén y otros psicofármacos como el ácido nicotínico.<sup>66/</sup>

En el aspecto fisiológico, el problema es restaurar el equilibrio metabólico del paciente, su alimentación y el aporte de líquidos; las medidas que se emplean son: suministro de una dieta rica y abundante; líquida o blanda rica en carbohidratos y en elementos del complejo B; la rehidratación, se corrige cualquier desequilibrio o deficiencia de líquidos y electrólitos, administrando la infusión apropiada: administración de 2 ó 3 litros de suero, perteneciendo la mayor parte al suero glucosado.

En el tratamiento farmacológico: administración de aminoácidos

---

<sup>66/</sup> Molina Piñeiro, Valentín; Op.cit., p. 180

cidos o inyecciones de aminoácidos; perfusión de arginina o guanina, administración de hormonas como DOCA y testosterona, administración de extractos hepáticos y factores lipotrópos como metionina o colina; antipiréticos, digitálicos, antibióticos, hidrocortizona; polivitaminas, levadura de cerveza y ácido ascórbico.<sup>67/</sup>

Dado que una vez que se ha controlado y ha remitido el padecimiento citado queda establecido el alcoholismo crónico; las medidas necesarias para el tratamiento del alcoholismo crónico son: colaboración en el tratamiento de la apetencia alcohólica, investigación de la actitud psicoterápica general, colaborar en la supresión (destete) y la corrección de los metabolismos perturbados (cura de desintoxicación), indicarle al paciente la postura adecuada que debe tener con respecto al alcohol cuando egrese de la institución y por último la psicoterapia, psicoterapia individual o de grupo.

En el tercer nivel de prevención se encuentra la:

Limitación del daño o de la incapacidad.

Los objetivos de este tipo de acciones son: evitar un daño mayor y prevenir o retardar las consecuencias de una enfer

<sup>67/</sup> Alonso Fernández, Francisco: Op.cit., p. 456

medad clínicamente avanzada. Las actividades que se realizan en este nivel de aplicación son las siguientes: llevar a cabo un buen tratamiento de sostén; cuidar y evitar las recaídas, proporcionar apoyo psicológico al paciente, orientar a la familia para que el paciente no deje de tomar sus medicamentos.

#### Rehabilitación.

La rehabilitación va a estar encaminada a las secuelas existentes, se dará orientación al paciente y a su familia sobre los aspectos generales del padecimiento; recomendando que continúe con el tratamiento y que asista puntualmente a sus consultas médicas, con restricción absoluta del alcohol; sugerir al paciente la ayuda de un psiquiatra experto o de un consejero religioso y que acuda a la asociación de Alcohólicos Anónimos para que excluya el alcohol de su dieta. Sugerir a la familia del paciente acudir a psicoterapia familiar Al-Anon.

## II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

### 1. Datos de identificación.

Nombre: L.G.A.

Edad: 40 años

Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 16-VI-86

No.de cama: C-6

Servicio: Unidad de Cuidados Específicos Psiquiátricos  
(U.C.E.P.)

Lugar de procedencia: Chilpancingo Guerrero

### 2. Nivel y condiciones de vida

#### a. Habitación: rentada

Características físicas: cuenta con servicios de urbanización.

Tipo de construcción: tabique, techo de lámina de asbesto.

No.de habitaciones: dos recámaras y cocina

Animales domésticos: ninguno

#### b. Servicios sanitarios: agua intradomiciliaria

Control de basuras: diariamente pasa el carro

Iluminación: eléctrica Pavimentación: concreto

- c. Vías de comunicación: teléfono público  
Medios de transporte: camiones, peseros  
Recursos para la salud: centro de salud y médico particular.
- d. Hábitos higiénicos: se baña cada tercer día en baño público, el aseo de manos es frecuente, el aseo bucal dos veces al día y el cambio de ropa es total cada tercer día.
3. Alimentación: desayuna a las 7:00 horas café negro y un pan; come a las 15:00 horas tacós de frijoles, chiles rellenos, huevos, consomé de pollo pulque o refresco con alcohol de 96° y cena a las 22:00 horas café negro con pan. Los alimentos que le originan preferencia son el chicharrón y las verduras y el alimento que le origina intolerancia es la longaniza.
4. Eliminación  
Vesical: 4 veces al día, presenta goteo urinario.  
Intestinal: generalmente todas las mañanas.
5. Descanso: siesta después de cada alimento  
Sueño: de 12 de la noche a las 5 de la mañana con sueño intranquilo, presenta pesadilla.

Diversión y/o deportes: cine, leer el periódico.

Estudio y/o trabajo: peón de la delegación de Xochimilco.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Esposa	50 años	Cocinera	24,000.00 mensual
Hijo Adoptivo	31 años	Policía	3,000.00 "
Hijo Adoptivo	28 años	Comerciante	3,000.00 "

Dinámica familiar: su esposa lo comprende por presentar también alcoholismo crónico; de sus hijos, sólo el más chico puesto que también es alcohólico.

Dinámica social: le gusta tener amigos, siendo la mayoría alcohólicos, como es trabajador eventual hay ocasiones en que no tiene empleo por lo que se reúne con sus amigos todas las mañanas (siendo más de quince) para platicar en armonía y después les piden dinero a las personas para poder comprar refrescos y alcohol de 96°; llegando a tomar en ocasiones alcohol puro, todo esto en compañía de su hijo alcohólico.

Comportamiento (conducta): paciente muy suspicaz

Rutina cotidiana: cuando labora, sale a trabajar a partir de las 8:00 horas y llega a las 22:00 horas a su hogar; cena y se duerme, cuando ingiere bebidas alcohólicas, pie de el trabajo, se levanta a las 5:00 horas y en compañía de su hijo sale a buscar a sus amigos, ingiere bebidas alcohólicas y presenta anorexia, llega a las 23:00 horas y se duerme; a medida que pasan los días se levanta a las 2 de la mañana e ingiere bebidas alcohólicas.

Problema actual o padecimiento: se trata de un paciente alcohólico crónico que inicio su padecimiento hace 20 años con la ingesta de bebidas embriagantes, al principio cerveza y pulque en cantidades no especificadas con una frecuencia de una vez por semana hasta llegar a la embriaguez, pero la frecuencia y la intensidad fue aumentando desde hace 10 años para tomar a diario aproximadamente medio litro de alcohol de 96° solo o combinado con refresco, hace un año presentó cuadro psiquiátrico similar, presentando confusión mental y alucinaciones visuales y auditivas, su lenguaje disgregado, incoherente e incongruente posterior a la inges-tión de bebidas alcohólicas; siendo tratado por médico particular cediendo dicho cuadro por lo que dejó de beber cuatro meses. Hace ocho meses estuvo internado en una clínica de Alcohólicos Anónimos en donde lo intentaron rehabilitar durante tres meses, sin embargo, al salir volvió a la

ingesta compulsiva en forma diaria en cantidades mayores sin especificar las cifras hasta llegar a la embriaguez. Estuvo detenido en la delegación de Xochimilco hace dos meses por presentar cuadro psiquiátrico similar donde fue agredido físicamente hasta la pérdida del conocimiento. Hace cuatro días presentó vómito de contenido alimenticio en varias ocasiones por lo que tuvo que dejar de beber. Hace tres días durante la madrugada presentó la primera crisis convulsiva al caerse de la cama por lo que es llevado con facultativo privado quien prescribe dos sueros glucosados con dextrevit y tiaminal pero sólo se deja administrar uno con lo que se controla su cuadro de agitación. Hace dos días presentó otra vez el cuadro referido acompañado de nuevas crisis convulsivas y sale toda la noche. Hace 24 horas continúa con la sintomatología y 9 horas previas a su consulta en urgencias se sale corriendo de su casa por la noche y dice que lo están siguiendo porque lo quieren matar, llegando a su casa en malas condiciones generales; presentó agresividad contra sus familiares, delirios de persecución y alucinaciones, no se sabe si ha estado tomando las últimas horas, presenta aliento alcohólico aunque sus familiares aseguran que no lo hace desde hace cuatro días.

Exámen Psiquiátrico Directo: Es un hombre de bajo nivel económico, de edad aparente de acuerdo a la real, con higie

ne y aliño regular, viste ropa de su propiedad. Con obau bilación de la conciencia, desorientado en tiempo y lugar, mas no en persona; con marcha atáxica y temblores finos de las manos, intranquilo, presenta agresividad con sus familiares, los quiere atacar porque dice que lo atacan, su atención es dispersa, mantiene una actitud de alucinado mira a todos lados y grita a las paredes "tu también tie nes familia...oralés, ya deja de molestar...pero ahorita te mato querida ratita". Su comprensión por su estado es muy pobre, dice que se encuentra en una demarcación y que el doctor es un policía, pues está vestido de perla, después dice que son agentes de primera (el doctor tiene una bata blanca). Su lenguaje es disgregado, incoherente e incongruente; verborreico con ideas delirantes de daño y referencia coprolálico. Hay alteraciones sensopercepti - vas presentes, oye ruidos de campanas; luego de gente que lo insulta, tiene alucinaciones visuales "veía semillas en el asiento y víboras y arañas que se suben a su cuerpo", ve mucha gente que lo quiere matar, hace constantes adema nes agarra cosas en el aire mirando para todos lados, ve cabellos por todos lados, incluso los siente en la boca, gesticula y presenta agitación psicomotriz. Durante la noche se intensifica su cuadro, se levanta varias veces del asiento y manotea como golpeando a gente que lo ataca Su memoria anterógrada y retrógada alteradas, no sabe

cuántos hijos tiene y confabula con respecto a sus acciones durante días recientes. El juicio totalmente alterado. Su nivel intelectual difícil de valorar porque no responde a preguntas tendientes a valorar su capacidad de abstracción y síntesis, sin embargo, impresiona como débil mental superficial. Su talante exaltado, agitado, no tiene conciencia de enfermedad mental.

Antecedentes personales patológicos.

-Alcoholismo crónico; inicia padecimiento desde hace veinte años.

-Ictericia en dos ocasiones, se ignora la causa.

-Hace diez años el paciente fue agredido en la cabeza en una riña, presentó pérdida del conocimiento por algo más de cinco minutos; al parecer sin consecuencia.

-Hace tres días se cayó de la cama y al golpearse la cabeza presentó una crisis convulsiva generalizada; después presentó otras dos crisis convulsivas

Antecedentes familiares patológicos:

Padre y madre finados: madre, desconoce la causa; padre alcoholismo crónico.

Compresión y/o comentario del problema o padecimiento.

El paciente afirma que no está enfermo pues en el momento que quiera puede dejar de tomar; pero va a asistir al grupo de alcohólicos anónimos.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación:

Poca participación por parte del paciente, su familia no lo ha visitado durante su estancia hospitalaria.

#### 6. Exploración Física:

##### Inspección:

Aspecto físico: paciente masculino íntegro, bien conformado de constitución media; con diaforesis profusa.

Cráneo: Normocéfalo con cabello bien implantado con pupilas isocóricas y normorefléxicas, conjuntivas ictéricas en ambos lados, narinas permeables, cavidad oral regularmente hidratada, con ligera ictericia en piel y tegumentos.

Cuello: Normal

Tórax: De forma y volumen normales

Extremidades superiores: normales

Extremidades inferiores: con escoriaciones dermoepidérmicas y ligero edema. Se aprecia con marcha atáxica y temblores finos de las manos.

Aspecto emocional: en el momento de la entrevista, inquieto agarrando cosas en el aire, mirando para todos lados y diciendo una enorme cantidad de cosas extrañas.

Palpación: abdomen blando, no doloroso a la palpación, aunque no se puede hacer muy profunda por la ascitis.

Percusión: sonido mate.

Auscultación: se auscultan ruidos peristálticos normales

Medición: peso: talla 67 Kg. de peso, 1.60 cm. de estatura

Signos vitales: T/A 110/70, pulso 80 por minuto, respiración 16 por minuto, temperatura: 39°C.

#### 7. Datos complementarios.

##### Exámenes de laboratorio.

##### a) Examen General de Orina

Volumen: 30 ml.

Aspecto: turbio

Sedimento: abundante

Densidad: 1.020

Cuerpos cetónicos: negativos

Pigmentos biliares: negativos

Glucosa: negativo

Urobilina: 4 UE/dl

pH: 5                      Microscópico del sedimento: células e  
Albúmina: positii piteliales + leucocitos abundantes,  
vo++                      bacterias ++ eritrocitos de 7 a 10 por  
Hemoglobina: po- campo, 1 cilindro granuloso en la pre  
sitivo ++                      paración.

b) Química sanguínea

Normales

Glucosa: 130              70 a 100 mg. por 100 c.c.  
Urea: 47.2                10 a 50 mg. por 100 c.c.  
Creatinina: 1.5          0.5 a 1.5 mg. por 100 c.c.  
Colesterol: 177          100 a 250 mg. por 100 c.c.  
Acido Urico: 11.1        3.0 a 7.5 mg. por 100 c.c.

c) Biometría Hemática

Normales

Cuenta de leucocitos: 8,750    7,800  $\pm$  3,000  
Cuenta de eritrocitos: 4.9      4-6.2  $\times 10^6$  mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina en Gr: 14.9        16  $\pm$  2  
Hematócrito: 46                    47  $\pm$  5  
Concentración media de  
Hb corpuscular: 33%              34  $\pm$  2  
Cuenta diferencial:  
Linfocitos: 18  
Monocitos: 2

Segmentados: 78

Bandas: 2

Metamielocitos: 0

Mielocitos: 0

Eosinófilos: 0

Basófilos: 0

d) Electrólitos séricos

	Normales
Sodio: 143.0 mEq/l	132 - 144 mEq/l
Potasio: 4.5 mEq/l	3.6 - 4.4 mEq/l
Cloro: 124	99 - 110

e) Pruebas de funcionamiento hepático

	Normales
Proteínas totales: 5.3	5 a 8 gr.
Albúmina: 2.9	3.5 a 5 gr.
Globulinas: 6.4	2.6 a 4.0 gr.
Bilirrubina directa:1.28	Hasta 0.3 mgr.
Bilirrubina indirecta:0.75	Hasta 0.7 mgr.
Bilirrubina total:2.03	Hasta 1 mgr.
Transaminasa Glutámica Pirúvica: 85	6 a 35 Unidades
Transaminasa G.Oxalaceti- ca:104	6 a 40 Unidades

\* Formas para exámenes de laboratorio del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Observaciones de los resultados de laboratorio del paciente:

La glucosa aumentada semeja una pseudodiabetes hepática por incapacidad funcional del hígado para regular la concentración de glucosa en el organismo; se considera que presenta insuficiencia hepática.

Aumento de urea sérica: como todas las enzimas del ciclo de la urea se encuentran en el hígado, en presencia de alguna lesión grave hepática; la síntesis de la urea está disminuída.

Cuando la incapacidad de la célula hepática se manifiesta, la bilirrubina directa se encuentra aumentada.

En la hepatitis crónica la disminución de la albúmina está dada por la lesión hepática que disminuye la síntesis de ésta; siendo un índice de gravedad. Hay aumento de las globulinas por mecanismo compensador o por respuesta del sistema reticuloendotelial, alterando de esta manera la relación normal; albúmina/globulina invirtiéndola.

Problemas detectados:

- Trastornos neurológicos
- Hipértermia
- Deshidratación

- Insomnio
- Abdomen globoso
- Edema en extremidades inferiores
- Ictericia generalizada
- Trastornos de la sensopercepción
- Trastornos de la conciencia
- Excitación psicomotriz
- Trastorno del curso del pensamiento

### 2.3 Diagnóstico de Enfermería

Paciente adulto del sexo masculino de 40 años de edad, padre de una familia mal organizada, de nivel socioeconómico bajo, con escolaridad mínima, los hábitos higiénicos y su alimentación son deficientes. Su esposa y su hijo lo comprenden por presentar también alcoholismo crónico. Refiere ser sociable, siendo la mayor parte de sus amigos, alcohólicos con los que se reúne generalmente cuando no tiene empleo o cuando lo pierde por su enfermedad; les piden dinero a las personas para comprar refrescos y alcohol de 96º o alcohol puro, todo esto en compañía de su hijo. Padre y madre finados, madre desconoce la causa, padre alcoholismo crónico.

