



CLÍNICA

Síndrome de dependencia alcohólica en servicios de urgencia: protocolo de evaluación para la práctica profesional de enfermería

Síndrome de dependência alcoólica em serviços de emergência: protocolo de avaliação para a prática profissional de enfermagem

Alcohol dependence syndrome in emergency services: assessment protocol for the professional nursing practice

***Villar Luis, Margarita Antonia *Barbosa, Sara Pinto *Luchesi, Luciana Barizon **Santos, Jair Lício Ferreira**

*Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo / USP. E-mail: margarit@eerp.usp.br **Profesor del Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la USP, Ribeirão Preto, São Paulo. Brasil.

Palabras clave: Alcohol; Síndrome de abstinencia alcohólica; Urgencias Enfermería

Palavras chave: Álcool; Síndrome de Abstinência Alcoólica; Emergências; Enfermagem

Keywords: Alcohol; Alcohol Withdrawal Syndrome; Emergency Services; Professional Nursing Practice

RESUMEN

Estudio cuantitativo exploratorio realizado en los servicios de urgencias del municipio de Ribeirão Preto, interior del Estado de São Paulo, Brasil.

El **objetivo** del estudio fue evaluar señales y síntomas del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA) por el equipo de enfermería, utilizando para esto un protocolo.

La colecta de datos se realizó durante 642 horas de turnos. De los 463 participantes, 297 presentaron AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 7 , de estos, 59 (12,7%) presentaban AUDIT ≥ 20 , o sea, sugerente de SAA siendo, por esto, incluidos en esta investigación. En cuanto a las señales, de los 59 usuarios, 8 no sabían decir el tiempo de hospitalización, 7 no sabían en qué año o mes estaban, y 13 presentaban inquietud. En relación a los signos físicos de la dependencia, 17 presentaron signos de temblores, 8 refirieron convulsiones.

Los servicios de urgencias pueden ser lugares privilegiados para identificar síntomas de consumo abusivo y de dependencia del alcohol y la utilización del protocolo de evaluación de enfermería puede ser una estrategia útil en el seguimiento e intervención.

RESUMO

Estudo quantitativo exploratório realizado em serviços de emergências do município de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, Brasil.

O **objetivo** do estudo foi avaliar sinais e sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) pela equipe de enfermagem, utilizando para isso um protocolo.

A coleta de dados foi realizada durante 642 horas de plantões. Dos 463 participantes, 297 apresentaram AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 7 , destes, 59 (12,7%) apresentavam AUDIT ≥ 20 , ou seja, sugestivo de SAA sendo, por isso, incluídos nesta investigação. Quanto aos sinais, dos 59 usuários, 8 não sabiam mencionar o tempo de hospitalização, 7 não souberam afirmar em que ano ou mês estavam, e 13 apresentavam inquietação. Em relação aos sinais físicos da dependência, 17 apresentaram sinais de tremores, 8 referiram convulsões.

Os serviços de emergências podem ser locais privilegiados para identificar sintomas de uso abusivo e de dependência de álcool e a utilização do protocolo de avaliação de enfermagem pode ser uma estratégia útil no rastreamento e intervenção.

ABSTRACT

This is a quantitative study carried out in emergency services of Ribeirão Preto, a city located in the countryside of São Paulo state.

The **aim** of this study was to assess signs and symptoms of the Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS) by the nursing team with the use of a protocol.

Data collection took place over 642 on duty hours. Of the 463 participants, 297 had AUDIT ≥ 7 , and of these, 59 (12.7%) had AUDIT ≥ 20 , which indicates the occurrence of SAA and, due to this, were included in this investigation. Concerning the signs, of the 59 users, 8 were unable to tell the time of hospitalization, 7 could not say what year or month it was, and 13 seemed uneasy. In relation to the physical signs of the dependence, 17 had signs of tremor, 8 mentioned to have had seizures.

The emergency services may be privileged places to identify symptoms of alcohol abuse and dependence and the use of the nursing assessment protocol may be a useful strategy in the monitoring and intervention.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es perjudicial para la salud, pues se estima que 3,8% de todas las muertes globales y 4,6% de incapacidad ajustada de años de vida son atribuibles al alcohol y el coste asociado a su consumo afecta a más del 1% del producto bruto de países de medio y alto rendimiento¹. Por esto, la dependencia a esta sustancia es tratada como problema de salud multifactorial que puede ser recidivante y crónico. Cerca de 2% a 9% de los pacientes atendidos en consultorio de médicos de familia presentan complicaciones relacionadas con el alcoholismo², así como los daños en la esfera social e individual provocados por el consumo abusivo³. El hecho de que el alcohol sea una sustancia lícita, casi universalmente, puede ser factor subyacente a estas condiciones⁴. Diversas son las explicaciones sobre el motivo de las altas tasas de consumo, pero hay consenso en que la dependencia es resultado de las interacciones de factores biológicos⁵ y culturales⁶, pues el valor simbólico del alcohol va a determinar cómo el individuo se relaciona con esa sustancia, en un proceso de aprendizaje individual y social que indica las situaciones y reglas del consumo de la bebida alcohólica⁷.

