

INTOXICACIÓN ETÍLICA

Dr. Alberto Martín Briz

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

El alcohol es junto con el tabaco, la sustancia potencialmente adictiva que más se consume en nuestro medio. Tanto alcohol como tabaco están incluidos dentro del grupo de las conocidas como sustancias adictivas legales. El consumo de alcohol se da en un porcentaje muy elevado de la población. En la cultura mediterránea, hasta el 90% de la población consume alcohol con relativa frecuencia. De este porcentaje, un 10% presenta problemas de alcoholismo. El patrón de consumo varía según zonas geográficas y grupo de edad así, en nuestro país, es más frecuente un consumo diario en la población adulta, frente a un consumo esporádico o “de fin de semana” en la población juvenil. Dentro de la población adulta, los problemas de alcoholismo son más frecuentes en varones, aunque en la población joven la proporción está bastante igualada. Aproximadamente, el 3% de los ingresos hospitalarios y el 3% de las muertes de los países industrializados están relacionados de forma directa o indirecta con el consumo de alcohol. Además, la intoxicación etílica aguda es un motivo muy frecuente de demanda asistencial en los servicios de urgencias.

Se entiende por **intoxicación etílica aguda** al conjunto de alteraciones funcionales y comportamentales que aparecen de forma aguda tras la ingesta de una cantidad excesiva de alcohol. Los signos y síntomas de dicha intoxicación, se relacionan con las concentraciones de alcohol alcanzadas en sangre. Los niveles sanguíneos dependen de la cantidad consumida, de la rapidez con que se haya hecho y del tiempo pasado desde el consumo. Al ser el etanol un depresor del sistema nervioso central, tiene tolerancia cruzada con otros depresores como los barbitúricos o las benzodiazepinas.

CLÍNICA

Los síntomas aparecen progresivamente en el tiempo y varían según la tolerancia individual y la cantidad consumida, correlacionándose normalmente con el nivel de alcohol en sangre. Así pues, la sintomatología de acuerdo con la alcoholemia sería la siguiente:

- **De 0.5 a 1 g/l:** aparecen alteraciones del comportamiento, conducta desinhibida, defectos visuales, alteración de la coordinación muscular y disminución del tiempo de reacción.
- **De 1 a 2 g/l:** agitación psicomotriz, disartria, menor capacidad de reacción y alteración de la marcha y los movimientos finos.
- **De 2 a 3 g/l:** temblor, ataxia, disminución de la agudeza visual, diplopía y disminución del nivel de conciencia (sin llegar al coma).
- **De 3 a 5 g/l:** coma profundo, disminución de reflejos osteotendinosos profundos, midriasis, hipotermia, hipoglucemia e incluso potencial parada cardiorespiratoria.

COMPLICACIONES

- **Neurológicas:** estupor, coma, hematoma subdural tras TCE.
- **Cardiovasculares:** arrítmicas cardíacas.
- **Respiratorias:** insuficiencia respiratoria, infección respiratoria (neumonía), aspiración broncopulmonar.
- **Metabólicas:** hipoglucemia, deshidratación, alteraciones del equilibrio ácido-base.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES SANGUÍNEOS DE ALCOHOL		
Niveles sanguíneos de etanol (mg/dL)	Síntomas	
	Bebedor esporádico	Bebedor crónico
50-100	Euforia Incoordinación Locuacidad	Poco efecto
100-200	Disartria Ataxia Somnolencia Nistagmus Diplopia	Moderada incoordinación Euforia
200-300	Letargia Agresividad Vómitos Lenguaje incoherente	Alteraciones emocionales y motoras leves
300-400	Coma	Somnolencia
>500	Depresión respiratoria Muerte	Letargo Estupor Coma

DIAGNÓSTICO

Es fundamental realizar una correcta anamnesis al paciente y acompañantes, así como una completa exploración física. Ante una intoxicación leve no se precisa ninguna prueba diagnóstica salvo una glucemia capilar y realizar vigilancia hasta que disminuyan los niveles de alcohol.

