

ABORDAJE DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DIGESTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA BELÉN MARTÍNEZ GONZALO

Programa de Abordaje del Consumo de Alcohol en el Paciente Hospitalizado.
Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

RESUMEN DEL CASO

El alcohol es la sustancia más adictiva consumida en la sociedad catalana y la que más problemas de salud ocasiona. El trastorno por consumo de alcohol (AUD; del inglés, *alcohol use disorder*) suele estar asociado a otros trastornos psiquiátricos.

Los programas de identificación precoz, intervención breve y derivación para tratamiento especializado están diseñados para abordar el AUD en pacientes hospitalizados cuyo motivo de ingreso puede estar o no relacionado con su consumo. Nuestro hospital cuenta con este tipo de programa, en el cual se integra la figura de la enfermera de salud mental y adicciones.

Se expone el caso clínico de un paciente hospitalizado en una unidad de cirugía digestiva por patología aguda relacionada con su consumo. El motivo del ingreso fue una pancreatitis aguda alcohólica, con un antecedente de trastorno ansioso-depresivo en tratamiento.

El objetivo de la enfermera especialista en salud mental y adicciones fue elaborar un plan de cuidados a un paciente con un AUD. Se seleccionaron tres diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), que fueron: [00069] Afrontamiento ineficaz, [00063] Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo, y [00095] Insomnio. Las intervenciones enfermeras realizadas ayudaron al paciente a manifestar el deseo de abandono del consumo, a utilizar grupos de ayuda, así como a fomentar el cambio de hábitos.

Palabras clave: adicción; SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment); trastornos relacionados con alcohol.

INTRODUCCIÓN

El alcohol está muy presente en nuestra sociedad y su consumo es habitual por gran parte de la población, con una baja percepción de los riesgos que comporta. No obstante, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol causa 1 de cada 10 muertos en Europa al año, muchas concentradas en grupos de edad muy jóvenes y con una alta carga de morbilidad y consecuencias sociales y económicas¹.

El alcohol es la droga más consumida en la sociedad catalana. Según el informe anual del Sistema de Información de Drogodependencias de Cataluña (año 2021), se estima que, en la población general de 15 a 64 años, el 4 % presenta un consumo de riesgo, y el 0,5 %, un posible trastorno por consumo².

El consumo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades, traumatismos y otros problemas de salud. Está asociado al riesgo de desarrollar trastornos mentales, dependencia y otras enfermedades como la cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cánceres³.

El trastorno por consumo de alcohol (AUD; del inglés, *alcohol use disorder*) suele estar asociado a otros trastornos psiquiátricos. Los trastornos depresivos son los más frecuentes entre las personas con AUD⁴. Dicho trastorno se define como un patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta, al menos, por dos criterios de los 11 que describe la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5)*⁵ en el último año.

Los programas de identificación precoz, intervención breve y derivación para tratamiento (SBIRT; del inglés, Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) se han desarrollado en atención primaria, aunque existen datos que refuerzan su uso en un entorno hospitalario⁶.

Este tipo de programas están diseñados para abordar el AUD en pacientes hospitalizados cuyo motivo de ingreso puede estar o no relacionado con su consumo. Tienen como objetivo mejorar la atención a este tipo de pacientes en un entorno hospitalario.

Nuestro centro cuenta con un programa SBIRT, en el que se integra la enfermera de salud mental y adicciones. La función principal de la enfermera es llevar a cabo un plan de cuidados específico para el abordaje del AUD en un entorno hospitalario.

El objetivo del presente trabajo es describir un plan de cuidados de un paciente que cumple con criterios de AUD y trastorno depresivo, hospitalizado por una enfermedad digestiva aguda relacionada con el consumo de alcohol.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 46 años, que ingresa en una unidad de cirugía digestiva con diagnóstico de pancreatitis aguda alcohólica. Acude derivado por su médico de cabecera tras presentar un dolor intenso de dos días de evolución.

Antecedentes: consumo perjudicial de alcohol y trastorno ansioso-depresivo. Actualmente, está en tratamiento con citalopram de 20 mg.

Paciente consciente, orientado y colaborador. Se define como una persona exigente en todos los ámbitos, tanto laboral como familiar. Explica ruptura sentimental de pareja hace 12 meses, de más de

Correspondencia: Ana Belén Martínez Gonzalo
Correo electrónico: abmartinez@bellvitgehospital.cat

10 años, sin hijos. Desde entonces, se encuentra de baja laboral; refiere un aumento del consumo de alcohol a 20 UBE (unidades de bebida estándar)/ día (destilados). Último consumo hace una semana.