Para muchos individuos con un grado significativo de dependencia puede surgir un conjunto de síntomas orgánicos y psíquicos, que caracterizan el llamado Síndrome de

Abstinencia Alcohólica (SAA). Este se desencadena por el cese o reducción del consumo de bebida alcohólica o hasta incluso cuando el individuo alcanza un nivel de tolerancia tan significativo, que su organismo no soporta consumir las dosis que serían suficientes para evitar la abstinencia⁸.

Dependiendo del grado de dependencia física, los síntomas del síndrome de abstinencia pueden variar desde malestar con episodios de cefalea, náuseas, sensibilidad visual, temblores ligeros de las extremidades, a un cuadro más grave de delirium, que exige intervención rápida y mayores cuidados médicos² y del equipo de Enfermería⁹.

El espectro de los síntomas de abstinencia y el tiempo medio para la aparición de los síntomas tras la interrupción del consumo de alcohol varía de 6 a 72 horas. En general se instala alrededor de 24 a 36h después de la última ingesta de bebida alcohólica⁸. Se estima que solo del 10% al 20% de los pacientes con síndrome de abstinencia de alcohol son internados para recibir tratamiento. En los Estados Unidos, país que concentra los mayores grupos de estudios sobre sustancias psicoactivas, el síndrome de abstinencia alcohólica no recibe la atención que merece, a pesar de su gravedad, que puede ser prevenida incluso en sus presentaciones más severas¹⁰.

En Brasil existen estudios más amplios sobre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la población en general¹¹, en poblaciones específicas y con pacientes internados por dependencia del alcohol¹². A pesar de la gravedad del cuadro, no se encontraron estudios brasileños sobre la frecuencia del SAA, ni sobre el cuidado a los dependientes de alcohol en esta condición, aunque en la práctica de los servicios de urgencias sea común y se presente como un cuadro único de señales y síntomas de gravedad creciente, cuando no se realiza el tratamiento adecuado del problema.

La Enfermería en su actuación profesional tiene la responsabilidad de supervisar al paciente en sus necesidades evitando la ocurrencia de desenlaces fatales. Frente a lo expuesto, este estudio tiene el objetivo de aplicar un protocolo estandarizado para identificar signos y síntomas elaborado para el equipo de Enfermería y evaluar el síndrome de abstinencia en pacientes atendidos en cinco servicios de atención de urgencias médicas de un municipio del interior del estado de São Paulo, Brasil.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo exploratorio para verificar la capacidad de evaluación de señales y síntomas del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA) utilizando un instrumento (protocolo de evaluación del Síndrome de Abstinencia) elaborado para aplicación en consumidores de alcohol atendidos en servicios de urgencias.

El instrumento está compuesto de cinco partes: 1- Apariencia física y Condiciones de vida; 2- Presentación clínica del paciente; 3- Síntomas relatados por el paciente; 4- Episodios de auto y heteroagresión; 5- Registro del cuidado de Enfermería. Para la construcción de la segunda y tercera parte se incluían informaciones que exigían observación, procedimientos básicos de enfermería (verificación de pulso, temperatura y presión arterial) e ítems presentes en la Clinical Withdrawal Assesment Revised (CIWA-R), con todo, se señaló solo la presencia o ausencia de los signos y síntomas y no se evaluó su severidad. La primera parte se elaboró basándose en la

observación de los investigadores en atención a esta demanda y la cuarta parte consideró las evidencias de la literatura^{13,14,15}. La quinta parte fue elaborada con la intención de suscitar la reflexión del profesional de enfermería en relación al cuidado prestado, lo que se detallará en otro artículo.

La utilización de ítems del CIWA-R se justifica por ser una escala validada en Brasil¹⁶ con 10 ítems, usada para cuantificar la gravedad del SAA, así como controlar y medicar a los pacientes en ese estado. La traducción del CIWA-R es ampliamente utilizada en Brasil y sugerida por el Departamento de Dependencia Química de la Asociación Brasileña de Psiquiatría¹⁷. La aplicación de esa escala, según estudio americano¹⁸ requiere hasta 5 minutos con un aplicador entrenado.

El instrumento elaborado incluye observación, entrevista y el registro de la intervención de manera más simplificada, adecuada al tiempo y personal de enfermería que es quien primeramente aborda a los pacientes. La construcción del protocolo ahora presentado en este artículo fue probado¹⁹ en estudio piloto con éxito, entre profesionales de enfermería quienes evaluaron el potencial del formulario como fuente de conocimiento, guía rectora del cuidado de enfermería y de adecuación semántica en la utilización de términos.

