¿Presenta su paciente médico o quirúrgico un problema de abstinencia

Hay que dejar de lado los prejuicios. Cualquier paciente hospitalizado puede presentar un problema de dependencia del alcohol y, en consecuencia, corre el riesgo de manifestar un síndrome de abstinencia alcohólica.

Mary Lussier-Cushing, APRN,BC
Jennifer Repper-DeLisi, APRN,BC
Monique T. Mitchell, APRN,BC
Barbara E. Lakatos, APRN,BC
Fareeda Mahmoud, APRN,BC
Robin Lipkis-Orlando, APRN,BC

HAY QUE PERMANECER ALERTA, pues el alcohol es una de las sustancias de las que se abusa con mayor frecuencia, y seguramente usted va a tener que cuidar en su unidad médica o quirúrgica a pacientes con dependencia del alcohol. Forzados súbitamente a interrumpir su consumo de alcohol, estos pacientes presentan riesgo del síndrome de abstinencia alcohólica (SAA), un problema que complica su tratamiento y recuperación y que incluso puede amenazar su vida. Además de las complicaciones físicas, es probable que el paciente presente una amplia gama de problemas fisiológicos, comportamentales y emocionales.

En este artículo se explica la manera de reconocer a un paciente con riesgo de SAA, así como las medidas que deben adoptarse para prevenir la aparición de complicaciones peligrosas. Vamos a comenzar con la información básica relativa al abuso del alcohol.

Estadísticas sorprendentes

Aproximadamente 3 de cada 10 adultos estadounidenses consumen una cantidad de alcohol suficiente como para incrementar su riesgo de problemas físicos y psicosociales[1]. Se ha estimado que entre el 15 y el 20% de los pacientes hospitalizados presentan dependencia del alcohol[2,3], y que a menudo su estancia hospitalaria es más prolongada y complicada a consecuencia de ello.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central (SNC) que estimula el sistema de placer/recompensa cerebral. Tras el consumo de alcohol, una persona puede experimentar inicialmente una sensación de relajación, euforia, incremento de la libido y desaparición gradual de las inhibiciones. Sin embargo, el consumo continuado y excesivo de alcohol da lugar a una pérdida de la coordinación, con retraso de los reflejos vitales, alteraciones del estado de ánimo y lapsus en su capacidad de juicio. A medida que se incrementa la concentración de alcohol en la sangre, el paciente puede presentar molestias gastrointestinales (GI), ya que el alcohol irrita el revestimiento epitelial del estómago y estimula el centro del vómito, localizado en el cerebro. Las personas que beben alcohol también pueden perder el conocimiento o experimentar un problema de amnesia alcohólica, con pérdida de la memoria respecto a lo sucedido durante y después de un período de consumo excesivo de alcohol. Cuando la concentración sérica del alcohol aumenta todavía más, el paciente puede presentar depresión respiratoria y caer en un coma potencialmente mortal.

El consumo regular y excesivo de alcohol da lugar a alteraciones físicas y psicológicas predecibles:

- *Tolerancia.* Aparece cuando se reduce la respuesta del SNC frente al alcohol, de manera que el paciente necesita una cantidad cada vez mayor de alcohol para alcanzar los efectos de intoxicación inducidos por él.
- *Dependencia.* Aparece cuando el cerebro experimenta una "reprogramación" y ya no puede funcionar adecuadamente sin alcohol. Las personas con dependencia presentan un ansia intensa y persistente de

Objetivo general. Ofrecer a los profesionales de enfermería información sobre el síndrome de abstinencia alcohólica (SAA).
Objetivos de aprendizaje. Tras la lectura de este artículo, usted será capaz de:
1. Describir los parámetros de evaluación del SAA.
2. Identificar las herramientas diagnósticas referentes al SAA.
3. Indicar las intervenciones terapéuticas de enfermería frente al SAA.

del alcohol?

consumo de alcohol, lo que dificulta la interrupción o la reducción de su consumo.

