



Capítulo 84

INTOXICACIÓN ETÍLICA

C. Yera Bergua - A. Sánchez Castaño

INTRODUCCIÓN

- ▲ El consumo de alcohol es una práctica generalizada en toda la población (90%). De ellos, el 10% sufren problemas de alcoholismo. El consumo de grandes cantidades de alcohol produce alteraciones multiorgánicas, tanto en personas con consumo esporádico, como en personas con consumo crónico del mismo. Nuestro objetivo en este capítulo no es revisar todos los problemas derivados del consumo agudo o crónico del alcohol, sino de aquellos que con más frecuencia nos plantean problemas en los Servicios de Urgencias y durante los primeros días de ingreso hospitalario.
- ▲ El alcohol puede causar problemas tanto por exceso como por abstinencia en una persona que bebe de forma habitual una cierta cantidad.

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

- ▲ Los signos y síntomas de la intoxicación aguda por etanol se relacionan con las concentraciones de alcohol alcanzadas en sangre (cuadro 84.1), que traducen los niveles de etanol en el cerebro. Los niveles sanguíneos dependen de la cantidad, de la rapidez con la que se haya consumido y del tiempo que ha pasado desde el consumo.
- ▲ El etanol es un depresor del SNC que disminuye la actividad de las neuronas, aunque las concentraciones sanguíneas bajas producen cierta estimulación del comportamiento. Esta sustancia tiene tolerancia cruzada con otros depresores cerebrales, como las benzodiazepinas o los barbitúricos.

MANEJO DE LA INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA

Cuando sospechamos que un paciente tiene una intoxicación alcohólica aguda, debemos hacernos varias preguntas:

- 1) **¿Tiene realmente una intoxicación alcohólica?** Aunque las manifestaciones clínicas suelen ser evidentes, la información clínica a menudo es incompleta, sobre todo en situaciones de estupor o coma. En estos casos es necesario plantearse el diagnóstico diferencial con el resto de las causas de coma (ver capítulo 43).
- 2) **Si aceptamos que tiene una intoxicación alcohólica, ¿puede tener una complicación u otro trastorno concomitante?** Debemos tener en cuenta siempre la posibilidad de: *hipoglucemia, aspiración broncopulmonar, traumatismo craneoencefálico* o a otros niveles; infecciones, arritmias cardíacas, cetoacidosis, convulsiones (raras en la intoxicación aguda) o consumo simultáneo de fármacos u otras drogas.
- 3) **¿Qué exploraciones solicitar?**
 - En una intoxicación leve no se necesitan pruebas diagnósticas ni medidas terapéuticas especiales salvo vigilancia hasta que disminuyan los niveles de alcohol.
 - En una intoxicación moderada-severa solicitaremos:
 - Glucemia capilar a la cabecera del enfermo, para descartar hipoglucemia.
 - Hemograma. Nos permitirá detectar manifestaciones hematológicas del alcoholismo o de la afectación de otros órganos.
 - Estudio de coagulación. Alterado en caso de afectación hepática o infección severa.

- Bioquímica rutinaria: comprobar si hay alteraciones iónicas, de la función renal y sobre todo niveles de glucosa.
- Gasometría arterial basal: nos permite evaluar las complicaciones respiratorias y del equilibrio ácido-base.
- ECG: presencia de arritmias.
- Radiografía de tórax: aparición de infiltrados en caso de aspiración broncopulmonar o neumonía concomitante. Traumatismo torácico.
- TAC craneal: indicado cuando hay signos externos de traumatismo craneoencefálico (heridas, hematomas...), signos neurológicos de lateralización o evolución atípica del cuadro.
- Niveles de alcohol si nos los proporciona el laboratorio y muestra a toxicología si hay sospecha de consumo de otros tóxicos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Cuadro 84.1: Manifestaciones clínicas de la intoxicación alcohólica 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	Cierta 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

TRATAMIENTO

La intoxicación alcohólica aguda es una urgencia médica y puede ser letal. Las medidas terapéuticas iniciales se deben tomar antes de las exploraciones complementarias y al mismo tiempo que hacemos la valoración diagnóstica.

- ▲ Si el paciente está en coma, con alteraciones del patrón respiratorio o hay acúmulo de secreciones, se procederá a la intubación.
- ▲ Colocar en postura de seguridad en decúbito lateral para evitar aspiraciones por vómitos.
- ▲ Generalmente el lavado gástrico no es necesario. Sólo se practicará si la ingestión es muy reciente o hay sospecha de ingestión de otros tóxicos que puedan retrasar



el vaciado gástrico. Si se hace, y el paciente está estuporoso, previamente habrá que intubar para proteger la vía aérea.

- ▲ Administrar Tiamina 1 ampolla (100 mg) im (hay autores que abogan por la administración iv), sobre todo si se va a infundir suero glucosado.
- ▲ La administración de vitamina B6, 1 ampolla 300 mg, es una práctica habitual en los servicios de Urgencias, bien es cierto que no se ha demostrado la utilidad que presenta en el tratamiento de una intoxicación alcohólica aguda, no así en el caso del S. de abstinencia, como se verá en el capítulo 99.
- ▲ Se puede hacer una prueba diagnóstico-terapéutica con Naloxona 1 ampolla 0,4 mg o Flumazenil 1 ampolla 1 mg (se recomienda comenzar con 0,25 mg) iv, si hay sospecha de intoxicación por opiáceos o benzodiacepinas respectivamente.
- ▲ Mantener con suero glucosado 5% y añadir suero salino 0,9% si hay hipotensión. Corregir alteraciones iónicas.
- ▲ Administrar oxígeno siempre que exista hipoxemia.
- ▲ En caso de agitación se intentará colocar al paciente en un ambiente tranquilo y si es necesario se le sedará con Haloperidol 1 ampolla (5 mg) iv o im.
- ▲ En el capítulo 3 (Aspectos Médico-Legales en Urgencias) encontraremos las pautas de actuación en caso de consumo e intoxicación etílica.

CRITERIOS DE INGRESO:

- ▲ **En planta:**
 - Alteraciones iónicas y/o electrocardiográficas mantenidas durante su estancia en Urgencias.
 - Pobre recuperación del nivel de conciencia tras las medidas terapéuticas, con estabilidad hemodinámica y respiratoria.
- ▲ **En UVI:**
 - Estupor o coma.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Insuficiencia respiratoria severa que requiera intubación.

Recuerda: antes del alta de un paciente con intoxicación etílica comprueba la ausencia de heridas/hematomas que indiquen traumatismo craneoencefálico, dada la alta incidencia de lesiones intracraneales.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Lieber C.S. Medical disorders of alcoholism. N Engl J Med. 1995; 333: 1058-65.
- ▲ Fernández J, Estruch R. Alteraciones del sistema nervioso asociadas al alcoholismo. En: Farreras P, Rozman C, editores. Farreras Rozman. Tratado de Medicina interna. 13ª Ed. Madrid. Mosby-Doyma; 1995. p. 1528-30.
- ▲ Schucit M, Segal D.S. Alcohol y alcoholismo. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª Ed. Madrid. Mac Graw Hill-Interamericana; 1998. p. 2853-56.
- ▲ Yamada K, Mozaffar T, Awadalla S. Abstinencia alcohólica. En: Manual Washington de terapéutica médica, 10ª Masson, editor; 1996. p. 558-60.
- ▲ Castro C, Medina J. Alcohol y síndrome de abstinencia. En: Medina J. editor. Manual de urgencias médicas. 12 de Octubre. 2ª Ed. Madrid. Díaz de Santos; 1996. p. 139-43.

