

PROTOSCOLOS DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL QUE CONSULTAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, URUGUAY (PRIMERA COMUNICACIÓN)

Laura Fascioli¹
Bettina Pérez Echain²

Resumen

En el Uruguay el consumo de alcohol y sus consecuencias en la salud psicofísica de las personas y sus familias es un problema muy importante. De acuerdo a los datos proporcionados por el Informe 2007 de Situación y Tendencias de Consumo de Drogas en Uruguay de la Junta Nacional de Drogas (JND) y Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) sobre magnitud y patrones de consumo en Uruguay, 8 de cada 10 personas entre 12 y 65 años han probado alcohol alguna vez en la vida y casi un 65% lo ha consumido en los últimos 12 meses. La mitad de los uruguayos lo consumen habitualmente y casi el 3% de la población presenta algún síntoma de uso problemático. Si bien esta situación es conocida a nivel del sistema de salud uruguayo, no hay aún acuerdos totales en cuanto al tratamiento aconsejable en las distintas situaciones y sobre quienes deben hacerse cargo del mismo. En el discurso se habla de la interdisciplina, pero a nivel de las prácticas se tiende al reduccionismo asistencial, centrado en un solo profesional, habitualmente el médico. Una manera de unificar criterios, tanto en los pasos a seguir en la prevención y el tratamiento como respecto a quienes deben hacerse cargo, es la elaboración de protocolos de atención. En este trabajo se plantean protocolos de atención para usuarios consumidores de alcohol que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, Universidad de la República.

Palabras clave: educación de adultos, innovación, reconversión.

¹ Licenciada en Enfermería. Licenciada en Psicología. Magíster en Salud Mental. Directora de Departamento, División Enfermería, Hospital de Clínicas, Universidad de la República. Uruguay. laurafascioli@hotmail.com

² Licenciada en Enfermería. Servicios de Emergencia y Consulta Externa. Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Uruguay. mabepee@hotmail.com

TREATMENT PROTOCOLS FOR ALCOHOLIC PATIENTS WHO CONSULT IN THE EMERGENCY SERVICE OF THE CLINIC HOSPITAL, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, URUGUAY (FIRST COMMUNICATION)

Abstract

In Uruguay, the consumption of alcohol and its consequences in the psycho-physical health of individuals and their families is a very important problem. According to the data provided by the 2007 Report of Status and Trends of Drug Use in Uruguay of the National Drug Board (JND) and Uruguayan Drug Observatory (OUD) on the extent and patterns of consumption in Uruguay, 8 of each 10 people between 12 and 65 years have drunk alcohol sometime in their life and almost 65% has consumed it in the last 12 months. The half of uruguayans regularly consumes alcohol and almost 3% of the population have symptoms of problematic use.

While this situation is known around the Uruguayan Health System, there is still no total agreement on the treatment recommended in different situations and about who should take care of the patients.

The dominant speech speaks for interdisciplinarity, but at the practices of care there is a tendency to reductionism, focused on a single professional, usually a physician.

One way to unify criteria, both in the steps to follow in the prevention and treatment as with respect to those who must take charge of the care, is the development of treatment protocols.

In this paper the authors arise protocols of care for users of alcohol who consult in the Emergency Service of Hospital de Clinicas, Universidad de la República.

Key words: Alcoholism, Protocols.

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES CONSUMIDORES DE ÁLCOOL QUE CONSULTAM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, URUGUAY (PRIMEIRA COMUNICAÇÃO)

Resumo

No Uruguai, o consumo de álcool e suas consequências na saúde psicofísica das pessoas e suas famílias é um problema muito importante. De acordo com os dados fornecidos pelo relatório 2007 de Situação e Tendências do Consumo de Drogas no Uruguai, da Junta Nacional de Drogas (JND) e do Observatório Uruguaio de Drogas (OUD) sobre magnitude e padrões de consumo no Uruguai, 8 de cada 10 pessoas entre 12 e 65 anos experimentaram álcool alguma vez na vida e quase 65% o consumiu nos últimos 12 meses. A metade dos uruguaios o consome habitualmente e quase 3% da população apresenta algum sintoma de uso problemático. Se bem que esta situação é conhecida em nível do sistema de saúde uruguaio, não há ainda totais acordos quanto ao tratamento aconselhável nas diferentes situações e quem devem se responsabilizar pelo mesmo. No discurso se fala da interdisciplina, mas em nível das práticas se tende ao reducionismo assistencial, focado em um só profissional, habitualmente o médico. Uma maneira de unificar critérios, tanto nos passos a seguir na prevenção e no tratamento como respeito a quem deve se responsabilizar, é a elaboração de protocolos de atendimento. Neste trabalho se põem em questão apresentam protocolos de atendimento para usuários consumidores de álcool que consultam no Serviço de Emergência do Hospital das Clínicas, Universidade da República.