El *abuso de alcohol* se define como un patrón de uso de alcohol asociado a comportamientos peligrosos (p. ej., conducir bajo los efectos del alcohol, provocar peleas o buscar la promiscuidad sexual) o a un incumplimiento de las obligaciones domésticas o laborales[4].

El SAA aparece cuando una persona con dependencia del alcohol deja de beber súbitamente o disminuye con una rapidez excesiva la cantidad de alcohol que consume. En ausencia de alcohol, el sistema nervioso autónomo presenta hiperactividad con muchas modificaciones fisiológicas a medida que el organismo intenta adaptarse.

Cómo valorar el abuso de alcohol

Para prevenir el SAA en un paciente hospitalizado es necesario que usted determine su patrón de consumo de alcohol. Esta determinación se debe llevar a cabo en todos los pacientes en el momento en que son hospitalizados. El cuestionario CAGE es una herramienta de valoración breve y fácil de recordar que se puede incorporar fácilmente en la historia clínica sistemática. (Véase el cuadro anexo *Preguntas del cuestionario CAGE*.)

Como parte de la valoración sistemática, usted debe preguntar a todos los pacientes sobre su consumo de alcohol, incluyendo la frecuencia con la que beben y la cantidad que consumen. Por ejemplo, puede preguntar específicamente qué tipo de bebidas alcohólicas consumen, cuántas bebidas en cada ocasión, con qué frecuencia, cuándo consumieron por última vez una bebida alcohólica y los años que llevan tomando alcohol.

Después debe documentar sus hallazgos, incluyendo la estimación de la cantidad de alcohol que consume el paciente. En el cuadro anexo *Medidas para cuantificar* se recogen las cantidades de alcohol equivalentes a cada tipo de bebida. Los grandes consumos se pueden describir en términos de cartones de 6 latas de cerveza, o en relación con el tamaño y el número de botellas (caso del vino y de los licores). Hay que indicar si la cantidad de alcohol consumido es por día, por semana o por cada episodio de consumo intenso o borrachera.

Discreción

Una persona que presenta un trastorno relacionado con el alcohol posiblemente va a negar o minimizar su consumo de esta sustancia para evitar ser juzgado por los demás, de manera que usted debe abordar las cuestiones prácticas y no emitir juicios de valor cuando hable con su paciente. Puede comenzar diciendo: "Para que le podamos cuidar de la manera más segura y mejor, necesitamos saber qué medicamentos y sustancias puede haber en su cuerpo". Después puede valorar sus hábitos en general con preguntas como:

- "¿Cuántas bebidas con cafeína (como café, té y cola) toma cada día?"
- "¿Cuántas bebidas con alcohol toma cada día?"

Dependiendo de la respuesta, puede ser necesario efectuar una valoración más detallada. Si su paciente ofrece respuestas vagas respecto a su frecuencia de consumo de alcohol (p. ej., sus respuestas son "ocasional" o "social"), se pueden formular preguntas más específicas: "¿Cuántas veces consume alcohol a la semana o durante los fines de semana?". "¿Es su patrón de consumo de alcohol distinto durante las vacaciones o en las ocasiones especiales?"

- "¿Bebe cerveza, vino o licores?"
- "¿Cuántas cervezas, vasos de vino, vasos de licor o de otras bebidas alcohólicas toma generalmente cuando bebe?"
- "¿Cuál es la cantidad máxima de alcohol que puede beber en una sola ocasión?" La respuesta del paciente permite valorar su grado de tolerancia al alcohol. Si no ofrece una respuesta específica, se puede utilizar el vaso de la mesita de noche para realizar una comparación de tamaños y pedir al paciente que indique la cantidad de licor que bebe generalmente.

¿Qué ocurre si su paciente le pregunta si usted considera que es un alcohólico? La respuesta puede ser la siguiente: "Hacemos estas preguntas a todos los pacientes. Para que podamos ofrecerle unos cuidados seguros y óptimos tenemos que saber cuánto alcohol consume su cuerpo, ya que la abstinencia de alcohol puede hacer que usted se sienta muy enfermo. Es una situación muy frecuente en el hospital y tenemos que prevenir esta situación en nuestros pacientes".

