

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. Actualización
Octubre 2011.

CLINICA

A título orientativo, puede asociarse una determinada concentración en sangre con las manifestaciones clínicas (tabla 1) de una intoxicación etílica en una persona no habituada al consumo de bebidas alcohólicas versus el bebedor habitual crónico.

Otros hallazgos en la exploración pueden ser hipotermia, hipotensión y taquipnea.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la intoxicación alcohólica en función de los niveles sanguíneos de etanol. En bebedores crónicos se requieren niveles más altos para alcanzar estados similares de intoxicación. Modificada de Valle FJ et al. Intoxicación por alcohol etílico. Jano 2006; 0 (Nº 1.609): 37-9.

Etanolemia	Bebedor ocasional	Bebedor habitual/crónico
0,5 - 1 g/l	<ul style="list-style-type: none">• Fetor enólico y enrojecimiento facial por vasodilatación.• Trastornos de conducta en forma de desinhibición, euforia, disartria (habla farfullante) y ataxia.• Sensación de mareo con náuseas y vómitos (por gastritis aguda).	Escasos o leves
1 - 2 g/l	<ul style="list-style-type: none">• Puede aparecer agitación.• La sensación de mareo es más acusada y mayor el malestar general debido a la reiteración de las náuseas y los vómitos.• Los trastornos de la conducta van en aumento con un discurso incoherente e incoordinación motora (en algunos pacientes puede dominar la agitación extrema), a lo que se siguen manifestaciones de depresión del sistema nervioso central: bradipsiquia, incoordinación motora, somnolencia, obnubilación y estupor.	Euforia, descoordinación
2 - 3 g/l	<ul style="list-style-type: none">• Letargia, coma. Riesgo de vómitos y broncoaspiración.	Alteraciones emocionales y motoras

4 g/l	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia, estupor o coma. 	Alteraciones emocionales y motoras
>5 g/L	<ul style="list-style-type: none"> • Rango potencialmente letal. • Coma profundo con riesgo de apnea, parada cardio-respiratoria y muerte. 	Rango potencialmente letal. Coma profundo, con riesgo de apnea, parada cardio-respiratoria y muerte.

Casos leves:

- Fetor enólico
- Enrojecimiento facial.
- Disartria (habla farfullante)
- Ataxia e incoordinación motora
- Trastornos de conducta:
 - en forma de desinhibición, euforia, discurso incoherente
- Sensación de mareo
- Puede aparecer agitación
- Depresión leve del sistema nervioso central: bradipsiquia, somnolencia, obnubilación (confusión, torpeza de movimientos, lentitud psíquica y disminución de la atención percepción) y estupor (alteración de nivel de conciencia de menor intensidad que el coma)

Casos graves

- Depresión grave del sistema nervioso central: Letargia (estupor profundo), coma (perdida mantenida y prolongada de la conciencia)
- Agitación psico-motriz
- Convulsiones

EXPLORACION FISICA:

Siempre exploración física adecuada y completa (incluyendo neurológica), para evitar dejar pasar una patología acompañante.

En todos los pacientes:

- Presión arterial (PA), Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, Saturación de O₂ y Glucemia capilar

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- En casos leves-moderados:

- No precisa

- En casos graves:

- Hemograma
- Bioquímica general
- Gasometría venosa para valorar el equilibrio ácido-base (algunos casos cursan con acidosis metabólica)

- ECG (descartar la presencia de arritmias, en general fibrilación auricular, que suele ser aguda y transitoria, revertir espontáneamente y presentarse más frecuentemente en consumidores esporádicos de fin de semana)
 - Radiografía de tórax (descartar broncoaspiración)
 - Niveles de etanol
- TAC craneal: si hay indicios de traumatismo, focalidad neurológica o evolución anómala del cuadro (persistencia del cuadro en el tiempo tras 3-6 horas de observación, o agravación de estado mental)

TRATAMIENTO GENERAL

1.- Casos leves:

