

## Alcoholismo Agudo

Autor:

Dr. Ricardo Manuel Castro Bourdichon M.P.Nº 12759/8

Esp. en Psiquiatría M.E.Nº 3887

Esp. en Psiquiatría Infanto Juvenil M.E.Nº 12400

Contrariamente a la tan criticada Política de Reducción de Daños , que es muy útil y de verdadero impacto en la Salud, titulares de los diarios nos notifican que:

Médicos hepatólogos **recomendaron evitar el consumo de bebidas alcohólicas al menos tres días por semana** para un desarrollo saludable del cuerpo. Si bien explicaron que el escenario ideal es **evitar en la totalidad** este tipo de productos, consideraron que se trata de un **plazo razonable y cumplible** para la mayor parte de la sociedad. Además, señalaron que esta limpieza debe ser acompañada de una **alimentación equilibrada y una vida saludable**.

El consenso se produjo en el marco del **Congreso Internacional de Hígado** que se llevó a cabo en Londres, y al analizar una situación que preocupa a los sanitaristas: el alto consumo de alcohol en todo el mundo. En este sentido, **Europa es el continente con mayor tasa de consumo de este tipo de bebidas por persona**. Mientras que, según un informe de la Asociación Europea de Estudio del Hígado (EASL), **más de la mitad de las enfermedades hepáticas terminales tienen que ver con este tema**.

Según publicó la revista científica **The Lancet**, cada año mueren en Europa unas **287 mil personas por enfermedades hepáticas**. La población más afectada son los jóvenes y adultos de mediana edad, a diferencia de otro tipo de consumos problemáticos, como el tabaco o la mala alimentación. Además, en su mayoría, se trata de **cuadros prevenibles con hábitos saludables**.

La identificación del consumidor de alcohol en etapas precoces disminuye el riesgo de daño orgánico y posibilita que las modificaciones conductuales sean más fáciles de alcanzar y mantener. Es recomendable la exploración sistemática del consumo de alcohol en mayores de 14 años, cada 2 años, al abrir la historia clínica, al actualizarla y ante cualquier indicio de sospecha .

En la identificación de los bebedores excesivos pueden emplearse también marcadores biológicos, aunque no está justificado utilizarlos de forma rutinaria. Entre ellos destacan por su sensibilidad y accesibilidad la elevación de la GGT, de la GOT y del VCM. La elevación de la GGT se normaliza a las seis semanas de abstinencia, por lo que es especialmente útil en el seguimiento. Puede estar alterada en otras hepatopatías, pancreatitis o tras la ingesta de fármacos. Últimamente se utiliza como nuevo marcador la CDT (Transferrina deficiente en carbohidratos) que se incrementa tras consumos superiores a 50/80 grs. etanol/ día.

**TOLERANCIA.** El Etanol presenta Tolerancia metabólica y funcional, por lo cual se aumenta la dosis para obtener los mismos efectos.-

En general, no suele requerir de cuidados médicos ni medicación, porque la buena metabolización del alcohol no exige mayores atenciones. En ocasiones es necesario un abordaje más activo, sobre todo cuando existe una disminución del nivel de conciencia, agitación psicomotriz, incoherencia o conductas auto y heteroagresivas.

La abstinencia, ES LA PRUEBA MAS CONTUNDENTE DE LA DEPENDENCIA alcohólica, empieza tras unas horas después de la interrupción o la reducción del consumo alcohólico intenso y prolongado. Se instaura progresivamente un temblor grosero, de frecuencia rápida, que empeora con la actividad motora o el estrés, cuando el paciente extiende las manos o saca la lengua.

Otros signos frecuentes son la presencia de sudoración, taquicardia, hipertensión, irritabilidad, náuseas, cefalea e insomnio. Los síntomas máximos ocurren entre las 24 y 48 horas después del último consumo de alcohol, y casi siempre desaparecen a los 7 días, incluso sin tratamiento, aunque pueden persistir alteraciones del humor y la presencia de insomnio.

Si no se actúa sobre este cuadro puede aparecer el *delirium tremens* en el que existe una marcada hiperactividad autónoma asociada a fenómenos alucinatorios vívidos (insectos o animales pequeños), terror y agitación intensa. Es frecuente la presencia de fiebre y de convulsiones. El *delirium tremens* es una urgencia médica que precisa derivación y tratamiento urgente.

**Ante un paciente comatoso debe plantearse el diagnóstico toxicológico (las alcoholemias superiores a 4 grs. en adultos o 3 grs. en niños pueden ser mortales) y descartar la intoxicación por más de una sustancia, descartar patología neurológica e investigar posibles traumatismos, vigilar la hipoglucemia, la posibilidad de depresión respiratoria o aspiración, la hipotensión, la hipotermia, la acidosis y la hiperpotasemia. Nunca debería ser dado de alta un paciente con síntomas de intoxicación.**

Para pensar el Caso:

La disposición de ayuda y el consejo en intervenciones breves realizadas desde la consulta de atención primaria son efectivas para conseguir el abandono del alcohol en pacientes que reconozcan beber de forma excesiva .

