

Urgencias en alcoholismo: abordaje desde los centros de tratamiento de adicciones.

David Cáceres Anillo

Director Médico de Fundación RENACER. Tratamiento Integral del Alcoholismo y otras Adicciones.

Resumen

La presentación de situaciones de urgencia en los dispositivos de tratamiento de adicciones constituye una realidad relativamente frecuente.

Aunque el papel del médico en el tratamiento de los trastornos adictivos se centra en intervenciones de desintoxicación y deshabituación, deberá contemplar la actuación en estas situaciones. Actuación que estará condicionada por las características del dispositivo asistencial en el que desarrolle su labor y que dependerá de los recursos disponibles y posibilidades de interconsulta.

La intervención estará dirigida a prevenir-evitar la presentación de urgencias, identificarlas precozmente si ocurren, tratar lo tratable en situación de seguridad y proceder a la derivación informada al servicio de urgencias si la gravedad del caso lo aconseja.

Desde un enfoque clínico, podemos agrupar las urgencias relacionadas con el consumo de alcohol:

- Relacionadas con alcoholización crónica: Hepatitis y pancreatitis aguda, complicaciones hemorrágicas, descompensación cirrótica, complicaciones cardiovasculares, ACVA, Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
- Por abstinencia de alcohol: Síndromes de abstinencia, cuadros convulsivos.
- Por consumo agudo de alcohol: Intoxicación etílica aguda, hipoglucemia.
- Psiquiátricas por consumo de alcohol: Trastorno de ansiedad, psicóticos y afectivos.
- Relacionadas con el tratamiento de la adicción: Reacción antabús, sobredosis, por fármacos, la recaída como urgencia, protección familiar, ingreso involuntario.

El conocimiento de la clínica de estos cuadros permitirá su detección y tratamiento precoz. El adecuado manejo del síndrome de abstinencia prevendrá la precipitación de potenciales situaciones de urgencia. El correcto tratamiento de la patología orgánica de base facilitará el adecuado control del síndrome de abstinencia.

En conclusión, la actuación del médico de adicciones en relación a las situaciones de urgencia será fundamentalmente preventiva.

— Correspondencia a: _____

David Cáceres Anillo. Clínica Renacer. C/ Juan Felipe de Vilela, 18. 14010 Córdoba.

Tfn: 617 872786- 957 237388 - Fax: 957 454188

david.caceres@hogar-renacer-cordoba.com



Palabras Clave

Urgencias, alcohol, adicciones, tratamiento.

Summary

The occurrence of emergency situations in centres that treat addicts is a relative common reality. Although medical research, work and treatments offered to addicts exist and include detoxification and rehab interventions, one must take into consideration, actions required in these situations. This action is designed and implemented through an individual programme depending on the characteristics displayed by the addict. Any programme made will also consider and most likely depend on available resources and consultation possibilities that will be required to actualise it.

Any interventions are instigated to prevent emergency situations, deal with challenging or dangerous behaviours, if they occur, and to administer treatment in a secure environment/context. If the situation is of a serious nature, the emergency services are called, adequately informed and will take over the treatment of the individual.

From the clinical point of view, we can separate the emergencies in relation within the ethanol:

-Chronic Alcoholisms: Acute hepatitis and pancreatitis, hemorrhagic complications, cirrhotic de-compensation, cardiovascular complications, ACVA, Syndrome Wernicke-Korsakoff.

-Alcohol Abstinence: Abstinential syndromes, convulsive stuffs.

-Acute consummation of alcohol: acute ethylic intoxication, hypoglycaemia.

-Psychiatrics by consumption of alcohol: Anxiety, psychotics and affective upsets.

-Derived from the addiction treatment: Anta bus reaction, overdoses, medicaments. Emergency relapsed, familiar protection, involuntary hospitalisation.

The knowledge and understanding of these situations will allow early detection, diagnosis and treatments. Preventative and correct administration of treatment for abstinence syndrome will help prevent emergencies situations. The correct treatment of the basal organic pathology will make the adequate control of abstinence syndrome easier.

In conclusion, the medical actions towards addictions, will be, over all, preventive.

Key Words

Emergency, ethanol, addictions, treatment.



URGENCIAS EN ALCOHOLISMO: ABORDAJE DESDE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES

El **tratamiento integral de los trastornos adictivos** es el objetivo global de los Centros de Tratamiento de Adicciones y en términos generales incluirá la valoración del caso, el diagnóstico de la dependencia y su gravedad y la elaboración de un plan general de tratamiento, que según el caso incluirá: desintoxicación-estabilización (en régimen ambulatorio o de ingreso) y deshabituación-rehabilitación-reinserción integral.

A lo largo de este proceso, los profesionales que participan en su desarrollo, podrán encontrarse con situaciones de *urgencia*, aunque su cometido prioritario no sea su tratamiento. Debemos contar con el potencial que el alcohol como tóxico tiene para generar graves problemas de diversa índole.

La actuación ante estas situaciones de *urgencia* deberá realizarse en función de los recursos disponibles en el dispositivo de tratamiento en el que desarrollemos nuestra labor, ya sea ambulatorio, unidad de desintoxicación o comunidad terapéutica. Nuestro papel estará dirigido a:

- **Prevenir-evitar** la aparición de situaciones de Urgencia mediante la adecuada valoración inicial del paciente (Historia clínica, exploración) y el adecuado tratamiento de la patología adictiva y de los trastornos acompañantes.
- **Identificar** la situación de urgencia y su gravedad: diagnóstico de la urgencia.
- **Tratar lo tratable**, en situación de seguridad y sin correr riesgos innecesarios para el paciente. En este sentido, podremos

abordar determinadas situaciones de urgencia cuando el tratamiento se administre en régimen de internamiento y según la dotación del centro y las posibilidades de interconsulta con otros especialistas, siendo más limitada la actuación cuando el tratamiento sea estrictamente ambulatorio.

- **Derivar** siempre que la gravedad de la urgencia lo aconseje. La derivación siempre debe ser **informada**, haciendo constar un breve resumen de la historia clínica, patologías más destacables y tratamiento farmacológico actual, procurando el acompañamiento de un familiar al dispositivo de urgencias.
- **Asesorar** al familiar y **motivar** al enfermo para que acuda al servicio de urgencias a veces será tan importante como el resto de los pasos anteriores, dada la complejidad de las reacciones de nuestros pacientes ante las situaciones de estrés.

PROCESO DE ACTUACION ANTE LAS POSIBLES URGENCIAS.