- Monitorización adecuada con vigilancia estrecha de las posibles complicaciones como vómitos y trastornos respiratorios.
- Intentar proteger al paciente de traumatismos secundarios (cama con barandillas laterales, si imposibilidad aplicar protocolo de contención)
- Mantenerlo bien abrigado para evitar la hipotermia.
- No precisa acceso venoso
- Corrección de la hipoglucemia, si existe: entonces acceso venoso para perfundir suero glucosado al 5% y administrar un protector gástrico. Si hipoglucemia y alcohólico crónico, administrar previamente tiamina i.m
- Si vómitos: entonces acceso venoso, antieméticos y protector gástrico
- Control neurológico frecuente.

2.- Casos graves:

- Monitorización adecuada con vigilancia estrecha de las posibles complicaciones como vómitos y trastornos respiratorios.
- Intentar proteger al paciente de traumatismos secundarios (cama con barandillas laterales, si imposibilidad, aplicar protocolo de contención)
- Mantenerlo bien abrigado para evitar la hipotermia.
- Acceso venoso
- Suero glucosado 5 % (en general están hipovolémicos por los vómitos y la diuresis inducida por el etanol). Si alcohólico crónico, administrar previamente tiamina i.m
- Vigilar vía aérea, respiración y situación hemodinámica.
- Control neurológico frecuente.
- Siempre despitaje de TCE u otro traumatismo.
- Indagar por la existencia de otros posibles tóxicos.
- Utilizar naloxona y flumazenil en caso de duda.

TRATAMIENTO DE SITUACIONES ESPECIALES:

1- La agitación psicomotriz, asociada a la ingesta de alcohol:

- es independiente de la dosis.
- se trata de un cuadro potencialmente grave.
- debe tratarse, preferentemente, mediante una benzodiacepina de acción rápida (midazolam).

- debe mantenerse una vigilancia estricta de la función respiratoria mediante pulsioximetría.
- valorar protocolo de contención.

2- Las **crisis convulsivas**:

- si precisa tratamiento se emplearan benzodicepinas.
- no requieren tratamiento antiepiléptico puesto que el episodio convulsivo suele terminar antes de haber podido recibir atención médica.
- tampoco se precisa instaurar tratamiento preventivo ya que si el sujeto continua la abstinencia desaparecerán las crisis.

El etanol puede precipitar crisis convulsivas tanto en epilépticos como en consumidores sin antecedentes de epilepsia.

Las crisis relacionadas con el alcohol que afectan a los alcohólicos no epilépticos se caracterizan por los siguientes aspectos:

- Suelen aparecer tras un periodo de abstinencia (36-48 horas) y de forma aislada o agrupadas en un tiempo corto.
- Es raro el estatus epiléptico (3% de los casos). Lo habitual son las convulsiones tónico-clónicas generalizadas y se aprecian rasgos de focalidad neurológica en el 25% de los enfermos.
- Pueden acompañar al temblor o a la alucinosis, pero pueden darse entre sujetos por lo demás asintomáticos.

El diagnóstico se realiza mediante los datos de consumo obtenidos en la historia clínica y las pruebas complementarias como el electroencefalograma (EEG) y técnicas de imagen.

3- Si se trata de un **alcohólico crónico** y se administra glucosa por hipoglucemia:

- Se debe dar previamente 100 mg/i.m. de vitamina B1 (tiamina; Benerva®), para prevenir la aparición de la encefalopatía de Wernicke,
- Este fármaco no tiene ninguna capacidad para antagonizar los efectos del alcohol.

4.- En caso de intoxicaciones letales, **etanolemia > 500 mg/dl**, se puede considerar la hemodiálisis para aumentar la tasa de eliminación de etanol, especialmente en niños, cuando no mejoran con el tratamiento de soporte y ante convulsiones persistentes, trastornos metabólicos, hipoglucemia persistente y posibilidad de intoxicación con otras drogas.