Si nos encontramos ante una intoxicación moderada o grave, se deben solicitar (según cada caso) las siguientes pruebas complementarias:

- **Glucemia capilar**, para descartar hipoglucemia.
- **Hemograma**: se podrá apreciar las manifestaciones hematológicas del alcoholismo o de afectación de otros órganos.
- **Hemostasia**: puede estar alterada en el caso de una hepatopatía o infección severa coadyuvante.
- **Bioquímica**: para comprobar si hay alteraciones iónicas, de la glucemia o de la función renal.
- **Gasometría venosa**: para descartar alteraciones del equilibrio ácido-base.
- **Gasometría arterial**, si hay alteraciones respiratorias.
- **Rx de Tórax**: si existe sospecha de infección respiratoria o posibilidad de aspiración broncopulmonar. También si ha habido traumatismo torácico.
- **TAC craneal**: está indicado cuando hay signos externos de traumatismo craneoencefálico (hematomas, heridas,...), focalidad neurológica o evolución atípica del cuadro. Dada la alta incidencia de lesiones intracraneales tras TCE en pacientes con intoxicación etílica, se debe prestar mucha atención a este apartado.
- **Niveles de alcohol en sangre**.
- **Presencia de tóxicos en orina** (si se sospecha de otros consumos asociados).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Generalmente, tras una buena anamnesis al paciente o a los acompañantes (según caso) y una correcta exploración física, no suele haber dudas respecto al diagnóstico. No obstante, si la presentación clínica es atípica o hay sospecha de que coexistan otras lesiones, se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas, sobre todo con aquellas que produzcan un síndrome confusional agudo. De cara a un diagnóstico diferencial, destacan las siguientes patologías:

- Intoxicación por otras sustancias con acción depresora sobre el sistema nervioso central.
- Estadios iniciales del *delirium tremens*.
- Estados postictales.
- Encefalopatía hepática.
- Encefalopatía urémica.
- Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.
- Meningitis o meningoencefalitis.
- Cetoacidosis diabética.

CRITERIOS DE INGRESO

- Todos los pacientes con clínica compatible con intoxicación etílica grave deben ingresar en el área de observación del servicio de urgencias hasta recuperar un nivel de conciencia aceptable.
- En caso de que el paciente presente estupor, coma, inestabilidad hemodinámica o insuficiencia respiratoria severa, se deberá valorar la posibilidad de ingreso en UCI.
- Deberán ingresar en planta los pacientes que a consecuencia de la intoxicación presenten alteraciones iónicas o electrocardiográficas mantenidas o aquellos que, a pesar de las medidas terapéuticas pertinentes, no recuperan un nivel de conciencia adecuado o presentan inestabilidad hemodinámica o respiratoria.
- Los casos de intoxicación etílica leve no precisan de ingreso hospitalario, pudiéndose realizar vigilancia domiciliaria.

TRATAMIENTO

La mayoría de las veces, los pacientes atendidos en un servicio de urgencias presentan clínica compatible con intoxicación etílica leve. No obstante, una intoxicación alcohólica aguda puede representar una urgencia médica con potenciales complicaciones y que incluso puede ser letal. Por lo tanto, independientemente del grado de intoxicación, siempre conviene tener unas constantes, una glucemia capilar y un tiempo de vigilancia, hasta que la sintomatología remita o sea lo suficientemente leve como para poder continuar la vigilancia en el domicilio.

INTOXICACIÓN LEVE

Estos pacientes no requieren ningún tratamiento concreto salvo control de constantes y vigilancia, para evitar posibles complicaciones. La sintomatología desaparecerá cuando el alcohol del organismo haya sido metabolizado, lo cual tiene lugar a un ritmo aproximado de 7gramos por hora.

INTOXICACIÓN GRAVE

Se realiza tratamiento sintomático:

- Dieta absoluta mientras el paciente esté inconsciente.
- Postura de seguridad en decúbito lateral para evitar aspiraciones por vómitos.
- Vitamina B1 (tiamina), 100mg cada 24 horas vía intramuscular.
- Canalización de vía venosa periférica, con suero glucosalino al 5% de mantenimiento (modificable en caso de hipoglucemia asociada). Siempre tras tiamina IM.