La experiencia de contacto con la población consumidora de alcohol frecuentadora de los servicios de urgencias y con los equipos de Enfermería de estos servicios, además de los resultados de la investigación piloto influyeron en la opción de elaborar un formulario específico para Enfermería, prioritariamente descriptivo. Agregándose datos sobre las informaciones demográficas del paciente.

La expectativa es de que el protocolo permita al profesional de enfermería: detectar la presencia o ausencia de los síntomas, proporcionar una apreciación general del paciente, identificar riesgos y las necesidades de aquellos que deben ser atendidos con prioridad. Sin embargo, se tiene la idea de que el tiempo y la motivación del equipo de Enfermería pueden ser un obstáculo importante.

LUGAR DEL ESTUDIO

El proyecto fue desarrollado en un municipio del interior del estado de São Paulo con cerca de 649.556 habitantes²⁰, estando su red asistencial sectorizada por regiones. Existen en el Municipio cinco serviços de emergencias médicas que son servicios comunitarios que atienden pacientes en situaciones de emergencia en general durante 24h. Tales servicios son mantenidos por el gobierno municipal. La Secretaría de Salud del municipio no autorizó la participación de los trabajadores de enfermería alegando que ello podría perjudicar el flujo del servicio de salud, pues los funcionarios estarían utilizando el protocolo de evaluación del SAA con los clientes en el momento de la consulta, lo que “retardaría la atención en general a los usuarios”.

Frente a la negativa de la Secretaría del município, el equipo que realizó la aplicación de datos estuvo formado por un enfermero profesor doctor, cinco enfermeros vinculados a la Universidad de São Paulo, un enfermero pos-graduando y seis graduandos en Enfermería con experiencia en investigaciones en el área de salud mental.

También se aplicó el Test para Identificación de Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT) a todos los clientes presentes en los cinco servicios durante la permanencia de los investigadores en los locales.

Durante el mes de junio y julio de 2010 el equipo se reunió para formarse sobre la aplicación del AUDIT, del protocolo de evaluación del SAA, conducta ética y enfoques breves para reducción del consumo de bebida alcohólica, toda vez que el equipo tenía como objetivo ayudar al usuario/familiar caso fuese detectado el consumo de riesgo o abusivo de alcohol para ayudar al cambio de comportamiento y/o pactar con el equipo de salud local el dirigir al usuario a un servicio especializado.

Fueron abordados todos los usuarios de los servicios de atención públicos (no de pago) que recibieron en la sala de urgencias, que aceptaran y estaban en condiciones físicas y psíquicas de participar del estudio. La colecta tenía como objetivo aplicar el protocolo de evaluación del SAA y el AUDIT en los locales. Esto ocurrió dos veces por semana en días alternos, para verificar la demanda de pacientes por semana. En todos los locales se realizó por lo menos un turno de 7-13h, de 13-19h y otro de 19-22h, estos sucedieron al menos siete veces en días diferentes de la semana. La colecta duró cuatro meses (agosto a noviembre de 2010). El equipo realizó un total de 136 turnos (42 vespertinos y 40 nocturnos), en los cinco servicios de emergencias médicas sumando 642 horas de turno en los locales. En total se aplicaron los instrumentos a 463 pacientes. De estos, 297 presentaron puntuación en el AUDIT ≤ 7 (64,1%); 86 (18,7%) con AUDIT de 8 a 15; 21 (4,6%) tuvieron AUDIT de 16 a 19 y 59 (12,7%) presentaban AUDIT ≥ 20 , o sea, indicativo de dependencia alcohólica, por eso fueron incluidos en esta investigación.

La investigación fue sometida y aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la EERP-USP y los Términos de Consentimiento Libre y Esclarecido fueron firmados o por los pacientes que aceptaron responder a las preguntas o por algún familiar responsable que lo acompañaba en el servicio.

RESULTADOS

De las personas abordadas en la investigación, 96% vivían en el municipio, 40,7% tenían enseñanza básica incompleta y 61,1% eran hombres. En relación a los 59 pacientes con AUDIT ≥ 20 , 53 (89,8%) eran hombres y seis (10,2%) eran mujeres. Se encontró también que 26 (43,9%) pacientes con posible dependencia se situaron en el rango de edad de los 30 a los 49 años.

De entre la muestra (59 pacientes) con probable dependencia del alcohol, 13 pacientes evidenciaron higiene pobre y tres mostraron demacración acentuada. Sobre la habitación, no hubo relación significativa entre las variables residir con familiar y probable dependencia de alcohol. Entre los pacientes con indicativa dependencia de alcohol la relación residir o no con familiares tuvo prácticamente la misma incidencia ($P= 1,725$).