Las Urgencias potencialmente posibles en estos casos serán prevenibles-evitables si desde el principio mantenemos un alto índice de sospecha y realizamos una adecuada valoración inicial del caso (Historia clínica), tras lo cual debemos elegir el dispositivo adecuado de tratamiento para el enfermo (régimen de ingreso) que permita una estrecha vigilancia y tratamiento precoz de las complicaciones.

El proceso de actuación se podría esquematizar así:

I.-Valoración inicial del caso: Realización de la **Historia Clínica** para recabar información sobre las patologías previas, complica-



ciones en tratamientos anteriores y situación clínica actual. **Analítica** completa que permitirá tener unos datos mínimos para relacionar con la clínica del paciente. Indicar al paciente que aporte los **informes médicos previos** sobre sus patologías y los **tratamientos farmacológicos** que esté recibiendo. En función de esta información se podrá decidir si está indicado el tratamiento de desintoxicación en **Régimen de ingreso**.

Si durante la valoración inicial detectamos una situación de urgencia, derivaremos el caso a un servicio de urgencias para su abordaje sin iniciar el tratamiento de desintoxicación.

Tengamos en cuenta un dato fundamental a la hora de tratar a un paciente deteriorado y que nos obliga a ser extremadamente cautelosos en su valoración y supervisión del tratamiento aplicado: *“un síndrome de abstinencia mal tratado puede precipitar la reagudización de la patología orgánica subyacente, al igual que la desestabilización de la patología orgánica previa puede complicar la sintomatología abstinerencial y su control”*.

2.-Monitorización y seguimiento diario para detección precoz de complicaciones.

El enfermo en tratamiento de desintoxicación en régimen de ingreso será valorado diariamente por el médico. Se procederá a la supervisión de la eficacia del tratamiento de desintoxicación para el adecuado control de la sintomatología de abstinencia y a la valoración clínica del estado del sujeto. El personal de enfermería realizará la monitorización del enfermo mediante la recogida de constantes a diferentes horas del día.

3.-Actuación en caso de Urgencia. La observación diaria del paciente permitirá la detección de los cuadros de urgencia y su abordaje precoz, siendo nuestro objetivo detener su progresión, estando indicada la

derivación si la gravedad de la situación lo requiere.

¿QUE URGENCIAS RELACIONADAS CON EL ALCOHOL VAMOS A ENCONTRAR?:

La presentación de situaciones de urgencia relacionadas con el consumo de alcohol vendrá condicionada por factores de diversa índole, siendo **prevenibles**, o por lo menos, **esperables**, conociendo la situación clínica previa de nuestros pacientes, sus características, riesgos y evolución. Estas urgencias podrían clasificarse de diferentes formas. Pero desde una perspectiva práctica y sobre todo clínica **en el marco de un Programa de Tratamiento para Trastornos Adictivos**, podríamos establecer el siguiente esquema de clasificación:

1°.-Urgencias relacionadas con situaciones de Alcoholización Crónica:

Situaciones de agravamiento o descompensación de las patologías orgánicas originadas por el efecto tóxico del consumo de alcohol, en alcohólicos de larga evolución. Se trata del paciente físicamente deteriorado (con una pluripatología y multitratado) que en el transcurso de su tratamiento de desintoxicación o deshabituación presenta un cuadro de urgencia derivado de dichas patologías.

2°.-Situaciones de urgencia por Abstinencia de Alcohol:

Situaciones que aparecerán durante la fase inicial de abandono del consumo de alcohol, en ausencia de tratamiento o por tratamiento inadecuado o insuficiente, siendo más probable su ocurrencia en enfermos crónicos y deteriorados.



3°.-Situaciones de urgencia por Consumo Agudo de Alcohol:

Cuadros relacionados con la toxicidad del alcohol sobre el SNC que se presentarán en situaciones de consumo agudo.

4°.-Urgencias Psiquiátricas por Consumo de Alcohol.

5°.-Urgencias relacionadas con el Tratamiento de la adicción:

Originadas por los fármacos usados habitualmente en los tratamientos de desintoxicación y deshabituación (efectos secundarios, interacciones...), uso de alcohol o/y otras drogas durante el proceso de tratamiento y otras situaciones que se podrán considerar urgencia según el caso: recaída, petición de ayuda de familiares...

I.-URGENCIAS RELACIONADAS CON SITUACIONES DE ALCOHOLIZACION CRONICA:

I.-Hepatitis Aguda Alcohólica:

En nuestros enfermos la presencia de Hepatitis puede ser fruto de la interacción de diversos factores (alcohol, otros tóxicos, virus B y C, fármacos...), siendo su forma más frecuente de aparición como descompensación de una Cirrosis Hepática previa y su presentación muy variada: desde subclínica (que es lo más habitual), a presentaciones con clínica similar a otras hepatitis, debiendo prestar especial atención a la posibilidad menos frecuente de evolución a insuficiencia hepatocelular fulminante (que evoluciona en pocos días a fracaso hepato-renal y muerte) y que debemos derivar de inmediato.

El Tratamiento consiste en el mantenimiento de la abstinencia alcohólica (que en

la mayoría de los casos es suficiente para revertir el cuadro), eliminación de otros factores hepatotóxicos (fármacos y otros tóxicos) y medidas de sostén, reduciendo la ingesta proteica si aparecen signos de encefalopatía hepática.

Se considera grave y por lo tanto criterio de derivación a urgencias cuando se presenten cifras de Bilirrubina superiores a 12 mg/dl y tiempo de protrombina inferior a 50%, presencia de Encefalopatía Hepática o insuficiencia renal, o presencia de otras patologías concomitantes (cirrosis, infecciones, hemorragias...).

2.-Pancreatitis Aguda alcohólica:

Las causas más frecuentes de pancreatitis aguda son el alcoholismo crónico y la litiasis biliar. El cuadro clínico por lo general aparece tras el consumo de bebidas alcohólicas o ingesta copiosa de comida rica en grasas e incluye dolor abdominal, náuseas-vómitos y fiebre. Si el cuadro avanza, puede presentarse fiebre de 40°C, y hemorragia retroperitoneal con equimosis periumbilicales (signo de Cullen) o en los flancos, e hipocalcemia que ocasiona espasmos carpopedales (signo de Chevostek). Puede acompañarse de ascitis y derrame pleural izquierdo (con insuficiencia respiratoria en los dos tercios de los casos).

Una elevación superior al triple de los valores de amilase, junto a la clínica descrita suele ser diagnóstica de pancreatitis aguda, pero habrá que realizar diagnóstico diferencial con otros cuadros: úlcus gástrico perforado, colecistitis o coledocolitiasis, isquemia mesentérica y otras peritonitis.