Inicia padecimiento de alcoholismo crónico desde hace veint

te años con la ingesta de bebidas embriagantes en cantidades no especificadas con frecuencia de una vez por semana hasta llegar a la embriaguez, aumentando la frecuencia y la intensidad desde hace diez años, para tomar a diario medio litro de alcohol de 96º, fue agredido en la cabeza presentando pérdida del conocimiento por más de cinco minutos hace un año presentó confusión mental, alucinaciones visuales y auditivas, lenguaje incoherente e incongruente posterior a la ingestión masiva de bebidas alcohólicas siendo tratado por médico particular cediendo dicho cuadro por lo que dejó de beber cuatro meses; se diagnosticó: delirium tremens. Estuvo internado en una clínica de Alcohólicos Anónimos durante tres meses y al salir volvió a la ingesta compulsiva de alcohol en cantidades mayores sin especificar las cifras hasta llegar a la embriaguez presentando nuevamente el cuadro psiquiátrico referido siendo agredido físicamente hasta la pérdida del conocimiento.

Cuatro días previos a su internamiento presentó vómito de contenido alimenticio en varias ocasiones por lo que tuvo que dejar de beber, un día después, durante la madrugada se cae de la cama y al golpearse la cabeza presenta crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas por lo que es llevado con facultativo quien prescribe dos sueros glucosados con dextrevit y tiaminal, pero sólo se deja administrar

uno con lo que se controló su cuadro referido, al día siguiente presenta nuevamente su cuadro de agitación, se sale toda la noche y dice que lo están siguiendo porque lo quieren matar, llega a su casa en malas condiciones generales, presentó agresividad contra sus familiares, delirios de persecución, alucinaciones y crisis convulsivas. Ante este cuadro sus familiares acuden al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Ingresa adulto masculino a la Unidad de Cuidados Específicos Psiquiátricos con cuadro de excitación psicomotriz, alucinaciones visuales, táctiles, auditivas y cinestésicas, lenguaje incoherente e incongruente, estado confusional agudo, marcha atáxica, temblores finos en las manos, hipertermia de 39°C, desnutrición, ictericia, cuadro de deshidratación, abdomen globoso, edema en extremidades inferiores e insomnio. Se encuentra en posición decúbito dorsal, presenta crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Nombre del paciente: J.R.R.

Edad: 40 años                      Sexo: masculino

Fecha de ingreso: 16-VI-86

No. de cama: C-6

Servicio: Unidad de Cuidados Específicos Psiquiátricos (U.C.E.P.)

Diagnóstico de Enfermería.

Paciente adulto del sexo masculino de 40 años de edad, padre de una familia mal organizada, de nivel socioeconómico bajo, con escolaridad mínima, los hábitos higiénicos y su alimentación son deficientes. Su esposa y su hijo lo comprenden por presentar también alcoholismo crónico. Padre y madre finados, madre desconoce la causa, padre alcoholismo crónico.

Inicia padecimiento de alcoholismo crónico desde hace veinte años con la ingesta de bebidas embriagantes en cantidades no especificadas, con frecuencia de una vez por semana hasta llegar a la embriaguez, aumentando la frecuencia y la intensidad desde hace diez años para tomar a diario medio litro de alcohol de 96º, fue agredido en la cabeza presen

tando pérdida del conocimiento por más de cinco minutos, ha ce un año presentó confusión mental; alucinaciones visua - les y auditivas, lenguaje incoherente e incongruente poste rior a la ingesta masiva de bebidas alcohólicas siendo tra tado por médico particular cediendo dicho cuadro por lo que dejó de beber cuatro meses; se diagnosticó delirium tremens.

Estuvo internado en una clínica de Alcohólicos Anónimos du rante tres meses y al salir volvió a la ingesta compulsiva de alcohol en cantidades mayores sin especificar las ci - fras hasta llegar a la embriaguez presentando nuevamente el cuadro psiquiátrico referido siendo agredido físicamen - te hasta la pérdida del conocimiento.

Cuatro días previos a su internamiento presentó vómito de contenido alimenticio en varias ocasiones por lo que tuvo que dejar de beber, un día después, durante la madrugada se cae de la cama y al golpearse la cabeza presentó crisis con vulsivas tónico-clónicas por lo que es llevado con faculta tivo quien prescribe dos sueros glucosados con dextrevit y tiaminal pero sólo se deja administrar uno con lo que se controló su cuadro de agitación, al día siguiente presentó nuevamente el cuadro referido, se sale toda la noche y di ce que lo están siguiendo porque lo quieren matar, llegó a su casa en malas condiciones generales, presentó agresivi-

dad contra sus familiares, delirios de persecución, alucinaciones y crisis convulsivas. Ante este cuadro referido sus familiares acuden con el paciente al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Ingresa adulto masculino a la Unidad de Cuidados Específicos Psiquiátricos con cuadro de excitación psicomotriz, alucinaciones visuales, táctiles, auditivas y cinestésicas; lenguaje incoherente e incongruente, estado confusional agudo, marcha atáxica, temblores finos en las manos, hipertermia de 39°C, desnutrición, abdomen globoso, edema en extremidades inferiores, ictericia, cuadro de deshidratación e insomnio.

Se encuentra en posición decúbito dorsal, presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas.

Objetivos:

Participar con el equipo multidisciplinario de salud en el manejo y rehabilitación del paciente.

Aplicar los conocimientos obtenidos en la atención específica, integral y progresiva de enfermería a un paciente con delirium tremens.

### 3.1 Desarrollo del Plan de Atención de Enfermería.

Problema: trastornos neurológicos

Manifestaciones clínicas del problema:

Presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas con duración de un minuto, acompañadas de pérdida del conocimiento y relajación de esfínteres.

Temblores finos en las manos

Marcha atáxica

Razón científica del problema:

La suspensión brusca de la ingestión de bebidas alcohólicas en un individuo con alcoholismo crónico desencadena crisis convulsivas, aparecen con mayor frecuencia en pacientes con delirium tremens múltiples. Se presentan de 12 a 36 horas después de la interrupción de la bebida; se acompaña de pérdida de la conciencia y preceden al delirium tremens; son generalizadas tónico clónicas epilépticas bilaterales.

El E.E.G. refleja una secuencia de cambios engendrados por el alcohol, presentando disrritmia transitoria en el período de abstinencia y un breve período de disrritmia (ondas

agudas y cambios paroxísticos) que coinciden con la actividad de las convulsiones y de nuevo, el regreso rápido del E.E.G. a lo normal.

Las alteraciones en el mesodiencefalo provocan crisis convulsivas.<sup>68/</sup>

La crisis resulta de una descarga paroxística de la sustancia reticular talámica, que al transmitirse por el sistema de proyección difuso, provoca la pérdida de la conciencia.

La formación reticular talámica activa el sistema reclusante que causa el ritmo rápido del E.E.G. a través del tálamo y la corteza motora, activa a su vez las vías diencefálicas reticulares causando aumento del tono muscular. La formación reticular infratalámica activa el sistema reclusante inhibiendo el tono muscular; del funcionamiento secuencial de estos dos sistemas dependen de las crisis convulsivas tónico-clónicas.<sup>69/</sup>

Hay dos clases de hipoglucemias alcohólicas: las que son directamente inducidas por el alcohol en el curso de intoxicaciones agudas o crónicas, y las espontáneas que sobre

---

<sup>68/</sup> Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., p. 430

<sup>69/</sup> Ibidem, p. 507

vienen en el curso de la esteatosis hepática y que se deben al hiperinsulinismo. Después de comenzar la hipoglucemia el resultado definitivo consiste en restablecimiento, muerte o supervivencia con lesión irreversible de células nerviosas.<sup>70/</sup>

Los dos síntomas neuropsíquicos más importantes que componen el cuadro de estado del delirium tremens son precisamente los dos datos implicados en la propia denominación: el delirium y los temblores.

Los trastornos neurológicos del delirium tremens se caracterizan por la disartria y los temblores.

El temblor que se presenta en el delirium tremens está generalizado a toda la musculatura del cuerpo, es de grandes oscilaciones siendo observable a la inspección y sobre todo, perceptible por la palpación con las manos aplicadas sobre el cuerpo, persiste incluso hasta cuando el enfermo despierta durante algunos instantes; aumenta cuando se provoca tensión muscular, se observa a menudo temblor en la lengua, al igual que los músculos de los labios, de la cara y sobre todo de las manos y puede reconocerse ordinaria

70/ Ibidem., p. 469

mente como distinto de la extrema inquietud general que ,  
puede enmascararlo.<sup>71</sup>

El temblor que se presenta en el delirium tremens aparece cuando los miembros se mantienen activamente en alguna posición durante la extensión y durante el movimiento voluntario, aumenta ligeramente a medida que la acción de los miembros se vuelve más precisa, pero nunca alcanzará el grado de temblor estático, es fino, rítmico de 8 a 10 oscilaciones por segundo, irregular, interfiere con el movimiento voluntario como escribir a mano o hablar.<sup>72/</sup>

El alcohol es un tóxico que deprime el Sistema Nervioso Central en relación directa con la cantidad de alcohol en la sangre del individuo, que afecta primero a la corteza cerebral, luego a diversas estructuras subcorticales y al cerebelo; después afecta a la médula espinal y finalmente a los centros respiratorios y vasomotor del Bulbo Raquídeo.<sup>73/</sup>

La falia irregular de la coordinación en el movimiento voluntario se atribuye a enfermedades del cerebelo o de sus vías nerviosas.

---

71/ Lawrence C., Kolb; Op.cit., p. 259

72/ Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., pp.67-68

73/ Calderón Narváez, Guillermo; Depresión, pp. 192-193

Las lesiones del lóbulo anterior medial del cerebelo producen alteración con predominio en las extremidades inferiores.

Las extremidades afectadas por lesiones cerebelosas presentan hipotonía y debilidad y es difícil conservar la postura estable contra la acción de la gravedad.

El cerebelo participa en la conducta motora en relación con la proyección prosencefálica.<sup>74/</sup>

#### Acciones de Enfermería.

Colocar un taquete en la boca del paciente inmediatamente después de que se inicie la crisis convulsiva.

Mantener vías respiratorias altas permeables.

Colocarlo en posición de Rossiere durante las crisis convulsivas.

Colocarlo en posición decúbito lateral cuando finalice la crisis convulsiva.

No reprimir los movimientos durante la convulsión.

Observar la duración de la crisis convulsiva.

---

74/ MacBryde Cyril, Mitchell; Signos y Síntomas, pp.693-694

Ministración de difenilhidantoína 250 mg. I.M. c/8 hrs.

Aflojar la ropa personal del paciente durante la crisis convulsiva.

Observar el estado de relajación de esfínteres, cambiar la ropa personal y de cama si se presentan. Dejar cómodo al paciente.

Observar el estado de conciencia del paciente.

Permanecer a su lado hasta que despierte. Orientarlo y relacionarlo con el medio ambiente hasta donde sea posible si está confuso. Cuidar de que la comunicación sea lenta, breve y clara para que le sea comprensible al paciente.

Ministración de clordiazepóxido de 25 mg. V.O. cada 8 hrs.

Valorar la capacidad del paciente para deambular en una forma independiente y ayudarlo hasta tener la seguridad de que ya tiene independencia física.

Razón Científica de las acciones.

La fase tónica de la crisis convulsiva consta de dos partes una breve de flexión seguida de otra más prolongada de extensión.

En la fase de extensión, se extienden el cuello y el tronco y la boca se abre y cierra; si el enfermo tiene la lengua entre los dientes puede morderse la.

Durante la fase tónico clónica se presentan cambios vegetativos como son la apnea, cianosis, taquicardia e hipertensión arterial.<sup>75/</sup>

La posición de Rossiere promueve una ventilación suficiente, necesaria para mantener niveles adecuados de oxígeno y de bióxido de carbono en los alveolos y en la sangre.

El centro respiratorio situado en el tallo cerebral ajusta la frecuencia y la profundidad de la ventilación pulmonar para satisfacer las necesidades del organismo.

Los centros nerviosos de la inspiración y la espiración se encuentran en el bulbo raquídeo; el centro neumotóxico actúa como un inhibidor de la inspiración y se localiza en la protuberancia.<sup>76/</sup>

Después de la última contracción muscular existe pérdida de la conciencia completa (estado de coma estertoroso) y sialorrea profusa espumosa provocando obstrucción de las

---

<sup>75/</sup> Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., p. 485

<sup>76/</sup> Nordmark, Madelynt; Bases Científicas de la Enfermería, p.93

vías respiratorias.

En las convulsiones tónico clónicas el dejar los movimientos musculares generalizados libres, que se producen durante la misma, favorece la posición anatómica.

Durante la fase tónica, toda la musculatura del cuerpo se contrae durante 10 a 20 segundos, consta de dos partes: una breve, de flexión seguida de otra más prolongada de extensión. La fase clónica se caracteriza por la aparición de sacudidas musculares, bruscas, generalizadas, sincrónicas, dura aproximadamente 30 seg. Se acompaña de gritos y mordedura (5 seg.) se produce una nueva convulsión, que puede ser intensa y generalizada pero predomina en los músculos masticadores, lo que provoca trismus, dura de unos segundos a cuatro minutos.<sup>77/</sup>

La fenitofina tiene actividad anticonvulsiva, no deprime el Sistema Nervioso Central y sus efectos terapéuticos están relacionados con la inhibición de la potenciación posttetánica (PTP), restaura el incremento patológico, limita el desarrollo de la actividad convulsiva máxima y ayuda a re-

---

<sup>77/</sup> Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., p. 485

ducir la difusión del foco epileptógeno.<sup>78/</sup> Estos efectos son a nivel presináptico y llevados a cabo por medio de un decremento en la permeabilidad al Na, Ca, y K.

La difenilhidantoína ejerce parte de su efecto anticonvulsivo por medio de la estimulación de las células de Purkinje, estas neuronas cerebelosas transmiten con GABA, que es un neurotransmisor predominantemente inhibitorio.

El mecanismo de acción se debe a que favorece la emanación de sodio de las neuronas, tendiendo a estabilizar el umbral contra la hiperexcitabilidad causada por la excesiva estimulación o los cambios ambientales, capaces de reducir el gradiente de sodio de la membrana, este tipo de estabilización incluye la reducción del fenómeno de potencialización postetánica (PTP). La abolición del PTP hace que los focos corticales no se propaguen a regiones vecinas, reduciendo también la propagación de las descargas por las vías corticoreticulares y corticoespinales, es decir, las crisis tónico clónicas.

Los efectos colaterales son: náusea, vómito, anorexia, dolor epigástrico y gastritis, provoca hiperglucemia y glucosuria.

---

78/Ibidem., p. 528

Las dosis elevadas producen ataxia, temblor, nistagmus, vértigo, diplopia, midriasis, cambios de conducta como depresión, alucinaciones, estados confusionales y aumento de la crisis.

La dosis del medicamento depende de la frecuencia con que se presenten las crisis convulsivas, su gravedad, estado general del paciente, nutrición, tolerancia e idiosincrasia.<sup>79/</sup>

La ropa holgada y libre de presiones favorece la circulación periférica y la ventilación pulmonar.

Durante la última convulsión existe emisión pasiva de orina, puede haber eyaculación y emisión fecal.

