

“ROL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL USO Y ABUSO DE ALCOHOL EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UHB. A PROPÓSITO DE UN CASO.”

AUTORES:

SARA RECIO HERNANDEZ.
ELSA MARÍA ALVAREZ GALLAR.
VÍCTOR ENRÍQUEZ CALATRAVA.
PATRICIA GONZALEZ ALEGRE.
RUBÉN MERA PÉREZ.
SARA GARCÍA CÁNOVAS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En la sociedad actual el consumo de alcohol es un hábito de vida muy extendido en la población.

El consumo abusivo lleva a problemas de muchas índoles, tanto desde el punto de vista estrictamente sanitario hasta problemas familiares, sociales, laborales, económicos, legales...

En el ámbito de la salud mental el alcoholismo adquiere una especial importancia, ya que se presenta en alto porcentaje como comorbilidad de otras enfermedades mentales.

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

- Exponer el problema del alcoholismo desde una perspectiva biopsicosocial mediante la contextualización del consumo de alcohol en la sociedad actual y analizando los datos de consumo aportados por varios organismos competentes en dicha materia en los últimos años.
- Describir los conceptos generales y los cuidados de enfermería más relevantes sobre la enfermedad alcohólica que hay que tener en cuenta en el medio hospitalario.
- Analizar un plan de cuidados individualizado de un paciente ingresado en una UHB y conocer sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODO:

Para la consecución de los dos primeros objetivos hemos realizado una revisión de la bibliografía que posteriormente adjuntamos y los datos estadísticos de los últimos años propuestos por la OMS y por el Ministerio de Sanidad a través de su Plan Nacional sobre Drogas.

Para la consecución de la descripción y análisis del plan de cuidados individualizado hemos utilizado los datos obtenidos de la historia clínica de un paciente ingresado en la UHB del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, la valoración estandarizada por patrones funcionales de M. Gordon y la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Para la obtención de los resultados hemos utilizado la observación y evaluación del paciente a lo largo del ingreso.

USO Y ABUSO DEL ALCOHOL EN LA SOCIEDAD ACTUAL:

El Alcohol es una sustancia muy común en nuestra sociedad, cuyo consumo se muestra como algo normalizado, debido a que, en gran parte se consume en sociedad (bares, restaurantes, celebraciones, etc...). Su aceptación y consumo generalizado, conlleva a que en ocasiones se permita disimular la enfermedad que produce una ingesta abusiva.

El uso peligroso del alcohol conlleva a producir diversos daños sociales, así como costos económicos diversos, la mayoría de los cuales no se reflejan en estadísticas de enfermedades relacionadas con el alcohol. A nivel personal desemboca en pobreza y en un importante deterioro y aislamiento social, debido a que el consumo nocivo está relacionado con problemas graves de índole social y de desarrollo, en particular violencia, el descuido y maltrato de menores y absentismo laboral.

Según datos de la OMS, el consumo nocivo de dicha sustancia ocasiona grandes repercusiones en la salud pública, siendo el causante de 2,5 millones de muertes cada año y llegando a ocupar el segundo factor de riesgo en Europa. Además, cada vez existen más pruebas y datos que prueban la existencia de relaciones entre el uso nocivo del alcohol con enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA o la tuberculosis, así como otras enfermedades no transmisibles como enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos cánceres. Otra proporción considerable de la fracción de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol, está ligada a traumatismos involuntarios e intencionales, en particular los causados por actos de violencia, suicidios y accidentes de tráfico.

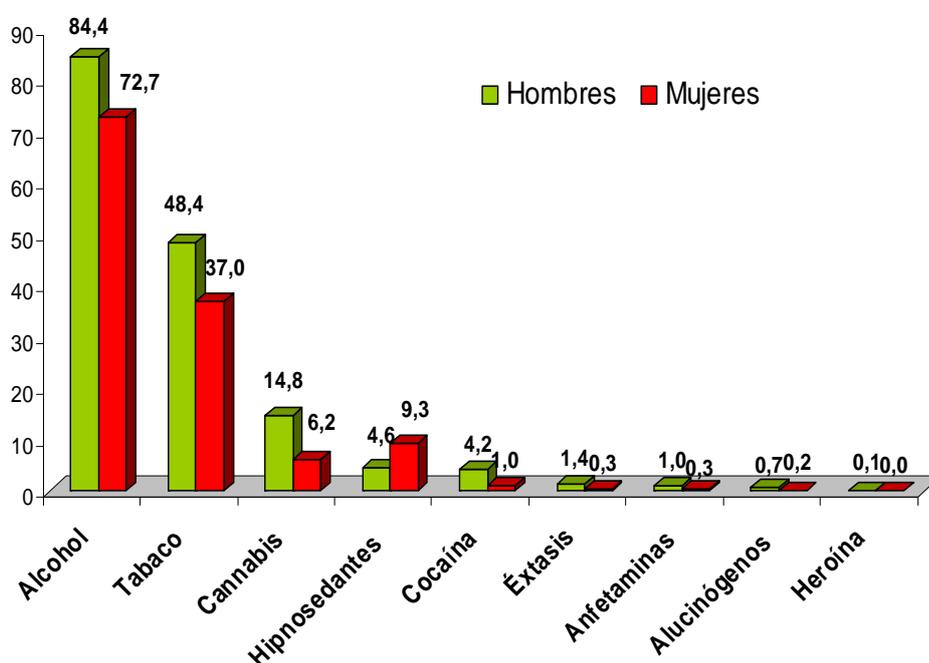
Los niveles, las características y el contexto social del consumo del alcohol varían según la región, el país y la comunidad, debido a las diferentes culturas, valores, creencias y estilos de vida de cada lugar. Existen otras características del consumidor, de tipo biológico, tales como el sexo, la edad, etc. que determinan los distintos grados de riesgo. También contribuyen el grado de exposición al alcohol y las circunstancias en las que se produce la ingesta.