La actitud que debemos adoptar ante la presencia de este cuadro y la potencial gravedad del mismo o de sus diagnósticos diferenciales, es la derivación inmediata a un



servicio de urgencias para la confirmación diagnóstica y tratamiento. Una pancreatitis moderada responderá al cese de la ingesta de alcohol, dieta con comidas escasas y frecuentes, y analgesia por vía oral.

3.-Complicaciones Hemorrágicas:

La presencia de Hemorragia digestiva en el paciente con alcoholización crónica es una urgencia relativamente frecuente, que puede obedecer a diferentes orígenes según la patología previa del enfermo: Esofagitis péptica, Síndrome de Mallory-Weiss, Síndrome de Boerhaave, Rotura de Varices esofágica, Gastritis erosiva y Úlcera péptica.

En todo caso, existen signos clínicos que permiten delatar la presencia de hemorragia activa: Hematemesis (presencia de sangre en el vómito), Melenas (heces achocolatadas de color oscuro-negro y aspecto pastoso) y Sangre roja en heces (en este caso, explorar sangrado hemorroidal y descartarlo).

La urgencia de la situación vendrá determinada por la detección de síntomas y signos indicativos de compromiso hemodinámico, en función de la gravedad y rapidez de la pérdida de sangre: (Shock Hipovolémico).

La actitud que debemos adoptar debe ser preventiva en enfermos con antecedentes de HDA o factores de riesgo (cirróticos), con una gastroprotección adecuada (uso de Anti-H2 e inhibidores de la bomba de protones), evitar-paliar los vómitos con un adecuado tratamiento del síndrome de abstinencia y uso de antieméticos (metoclopramida oral, i.m o i.v.) y mantener adecuada profilaxis de sangrado por varices esofágicas o gástricas (Propranolol: reducción en un 25% de la frecuencia cardiaca basal). Ante la presencia de signos y síntomas de sangrado activo se

debe optar por la derivación a un servicio de urgencias para establecimiento del diagnóstico diferencial y tratamiento etiológico.

4.-Encefalopatía hepática:

Se trata de un trastorno neuropsiquiátrico que aparece en el contexto de enfermedad hepática previa (aguda o crónica), en la mayoría de los casos en enfermos cirróticos que sufren descompensación clínica en situaciones de hemorragia digestiva, hipokaliemia, administración de fármacos (diuréticos, sedantes, anticoagulantes orales,...) vómitos o estreñimiento. El cuadro clínico se caracteriza por una alteración de la conciencia que se inicia con hipersomnia y confusión, posteriormente continúa con flapping, fetor hepático, lentitud del lenguaje y apraxia constructiva y que evoluciona con rapidez si persiste la causa de la descompensación, pudiendo llegar al coma hepático.

Podremos tratar este cuadro (siempre en régimen de ingreso) en sus estadios iniciales, mediante dieta hipoproteica, supresión de tratamiento diurético, Lactulosa o Lactitol en solución oral, enemas de limpieza con lactulosa y reducción de flora intestinal con sulfato de neomicina 1-2g. 12 h. v.o. o paramomicina 4-6g. día. Si no hay mejoría en 24-48 horas, o el cuadro empeora, se procederá a la derivación a un servicio hospitalario.

5.-Ascitis a Tensión:

La causa más común de ascitis (el 75% de los casos) es la cirrosis hepática, y su proceso de desarrollo puede ser insidioso o brusco, siendo este último caso el que se relaciona con situación de mayor urgencia o gravedad (en el contexto de descompensación de hepatopatía previa). La aparición de ascitis de



forma brusca puede desencadenarse por consumo excesivo de alcohol, mal cumplimiento de dieta hiposódica, abandono del tratamiento diurético, pérdida de volumen intravascular (hemorragias), peritonitis bacterianas y otras infecciones, trombosis aguda portal (secundaria a pancreatitis, diverticulosis u otras infecciones intraabdominales) e hipoalbuminemia. En estos casos está indicada la paracentesis diagnóstica para aclarar la causa y orientar el tratamiento. En los casos de ascitis mínima o moderada podemos realizar tratamiento mediante restricción de sodio y uso de Espironolactona de 50 a 200 mg/día. Si no hay buena respuesta, añadir Furosemida de 40 a 160 mg/día. Cuando la ascitis evoluciona y se hace a tensión, se procederá a derivación a servicio de medicina digestiva para realización de paracentesis evacuadora.

6.-Síndrome hepatorenal:

Es una forma de Insuficiencia Renal Funcional, que aparece en enfermos cirróticos, siendo su etiología desconocida sin que se observe lesión histológica que justifique la insuficiencia, por lo que se considera "funcional". Se debe descartar la presencia de causas yatrogénicas incluyendo diuresis excesiva (uso de diuréticos), diarrea por uso excesivo de lactulosa y uso de AINES. Es un síndrome típico de fases avanzadas de la cirrosis, rápidamente progresivo, con una mortalidad muy alta cercana al 90% de los casos. En la clínica se prestará atención a la aparición de oliguria junto a elevación progresiva de las concentraciones séricas de creatinina y urea. (La concentración de sodio en orina es anormalmente baja: menos de 10 mEq/l). Otra posible causa de insuficiencia renal aguda en el paciente hepatópata es la necrosis tubular aguda. De cualquier modo, ante la presencia de síntomas clínicos y analíticos de insuficiencia renal en

nuestro paciente cirrótico, la conducta debe ser la derivación a servicio de urgencias para su completa valoración y tratamiento.

7.-Hipertensión Arterial:

En el paciente alcohólico y como consecuencia del consumo crónico de alcohol, la presencia de HTA es tres veces superior a la población general. A nivel clínico se considera:

- Hipertensión Arterial: hallazgo crónico de TA > 140/90.
- Crisis Hipertensiva: elevación severa de TA: PAS >200 y/o PAD > 120 mmHg.
- Urgencia Hipertensiva: Cuando el enfermo no presenta signos de daño orgánico, estando asintomático o con síntomas inespecíficos por la HTA (mareos o cefalea) y sin riesgo vital inmediato.
- Emergencia Hipertensiva: Cuando el enfermo presenta afectación progresiva o aguda de órganos diana, secundaria a la HTA, ya sea a nivel cefálico, cardiovascular, ocular, renal, indicativos de riesgo vital a corto plazo.