Señales de alarma en la historia clínica

No hay ningún problema o trastorno que constituya un signo indicativo seguro del abuso o la dependencia del alcohol, pero los siguientes son problemas frecuentes en los pacientes que presentan este tipo de dependencia. Todos estos procesos pueden empeorar en los pacientes que consumen cantidades excesivas de alcohol:

- Hemorragia GI.
- Pancreatitis.
- Cirrosis.
- Hepatitis.
- Miocardiopatía.
- Hipertensión lábil.
- Neuropatía periférica.

Además, algunos tumores malignos –como los del tracto respiratorio, del sistema digestivo, del hígado, de los riñones, de mamas y de ovarios– también pueden estar relacionados con el consumo excesivo de alcohol[2].

Las lesiones secundarias a los accidentes de tráfico, las caídas y las peleas pueden ser consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Son enfermedades psiquiátricas en las que el abuso y la dependencia del alcohol se acompañan con frecuencia de ansiedad, depresión y trastornos del sueño.

No hay ninguna prueba analítica que pueda identificar el SAA, pero ciertos patrones de las pruebas analíticas pueden sugerir un problema de abuso del alcohol. Entre ellos están la elevación en las pruebas de la función hepática, el incremento de las concentraciones de triglicéridos y del tiempo de protrombina, la disminución de las plaquetas y las concentraciones séricas bajas de folato y de albúmina[5].

Datos psicosociales

Cuando una persona presenta dependencia del alcohol, su necesidad de consumo de esta sustancia anula su capacidad para comprender los efectos negativos del consumo crónico. A menudo las consecuencias negativas son evidentes en los antecedentes psicosociales del paciente. Datos como los retrasos y las ausencias en el trabajo, la disminución de la productividad y la pérdida del empleo pueden indicar una dependencia del alcohol. Las consecuencias económicas pueden ser el fracaso del negocio que constituye el medio de vida del paciente, la bancarrota, la pérdida de la vivienda, la merma de los ahorros y la mendicidad.

Las situaciones de violación de la legalidad y de detención por la policía relacionadas con el alcohol son, entre otras, la conducción de automóviles bajo los efectos del alcohol, la violencia doméstica y el comportamiento escandaloso. Estos pacientes pueden presentar una desestructuración de las relaciones personales con separación, divorcio, pérdida de los amigos y alienación respecto a los hijos y otros familiares.

Preguntas del cuestionario CAGE

El cuestionario CAGE es una herramienta muy utilizada para evaluar el uso del alcohol. Se formulan al paciente las siguientes preguntas, en función del mnemónico CAGE:

C. ¿Ha sentido usted alguna vez que debería dejar ***(cut down)*** de beber?
A. ¿Ha ocurrido en alguna ocasión que le ha molestado ***(annoyed)*** la gente por sus críticas acerca del hecho de que usted tome alcohol?
G. ¿Se ha sentido usted en alguna ocasión mal o culpable ***(guilty)*** por el hecho de beber alcohol?
E. ¿Ha ocurrido en alguna ocasión que lo primero que ha tenido que hacer usted por la mañana ha sido beber alcohol para tranquilizar sus nervios o para ponerse en marcha ***(eye-opener)***?

Un "Sí" como respuesta a estas preguntas sugiere que el paciente requiere una valoración más detallada; dos respuestas "Sí" presentan una correlación importante con los cuadros de abuso o dependencia del alcohol.

Fuente: Mayfield D, et al. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry,* octubre de 1974.