Sobre posibles alteraciones psíquicas, se observó en la orientación en el tiempo y lugar que 8 no supieron informar cuanto tiempo estaban en el local de atención, 7 no supieron afirmar en qué año o mes estaban. Respecto de la motricidad, 13 indicaron signos de inquietud. En relación al humor, nueve pacientes presentaron signos de irritación o manifestaciones verbales agresivas. Para todas estas variables $P < 0,05$.

En cuanto a los signos físicos específicos de SAA, 17 presentaron signos de temblores, siendo significativa la relación entre temblor y dependencia (Pr= 0.001); Nueve pacientes presentaron sudoración, siendo significativa esta variable y la dependencia (Pr= 0,0046). Solamente siete usuarios presentaron alteraciones de presión arterial (PA). Tal dato debe estar subestimado, pues la verificación de signos vitales era de la responsabilidad del equipo de enfermería del servicio de urgencia y esta información no siempre estaba registrada en el registro del paciente, con ocasión del abordaje para aplicación de los instrumentos.

Como síntomas observados o referidos por el conjunto de usuarios con indicativa dependencia, 38,98% refirieron náuseas (Pr = 0,005), 8 mencionaron haber tenido convulsiones y 4 presentaron temperatura mayor de 38°C, sin relación estadísticamente significativa para esas dos variables. Los síntomas más observados o informados por los pacientes y que pueden ser indicadores de SAA son presentados en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los pacientes conforme síntomas observados o mencionados, indicativos de probable dependencia

Sintomas indicativos de probable dependencia												
	Insomnio		Malestar		Sensación de cabeza extraña		Dolor de cabeza		Alucinación visual		Alucinación auditiva	
	Nº	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sí	27	45,7	33	55,9	19	32,7	27	46,5	11	18,9	10	17,2
No	32	54,2	26	44,0	39	67,2	31	53,4	47	81,0	48	82,7
Total	59	100	59	100	58	100	58	100	58	100	58	100

Colecta de datos. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Para todas las variables Pr<0,05

Los indicadores de SAA más presentes en la población de este estudio fueron malestar, dolor de cabeza e insomnio, aunque se destaque que la presencia de alucinación visual y auditiva en los usuarios consumidores de alcohol, a pesar de ser menos frecuente, es un indicativo más fuerte de SAA.

Otros síntomas manifestados por los pacientes relacionados con la presentación clínica del SAA, al que la enfermería debe estar atenta, son la sensibilidad al sonido y luz, presencia de trastornos de percepción, tales como sensación de insectos andando por el cuerpo y presencia de olvidos. Es importante también considerar la posibilidad de que ese cuadro clínico genere o contribuya a ideas suicidas, conforme observado en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los pacientes AUDIT ≥ 20 , conforme síntomas observados o mencionados, indicativos de probable dependencia.

Sintomas indicativos de probable dependencia												
	Sensible al ruido, luz		Sensación de insectos andando por el cuerpo		Picores, hormigueos		Olvido de algunos periodos o situaciones		Tentativa de Suicidio en el pasado		Tentativa de Suicidio Actualmente	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Sim	21	36,2	5	8,62	16	27,6	28	47,4	12	20,3	8	13,5
Não	37	63,8	53	91,4	42	72,4	31	52,5	47	79,6	51	86,4
Total	58	100	58	100	58	100	59	100	59	100	59	100

Colecta de datos. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Para todas las variables $Pr < 0,05$

Junto a la identificación de los signos y síntomas se registraron para análisis las acciones desarrolladas por el equipo de enfermeros responsables de la colecta, una vez que el estudio pretendía verificar la posibilidad y aplicabilidad del protocolo de evaluación del SAA e intervenciones frente a esa demanda en los servicios de atención a urgencias. Se observó (Tabla 3) que 11.4% de los enfermeros se dedicaron a las orientaciones básicas (consumo de alcohol y riesgo para la salud, nutrición e hidratación, conducción de vehículos) respecto a las conductas dirigidas a los pacientes abordados y 3,7% fueron reenviados a servicios especializados en salud mental y/o dependencia química (SM/DQ).

Tabla 3. Relación de las acciones de enfermería frente a los pacientes con indicación de dependencia alcohólica.

Orientaciones de enfermería		
Decisiones tomadas	Frecuencia	%
Orientación familiar	1	0.2
Orientaciones básicas	53	11.4
Discusión ¹	6	1.3
Envío al servicio especializado	17	3.7
Envío a otros servicios	9	1.9
Discusión + Envío a otros servicios	3	0.6
Discusión + Envío al servicio especializado	5	1.1
Orientaciones básicas+ Envío al servicio especializado	2	0.4
Orientaciones básicas+ Envío a otros servicios	2	0.4

¹ - Discusión: con el equipo de enfermería y demás profesionales del servicio local.