Por lo tanto, en la actuación ante un cuadro de Crisis Hipertensiva, estaremos atentos a la aparición de síntomas indicativos de complicación por lesión en órganos diana: dolor torácico, disnea, cambios en el estado mental o alteraciones neurológicas, en cuyo caso (Emergencia Hipertensiva) y tras administrar Captopril sublingual (25 mg) derivaremos al servicio de urgencia para una completa valoración del caso que permita descartar potenciales complicaciones: En los casos de Urgencia Hipertensiva, administraremos Captopril sublingual, Clonidina (0.15-0.30 mg/6-12 horas hasta un máximo de 0,8 mg/día)



y/o Labetalol oral (100-200 mg/12 horas) y monitorizaremos la bajada de TA, que debe realizarse de forma lenta, ya que una reducción rápida o excesiva de TA puede precipitar una isquemia cerebral o miocárdica, y será mal tolerada en pacientes con HTA crónica. Posteriormente continuar monitorización de TA durante un tiempo que permita reajustar el tratamiento antihipertensivo previo o pausarlo de inicio si es necesario por persistencia de la HTA.

8.-Complicaciones de Miocardiopatía Alcoólica:

La Miocardiopatía Dilatada Alcohólica afecta al 15% de los enfermos alcohólicos de larga evolución. En la fase subclínica solo se observa una cardiomegalia asintomática que puede observarse en Rx simple de tórax. La manifestación clínica más frecuente será de Insuficiencia Cardíaca Congestiva progresiva: ingurgitación yugular, ascitis y edema periférico. Los cuadros de urgencia que pueden aparecer como resultado de una miocardiopatía alcohólica, será dos formas graves de presentación de la Insuficiencia Cardíaca subsiguiente: Shock Cardiogénico y Edema Pulmonar Agudo. En ambos caso se procederá a la derivación a un servicio de urgencias para su bordaje.

9.-ACVA:

En nuestros pacientes podemos encontrar cuadros de ACVA en sus diferentes modalidades:

- ACVA Hemorrágico: el alcohol tiene capacidad de inhibir la agregación plaquetaria y producir plaquetopenia, predisponiendo a la producción de hemorragias.
- ACVA Isquémico: el alcohol predispone a ACVA Isquémico Tromboembólico como

consecuencia de la miocardiopatía dilatada (fuente cardioembólica) y de HTA.

La clínica del ACVA puede variar desde un leve y súbito déficit neurológico hasta un cuadro de coma con lesión cerebral masiva. En ACVA Trombóticos habitualmente el déficit neurológico aparece gradualmente, aunque su clínica puede ser similar a la del ACVA hemorrágico. Si aparece disminución del nivel de conciencia o cefalea suele ser leve, salvo en caso de ACVA masivo. En ACVA Embólicos o Hemorrágicos el déficit neurológico suele ser más dramático y de inicio súbito. Se diferencian en que en el hemorrágico, suele presentarse un estado mental deprimido y cefalea, y habrá que tener en cuenta los factores de riesgo previos: medicación anticoagulante o cardiovascular: Una profunda alteración en el nivel de conciencia suele indicar hemorragia intracraneal (o bien un proceso intracraneal no vascular). La actuación inicial en casos graves incluirá reanimación cardiorespiratoria y derivación urgente a dispositivo de urgencias. Descartar hipoglucemia y administrar antagonistas opiáceos y /o anexate si se sospecha intoxicación por sustancias.

10.-Miopatía Alcohólica:

El alcohol puede ser causa de miopatía tóxica de tipo generalizado: ocasiona rabdomiolisis y mioglobinuria, pudiendo desencadenar un cuadro de insuficiencia renal. (Otras causas de rabdomiolisis son el consumo de cocaína y anfetaminas, y los cuadros convulsivos asociados al consumo y abstinencia de alcohol). El tratamiento consiste en la abstinencia de alcohol, además de conseguir una hidratación y alcalinización de la orina adecuadas para prevenir el fracaso renal inducido por la precipitación en el túbulo renal de la mioglobina.



11.- Síndrome de Wernicke-Korsakoff:

En la actualidad, se consideran a la Encefalopatía de Wernicke y al Síndrome Amnésico de Korsakoff, como dos estadios sucesivos de una misma enfermedad.

La Encefalopatía de Wernicke es un cuadro de afectación cerebral caracterizado por una triada ya clásica (trastorno mental, parálisis ocular y ataxia). Se trata de una poliencefalitis hemorrágica aguda, que no está producida por el efecto tóxico directo del alcohol, sino por la deficiencia de tiamina secundaria al alcoholismo crónico y los déficits nutricionales acompañantes. El cuadro va a desencadenarse cuando se producen aportes de glucosa que movilizan y utilizan las escasas reservas de tiamina para su metabolismo. La Alteración mental se presenta en el 90% de los casos, pudiendo coexistir varios patrones (Apatía confusional, Psicosis de Korsakoff o Síndrome de abstinencia alcohólica o Delirium Tremens).

La evolución hacia deterioro mental es lenta pero progresiva y la evolución natural de la enfermedad es hacia el coma y la muerte.

El Síndrome Amnésico de Korsakoff o Enfermedad de Korsakoff es el estado al que evoluciona la enfermedad de Wernicke, siendo un cuadro crónico caracterizado por amnesia profunda anterógrada y retrógrada, junto a alteraciones del razonamiento visoespacial, abstracto y conceptual. (En este estado, el tratamiento prolongado con tiamina consigue recuperación notable sólo en el 20% de los casos, siendo la recuperación parcial en el 60% y nula en el 20%).

La actuación frente a este cuadro ha de ser fundamentalmente preventiva, incluyendo la administración de Tiamina a altas dosis en todos los protocolos de tratamiento de desintoxicación de enfermos alcohólicos,

sobre todo en casos crónicos y deteriorados, y siempre que se administren suplementos de glucosa.

El cuadro ya establecido constituye una urgencia médica, en la que la rapidez de instauración del tratamiento con tiamina puede ser determinante para evitar la evolución del Wernicke al Korsakoff, que puede acontecer en unas pocas horas, ensombreciendo mucho el pronóstico posterior de recuperación. El tratamiento habitual consiste en la administración de 50 mg de tiamina i.v. y 50 mg i.m. seguidos con administración i.m. hasta que el paciente realice dieta correcta. La respuesta suele ser rápida, con mejoría en unas horas: si no ocurre en 6 horas, habrá que reconsiderar el diagnóstico.

12.- Otros cuadros menos frecuentes:

La administración sistemática de vitaminas del complejo B y Ac. Fólico, contribuirá a la prevención de otros cuadros menos frecuentes, pero potencialmente graves, caracterizados por afectar a diferentes zonas del SNC (Degeneración Cerebelosa, Mielinólisis Pontina Central, Enfermedad de Marchiafava-Bignami, Ambliopía alcohólica, Síndrome de Strachan, Degeneración combinada subaguda de la médula espinal y Polineuropatía periférica).