VALORACIÓN GENERAL

Se llevó a cabo la valoración del caso a partir de los patrones funcionales de Marjory Gordon⁷ (tabla 1).

Tabla 1. Valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrones	Valoración
Percepción/manejo de la salud	Sin alergias medicamentosas ni antecedentes somáticos de interés. Consumo de alcohol de 20 UBE/día (destilados). No fumador ni consumo de otras drogas. Aspecto cuidado. Presenta consciencia del motivo del ingreso actual.
Nutricional/metabólico	Datos antropométricos normales. Disminución del apetito desde hace un año. Náuseas desde hace dos días.
Eliminación	No presenta alteración en este patrón.
Actividad/ejercicio	Autónomo para las ABVD. Estilo de vida sedentario.
Sueño/descanso	No duerme bien por las noches; insomnio de conciliación y despertar precoz. Duerme 4-5 horas.
Cognitivo/perceptivo	Orientación alopsíquica correcta; se muestra colaborador. Niega percepciones sensorio-perceptivas. Lenguaje coherente. No presenta alteraciones de la memoria.
Autopercepción/autoconcepto	Presenta anhedonia, apatía e hipotimia. Expresa cansancio. Baja autoestima. Presenta nerviosismo relacionado con el ingreso.
Rol/relaciones	Vive solo desde su ruptura sentimental hace un año. Trabaja de informático; de baja hace un año. Pocas relaciones sociales y laborales. Relaciones familiares deterioradas por el consumo de alcohol.
Sexualidad/reproducción	No tiene hijos ni pareja. No mantiene relaciones sexuales de riesgo.
Adaptación y tolerancia al estrés	Refiere imposibilidad para afrontar su situación actual; se siente incapaz de adaptarse a su vida personal. Utiliza el consumo de alcohol para calmar la ansiedad. Está en tratamiento farmacológico con antidepresivos.
Valores y creencias	No menciona pertenecer a ninguna religión ni tener creencias específicas.

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; UBE: unidades de bebida estándar.

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN
Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Para elaborar las etiquetas diagnósticas, los diagnósticos de enfermería, los objetivos y las intervenciones realizadas en el plan de cuidados de este paciente, se utilizó la taxonomía NNN: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁸, NOC (Nursing Outcomes Classification)⁹ y NIC (Nursing Intervention Classification)¹⁰ (tabla 2).

EVALUACIÓN DEL PLAN DE
CUIDADOS Y SEGUIMIENTO

En la tabla 1, se observan los principales datos de valoración inicial, identificando alteraciones en los patrones «nutricional/metabólico», «sueño/descanso», «autopercepción/autoconcepto», «rol/relaciones» y «adaptación y tolerancia al estrés», ya que refiere incapacidad para adaptarse a su vida personal, utilizando el consumo de alcohol para calmar la ansiedad.

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación

NANDA	Afrontamiento ineficaz (00069). r/c con la desconfianza de las propias aptitudes y m/p la percepción de incapacidad para afrontar la situación.	
NOC	Conducta del abandono del consumo de alcohol (1629):	
	• Expresa el deseo de dejar de tomar alcohol (162901).	PI: 1; PA: 5
	• Identifica los beneficios de eliminar el consumo de alcohol (162903).	PI: 1; PA: 4
	• Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de alcohol (162905).	PI: 1; PA: 4
NIC	• Utiliza los grupos de apoyo disponibles (162926).	PI: 1; PA: 5
	Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas (4510):	
	• Identificar con el paciente los factores que favorecen la dependencia.	
	• Ayudar al paciente a identificar los efectos de la dependencia del alcohol sobre la salud, la familia y los quehaceres diarios.	
NIC	• Identificar la existencia de grupos de asesoramiento en la comunidad para el tratamiento a largo plazo.	
	Asesoramiento (5240):	
	• Proporcionar información objetiva.	
	• Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conductas del paciente.	
NANDA	• Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes, y reforzarlos.	
	• Favorecer el desarrollo de nuevas actividades.	
	• Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.	
	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo (00063). r/c el abuso de alcohol y falta de habilidades para la solución de problemas y m/p el deterioro de relaciones familiares.	
NOC	Funcionamiento de la familia (2602):	
	• Los miembros de la familia expresan el deseo de apoyar al paciente (260215).	PI: 2; PA: 5
	• Implica a los miembros en la resolución de problemas (260213).	PI: 2; PA: 5