Colecta de datos. Ribeirão Preto - SP, 2010.

Es de destacar que aunque esas acciones hayan sido realizadas por enfermeros o alumnos de enfermería formados y con implicación en el área de salud mental, en el momento de desarrollar las intervenciones de enfermería estos estaban libres para hacer aquellas que juzgasen adecuadas. Se observa que ellos realizaron a veces más de una orientación o intervención a un mismo consumidor de alcohol y también la no estandarización en las conductas de enfermería, pues mientras unos solo daban orientaciones básicas al paciente, otros ampliaban el abanico de intervenciones, como compartir el caso con el equipo local (discusión) o, además de esto, dirigir a los pacientes al servicio especializado o demás servicios de salud. Eso proporcionó las

ayudas para identificar las posibles dificultades en la elaboración de propuestas de intervención de enfermería estandarizada y dirigida a las necesidades del paciente atendido, cuando se tiene en mente el desarrollo de un protocolo de intervención.

El equipo ejecutor del proyecto durante la aplicación del protocolo verificó también que los servicios de salud donde se recogieron los datos, no dispuso espacio adecuado para la atención a ese tipo de clientes, a pesar de que la ocurrencia de consumo abusivo de alcohol pareció ser importante en estos servicios, considerando que el estudio mostró un índice preocupante de probable dependencia (12,7%).

DISCUSIÓN

El consumo abusivo de alcohol provoca considerable morbilidad y mortalidad²¹, y el SAA es posiblemente la complicación más grave del abuso de alcohol. La identificación de los síntomas indicadores, incluso realizada en un servicio no especializado de salud mental, es fundamental para que las intervenciones clínicas y de enfermería tengan éxito, pues los síntomas son insidiosos y, muchas veces poco específicos²².

Desgraciadamente los estudios en enfermería aún son escasos en cuanto a la implicación del SAA y la atención en la práctica de esta profesión en el contexto de los servicios de urgencias, aunque estos profesionales tengan potencial para proporcionar condiciones facilitadoras y continuas en la reformulación del estilo de vida perjudicial de los grandes consumidores de alcohol²³. En estudio cualitativo realizado con enfermeros del Centro de Atención Psicosocial en el municipio de São Paulo se constató que 68,8% de estos profesionales de enfermería no tienen formación en el área de alcohol y drogas y 93,8 no recibieron ninguna formación durante la etapa de graduación en enfermería²⁴. Tal hecho ratifica la necesidad de instrumentos que orienten y hagan viable la detección de signos de complicaciones del consumo de alcohol, ya que estos pueden no ser reconocidos en la práctica clínica cotidiana del enfermero, principalmente si este no tuviera el conocimiento específico. El uso del protocolo de evaluación de enfermería muestra potencial para salvar las dificultades de percepción de signos y síntomas de SAA y el abordaje de los pacientes en los servicios de salud, especialmente de los atendidos en urgencias.

Un estudio realizado con enfermeros en Nueva Zelanda ratificó el potencial positivo del uso de instrumentos, en el caso de AUDIT, o protocolos agregados a la consulta clínica en el servicio de urgencias. Los autores mencionan la capacidad de reducción de los costes de salud, inclusive los costes sociales, en el tratamiento de personas con problemas relacionados con el alcohol²⁵.

Se entiende que el triaje con la muestra de usuarios frequentadores del servicio (463) así como las horas de turnos empleadas por los investigadores enfermeros contribuirán a la orientación de ese grupo y consecuentemente mostrarán que es posible ofrecer un cuidado de mejor calidad. Sin embargo, ha de considerarse que el grupo que proporcionó ese cuidado era externo y, por tanto, un contingente de personal de enfermería adicional al equipo, lo que nos lleva a pensar si el equipo de enfermería local podría desarrollar su trabajo diario además de la actividad realizada por el equipo de investigación.

Los síntomas del SAA levantados en este estudio, y enumerados para este protocolo de enfermería acompañaron la literatura especializada y fueron también objeto de

investigación por ser de fácil observación por enfermeros no especialistas en salud mental, aunque se comprende que otros aspectos como la observación del curso del delirio, la seguridad del paciente, la hidratación, las demás funciones vitales, las eliminaciones fisiológicas, la movilización y la estabilización de enfermedades crónicas, tales como hepatitis o anemias deben ser objeto de atención en la observación clínica de un consumidor excesivo de alcohol⁴.

Con todo, destaca que tras la detección por los investigadores de los signos y síntomas del SAA, y la verificación de las puntuaciones de AUDIT se vuelva a los pacientes en el sentido de hacerlos reflexionar que los datos clínicos presentados en la consulta de urgencias podrían estar correlacionados con el consumo abusivo de alcohol²⁶.