La conciencia nos da la percepción clara de nosotros mismos y del medio que nos rodea.

El estado de conciencia normal y completa requiere de una efectiva y continua interacción entre los hemisferios cerebrales y un mecanismo fisiológico activador no específico

---

<sup>79/</sup> Uriarte, Víctor; Psicofarmacología, pp. 243-245

de la porción superior del tronco cerebral y del diencéfalo, el sistema activador mesodiencefálico.

La conciencia normal desde el punto de vista médico es el estado del individuo alerta (el sujeto responde de inmediato, total y apropiadamente a la estimulación visual, auditiva y táctil) a los estímulos psicológicos e indica por su comportamiento y por su lenguaje, que tiene la misma percepción de sí y del medio.<sup>80/</sup>

Después de la última contracción muscular (5 seg.) se produce una nueva contracción intensa y generalizada, pero predomina en los músculos masticadores, lo que provoca trismus. Existe pérdida de la conciencia completa (estado de coma estertoroso) el coma se hace menos profundo o bien puede estar confuso o presentar automatismos.<sup>81/</sup>

Coma es el estado en el que el paciente parece estar dormido, pero es incapaz de sentir o de responder en forma adecuada a cualquier estímulo externo ya sea psicológico o físico o a sus necesidades externas.

El coma representa el fallo del cerebro en su función vigil, se conservan tres funciones vitales: respiración, circulación y diuresis.<sup>82/</sup>

---

<sup>80/</sup> Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., pp. 191-192

<sup>81/</sup> Ibidem., p. 485

<sup>82/</sup> Ibidem., pp. 195-196

El clordiazepóxido es una benzodiazepina que tiene la capacidad de relajante muscular, se emplea en síndromes de abstinencia por depresores del Sistema Nervioso Central como el alcohol, mejora la ansiedad, la agitación psicomotora y la agresión; a dosis elevadas produce hipotensión arterial y bradicardia, despersonalización, confusión, ansiedad y alteraciones de la percepción, puede haber además aumento o disminución de la libido; como efecto paradójico presentan irritabilidad y hostilidad.<sup>83/</sup>

La marcha atáxica se asocia con pérdida del sentido propioceptivo en las extremidades y una falta de coordinación de la acción muscular del individuo, no está seguro de la posición de sus extremidades inferiores y es incapaz de juzgar o controlar la colocación o la longitud de sus pasos; como resultado de ello tiende a mirarse los pies cuando camina.

La marcha atáxica es torpe, la base demasiado ancha y los pies son elevados a una altura anormal y bajados con estrépito, los pasos son inseguros y desiguales espaciados y pueden desviarse a un lado. La ataxia es pronunciada en la obscuridad.<sup>84/</sup>

<sup>83/</sup> Uriarte, Víctor; Op.cit., p. 162

<sup>84/</sup> MacBryde Cyril, Mitchell; Op.cit., p.694

Responsable de la acción:

Personal de enfermería y médico.

Evaluación.

El resultado del fármaco empleado es positivo, sólo se empleó la vía intramuscular durante los primeros dos días de estancia hospitalaria, continuando con la vía oral cada ocho horas, tableta de 100 mg. la evolución es favorable para el quinto día en que desaparecen por completo las crisis convulsivas; las medidas asistenciales proporcionadas al paciente evitaron que presentara broncoaspiración, luxaciones o fracturas.

La evolución es favorable para el quinto día de estancia hospitalaria, controlándose el trastorno neurológico.

Durante el primer día de hospitalización, el paciente continuaba presentando alteración en la marcha, normalizándose al segundo día de estancia hospitalaria.

Problema: Hipertermia

Manifestaciones clínicas del problema:

Presenta taquipnea y taquisfigmia, se observa con tegumen-

tos hiperémicos, mucosas orales secas y diaforesis profusa.

Razón científica del problema:

Los estados emocionales intensos como la excitación psicomotriz y la ansiedad, presente en el delirium tremens, elevan la temperatura corporal.

El aumento de la temperatura corporal es manifestación de muchas clases de estados patológicos, no sólo de infecciones sino también de lesiones, neoplasias y trastornos metabólicos, el único factor común en estas circunstancias es la lesión tisular.

La hipertermia del delirium tremens se presenta en ausencia de infecciones y por los trastornos metabólicos.

La preocupación y el miedo estimulan la liberación de adrenalina la cual acelera el metabolismo celular y la producción de calor.<sup>85/</sup>

Las lesiones en la parte anterior del hipotálamo originan pérdida selectiva de la facultad para conservar la temperatura corporal en ambiente cálido o frío.

---

<sup>85/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p. 455

Los signos y síntomas de la hipertermia son: pulso rápido, leve o intenso; respiración rápida, hiperemia de la piel, la cual está precedida por palidez, diaforesis profusa, piel y mucosas calientes y secas.<sup>86/</sup>

Acciones de enfermería.

Mantener en reposo relativo al paciente.

Retirar la ropa de cama cubriendo al paciente sólo con un camisón y una sábana.

Control de temperatura por medios físicos: aplicación de frío (bolsa de hielo en región cefálica); y, aplicación de frío húmedo con compresas en región frontal.

Registrar la temperatura, pulso y respiración cada media hora.

Razón científica de las acciones:

El reposo disminuye la actividad del individuo y mantiene el metabolismo normal que está elevado durante la fiebre.

Un aumento en la pérdida de calor corporal por radiación y convección se favorece disminuyendo los cobertores a un mínimo.

---

<sup>86/</sup> Nordmark, Madelyn T.; Op.cit., p. 297

El frío contrae los músculos involuntarios y los vasos sanguíneos, inhibe la formación y absorción de toxinas de origen bacteriano y actúa como depresor de las funciones vitales, disminuyendo la frecuencia cardiaca.

El frío húmedo ayuda a relajar los músculos y produce efectos sedantes; tiene mayor poder de penetración que el seco. Una elevación en la temperatura y una disminución en el pulso y respiración indican aumento en la presión intracraneal.

La hipertemia de 43°C - 44°C produce daño cerebral permanente, ya que las células nerviosas no se regeneran.

Responsable de la acción:

Personal de enfermería

Evaluación:

El paciente evoluciona satisfactoriamente y para el segundo día de hospitalización, la hipertermia se controló con las medidas asistenciales de enfermería.

Problema: deshidratación

Manifestaciones clínicas del problema:

El paciente se observa con mucosas orales secas, lengua saburral y diaforesis profusa.

Razón científica del problema:

El alcoholismo crónico provoca una alteración en el metabolismo, el más importante se refiere al metabolismo hidroelectrolítico y consiste en una intensa deshidratación masiva intra y extracelular producida por diaforesis profusa y el aumento de la pérdida pulmonar de agua.<sup>87/</sup>

En el delirium tremens se presenta hipertonia osmótica por el sudor, cuya pérdida es el factor fundamental de la deshidratación, es hipotónico en relación al plasma, por lo que la pérdida de sal es proporcionalmente inferior a la pérdida de agua.

Las posibles causas productoras de deshidratación son: la pérdida excesiva de líquidos a través del conducto gastrointestinal por medio del vómito y diaforesis profusa, la cual puede ocurrir como resultado del intento del organismo por perder calor.

La deshidratación en las células altera su funcionamiento.<sup>88/</sup>

La vida del organismo depende de que los líquidos corpora-

---

87/ Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p. 454

88/ Nordmark, Mandelyn T; Op.cit., pp. 203-204

les efectúen sus funciones indispensables de transporte de nutrientes y materias excretoras y de regulación térmica y química.

Cuando disminuye la cantidad de agua en el líquido extracelular, este líquido se torna hiperosmolar o hipertónico en relación al líquido intravascular y sale agua de las células hacia el líquido extracelular, lo que produce deshidratación.

Los cambios en los volúmenes de los líquidos intra y extracelulares guardan una estrecha relación con los cambios en el equilibrio hidroelectrolítico.<sup>89/</sup>

Los electrólitos desempeñan un papel importante en los procesos metabólicos, contribuyen a mantener la presión osmótica adecuadamente, proveen sistemas amortiguadores y otros mecanismos para el equilibrio ácido-base, proporcionan un equilibrio iónico adecuado para la irritabilidad neuromuscular normal y para las funciones celulares y sirven como activadores enzimáticos.<sup>90/</sup>

---

89/ Ibidem., p. 190

90/ Rosenstein, Emilio; Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, p. 264.

Acciones de enfermería:

Aplicación de:

- a) Solución glucosada al 10% 1 000 cc adicionando un frasco de Dextrevit p/8 horas.
- b) Solución Fisiológica de 1 000 cc adicionando un frasco de Dextrevit p/8 horas.
- c) Solución Glucosada al 5% 1 000 cc adicionando un frasco de Dextrevit p/8 horas.

Observar y evaluar íntegramente al paciente.

Interrogar, observar y explorar al paciente en busca de signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico.

Tomar y registrar signos vitales.

Proporcionar líquidos por vía oral cuando lo solicite el paciente.

Colocar gasas humedecidas en mucosas orales

Registrar ingresos y egresos de líquidos para llevar un control y realizar el balance de 24 horas.

Fundamentación científica de las acciones.

En el enfermo alcohólico crónico los niveles de glucosa intracerebral están muy disminuidos.

La administración de glucosa normaliza la hipoglucemia habitual en la intoxicación alcohólica y repone los depósitos de glucógeno hepático, disminuidos por un largo ayuno y una alimentación deficitaria.

El Dextrevit es un complejo vitamínico que proporciona complejo B y vitamina C en solución hipertónica de dextrosa, como auxiliar de algunas hepatopatías, corrige los efectos tóxicos de los productos intermediarios del catabolismo del alcohol, en personas hipersensibles ocasiona náuseas, vómito, cefalea y erupciones cutáneas.

El equilibrio osmótico de los líquidos corporales puede alterarse cuando se administran soluciones por via intra venosa, a menos que las soluciones sean isotónicas con los líquidos corporales o que se administren lentamente de manera que se permita el restablecimiento del equilibrio.

Los datos que indican desequilibrio hidroelectrolítico son: sed excesiva, sequedad de piel y mucosas, fiebre, oliguria

y orina muy concentrada, constipación, pérdida súbita de peso, debilidad, agotamiento, signos y síntomas de choque circulatorio y trastornos mentales como confusión y pérdida de la conciencia.

El colapso vascular y los trastornos del riego sanguíneo se manifiestan por: hipotensión, el pulso arterial periférico débil, bradicardia y fiebre.

La sed indica la necesidad de aumentar la ingestión de agua y es el mecanismo regulador principal del ingreso de líquidos en el organismo.

El centro de la sed localizado en el hipotálamo, se estimula directamente por el estado de deshidratación.

La resequeadad de la mucosa bucal y faríngea provocan sensación de sed.

La cantidad de agua que hay en el organismo depende del equilibrio entre el ingreso y el egreso diario de ésta.

El organismo pierde agua por los pulmones (vapor), la piel (transpiración y sudor), los riñones (orina) y el conducto gastrointestinal (heces fecales)<sup>91/</sup>

91/ Nordmark, Mandelyn T,; Op.cit., p. 193

Responsable de la acción.

Personal de enfermería y médico.

#### Evaluación

Al segundo día de hospitalización se retiran las soluciones parenterales debido a que el paciente evoluciona satisfactoriamente; está hidratado y sus signos vitales están estables.

Problema: Abdomen globoso

#### Manifestaciones Clínicas del Problema:

Abdomen aumentado de volumen por acumulación de líquido.

Razón científica del problema.

La acumulación de líquido en la cavidad abdominal es una manifestación de hipertensión portal que se presenta como resultado de obstrucción de la corriente venosa portal por el hígado, cuyo efecto es aumentar la presión en el mismo; en la medida en que se desarrolla ascitis, tiende a disminuir el volumen intravascular, y es liberada renina por los riñones, esto resulta en secreción de cantidades crecientes

de la hormona aldosterona por las glándulas suprarrenales, lo que a su vez induce retención de sodio y agua por los riñones en un intento para conservar normal el volumen intravascular; este proceso está limitado en gran parte a los pacientes de cirrosis hepática.

La cirrosis hepática es un estado en el que hay degeneración de las células hepáticas, el daño hepático produce aumento del tejido conjuntivo con la consecuente fibrosis, lo que impide la circulación hepática sanguínea normal. Así las células hepáticas carecen de un aporte sanguíneo adecuado, de manera que aparece congestión portal y además disminución de la función celular hepática como déficit de desintoxicación de sustancias neurotóxicas, déficit de síntesis por parte del hígado insuficiente de sustancias necesarias para el sistema nervioso central.<sup>92/</sup>

Acciones de enfermería.

Observar que la dieta sea hiposódica estricta con 200-500 mg. de sodio.

Registrar ingresos y egresos de líquidos y realizar balance en 24 horas.

Colocar al paciente en posición de semifowler.

<sup>92/</sup> Brunner, L.S.; Manual de Enfermería Médica Quirúrgica, p. 780.

Llevar control de peso diario

Administración de espironolactona 25 mg. cada 6 horas vía oral.

Razón científica de las acciones

En el paciente cirrótico hay retención de sodio por disfunción hepática y al disminuir el sodio en la dieta, se disminuye la retención de líquidos en el organismo, por lo tanto, la dieta hiposódica estricta con 200-500 mg. de sodio, es la primer medida capaz de conseguir la disminución de la ascitis, su persistencia está en relación con la escasa eliminación de sodio y agua.

El registro de ingresos y egresos de líquidos, permite observar la retención de éstos.

La posición de semifowler permite una expansión pulmonar óptima, el diafragma sube y baja con libertad facilitando la respiración.

El peso diario del paciente permite observar el aumento o pérdida de éste, importante en el paciente cirrótico.

La espironolactona es un antagonista de la aldosterona, que ejerce su acción por competencia en la unión a los receptores específicos de la misma en el sitio de intercambio sodio-potasio en el túbulo contorneado distal de la nefrona; reduce el sodio intercambiable, el volumen plasmático, la resistencia periférica, el peso corporal y la presión sanguínea; no es recomendable la administración de suplementos de potasio por inducir hipercalemia; su empleo está contraindicado en insuficiencia renal aguda anuria e hipercalemia; sus efectos colaterales son: ginecomastia así como impotencia, intolerancia gastrointestinal y erupciones cutáneas. 93/

Responsable de la acción:

Personal de enfermería y médico.

#### Evaluación

Durante la hospitalización los balances de líquidos fueron negativos. El peso del paciente se registró a su ingreso de 67 Kg. a su egreso fue de 65,500 Kg. lo que indica que hay menos retención de líquidos con las medidas terapéuticas prescritas.

Problema: edema

93/ Rosenstein, Emilio; Op.cit., p. 100

### Manifestaciones clínicas del problema

El paciente presenta acumulación de líquidos en las extremidades inferiores.

### Razón científica del problema.

En el delirium tremens el metabolismo proteico está alterado, su trastorno fundamental consiste en el catabolismo proteico masivo que se manifiesta por la reducción de volumen de los músculos y la pérdida de peso; el dato analítico más importante es la hiperazotemia de origen extrarrenal (deshidratación y aumento de la destrucción de las proteínas), es paralelo al grado de gravedad del delirium, excepto en la insuficiencia hepática grave ya que cuando falla la función ureogenética del hígado -que consiste en formar urea a partir del amoniaco- se producen índices altos de hiperamoniemia condicionada por los estados de grave insuficiencia hepática.