Para obtener información útil sobre este problema y así poder crear y evaluar políticas de prevención, el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años, desde 1995, una encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España

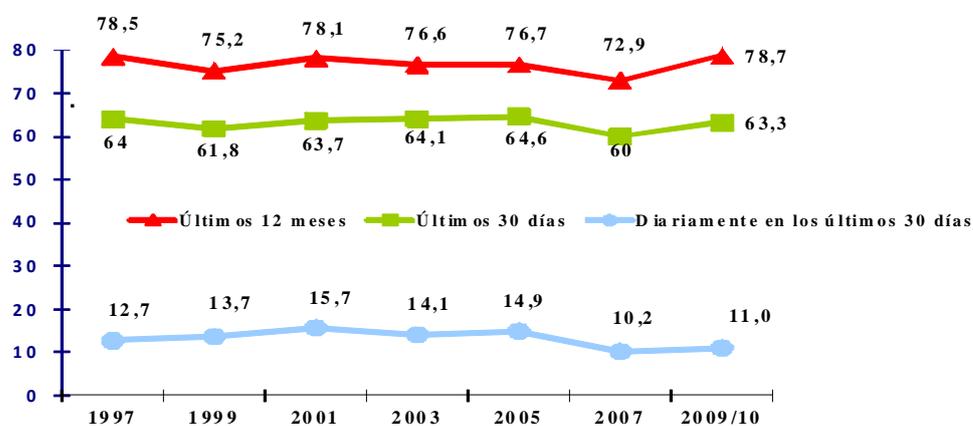
(edades) en población adulta. Más concretamente estudia la prevalencia y evolución.

El último estudio publicado (2010) sobre dicha encuesta revela las siguientes conclusiones; el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y en el 90% de los policonsumidores está presente dicha sustancia, además se ha producido un aumento de los consumos intensivos de alcohol (atracones y borracheras). Sin embargo el consumo se mantiene estable con respecto a los datos anteriores a dicha encuesta.

Según muestran los datos obtenidos en el último estudio realizado (2009/2010), el alcohol es la droga más consumida en la población adulta comprendida entre los 15-64 años, siendo el consumo más elevado en hombres;



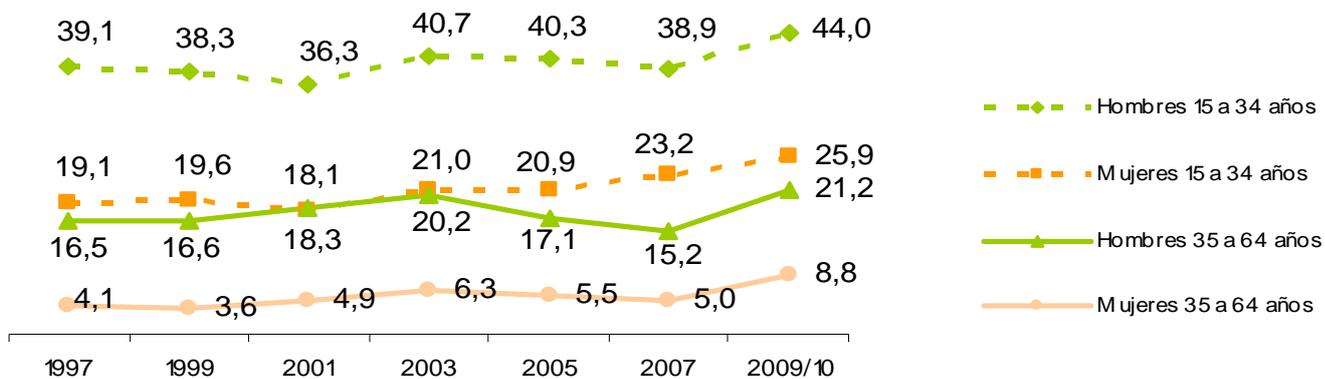
El estudio realizado por dicha institución revela que los consumos se mantienen relativamente estables con respecto a años anteriores, aunque se observa un ligero repunte de consumo con respecto a 2007.