2.- SITUACIONES DE URGENCIA POR ABSTINENCIA DE ALCOHOL:

Precisamente, una parte de nuestro trabajo consiste en evitar, o si aparece, paliar el Síndrome de Abstinencia cuando nuestros pacientes se deciden a abandonar el consumo de sustancias. Es por ello, que la valoración previa y el conocimiento del estado y patologías de



nuestros pacientes será fundamental para prevenir la aparición del síndrome de abstinencia y su potencial gravedad. En este sentido será de gran interés recoger los Antecedentes Toxicológicos (historia Toxicológica, tratamientos anteriores y características de síndromes de abstinencia previos) así como circunstancias de interés que pueden precipitar o agravar la sintomatología del síndrome de abstinencia: descompensación hepática, neumonía y otras infecciones, gastritis con vómitos, gastroenterocolitis agudas, hematoma subdural, pancreatitis o traumatismos.

Síndrome de Abstinencia Alcohólica: El Síndrome de abstinencia será el cuadro general que presenta un enfermo adicto cuando disminuye la cantidad de sustancia habitualmente consumida o suprime bruscamente la administración del tóxico que venía administrándose. Será consecuencia de los fenómenos de dependencia y tolerancia, que aparecen como resultado de la progresiva neuroadaptación del SNC a la presencia del tóxico en cuestión. En el caso del alcohol y tras una exposición prolongada al mismo, nos encontramos con una hiperactivación crónica del SNC compensatoria a los efectos depresores del alcohol, por lo que en la abstinencia aparecerán síntomas relacionados con una hiperexcitabilidad del SNC. No debemos pasar por alto, que junto a la sintomatología abstinecial que genera sufrimiento en el enfermo, el estado de hiperexcitabilidad neuronal típico del síndrome de abstinencia se acompaña de fenómenos de neuroexcitotoxicidad.

Por lo que el tratamiento adecuado del síndrome de abstinencia, no sólo estará encaminado a conseguir el estado de abstinencia con el mínimo sufrimiento posible para el enfermo, sino que será fundamental para evitar la toxicidad que sobre el SNC produce el estado

de hiperexcitabilidad, siendo importantes las medidas de neuroprotección. El síndrome se establece por un estado de hiperactividad simpática (hiperactividad noradrenérgica). La intensidad del síndrome de abstinencia estará relacionada con el nivel previo de MHPG, que será mayor según las deprivaciones previas (Efecto Kindling; a mayor número de abstinencias previas, mayor intensidad del próximo síndrome de abstinencia).

La clínica del Síndrome de Abstinencia Alcohólica se recoge en los criterios DSM IV-TR y se pueden usar escalas de valoración del síndrome de abstinencia, y su evolución y control con el tratamiento aplicado (CIWA-AR, Soler-Insa).

La actitud frente al Síndrome de abstinencia alcohólica a de ser preventiva:

- Pauta de desintoxicación adecuada al caso: elección del fármaco hipnosedante más indicado y posología adecuada revisada a diario.
- El tratamiento incluirá fármacos encaminados a evitar la presentación de otras complicaciones que puedan precipitar-agravar el Síndrome de abstinencia: vitaminoterapia con complejo B, vitamina K (si está alterado el tiempo de protrombina o en plaquetopenias), neuroprotectores (nootrópicos: piracetam, citicolina), gastroprotectores, diuréticos, laxantes, antibióticos...
- Valoración diaria de constantes del enfermo, estado de hidratación y deficiencias hidroelectrolíticas (incluidos Ca y Mg).
- Evaluar cuidadosamente los problemas médicos concomitantes, especialmente TCE, fracturas, infecciones, sangrado gastrointestinal y patología hepática.
- Prevenir la progresión a Delirium Tremens.



2.-Síndrome de Abstinencia con Delirium: Delirium Tremens:

Se trata de un síndrome de abstinencia grave complicado, caracterizado por un cuadro confusional y delirium. Es una urgencia médica sujeta a múltiples complicaciones metabólicas (alteraciones del equilibrio ácido-base, electrolíticas, hipertermia), cardiovasculares e infecciones intercurrentes, con una tasa de mortalidad del 5% cuando se trata correctamente, llegando a un 20 % si no se trata.

Va a ser una complicación posible durante el tratamiento de desintoxicación alcohólica, cuya ocurrencia debe ser evitada-prevenida con un adecuado y precoz tratamiento del síndrome de abstinencia. El cuadro Clínico típico aparece a los 3-5 días de privación y no suele prolongarse más de una semana. Suelen presentarse Síntomas prodrómicos típicos como insomnio, temblores, miedo e inquietud, y en otros casos está precedido por alucinaciones o convulsiones. La Triada clásica que define el síndrome incluye obnubilación de la conciencia (Delirium), alucinaciones (sobre todo visuales y a veces precedidas de delirio ocupacional) y temblor.

Los Síntomas de gravedad a los que prestar atención son la sudoración excesiva que predispone a la deshidratación, taquicardia y taquipnea, fiebre que puede llegar a 40-41 °C, HTA, trastornos neurológicos y crisis convulsivas. La actuación frente al cuadro establecido debe ser la derivación a ingreso hospitalario, para el adecuado control de la situación y de las patologías subyacentes o acompañantes, ya que será necesario el uso de medicación intravenosa (clometiazol, tiapride o BZDs) y corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas.

El diagnóstico diferencial habrá de realizarse con cuadros que a su vez son urgencias médicas de gravedad, como encefalopatía hepática, hemorragia subaracnoidea o accidentes cerebrovasculares, por lo que ante la duda, la derivación a un medio hospitalario será la actitud más razonable. No obstante será importante descartar cuadros como la hipoglucemia, hipercalcemia o ingesta de tóxicos o fármacos.

3.-Cuadros Convulsivos:

La presencia de convulsiones en un paciente alcohólico puede responder a diferentes situaciones:

- Convulsiones generalizadas: (Rum fits): Epilepsia alcohólica (convulsiones del síndrome de abstinencia alcohólica -relacionadas con hipomagnesemia y evitables con administración de Sulfato de magnesio i.v. 2 g/6 horas- y convulsiones en intoxicación etílica aguda), Epilepsia esencial latente, Descontrol de epilepsia previa y Convulsiones por Hipoglucemia.
- Convulsiones focales o parciales: Por Hematoma subdural (secundario a TCE) o Meningoencefalitis.

La actuación frente a los cuadros de convulsiones generalizadas se basará en la protección del enfermo (postura de seguridad lateral y sujeción adecuada) y la administración de DÍACEPAM por vía intravenosa (5-10 mg lento, repetibles cada 5 minutos hasta 25 mg) o intrarrectal u otros como Clonacepam (1 mg i.v. lento) o Midazolam (7 mg i.v. lento).