Palavras-chave: Alcoolismo, Protocolos.

Introducción

El propósito de este trabajo es contribuir al tratamiento adecuado y de calidad de las personas consumidoras de alcohol. Al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, Universidad de la República (UdelaR), concurren personas consumidoras de alcohol en distintas etapas de su proceso de alcoholismo, cuyo motivo de consulta puede relacionarse directamente con el consumo o no. Puede tratarse de pacientes con una intoxicación aguda, o con síntomas más o menos graves de abstinencia, pero también pueden consultar por distintas patologías relacionadas con el consumo de alcohol o por accidentes más o menos graves relacionados con dicho consumo. Independientemente del motivo de consulta, la atención brindada a los usuarios en este Servicio de Emergencia en cuanto al consumo de alcohol no está protocolizada aún; las acciones preventivas y terapéuticas que se implementan dependen del equipo de salud que se encuentra de guardia al ingreso del usuario. Por ello las autoras consideran un aporte de valor elaborar guías que permitan a los integrantes del equipo de salud, unificar criterios de acción, cada uno participando desde su profesión específica.

Un Protocolo es una guía de procedimientos y de pasos a seguir que se construye en base a los conocimientos y experiencia de profesionales especialistas y que se usa como modelo de actuación en situaciones específicas. Es una herramienta de comunicación que en el caso de la atención a la salud suele incluir: una justificación; definiciones operacionales de los aspectos clínicos que van a servir de sustento al protocolo; algoritmo de actuación para cada situación representativa; listado de medicamentos a utilizar y de exámenes paraclínicos a solicitar; descripción de lo que debe realizar cada profesional y técnico de salud en cada situación específica; observaciones a tener en cuenta en situaciones particulares (embarazadas, ancianos, inmunodeprimidos, accidentados, etc.) y referencias bibliográficas. Los protocolos deben ser periódicamente revisados y actualizados y admiten variaciones en su

aplicación según las circunstancias, pero son una base fundamentada que sirve de guía de acción.

Se tuvieron en cuenta para la elaboración de los protocolos conceptos básicos vinculados con las adicciones en general. De las varias definiciones existentes, las autoras tomaron como referencia las consideradas por la Junta Nacional de Drogas (JND, 2008)³:

Droga, es toda sustancia psicoactiva de origen natural o sintético que una vez introducida en el organismo es capaz de alterar una o más de sus funciones y cuyo principal efecto se ejerce sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) provocando alteraciones en el estado de ánimo, conducta, comportamiento, conciencia y percepción.

Uso es el tipo de consumo en el que, bien por su cantidad, frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias ni en el consumidor, ni en su entorno. Se considera que su uso no es problemático.

Abuso es aquella forma de relación con la droga en la que, bien por su cantidad, frecuencia y/o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

Abstinencia es el cuadro expresado a través de signos y síntomas que aparecen en una persona como consecuencia de la supresión o reducción del consumo de una droga.

Abstinencia aguda son los signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen en una persona luego de interrumpir en forma brusca el consumo de una sustancia psicoactiva de la que es dependiente. Cada sustancia psicoactiva produce un síndrome de abstinencia característico que depende de las

³ La Junta Nacional de Drogas es un organismo de la Presidencia de la República, Uruguay. Fue creada por Decreto del Poder Ejecutivo N°463/988 de fecha 13 de julio de 1988 "con el objeto de encarar una eficaz lucha contra el narcotráfico y el uso abusivo de drogas". Está integrada por "los siguientes Miembros Permanentes: los Subsecretarios de los Ministerios de: Interior, Relaciones Exteriores, Economía y Finanzas, Defensa Nacional, Educación y Cultura, Trabajo y seguridad social, Salud Pública, Turismo y Deporte, Desarrollo Social; por el Prosecretario de la Presidencia de la República quien la presidirá, y por el Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas, quien la convocará y coordinará sus actividades

características generales del usuario y el tipo y la cantidad de sustancia habitualmente consumida.

Tolerancia es la adaptación del organismo al consumo repetido y continuado de una sustancia. Se caracteriza por la disminución de la respuesta del organismo a la droga, lo que lleva a consumir gradualmente cantidades mayores para conseguir los efectos que se obtenían al principio del consumo. Las drogas presentan una gran variabilidad en su capacidad para producir tolerancia. Hay algunas que las desarrollan muy rápido, mientras que otras lo hacen de forma más lenta y necesitan períodos más largos de consumo como ocurre con el alcohol.

Dependencia es la forma de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes por la persona. El consumo se convierte en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto.