Estos pueden ser algunos de los contenidos de las consultas:

- Pueden aprovecharse estos contactos para realizar un examen de salud más completo y con su resultado personalizar los riesgos y reforzar así la influencia que tiene el consejo.
- Hablar sobre beneficios y riesgos del consumo de alcohol. A menudo el paciente no es consciente de su problema y de los riesgos que corre.
- Estimar la ingesta y compararla con el consumo medio y hábito en familiares y amigos.
- Atender a los síntomas de abstinencia, motivación y dependencia.
- Pactar el consumo y mantener visitas de seguimiento.
- Las recaídas esporádicas son frecuentes a lo largo del tratamiento y debe evitarse considerarlas como un fracaso, son un elemento del curso evolutivo.

En el abordaje del paciente alcohólico deben tenerse en cuenta los aspectos sociales y familiares y los problemas mentales que a menudo coexisten con su dependencia.

Si la evolución del paciente no es satisfactoria (persistencia del consumo excesivo) o la patología acompañante así lo aconseja debe reorientarse al paciente para que acuda a una unidad de salud mental, grupo de alcohólicos anónimos y/o unidades de desintoxicación.

Es importante hacer hincapié en la motivación y responsabilización del propio paciente en los tratamientos y, sobre todo, el aprendizaje de una nueva vida y adaptación sin alcohol. Se complementará con terapias familiares y fomento de soportes y resortes sociolaborales.

En la deshabituación alcohólica siempre debe existir un apoyo psicológico al paciente, que puede ser a nivel individual y/o a nivel grupal. El seguimiento del paciente ha de ser largo, no menor de cinco años. Se debe de informar al paciente de que el alcoholismo es una enfermedad en la que son frecuentes las recaídas por motivos variados, entre los que se incluyen estresantes biopsicosociales, clínica afectiva y descompensaciones caracteriales.

La **naltrexona** parece útil en el tratamiento de la deshabituación alcohólica al reducir LA NECESIDAD CRÍTICA (deseo de consumo). Diversos estudios clínicos demostraron que el tratamiento durante 12 semanas consigue una abstinencia de hasta el 50% de los pacientes . Presenta altos índices de abandono terapéutico y efectos secundarios. La dosis es de 50 mgrs./ día, la duración del tratamiento está por definir. Los efectos adversos más frecuentes son las molestias digestivas y el aumento de transaminasas que deben monitorizarse durante al inicio del tratamiento. Está contraindicado su uso en embarazo, lactancia, dependencia activa de opiáceos y hepatopatías moderadas-graves.

**Los antidepresivos Clásicos, Tricíclicos, son muy útiles cuando hay un fondo Depresivo, los de perfil serotoninérgico (ISRS)** pueden producir una reducción parcial y transitoria del consumo de alcohol durante las primeras semanas de tratamiento , pueden utilizarse cuando existe sintomatología depresiva asociada al alcoholismo .

Por otra parte es importante señalar que, secundario al consumo de alcohol, pueden aparecer alteraciones psicóticas o cognitivas (trastorno psicótico, alucinosis alcohólica, celotipia alcohólica, síndrome amnésico, demencia alcohólica, cambios de personalidad) que precisarían control y tratamiento psiquiátrico urgente.

De la mal llamada Comorbilidad en general y en Alcoholismo en particular:

Es interesante detenerse particularmente en este tema , porque como en otros problemas básicos de Salud PÚBLICA , como de hecho es el Alcoholismo en nuestro país, las Instituciones Oficiales tienden a revestir el Problema con terminología Pseudocientífica, que solo apunta a desviar la atención del verdadero problema.-

La palabra comorbilidad , planteada por Feinstein en 1970, se ha puesto de moda, e implicaría la posibilidad de pensar entidades por separado (impuesta en la última década por la deficiente, pero muy reproducida bibliografía norteamericana, que como ya dijéramos en trabajos anteriores en Psiquiatría, es muy poco lo que puede aportar por tratarse de una escuela Clínica siempre de muy bajo desarrollo).-

Según STEDMAN, Diccionario Bilingüe de Ciencias Médicas (Ed Panamericana), Comorbidity: Es el proceso patológico, o enfermedad concomitante, PERO NO RELACIONADA.

En Medicina General es bastante difícil , pero en PSIQUIATRÍA, es imposible pensar una enfermedad que no tenga relación con otra si se dan en una misma Persona.

El Concepto de Personalidad queda absolutamente difuminado en una entelequia que no permite captar al SUJETO HUMANO EN SU TOTALIDAD.-

Solo de esta manera nos Enfrentamos con un ENFERMO, NO CON LA ENFERMEDAD.-

La Sistemática Vigente (DSM\_CIE), clasifica botánicamente, introduciendo la Ilusión de presentar Categorías EXHAUSTIVAS y EXCLUYENTES.-

Los Psiquiatras , formados en general en el modelo médico biofísico, requieren que los fenómenos , siempre físicos, sean claros, ordenados y lineales para que puedan ser entendibles y sobretodo objetivables.-

Solo con un Síntoma preciso, se puede hacer un Diagnóstico y los correspondientes Pronóstico y Tratamiento.-

Esta manera de pensar que puede ser útil para las Enfermedades Neuropsiquiátricas, , donde hay una lesión, disfunción ó alteración de naturaleza orgánica.