Reconocimiento del SAA

Si su paciente presenta dependencia del alcohol, los signos y síntomas del SAA pueden aparecer a las 6-24 h tras su último consumo de alcohol; si no recibe tratamiento, el SAA se desarrolla a las 48-72 h de la abstinencia[6]. En lo que se refiere a la mayor parte de las personas, los síntomas remiten en unos pocos días. Sin embargo, en los pacientes con síndrome de abstinencia grave los síntomas pueden persistir 2 o más semanas[7]. Las convulsiones por abstinencia de alcohol pueden aparecer en cualquier momento tras la interrupción de su consumo, incluso en pacientes cuyos síntomas no son demasiado intensos.

La progresión del SAA es la siguiente:

- **SAA temprano o de intensidad leve.** Los signos pueden ser temblor fino, vómitos, sudación leve y un aumento notable de la frecuencia cardíaca y la presión arterial (PA). Los síntomas pueden ser náuseas, cefalea, ansiedad, irritabilidad e insomnio. El paciente puede mantener una actitud exigente o agresiva en su relación con los demás.
- **SAA de intensidad moderada.** La frecuencia cardíaca y la PA del paciente siguen aumentando; el temblor es más obvio y puede alterar las actividades normales (el paciente puede derramar el alimento o la bebida cuando está comiendo). La sudación profusa, las náuseas y los vómitos empeoran, y el paciente puede presentar insomnio intenso. Si previamente manifestaba una ansiedad leve, puede mostrar ahora una ansiedad más llamativa o un cuadro de agitación, y también puede presentar confusión o alucinaciones transitorias.
- **SAA grave (delirio relacionado con la abstinencia de alcohol).** Anteriormente denominado *delirium tremens* (DT), es la forma más grave del SAA. El delirio relacionado con la abstinencia de alcohol es un cuadro potencialmente mortal que puede aparecer de manera súbita y que se puede

Medidas para cuantificar

Para determinar con precisión el consumo de alcohol, una bebida se puede definir como:

- 340 g de cerveza.
- 240 g de licor de malta o de cerveza reforzada.
- 140 g de vino.
- 100 g de vino reforzado (jerez, oporto).
- 70 g de licor o vino de aperitivo.
- 40 g de licores de alta graduación, vodka, ginebra, whisky o brandy (un trago)[2].

Fuente: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005[1].

acompañar de convulsiones[8]. El temblor del paciente se convierte en movimientos de sacudida incontrolables; la sudación es muy intensa; empeoran la hipertensión, la taquicardia y la taquipnea, y puede aparecer hipertermia. El estado mental del paciente se deteriora, con aparición de una agitación extrema, desorientación fluctuante, confusión y alucinaciones (visuales, táctiles y –ocasionalmente– auditivas)[6,8]. (Véase el cuadro anexo *Un caso de delirio relacionado con la abstinencia alcohólica*.)

Mecanismo de acción de la medicación

Las benzodiazepinas son el tratamiento de elección para la prevención del SAA o la reducción de la intensidad de sus síntomas, ya que estos medicamentos actúan sobre los mismos receptores cerebrales que el alcohol. Las benzodiazepinas se comportan como un sustituto del alcohol y, así, reducen la intensidad de los signos y los síntomas e impiden la progresión del SAA[8]. A pesar de que la mayor parte de las convulsiones relacionadas con la abstinencia de alcohol se tratan con benzodiazepinas, en algunos pacientes con convulsiones recurrentes por abstinencia alcohólica o con un trastorno convulsivo se pueden administrar antiepilépticos si así lo prescribe el médico.

Para el control de los síntomas, las dosis de las benzodiazepinas se pueden determinar en función de las prescripciones permanentes (dosis "fijas") o bien según las necesidades (dosis "en función de los síntomas"). Siempre que sea posible, se deben administrar benzodiazepinas desde el primer momento para prevenir los signos y síntomas de la abstinencia alcohólica. Las dosis, que dependen de la situación y de la respuesta del paciente, se ajustan para el control de los síntomas de abstinencia alcohólica y, después, se reducen de manera gradual a medida que el paciente se recupera. Esta reducción gradual de las dosis de benzodiazepinas se puede llevar a cabo de manera ambulatoria.