Dependencia física es el mecanismo de neuro-adaptación del organismo a la presencia de una sustancia de tal manera que necesita mantener un determinado nivel de sustancia en la sangre para funcionar con normalidad. Incluye el deseo intenso de consumir la sustancia adictiva, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia a la droga y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

Dependencia psíquica es la compulsión por consumir una sustancia psicoactiva periódicamente para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia) o para liberarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, tristeza, rabia, angustia).

Consumo de riesgo es un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el consumidor.

Consumo perjudicial es aquel que conlleva consecuencias para la salud física, mental y social del consumidor.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema alcoholismo, centrada especialmente en lo que ocurre en Uruguay. En base a ella y a datos observacionales surgidos de la experiencia de profesionales de Enfermería, se elaboraron protocolos de atención para usuarios que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas. La revisión de literatura específica consideró publicaciones nacionales e internacionales, especialmente aquellas recomendadas por la Junta Nacional de Drogas (JND).

Los objetivos de este trabajo son:

- 1) Elaborar protocolos de atención para pacientes consumidores de alcohol que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas.
- 2) Elaborar dichos protocolos considerando la interdisciplinariedad y la atención por parte por lo menos de un equipo mínimo de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas).
- 3) Abordar precozmente el tratamiento de usuarios con distintos niveles de consumo de alcohol y con cuadros por privación.
- 4) Establecer criterios de derivación hacia los centros de Atención Primaria y las Unidades de tratamiento específico del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Montevideo y del Interior del país.

Los protocolos serán puestos a prueba en un plan piloto a realizar en noviembre de 2009 para, si es necesario, realizar las modificaciones pertinentes. Luego de efectuada la prueba piloto, se realizará una presentación de los protocolos a los integrantes del equipo de salud del Servicio de Emergencia en la que se pondrán a discusión y reelaboración si es necesario. Finalizadas estas etapas se aplicarán los protocolos durante un año y se evaluarán sus resultados, lo cual será motivo de una segunda entrega del presente trabajo.

Protocolos de atención

PROTOCOLO 1

1) Realizar un tamizaje diagnóstico (*screening*) de todos los usuarios que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas

- a) Aplicar test de *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*⁴ a todos los usuarios que ingresan al Servicio de Emergencia a través de entrevista personal realizada por cualquiera de los licenciados enfermeros del Servicio de Emergencia previamente adiestrados al respecto (deben ser adiestrados todos los licenciados enfermeros que cumplen funciones en el Servicio de Emergencia, incluido el Jefe de Sector).
- b) Especificar motivo de consulta del usuario y si está relacionado o no con el consumo de alcohol.
- c) Determinar situación actual de cada usuario según diagnóstico surgido de la aplicación del AUDIT y del examen médico y de enfermería.
- d) Aplicar los protocolos de tratamiento según situación diagnóstica del usuario.

2) Aplicar los protocolos de tratamiento según situación diagnóstica del usuario

PROTOCOLO 2

Usuarios que consumen alcohol en niveles sin riesgo

Corresponde a los usuarios que puntúan entre 0 y 7 puntos en test de AUDIT.

- a) Orientación realizada por los licenciados enfermeros sobre prevención: no beber alcohol:
 - Cuando manejen un vehículo o maquinaria.
 - Si están embarazadas o crean que pueden estarlo.
 - Si existe una contraindicación médica actual.
 - Después de tomar ciertos medicamentos, como es el caso de sedantes, analgésicos y ciertos antihipertensivos.
- b) Orientación sobre los riesgos del consumo excesivo, realizada por los licenciados enfermeros del Servicio de Emergencia.
- c) Orientación sobre los riesgos del consumo excesivo en situaciones específicas: mujeres embarazadas, personas que utilizan medicamentos como antihipertensivos y psicofármacos, realizada por los licenciados enfermeros del Servicio de Emergencia.

⁴ El test de *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) como un método sencillo para detectar el consumo excesivo de alcohol en usuarios. Permite identificar en forma precoz el patrón de consumo perjudicial o de riesgo y puede ser aplicado por cualquier profesional o técnico de la salud o utilizarse como forma auto-aplicada. Clasifica a los usuarios en los distintos niveles de riesgo en el consumo expresados a través de puntajes específicos.

PROTOCOLO 3

Usuarios que consumen alcohol por encima de los niveles de bajo riesgo

Corresponde a los usuarios que puntúan entre 8 y 15 puntos en test de AUDIT.

- a) Información sobre los riesgos del consumo excesivo realizada por los licenciados enfermeros del Servicio de Emergencia.
- b) Información sobre el estilo particular de consumo de cada usuario brindándole orientación para que no pase a niveles de mayor riesgo, realizada por los licenciados enfermeros del Servicio de Emergencia o por los médicos que atendieron a dicho usuario.
- c) Derivación a Centros de Salud (del Ministerio de Salud Pública (MSP) o de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM)) según departamento del Interior o barrio de Montevideo donde reside el usuario, para control periódico.
- d) Si es necesario, derivar a tratamiento psicoterapéutico.