Realizar siempre glucemia capilar para descartar Hipoglucemia, en cuyo caso se procederá a su corrección. Si el enfermo entra en Estatus Epiléptico se procederá a derivación



inmediata a servicio de urgencias. En el caso de crisis focales también se derivará a dispositivo hospitalario para diagnóstico etiológico y tratamiento.

3.-SITUACIONES DE URGENCIA POR CONSUMO AGUDO DE ALCOHOL:

En este apartado nos referimos a aquellas situaciones en las que nuestros pacientes pueden encontrarse como consecuencia del consumo agudo de alcohol, bien antes de iniciar el tratamiento de su adicción, bien en el contexto de una recaída en el consumo, en un paciente previamente tratado.

1.-Intoxicación Etilica Aguda: La clásica "borrachera" se puede convertir en una situación de urgencia. La Intoxicación Etilica Aguda se define como "un trastorno de la personalidad reversible y somáticamente condicionado", es decir, un trastorno global de la situación del individuo (físico y píquico-psiquiátrico), que depende de la presencia y actuación del alcohol en el SNC, y que ocurre tras el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia del individuo. Es decir, depende de la cantidad de alcohol ingerido y de la tolerancia del paciente, y su curso puede oscilar desde un cuadro leve de desinhibición hasta el coma, la depresión respiratoria o incluso la muerte.

El cuadro clínico se corresponde con el efecto depresor del etanol sobre el SNC, y podrá variar de una inicial situación de desinhibición y pseudoexcitación (como consecuencia del efecto depresor del etanol sobre los mecanismos inhibidores de control nervioso), con sensación de euforia, optimis-

mo y aumento de la sociabilidad, con conducta espontánea y poco autocontrolada, disminución de habilidad psicomotora, aumento del tiempo de reacción y pérdida de la capacidad de concentración, que conforme aumenta el nivel de alcoholemia evolucionará a una mayor alteración psicológica y psicomotora, con torpeza expresiva, disartria y ataxia, pérdida de reflejos, sopor y sueño. Concentraciones más elevadas de etanol en sangre (de 400 a 500 mg/dl), producen coma, depresión bulbar y muerte.

La actuación frente a un enfermo con intoxicación etílica aguda será sintomática y adaptada a los problemas que el enfermo presente:

- En muchos casos, será una situación que encontramos en nuestra consulta, en enfermos en programa de tratamiento que sufren recaída, o en enfermos previamente tratados que acuden solicitando ayuda en estado de embriaguez. En estos casos será importante recabar ayuda de algún familiar y orientar la intervención a conseguir el reingreso del enfermo para retomar el tratamiento de desintoxicación.
- El tratamiento habitual incluirá exploración que permita descartar la presencia de complicaciones (TCE, depresión respiratoria, hipoglucemia...), monitorización de las constantes con determinación del nivel de alcoholemia y vigilancia para evitar agravamiento por posible depresión respiratoria, aspiración de vómitos, hipoglucemia o shock.
- Si se sospecha uso concomitante de benzodiazepinas u opiáceos se puede administrar Flumazenil 0,25 mg/min, es decir, media ampolla de 0,5 mg vía i.v. lenta, hasta un máximo de cuatro ampollas o Naloxona respectivamente.



- Se instaurará pauta de desintoxicación, administrando Tiamina-B1 o Piridoxina-B6 y posterior uso de soluciones glucosadas.
- No disponemos de ningún fármaco que acelere la metabolización del alcohol.
- Ante un paciente estuporoso o en coma, sin respuesta a estímulos, o en situación de depresión respiratoria se optará por la derivación a tratamiento intrahospitalario.
- Usar Metoclopramida i.v. si vómitos incoercibles.
- Hay que descartar siempre en un paciente intoxicado la posible presencia de Hipoglucemia mediante determinación de glucemia capilar; y en su caso, corregirla previa administración de Tiamina i.m o i.v lenta. Aplicación sucesiva de bolos i.v. de 10 grs. de glucosa: ampolla de 20 ml de solución glucosada al 50% (Glucosmon R-50).

La hipoglucemia puede conducir a una situación de coma hipoglucémico que se asocia a temperatura corporal anormalmente baja y por sí puede originar convulsiones, por lo que no debe pasarse por alto.

- En caso de TCE en el contexto de intoxicación etílica aguda, se procederá a derivación a un dispositivo hospitalario para la adecuada valoración del enfermo: descartar fractura de cráneo y hematoma subdural.

- El paciente intoxicado puede presentar Cuadros de Agitación o comportamientos violentos: en estos casos será de gran utilidad tratar al enfermo en un ambiente distendido que garantice su seguridad y la del resto del personal. A veces, mantener la calma y tratarlo con respeto y amabilidad, es suficiente para que el paciente cambie de actitud. En caso de franca agitación, se puede recurrir al uso de fármacos, siempre que no exista sospecha

de TCE y vigilando la posible aparición de depresión respiratoria: clorpromacina i.m. 25 mg, pudiendo repetirse hasta 100. (se debe contar con la posibilidad de aparición de hipotensión), haloperidol i.m. (media o una ampolla, repetir cada 10 minutos hasta conseguir sedación) o diacepam i.m. (5 mg).

- El cuadro de Intoxicación Patológica (embriaguez idiosincrásica o atípica) se considera una entidad nosológica independiente: se trata de un cuadro de intoxicación por alcohol que ocurre con la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol (alcoholemias inferiores a 0,4 g/l.) con importante desproporción dosis-respuesta en cuanto al importante trastorno de comportamiento que experimenta el sujeto: habitualmente agresividad física o verbal, no relacionada con el padecimiento de otro trastorno mental o físico. Los síntomas ceden en dos o tres horas y suele seguirse de un sueño profundo y amnesia parcial o total del episodio.

Su abordaje será similar al de la intoxicación etílica aguda prestando especial atención a las medidas de contención y sedación del paciente, y valoración del riesgo autolítico que será más elevado en estos pacientes.

4.-URGENCIAS PSIQUIATRICAS POR CONSUMO DE ALCOHOL:

En nuestros pacientes podremos encontrar con diferentes situaciones que precisarán abordaje urgente, encuadrables en el terreno de la patología psiquiátrica, algunas de las cuales ya se han tratado en apartados anteriores.

Serán consecuencia de la combinación de factores que se dan en este tipo de pacientes y que los hace especialmente vulnerables:



- El efecto tóxico agudo y crónico que el alcohol ejerce sobre el SNC y que condiciona la aparición de cuadros psiquiátricos per se.
- La presencia de patología psiquiátrica previa o acompañante que predispone al desarrollo de la adicción (automedicación). Patología dual.
- El agravamiento de dicha patología psiquiátrica previa por el consumo de alcohol y el agravamiento de la adicción como consecuencia de la enfermedad psiquiátrica. Patología dual.
- Trastorno de Ansiedad que aparece en el transcurso del tratamiento de deshabitación (un mes después del cese del consumo): habrá que tipificarlo y tratarlo según el diagnóstico: ISRS, BZDs,...