- Vitamina B6 (piridoxina), 300mg cada 8 horas vía intravenosa. En realidad, aunque esto se hace de forma frecuente en los servicios de urgencias, no tiene una eficacia demostrada. Sí es útil en el caso de un síndrome de abstinencia.
- Si existe la posibilidad de ingesta asociada de fármacos o sustancias adictivas, se puede realizar lavado gástrico.
- Oxigenoterapia si aparece hipoxemia.
- Control de constantes y diuresis.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

- **Agitación.** Tiaprida en dosis de 100mg cada 6 horas vía oral o 100mg cada 12 horas vía intravenosa. Otra opción es Diazepam 5mg (media ampolla) vía intravenosa lenta, repetible a los 10 minutos si se precisa. No se recomiendan los neurolépticos por el riesgo de producir hipotensión o convulsiones.
- **Hipoglucemia.** Se administran 10g de glucosa en bolo intravenoso. Hay dos presentaciones: glucosa hipertónica al 50% y al 33%, por lo que se administra 1 o 3 ampollas respectivamente. Si no se obtiene respuesta, se puede repetir la dosis tantas veces como sea preciso.
- **Deshidratación.** Administrar fluidoterapia según el déficit de agua libre calculada. El 50% del déficit de agua calculado se administra en las primeras 12-24 horas y el resto en las siguientes 24 horas. Se debe tener en cuenta que a este déficit se debe añadir las necesidades basales de agua (unos 1500-2000 ml/día). El déficit de agua libre se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Déficit de agua libre (litros a reponer)} = \left[\frac{Na \text{ actual}}{Na \text{ deseado}} \right] \times ACT \text{ (agua corporal total)}$$

$$ACT = 0,6 \times \text{peso corporal (Kg)}; Na \text{ deseado} = 145 \text{ mEq/l.}$$

- **Acidosis metabólica.** Se administrará bicarbonato sódico 1m si el pH es menor de 7,20. Esto se calcula con una fórmula para averiguar el déficit de bicarbonato, que es la siguiente: *Déficit de Bicarbonato = 0.3 x Kg de peso x exceso de bases*. El resultado es la cantidad de bicarbonato 1m necesaria. De esta, se administra la mitad en 30 minutos y a la hora de terminar la perfusión se realiza una nueva gasometría. Si el pH sigue siendo inferior a 7.20, se realiza un nuevo cálculo y se administra el 50% del nuevo resultado.

EMBRIAGUEZ PATOLÓGICA

Esta entidad, también conocida como Intoxicación idiosincrásica o “borrachera patológica” es una patología de origen desconocido, en la cual hay una intolerancia idiosincrásica al alcohol. Así pues, tras la ingesta de una cantidad escasa o moderada de alcohol, se producen importantes alteraciones conductuales, con agitación, agresividad (a veces incluso violencia extrema) y en ocasiones, alucinaciones y delirios. Cuando la concentración de alcohol en sangre disminuye, la sintomatología desaparece, persistiendo una amnesia retrograda lacunar.

Generalmente se produce en pacientes abstemios, con patología del sistema nervioso central previa. Para poder llegar a la conclusión de que se trata de esta entidad, es imprescindible constatar que la ingesta de alcohol no ha sido la suficiente para producir una intoxicación aguda en la mayoría de personas.

Los pacientes que presentan esta patología, siempre deben ingresar en el área de observación del servicio de urgencias hasta la remisión de los síntomas. El tratamiento de esta patología es el siguiente:

- Control de constantes y diuresis, prestando especial atención a la tensión arterial por la potencial hipotensión grave.
- Ansiolíticos, como Diazepam 10mg vía intravenosa o Clorazepato Dipotásico 50mg vía intramuscular.
- En caso de predominar las alucinaciones y/o el delirio, se puede administrar Haloperidol en dosis inicial de 5mg vía intramuscular y luego 5mg (medio comprimido) vía oral, cada 8 horas.
- Cuando predomine la agitación, se administra lo conocido como “coctel lítico”, que consiste en la siguiente triple terapia: Clorpromazina 25mg (1 ampolla) vía intravenosa + Levomepromazina 25mg (1 ampolla) vía intramuscular + Dexclorfeniramina 5mg (1 ampolla) vía intramuscular.