El edema se produce por la incapacidad del hígado para producir cantidades normales de proteínas circulantes o los metabolitos de los cuales ellos derivan. Cuando la concentración de albúmina es reducida, el fluido tiende a acumularse entre las células, lo que produce hinchazón o disten

sión, ya que la albúmina es importante en el equilibrio de la presión osmótica coloidal, que presiona al líquido extracelular de los espacios intersticiales a regresar al lecho capilar.<sup>94/</sup>

La respuesta de las células parenquimatosas hepáticas a los agentes nocivos es la substitución de glucógeno por lípidos (infiltración adiposa), con muerte celular o sin ella (necrosis), asociada con infiltración celular inflamatoria y crecimiento de tejido fibroso; así el proceso morboso no es demasiado tóxico para las células, éstas se regeneran, el resultado final del proceso crónico es un hígado contraído y fibrótico (cirrosis), se presenta hipertensión portal por la obstrucción intrahepática de los conductos biliares.

Acciones de enfermería.

Aplicación de vendaje compresivo en extremidades inferiores con elevación de las mismas.

Observar que la dieta sea hiposódica estricta con 200-500 mg. de sodio.

Administración de espironolactona 25 mg. vía oral c/6 hrs.

---

<sup>94/</sup> MacBryde Cyril, Mitchell; Op.cit., 793

### Razón científica de las acciones.

La aplicación del vendaje compresivo y la elevación de las extremidades inferiores contribuyen a dilatar los vasos capilares por lo que se aumenta la concentración de proteínas plasmáticas en el extremo distal lo que facilita la resorción de líquidos tisulares en el segmento de la vénula y produce deshidratación. La formación de líquido de edema se modifica de manera intensa por cambios en la presión oncótica del plasma.<sup>95/</sup>

La nutrición adecuada es una de las medidas que favorecen los procesos de recuperación hepática.

La espironolactona, es un diurético antagonista de la aldosterona, esteroide adrenal que controla la reabsorción de sodio en el túbulo renal, produce diuresis de sodio sin pérdida de potasio.

Responsable de la acción:

Personal de enfermería, médico y dietista.

Evaluación

---

<sup>95/</sup> Nordmark, Mandelyn T., Op.cit., p. 205

Se observa en el paciente que el edema de las extremidades inferiores disminuyó al tercer día de hospitalización, desapareciendo en una forma total al quinto día de estancia.

Problema: ictericia

Manifestaciones clínicas del problema

Color amarillo de la piel y escleróticas.

Razón científica del problema

La ictericia es un signo que se relaciona con la insuficiencia hepatocelular en la cirrosis hepática, presenta cierto grado de colestasis, producida por la compresión de los nódulos de regeneración sobre los conductos biliares.

Acciones de enfermería.

Observar y registrar los diversos grados de ictericia de la piel y escleróticas.

Mantener las uñas cortas de los dedos de las manos del paciente.

Razón científica de las acciones.

El grado de ictericia de la piel y escleróticas indica el progreso o retroceso de la función hepática.

La acumulación de sales biliares en los tejidos de la piel producen prurito.

Responsable de la acción

Personal de enfermería y médico

Evaluación:

El tinte icterico de la piel y conjuntivas del paciente aumentaron; siendo discreta para el quinto día de hospitalización y para el décimo quinto día desapareció por completo.

Problema: trastornos del sueño

Manifestaciones clínicas del problema:

El paciente presenta insomnio.

Razón científica del problema:

El comienzo gradual del delirium tremens es precedido a ve

ces, durante semanas o meses por síntomas prodrómicos como aversión a la comida, el sueño se acorta y es interrumpido por sobresaltos, el enfermo está de mal humor, irritable y tenso, esta tensión puede acentuarse y se manifiesta en estado de ansiedad que surge de un modo psíquicamente inmotivado; se presenta cuando se va a dormir o bien se despierta con pesadillas nocturnas angustiosas, presenta pánico, sudor y sensaciones de opresión.<sup>96/</sup>

El insomnio es intenso en la medida en que se acentúan los síntomas del delirium tremens, se presenta una presión ininterrumpida de la actividad.

El insomnio está asociado al nerviosismo, es un estado de inquietud mental y física que se acompaña de ansiedad y de recelo, hay irritabilidad excesiva, relacionada con conflictos mentales o emocionales, es un síntoma temprano de los trastornos mentales.

Las estructuras cerebrales más directamente involucradas en la patogenia del delirium tremens son las formaciones reticulares; el sistema reticular participa de manera importante en el inicio y mantenimiento de la vigilia.<sup>97/</sup>

---

96/ Mayer, Gross W., Op.cit., p. 87

97/ Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p. 453

Las neuronas de la sustancia nigra que contiene dopamina son necesarias en la vigilia, llamada conductual.

Los trastornos del sueño se relacionan con una disminución del intervalo que media entre el inicio del estado del sueño y el comienzo de la etapa de movimientos oculares rápidos o sueño MOR, así como un aumento en el tiempo que el sujeto pasa en la fase MOR. La mayor parte del tiempo que el sujeto pasa dormido lo realiza en fase MOR que se acompaña de actividad onírica.<sup>98/</sup>

Acciones de enfermería:

Administrar diazepam 10 mg. una ampolleta I.V. dosis única.  
Tomar presión arterial antes y después de la aplicación.

Observar al paciente en busca de signos de incremento del miedo, ansiedad o agitación para intervenir oportunamente e impedir que se lesione, lastime a otros o destruya objetos; sobre todo en la noche.

Observar al paciente en busca de signos de fatiga.

Permanecer con el paciente si tiene miedo, valorando el uso del contacto físico.

---

<sup>98/</sup> Madden, J.S.; Op.cit., p. 51

Razón científica de las acciones.

El diazepam actúa principalmente sobre el sistema límbico (núcleo amigdaliano, hipocampo y septum) alivia la ansiedad, la inquietud psicomotriz, las distimias, los trastornos somáticos de la ansiedad, las hipocondriasis y los trastornos del sueño, tiene efecto ansiolítico e hipnótico.

La administración intravenosa del diazepam puede provocar períodos de amnesia, es posible que esté relacionado con la capacidad terapéutica, lo mismo que el efecto somnífero en algunos pacientes produce efectos paradójicos como excitación psicomotriz, hostilidad y agresión, se presentan desde las primeras semanas del tratamiento, se han visto con mayor frecuencia en pacientes con personalidad sociopática y antecedentes criminales.

Los efectos colaterales del diazepam son: somnolencia, mareo, parestesias, náuseas, vómito hipotensión y rash cutáneo. 99/

El estado de delirio tiene lugar por la noche, surge de un modo súbito en medio del insomnio o tras un brusco desper-

---

99/ Uriarte, Víctor; Op.cit., pp.166-167

tar angustioso, se adscribe a la modalidad del "delirium<sup>9</sup> a cutum", es decir, el delirio onírico agudo; que se desdobra en obnubilación de la conciencia (estado de conciencia o - fuscada, sin vivencias claras y sin capacidad para configurarlas y reflexionar); y el onirismo (exaltación psíquica en forma de imágenes; representaciones y sobre todo ilusiones y alucinaciones, sobre un fondo de inquietud o agitación psicomotriz; los síntomas del delirium tremens se van acentuando, se presenta una presión ininterrumpida de la actividad y en consecuencia se intensifica el insomnio; presenta somnolencia diurna y agitación nocturna.<sup>100/</sup>

El insomnio provoca cansancio y el vigor físico y mental disminuye.

Las manifestaciones físicas de la fatiga se caracterizan porque el paciente tiende a verse cansado, pálido, letárgico, lento en sus reacciones y falta de entusiasmo y energía, la cara se afloja, el cuerpo se debilita y la voz puede ser apagada y falta de tono.<sup>101/</sup>

El individuo suspicaz, dudoso o miedoso puede ser ayudado frecuentemente para que se sienta seguro y cómodo en una situación si los otros son o parecen ser tranquilos, seguros de sí mismos y controlan la situación.

---

<sup>100/</sup> Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., p. 453  
<sup>101/</sup> MacBryde Cyril, Mitchell; Op.cit., p. 626

El contacto físico que se le proporciona al paciente es terapéutico y le proporciona confianza y seguridad cuando se emplea adecuadamente

Responsable de la acción:

Personal de enfermería

Evaluación.

Durante su estancia hospitalaria el paciente se observó con hipersomnio en la mañana e insomnio en la noche, evolucionando favorablemente para el tercer día de hospitalización.

Problema: Trastornos de la conducta

Manifestaciones clínicas del problema:

El paciente presenta excitación psicomotriz.

Fundamentación científica del problema.

La reacción del enfermo con delirium tremens varía de acuerdo a sus alucinaciones visuales y táctiles, presenta excitación psicomotriz por la naturaleza terrorífica que predomina en ellas.

La agitación es la reacción que presenta el paciente cuando la sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente que constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad o a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse presentes conscientes como advertencia de peligro

que se originan en la presión que ejercen las acti --  
tudes internas inaceptables, es intensa y se derrama hacia  
el sistema muscular, produciendo gran inquietud motora.

En el delirium tremens las ilusiones son frecuentes y te -  
rroríficas, los diversos objetos que rodean al enfermo son  
percibidos como insectos, serpientes, ratones o animales  
terroríficos y repugnantes que asustan al enfermo tremenda  
mente causando pánico. 102/

El pánico es un estado de angustia intenso, que produce  
una desorganización de las funciones del Yo; es un grado  
intenso de miedo basado en una tensión prolongada que se  
caracteriza por inseguridad extrema, suspicacia y tenden -  
cia hacia la proyección y la desorganización, las malinter  
pretaciones toman la forma de alucinaciones con contenido  
acusador o ideas delirantes de persecución por lo que el  
paciente reacciona con agresividad; tendencia caracteroló  
gica a atacar, la manifestación abierta y física de la agre  
sión es la violencia, síntoma presente en los enfermos psi  
cóticos.

Los estados afectivos intensos, presentes en el individuo  
con alcoholismo crónico como: resentimiento, hostilidad y  
sentimientos de culpa desarrollados por un sentimiento de

---

102/ Lawrence, C.Kolb; Op.cit., p.125

rechazo y frustración tienden a producir malinterpretaciones perceptuales de estas imágenes sensitivas, los elementos reprimidos están predispuestos a ser dinámicos en exceso y reflejan algún afecto o expresión, algún deseo o impulso coercitivo, dicha malinterpretación perceptual se conoce como ilusión.

La naturaleza de las ilusiones obedece particularmente al rasgo que predomina en el estado emocional y a las necesidades del paciente, la espera llena de tensión o el miedo presentes en el delirium tremens predispone a interpretaciones ilusorias; están presentes los trastornos de la sensopercepción caracterizados por ilusiones y alucinaciones; suele producir temor y excitación psicomotriz que se manifiesta a través de todo el comportamiento del enfermo.

El paciente con delirium tremens presenta un estado emocional tenso, de miedo, espera atentamente ver u oír el objeto que ha excitado la emoción, el resultado es que la percepción momentánea esperada aparece con claridad vívida, pero en una forma proyectada, alucinatoria o ilusoria.

El alcohol es un tóxico que provoca la irritación de los centros especiales de asociación conectados con el sentido alucinado, la naturaleza del material de alucinación está

influído por las experiencias psicológicas del paciente que se proyectan en las imágenes como símbolos de cualquier parte de los sentidos, aunque éstas tienen la característica de aparecer en el sentido que mejor se presta para simbolizar el material especial que busca expresión.<sup>103/</sup>

#### Acciones de enfermería

Aplicación de haloperidol 5 mg. ampollitas I.M. agregando una ampollita de Levomepromazina de 25 mg. I.M. por razón necesaria. Vigilar la presión arterial cuando se administren las dosis iniciales.

Desarrollar una relación de confianza con el paciente tan pronto como sea posible; lo ideal es anticiparse a los períodos de agresividad.

Dirigirse al paciente en forma enérgica.

Disminuir los estímulos ambientales.

Observación estrecha del paciente; retirar objetos que puedan utilizarse en tendencias autodestructivas.

---

<sup>103/</sup> Ibidem., p. 125

Proporcionar restricción de movimientos en forma adecuada, por razón necesaria.

Razón científica de las acciones.

El haloperidol está indicado en psicosis agudas, con agitación psicomotriz, en alteraciones metabólicas y endócrinas, en trastornos cardiovasculares, en pacientes con crisis convulsivas (conjuntamente con la medicación antiepiléptica) por lo que se necesita elevar la dosis de 200 a 300% porque tanto la fenitoína como el fenobarbital abaten los niveles séricos del mismo; los efectos colaterales indeseados son: sedación, los trastornos hepáticos, la hipotensión arterial, la taquicardia, las alteraciones hemáticas y las dermatitis, presentándose con escasa frecuencia; los efectos colaterales indeseados más frecuentes son los extrapiramidales que pueden ser controlados con la aplicación de un anticolinérgico como el biperiden 5 mg. una ampolleta. 104/

La levomepromazina está indicada en brotes psicóticos agudos con excitación psicomotriz, agresividad y trastornos del sueño, se emplea como hipnótico, cuando se inyecta por vía intramuscular, ocasiona dolor por el tiempo prolongado en el sitio de aplicación; produce hipotensión severa y es 104/ Uriarte, Victor, Op.cit., pp. 127-129.

tados confusionales.

Los neurolepticos actúan en la sustancia reticular activada, reduciendo la capacidad de reacción y la actividad espontánea, sobre el hipotálamo, modificando la respuesta autónoma; sobre el neocórtex, produciendo parkinsonismos, el efecto sobre el sistema límbico es el antipsicótico.<sup>105/</sup>

En el delirium tremens son muy frecuentes los delirios ocupacionales, su contenido se refiere a las maniobras que realiza en los bares o tabernas o en su lugar de trabajo, se presentan con intensa excitación psicomotriz; el enfermo es presa de constante inquietud, no permanece quieto ni un instante, tembloroso e inseguro presenta actividad psicomotora aumentada; está siempre haciendo algo: revolviendo en cerraduras auténticas o alucinadas, sosteniendo la puerta por creer que se va a caer, caza moscas y ratones imaginarios, se saca de la boca hilos o pelos que alucina, cree que detrás de la puerta están las personas que lo han encerrado; el enfermo se baja de la cama repetidas veces para atender algún detalle de su supuesta ocupación, el comportamiento de los delirantes es tan característico que se identifica con seguridad.<sup>106/</sup>

---

<sup>105/</sup> Ibidem., p. 85

<sup>106/</sup> Ey, Henry; Op.cit., pp. 724-726

La capacidad de concentración, tenacidad, la vigilancia y el campo de la atención están disminuidas en los pacientes con delirium tremens, por las pseudopercepciones que se presentan.

La conversación que se realiza en voz baja ocasiona malas interpretaciones por la suspicacia del paciente que se presenta en este padecimiento.

En el delirium tremens se presentan percepciones mal estructuradas con falsos reconocimientos: las ilusiones, que son producidas por estímulos casuales del ambiente y las alucinaciones, el contenido de éstas es tan subjetivo, que en sus fases agudas es imposible ignorarlos pues absorben la atención y requieren que la realidad sea deformada y armonice con ellas dando como resultado la suspensión de la capacidad funcional del Yo para evaluar cualquier realidad contraria a las alucinaciones; lo que ocasiona excitación psicomotriz, aumenta si se deja sólo al paciente porque se sumerge enteramente en su mundo onírico, siendo más intenso de noche que de día, presentan así mismo ideas delirantes, si el paciente se siente amenazado, podrá percibir todo estímulo como amenaza. En los estados tóxicos de confusión las percepciones son mal interpretadas porque los estímulos y las impresiones sensoriales no se integran ni se

transmiten de manera adecuada al cerebro.<sup>107/</sup>

La actividad psicomotora aumentada presente en el delirium tremens es la necesidad de estar ocupado, tiene un propósito pero nunca logra un objetivo, ya que sus fines cambian de manera constante, el paciente está muy ocupado, pero sus actividades no son productivas, antes de que haya habido oportunidad de completar la tarea empezada se emprende una nueva actividad; esta celeridad se extiende a todos los aspectos conativos del individuo, de tal manera que el fluir del pensamiento se caracteriza por fuga de ideas y se realizan en estado de confusión mental; los pacientes sufren en general una inquietud psicomotora que aumenta hasta una gran excitación psicomotriz.