En 2009, el 23,1% de la población de 15 a 64 años se emborrachó en los últimos 12 meses. (67% hombres y 33% mujeres).

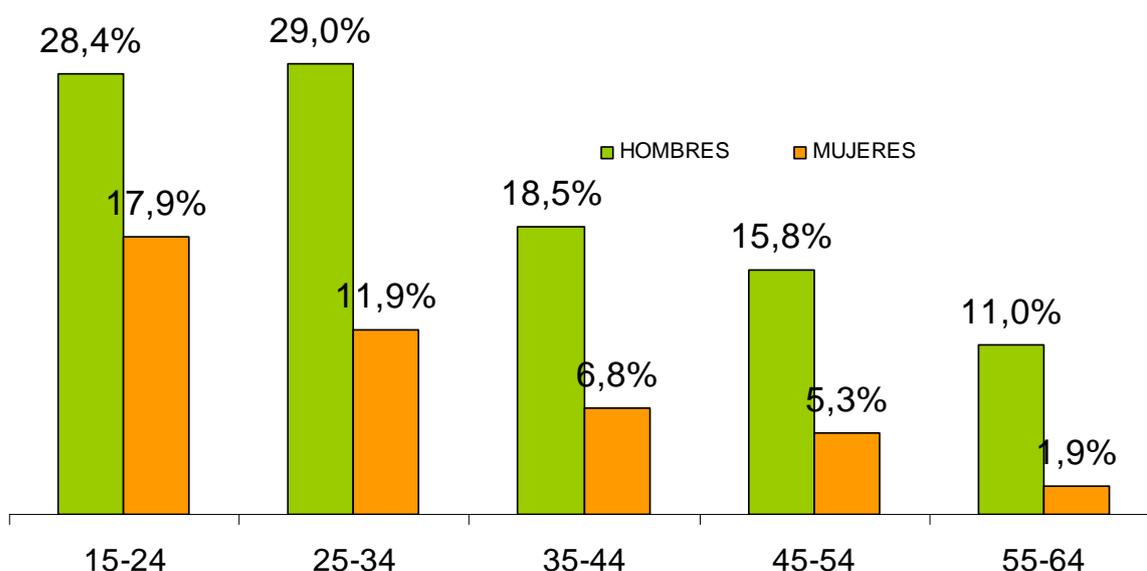
Tendencia ascendente de las borracheras de 15 a 64 en ambos sexos y grupos de edad.

Borracheras (%) en los últimos 12 meses de 15 a 64 años por edad y sexo.



Otro dato importante analizado por dicho estudio, es la realización del **Binge drinking** (ingesta de 5 o > bebidas alcohólicas (hombres) y 4 o > (mujeres) en la misma ocasión, en el plazo de un par de horas). En 2009, el 14,9% de la población de 15 a 64 años hizo binge drinking (70% hombres y 30% mujeres). El binge drinking se da fundamentalmente en hombres de 15 a 34 años.

Atracones o binge drinking* en los últimos 30 días de 15 a 64 años por edad y sexo.



Las actuales tendencias sanitarias, culturales y comerciales pertinentes a nivel mundial indican que el uso nocivo del alcohol seguirá siendo un problema de salud, en el mundo entero. Según la OMS, los problemas sanitarios, de seguridad y socioeconómicos achacables al consumo, se puede reducir eficazmente mediante medidas aplicadas según las características y circunstancias en las que se produce la ingestión, así como a los determinantes sociales de la salud.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL ALCOHOLISMO Y LOS CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO:

En primer lugar enunciaremos los **conceptos generales sobre el alcoholismo**:

Consumo perjudicial: Incluye a aquellas personas que presentan problemas físicos o psicológicos como consecuencia del consumo de alcohol, independientemente de la cantidad consumida; incluyendo también problemas familiares, laborales o sociales.

El consumo de riesgo vendría determinado por las cantidades de consumo y se podría resumir en la siguiente tabla:

Bebedor moderado	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial
Hombres: < 40 g/ día	> 40 g/ día	Problemas físicos y psíquicos por el consumo
Mujeres: < 24 g/ día	> 24 g/ día	Problemas físicos y psíquicos por el consumo

Abuso de alcohol: patrón desadaptativo de consumo con deterioro significativo en las obligaciones personales o consumo en situaciones de riesgo, problemas legales o perseverancia en el consumo a pesar de sus consecuencias.

Dependencia: Indica pérdida de control y reiteración en el consumo a pesar de las consecuencias adversas.

Dependencia con síntomas físicos: cuando hay un grupo de síntomas conductuales y fisiológicos en la abstinencia.