PROTOCOLO 4

Usuarios que consumen alcohol en niveles de riesgo

Corresponde a usuarios que puntúan entre 16 y 40 puntos en test de AUDIT.

- a) Información sobre los riesgos del consumo excesivo realizada por los licenciados enfermeros del Servicio de Emergencia.
- b) Derivación a consulta médica y de enfermería específica por la situación de consumo de alcohol, en el caso que el motivo de consulta no esté relacionado con dicho consumo.
- c) Investigación sobre el estilo particular de consumo del usuario realizada por

equipo integrado por médico y licenciado enfermero con formación específica.

- d) Identificar riesgos y consecuencias del patrón particular de consumo del usuario.
- e) Considerar entre el equipo de salud y el usuario (puede haber participación de la familia), el objetivo de tratamiento que puede ser de abstinencia o de reducción del consumo. De acuerdo a lo convenido, trazar estrategia de tratamiento.
- f) Evaluar nivel de motivación y disposición para el cambio del usuario y de su familia.
- g) Solicitar estudios paraclínicos: hemograma, glicemia, urea, creatinina, ácido úrico, perfil lipídico, amilasa, transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, velocidad de eritrosedimentación (VES), crisis sanguínea, proteinograma electroforético, marcadores de hepatitis B, VDRL⁵ y HIV⁶.
- h) Solicitar Radiografía de tórax y ecografía de abdomen.
- i) Derivar a consulta con servicio de Medicina Interna.
- j) Derivar a equipos de salud de atención específica a alcohólicos del MSP según departamento del Interior o barrio de Montevideo donde reside el usuario.
- k) Derivar a Servicio Social.
- l) Registrar en historia clínica del usuario: nivel de alcoholismo, motivo de consulta, exámenes solicitados, derivaciones planteadas, observaciones médicas, de enfermería, de psicología y de servicio social.

⁵ VDRL significa: *Venereal Disease Research Laboratory*. Es un test realizado en sangre del usuario para detección de sífilis

⁶ HIV (en inglés) o VIH (en español) significa: virus de la inmunodeficiencia humana. Fue descubierto en Francia en 1983 y considerado como el virus causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

PROTOCOLO 5

Usuarios con intoxicación etílica aguda (IEA)

Las manifestaciones más relevantes de la intoxicación etílica aguda son:

- Cambios conductuales desadaptativos como la desinhibición de impulsos sexuales y agresivos, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad social o laboral, lenguaje farfullante, descoordinación, marcha inestable, rubor facial, cambio del estado de ánimo, irritabilidad, locuacidad y disminución de la capacidad de atención. La conducta habitual del sujeto puede acentuarse o alterarse. Factores como la existencia de tolerancia, el tipo y la cantidad de bebida ingerida, la rapidez del consumo, ingesta simultánea o no de alimentos, circunstancias ambientales, personalidad, consumo de algún medicamento, influirán de forma notable en las características de la embriaguez.
- Depresión vascular que puede deberse a alteración de factores vasodepresores centrales y a depresión respiratoria.
- Hipotermia, favorecida por la primera fase de vasodilatación cutánea y sensación de calor, con aumento de la pérdida calórica y también alteración del termostato central. La intoxicación alcohólica, la intoxicación por drogas de abuso y los trastornos psiquiátricos son las causas más frecuentes de hipotermia.
- Amnesia de los acontecimientos sucedidos durante la ingesta.
- Pérdida de conciencia que puede evolucionar al coma e incluso muerte por depresión cardiorrespiratoria.

El diagnóstico de intoxicación alcohólica aguda se hace en base a los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders (DSM-IV)⁷ y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10)⁸ (Ver Anexos 1 y 2).

El tratamiento de la intoxicación alcohólica aguda es sintomático y se adecua al nivel de conciencia del usuario, el tiempo transcurrido desde la ingesta y la presencia de alteraciones asociadas (traumatismos, consumo de otras drogas, diabetes, hipertensión, hepatopatías, excitación psicomotriz, auto o heteroagresividad, etc.).

