

## CASO CLÍNICO 1

JPC, paciente varón de 38 años, soltero, de profesión albañil, vive con su madre de 72 años.

Acude al Centro público de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias y Adicciones de la Diputación Provincial de Jaén aconsejado por su médico de familia, por un accidente de tráfico con alcoholemia positiva, pendiente de juicio y presionado por su familia. Acude con su hermana que le acompañará y ayudará en su tratamiento y rehabilitación siempre que pueda.

El padre del paciente bebía mucho y a veces se emborrachaba, aunque nunca fue consciente de su problema con el alcohol ni buscó tratamiento para éste. También era fumador importante. Falleció hace 10 años de cáncer de esófago. Su madre tuvo problemas depresivos hace años que desaparecieron al morir el padre.

Entre los antecedentes del paciente destaca algún coma etílico atendido en urgencias en la adolescencia. Intervenido de apendicitis a los 18 años; alguna caída y algún punto de sutura a consecuencia de peleas cuando estaba embriagado. Hace 3 años ingresó por pancreatitis aguda y ha tenido un esguince cervical a consecuencia del último accidente de tráfico.

El paciente refiere que inició el consumo de alcohol en la adolescencia de forma excesiva en esos años durante los fines de semana y con alguna borrachera de forma esporádica. Por esa época se inició también en el consumo de cannabis de forma discontinua. A los 22 años el consumo de alcohol era ya diario y el de cannabis se hizo más habitual al tener más poder adquisitivo, y la cantidad y la frecuencia de consumo de ambos tóxicos aumentó con el paso de los años. En el último año venía realizando consumos de 310 g/día de alcohol, que aumentaba a 340 g/día los fines de semana. Cannabis 2 o 3 «porros» diarios y alguno más en fin de semana, y desde hace algunos años con ocasión de fiestas o celebraciones ha consumido alguna raya de cocaína, últimamente de forma más habitual, siempre con ocasión de consumos excesivos de alcohol.

Desde hace varios años llegaba a casa semiintoxicado diariamente y algún fin de semana francamente embriagado. Su médico de familia le había comentado que su analítica refería una hepatitis alcohólica con elevación de transaminasas y una anemia megaloblástica con aumento del VCM y de la HCM, por lo que el paciente decide acudir a nuestro centro. Refiere no consumir alcohol desde hace 24 horas.

A la exploración el paciente presenta gran hiperactividad autonómica, ansiedad e inquietud psicomotriz, sudoración profusa en manos y cara, con «flapping tremor», ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, facies abotargada, labios cianóticos, hipertrofia parotídea, cansancio y malestar general.

A la palpación se aprecia un abdomen globuloso con ligera hepatomegalia de 2-3 cm. No se aprecian ningún otro tipo de masas o megalias. Auscultación cardiopulmonar normal, ligera taquicardia con una frecuencia cardíaca de 92 pulsaciones/minuto, presión arterial de 130/85 mmHg.

Ante su situación de probable síndrome de abstinencia se decide instaurar tratamiento apropiado.

## **PREGUNTAS:**

1. ¿Cuál fue en principio el motivo inicial de la consulta? ¿Qué consecuencias le había producido ese consumo tan elevado de alcohol a nuestro paciente?
2. Si le realizaste una breve historia clínica, ¿en qué consistió?
3. ¿El paciente tiene algún antecedente familiar de alcoholismo o de patologías psiquiátricas? ¿Cuáles son los antecedentes personales?
4. ¿Qué instrumentos de detección se pueden utilizar para completar el diagnóstico?
5. ¿Qué signos y síntomas mostró en la exploración física del paciente?
6. Describe los signos y síntomas relacionados con el alcoholismo crónico.
7. ¿Qué tipos de marcadores biológicos son los más útiles?
8. ¿Qué medicación se puede utilizar en un paciente alcohólico para tratar su síndrome de abstinencia?
9. ¿Qué tratamiento farmacológico se le puede poner tras la desintoxicación para continuar con la deshabituación?
10. Describe brevemente el Protocolo de Intervención Asistencial del Centro Público de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias y Adicciones de la Diputación Provincial de Jaén al que acude el paciente.

## CASO CLÍNICO 2

C.J.L. es una mujer de 33 años con antecedentes personales de dependencia a múltiples sustancias. Es madre soltera de un hijo de 12 años. Diagnosticada de un trastorno depresivo en tratamiento psicofarmacológico desde hace dos años. En los últimos tres años ha vivido con su hijo en casa de sus padres. No tiene pareja estable. Trabaja como encargada de mantenimiento. Como antecedentes familiares destaca la dependencia al alcohol del padre y la historia de maltrato en el ámbito familiar. La madre está diagnosticada de distimia.