Tolerancia: es consecuencia de la adaptación física del organismo a la presencia de alcohol, y se define como la necesidad de ingerir cantidades crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o los efectos deseados; o una disminución de los efectos al hacer uso continuado de las mismas cantidades de alcohol.

Disminución de la capacidad para controlar el consumo: en el que se asocian la incapacidad para la abstinencia, el deseo de consumir y la pérdida de control sobre el consumo una vez iniciada la ingesta.

Negligencia en actividades: es una consecuencia una vez la enfermedad progresa y denota unas consecuencias conductuales, entre las que destacan la incapacidad para mantener relaciones saludables a nivel laboral, social, familiar y recreativo.

En segundo lugar enunciaremos los **grandes trastornos** asociados al uso de alcohol **y su clínica** aguda:

Intoxicación alcohólica aguda: que viene determinada por la siguiente clínica:

- Cambios conductuales, lenguaje farfullante, disartria, falta de coordinación, inestabilidad en la marcha, nistagmo, alteraciones de la memoria, confusión (no recuerda lo que percibe y no consigue integrarlo en el pensamiento), desorientación. Coma etílico.

Intoxicación atípica: Graves alteraciones conductuales como agitación, agresividad e ilusiones y alucinaciones.

Síndrome de abstinencia: es el conjunto de síntomas que aparecen cuando se disminuye el consumo de alcohol de forma importante y/o sin tratamiento. Su clínica es la siguiente:

- Aparecen entre las 4-12 horas desde la última ingesta.
- Se puede dar cuando hay disminución en la cantidad de ingesta, aunque no haya abstinencia total.
- Mayor intensidad a las 48 horas. Remite a partir del 4^o-5^o día.
- Nauseas, vómitos, mareos y cefaleas.
- Ansiedad, sudoración, temblor distal en MMSS.
- Insomnio e hiperactividad.

Delirium Tremens: El síndrome de abstinencia puede evolucionar hacia un cuadro de delirium tremens, que es una patología grave de alta mortalidad y que requiere un tratamiento urgente. La clínica y características que lo diferencian del síndrome de abstinencia son las siguientes:

- Aparecen entre las 24-72 horas de la última ingesta.
- Mismos síntomas que en el síndrome de abstinencia.
- Disminución del nivel de conciencia y confusión.
- Hipertensión, sudoración y taquicardia. Fiebre.
- Alucinaciones.
- Convulsiones.
- Agitación.

- Alta Mortalidad (5% aproximadamente). Mas en personas que ya lo han padecido anteriormente.
- Mortalidad por fallo renal, hepático y/o cardiaco.

En tercer lugar enunciar las **consecuencias derivadas del consumo de alcohol:**

Patología digestiva:

- Hepatopatías: esteatosis, fibrosis, hepatitis alcohólica, hepatitis crónica, cirrosis, carcinoma.
- Patología gastrointestinal: cáncer de esófago, gastroenteritis, úlcera gastroduodenal y otras alteraciones intestinales.
- Pancreatitis.

Patología cardiovascular:

- Miocardiopatía alcohólica (hipertrofia) e hipertensión.

Trastornos de la sangre:

- Anémias, leucopenia y trombocitopenia.

Trastornos de la nutrición:

- Déficit de vitamina A: problemas cutáneos.
- Déficit de vitaminas B: alteraciones neurológicas.
- Déficit de vitamina C: infecciones y hemorragias.
- Déficit de Mg, Zn, Ca, K y P: Debilidad muscular y ósea.

Trastornos musculares:

- Miopatías, cansancio, dolor a la presión, atrofia...

Trastornos neurológicos:

- Polineuritis alcohólica: degeneración de los nervios sensoriales de las extremidades.
- Neuritis óptica: pérdida de agudeza visual incluso ceguera.
- Síndrome de Marchiafava-Bignani: Afectación del lóbulo frontal y disfunción hemisférica (trastorno del lenguaje, marcha e incontinencia) de curso progresivo.
- Degeneración de la corteza cerebral y deterioro cognitivo.
- Síndrome de Wernicke-korsakov:
 - Encefalopatía de Wernicke: trastornos oculomotores (nistagmo y parálisis), ataxia y confusión mental llegando a estupor y coma si no hay tratamiento con tiamina.
 - Psicosis de Korsakov: amnesia y clínica psicótica.

Trastornos psicóticos:

- Alucinosis alcohólica: se da al abandonar o reducir la ingesta y existen alucinaciones e ideas delirantes. Normalmente de duración inferior a una semana.
- Trastornos paranoides: celotipia, sospechas, desconfianza, delirios con temas hipocondriacos y reacciones agresivas y violentas.

Otros trastornos psiquiátricos:

- Trastornos depresivos (Alto riesgo suicidio), trastornos por ansiedad e insomnio.

Disfunciones sexuales:

- Disminución del impulso sexual y respuesta de excitación (perdida de deseo e impotencia).
- Hipogonadismo.
- Infertilidad.