- a) Identificar al usuario: colocarle pulsera con nombre completo y n° de cédula de identidad. Si no se cuenta con dicha información se identifica como NN, lugar de internación, n° de cama o de box del Servicio de Emergencia.
- b) Establecer motivo de ingreso.
- c) Determinar condiciones de ingreso: si llega por si solo, si lo trae un familiar o conocido, si lo trae la policía, si llega a causa de un accidente.
- d) Colocar al usuario en camilla o cama con barandas en un ambiente tranquilo, con poca luz; colocarlo totalmente desnudo en decúbito lateral y evitando la hiperextensión del cuello.
- e) Extraer los objetos que obstruyan la vía aérea.
- f) Si es necesario proporcionar el material para punción cricotiroidea o intubación orotraqueal. Colaborar con el procedimiento.
- g) Realizar evaluación general primaria de todos los sistemas y aparatos del usuario:

Vía área

Permeabilidad

- Caída de lengua.
- Frecuencia respiratoria.
- Coloración de piel y lecho

⁷ DSM IV – cuarta edición realizada por la *American Psychiatric Association*. Herramienta utilizada internacionalmente para unificar criterios diagnósticos y para mejorar la recogida de datos en la clínica

⁸ El CIE 10 establece los códigos para clasificar enfermedades y para clasificar signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

ungueal.

Aparato circulatorio

- Pulso (frecuencia y ritmo).
- Presión arterial.
- Coloración de piel y lecho ungueal.

Sistema Nervioso

- Estado de conciencia.
- Respuesta pupilar.
- Movimientos oculares, nistagmo.
- Respuesta motora.
- Existencia de ansiedad, agitación.
- Movimientos anormales.
- Marcha.

Aparato digestivo

- Náuseas.
- Vómitos.
- Sangrados altos o bajos.

Piel y mucosas

- Coloración.
- Temperatura.
- Presencia de lesiones, heridas, fracturas.
- Hemorragias.
- Hematomas.
- Sudoración.

Comportamiento

- Excitación.
- Euforia.
- Actitud beligerante.
- Verborrea.
- Labilidad afectiva.
- Desinhibición de impulsos sexuales.
- Agresividad.
- Confusión.
- Alteraciones del pensamiento.

- h) Realizar diagnóstico de intoxicación alcohólica aguda según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10 (OMS) y *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (Ver Anexos 1 y 2).
- i) Realizar evaluación y diagnóstico de enfermería según *North American*

Nursing Diagnosis Association
NANDA⁹

- j) Diagnosticar riesgo vital y nivel de intoxicación alcohólica aguda
- k) Colocar al usuario en decúbito lateral, en un ambiente tranquilo, con poca luz y con medidas de seguridad (barandas en la cama) para prevenir accidentes por caída.
- l) No dejarlo solo.**
- m) Abrigar al usuario según grado de hipotermia y según temperatura ambiente.
- n) Si la **IEA es leve** y no está asociada a otras patologías, mantener en reposo.
- o) Observar y controlar signos vitales, cumpliendo con los puntos j) y k).
- p) Si la **IEA es moderada**, y hay presencia de obnubilación, respuesta lenta a estímulos o menor estado de alerta, se recomienda agregar a las medidas planteadas en el punto k) la administración de una ampolla de 100 mg. de Tiamina¹⁰ I/M. Tener en cuenta hipersensibilidad a la vitamina B1. Si es necesario se realiza hidratación parenteral con suero glucosado al 5%, controlando glicemia. La hidratación parenteral se inicia después de haber inyectado la tiamina (para evitar encefalopatía de Wernicke)¹¹. La hidratación parenteral con suero glucosado al 5% o al 10%, según control de glicemia,

⁹ *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) establece los diagnósticos de Enfermería de mayor aceptación internacional y ayuda a unificar el lenguaje enfermero.

¹⁰ Tiamina – Vitamina B1 – vitamina hidrosoluble que pertenece al complejo de Vitaminas B. Participa en el metabolismo de los hidratos de carbono, cumple un rol indispensable en el funcionamiento del SNC, contribuye al mantenimiento de la piel en buenas condiciones. La ingesta excesiva y crónica de alcohol genera su carencia.

¹¹ La encefalopatía de Wernicke es un cuadro neurológico agudo que se produce por un déficit vitamínico (tiamina o vitamina B1); es más frecuente en pacientes alcohólicos aunque puede asociarse a otros procesos de forma más excepcional como a la hiperémesis gravídica. La triada clásica se caracteriza por: oftalmoplejia, ataxia y alteraciones confusionales (Abdel-Hadi H. Álvarez M. *et al* .2004).

siempre se hará después de administrar tiamina, para prevenir la posibilidad de desarrollo de una encefalopatía de Wernicke (Rossi G. *et al.* 2007).

q) Si la **IEA es grave**, puede aparecer en la presentación clínica:

- Hipoglucemia.
- Trastornos metabólicos.
- Hipotermia.
- Hipotensión arterial.
- Arritmias.
- Depresión respiratoria.
- Convulsiones.
- Insuficiencia renal aguda.
- Estupor, confusión y coma.

Si el usuario se encuentra en **coma**, debe ser considerado una urgencia médica y debe recibir asistencia en un centro de tercer nivel (Rossi G. *et al.* 2007).