La selección de la benzodiazepina concreta que debe utilizarse puede estar influida por los factores siguientes:

- *Vía de administración*. Aunque el oxazepam y el clordiazepóxido se utilizan con frecuencia en el tratamiento de los pacientes con SAA atendidos de manera ambulatoria o en consultas de desintoxicación, estos medicamentos sólo se comercializan en formulaciones para administración por vía oral. El lorazepam y el diazepam se pueden administrar por vías múltiples (intravenosa [i.v.], intramuscular [i.m.], oral y sublingual), lo que facilita el ajuste del tratamiento a las necesidades del paciente. Si su paciente no puede recibir nada por vía oral o presenta una alteración en el nivel de conocimiento, esta flexibilidad en la dosificación es especialmente importante.
- *Seguridad*. El lorazepam se considera el medicamento más seguro en la mayor parte de los pacientes debido a que presenta una semivida breve y no induce la aparición de metabolitos activos; además, también es el mejor tratamiento en los pacientes con alteración de la función hepática. En los pacientes con alteración de la función renal o con una efectividad menor de lorazepam, la alternativa terapéutica es el diazepam.

Las benzodiazepinas pueden causar letargo, de manera que es importante que usted vigile atentamente la sedación excesiva en su paciente. El objetivo terapéutico consiste en alcanzar y mantener una sedación mínima, lo que quiere decir que el paciente se mantiene despierto pero que se adormila fácilmente si no recibe estímulos. Cuando duerme, es importante que pueda ser despertado con facilidad.

Los elementos clave del tratamiento adecuado de los pacientes con SAA son los siguientes:

- Valoración sistemática y progresiva de los signos vitales y de los síntomas de abstinencia alcohólica, a intervalos regulares. Hay muchas herramientas de valoración útiles para estandarizar este proceso; la más utilizada es la escala del Clinical Institute para la evaluación de los síntomas de la abstinencia alcohólica *(Clinical Institute Withdrawal Assessment from Alcohol Scale)*.
- Colaboración entre los profesionales de enfermería y los médicos, lo que permite que todo el mundo esté informado y "al tanto de la situación".
- Ajuste adecuado de las dosis de benzodiazepinas según la respuesta terapéutica (con evitación de una sedación excesiva).

Soporte nutricional

Un paciente que abusa del alcohol posiblemente presenta un deterioro nutricional debido a la mala alimentación y a la alteración en la absorción de los nutrientes, especialmente las vitaminas B. Estos pacientes precisan suplementos diarios de tiamina, folato y complejos multivitamínicos.

La tiamina es esencial para el metabolismo de la glucosa. Un paciente con deficiencia de tiamina tiene el riesgo de presentar las alteraciones agudas y crónicas del estado mental relacionadas con el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Para que la absorción de tiamina sea efectiva, se debe administrar por vía i.v. durante los 3 primeros días, antes de pasar a la formulación de administración por vía oral, según lo prescrito. El folato es un elemento clave para la formación de los hematíes y para el metabolismo de las proteínas, además de que representa un elemento importante para el tratamiento o la prevención de la anemia. Se puede administrar por vía oral, i.v., i.m. y subcutánea.

Las adicciones a la nicotina y al alcohol suelen ir de la mano. Si el paciente fuma, se le deben ofrecer servicios de orientación para la interrupción del tabaquismo o tratamientos de sustitución de la nicotina (parche, goma de mascar, pastillas para chupar o inhalador), con objeto de que se mantenga en una situación cómoda durante la hospitalización.

Cuidados del paciente con complicaciones diagnósticas

El tratamiento del SAA en un paciente que padece una enfermedad subyacente conlleva problemas específicos. Las enfermedades concomitantes pueden contribuir a las alteraciones en los signos vitales, en los signos y en los síntomas, así como a su enmascaramiento. Por ejemplo, los signos y síntomas de la deshidratación, la infección y las enfermedades respiratorias pueden ser similares a los del SAA. Usted ha de valorar de manera regular el estado de su paciente y ha de permanecer alerta respecto a otros problemas con objeto de comprobar que el diagnóstico y el tratamiento son los apropiados.