Síndrome alcohólico fetal:

- Retraso del crecimiento, anomalías craneoencefálicas, retraso mental y del desarrollo.

Problemas sociales:

- Problemas familiares, laborales, económicos y legales.

Por último haremos mención a una serie de **generalidades** que debemos de tener en cuenta tanto en la **valoración como en las intervenciones de enfermería**:

En la valoración de enfermería:

- Buscar factores característicos en la historia del paciente:
 - Vulnerabilidad genético – biológica. (Antecedentes familiares de consumo).
 - Relaciones familiares conflictivas.
 - Influencias ambientales, sociales y de los compañeros que estimulen el consumo
- Observar respuestas fisiológicas correspondientes al abuso de alcohol:
 - Síntomas de intoxicación aguda.
 - Síntomas de abstinencia.
 - Preguntar patrón de consumo: frecuencia, tiempo, tipo de bebidas y cantidad. Consumo de otras sustancias.

- Valoración física general: Estado general de salud, deterioro físico, perfil nutricional, patrón de descanso y enfermedades asociadas.
- Valorar respuestas conductuales típicas:
 - Ansiedad, vergüenza, desesperación, cólera, depresión...
 - Mecanismos de defensa: negación, racionalización y proyección de la culpa.
 - Conciencia de enfermedad.
- Impacto que tiene el abuso de alcohol en aspectos de la vida del paciente:
 - Pérdida de empleo, seguridad, repercusión económica, problemas legales...
 - Pérdida de relaciones personales (familia, amigos, pareja...)
 - Pérdida de autorrespeto y autoestima.
- Valoración anímica y cognitiva:
 - Estado anímico general y posibles variaciones.
 - Estado de ansiedad y capacidad de control.
 - Intencionalidad autolítica.
 - Pérdidas de memoria.
 - Posibles alteraciones en los procesos del pensamiento y en la sensoropercepción.

En las intervenciones de enfermería:

- Formar al paciente y familiares acerca del abuso de sustancias:
 - Síntomas biopsicosociales y consecuencias del abuso de alcohol.
 - Curso de la dependencia.
 - Fenómeno de las recaídas.
 - Efectos del abuso crónico del alcohol.
 - Revisar mecanismos de defensa típicos.
- Animar al paciente a realizar un programa de desintoxicación-deshabitación.
- Actitud de aceptación, evitando conductas enjuiciadoras.
- Ayudarle a expresar su enfado de forma constructiva.
- Ayudarle a identificar y expresar otros sentimientos y emociones.
- Ayudarle a examinar sus conductas desajustadas.
- Ayudarle a identificar puntos fuertes y utilizarlos para mantener la abstinencia.
- Analizar cambios en el estilo de vida necesarios para seguir en abstinencia.
- Ayudarle a que se centre en su realidad presente.
- Fomentar el desarrollo de habilidades sociales adaptativas.
- Enseñar conductas positivas.

Cuidados generales en los cuadros agudos de intoxicación, abstinencia y delirium:

- Objetivo:
 - Mantener signos vitales para evitar depresión respiratoria, posibles aspiraciones, hipoglucemia y choque.

- Intervenciones:
 - Vigilar signos vitales, peso diario y equilibrio nutricional e hidroelectrolítico.
 - Disminuir estímulos ambientales.
 - Hidratación, nutrición y aporte vitamínico-mineral. Si es posible se usará la vía oral, si no la parenteral.
 - Uso de soluciones glucosadas para evitar complicaciones metabólicas.
 - Aporte de vitaminas del grupo B desde el primer momento (Tiamina).
 - Aporte de oligoelementos (Mg, Zn...) si es necesario.
 - Administración de medicación pautada:
 - Sedantes y benzodiazepinas para la agitación.
 - Diazepán para prevenir convulsiones.
 - Antitérmicos.
 - Antieméticos.

PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE INGRESADO EN UHB Y RESULTADOS:

Historia del paciente:

Biografía:

-Embarazo normal. Parto de mellizos, prematuro a los 7 meses. Menor de 4 hermanos.

-Vive sólo con su madre y uno de sus hermanos. Tiene una hija de 3 años de una pareja que tuvo a los 18 años, su relación duró un año y tres meses. Esta se rompió cuando su hija tenía 2-3 meses.

-Estudios hasta tercero de E.S.O. Posteriormente trabajó en la construcción entre los 17 y 19 años. Desempleado desde entonces.

Antecedentes Personales:

-NAMC. No HTA. No DL. No DM.

-No ADVP. No transfusiones. No otros factores de riesgo de hepatopatía.

-Hipertransaminasemia secundaria a enolismo crónico.

-Comienza el consumo de alcohol a los 13 años, (varios litros de vino/día).

- Consumo esporádico de THC.
- Consumo de tabaco (1 paq /día).