- Evaluación del Sistema Nervioso con Escala de Glasgow¹². “Pacientes estuporosos o comatosos con Glasgow inferior a 10, abolición del reflejo tusígeno o nausígeno, depresión respiratoria, acidosis metabólica, tensión sistólica menor de 90 mm hg o enfermedad que pueda descompensarse deben ser tratados en medio hospitalario” (Izquierdo M. 2002:187-188).
- Hospitalizar al usuario en sala de cuidados moderados, intermedios o intensivos, según gravedad del estado general, complicaciones o patologías asociadas.
- Colocarlo en decúbito lateral, en un ambiente tranquilo, con poca luz y con medidas de seguridad

(barandas en la cama) para prevenir accidentes por caída.

- No dejarlo solo.
- control de temperatura. “Hipotermias inferiores a 31°C pueden producir coma” (Izquierdo M. 2002:188).
- Abrigar al usuario según grado de hipotermia y según temperatura ambiente.
- Colocar vía venosa periférica e implementar plan de sueros de acuerdo a necesidades. Si no es posible el acceso periférico, pensar en el acceso venoso central, siendo las vías de elección:
 - Yugular interna.
 - Vena femoral.
 - Subclavia.
- Realizar control de signos vitales cada hora.
- Realizar control de vía aérea, especialmente permeabilidad por posibilidad de broncoaspiración. Si es necesario, oxigenoterapia.
- Extraer muestra de sangre para glicemia, alcoholemia, hemograma, urea, creatininemia, funcional hepático, enzymograma, gasometría.
- Si es necesario monitorización continua.
- Administrar una ampolla de 100 mg. de Tiamina¹³ I/M. Tener en cuenta hipersensibilidad a la vitamina B1. Si es necesario realizar hidratación parenteral con suero glucosado al 5%, controlando glicemia. La hidratación parenteral se inicia después de haber inyectado la tiamina (para evitar encefalopatía de Wernicke) “La hidratación parenteral con suero glucosado al

¹² La Escala de Coma de Glasgow es una escala neurológica que fue diseñada para evaluar el nivel de conciencia de los usuarios que han sufrido un traumatismo de cráneo (TCE) pero que actualmente se ha generalizado su uso para realizar una evaluación neurológica en cualquier usuario que debe ser controlado por una posible descompensación de su Sistema Nervioso. Se basa en la evaluación de tres parámetros: respuesta ocular, motora y verbal. Se les asigna a cada una un puntaje que variará en cada usuario según su respuesta. El valor más bajo que se puede obtener es 3 y el más alto 15.

¹³ Tiamina – Vitamina B1 – vitamina hidrosoluble que pertenece al complejo de Vitaminas B. Participa en el metabolismo de los hidratos de carbono, cumple un rol indispensable en el funcionamiento del SNC, contribuye al mantenimiento de la piel en buenas condiciones. La ingesta excesiva y crónica de alcohol genera su carencia

5% o al 10%, según control de glicemia, siempre [se hace] después de administrar tiamina, para prevenir la posibilidad de desarrollo de una encefalopatía de Wernicke¹⁴ (Rossi G. *et al.* 2007:52).

Usuarios con IEA y complicaciones

- a) Si el usuario presenta **alteraciones de su conciencia** hay que descartar otras etiologías asociadas o no a la intoxicación alcohólica:
- Hematoma subdural
 - Hipoglucemia
 - Encefalopatía hepática
 - Cetoacidosis diabética
 - Meningitis
 - Encefalitis infecciosa
 - Intoxicación por otros fármacos
 - Estados posictales
- b) “Si el usuario presenta **excitación psicomotriz**, agitación, conductas violentas o alucinaciones aplicar:
- Haloperidol (1mg. a 5 mg. i/m o i/v).
 - Clorpromazina (50 mg. diluido en 500cc de suero a goteo lento hasta sedación).
 - No usar benzodiazepinas por su efecto depresor respiratorio” (Rossi G. *et al.* 2007:52).

PROTOCOLO 6

Usuarios con síndrome de abstinencia alcohólica

El síndrome de abstinencia alcohólica, de forma típica se desarrolla en pacientes que ingieren alcohol diariamente al menos en los últimos 3 meses o han ingerido grandes dosis en las últimas semanas (Martínez J. Valero M. *et al.* 2009).

Según J. Martínez *et al.* (2009) se pueden considerar cuatro etapas:

Estadio 1: Síndrome precoz consistente en ansiedad y necesidad de ingesta de alcohol.

Estadio 2: Gravedad intermedia a las 24-36 horas. Se caracteriza por efectos adrenérgicos incluyendo taquicardia, hiperventilación, hipertensión sistólica, diaforesis, febrícula, alucinaciones, ansiedad intensa, temblor e insomnio.

Estadio 3: Consiste en convulsiones tónico-clónicas y ocurre entre las 12 y 72h.