En los pacientes con delirio relacionado con la abstinencia de alcohol, o con delirio debido a otros problemas médicos, la adición de un antipsicótico a la benzodiazepina utilizada de manera regular puede aliviar los síntomas de confusión, desorientación, angustia y agitación asociados a este síndrome.

Idealmente, el paciente que presenta un SAA tratado adecuadamente mantiene una actitud de vigilia, permanece orientado, puede caminar y reposar, y colabora. Sin embargo, los pacientes con un SAA de intensidad moderada o grave que además sufren enfermedades concomitantes graves o traumatismos importantes posiblemente no van a ajustarse a este perfil. Usted debe adoptar las medidas de apoyo siguientes con objeto de incrementar la comodidad y la seguridad del paciente durante el proceso de abstinencia alcohólica.

- Asegúrese de que el paciente permanece en una habitación tranquila con buena iluminación y con elementos de orientación en el entorno, como un reloj o un calendario, de manera que se mantenga orientado respecto al tiempo y al espacio.
- Mantenga elevada la cabecera de la cama hasta 30-45° con objeto de reducir el riesgo de aspiración, especialmente si el paciente está sedado.
- Aplique las medidas de higiene oral de manera regular con objeto de reducir el riesgo de infección y de que el paciente se sienta cómodo. Las medidas de higiene oral se deben llevar a cabo cada 2 h en los pacientes con SAA grave.
- Proporciónele con frecuencia cantidades pequeñas de líquidos y alimentos por vía oral, si lo tolera, con objeto de reducir las molestias gástricas y de mantener la hidratación. Para minimizar el riesgo de aspiración es importante que su paciente se mantenga sentado en posición erecta en la cama cuando beba y en una silla cuando coma, si es posible.
- Aplique medidas de hidratación por vía i.v. cuando el paciente no puede beber con seguridad cantidades adecuadas de líquido.
- Controle atentamente el balance hidroelectrolítico, documentando los consumos y las eliminaciones.
- Siempre que sea posible, evite el uso de una sonda vesical permanente con objeto de reducir el riesgo de infección o traumatismos en el caso de que se desplace. En los pacientes de sexo masculino la sonda de tipo condón puede ser una buena alternativa.
- Con objeto de reducir la agitación del paciente y su riesgo de caídas, se le debe estimular a que utilice una cuña, un orinal de cama o el baño (o un orinal en el caso de los varones) cada 2-4 h. Cada vez que usted ayuda a su paciente a acudir al baño, debe valorar los signos, los síntomas y la respuesta al tratamiento.
- Ayude a su paciente a caminar con objeto de reducir las complicaciones de la inmovilidad y ayudarle a superar las dificultades emocionales y físicas de la abstinencia. Si el paciente muestra problemas de movilidad, debe realizar ejercicios de la gama de movimientos de manera regular.
- Disponga las consultas necesarias con los servicios hospitalarios apropiados: nutrición, fisioterapia y terapia ocupacional, servicios sociales, psiquiatría y servicios especializados en adicciones.

Un caso de delirio relacionado con la abstinencia alcohólica

El señor B, de 45 años de edad, es hospitalizado en su unidad procedente del servicio de urgencias, varias horas después de presentar un cuadro de hematemesis con dolor abdominal. Según su historia clínica, bebe entre 0,5 y 1 l de vodka al día. A medida que usted realiza la valoración inicial, observa que muestra una sudación profusa; el pijama y las sábanas de su cama están empapados. El temblor es tan intenso que resulta difícil colocarle el monitor de pulsioximetría en su dedo, y tiene problemas para sujetarse al protector lateral cuando se le cambia de cama. Presenta agitación intensa y dice que está "en el hotel"; se queja de que hay bichos que corren por su piel y se enreda con los tubos i.v. y los cables del monitor cuando intenta levantar sus brazos y piernas. No tiene fiebre, su frecuencia cardíaca es de 126 y su presión arterial (PA) es de 182/104 mmHg. Usted comprueba la situación con el médico, que confirma la sospecha de un problema de delirio relacionado con la abstinencia alcohólica. Puesto que los resultados de las pruebas de la función hepática del señor B están elevados, el médico prescribe la administración de lorazepam por vía i.v. con repetición del tratamiento hasta que comiencen a remitir los signos y los síntomas. Hay que interrumpir la administración del medicamento si la frecuencia respiratoria del paciente desciende por debajo de 12 o su PA sistólica es inferior a 100 mmHg, o bien si presenta un letargo tan intenso que le impide mantener la atención.