Antecedentes Familiares:

- Tío materno fallecido por VIH en 1995.
- Padre y abuelos (materno y paterno) consumo crónico de alcohol.
- Padre falleció Enero 09 por neumonía complicada.
- Abuelo materno falleció Ca de próstata hace 16 años.
- Abuelo paterno falleció por problemas pulmonares en enero del 2009.

Tratamiento farmacológico:

Tiaprizal 100mg (1-1-1)

Tranxilium 50mg (0-0 -1)

Tranxilium 15mg (1-1-0)

Acfol (1-0-0)

Hidroxil (1-1-1)

Omeprazol 20mg (0-0-1)

Nolotil si dolor

Polaramine si prurito

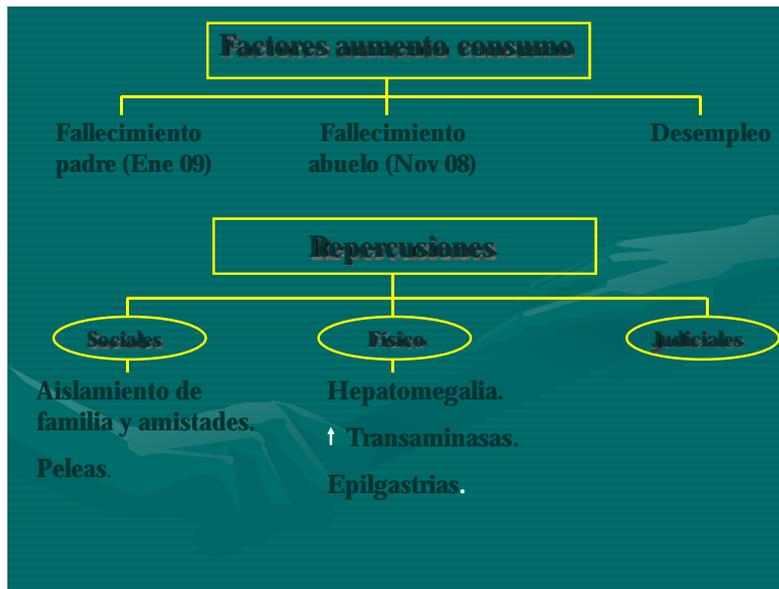
Noctamid si insomnio

Etumina 40 mg si persiste insomnio

Evolución de la historia de alcoholismo:

Paciente con historia de Alcoholismo crónico en seguimiento por el Servicio de Psiquiatría de la UHB desde Noviembre 09. Inicia el consumo de alcohol a los 13 años, en principio de forma esporádica (los fines de semana), progresivamente aumenta la frecuencia hasta que en 2008 consume diariamente. En el contexto del fallecimiento de su abuelo ('08) y padre ('09), y encontrarse desempleado, incrementa el consumo (cerveza 1lit/d y vino 1lit/d).

El perfil del consumo es de bebedor desde que se levanta y generalmente a solas, lo describe como "Forma de evadirse de los problemas". Se valoran importantes repercusiones: SOCIALES (aislamiento de familia y amigos), FÍSICOS (hepatomegalia, elevación de las transaminasas, epigastralgias) y JUDICIALES.



Tuvo el primer ingreso del 16/11/2009 al 07/12/2009, de forma voluntaria para desintoxicación, en el contexto de intoxicaciones etílicas. Al ingreso se valora discreto fetor enólico, inyección conjuntival, temblor grosero en MMSS, dificultades para fijar la atención, importante déficit global de memoria. Ansiedad moderada. Ánimo triste. Discurso parco, enlentecido, poco espontáneo, con insomnio global.

Desde este ingreso, ha presentado una evolución fluctuante, donde se han alternado periodos cortos de abstinencia con periodos de consumo etílico diario (acudiendo a las citas en estado de intoxicación etílica) mantiene seguimiento con SM y Asociación para deshabitación.

Durante los periodos cortos de abstinencia presenta temblor distal, ansiedad y posibles crisis comiciales con traumatismos. A su vez, ha tenido que acudir a urgencia por sintomatología grave de intoxicaciones etílicas y el abandono del tratamiento, precisando además ingresos en la UHB para desintoxicación debido a las situaciones de descontrol con consumo de alcohol en elevadas cantidades.

Tras el último alta (18/05/10), el paciente ingresó en la Comunidad Terapéutica, donde se ha mantenido abstinentemente en el último mes. Tras ser sorprendido consumiendo cannabis y consecuentemente, expulsado hasta el día 12 de julio. En esta situación, el paciente retoma consumo de alcohol en grandes cantidades tras regresar a su domicilio, con toma irregular del tratamiento habitual.

Pide ayuda a la madre quien se pone en contacto con HUPA donde se indica que acuda a Urgencias para valoración de ingreso hospitalario para desintoxicación y contención hasta readmisión en Comunidad Terapéutica.