En los antecedentes somáticos de la paciente encontramos que es positiva para el virus de la hepatitis B (VHB) y para el de la C (VHC). No hay alergias medicamentosas ni refiere intervenciones quirúrgicas. Hace dos años le prescribieron un tratamiento con citalopram (30 mg/día), diazepam (10 mg/tres veces al día) y lormetazepam (2 mg/día) que realiza desde entonces. Acude al Servicio de Urgencias de Salud Mental (UHSM), acompañada de una de sus hermanas, presentando ansiedad, irritabilidad, insomnio, fotofobia, parestesias, sudoración, palpitaciones y síndrome seudogripal.

A la exploración, se encuentra consciente, desorientada espacialmente y poco colaboradora. Se objetiva palidez cutánea facial y sudoración profusa. Está eupneica y en la auscultación cardiopulmonar se aprecia taquiarritmia, sin soplos ni extratonos, buen murmullo vesicular, sin ruidos sobreañadidos. El abdomen no es doloroso, los ruidos hidroaéreos son normales, globo vesical palpable sin hepatoesplenomegalia. En miembros inferiores no hay edemas ni signos de trombosis venosa profunda y los pulsos pedios están presentes. El electrocardiograma muestra una taquicardia sinusal a 120 lpm. Neurológicamente se objetiva miosis bilateral con hiporreactividad pupilar, ptosis palpebral, escasos movimientos espontáneos en brazos y piernas, fuerza, sensibilidad y reflejos conservados, sin reflejos patológicos.

Prueba de tóxicos en orina positiva para benzodiacepinas.

Psicopatológicamente destacan distimias de ansiedad y tristeza, ideación autolítica poco estructurada, no hay síntomas productivos en rango psicótico. Discreto enlentecimiento psicomotriz. Insomnio de conciliación e hiporexia.

En su psicobiografía, cabe destacar una historia de agresiones físicas por parte del padre durante la infancia y adolescencia. Estudios primarios hasta los 13 años. Inició el consumo de alcohol y tabaco a los 14 años.

Primer consumo de heroína y cocaína a los 16 años. Entre los 16 y los 20 años refiere haber consumido cantidades diarias de 1,5 paquetes de tabaco, 24 g de alcohol, 1-2 g de heroína por vía parenteral, y 1,5 de cocaína esnifada. No precisa la cantidad diaria de cannabis consumida. En este periodo de su vida no tenía trabajo ni pareja estable. A los 21 años queda embarazada. A los 23 años ingresó en programa educativo-terapéutico para abordar su problema de dependencia. A los 26 años recibió el alta y se incorporó a la vida laboral en la hostelería y servicio doméstico e inició la convivencia con una pareja durante 4 años hasta que éste tuvo una recaída en la drogadicción.

A los 31 años, su médico de familia le diagnosticó un trastorno depresivo moderado y fibromialgia, por lo que se le prescribió tratamiento con antidepresivos y benzodiacepinas. Mejoró ligeramente de su sintomatología, si bien en los meses siguientes comenzó a hacer un abuso grave y progresivo de medicación analgésica, ansiolítica e hipnótica. Ha mantenido la abstinencia en cuanto a otras sustancias tóxicas. La paciente refiere que, en algunas ocasiones, ha sufrido episodios caracterizados por somnolencia, intensa fatiga, mareos, dificultad para deambular y disartria que le impedían avisar a sus familiares, quedando dormida hasta la mañana siguiente, y cuando despierta lo hace con la sensación de estar muy sedada. Refiere que estos cuadros se relacionaban con consumos de un número importante de pastillas tranquilizantes. Según nos cuenta la familia, en las últimas 3 semanas ha empeorado su estado de ánimo, ha abandonado sus actividades cotidianas, negándose a cualquier relación interpersonal y permaneciendo aislada en su habitación. Ha disminuido de manera importante la ingesta de alimentos. Paralelamente, demanda a la familia grandes cantidades de ansiolíticos, hipnóticos y antiinflamatorios.

El día previo al ingreso la familia retira la medicación de su alcance, lo que parece relacionarse con el cuadro que obligó a acudir a Urgencias tras lo que la paciente queda ingresada en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

La paciente es derivada al Centro de Tratamiento Ambulatorio Público de Drogodependencias y Adicciones de la Diputación de Jaén para su valoración y tratamiento.

## **PREGUNTAS:**

1. ¿Cuál es el diagnóstico principal de la paciente?
2. ¿Qué otros diagnósticos psiquiátricos presenta?
3. ¿En qué consiste un síndrome de abstinencia a benzodiazepinas?
4. ¿Cuáles son las indicaciones de las benzodiazepinas?
5. ¿Cuál es la población de riesgo de dependencia a benzodiazepinas?
6. Es frecuente la comorbilidad entre abuso de benzodiazepinas y otras drogas, ¿a qué se debe esta asociación?
7. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el abuso de benzodiazepinas?
8. ¿Cuál es el fármaco antídoto de una intoxicación por benzodiazepinas?
9. ¿Cómo realizaría una retirada de benzodiazepinas?
10. Describe brevemente el “Protocolo de Intervención Asistencial” del Centro Público de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias y Adicciones de la Diputación Provincial de Jaén al que acude el paciente.