Al cabo de 4 dosis, el temblor y la sudación del paciente son mínimos y la frecuencia cardíaca y la PA se han normalizado. No obstante, dado que todavía presenta confusión y sigue tirando de los tubos, usted administra haloperidol por vía i.v., según lo prescrito. El paciente se tranquiliza y queda un poco aletargado. A lo largo de las horas siguientes se ajustan las dosis y los intervalos de dosificación para el tratamiento de los síntomas, al tiempo que se valora con frecuencia su respuesta. Es importante avisar inmediatamente al médico si reaparecen o empeoran los síntomas de abstinencia alcohólica, o bien si el paciente presenta una frecuencia respiratoria inferior a 12 o una PA sistólica inferior a 100 mmHg, o si tiene dificultades para descansar.

Al valorar al paciente, usted le ayuda a orientarse (su nombre, su trabajo, su situación actual, el día y la hora, el lugar), le guía para que haga lo que quiere hacer (una sola cosa cada vez), le tranquiliza diciéndole que está seguro en un hospital y mantiene un entorno tranquilo a su alrededor.

Añadir una dosis de compasión

Si su paciente presenta confusión o agitación, usted debe guiarle con tranquilidad en sus actividades, con actitudes de reorientación, realización de una sola cosa a la vez y el uso de palabras tranquilizadoras. Éstas y otras intervenciones interpersonales pueden ser útiles para que su paciente presente una receptividad mayor al tratamiento.

Un paciente con dependencia del alcohol posiblemente ha experimentado pérdidas o fracasos personales y puede carecer del apoyo adecuado por parte de sus familiares y amigos a consecuencia de su adicción. Además, también es probable que su autoestima sea baja y que sienta temor a ser juzgado negativamente por las personas que le cuidan. A fin de estimular una relación positiva, usted debe tratarle con respeto y enseñarle que la dependencia del alcohol es una enfermedad susceptible de tratamiento, no un defecto de su carácter o de su personalidad.

Dado que la dependencia del alcohol es un problema muy extendido en la sociedad, muchos profesionales de enfermería, médicos y otros profesionales sanitarios han tenido problemas personales o familiares relacionados con el alcohol. Estas experiencias pueden hacer que dichos profesionales se ofendan por algunos comportamientos que pueden presentar los pacientes con intoxicación alcohólica o abstinencia de alcohol. Por ejemplo, un profesional de enfermería se puede sentir frustrado o enfadado con un paciente que sigue tomando alcohol a pesar de las hospitalizaciones repetidas. A fin de mantener una relación profesional y terapéutica con su paciente, usted debe ser consciente de sus propios sentimientos respecto al alcohol y reconocer las situaciones en las que estos sentimientos afloran. La comunicación sincera y el trabajo en equipo con los compañeros pueden ser útiles para aliviar estos sentimientos y para introducir energía en los esfuerzos que realiza toda la plantilla.

Control de los comportamientos difíciles

Durante el tratamiento del SAA, su paciente puede presentar un comportamiento perturbador con actitudes verbales o físicas agresivas, exigencias frecuentes, inquietud e intentos de abandonar el hospital. Si estos comportamientos se asocian a los signos y a los síntomas de la abstinencia alcohólica, es posible que su paciente requiera un ajuste en la dosis de benzodiazepinas. Sin embargo, si el paciente que presenta estos comportamientos no muestra los signos o los síntomas del SAA, o bien éstos permanecen estables, entonces lo más probable es que la medicación sea óptima. A menudo la intervención más efectiva en estos casos es el mantenimiento de una actitud tranquila y práctica.