Al ingreso, el paciente se muestra tranquilo y colaborador en la Unidad. Se realiza el protocolo de acogida y la valoración de enfermería por patrones funcionales de salud de M. Gordon:

I. Percepción-Control de la Salud:

- Parcial conciencia de enfermedad, al mejorar físicamente no contempla otros objetivos del ingreso, solicita el alta voluntaria en varias ocasiones.
- Tiene seguimiento terapéutico, pero cumple el tratamiento de manera regular.
- Dificultad para enganchar con recursos ambulatoriamente (se deriva al CAID tras uno de sus ingresos, pero no acude a la segunda cita) con riesgo de recaída tras el alta.
- Hábitos tóxicos: Alcohol (varios litros de vino/día) y tabaco (1paq/día). Consumo esporádico de THC.

II. Nutricional-Metabólico

- Precisa de dieta de protección hepática debido a hepatopatía alcohólica.
- Náuseas y vómitos.

IV. Actividad-Ejercicio

- Presenta temblor en miembros superiores e inferiores.
- Independiente para ABVD.

V. Sueño-Descanso

- Ritmos cronobiológicos alterados.
- Insomnio de conciliación y sueño interrumpido.
- Precisa medicación hipnótica extra (lormetazepam y clotiapina a diario)

VIII. Rol-Relaciones

- Discurso poco espontáneo, centrado en ocasiones en la tristeza y desesperanza que le causa la pérdida de su padre.
- Adecuado y participativo en la unidad, aunque poco comunicativo con pacientes y personal.
- Cuidadora principal: madre.

X. Adaptación/Tolerancia al estrés

- Estado de tensión y ansiedad generalizado.
- Respuestas desadaptativas (consumo de drogas y alcohol).

No se observan alteraciones significativas en el resto de patrones funcionales.

Diagnósticos de enfermería: NANDA-NOC.-NIC

Durante la realización del plan de cuidados individualizado y una vez realizada la valoración de Enfermería por Patrones de M. Gordon, se procede a la identificación de los diagnósticos de enfermería más relevantes.

<u>Patrones de M.Gordon</u>	<u>Diagnósticos NANDA</u>	<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
Percepción y manejo de la salud	00078 Gestión ineficaz de la propia salud	1603 Conducta de búsqueda de la salud 1805 Conocimiento: conducta sanitaria	5510 Educación sanitaria 4488 Facilitar la autorresponsabilidad 4510 Tratamiento por el consumo de sustancia nocivas 5520 Facilitar el aprendizaje. 5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria.

<u>Patrones de M.Gordon</u>	<u>Diagnósticos NANDA</u>	<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
Patrón sueño descanso	00095 Insomnio	0003 Descanso 1204 Equilibrio emocional	2300 Administración de medicación 1850 Mejorar el sueño 5880 Técnica de relajación

<u>Patrones de M. Gordon</u>	<u>Diagnósticos NANDA</u>	<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
Patrón Rol /Relaciones	00063 Procesos familiares disfuncionales	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia 2602 Funcionamiento de la familia	5240 Asesoramiento 5230 Aumentar el afrontamiento 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7110 Fomentar la implicación familiar 5020 Mediación de conflictos 7150 Terapia familiar

Patrón: Adaptación/Tolerancia al estrés:

<u>Diagnósticos NANDA</u>	<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
00069 Afrontamiento ineficaz	1806 Conocimiento: recursos sanitarios 0906 Toma de decisiones	5250 Apoyo en la toma de decisiones 5480 Clarificación de valores 5020 Mediación de conflictos 5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria
00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	1603 Conducta de búsqueda de la salud 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida	6610 Identificación de riesgos 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos 4350 Manejo de la conducta 6160 Intervención en caso de

		crisis 4360 Modificación de la conducta 5510 Educación sanitaria 5230 Aumentar el afrontamiento
00146 Ansiedad.	1402 Autocontrol de la ansiedad 1302 Afrontamiento de problemas	2300 Administración de medicación 5820 Disminución de la ansiedad 5880 Técnica de relajación 1460 Relajación muscular progresiva 5230Aumentar el afrontamiento

Otros diagnósticos identificados pero no priorizados son los siguientes:

00134 Nauseas

00124 Desesperanza

00135 Duelo complicado.

Resultados:

En este trabajo mediremos los resultados de una forma cualitativa en función de si los objetivos planteados han sido conseguidos de una forma correcta o no; de esta manera los clasificaremos utilizando los términos “positivo” si el objetivo ha sido resuelto o “negativo” si no ha sido resuelto.

En primer lugar diremos que el objetivo general de ingreso ha tenido un resultado positivo, ya que el paciente ha conseguido llevar a cabo una desintoxicación completa, completando el periodo de abstinencia y

presentando una mejoría física y psicológica notable al final del ingreso; así como reanudar el programa de deshabitación tras el Alta hospitalaria en la Comunidad Terapéutica.