Estadio 4: Consiste en delirium tremens, a menudo ocurre siguiendo inmediatamente a una convulsión tónico-clónica, típicamente entre las 48-72h tras la última ingesta. Actualmente se mantiene la clasificación previa reducida a un síndrome temprano o menos grave y un síndrome tardío, más grave, y potencialmente mortal. Utilizando esta clasificación de forma didáctica, no hay que perder la perspectiva de que son distintos estadios de gravedad del mismo proceso y que el paciente puede progresar de uno a otro.

Abstinencia leve o moderada

“Los síntomas característicos de la abstinencia de alcohol leve o moderada se presentan en las 24/72 horas después de la última dosis y en el 90% de los pacientes desaparece entre 3 y 7 días. Es un suceso benigno y autolimitado del cual la persona se recupera espontáneamente (...) Un 5% de los pacientes que presentan sintomatología leve o moderada puede evolucionar hacia un cuadro de abstinencia grave” (Rossi G. *et al.* 2007:55).

¹⁴ “Esta secuencia evita el desvío del metabolismo glucídico hacia la vía anaeróbica que produce liberación del ácido glutámico, el cual puede colaborar en la lesión cerebral” (Rossi, G. *et al.* 2007:56).

Los **síntomas** son:

- Temblor distal.
- Hiperactividad vegetativa (sudoración taquicardia, hipertensión).
- Náuseas.
- Vómitos.
- Inquietud psicomotriz.
- Irritabilidad.
- Insomnio.

En estos casos se debe:

- a) Mantener al usuario en reposo en ambiente calmo y con pocos estímulos. No dejarlo solo.
- b) Hidratarlo v/o.
- c) Control de signos vitales.
- d) Administrar tiamina v/o, ácido fólico, complejo B, Vitamina K (5 mg a 10 mg/día) y tranquilizantes menores.
- e) Orientación sobre consecuencias y prevención del alcoholismo al usuario y familiares.

Abstinencia grave

El síndrome de abstinencia grave "(...)" en general se presenta en forma evolutiva dentro de la semana del cese del consumo de alcohol o de una reducción en la ingesta del mismo. Importa destacar que este cuadro también puede instalarse bruscamente" (Rossi G. *et al.* 2007:55).

Los **síntomas** son:

- Temblor distal.
- Hiperactividad vegetativa (sudoración taquicardia, hipertensión).
- Náuseas.
- Vómitos.
- Inquietud psicomotriz.
- Irritabilidad.
- Insomnio.
- Crisis convulsivas generalizadas.
- Agitación.
- Desorientación témporo-espacial.
- Alucinaciones.

En estos casos se debe:

- a) Hospitalizar al usuario.
- b) Mantener al usuario en ambiente tranquilo, con pocos estímulos, en reposo absoluto y acompañado siempre.
- c) Realizar evaluación general.
- d) Hidratar por v/o o parenteral. Si se hace hidratación parenteral administrar siempre la tiamina i/m primero.
- e) Realizar balance hídrico y reposición de acuerdo a resultados.
- f) Administrar tiamina 300 mg/día i/m
- g) Administrar ácido fólico 1 mg/día v/o.
- h) Administrar Complejo B.
- i) Administrar Vitamina K 5 a 10 mg/día.
- j) Administrar benzodiazepinas v/o si hay agitación, temblor, taquicardia o hipertensión. No hacer diazepam e/v sin asistencia respiratoria.

En el caso de ancianos o usuarios que presentan además insuficiencia hepática, confusión mental o demencia:

- k) Utilizar benzodiazepinas de vida media corta v/o como el lorazepam.
- l) Evitar el uso de antipsicóticos fenotiazínicos (bajan el umbral convulsivo, pueden provocar síntomas extrapiramidales e hipotensión).
- m) No administrar clorpromacina por su efecto colinérgico.
- n) No administrar difenil-hidantoína en caso de convulsiones. Utilizar benzodiazepinas v/o (diazepam como droga de elección).

Delirium tremens

Es la tercera fase del cuadro de abstinencia alcohólica. Es un cuadro clínico de mayor gravedad que debe ser considerado una urgencia médica. Puede ser mortal y necesita ser atendido en un centro hospitalario. La mortalidad es del 20% en las personas no tratadas y del 5% en usuarios tratados. “La causa de muerte reside en el marcado desequilibrio hidroelectrolítico, la hipertermia severa y/o fallo en la función de órganos vitales. Puede comenzar como agravamiento de los síntomas de la abstinencia, presentarse luego de las convulsiones o sobrevenir en forma brusca” (Rossi G. *et al.* 2007:57). Comienza a las 72 horas siguientes al cese de la ingesta y tiene su pico máximo a los 5 días. Puede aparecer también frente a una reducción del consumo alcohólico en personas muy dependientes. Un aspecto importante son las alucinaciones características – terroríficas y persecutorias – lo que puede llevar al usuario a conductas suicidas.

