



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3435 - MANEJO AMBULATORIO DE LA DESHABITUACIÓN ALCOHÓLICA EN ATENCIÓN PRIMERA: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Hernando Fernández^a, Y. González Silva^b, R. Martín Gutiérrez^c, A. Robles Amieva^d, C. de León Rivas^a, D. López Fernández^e, A. González San Emeterio^a, J. Villar Ramos^d, M. Montes Pérez^f y B. Peleteiro Cobo^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^cMédico Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años, hipertenso en tratamiento farmacológico con enalapril e hidroclorotiazida. Consumo excesivo de alcohol desde hace más de 20 años, con registro por su MAP desde hace 10 años de intervenciones breves para motivar disminución de consumo o abandono, con rechazo por parte del paciente en todas las entrevistas. Acude a consulta mostrando actualmente deseo de abandono. No acepta ingreso hospitalario. Se decide abordaje a nivel ambulatorio en consulta de Atención Primaria (AP) y derivación preferente a Unidad de Salud Mental (USM).

Exploración y pruebas complementarias: Paciente orientado en tiempo y espacio, tranquilo y abordable, discurso coherente, en tono bajo, no clínica psicótica evidenciable. Temblor fino distal. Exploración física por aparatos dentro de la normalidad. Escala cuantitativa de consumo de alcohol: 200 g/día (1.400 g/semana). Test CAGE: 4 puntos. Patrón de consumo diario, social y en solitario, síntomas de privación, consumo de la primera unidad de OH a los 30 minutos de despertar.

Juicio clínico: Paciente con dependencia alcohólica grave de largo tiempo de evolución.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de abstinencia alcohólica; consumo de otras sustancias.

Comentario final: Una de las funciones primordiales de los equipos de atención primaria es la intervención sobre problemas relacionados con el alcohol, ya que diversos estudios estiman que entre el 4-29% de los pacientes de un cupo de AP son bebedores de riesgo y un 2-9% tienen dependencia alcohólica. A nivel ambulatorio son efectivas las intervenciones breves durante todo el proceso, que constaría de tres fases: fase de toma de contacto, fase de desintoxicación y fase de deshabituación. En la fase de desintoxicación será necesaria la prevención de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff y en muchos de los casos el uso de fármacos sustitutivos (clometiazol, diazepam o lorazepam, fundamentalmente). En fase de deshabituación es cuando mayor importancia tiene un apoyo psicológico, y pueden utilizarse fármacos interdictores (disulfiram o cianamida). Algunos pacientes precisarán de fármacos anti-craving. Valorar siempre la interconsulta a las USM, así como

el ingreso hospitalario en aquellos pacientes con síndrome de abstinencia grave o con comorbilidades que requieran hospitalización.

Bibliografía

1. Mosquera J, Guimeráns C, Gómez B, Davila N. Desintoxicación ambulatoria de alcohol: una opción segura. *Adicciones*. 2005;17:29-32.

Palabras clave: *Deshabitación. Alcohólica. Ambulatoria.*