En todo caso, el abordaje psicológico y el entrenamiento en habilidades para el manejo de la ansiedad y el craving, contribuirá a un mejor control de los cuadros de ansiedad en los pacientes alcohólicos.

2.-Trastornos psicóticos inducidos por alcohol:

Los trastornos psicóticos en el enfermo alcohólico pueden obedecer a diversas causas y constituir situaciones de urgencia:

1.-Trastorno de Ansiedad inducido por alcohol:

Trastornos de ansiedad que aparecen en un paciente como consecuencia del efecto agudo del consumo de alcohol o la ansiedad como complicación de un alcoholismo crónico.

En nuestro quehacer diario, nos podemos encontrar con la demanda urgente de nuestros pacientes ante la presencia de cuadros de ansiedad de diversa naturaleza que debemos abordar independientemente de su origen, ya sea adictivo, psiquiátrico o dual. Se caracterizarán por un cuadro clínico de Ansiedad prominente, crisis de angustia, obsesiones o compulsiones (es decir, se tratará de cuadros de ansiedad generalizada, crisis de angustia, TOC o fobias) en el contexto de:

- Trastorno de Ansiedad inducido por alcohol durante la intoxicación: se actuará como ya se ha referido anteriormente tranquilizando al enfermo y administrando ansiolíticos o antipsicóticos según el grado de agitación.
- Trastorno de Ansiedad inducido por alcohol durante la abstinencia: el objetivo será su prevención-evitación con el adecuado tratamiento de desintoxicación.
- Trastorno psicótico inducido por alcohol durante la intoxicación: Que según el DSM IV-TR, podrá cursar con ideas delirantes o con alucinaciones, y que acontece en el contexto de un episodio de intoxicación etílica aguda. Podremos encontrar cuadros de Trastorno delirante inducido por alcohol y Alucinosis alcohólica. En ambos casos se indicará valoración psiquiátrica y tratamiento antipsicótico en régimen de internamiento si se carece de apoyo familiar y la intensidad del cuadro lo aconseja.
- Trastorno psicótico inducido por alcohol durante la abstinencia: aquí situaremos los cuadros de Delirio Ocupacional y Delirium Tremens, que se acompañan de alteración del juicio y la conciencia, con alucinaciones visuales generalmente y alteraciones neurovegetativas y metabólicas.

Su abordaje se basa en su prevención con el adecuado tratamiento de desintoxicación en régimen de ingreso y uso de BZDs y neurolépticos si acontecen.

- Trastorno Delirante crónico: Celopatía Alcohólica o delirio celotípico. El cuadro



se caracteriza por la presencia de ideas delirantes relacionadas con infidelidad de la pareja, no modificables con razonamiento lógico, que pueden conducir a actos violentos hacia el cónyuge o personas incluidas en el delirio. En un tercio de los casos se resuelve con la abstinencia mantenida, pero en otros casos persiste y requiere tratamiento antipsicótico (Amisulpiride, Risperidona) y abordaje urgente de los cuadros de violencia y agitación, asesorando a familiares sobre la naturaleza del cuadro y su potencial peligrosidad.

- Brote psicótico en enfermo esquizofrénico con adicción a alcohol: el consumo de alcohol contribuirá a un peor control del trastorno esquizofrénico, favoreciendo la aparición de brotes psicóticos.

3.-Trastornos afectivos inducidos por alcohol: intento de autolisis:

Es muy frecuente la presencia de trastornos afectivos en los pacientes con dependencia de alcohol (el porcentaje de enfermos alcohólicos en los que podemos encontrar síntomas de depresión mayor es del 70%), siendo potencialmente graves los trastornos depresivos en los que al ánimo triste y la desesperanza, se suma la ideación autolítica. En estos casos será muy importante valorar el riesgo de autolisis y actuar con contundencia para prevenir el paso al acto, sobretodo en la primera fase del tratamiento en la que la mejoría inicial inducida por los antidepresivos puede favorecer la realización del intento. Tampoco debemos pasar por alto las conductas autolesivas de los pacientes impulsivos o con trastornos de la personalidad, que si bien inicialmente no tienen una finalidad autolítica y que catalogamos como "llamadas de atención", pueden concluir

trágicamente con la muerte del paciente.

En todo caso será importante valorar cuidadosamente al paciente prestando especial atención a los antecedentes de intentos autolíticos previos y a la presencia de un plan elaborado para la ocasión. Se fomentará la creación de un clima de confianza donde el paciente se sienta escuchado y apoyado, y se propondrá un plan de protección, informando y buscando la colaboración de familiares o amigos que se comprometan al acompañamiento y apoyo para el tratamiento. En caso de grave riesgo, se indicará valoración inmediata por psiquiatra de urgencias para ingreso en unidad de agudos para contención inicial.

En los casos de intento consumado, se procederá a derivación urgente a servicio de urgencias para tratamiento de las lesiones y valoración psiquiátrica.

5.-OTRAS URGENCIAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN:

Se trata de diversas situaciones que según el caso podrán considerarse urgencias y precisarán un abordaje precoz, y que estarán relacionadas tanto con los recursos terapéuticos usados en el tratamiento de la adicción, como con las dificultades presentadas por enfermos y familiares durante el proceso:

1.-Reacción Antabus:

Es muy frecuente y eficaz el uso de medicación disuasiva durante las primeras fases de la deshabitación alcohólica: Cianamida cálcica (Colme*) y Disulfiram (Antabus *). Son sustancias inhibitoras del enzima acetaldehído-



deshidrogenasa hepática, que ocasionan una intoxicación acetaldehídica ante el consumo de alcohol. Lo habitual es que el enfermo abandone el uso del fármaco varios días previos al consumo que decide realizar. No obstante, nos encontraremos estos cuadros en enfermos impulsivos, en aquellos que pensaron “no será para tanto” y en menos ocasiones “por error” en consumidores de bebidas “sin”.

El cuadro se caracteriza por intensa rubefacción facial, inyección conjuntival, taquicardia y taquipnea, disnea, náuseas y vómitos, mareo, y sensación de “muerte inminente”, pudiendo presentarse cuadros de hipo o hipertensión, y no será grave si no existe patología cardíaca o respiratoria que se descompense.

Suele bastar el control de constantes y la administración de Metilprednisolona (Urbason*) en dosis de 20 a 40 mg i.m. para que el cuadro se resuelva rápidamente. En casos de importante hipotensión se administrará Clorhidrato de etilefrina (Efortil* 15 o 20 gotas vía oral).

