Capítulo 136

Embriaguez patológica

L. Jiménez Murillo, C. Reyes Aguilar y F.J. Montero Pérez

CONCEPTO

La *embriaguez patológica* es una enfermedad de causa desconocida que aparece como consecuencia de una intolerancia al alcohol en personas con alteraciones de base de la personalidad o trastornos orgánicos cerebrales. Se desarrolla de forma brusca, después de una ingesta escasa o moderada de alcohol, y se caracteriza por alteraciones de la conducta, predominando, unas veces, la agitación y la agresividad, y otras, las alucinaciones y los delirios. La sintomatología desaparece cuando se reduce la alcoholemia, y persiste una amnesia lacunar posterior.

Puede manifestarse de distintas formas:

- Excitomotora: predomina una gran excitación psicomotriz. El individuo está furioso, agresivo, grita, empuja a la gente, rompe lo que encuentra a su paso. Persiste varias horas, tras las cuales entra en coma.
- Alucinatoria: predominan las alucinaciones, sobre todo visuales y auditivas con carácter dramático. El sujeto se ve sumergido en escenas trágicas, dramáticas, de matanzas, delitos de infidelidad, y puede presentar reacciones defensivas agresivas y homicidas.
- Delirante: predominan los delirios. Estos son de cuatro tipos:
  - Autodenuncia delirante: se acusa a sí mismo de un crimen que no ha cometido (acude a la comisaría para denunciarse) y que, generalmente, está de actualidad.
  - Megalomaníacos: se creen grandes personajes y acuden borrachos a ver a alguna personalidad famosa.
  - Celos: el sujeto ve y oye al amante de su pareja. Suelen ser las más peligrosas porque se producen reacciones agresivas.
  - De persecución: se cree amenazado o perseguido, lo que origina reacciones que van desde pedir protección hasta la agresividad.

Todas estas formas tienen unas características comunes que las distinguen de la embriaguez normal, como:

- Evolución más prolongada.
- Habitualmente terminan en coma porque el paciente no puede dejar de beber.
- Hay una amnesia posterior, consecutiva, no recuerda nada de lo que ha sucedido, aunque tiene un vago recuerdo.
- Tendencia a la recidiva, siempre de forma idéntica.
- Los pacientes no suelen ser bebedores habituales de alcohol.

Para el diagnóstico es imprescindible la constatación de que la ingesta de alcohol ha sido insuficiente para producir una intoxicación aguda en la mayoría de las personas.

CRITERIOS DE INGRESO

Esta entidad siempre requiere ingreso hospitalario, preferiblemente en el área de observación del servicio de urgencias.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en:

- Control de constantes: temperatura axilar, diuresis, frecuencia cardíaca y respiratoria. Debe dedicarse especial atención a las cifras de presión arterial para evitar el desarrollo de una hipotensión grave.
- Ansiolíticos, como uno de los siguientes:
  - Diazepam (**Valium**®, ampollas de 2 ml con 10 mg) en dosis de 10 mg por vía intravenosa, a razón de 2 mg/min, para lo cual se diluye el contenido de 1 ampolla en 8 ml de suero fisiológico, y se perfunde a razón de 2 ml/min.
  - Clorazepato dipotásico (**Tranxilium**®, viales con 20 y 50 mg) en dosis de 50 mg por vía intramuscular.
  - Midazolam (**Midazolam Normon**®, ampollas con 15 mg) por vía intramuscular en dosis de 0,2 mg/kg (1 ampolla de 15 mg aproximadamente).
- Si predominan las alucinaciones o el delirio, se administra, además, haloperidol (**Haloperidol Esteve**®, ampollas con 5 mg y comprimidos de 10 mg) en dosis inicial de 5 mg (1 ampolla) por vía intramuscular, seguidos de 5 mg (1/2 comprimido) cada 8 h por vía oral.
- Si predomina una gran agitación se administra un cóctel lítico por vía intramuscular formado por la siguiente triple terapia:
  - Clorpromazina (**Largactil**®, ampollas con 25 mg) en dosis de 25 mg.
  - Levomepromazina (**Sinogan**®, ampollas con 25 mg) en dosis de 25 mg.

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- Dexclorfeniramina (**Dexclorfeniramina maleato Combino Pharm®**, ampollas con 5 mg) en dosis de 5 mg.

Hay que recordar que las fenotiazinas no deben utilizarse en los pacientes que han tenido crisis convulsivas relacionadas con la abstinencia alcohólica (v. cap. 135).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Maletzky BM. The diagnosis of pathological intoxication. J Stud Alcohol 1976;37:1215-28.
Perr IN. Pathological intoxication and alcohol idiosyncratic intoxication--Part I: Diagnostic and clinical aspects. J Forensic Sci 1986;31:806-11.
Perr IN. Pathological intoxication and alcohol idiosyncratic intoxication--Part II: Legal aspects. J Forensic Sci 1986;31:812-7.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.