La alteración del control superyoico asociado a actos violentos impulsivos como la agresión física, se asocia a la alteración de la función cerebral debido a la acción de sustancias tóxicas como el alcohol, que predispone al individuo a una falta de control de sus impulsos cuando algo lo enfurece; en el delirium tremens se presentan alucinaciones auditivas, tienen un carácter imperativo (les ordenan que hagan tal o cual cosa hasta el grado de atentar contra su propia vida).<sup>108/</sup>

<sup>107/</sup> Lawrence C., Kolb; Op.cit., p.125

<sup>108/</sup> Vallejo Nájera, Juan Antonio; Op.cit., p.330

Las alucinaciones visuales provocan miedo al paciente con más frecuencia porque producen una mayor distorsión de la realidad; el delirium tremens es una de las formas más frecuentes de trastorno mental, en el cuál las imágenes que el individuo percibe tienden a ser de naturaleza aterradora, debido al miedo a algún aspecto de la personalidad que tiende a simbolizarse en la percepción de objetos aterradores, de tal manera que el paciente ve animales espantosos que lo quieren atacar, el enfermo siente al mismo tiempo que ve, los insectos sobre su piel, lo que le provoca excitación psicomotriz que puede llegar hasta la crisis de auto o heteroagresividad.109/

La restricción de movimientos es una medida transitoria que se emplea para proteger al paciente y a los que lo rodean de sus tendencias destructivas o autodestructivas; controlan la agresión y tienen como finalidad conservar un ambiente terapéutico, de seguridad; se retira una vez que la conducta del paciente se modifica adecuadamente.

Los trastornos de conducta que el paciente manifieste en ese momento, determina el tipo de restricción que se utiliza siendo parcial cuando sólo se restringen los movimientos de las extremidades superiores y el paciente puede

109/ Lawrence C., Kolb; Op.cit., p. 126

deambular o de la cintura a su cama; y es total cuando la restricción abarca las extremidades superiores, cintura y extremidades inferiores a su cama y se emplea cuando está en peligro su vida o la seguridad de los que lo rodean en el área hospitalaria.

Responsable de la acción

Personal de enfermería y médico

Evaluación

La excitación psicomotriz se acentuaba por la noche durante los dos días de estancia hospitalaria y al tercer día el medicamento se suspendió; su conducta agresiva fue controlada con la técnica de sujeción (restricción de movimientos).

Problema: Trastornos de la sensopercepción

Manifestaciones clínicas del problema.

El paciente presenta alucinaciones visuales, táctiles, auditivas y cinestésicas.

Razón científica del problema.

Las pesadillas típicas que se presentan en el delirium tremens son vivas y angustiantes y el enfermo tiende a confundir los contenidos oníricos con la realidad, lo que da como resultado, la presencia de ilusiones y alucinaciones, síntomas prodrómicos del padecimiento, predominan de la esfera óptica; al principio se presentan aisladas o separadas, estas pseudopercepciones asustan al paciente, pero son reconocidas por él como tales hasta que se transforman en las alucinaciones del delirium tremens propiamente dicho. <sup>110/</sup>

En el delirium tremens se presentan alucinaciones de las distintas esferas sensoriales, predominan las visuales y las táctiles.

Las alucinaciones visuales son móviles y múltiples y muestran tendencia a las micropsias (sobre el escenario normal ven las alucinaciones de tamaño reducido), son escenográficas, vívamente coloreadas, es muy típico el carácter zoóptico. Si los enfermos ven figuras humanas, éstas son con frecuencia diminutas por lo que se les ha llamado "liliputienes" (hombres diminutos cantando, bebiendo, riendo) que el enfermo suele vivir placenteramente, son típicas pero menos <sup>110/</sup> Mayer Gross W.; Op.cit., p. 87

frecuentes que las anteriores.<sup>111/</sup>

Las alucinaciones visuales sin forma se presentan en las enfermedades de la corteza cerebral, mientras que las alucinaciones con forma resultan de padecimientos de la corteza temporoparietal.

La falta de mielina en las vías nerviosas por falta de complejo B y glucosa, producen neuritis periférica y esto da como resultado la presencia de alucinaciones táctiles, el enfermo siente al mismo tiempo que ve, los insectos sobre su piel, ocasionalmente el enfermo percibe hormigas o arañas que le recorren el cuerpo o gusanos en su boca y se siente atacado por estos animales.<sup>112/</sup>

Las alucinaciones auditivas se presentan como parte de la situación total que es alucinatoria en las experiencias de los enfermos, cuando predominan se trata de complicaciones con esquizofrenia, tienen carácter imperativo (les ordenan que realicen tal o cual cosa hasta el grado de atentar contra su propia vida o la de otros).

Las alucinaciones cinestésicas y los trastornos vestibulares se manifiestan en el delirium tremens y el enfermo ve

<sup>111/</sup> Vallejo Nájera, Juan Antonio; Op.cit., p. 330

<sup>112/</sup> Lawrence C., Kolb; Op.cit., p. 258

que se caen las paredes, que el suelo se mueve o que toda la habitación da vueltas, cuando los pacientes están sentados sienten que su silla se inclina hacia un lado o como el suelo oscila bajo sus pies.

El reconocimiento subjetivo de la imagen que constituye la alucinación, lleva consigo dos procesos mentales; la percepción y la atención.

La hipersugestibilidad es un rasgo del delirium tremens característico, se haya acentuada y con facilidad se consigue por medio de la sugestión que el enfermo tenga visiones y si se le pide, sea capaz de leer algo en una hoja en blanco.

Un individuo que tiene la convicción de una sensación actualmente percibida, sin que haya alcanzado sus sentidos objeto exterior alguno propio para excitarla, lo hace en estado de alucinación; el enfermo no duerme, se encuentra confuso y la conciencia está alterada.

Las alucinaciones son más intensas durante las etapas agudas de una reacción psicótica porque es el período en el que comienza a fallar la represión y la solución del conflicto comienza a resultar ineficaz.<sup>113/</sup>

113/ Lawrence C. Kolb; Op.cit., p.125

Acciones de enfermería.

Proporcionarle luz suficiente en el ambiente sobre todo en la noche.

Observación estrecha del paciente.

Si el paciente tiene el aspecto de estar alucinado; ganar su atención.

Proporcionar terapia ocupacional y recreativa.

Comunicarse verbalmente con el enfermo en términos directos, concretos y específicos.

Utilizar medios táctiles durante el trato con el paciente.

Brindarle la posibilidad de llevar a cabo actividades fáciles de desarrollar.

Reconocer las ideas delirantes del paciente como percepciones del ambiente.

Interactuar con el enfermo con base en casos reales, no insistir en el material delirante, ayudarlo a distinguir lo

real y lo que no lo es. Nunca dar a entender al paciente que se aceptan sus ideas delirantes como parte de la realidad.

No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones, ni tampoco darle apoyo para las mismas.

Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de la sensopercepción en una forma que esté apegada a los hechos; proporcionando restricción de movimientos por razón necesaria.

Asegurar al enfermo que los insectos, víboras o lo que ve en las alucinaciones no se encuentran realmente ahí, indicando que se sabe que estas visiones le parecen reales y mostrar empatía con el miedo que está experimentando.

Razón científica de las acciones.

Los locales oscuros y mal alumbrados aumentan la probabilidad de que se presenten ilusiones y alucinaciones visuales.

La realidad no existe en el momento de alucinación: los enfermos toman las ventanas por las puertas, las escaleras,

por la calle, corren el riesgo de caídas, en lugar de la pa  
red ven un campo abierto, se precipitan corriendo a él y se  
golpean. 114/

La atención en un paciente con delirium tremens está profun  
damente perturbada, es fugaz y las impresiones se retienen  
sólo un momento.

Los enfermos se hayan absortos en sus alucinaciones y no se  
preocupan de lo que a su alrededor sucede cuando no se les  
interrumpe; si se les dirige enérgicamente la palabra se lo  
gra que atienda a lo que se le dice y que tome parte en con  
versaciones.

Las alucinaciones aparecen con menos frecuencia cuando el  
paciente se ocupa de la realidad, aumentan cuando la aten  
ción disminuye o cuando el enfermo comienza a soñar despierto.

La comunicación es eficiente cuando el lenguaje usado es  
simple y las instrucciones son claras, por aquéllos envuel  
tos en el asunto; cuando se mantiene una conversación con  
temas sencillos y básicos de interés para el paciente se pro  
porciona una base de apoyo en la realidad.

114/ López Ibor, Juan José; Op.cit., p.333

Las actitudes y las acciones de los demás que indiquen que el individuo es digno de atención, de ayuda o de preocupación, contribuyen a que se sienta atendido.

Los medios táctiles que se proporcionan al enfermo en estado alucinatorio, proporcionan una base de apoyo en la realidad si éstos se realizan en una forma que no parezca una amenaza hacia el enfermo.

Junto a las alucinaciones aparecen en forma masiva las ilusiones, predominan de la esfera óptica y en menor cantidad por parte de otros sentidos; los enfermos se equivocan al querer reconocer personas y objetos.

Las alucinaciones originan ideas delirantes secundarias por la alteración perceptiva del enfermo, la atención entra en relación para que valore y juzgue de lo percibido.<sup>115/</sup>

La alteración mental origina ideas delirantes, su contenido es erróneo e incorregible, el que los sufre tiene la absoluta convicción de que son ciertas, no admite rectificación alguna con la experiencia o con los argumentos; son patognomónicos de las psicosis.

---

<sup>115/</sup> Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., p. 437

Las ideas delirantes que se presentan en el delirium tremens concuerdan con las experiencias sensoriales y son tal fluídas y cambiantes como éstas; no son sistematizadas, pero son angustiosas y fantásticas; el enfermo presenta confabulaciones de tipo oniroide. La mayor parte de las experiencias delirantes se olvidan después, pero algunos tienen recuerdos lúcidos de las escenas fantásticas por las que han pasado, a pesar de que raramente recuerdan el terror extremo y expresiones violentas que las acompañaron.

El paciente con delirium tremens presenta experiencias por los órganos de los sentidos que son aceptados por él mismo como percepciones reales pero que ocurren en la ausencia de cualquier estímulo sensorial; para el sujeto son reales, ya sea visuales, sonoras, olfativas, de la sensibilidad o del gusto; aparecen con la misma dimensión en el espacio (espacio externo y objetivo) y como las percepciones normales son independientes del deseo, es decir no pueden ser separadas voluntariamente de la conciencia o disminuir por ésta.

La naturaleza terrorífica típica de las alucinaciones que se presentan en el delirium tremens provocan excitación psicomotriz, así como cuadros de agresividad física contra él mismo o contra los demás como producto de sus alucinaciones auditivas, puede localizar su origen y decir que vienen de cualquier parte de su cuerpo o de un punto distante sien

do en general desagradables, derogatorias, obscenas o del tipo de acusaciones; representan la proyección de los aspectos y deseos repudiados de la personalidad, los cuales no pueden ser aceptados en la conciencia bajo su forma no disfrazada.

Las alucinaciones que transmiten un mandato son convincentes y apremiantes, por lo que puede conducir hacia la autoagresión o heteroagresividad directa y peligrosa.<sup>116</sup>

La reacción del individuo a sus alucinaciones varía según el contenido de estas sea terrorífica o placentera y suele estar muy ocupado con ellas.

Las manifestaciones del estado alucinatorio son: gestos interminablemente repetidos, búsqueda incesante de objetos, alucinación de pequeños animales, excitación psicomotriz, profiere frases entrecortadas, realiza gestos bruscos de defensa o de ataque, cuando alguien se le aproxima.

En el delirium tremens predominan las alucinaciones visuales, es muy típico el carácter zoópsico (ven multitud de animales que corren de aquí para allá como ratas, arañas o serpientes que son las más típicas), con frecuencia el en-  
116/ Lawrence C. Kolb; Op.cit., pp. 125-126

fermo se siente atacado por estos animales al presentar alucinaciones táctiles. Estas visiones suelen acompañarse de fuertes reacciones de cólera o de terror.<sup>117</sup>

Responsable de la acción:

Personal de enfermería

Evaluación

La evolución del paciente es favorable para el quinto día de hospitalización; al tercer día remitieron las alucinaciones táctiles auditivas y cinestésicas que se acentuaban por la noche, las alucinaciones visuales persistieron durante este tiempo; desapareciendo por completo éstas y las anteriores al quinto día. El paciente al interrogatorio, no recuerda los trastornos de la sensopercepción, no hay ideación delirante.

Problema: Alteración de la conciencia

Manifestaciones clínicas del problema

El paciente se observa con confusión mental aguda.

---

<sup>117</sup>/ Alonso Fernández, Francisco; Op.cit., pp.453-454

Razón científica del problema:

En la patogenia del delirium tremens las estructuras cerebrales más directamente involucradas son la formación reticular e hipotalámica; a la alteración de las formaciones reticulares se atribuyen las alteraciones psíquicas.

La interacción continua y efectiva entre los hemisferios cerebrales y un mecanismo activador no especificado: el Sistema Activador Mesodiencefálico de la porción superior del tronco cerebral y del diencefalo, mantiene un estado de conciencia normal y completa.

El delirio onírico agudo del delirium tremens es vivido en un estado de alteración de la conciencia: confusión mental, estado psicótico agudo caracterizado por obnubilación de la conciencia, una desorientación temporoespacial, un delirio onírico y una alteración del estado general, la cara del paciente presenta expresión angustiante, vacilante y de sorpresa.

La evaluación de las funciones fisiológicas que proporcionan información básica sobre las alteraciones de la conciencia son: el estado de conciencia (alteración y niveles), el patrón de la respiración, el tamaño y reacción de las pupi-

las, los movimientos de los ojos y respuestas oculo-vestibulares y, la respuesta de los músculos esqueléticos motores.<sup>118/</sup>

Los trastornos físicos o químicos que producen una alteración funcional de las vías de asociación del cerebro, originan la obnubilación de la conciencia, se altera la capacidad de pensar con claridad y con la rapidez acostumbrada de percibir, de responder a los estímulos sensoriales y de recordarlos.

La obnubilación de la conciencia es paralela con los cambios normales que se observan en un sujeto que pasa del estado de vigilia al estado hipnagógico, al sueño ligero y finalmente al sueño profundo.

Los trastornos de la orientación están presentes en el delirium tremens, existe desorientación halopsíquica de tipo alucinatorio delirante, conservándose la orientación autopsíquica; completamente desorientados en el tiempo y en el espacio, cuando se les interpele bruscamente, puede dar dos o tres respuestas lúcidas, especialmente sobre su propia identidad, pero pronto recae en su agotadora excitación y retorna a su mundo alucinatorio.

En el delirium tremens existe una alteración de la memoria  
118/ Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., p.192

del paciente, de las sensopercepciones y de la atención, lo que da como resultado la desorientación, sus síntomas son importantes indicadores de la insuficiencia cerebral aguda que se denomina síndrome orgánico cerebral.

Las constantes alucinaciones ópticas presentes en el delirium tremens trastornan profundamente la orientación espacial, más ello no es solamente consecuencia de las alucinaciones, puesto que falta la capacidad de orientación sin que exista alucinaciones, persisten durante los últimos días de un delirio que se va prolongando demasiado.