Prevención de la recaída

Los pacientes con dependencia del alcohol luchan para aceptar el tratamiento y conseguir la sobriedad. Al igual que otras enfermedades crónicas, la dependencia del alcohol cursa a menudo con episodios múltiples de exacerbación y recidiva, con visitas frecuentes a la consulta, el servicio de urgencias y el hospital. La planificación del alta hospitalaria es un proceso importante en los pacientes con dependencia del alcohol. Usted debe valorar la idoneidad de su paciente y sus motivaciones para reconocer el problema, así como la necesidad de abstenerse del consumo de alcohol o de reducirlo. Es importante que esté familiarizado con las opciones terapéuticas existentes en su zona de ejercicio profesional, de manera que pueda compartir esta información con su paciente, en los casos en los que éste desee continuar el tratamiento de la dependencia del alcohol. Algunas opciones tras la hospitalización son Alcohólicos Anónimos para los familiares; los programas ambulatorios intensivos, y los programas de visitas regulares a un médico, un psiquiatra o un educador especializado en el tratamiento de las adicciones.

Conozca sus propios límites

Usted puede proporcionar educación sanitaria, recursos y apoyo emocional a un paciente que abusa del alcohol. Sin embargo, al igual que ocurre en otros casos, su paciente puede decidir no seguir las recomendaciones relativas al tratamiento y al mantenimiento de su salud. Realmente, es su elección. Su trabajo consiste en invitar de manera persistente al paciente a recibir cuidados, así como el de estar dispuesto a proporcionarlos en cualquier momento en que el paciente decida apostar por la sobriedad. N

BIBLIOGRAFÍA

A. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: A clinician's guide. National Institutes of Health, 2005. **http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm**.

2. Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 64(5, Suppl. 3):S5-S11, March 1, 2007.

3. Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *The New England Journal of Medicine*. 348(18):1786-1795, May 1, 2003.

4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. American Psychiatric Association, 1994.

5. Ragaisis KM. Alcohol screening in the acute care hospital. *Journal of Addictions Nursing*. 15(4):171-175, Winter 2004.

6. Phillips S, et al. Development of an alcohol withdrawal protocol: CNS collaborative exemplar. *Clinical Nurse Specialist*. 20(4):190-198, July/August 2006.

7. Hodges BM. Pharmacotherapy for alcohol withdrawal. *Critical Care Therapeutics*. 38(5):420-425, 512, May 2003.

8. Mayo-Smith MF, et al. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Archives of Internal Medicine*. 164(13):1405-1412, July 12, 2004. **http://www.guideline.gov**.

COMPLEMENTOS

DuPont RL. *The Selfish Brain: Learning from Addiction*. American Psychiatric Press, 1997.

Alcoholics Anonymous. **http://www.alcoholics-anonymous.org**.

The Center for Adolescent Substance Abuse Research at Children's Hospital, Boston, Mass. **http://www.crafft.org**.

LifeRing. **http://www.unhooked.com**.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health. **http://www.niaaa.nih.gov**.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **http://www.samhsagov**.

Mary Lussier-Cushing, Jennifer Repper-DeLisi, Fareeda Mahmoud y Robin Lipkis-Orlando son enfermeros especializados en psiquiatría clínica que ejercen en el Psychiatric Nursing Consultation Service del Massachusetts General Hospital, en Boston. Robin Lipkis-Orlando es asimismo supervisor de enfermería. Barbara E. Lakatos y Monique T. Mitchell son enfermeras especializadas en psiquiatría clínica en el Psychiatric Nursing Resource Service del Women's Hospital de Boston. La señora Lakatos es la directora.

Los autores declaran que no tienen ninguna relación significativa de carácter económico ni de otro tipo con ninguna empresa comercial relacionada con esta actividad educativa.