Continúa

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación (continuación)

NIC	Apoyo a la familia (7140): • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. • Ofrecer una esperanza realista. • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.	
NANDA	Insomnio (00095). r/c la ansiedad y m/p el despertar precoz.	
NOC	Descanso (0003): • Tiempo de descanso (000301). • Descansado mentalmente (000305). • Consumo de fármacos psicotrópicos (000306).	PI: 1; PA: 4 PI: 1; PA: 4 PI: 2; PA: 5
NIC	Administración de medicación (2300): • Seguir los cinco principios de la administración de medicación. • Verificar la orden de medicación antes de administrar el fármaco. • Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos a demanda, si es preciso. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. Mejorar el sueño (1850): • Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. • Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al del sueño.	

m/p: manifestado por; NANDA: diagnóstico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association); NIC: intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Classification); NOC: criterios de resultado de enfermería (Nursing Outcomes Classification); PA: puntuación al alta; PI: puntuación inicial; r/c: relacionado con.

Escala de tipo Likert: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado).

Se identifican como diagnósticos enfermeros: i) [00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con (r/c) la desconfianza de las propias aptitudes y manifestado por (m/p) la percepción de incapacidad para afrontar; ii) [00063] Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo r/c el abuso de alcohol y la falta de habilidades para la solución de problemas y m/p el deterioro de relaciones familiares; iii) [00095] Insomnio r/c la ansiedad y m/p el despertar precoz; elaborándose un plan de cuidados individualizado.

Los principales objetivos fueron: i) conducta del abandono del consumo de alcohol; ii) funcionamiento de la familia; iii) descanso (v. tabla 2).

En los primeros días del ingreso hospitalario, se iniciaron las intervenciones dirigidas al insomnio, con resultados positivos, ya que el paciente fue capaz de regular el patrón del sueño, con sensación de buen descanso, y fue conocedor del tratamiento farmacológico administrado.

Durante la primera semana de ingreso, el paciente empezó a expresar su deseo del abandono del consumo de alcohol, así como sus miedos a la recaída en el consumo tras el alta. Tras realizar las intervenciones enfermeras, se trabajó la vinculación con un centro específico para el tratamiento y, finalmente, se consiguió motivar al paciente a iniciar un seguimiento a nivel ambulatorio para tratar su adicción.

Durante las dos semanas de ingreso, la familia fue de gran apoyo para el paciente, implicándose en sus cuidados.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En el presente trabajo, se describe el caso clínico de un adulto hospitalizado por una pancreatitis aguda relacionada con su consumo de alcohol. El paciente presenta un AUD y un trastorno ansioso-depresivo. Se puede concluir que, en un ámbito hospitalario, es factible realizar un plan de cuidados específico para el abordaje del AUD.

La educación sanitaria en pacientes con enfermedades crónicas es fundamental. Las intervenciones enfermeras realizadas durante su hospitalización ayudaron al paciente a regular el patrón del sueño, a realizar un cambio de conducta respecto a su hábito, así como a mejorar las relaciones familiares.

Describir este tipo de casos clínicos pone de manifiesto la importancia de realizar una intervención educativa enfermera en el ingreso hospitalario relacionada con el cambio de hábitos tóxicos.

La enfermera de salud mental y adicciones es una pieza clave para realizar intervenciones educativas en este ámbito de actuación.

CONCLUSIONES

Es necesario abordar el AUD en hospitales generales desde una perspectiva multidisciplinaria, considerando tanto las repercusiones orgánicas como psiquiátricas que comporta. El ingreso hospitalario es un buen momento para realizar una intervención educativa e intentar vincular a los centros específicos para tratamiento. La enfermera de salud mental y adicciones es una pieza clave para realizar dichas intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1>
2. Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya: informe anual 2021. Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències; 2022. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9306/drogodependencies_catalunya_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. World Health Organization. Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1>
4. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol Res.* 2019;40(1):arcr.v40.1.01.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.ª ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
6. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 2011(8):CD005191.
7. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
8. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana. Barcelona: Elsevier; 2019.
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2013.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2018.