Pero en la Enfermedad Mental propiamente dicha, (angustia, depresión, melancolía, fobias , obsesiones, psicopatías, hipocondrías, delirios), lo central es la patología de la Conducta, con Cuadros Difusos y Superpuestos, que derivan de Conflictos Humanos, que secundariamente podrían alterar algunos neurotransmisores, pero, seguro que no aparecen a consecuencia de esa alteración (no poner el carro delante de los caballos).-

La sintomatología psíquica, es de otro tipo, es reacción de personalidad, síntomas concientes o inconscientes, todo lo cuál, se resiste a la delimitación conceptual, a la medida y mucho mas al ordenamiento jerárquico.-

¿ Como se podría considerar medible o cuantificable la desazón interna que para algunos es angustia, para otros ansiedad y que cambia aún dentro de uno mismo, según las circunstancias.-

Estas categorías Diagnósticas necesitan otro tipo de evaluación.

Como decíamos con Guillermo Vidal, las Clasificaciones en sí , no son ni buenas ni malas, solo son útiles o inútiles, pero el DSM- CIE, parece mas una carta Geográfica, que recubre la redondez del cerebro, señalando hipotéticos accidentes materiales subyacentes, como lo hacía la ya abandonada frenología.-

De esta manera se olvida que la Conciencia y la Sociedad, son las Organizaciones mas Diferenciadas y Complejas del Universo y que en una escala jerárquica, los niveles inferiores, no pueden explicar los superiores, aunque los necesiten.-

Las propiedades alteradas de un Sistema, por caso, la patología de la Mente, no son reductibles a las propiedades del Sistema que la sustenta ( el cerebro ), aunque surjan de interrelaciones de sus componentes.-

Las expresiones de la Psique, son mucho mas aleatorias y autogeneradas que las del nivel neurológico.-

La Comorbilidad es así, la Prueba Irrefutable de las carencias nosográficas, que no se pueden reemplazar con recursos multiaxiales.-

Lo común y Normal es la Comorbilidad, no el cuadro típico y singular. En el Cuadro Psicopatológico, aparecen siempre Síntomas del Conflicto Personal.-

Las Categorías Diagnósticas son apenas instrumentos para el agrupamiento de pacientes (estadística), y frenan la concepción comprensiva por sus prejuicios naturalistas.-

Al insistir en una descripción SUPERFICIAL, se pasa por alto la extrema complejidad de la Vida Psíquica.-

“Cloruro de Sodio, puede significar sal para todos los enterados, pero en Psiquiatría, lo importante es saber que significa “lo salado”, para cada paciente en particular” ( Noel Feldman).-

De las Estadísticas.

En hombres es más frecuente que se dé alcoholismo primario y depresión secundaria (o alguna forma de trastorno afectivo como el HOY tan mal llamado Trastorno bipolar, ya que nuevamente la Psiquiatría “moderna” intenta superar diferencias estableciendo criterios muy poco rigurosos, el efecto es tan discordante, que se Diagnostican BIPOLARES QUE SOLO TIENEN UN POLO, verdadera dificultad de entendimiento), y en mujeres, al revés. Las tasas de suicidio en pacientes crónicos son elevadas tanto si se habla de trastorno afectivo como de alcoholismo. Del 10-15% de los sujetos con alcoholismo que acaban quitándose la vida, el 75% padece alguna forma de depresión .

Ante alcoholismo, si se producen síntomas depresivos, estos son más frecuentes a los pocos días del cese de la ingesta. La mayor parte de esta sintomatología es debida al efecto tóxico del alcohol, y por tanto, los problemas deben catalogarse como orgánicos. A mayores síntomas afectivos mayor es la probabilidad de que el paciente busque tratamiento. El cuadro depresivo suele remitir a las pocas semanas, aunque el estado disfórico se mantiene .

Conocer y distinguir a los pacientes como introvertidos o extrovertidos puede permitir, por ejemplo, crear grupos de autoayuda más homogéneos y eficaces. Los pacientes introvertidos encontrarían más beneficiosos los grupos de terapia reducidos en lugar de los convencionales (más extensos), que exigen un nivel de extroversión mayor. El alto componente neurótico hallado en los pacientes con trastornos depresivos y alcoholismo explicaría la inestabilidad y las fluctuaciones del humor típicas de la personalidad Maníaco -Depresiva.

### Bibliografía.

Breilh Jaime. (2003) Epidemiología Crítica-Lugar Editorial-Buenos Aires. En Vigencia.

Castro R M. Olivera E R. (2003)-La Depresión en Clínica Médica.- Editorial Médica Panamericana- Edición Argentina –Española-PROAMI- En Vigencia.

**Morir de alcohol: saber y hegemonía médica.** Eduardo L. Menéndez . Cuadernos del Isco. UNLa. 2022.

Samaja Juan (2004) Epistemología de la Salud.-lugar Editorial .Bs Aires.- En Vigencia.