La orientación en el tiempo se trastorna mientras dura el delirium tremens, la evolución se produce rápidamente en un plazo de dos a siete días, conduce rápidamente a la remisión total a través de un breve período de sueño profundo y prolongado y en los casos graves continúa alterado después de transcurrido este último, con frecuencia les parece a los enfermos que el delirio se ha prolongado demasiado, mucho más tiempo del que duró en realidad.<sup>119/</sup>

La orientación es una función de la conciencia que nos da la percepción clara de nosotros mismos y del medio circundante; se altera en todos aquellos padecimientos que inter

---

<sup>119/</sup> López Ibor, Juan José; Op.cit., p.335

fieren con la conciencia como el delirium tremens: confusión mental, obnubilación, delirio, estupor y coma.

La orientación comprende cuatro aspectos según su punto de referencia sea el espacio, el tiempo, el ambiente psíquico (personas que rodean al enfermo) y el propio individuo.

Acciones de enfermería.

Pasar el tiempo suficiente con el enfermo, hay que encarar al enfermo e indicar las expectativas en forma directa, no ofrecer elecciones.

Mostrar aceptación de la conducta del enfermo como persona, no hacer bromas ni juzgar su conducta.

Satisfacer las necesidades físicas del enfermo.

Auxiliar al paciente y motivarlo para que acepte la mayor responsabilidad por su aliño personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer por el paciente lo que él puede hacer por sí mismo) explicar toda tarea que haga en pasos cortos y simples.

Tomar y registrar los signos vitales.

Retirar al paciente del grupo si su conducta es heterogénea molesta o peligrosa para los demás, dar explicaciones simples a los pacientes cuando sea necesario.

Conversar con el paciente empleando un lenguaje simple, directo y concreto.

Reorientar al paciente en persona, lugar, tiempo y situación: según sea necesario llamarlo por su nombre, decirle su nombre si es que lo ha olvidado, decirle el nombre de las demás personas y el lugar en que se encuentra.

Relatar las actividades recientes en cuanto a fecha y momento del día durante las interacciones con el paciente.

Razón científica de las acciones.

Las manifestaciones conativas de la obnubilación de la conciencia son: dificultad para enfocar y mantener la atención es fugaz y las impresiones se mantienen sólo un momento, el paciente tiende a distraerse fácilmente; no tiene dominio de sí mismo y le resulta imposible alejar de su mente experiencias sensoriales o ideas mínimas.

Los enfermos están absortos en sus alucinaciones y no se

preocupan de lo que a su alrededor sucede, cuando presen -  
tan obnubilación de la conciencia, su pensamiento está muy  
reducido, el contenido del mismo está alterado; manifies -  
tan gran carencia de crítica.<sup>120/</sup>

La satisfacción de las necesidades físicas del individuo  
contribuyen a mantener sus funciones cotidianas y adecuada  
higiene personal, el paciente con delirium tremens habla  
con arreglo de sus necesidades del momento, sin darse cuent  
ta de las contraindicaciones en que incurren.

La obnubilación de la conciencia produce dificultad para  
enfocar y mantener la atención, al paciente le resulta impo  
sible alejar de su mente experiencias sensoriales e ideas  
mínimas; pierde la libertad de elegir el modo de vida figu  
rativo y se convierte en víctima pasiva de fuerzas que le  
imponen estructuras indeseadas (ilusiones, alucinaciones e  
ideas delirantes) que cambian y se desvanecen constantement  
te, el pensamiento conceptual se colapsa y se aglutina con  
temas incoherentes y fragmentarias que a menudo se visualiz  
an y asumen la cualidad alucinatoria o de delirio; aún la  
diferencia entre el Yo y el medio se torna incompleto, una  
de las condiciones más comunes es la excitabilidad y la i-  
rritabilidad; después de que ha terminado, se establece am

---

120/ Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., p.437

nesia lacunar; es decir, que el enfermo no tiene el recuerdo del período patológico presentado.

En el curso de la confusión mental los signos vitales están alterados, hay hipotensión, taquicardia, taquisfigmia y la temperatura es con frecuencia de 38°C a 39°C.

Un individuo reacciona a una situación o suceso según lo percibe cualquiera que sea la realidad de la situación; los trastornos de la sensopercepción ilusiones y alucinaciones de naturaleza terrorífica modifican la conducta del paciente con delirium tremens.

La conversación de los pacientes con delirium tremens se caracteriza por las reacciones rápidas que presentan a lo que se les dice; muestran una sorprendente agilidad para dar explicaciones y pretextos, no solamente por lo que se refiere a su enfermedad, sino también a otros respectos; si el delirio se complica con accesos epileptiformes o con cualquier género de trastorno orgánico más intenso de los que a él corresponden, esta prontitud de respuestas desaparece y es sustituida por una lentitud de la comprensión y de las reacciones, el individuo tiende a divagar, y si no se les reestimula para que se aparte de su delirio, puede recaer en el estado de somnolencia.<sup>121/</sup>  
121/ Mayer, Gross W.; Op.cit., p.88

La desorientación espacial del paciente con delirium tremens forma parte de un sistema delirante; el enfermo cree haber sido secuestrado y el personal y el hospital que lo atiende, entran a formar parte de sus ideas delirantes.

Los pacientes que se desorientan en el espacio, no saben donde se encuentran; los que se desorientan en el tiempo, no saben en qué momento viven; los que se desorientan en su ambiente psíquico no saben con qué personas se encuentran conviviendo y, por último, los que se desorientan en relación a su persona, no saben quiénes son.<sup>122/</sup>

La secuencia de los eventos o actividades realizadas proporcionan al paciente y a la enfermera a verlos en perspectiva, lo que permite identificar un patrón recurrente de dificultades interpersonales; presentando la realidad y expresando sus propias percepciones o los hechos en determinada situación contribuyen a dar una alternativa de pensamiento para la consideración del paciente, no para convencerlo de que está en un error, empleándose con la finalidad de que se logren autocrítica y control emocional, por ser incapaces de reflexiones algo complicadas, manifestación de una gran carencia de crítica presente en el delirium tremens; en contraposición con la prontitud de res -

<sup>122/</sup> Caso Muñoz, Agustín; Op.cit., p.157

puestas proporcionadas, destacando asimismo frente a las alucinaciones por absurdas que estas sean.

Responsable de la acción:

Personal de enfermería

Evaluación

La evolución del paciente es favorable para el tercer día de hospitalización; tiene buen nivel de alerta, mantiene su atención, se encuentra orientado en tiempo y espacio, contesta adecuadamente a lo que se le pregunta, viste con buen aseo y aliño, permanece tranquilo.

Problema: Alteración en el curso del pensamiento.

Manifestaciones clínicas del problema:

Presenta lenguaje incoherente e incongruente.

Razón científica del problema.

Las experiencias alucinatorias auditivas se asocian a movimientos de la musculatura laríngea, lo que sugiere que el paciente con delirium tremens dice en forma no audible las

palabras que percibe en sus alucinaciones.

En el flujo del lenguaje del paciente con delirium tremens prevalece la incoherencia, la incongruencia y la perseverancia, hay trastornos de la palabra que se muestran en la dificultad y confusión de la articulación así como en la distorsión difásica y parafásica de las palabras.<sup>123/</sup>

La incoherencia, disgregación o disociación consiste en la separación de las partes que integren el discurso, de tal manera que resulta ininteligible, desorganizado y fragmentado; existe relajamiento de las ideas con pérdida de la unidad, de la armonía y de la continuidad psíquica, se presenta un trastorno global de la síntesis psíquica y tras - torno del curso del pensamiento y la afectividad es paradójica y ambivalente.

La incongruencia es un juicio sin sentido en cualquier texto está afectado por inflexiones extrañas y balbuceos que hacen incomprendible el lenguaje, dicen palabras no lógi - cas con la realidad.

En la perseverancia existe una persistencia en las respues - tas, preguntas o ideas, observable en personas fatigadas y

---

<sup>123/</sup> Mayer Gross, W.; Op.cit., p.88

en personas que han ingerido grandes cantidades de alcohol.

#### Acciones de enfermería

Dirigir nuestro interés y cuidado en una forma sincera haciendo observaciones y verbalizando lo que se percibe en su conducta.

Pasar el tiempo necesario con el paciente aún cuando no pueda responder verbalmente o lo haga en una forma incoherente.

Estimular al paciente para que describa sus percepciones y comprender al paciente.

Razón científica de las acciones.

Las observaciones de enfermería dirigidas al paciente que se hacen en relación a la conducta no verbal del mismo, estimula la comprensión mutua de la conducta o percepción a través de la discusión.

El curso del pensamiento del paciente con delirium tremens

se desvía por los estímulos externos o internos que presenta, por lo intensamente distraíble que se encuentra y por la enorme receptibilidad sensorial que tiene y la debilidad de su atención por lo que se altera su lenguaje en forma exageradamente rápida, cambia en forma continua el tema y con frecuencia no termina de externarlo cuando ha iniciado el siguiente; además existen otros síntomas; pérdida de la autocrítica, aceleración del pensamiento y verborrea; es un pensar excitado que pierde su meta y se extravía por todo género de caminos laterales.

La descripción de las percepciones, pensamientos que lo interrumpen y fenómenos alucinatorios que presenta un individuo con psicosis sólo las define en un ambiente de seguridad, debe sentirse con confianza estas descripciones son básicas en la comprensión del comportamiento del paciente; si el personal de enfermería ha de comprenderlo debe ver las cosas como a él le parecen.

Responsable de la acción

Personal de enfermería

Evaluación

El lenguaje incoherente desapareció en el segundo día de es  
tancia hospitalaria, siendo claro e incongruente; al tercer  
día cede por completo la incongruencia; y su discurso es co-  
herente y congruente.

## CONCLUSIONES

Quizá el alcoholismo sea la única enfermedad en medicina que tenga la característica de que quien la padece no sólo no desea restablecerse, sino que hace esfuerzos inauditos por seguirla padeciendo. La razón de esto obedece a varios factores: lo multicausal de la enfermedad, su naturaleza adictiva, la compleja personalidad del alcohólico, los mitos que existen alrededor del alcoholismo, la estigmatización de la que ha sido objeto y la falta de sensibilización de la población en general para su detección y tratamiento. Todo lo anterior da lugar a que el enfermo alcohólico sea un paciente extraordinariamente difícil para un manejo psicoterapéutico debido a que no se cuenta con el apoyo familiar quien no sólo no se interesan por el tratamiento de los alcohólicos sino que los hostilizan y rechazan.

El presente estudio clínico se realizó con un paciente alcohólico crónico que inició su padecimiento hace 20 años, presentó delirium tremens en tres ocasiones y traumatismos craneoencefálicos en dos ocasiones con pérdida del conocimiento, estuvo internado en una clínica de Alcohólicos Anónimos en donde lo intentaron rehabilitar pero sólo permaneció tres meses y al salir volvió a la ingesta compulsiva

en forma diaria en cantidades mayores hasta llegar a la em  
briaguez. Cuatro días previos a su internamiento presentó  
insomnio y vómito de contenido alimenticio por lo que tuvo  
que dejar de beber y a raíz de la supresión brusca de la  
ingesta etílica por más de ocho meses continuos y por la  
mala nutrición evidente del paciente, se desencadenó el cua  
dro clínico caracterizado por: excitación psicomotriz, alu  
cinaciones visuales, táctiles, auditivas y cinestésicas; es  
tado confusional agudo con desorientación en tiempo y espa  
cio, lenguaje incoherente e incongruente, temblores finos  
en las manos y marcha atáxica así como deshidratación y  
crisis convulsivas tónico clónicas, por lo que de inmediato  
es llevado al servicio de urgencias y hospitalizado en la  
Unidad de Cuidados Específicos Psiquiátricos (U.C.E.P.),  
con diagnóstico de Delirium tremens.

Debido a que el padecimiento citado es de rápida evolución,  
el tratamiento del enfermo estuvo encaminado a favorecer  
las condiciones que permitieron normalizar los cambios me  
tabólicos inducidos por el alcohol durante la supresión, pa  
ra controlar los síntomas psiquiátricos presentes, a favo  
recer las condiciones que evitarían la presencia de distin  
tos procesos infecciosos y asimismo, obtener adaptación  
psicológica a las limitaciones que impone el padecimiento.  
Las acciones estuvieron encaminadas a establecer medidas

para prevenir un estado de descompensación; valorando la inminencia de este o de posibles complicaciones, mejorar el estado general mediante manejo dietético, observar la retención acuosa y establecer medidas generales y específicas para su debido control. Los principios del tratamiento incluyen la observación estrecha de los pacientes con cuadro de estado de delirium tremens, rehidratación y nutrición adecuada.

Desde el punto de vista fisiológico, el problema es restaurar el equilibrio metabólico del paciente, su alimentación y aporte de líquidos; el paciente presentaba deshidratación y mal nutrición, las medidas asistenciales que se proporcionaron fueron: aplicación de soluciones parenterales, seis litros, perteneciendo la mayor parte al suero glucosado, el primero con solución glucosada 10%, el segundo con solución fisiológica y el tercero con solución glucosada al 5% de 1 000 cc. para ocho horas adicionando un frasco de Dextrevit de 10 ml. continuando con el mismo esquema durante 24 horas más; la cantidad administrada debe calcularse para superar la pérdida de líquidos (por la orina y el sudor principalmente); los que por un lado rehidratarán al paciente y por el otro, cubrirán sus necesidades calóricas, debido a que el enfermo alcohólico agudo tiene los niveles de glucosa intracerebral muy disminuídos

y deben reponerse; la administración de glucosa normaliza la hipoglucemia y repone los depósitos de glucógeno hepático y el dextrevit corrige los efectos tóxicos de los productos intermediarios del catabolismo del alcohol (acetaldehído) y acumulación de ácido pirúvico en la sangre; la tiamina es precursora de algunas enzimas que intervienen en el ciclo de Krebs el cual se encuentra funcionando a un nivel bajo en este padecimiento, se indica también para prevenir la aparición de un síndrome de Wernicke o de Korsakov y de los cuadros de polineuritis; posteriormente, la atención de enfermería a este problema de salud fue la siguiente: observar y evaluar íntegramente al paciente interrogando y explorándolo en busca de signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico, registrar ingresos y egresos de líquidos para llevar un control y realizar el balance de 24 horas, tomar y registrar sus signos vitales, proporcionar líquidos por vía oral cuando lo solicite y colocar gasas humedecidas en mucosas orales. Al segundo día de hospitalización se retiraron las soluciones debido a que el paciente evolucionó satisfactoriamente; está hidratado y sus signos vitales están estables. En cuanto a la mala nutrición que presentaba, se proporcionó dieta líquida durante los primeros dos días, debido a que dado sus hábitos anteriores, es más fácil hacer beber a los delirantes que hacerlos comer; posteriormente se le proporcionó

dieta blanda; el paciente aceptaba la dieta.

En el aspecto farmacológico, la terapéutica está encaminada a corregir los problemas físicos que se presentan, los cuales fueron: crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, hipertermia, abdomen globoso, edema en extremidades inferiores, ictericia, marcha atáxica y temblores finos en las manos; por lo que la atención de enfermería para cada uno de los problemas detectados fue la siguiente:

Problema: crisis convulsivas tónico clónicas.

Acciones de enfermería:

El tratamiento se inició con la aplicación de Difenilhidantoína de 250 mg. una ampolleta intramuscular cada 8 horas, colocar un taquete en la boca del paciente inmediatamente después del inicio de la crisis convulsiva, mantener las vías aéreas superiores permeables, colocarlo en posición de Rossiere durante la crisis convulsiva y aflojar la ropa personal del paciente, no reprimir los movimientos durante la crisis, colocarlo en posición decúbito lateral cuando finaliza la convulsión, observar y reportar la duración de la crisis convulsiva, observar la presencia de relajación de esfínteres, cambiar la ropa personal y de cama si se

presentan, dejar cómodo al paciente, observar el estado de conciencia y permanecer a su lado hasta que despierte, orientarlo y relacionarlo con su medio ambiente hasta donde sea posible si está confuso, cuidar de que la comunicación sea lenta, breve y clara para que le sea comprensible al paciente. La evolución fue favorable para el quinto día de hospitalización en que desaparecen por completo las crisis convulsivas; las medidas asistenciales proporcionadas evitaron que presentara broncoaspiración, traumatismos, luxaciones o fracturas.

Para controlar la hipertermia de 39°C las acciones de enfermería fueron: mantener en reposo relativo al paciente, retirar la ropa de cama y cubrir al paciente sólo con un camisón y una sábana y control de temperatura por medios físicos. El paciente evolucionó satisfactoriamente y para el segundo día de hospitalización la hipertermia se controló con las medidas asistenciales. En cuanto al abdomen globoso, se proporcionó la siguiente atención de enfermería: observar de que la dieta sea hiposódica estricta con 200-500 mg. de sodio, registrar ingresos y egresos de líquidos y realizar el balance de 24 horas, colocar al paciente en posición de semifowler, llevar control de peso diario y administración de espironolactona de 25 mg. cada 6 horas vía oral. Durante la hospitalización los balances

de líquidos fueron negativos. El peso del paciente se registró a su ingreso de 67 kg. a su egreso fue de 65,500 Kg. lo que indica que hay menos retención de líquidos con las medidas terapéuticas prescritas.

Para el control del edema de las extremidades inferiores, la atención de enfermería fue la siguiente: aplicación de vendaje compresivo en extremidades inferiores con elevación de las mismas, mantener al paciente en reposo y observar que la dieta sea hiposódica estricta con 200-500 mg. de sodio y administración de espironolactona de 25 mg. cada 6 horas por vía oral. Se observó que el edema de las extremidades inferiores disminuyó al tercer día de hospitalización, desapareciendo en una forma total al quinto día de estancia.

En cuanto a la ictericia ligera que presentaba en piel y escleróticas, las acciones de enfermería fueron: observar y registrar los diversos grados de ictericia, mantener las uñas cortas de los dedos de las manos del paciente; desapareció por completo al décimo quinto día de hospitalización.

Presentaba marcha atáxica y las medidas asistenciales fueron: valorar la capacidad del paciente para deambular en forma independiente y ayudarlo hasta tener la seguridad de

que ya tiene independencia física. Durante el primer día de hospitalización, el paciente continuaba presentando alteración en la marcha, normalizándose el segundo día de estancia hospitalaria.

Para el control de los temblores finos en las manos se administró clordiazepóxido de 25 mg. vía oral cada 8 horas. La evolución es favorable para el quinto día de estancia hospitalaria.

En el aspecto psiquiátrico los problemas que presentó fueron: insomnio, alucinaciones visuales táctiles, auditivas y cinestésicas; excitación psicomotriz, confusión mental aguda y lenguaje incoherente e incongruente. La atención de enfermería que se proporcionó fue la siguiente: para controlar la excitación psicomotriz, se aplicaron dos ampollas de Haloperidol y una ampolleta de Levomepromazina de 25 mg. intramuscular por razón necesaria vigilando la presión arterial cuando se administraron las dosis iniciales, se proporcionó restricción de movimientos y se evitó que existieran objetos con los que pudiese lesionarse en su unidad. Observación estrecha del paciente, retirar objetos que puedan utilizarse en tendencias autodestructivas, dirigirse al paciente en forma enérgica, desarrollar una relación de confianza con él tan pronto como sea posible: lo

ideal es anticiparse a los períodos de agresividad, disminuir los estímulos ambientales. La excitación psicomotriz se acentuaba por la noche durante los primeros dos días de estancia hospitalaria y al tercer día el medicamento se suspendió, su conducta agresiva fue controlada con la técnica de sujeción (restricción de movimientos). Para el control del insomnio: administrar diazepam de 10 mg.intravenosa dosis única, tomar presión arterial antes y después de la aplicación, observación estrecha del paciente en busca de signos de incremento del miedo, ansiedad o agitación para intervenir oportunamente e impedir que se lesione, las tinte a otros o destruya objetos, sobre todo en la noche, observar al paciente en busca de signos de fatiga, permanecer con el paciente si tiene miedo, valorar el uso del contacto físico. Durante su estancia hospitalaria el paciente se observó con hipersomnio en la mañana e insomnio en la noche, evolucionando favorablemente para el tercer día de hospitalización. Para controlar las alucinaciones: proporcionar luz suficiente en el ambiente, sobre todo en la noche, observación estrecha del paciente, si tiene aspecto de estar alucinado ganar su atención, proporcionar terapia ocupacional o recreativa, comunicarse verbalmente con el enfermo en términos directos, concretos y específicos, reconocer las ideas delirantes del paciente como percepciones del ambiente, interactuar con el enfermo con base en casos

reales; no insistir en el material delirante, ayudarlo a distinguir lo real de lo que no lo es; nunca dar a entender al paciente que se aceptan sus ideas delirantes como parte de la realidad; no argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones, ni tampoco darle apoyo para las mismas; valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de la sensopercepción en una forma que esté apegada a los hechos proporcionando restricción de movimientos por razón necesaria. La evolución del paciente es favorable para el quinto día de hospitalización; al tercer día remitieron las alucinaciones táctiles, auditivas y cinestésicas que se acentuaban por la noche; las alucinaciones visuales persistieron durante este tiempo, desapareciendo por completo éstas y las anteriores al quinto día. El paciente al interrogarlo, no recuerda los trastornos de la sensopercepción no hay ideación delirante. Para el control de la confusión mental aguda, la atención de enfermería que se proporcionó fue la siguiente: pasar el tiempo suficiente con el enfermo, encarar al paciente e indicarle las actividades o expectativas en forma directa sin ofrecer elecciones, mostrar aceptación por la conducta del enfermo, no hacer bromas ni juzgar su conducta; satisfacer las necesidades físicas del enfermo, auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aliño personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer

por el paciente lo que él puede hacer por sí mismo), explicarle toda tarea que haga en pasos cortos y simples, tomar y registrar signos vitales, al conversar con el paciente emplear un lenguaje simple, directo y concreto; reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo, relatar las actividades recientes encuanto a fecha y momento del día durante las interacciones con el paciente. La evolución del paciente fue favorable para el tercer día de hospitalización, tiene buen nivel de alerta, mantiene su atención, se encuentra orientado en tiempo y espacio, contesta adecuadamente a lo que se le pregunta, viste con buen aseo y aliño, permanece tranquilo. Su lenguaje era incongruente e incoherente por lo que las acciones de enfermería fueron las siguientes: pasar el tiempo necesario con el paciente aún cuando no pueda responder verbalmente o lo hace en forma incoherente, estimular la descripción de percepciones y comprender al paciente. El lenguaje incoherente desapareció al segundo día de estancia hospitalaria, siendo claro e incongruente; al tercer día cede por completo la incongruencia y su discurso es coherente y congruente.

Mediante la observación diaria del paciente a través del plan de acción de enfermería se pudo advertir que la psicosis desapareció al quinto día de tratamiento y la ictericia

desapareció al décimo quinto día.

Fue necesario citar a su hermano, debido a que su esposa e hijo que también son alcohólicos crónicos nunca se presentaron a la institución y se le informó sobre el pronóstico que en este caso es malo para su salud, debido a que el enfermo presenta una predisposición para ataques similares y a tales recidivas repetidas se establece una enfermedad mental crónica de proporciones psicóticas, tal psicosis puede ser orgánica (por ejemplo la psicosis de Korsakov forma de demencia producida en gran parte por las deficiencias vitamínicas secundarias y acompañada de neuropatía periférica) o de naturaleza funcional (es decir, reacciones esquizofrénicas y paranoides). Habitualmente cuando el enfermo sale del hospital vuelve a las condiciones ambientales que favorecen el alcoholismo, de lo que deriva la enorme importancia de la psicoterapia y la readaptación psicológica del enfermo durante el tiempo en que permanece bajo vigilancia médica continua, aún cuando los trastornos psiquiátricos que se presentan en estos enfermos son graves y complejos, los dos grandes objetivos de la psicoterapia son la abstinencia y la promoción de la madurez. La motivación hacia la abstinencia es el objetivo primordial de la psicoterapia en el alcohólico, pues es el segundo obje

tivo no se alcanzará si el paciente no mantiene su abstinencia. Es inconcebible el tratamiento psicoterapéutico del alcohólico si no se incluye en el mismo a la familia por tal razón se le informó a su familiar sobre los grupos de familias Al-Anon, organismos destinados a ayudar a los parientes de los alcohólicos, quienes frecuentemente se sienten angustiados o culpables de la conducta alcohólica del familiar; se les proporcionó orientación sobre el alcoholismo, alcoholismo crónico y delirium tremens.

El paciente fue dado de alta el 16 de julio de 1986, aparentemente sin secuelas y tres meses después se observó aparentemente estable e informó que ha seguido con las recomendaciones proporcionadas al igual que sus familiares.

SUGERENCIAS

Que en las instituciones de salud de primero, segundo y tercer nivel se proporcione orientación sobre los efectos del alcohol de tal manera que no constituya propaganda ni en favor de la abstinencia total, ni de la moderación sino que debe limitarse a la presentación de los hechos. Dado que el alcohol forma parte de nuestra cultura, está entre nosotros y no hay razón alguna para suponer que desaparecerá de la escena cotidiana, se debe educar para que quien ha de beber (porque así lo ha decidido), lo haga responsablemente.

Que el personal de enfermería de cualquier nivel profesional esté capacitado para orientar a la comunidad, sobre todo de las zonas rurales y marginadas consideradas de alto riesgo; con respecto a la prevención tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y sobre todo de las complicaciones psiquiátricas que origina y de estas la más frecuente es el delirium tremens.

Atender oportunamente los síndromes de abstinencia alcohólica que se presenten, ya que estas constituyen la puerta de entrada que más frecuentemente ocasiona el delirium tremens.

Que el personal de enfermería tenga un mayor conocimiento

sobre el alcoholismo y sus complicaciones, sugiriendo que se utilice el proceso de atención de enfermería para el logro de este propósito debido a que le proporciona los elementos necesarios para conocer oportunamente la sintomatología, detectar los problemas o necesidades presentes y jerarquizarlas para que elabore el diagnóstico de enfermería e implemente el plan de acciones que contribuyan a restablecer la salud del individuo y de esta manera proporcionará una atención eficaz y eficiente.

B I B L I O G R A F I A

- ALONSO Fernández, Francisco     Compendio de Psiquiatría, 3a. ed., Ed.Oteo, España, 1978; pp. 713
- BRUNNER, L.S.     Manual de Enfermería Médica Quirúrgica, Vol.II, 2a.ed., Ed.Interamericana, México, 1984; pp 1562
- CALDERON Narvaez, Guillermo     Depresión, 1a. ed., Ed.Tri--llas, México, 1985, pp.252
- CASO Muñoz, Agustín     Fundamentos de Psiquiatría, 2a. ed.,Ed.Limusa, México, 1984; pp.1212
- COLONNA, L.     Cuadernos de la Enfermera: Psiquiatría, 1a. ed., Ed. Masson, México, 1985, pp.151
- DE LA FUENTE Muñoz,Ramón     Psicología Médica, 2a. ed., Ed. Fondo de Cultura Económica,México,1976, pp.1004.

EY, Henry

Tratado de Psiquiatría, 8a.ed.  
Ed. Toray-Masson, España, 1980  
pp. 1100

FARRERAS-ROZMAN

Medicina Interna, Tomo I, 8a.  
ed., Ed. Marín, México 1976;  
pp. 1101

FEUERLEIN, Wilhelm

Alcoholismo Abuso y Dependencia, 1a. ed., Ed. Salvat, Barcelona, 1982; pp. 258

FREEDMAN, Alfred M.

Compendio de Psiquiatría, Ed. Salvat, México, 1981, pp. 919

GUERRA, Guerra, Armando J.

El alcoholismo en México, Ed. Fondo de Cultura Económica, Archivo del Fondo No. 73, México, 1977; pp. 172

GUYTON, Arthur C.

Tratado de Fisiología Médica, 6a. ed., Ed. Interamericana, México, 1985; pp. 1263

- HOFLING, Charles K.                    Enfermería Psiquiátrica, 4a. ed., Ed. Interamericana, México, 1982; pp 654
- LAWRENCE C. Kolb                    Psiquiatría Clínica Moderna, 5a. ed., Ed.Prensa Médica Mexicana, México, 1983; pp. 1016
- LOPEZ Ibor, Juan José                Tratado de Psiquiatría, Ed. Espasa-Calpe, México, 1974 pp. 786
- MACBRYDE Cyril, Mitchell            Signos y Síntomas, 5a. ed., Ed. Interamericana, México, 1976, pp. 1026
- MADDEN, J.S.                         Alcoholismo y Farmacodependencia, 2a. ed., Ed.Manual Moderno, México, 1986, pp.351
- MACKINON, Roger A.                 Psiquiatría clínica Aplicada, Ed.Interamericana, México, 1981, pp. 432

MARRINDER, Ann

El proceso en enfermería un enfoque científico, 1a. ed., El Manual Moderno, México, 1983, pp. 326

MAYER, Gross W.

Psiquiatría Clínica, Ed. Paidós, Argentina, 1974, pp.712

MERENESS, Dorothy

Elementos de Enfermería Psiquiátrica, 2a. ed., Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1982 pp. 421

MILLON, Theodore

Psicopatología y Personalidad Ed. Impresiones Modernas, México, 1971, pp.219

MOLINA PIÑEIRO, Valentin

El Alcoholismo en México, V.I Patología, Ed. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. México, 1985, pp.216

NAVA, Segura, José

Neuroanatomía Funcional, Síndromes Neurológicos, Ed. Impresiones Modernas S.A., México 1971, pp. 219

NORDMARK, Madelyn T.

Bases Científicas de la Enfermería, 2a. ed., Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1984, pp. 712

PARKER Anthony, Catherine

Anatomía y Fisiología, 10a. ed., Ed. Interamericana, México, 1985, pp. 724

ROBBINS, Stanley L.

Patología Estructural y Funcional, 1a. ed., Ed. Interamericana, México, 1977, pp.1516

ROSSENSTEIN, Emilio

Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 31a.ed., PLM Científico, México, 1985, pp.1303

SAN MARTIN Hernán

Salud y Enfermedad, 4a. ed., Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1984, pp.893

SCHULTZ, Judith

Enfermería Psiquiátrica, Planes de Cuidados, 1a. ed., Ed. Interamericana, México, 1984, pp.185

SNELL, Richard S.

Neuroanatomía Clínica, Ed.  
Médica Mexicana, México, 1982  
pp. 511

URIARTE, Víctor

Psicofarmacología, 2a. ed.,  
Ed. Trillas, México, 1983,  
pp. 384

VALLEJO, Nájera, Juan A.

Introducción a la Psiquiatría,  
9a. ed., Ed. Científico  
Médica, España, 1978; pp. 514





Administración de defamilidad  
total de 250 mg, una vez por  
la noche a las 8 horas.

La defamilidatoína tiene actividad  
antidopaminérgica, se distribuye  
rápidamente central y sus efectos tera-  
peuticos están relacionados con la in-  
hibición de la liberación post-sináptica  
de dopamina en el sistema de proyección

medular. La actividad antiparkinsoniana  
de defamilidatoína se atribuye a su ac-  
tividad dopaminérgica y ayuda a  
reducir la dosis del fármaco agonista  
como se ha sugerido que estos efectos  
son a su vez precedidos y liberados  
por la inhibición de la liberación de  
dopamina en la sustancia negra. El efecto  
de la defamilidatoína en el SNC se atribuye  
a la inhibición de la liberación de dopa-  
mina por medio de la estimulación de  
los canales de potasio, estos efectos  
característicos interactúan con GABA,  
que es un neurotransmisor predominantemente  
inhibitorio.

Los efectos colaterales son náuseas,  
vómito, mareos, dolor epigástrico,  
constipación y prurito. Ginecomastia o su-  
perplasia.

La ropa holgada y libre de presiones  
favorece la circulación periférica y la  
ventilación pulmonar.

Durante la última convulsión existe  
estación de los brazos, puede haber  
espasticidad y salivación facial.

La crisis resulta de una descarga de  
potenciales de la sustancia reticular,  
la cual, que se transmite por el  
sistema de proyección directa, provoca  
la pérdida de la conciencia.  
La conciencia nos da la percepción  
clara de nuestros actos y del medio

El estado de conciencia normal y com-  
pleta requiere de una actividad de  
ciertas interacciones entre los hemisferios  
cerebrales y un adecuado flujo  
iónico activado no específico de el  
porción superior del tronco cerebral  
y del diencéfalo. El sistema activa-  
dor mesencefalicillo.

deincomens a su lado hasta que  
decaiga. Orientación y reia-  
cionamiento con el medio ambiente  
se pierde hasta donde sea posible en se-  
gundo momento. Cuidado de la  
comunicación sea lenta, breve  
y clara para que lo sea compre-  
sible al paciente.

Inicio de la última convulsión que  
ocurre después de un período de  
pero prolongado en los diencéfalos.  
Cefalea, lo que provoca el estado de  
Estado de conciencia completa.

El coma se trata de como extirpación.  
bien puede estar con los o presentarse  
intelectuales que se atribuyen al  
que el paciente parece estar dormido,  
pero se le puede de servir o sea  
estático a su estado de conciencia  
o fidedigno de sus actividades.

El cianuro de potasio de es una bromada  
rápida que tiene la capacidad de re-  
ducir la actividad de la sustancia  
reticular inferior y cerebral.  
del sistema nervioso central. Como  
el cianuro, pero la actividad de la  
sustancia reticular y la actividad  
de las células que producen la activación  
de la sustancia reticular inferior.  
ción, orientación, actividad y atención  
nos da la percepción clara de  
lo percibido presentan irreversibil-  
los y fidedignos.

La marcha atáxica se acepta con sé-  
cula del sistema colinérgico.  
Las ataxias y una falta de co-  
ordinación en un individuo con un  
sistema nervioso central. La pos-  
tural y se le puede de servir o sea  
estático a su estado de conciencia  
o fidedigno de sus actividades.  
El cianuro de potasio se dice que  
el cianuro de potasio se dice que

La marcha atáxica se acepta con sé-  
cula del sistema colinérgico.  
Las ataxias y una falta de co-  
ordinación en un individuo con un  
sistema nervioso central. La pos-  
tural y se le puede de servir o sea  
estático a su estado de conciencia  
o fidedigno de sus actividades.  
El cianuro de potasio se dice que

Administración de clorhidrato de  
de 250 mg, una vez por la  
noche a las 8 horas.

La defamilidatoína tiene actividad  
antidopaminérgica, se distribuye  
rápidamente central y sus efectos tera-  
peuticos están relacionados con la in-  
hibición de la liberación post-sináptica  
de dopamina en el sistema de proyección  
medular. La actividad antiparkinsoniana  
de defamilidatoína se atribuye a su ac-  
tividad dopaminérgica y ayuda a  
reducir la dosis del fármaco agonista  
como se ha sugerido que estos efectos  
son a su vez precedidos y liberados  
por la inhibición de la liberación de  
dopamina en la sustancia negra. El efecto  
de la defamilidatoína en el SNC se atribuye  
a la inhibición de la liberación de dopa-  
mina por medio de la estimulación de  
los canales de potasio, estos efectos  
característicos interactúan con GABA,  
que es un neurotransmisor predominantemente  
inhibitorio.

Valorar la capacidad del pa-  
ciente para comprender su enfermedad  
y tener la capacidad de su com-  
prensión física.

Los testamentos neurológicos del deli-  
rio se caracterizan por la  
desorientación y los cambios.  
El delirio está caracterizado por la  
desorientación del tiempo, el lugar,  
las personas y la identidad personal. La  
desorientación del tiempo es la más  
común y se observa a menudo cuando  
se le pregunta la hora y donde se  
encuentra. La desorientación del lugar  
es la menos frecuente. La desorientación  
de las personas y la identidad personal  
es la menos frecuente.

La falta de atención de la coordinación  
de la información visual se atribuye  
a la desorientación del tiempo o de  
sus vías nerviosas.  
Los testamentos del delirio se caracterizan  
por la desorientación del tiempo, el lugar,  
las personas y la identidad personal. La  
desorientación del tiempo es la más  
común y se observa a menudo cuando  
se le pregunta la hora y donde se  
encuentra. La desorientación del lugar  
es la menos frecuente. La desorientación  
de las personas y la identidad personal  
es la menos frecuente.

Las ataxias y una falta de co-  
ordinación en un individuo con un  
sistema nervioso central. La pos-  
tural y se le puede de servir o sea  
estático a su estado de conciencia  
o fidedigno de sus actividades.  
El cianuro de potasio se dice que  
el cianuro de potasio se dice que

Tambien fino en las manos

Verde atáxica

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	RESPONSABLE DE LA ACCION	EVALUACION
Y. DUCHESNE	Problema fisiológico y fisiológico. El paciente con resaca de la diarrea, muestra otros signos y síntomas profusos.	Los estados emocionales intrínsecos como el estrés, la ansiedad y la ansiedad pueden ser el resultado de la enfermedad. La diarrea puede ser una manifestación de un trastorno de la motilidad gastrointestinal, como el síndrome del intestino irritable, o de un trastorno de la motilidad y la absorción de nutrientes.	Mantener un reposo relativo al paciente.  Registrar la temperatura cada media hora.  Retirar la ropa de cama cuando el paciente esté cómodo y seco.  Control de temperatura por medio de la técnica de aplicación de frío.	El reposo disminuye la actividad del sistema nervioso simpático y el estrés emocional. El reposo también ayuda a reducir la ansiedad y el estrés emocional. Una alimentación suave y regular puede ayudar a mejorar la motilidad gastrointestinal. La hidratación adecuada es esencial para prevenir la deshidratación. El uso de ropa adecuada puede ayudar a mantener al paciente cómodo y seco. El control de la temperatura puede ayudar a prevenir la fiebre y el estrés emocional. La aplicación de frío puede ayudar a reducir la inflamación y el dolor.	Personal de enfermería	El paciente evoluciona satisfactoriamente y para el segundo día de hospitalización la hipotermia se controló con los medicamentos.
Deshidratación.	El paciente se observa con mucosas crías secas, lengua saburral y diarrea profusa.	El alcoholismo crónico, promueve alteración en el metabolismo, al más importante en relación al metabolismo hidroelectrolítico y consiste en una alteración de la absorción de agua y electrolitos producidos por la diarrea profusa y el aumento de la pérdida pulmonar de agua.  De el alcoholismo crónico se presenta la pérdida crónica por el sudor, ya que la deshidratación, es hipotónica en relación al plasma, lo que la pérdida de sal es proporcionalmente inferior a la pérdida de agua.  Son posibles causas productoras de deshidratación la pérdida excesiva de líquidos a través del sudor, la pérdida de líquidos por medio del vómito y diarrea profusa, así como resultado del intento del organismo por perder calor.  La vida del organismo depende de que exista un equilibrio hidroelectrolítico adecuado. Cuando disminuye la cantidad de agua en el líquido extracelular este líquido se torna viscoso o hipertónico con respecto al líquido intracelular y más agua de las células hacia el líquido extracelular, lo que produce la deshidratación.  Los cambios en los volúmenes de los líquidos intra y extracelulares guardan una estrecha relación con los cambios en el equilibrio hidroelectrolítico.  Los electrolitos desempeñan un papel importante en los procesos fisiológicos que mantienen la presión osmótica y el equilibrio hidroelectrolítico. Los electrolitos también desempeñan un papel importante en el equilibrio ácido-base, ya que ayudan a mantener el equilibrio ácido-base normal y para las funciones fisiológicas y metabólicas.	Aplicación del Al solución glucosada al 10% 100 cc, adicionando un litro de Dextrose 5% en solución de NaCl fisiológico y 500 cc de solución de Dextrose 5% en solución de NaCl fisiológico al 1% y 500 cc de solución de Dextrose 5% en solución de NaCl fisiológico.  Observar y evaluar íntegramente al paciente.  Intervenciones: observar y registrar al paciente en busca de signos de deshidratación: libro hidroelectrolítico.  Tomar y registrar los signos vitales.  Promover un líquido por vía oral cuando lo solicite el paciente.  Colocar gases húmedos en la nariz del paciente.  Registrar temperatura, signos vitales y estado de hidratación al paciente cada 24 horas.	El alcohol promueve disminución en los depósitos de glucosa, inhibe la absorción de líquidos y altera la formación de los cuerpos cetónicos. El alcohol promueve la deshidratación. La administración de líquidos glucosados puede ayudar a mejorar la absorción de líquidos y a prevenir la deshidratación. El uso de ropa adecuada puede ayudar a mantener al paciente cómodo y seco. El control de la temperatura puede ayudar a prevenir la fiebre y el estrés emocional. La aplicación de frío puede ayudar a reducir la inflamación y el dolor.	Personal de enfermería y médico.	Al segundo día de hospitalización se reducen las alteraciones fisiológicas debido a que el paciente evoluciona satisfactoriamente, está hidratado y sus signos vitales están estables.



P A U S E L E M A	MANIFESTACION DEL PROBLEMA	RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	EVALUACIÓN
Trastorno del sueño	El paciente presenta insomnio	<p>El consumo gradual del delirium tremens se produce durante semanas o meses por síntomas progresivos como: temblores, sudoración, náuseas, vómitos e interrupción por sobresaltos, los síntomas van volviéndose más graves y tarde, esta reacción puede asociarse y se manifiesta en varias etapas, que van de un modo progresivamente involutivo.</p> <p>El insomnio se inicia en la medida en que se acentúan los síntomas del delirium tremens, se presenta una presión inintermitente de la actividad.</p> <p>El insomnio está asociado al síndrome de abstinencia de alcohol, que se acompaña de ansiedad y de temblores irracionales, náuseas, vómitos, relaciones con delirios semejantes o alucinatorios, en un síndrome delirante de los trastornos mentales.</p> <p>Las estructuras cerebrales más directamente involucradas en la patología del delirium tremens son las Góncas (células reticulares) el sistema calcáreo calcáreo de la corteza cerebral en el inicio y mantenimiento de la "visión".</p> <p>Los trastornos del sueño se relacionan con una disminución del intervalo que media entre el inicio del estado del sueño y el comienzo de la etapa de despertarse, reduciéndose a punto tal que el paciente se despierta al tiempo que el sueño se va a ir, pero que al despertar se encuentra con un estado de actividad onírica.</p>	<p>Administrar diazepamlo o equivalente a 10 mg, dosis única, tomar presión arterial antes y después de la aplicación.</p> <p>Observar al paciente en busca de signos de incremento del sueño o excitación, para intervenir oportunamente a medida que se acentúan, tales como: delirio o delirios objetivos.</p> <p>Observar al paciente en busca de signos de fatiga.</p> <p>Permanecer con el paciente si tiene miedo, validando el uso del contacto físico.</p>	<p>El diazepam actúa principalmente sobre el sistema límbico, alivia la ansiedad y la excitación, reduce los temblores de la ansiedad, las hipocinesias y los trastornos del sueño. El efecto analéptico y hipocinesias algunos de los síntomas de la abstinencia de alcohol, y a menudo se presenta desde la primera noche del tratamiento. Los síntomas alucinatorios son semejantes a los de la abstinencia de alcohol, tales como: delirio, alucinaciones, alucinaciones y rasgos cutáneos.</p> <p>El estado de delirium tremens luego por la noche, surge de un modo súbito, en medio del sueño o tras un breve despertar asociado, se acentúan y la modificación del delirium tremens, que se acompaña de modificaciones de la conciencia y el delirio, en la medida que los síntomas se van acentuando, se presenta una presión inintermitente de la actividad y en algunos casos se intensifica el insomnio.</p> <p>Las manifestaciones físicas de la fatiga se caracterizan por: el paciente se levanta a veces cansado, adormecido, lento en sus respuestas y falta de interés y energía, que se acentúa al cuerpo se debilita y la voz puede ser apesada y falta de color.</p> <p>El insomnio asociado a delirium tremens puede ser estado involuntario, pero que se inicia temprano y ocurre en una situación en los otros no se puede ser controlado, se recupera de sí mismo y disminuye la actividad.</p> <p>El contacto físico que se le proporcione al paciente, reduce la ansiedad, proporciona confianza y seguridad cuando se encuentra en un estado de delirium tremens.</p>	Personal de enfermería y médico	Durante el episodio hospitalario el paciente se observó con buena evolución en la medida que el insomnio involuntario favoreció su estado para el tercer día de hospitalización.
Trastorno de la Conducta	El paciente presenta excitación psicomotor.	<p>La reacción del enfermo con delirium tremens varía de acuerdo a su nivel emocional y psicológico, se caracteriza por manifestaciones de perturbación o de ansiedad, presencia de ideas de culpa, ideas de persecución, ideas de terroríficas que predominan en las etapas de la reacción que precede al estado de delirium tremens.</p> <p>La excitación en la reacción que precede al estado de delirium tremens se caracteriza por: ideas de persecución, ideas de culpa, ideas de terroríficas que predominan en las etapas de la reacción que precede al estado de delirium tremens.</p> <p>El delirium tremens las alucinaciones son frecuentes y terribles, diversas objetos que rodean al paciente, son percibidos como seres vivos, personas o animales, terroríficos y perturbadores que actúan al enfermo.</p> <p>El pánico es un estado de ansiedad que se produce a consecuencia de una percepción de peligro, que se caracteriza por: ideas de persecución, ideas de culpa, ideas de terroríficas que predominan en las etapas de la reacción que precede al estado de delirium tremens.</p>	<p>Aplicación de Haloperidol 5mg, 4 veces al día, con alimentos o sin alimentos, en solución oral, si es necesario. Vigilar presión arterial cuando se administran las dosis iniciales.</p> <p>Desarrollar una relación de confianza con el paciente, lo ideal es anticiparse a los problemas de ansiedad.</p> <p>Dirigirse al paciente en forma enérgica.</p> <p>Desarrollar los estímulos ambientales.</p>	<p>El haloperidol está indicado en psicosis agudas con excitación psicomotor, los síntomas alucinatorios, ideas de persecución, ideas de culpa, ideas de terroríficas que predominan en las etapas de la reacción que precede al estado de delirium tremens.</p> <p>El haloperidol está indicado en psicosis agudas con excitación psicomotor, los síntomas alucinatorios, ideas de persecución, ideas de culpa, ideas de terroríficas que predominan en las etapas de la reacción que precede al estado de delirium tremens.</p> <p>En el delirium tremens son muy frecuentes los delirios persecutorios, que se refieren a las manifestaciones que actúan los bares, se presenta una gran ansiedad, el delirium tremens se presenta de un modo súbito, en medio del sueño o tras un breve despertar asociado, se acentúan y la modificación del delirium tremens, que se acompaña de modificaciones de la conciencia y el delirio, en la medida que los síntomas se van acentuando, se presenta una presión inintermitente de la actividad y en algunos casos se intensifica el insomnio.</p>	Personal de enfermería y médico	La excitación psicomotor se acentuó por la noche durante los dos días de estancia hospitalaria, el tercer día el delirium tremens se suspendió; su conducta agresiva fue controlada con restricción de movimientos.