Los **síntomas** son:

- De abstinencia agravados.
- Estado confusional.
- Alucinaciones, fundamentalmente visuales con contenido persecutorio y terrorífico.
- Angustia.
- Euforia.
- Cólera.
- Agitación psicomotriz.
- Alto riesgo suicida.
- Hipertermia.
- Temblores.

En estos casos se debe:

- a) Hospitalizar al usuario, preferentemente en una sala de psiquiatría. Ambiente tranquilo, con bajos estímulos, con luz tenue y continua, con medidas de seguridad (barandas en cama) para evitar caídas.
- b) No dejarlo nunca solo.
- c) controlar signos vitales cada dos horas
- d) Si es necesario, monitorizar.
- e) Realizar Balance hídrico con reposición según resultados.
- f) Realizar hidratación parenteral por vía venosa periférica, de ser posible. Aportar volumen, electrolitos y nutrientes. Iniciar siempre después de haber inyectado tiamina i/m.
- g) Administrar antitérmicos v/o cada 6 horas.
- h) Administrar Diazepam v/o. Si se usa la vía intravenosa, control respiratorio y asistencia respiratoria. Disminución gradual de la dosis elegida luego de una a tres semanas de tratamiento. Puede usarse lorazepam. Se usa para controlar la hiperactividad autonómica y la hiperexcitabilidad.
- i) Administrar Haloperidol entre 5 y 15 mg/día, v/o ó i/m. Se usa para el control del síndrome confuso-onírico y la agitación.
- j) No administrar clorpromacina por su efecto colinérgico.
- k) Administrar Tiamina 300 mg/día i/m.
- l) Administrar vitaminas B6 y B12.
- m) Administrar Ácido fólico.

ANEXO 1

Criterios para el diagnóstico de intoxicación por alcohol (DSM-IV)

- Ingestión reciente de alcohol.
- Cambios psicológicos o conductuales desadaptativos, clínicamente significativos de los que suelen aparecer durante o poco después de su consumo: sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la capacidad laboral o social, que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante el consumo de alcohol o poco después:
 - Lenguaje farfullante.
 - Incoordinación.
 - Marcha inestable.
 - Nistagmo
 - Deterioro de la atención o la memoria.
 - Estupor o coma.

Los síntomas no se deben a enfermedad médica o se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ANEXO 2

Pautas diagnósticas de intoxicación alcohólica aguda según CIE 10

- Estado transitorio consecutivo a la ingestión que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones o respuestas fisiológicas o psicológicas.
- Suele tener una relación estrecha con la dosis ingerida, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave.
- La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta.
- La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo
- A dosis bajas predominan los efectos estimulantes sobre el comportamiento. Al aumentar la dosis produce agitación y agresividad y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Referencias bibliográficas

Abdel-Hadi Álvarez H, Rodríguez-Lafora Bastos M. Cantarero Gracia A. Encefalopatía de Wernicke como complicación de hiperemesis gravídica. An. Med. Interna (Madrid) 2004; 21(1):46-47

Ayesta FJ Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. Departamento de fisiología y farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Material entregado en el curso on-line de la Junta Nacional de Drogas, Uruguay, 2010.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta edición (DSM-IV) [American Psychiatric Association](#). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. Barcelona, 1995.

Dueñas Laitas A. Intoxicaciones Agudas en Medicina de Urgencia y Cuidados Críticos. Editorial Masson. España, 1999.

Martínez J. Martín Paéz A. Valero M. Salguero M. Síndrome de abstinencia. Disponible en: [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual de urgencias y Emergencias/mono.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf) [Fecha de consulta: 24 febrero 2009].

Izquierdo M. Intoxicación alcohólica aguda. Unidad de alcoholismo del Hospital Psiquiátrico de Plasencia, Cáceres, España, 2002.

Junta Nacional de Drogas (JND). Drogas: más información, menos riesgo. Editado por Presidencia de la República. 6ª Edición. Uruguay. Marzo 2008.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); Ginebra, 1992.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Comité de expertos de la OMS en Fármaco dependencia. 28 Informe. Ginebra. Serie de Informes Técnicos, OMS, No 836. 1993 (33 páginas).

Pouy A. Alcoholismo. Aspectos médicos y psiquiátricos. Trabajo presentado en el Curso on-line: "Abordaje multidisciplinario sobre la problemática del consumo de drogas". Junta Nacional de Drogas. Uruguay, 2008.

Rossi G. Triaca J. Pouy A. Alcohol. En: Junta Nacional de Drogas. Programa nacional de atención a usuarios problemáticos de drogas. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. Uruguay, 2000.