En cuanto al perfil de los usuarios, se nota semejanza con datos de un estudio observacional y transversal realizado en el sur del país, el cual también verificó el consumo más prevalente en el sexo masculino ($p < 0,001$) y en personas menores de 39 años de edad²⁷. La prevalencia de 7,55% y 1,21% para hombres y mujeres respectivamente con puntuaciones de 20 o más en el AUDIT se observó en estudio llevado a cabo en 2011 en el mismo municipio²⁸. En este estudio, los índices se mostraron más elevados en lo que se refiere a este grupo de riesgo AUDIT.

Se destaca la presencia de tentativas de suicidio informadas por los pacientes, en el pasado con tasa de 20,3% de relatos, y actualmente en 13,5% de los pacientes con indicativa dependencia. Estudios no son unánimes en esta asociación, en cuanto que algunos confirman¹⁵ y señalan que grandes consumidores de alcohol tienen de 60 a 120 veces más probabilidad de cometer suicidio que la población abstemia, otro estudio no observa relación significativa entre consumo de alcohol regular en el último mes y depresión²⁷. Estos datos llaman la atención sobre la necesidad de desarrollar investigaciones y acciones prácticas en la población consumidora de alcohol y es una alerta no solo para la enfermería especializada en salud mental, sino para los profesionales de enfermería clínica en cuanto al cuidado y observación de los aspectos inherentes a esta población.

En los EUA desde 2006 el Colegio Americano de Cirujanos incluyó el triaje del consumo de alcohol en los servicios de urgencias²⁹. La enfermería gasta en estos servicios un tiempo considerable con pacientes, siendo la educación en salud y la implicación con los pacientes atendidos por consumo de alcohol parte importante de sus prácticas profesionales, aunque haya relatos de enfermeros manifestando malestar durante el abordaje a estos pacientes³⁰.

Investigación mostró que enfermeros y otros profesionales incluso siendo conscientes de que el consumo de alcohol es una cuestión de salud, no preguntaron a varios pacientes sobre sus hábitos de consumo de alcohol³¹. Los motivos alegados para ello son la falta de tiempo y confianza en sus habilidades profesionales para ayudar a los pacientes a cambiar de hábitos³². Se suma a esto el hecho de que el consumo de alcohol es percibido como uno de los hábitos más difíciles de discutir con los pacientes, de ahí que el abordaje sea considerado más complicado³³. Los autores finalizan los trabajos proponiendo la realización de estudios que faciliten este abordaje y con esa perspectiva fue desarrollado el presente estudio.

Se destaca la dificultad encontrada en la articulación con el órgano responsable de los servicios de salud contactados (Secretaría Municipal de Salud) que, ante la

posibilidad de experimentar avances provenientes de estudios para la mejora de atenciones de enfermería en urgencias, pareció no comprender y no apoyar la iniciativa del presente trabajo. Posición diferente de la presentada en la realización del estudio piloto por otro gestor. Esto confirma al soporte organizativo como una de las barreras para la atención, afirmación registrada en estudio también sobre la población usuaria de servicios de urgencias³². El protocolo de evaluación del SAA para uso en el equipo de enfermería en investigación anterior se mostró adecuado por permitir la detección de los signos y síntomas de pacientes en unidad de urgencias y también fue identificado por estos trabajadores como una guía del cuidado de enfermería, pues estos deben ser conscientes de la importancia de esta profesión en la educación en salud con relación a los riesgos asociados al consumo de alcohol¹⁹.

Existe la recomendación para que se haga la evaluación del consumo de alcohol en todos los locales de asistencia donde la enfermería esté presente, así como se alerta de la poca atención al desarrollo de protocolos y apoyo a las enfermeras que desempeñan esta actividad en los servicios de urgencias³⁴. No obstante, hay críticas en cuanto a este posicionamiento por considerar que la práctica de ofrecer al equipo de enfermería protocolos estandarizados y apoyo organizacional para todos los cuidados de salud que debe prestar en sus servicios no es realista a corto plazo. La propuesta es para que el enfermero asuma su propia capacitación, en el caso específico del alcohol, que adquiera los conocimientos adecuados para evaluar el consumo de los pacientes e incorpore este conocimiento a su práctica³⁵.

En la realidad brasileña ya ocurre la adquisición de conocimientos específicos por los enfermeros, sin embargo, dificultades como bajos salarios, falta de incentivo por parte de los servicios (no disponibilizar horarios para educación continuada) y limitación de personal, pues el enfermero actúa como supervisor del equipo (compuesto por técnicos y auxiliares de enfermería) y del servicio, lo que le toma mucho tiempo. En esas condiciones, el protocolo desarrollado en la investigación puede contribuir a la auto educación tanto de la enfermería como de su equipo auxiliar.