5.- El coma etílico:

- Puede ser mortal.
- Se considerará una urgencia vital, siguiendo las normas del soporte vital avanzado y manteniendo las prioridades de abordaje.
- Se comprobará que el paciente respira y se colocará en posición lateral de seguridad para evitar la aspiración de un posible vómito; administrar oxígeno y comprobar la situación hemodinámica detectando la frecuencia y la PA.
- Si hay signos de depresión respiratoria, retención de secreciones o aspiración de vómito, deberá intubarse al enfermo e iniciar ventilación artificial.
- La diuresis forzada no está nunca justificada.
- Aunque el etanol es dializable, el hígado lo metaboliza con rapidez especialmente si hay inducción enzimática previa (siguiendo una cinética de orden cero, independiente de la concentración, a un ritmo de 15-20 mg/dl/hora, dependiendo del peso corporal). Por ello el empleo de una técnica de depuración artificial como la hemodiálisis es excepcional y únicamente habría que considerarla para etanolemias en rango potencialmente letal en pacientes con afectación hepática

6.- Reacción acetaldehídica (Efecto antabus)

Se presenta en pacientes que utilizan como tratamiento de la dependencia del alcohol el disulfiram (Antabús®) o la cianamida cálcica (Colme®).

El efecto del fármaco (disulfiram o cianamida) puede durar hasta dos semanas desde su suspensión, por lo que el paciente puede no relacionar que lo que le está ocurriendo tenga que ver con la ingesta de alcohol, e incluso negar tanto ésta como la previa del fármaco.

Hay que destacar también la presencia de alcohol como excipiente en ciertos preparados medicamentosos, hecho éste que puede ser desconocido para el paciente, y el llamado "efecto Antabús®" de ciertos fármacos de uso habitual (cefalosporinas, cloramfenicol, sulfonilureas, metronidazol, quinacrina y griseofulvina).

El cuadro clínico tiene un amplio espectro clínico:

- desde la simple vasodilatación facial (sensación de calor, rubefacción, ansiedad, náuseas y vómitos),
- hasta un fracaso multiorgánico que puede conducir a la muerte (disnea y depresión respiratoria, taquicardia e hipotensión; isquemia miocárdica, signos de encefalopatía tóxica, etc.).

El diagnóstico diferencial con un cuadro de anafilaxia puede resultar difícil, sobre todo si se desconoce el antecedente de ingesta del fármaco. En ciertas razas orientales se dan casos de presentación clínica similar a la reacción

acetaldéhdica cuando ingieren alcohol, debido a una muy baja actividad de la enzima acetaldéhdido deshidrogenasa.

El tratamiento consiste:

- antihistamínicos
- corticoides
- en caso de hipotensión: expansión de volumen.

No son útiles en la intoxicación etílica aguda:

- El lavado gástrico, por la rápida absorción del etanol.
- Carbón activado: no bloquea a etanol, ni catárticos (se deberían considerar sólo si hay sospecha de ingesta conjunta de otras drogas).
- La administración de vitamina B6 intravenosa, la cafeína, u otros remedios caseros: "café con sal".
- La administración de vitamina B1 (tiamina) si no existe la asociación de hipoglucemia y etilismo crónico.
- La diuresis forzada.
- El flumazenilo y la naloxona (valorar en casos con sospecha de intoxicación asociada con otros fármacos o drogas).

Valoración por UCI

1. Pacientes en coma (escala de Glasgow < de 8 puntos)
2. Etanolemia en rango potencialmente letal (igual o mayor a 5g/l)
3. La intoxicación grave en niños debe evaluarse en todos los casos, especialmente si no mejoran con el tratamiento de soporte o presentan convulsiones, hipoglucemia persistente u otros trastornos metabólicos.

Alta hospitalaria:

Cuando mejore y se pueda valer por sí mismo se le dará el alta médica. Mejor acompañado de familiares o amigos.

En caso de menores de edad es obligatorio avisar a sus padres o en su defecto a familiares próximos mayores de edad.