En caso de shock o no respuesta al tratamiento, se procederá a derivación a servicio de urgencias.

2.-Sobredosis durante el tratamiento de desintoxicación:

Esta situación aparecerá por potenciación de los efectos sedantes de la medicación ansiolítica usada para la desintoxicación, cuando el paciente es especialmente sensible al efecto sedante de las pautas habituales, cuando “abusa” y se sobremedica con ella, o cuando consume alcohol, opiáceos, BDZs u otras sustancias con efecto depresor durante el tratamiento.

El enfermo se presentará somnoliento, desorientado o estuporoso, con disartria y trastornos del equilibrio y la coordinación, presentando dificultad para ser despertado, arreactividad a estímulos dolorosos, pudiendo entrar en coma y sufrir parada cardiorrespiratoria.

La sobremedicación se debe prevenir y evitar mediante una frecuente valoración del estado del enfermo y reajustes de la medicación administrada según la respuesta y tolerancia del paciente. En tratamiento ambulatorio se reclutará la colaboración de un familiar responsable al que se indicará la pauta de administración y el control y guarda de la medicación.

En caso de intoxicación aguda por alcohol durante el tratamiento ansiolítico de desintoxicación, se valorará el estado del paciente (alcoholemia y control de constantes) y se administrará tiamina y piridoxina i.m., pudiendo administrarse Flumazenil (Anexate*) en bolos intravenosos para revertir el efecto sedante de las BZDs. En caso de intoxicación por opiáceos, el cuadro se acompaña de miosis pupilar (confirmar con test de orina) y se administrará Naloxona para revertir sus efectos.

3.-Urgencias por fármacos usados en tratamientos de desintoxicación y/o deshabituación:

Se trata de cuadros bien descritos y conocidos, que debemos conocer para identificar precozmente y actuar con rapidez:

- Síndrome Extrapiramidal.
- Síndrome neuroléptico maligno.
- Síndrome serotoninérgico.
- Síndromes de retirada.



4.-Situaciones de Recaída en el consumo como urgencia:

(Solicitud urgente de tratamiento para el enfermo). Se trata de la situación en la que un paciente en programa de tratamiento de deshabituación solicita ayuda urgente ante una situación de consumo. En estos casos, en el programa de tratamiento que sigue el paciente se habrá insistido previamente en la importancia del abordaje precoz de los episodios puntuales de consumo para evitar su progresión a situación de recaída y minimizar las consecuencias de la misma a todos los niveles (físico, psicológico y socio-familiar).

Consideramos que se debe facilitar el contacto a enfermos y familiares para la petición precoz de ayuda y agilizar la asistencia a consulta para realizar una valoración a la menor brevedad posible, tras la cual se planteará la estrategia terapéutica a seguir, siendo muy importante la implicación de la familia desde el principio.

5.-Situaciones de Recaída en el consumo:

Solicitud de asesoramiento del familiar para abordar situaciones de conflictividad cuando el enfermo no acepta ponerse en tratamiento.

-Enfermo con conductas agresivas: Será una prioridad, tras explicar a los familiares que se trata de un enfermo y las características de su problema, priorizar la protección de los menores expuestos y del resto de los familiares. Para ello recomendaremos a la familia medidas de protección eficaces mientras el enfermo no acepte tratarse, sobre todo si ya se han producido agresiones: vivir separados, poner denuncias y solicitar orden de alejamiento, etc.

Ello debe realizarse de una manera que no se fomente el odio y resentimiento hacia el enfermo, sino en un clima de comprensión que facilite entender las conductas patológicas del enfermo en el contexto de su enfermedad adictiva, dejando abierta la posibilidad de tratamiento para cuando se den las circunstancias que permitan su inicio.

-Asesoramiento y colaboración en intento de ingreso involuntario: En aquellos casos en los que el deterioro psicológico y conductual de nuestro paciente en situación de recaída es una situación límite de autodestrucción progresiva en la que no nos permite prestarle ayuda, la familia puede promover el ingreso en una unidad de agudos poniendo el caso en conocimiento del juzgado de guardia. Para ello precisará un informe médico que debemos realizar explicando el cuadro que presenta el paciente, el grado de deterioro y transformación de su personalidad que supone el consumo y la indicación de ingreso para tratamiento de desintoxicación involuntario que permitirá al enfermo recuperar el control de la situación y tener una oportunidad para posteriormente continuar su deshabituación.

Evidentemente, la no voluntariedad del enfermo es una contraindicación para cualquier programa de tratamiento del paciente alcohólico, pero en este caso se trata de una medida extrema para aquellos casos en los que el trastorno de la personalidad consecuente al consumo es tan intenso que incapacita al enfermo para poder tener un mínimo de claridad mental para decidir al respecto.

En conclusión, la actuación del médico de adicciones ante las situaciones de urgencias ha de ser fundamentalmente preventiva y estará basada en una adecuada valoración inicial del caso y el adecuado tratamiento de la patología adictiva y de la patología orgánica subyacente.



La precoz identificación de la urgencia y su gravedad permitirán tomar la decisión de tratamiento o derivación según el caso.

tónoma de Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

11.- Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (2006). *Tratado de Psicofarmacología*. Barcelona. Ed. Masson.

BIBLIOGRAFIA

1.- Bobes J., Casas M., Gutiérrez M. (2003). *Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias*. Barcelona. Psiquiatría Editores S.A.

2.- Cuevas J., Sanchís M. (2000). *Tratado de Alcoholología*. Ed. Nilo Industria Gráfica, SA.

3.- Fernández J., Gutiérrez E., Marina P. (2002). *Actuaciones Clínicas en Trastornos Adictivos*. Madrid. Ed. Aula Médica.

4.-González J.C., Poyo F. *Manual Práctico sobre Manejo de Adicciones y Patología Asociada*. Ed. SoftMed grupo.

5.-Kravis T.C., Warner C.G. (1992). *Urgencias Médicas*. Valladolid. Editora Médica Europea, S.A.

6.-Lopez-Ibor J., Valdés M. (2003). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Ed. Masson, S.A.

7.- Pérez J.C., Valderrama J.C., Cervera G., Rubio G. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

8.-Rhodes J.M., Hsin H. (1996). *Problemas Clínicos en Gastroenterología*. Barcelona. Ed. Mosby/Doyma libros, S.A.

9.-Rubio G., Santo-Domingo J. (2000). *Guía Práctica de intervención en el alcoholismo*. Ed. Nilo Industria Gráfica, S.A.

10.-Rubio G., Santo-Domingo J.: *Curso de Especialización en Alcoholismo*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Sociedad Española de Toxicomanías, Universidad Au-