PAPEL DE LA ENFERMERÍA Y CONCLUSIONES

El estudio mostró que la aplicación del AUDIT en el seguimiento del consumo de alcohol y del protocolo de evaluación del SAA, son instrumentos que revierten en beneficios para los clientes atendidos por la enfermería en urgencias, pues todos los abordados tuvieron la oportunidad de recibir orientaciones sobre su nivel de consumo, los problemas de salud asociados y sobre lugares de tratamiento. Por tanto, el proyecto viabilizó el abordaje de la temática con los clientes en general y la demanda de un servicio especializado, en el caso de aquellos con nivel de consumo abusivo. La aplicación del protocolo subrayó a los pacientes la necesidad e importancia del tratamiento continuado en servicios de salud mental o de adicción.

El desarrollo del trabajo indicó los servicios de urgencias como un espacio posible y eficaz de orientación al usuario y familiar, una oportunidad de asociar a estos la sintomatología presentada con un nivel de consumo abusivo de alcohol. Así, los enfermeros asignados a estos servicios pueden ser formados para manejar a los pacientes que hacen un consumo abusivo de alcohol y realizar intervenciones más apropiadas a las necesidades de estos usuarios. La aplicación del protocolo de evaluación del SAA puede ser un recurso auxiliar en la formación y orientación del cuidado en enfermería.

Como limitación de este estudio señalar el hecho de que el grupo aplicador del instrumento fuese externo a los locales y, por tanto, no tuvo la responsabilidad de actuar en otras instancias que exigían acciones o procedimientos específicos de enfermería. Así, los autores reiteran la necesidad de que los aplicadores del protocolo sean elementos del propio equipo local.

REFERENCIAS

- 1- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y. &Patra, J. (2009).Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373 (9682), 2223-2233.
- 2- Muncie, H. L., Yasinian, Y. &Oge', L. (2013).Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*, 88 (9), 589-595.
- 3- Rozin, L. &Zagonel, I. P. S. (2012). Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*,25, 314-318.
- 4- Mainerova, B., Prasko, J.,Latalova, K., et al.(2013). Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*.
- 5- Kendlerand KS, Myers J. **Clinical Indices of Familial Alcohol Use Disorder**. Alcohol Clin Exp Res. 2012 December; 36(12): 2126–2131. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01844.x
- 6- Menéndes EL, Di Pardo RB. **Alcoholismo, otrasadicciones y varias imposibilidades** In Críticas e atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América latina. Org. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. Editora FIOCRUZ, 2005.
- 7- World Health Organization. Principles of drugs dependence treatment. [Internet] 2008. [acesso 13 maio 2009]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf
- 8- Maciel, C. &Kerr-Corrêa, F. (2004). Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 47-50.
- 9- Vargas, D. d. (2011). Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista. *Acta Paulista de Enfermagem*,24, 638-644.
- 10-Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician* 2004;69(6):1443-550. 4
- 11-Carlina EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlina CM, Oliveira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez ZVDM. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v. 01. 472 p.
- 12-NOTO, A. R. & CARLINI, E. A., 1995. Internações hospitalares provocadas por drogas: Análise de sete anos consecutivos (1987-1993). *Revista ABP-APAL*, 17:107-114.
- 13-White HR, Gorman DM. Dynamics of the drugs-crime relationship. In: Lafree G, editor. *Criminal justice 2000: The nature of crime: continuity and change*. Washington, DC: National Institute of Justice; 2000. v. 1 p. 151-218.
- 14-Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. &Emmelkamp, P. M. (2014). Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *J Subst Abuse Treat*,46(4), 532-539.
- 15-Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*,113(1), 13-22
- 16-Marques ACPR, Ribeiro M. **Abuso e Dependência do Álcool**. (Vol. 2). [Manual].

Brasília: Associação Brasileira de Psiquiatria, Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002.

