

URGENCIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

*Antonio Atanes Bonome
Plácido Mayán Conesa
Bruno Rodríguez González*

INTOXICACIÓN ETÍLICA

La intoxicación etílica aguda se manifiesta por un conjunto de alteraciones funcionales y del comportamiento que aparecen de forma aguda tras la ingesta excesiva de alcohol.

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones de la intoxicación aguda son:

1. Neurológicas:
 - Verborrea.
 - Euforia.
 - Dificultad para el razonamiento.
 - Coma.
 - Convulsiones.
 - ACVA: aumenta el riesgo tanto de fenómenos isquémicos como hemorrágicos.
 - Alteraciones cerebelosas: dismetría, ataxia.
2. Cardiovasculares:
 - Hipotensión: por efectos vasopresores centrales.
 - Bradicardia: por efectos vasopresores centrales.
 - Arritmias: la más prevalente es la FA; también pueden aparecer arritmias ventriculares.
3. Respiratorias: Depresión respiratoria.
4. Digestivas:
 - Hepatitis aguda alcohólica.
 - Gastritis aguda.
 - Síndrome de Mallory-Weiss.
 - Pancreatitis.
5. Metabólicas:
 - Hipoglucemia: sobre todo en alcohólicos crónicos. El alcohol bloquea la gluconeogénesis hepática. Favorecen su aparición la desnutrición y el ayuno prolongado.
 - Hipotermia: favorecida en la primera fase por la pérdida de calor por vasodilatación periférica y por la pérdida del termostato central de la temperatura.

En función de la gravedad sobre el SNC de la intoxicación distinguiremos:

- **Intoxicación no complicada:** fétor etílico, incoordinación psicomotriz, verborrea, vómitos, vértigo, inyección conjuntival, euforia, desinhibición, trastornos de la visión (diplopía, alteración de la agudeza visual, disminución de la acomodación), trastornos vasomotores en la cara y extremidades, taquicardia y taquipnea.
- **Con agitación psicomotriz:** el paciente alterna fases de tristeza con agresividad y se afectan las funciones cognitivas (vigilia, percepción, memoria).
- **Coma alcohólico:** midriasis bilateral poco reactiva, bradicardia, hipotensión, depresión respiratoria, hipotonía, hiporreflexia, hipotermia. La evolución suele ser benigna con amnesia lacunar del episodio. Es muy importante descartar otros factores que puedan ser causa o contribuir a la disminución del nivel de conciencia: TCE, hipoglucemia, encefalopatía metabólica.

| Correlación entre niveles plasmáticos de etanol y clínica | |
|---|---|
| 0,5-1 g/l | Alteraciones comportamiento, desinhibición social, defectos visuales, alteraciones de la coordinación muscular y tiempo de reacción |
| 1-2 g/l | Agitación psicomotriz, habla farfullante, labilidad emocional, sensación de mareo, náuseas y vómitos, disminución de la capacidad de reacción, alteración de los movimientos finos y de la marcha |
| 2-3 g/l | Temblor, ataxia, disminución AV, diplopía, discurso incoherente, bradipsiquia, disminución del nivel de conciencia. Agitación extrema (a veces) |
| 3-4 g/l | Coma, hipotermia, hipotensión, hipoglucemia |
| 4-5 g/l | Coma profundo y disminución de los reflejos osteotendinosos profundos, midriasis |
| >5 g/l | Riesgo de parada respiratoria y muerte |

TRATAMIENTO

1. Canalizar una vía venosa venosa periférica y perfusión de suero glucosado 5%.
2. Administrar tiamina 100 mg iv (1 ampolla). Es prioritaria si se administra glucosa, ya que ésta necesita la tiamina para su metabolización (prevención de encefalopatía de Wernicke o síndrome de Korsakoff).
3. El lavado gástrico se reserva para los cuadros que aparecen en los primeros 30-60 minutos de la ingestión, sobre todo si existe ingesta asociada a fármacos.
4. En caso de agitación se administran benzodiacepinas: diazepam 5 mg iv, pudiendo repetirse la dosis cada 10 minutos si no se ob-

tiene el efecto deseado, hasta un máximo de 20 mg. También se puede emplear midazolam iv a dosis inicial de 0,1 mg/kg y si es necesario puede repetirse la dosis sin sobrepasar los 0,4 mg/kg. Si no es posible el abordaje iv, puede administrarse por vía im a dosis de 0,2 mg/kg. Los neurolepticos no son recomendables, porque pueden producir hipotensión y convulsiones.

5. Hipoglucemia: 10 g de glucosa en bolo iv, si la respuesta es pobre, se repite la dosis tantas veces como sea necesario.
6. Status epiléptico: Fenitoína junto a las benzodiazepinas, si bien debemos evitar el uso de carbamacepina.
7. Deben ser trasladados los pacientes con bajo nivel de conciencia que requieran observación y aquellos con complicaciones (convulsiones, hipotermia, aspiración,...) o sospecha de ellas (TCE,...).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

Cuadro resultante de la interrupción brusca de la ingesta de alcohol, total o relativa, en un paciente con dependencia física de dicha sustancia.

- Abstinencia leve (6-8h supresión): temblor, ansiedad, irritabilidad, insomnio, náuseas y vómitos.
- Alucinosis alcohólica (12-24h supresión): predominan alucinaciones auditivas.
- Crisis convulsivas (7-48h supresión): suelen ser tónico-clónicas generalizadas.
- Delirium tremens (48-96h supresión): confusión, desorientación, alucinaciones visuales, náuseas y vómitos, taquicardia, sudoración, hiperreactividad sistema nervioso autónomo con fiebre... Es una emergencia médica.

Los casos con síndrome de abstinencia leve pueden derivarse a su domicilio una vez tratados.

En caso de síndrome de abstinencia leve es muy importante tranquilizar al paciente, se administra tiamina 100 mg im durante 3-5 días. Si existe agitación y ansiedad se emplean benzodiazepinas (p.e. clordiazepóxido hidrocloreuro 25 mg cada 8 horas) que son el tratamiento de elección ya que reducen la gravedad de síntomas de abstinencia y el riesgo de crisis convulsiva y de delirium tremens. Los betabloqueantes son útiles para el tratamiento de los síntomas adrenérgicos.

Si hay presencia de alucinosis alcohólica, se lleva a cabo el tratamiento mediante neurolepticos por vía im (p.e. haloperidol 10 mgr). Las fenotiazinas no deben utilizarse en este contexto. En este caso está indicado el

ingreso/tratamiento hospitalario, por la alta probabilidad que presenta este cuadro de evolucionar a delirium tremens si no es tratado.

BIBLIOGRAFÍA

- *Valoración del enfermo drogodependiente en los Servicios de Urgencias. Mayán P. et al. Monografía en patología orgánica en adicciones. Vol 18, sup 1. 2006.*
- *Medicina de Urgencias y emergencias. Guía de diagnóstico y protocolos de actuación. 4ª Ed Luis Jiménez Murillo.*
- *Manual de diagnóstico y Terapéutica médica 12 octubre. 6ª Ed.*
- *Medicina Interna Farreras Rozman 16ª Ed.*
- *Tratado de Medicina de Urgencias M.S. Moya Mir. 1ª Ed. 2011.*
- *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias 3ªEd. 2010.*