A continuación analizaremos los objetivos planteados en los diagnósticos más relevantes en el ingreso:

Diagnósticos: ansiedad e insomnio. Son los diagnósticos que más se pueden trabajar desde la UHB. Los resultados son positivos, ya que el paciente pasa de un estado de ansiedad generalizada y de insomnio global en el momento de ingreso y siendo incapaz de poner medidas de control, a un estado de tranquilidad con momentos puntuales de ansiedad y de regulación del patrón de sueño con sensación de buen descanso que el mismo es capaz de controlar mediante técnicas de relajación y conocimiento del tratamiento farmacológico disponible.

Diagnósticos: afrontamiento ineficaz y tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud. Podemos decir que los resultados son negativos, ya que durante el ingreso se trabaja en los objetivos mediante la educación sanitaria; pero el paciente se marcha de alta sin actitud y sin capacidad clara para tomar decisiones que vayan dirigidas hacia un cambio en el estilo de vida y hacia conductas saludables.

Dichos diagnósticos serían susceptibles de seguir trabajándose desde el programa de continuidad de cuidados en CSM por su enfermero de referencia y desde la Comunidad Terapéutica en el programa de deshabitación.

CONCLUSIONES:

Reducir el uso nocivo del alcohol mediante medidas normativas eficaces y los recursos para aplicarlas de manera adecuada, según la OMS, no es una cuestión que se reduce a la salud pública, si no que en realidad es un asunto del desarrollo, pues la magnitud del riesgo es mucho mayor en los países en desarrollo que en los países de ingresos altos, donde las personas cada vez están más protegidas por leyes e intervenciones integrales, complementadas por mecanismos para hacerlas cumplir. Esta vinculación estrecha que existe entre el uso nocivo de alcohol y el desarrollo socioeconómico, está reconocido en la Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2010, durante la cual se aprobó una resolución en la que hace suya la estrategia mundial para reducir el consumo y por la que insta a los países a que fortalezcan las respuestas nacionales, ya que compete a los países la responsabilidad principal de formular, aplicar, vigilar y evaluar políticas públicas para lograr dicho objetivo.

La enfermería debe prestar especial atención a este problema de salud, ya que tiene un papel fundamental en el ámbito de la prevención, mediante la realización de educación para la salud, fomentando en la población estilos de vida saludables, para lo cual debe tener un amplio conocimiento de la patología alcohólica y de sus cuidados.

El plan de cuidados individualizado nos ha permitido conocer las características concretas del paciente mediante la valoración y obtener unos resultados positivos tras la consecución de las intervenciones y el cumplimiento de los objetivos.

BIBLIOGRAFÍA:

- MEDLINE, de 1975 a 2011
- Cochrane Library (versión año 2010)
- EBM reviews (database of abstracts of reviews of effectiveness) (version año 2010)
- National Guideline Clearinghouse (version año 2002)
- Libro electrónico Urgencias Hospital de Navarra.
- NICE clinical guideline 2010 for alcohol-use disorders
 - Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence
 - Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications.
- Harrison, Principios de Medicina Interna: 17a edición.
- Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica SOCIDROGALCOHOL: Segunda Edición.
- Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición (Sociedad gallega de medicina interna).
- Protocolo actuación en Urgencias Hospital Gregorio Marañón, Madrid.
- Drogodependencia y alcoholismo: cuidados de enfermería. Formación continuada Logoss. 1ª edición, Febrero 2010.
- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2009. <http://www.pnsd.msc.es>
- Observatorio español sobre drogas. Informe 2009. www.pnsd.msc.es
- Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. OMS. www.who.int/substance-abuse7activities/
- Instituto nacional de estadísticas de la administración general del estado. www.ine.es
- Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2009/2010 del plan nacional sobre drogas del ministerio de sanidad. www.msps.es
- Monografía alcohol. Adicciones 2002. delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.
- Butcher, H.K. McCloskey Dochterman, J. Ed Elsevier 2009.
- Bogani I. El alcoholismo. Enfermedad social. Plaza y Janes. Barcelona. 1975.
- Freixa F. Soler Insa P.A. et al. Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario. Fontanella. Barcelona. 1981.

- Alonso Fernández F. Alcoholdependencia. Pirámide. madrid, 1992.
- Picatoste Merino J. Protocolos. Alcoholismo. Ed. Idepsa, Madrid, 1996.
- Galanter M y Cléber HD. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Masson S.A., Barcelona, 1997.
- Lejoyeux M, Boulenguez S, Fichelle A, McLoughlin M, Claudon M, Ades J. Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services. Gen Hosp Psichiatri. 2000 May-Jun.

- NANDA Diagnósticos Enfermeros 2009-2011. Definiciones y clasificaciones, NANDA Internacional. Ed Elsevier 2010.

- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Moorhead, Sue. Johnson, Mass, Swanson, Ed Elsevier 2009.

- Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Bulechek, G.M