- 17-Vaillant GE. **Historia natural do alcoolismo revisada**. Porto Alegre, Artes Medicas, 1999.
- 18-Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A. & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). **Br J Addict**, 84(11), 1353-1357.
- 19-Luis, M. A. V., Lunetta, A. C. F. & Ferreira, P. S. (2008). Protocol for assessing alcohol withdrawal syndrome by nursing professionals in emergency services: a pilot test. **Acta Paulista de Enfermagem**, 21, 39-45.
- 20-[Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística](#) (IBGE) (29 de agosto de 2013). [Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2013](#) (PDF). Arquivado do [original](#) em 29 de agosto de 2013. Página visitada em 29 de agosto de 2013.
- 21-Schuckit, M. A. Alcohol-use disorders. **The Lancet**, 373(9662), 492-501.
- 22-Laranjeira R, Nicastrí S, Jerônimo C, Marques AC. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [serial on the Internet]. 2000 June [cited 2014 Feb 20] ; 22(2): 62-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006>.
- 23-Fornazier ML, Siqueira MM. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. bras. psiquiatr.** [serial on the Internet]. 2006 [cited 2014 Feb 20] ; 55(4): 280-287. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000400004>.
- 24-Vargas, D. d.& Duarte, F. A. B. (2011). Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área.
- 25-O'Brien, A., Leonard, L. & Deering, D. (2012). Could an advance practice nurse improve detection of alcohol misuse in the emergency department? **Int J Ment Health Nurs**, 21(4), 340-348.
- 26-Stern, T. A., Gross, A. F., Stern, T. W., Nejad, S. H. & Maldonado, J. R. (2010). Current approaches to the recognition and treatment of alcohol withdrawal and delirium tremens: "old wine in new bottles" or "new wine in old bottles". **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, 12(3).
- 27-Bortolozzi MC, Traebert J, Loguercio A, Kehrig R. Prevalência e perfil dos usuários de álcool de população adulta em cidade do sul do Brasil. **Cien Saude Colet** 2010; 15(3):679-685.
- 28-Freitas ICM; Moraes SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.27, n.10, pp. 2021-2031. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-31>
- 29-American College of Surgeons. Resources for Optimal Care of the Injured. Chicago, IL. American College of Surgeons; 2006.
- 30-Désy, P. M., Howard, P. K., Perhats, C. & Li, S. (2010). Alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment conducted by emergency nurses: an impact evaluation. **J Emerg Nurs**, 36(6), 538-545.
- 31-Johansson, K., Bendtsen, P. & Akerlind, I. (2005). Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. **Eur J Public Health**, 15(6), 615-620.
- 32-Holmqvist, M., Bendtsen, P., Spak, F., Rommelsjö, A., Geirsson, M. & Nilsen, P.

- (2008).Asking patients about their drinking.A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. **Addict Behav**,33(2), 301-314.
- 33-Spak F, Andersson A. (2008) Large scale implementation of early identification and brief intervention in Swedish primary health care - will it be successful? **Nordic Stud Alcohol Drugs** 25:477–88
- 34-Cherpitel, C. (2006). Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency room: is there a role for nursing? *Journal of Addictions Nursing*,17, 79–82
- 35-Alameida, M. D., Harrington, C., LaPlante, M. & Kang, T. (2010). Factors Associated with Alcohol Use and its Consequences. **Journal of Addictions Nursing**,21(4), 194-206.

ANEXO

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (SAA)

Motivo de la atención/detallar

Apariencia y condiciones de vida

Apariencia higiene pobre desnutrido

Apoyo social vive con familiares sin hogar vive en asilo u otras instituciones

Presentación clínica del paciente

Signos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sabe su nombre	Si <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Sabe cuanto tiempo está hospitalizado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El año en que está	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
El mes y día de la semana	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presenta inquietud: incapacidad para mantenerse quieto, andando de un lado para otro, se frota las manos, chasquea los dedos con frecuencia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se irrita con facilidad, cuestionador(a), responde con ira cuando interrogado(a)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Se expresa de forma ofensiva o usa palabras groseras	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presenta temblor en las manos, párpados y lengua	Si <input type="checkbox"/>	Nã <input type="checkbox"/>
Sudoración visible (cabeza, palma de las manos, cuerpo)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pulso (frecuencia cardíaca) superior a 100 bat/min	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presión arterial aumentada (sistólica mayor de 140mmHg y diastólica mayor de 90mmHg)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Náuseas, ganas de vomitar o vómitos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Presentó convulsiones (tipo grande mal)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Temperatura elevada (a partir de 38°C)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Síntomas relatados por el paciente

Malestar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Insomnio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Siente su cabeza diferente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Siente dolor de cabeza	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha visto cosas que sabe que no están presentes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha olvidado cosas que sabe que no están presentes o existen	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Está más sensible al ruido, o le molesta la luz	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene sensación de insectos andando por su cuerpo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene picores en la piel, hormigueos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Relata olvido de algunos períodos o situaciones sobre los que las personas le preguntan? No se acuerda de lo que hizo recientemente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Episodios de auto y hetero agresión

No Si cuántas veces _____

Actualmente, ¿quiso golpearse o atentar contra su propia vida?

Si

No

Obs: si hubiera acompañante puede pedir su colaboración para responder a las preguntas.

Registro del cuidado de enfermería

Hubo necesidad de discutir la conducta/orientaciones con el equipo? No Si explique
 Qué conductas se tomaron?

Recibido: 19 de enero 2015; Aceptado: 12 de junio 2015



© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia