



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS PROFESIONAL

**“MANEJO DEL PACIENTE CON DELIRUM TREMENS A
CONSECUENCIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

IVAN ALEJANDRO OSTOA COPO

ASESORA:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

Febrero 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Briselda Copo Peña y Alfonso Ostoa Arrieta. Por haberme brindado la oportunidad de estudiar una carrera profesional y humana dedicada al cuidado de los demás, ya que sin su valioso e incondicional apoyo no hubiera podido culminarla, gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas, así también por brindarme los principios y valores que día con día me inculcaban, le agradezco a dios por darme la oportunidad de tenerlos conmigo.

A MIS FAMILIARES

Mis tíos, Edith Patricia Cortes Reyes, Francelia Copo Peña y Gerardo Flores Arrieta QPD y a mis primos, Ricardo Luis Guerra, Sara Del Carmen y Carlos Manuel Primo Copo, por brindarme su apoyo y confianza cuando más los necesitaba ya que sin ellos no hubiera concluido esta hermosa profesión.

A MIS AMIGOS Y MAESTROS

A esas maravillosas personas que siempre me dieron fuerza por decirme que si se puede llegar a la recta final y por darme sus valiosos conocimientos que me hicieron poder crecer día con día como profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por bendecirme en la vida darme su apoyo y la fortaleza en este camino que estoy culminando, sin él no hubiera llegado. De igual forma agradezco a la Mtra. Adela Martínez Perry como directora de la facultad que me brindo sus conocimientos y apoyo cuando más la necesitaba, gracias a todas esas personas que confiaron en mí.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Fisiopatología.....	3
2.1 Definición	3
2.2 Causas.....	3
2.3 Tipos.....	3
2.4 Signos y síntomas	4
2.5 Complicaciones	6
2.6 Diagnóstico	6
2.7 Tratamiento.....	7
2.8 Prevención.....	8
3. Historia clínica.....	9
4. Valoración de enfermería.....	10
7. Evolución.....	21
8. Conclusión	22
9. Recomendaciones	23
10. Referencias bibliográficas	24

1. INTRODUCCIÓN

La adicción a sustancias psicoactivas es el mayor problema de salud pública a nivel mundial con el tercer lugar de mortalidad por causas prevenibles debido al consumo de alcohol, además de su asociación a padecimientos como cirrosis hepática, la dependencia alcohólica y relación con las lesiones producidas por vehículos de motor y violencia, teniendo impacto sobre la calidad de vida de las personas.

El alcohol, produce síndrome de abstinencia cuando su uso es discontinuado o cuando se disminuye la dosis para la que el organismo está habituado. Esto puede ocurrir de forma voluntaria, aunque lo más frecuente es encontrarlo por algún problema asociado como traumatismo, pancreatitis, cirugía programada, IAM, embarazo u otras causas de hospitalización que provocan una supresión brusca del alcohol.

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. El síndrome aparece entre las 8-12h y desaparece con una nueva ingesta.

El delirium tremens es la expresión clínica más grave del síndrome de abstinencia alcohólica suele ocurrir a las 72-96 horas de la abstinencia de la bebida. Se produce en el 5% de los alcohólicos. Incluye síntomas precoces con el hallazgo de la alteración profunda del sensorio. Muchos casos desarrollan delirium tremens tras una convulsión. Puede acompañarse de una expresión neurovegetativa autonómica grave. Los factores de riesgo para padecerlo son: enfermedades concurrentes, historia previa de delirium, antecedentes de convulsiones por abstinencia y la mayor frecuencia y cantidad de ingestión de alcohol. Los síntomas suelen remitir en 3-5 días.

La mortalidad sin tratamiento oscila entre 10-15%. Cuando la abstinencia es grave el paciente puede presentar crisis convulsivas generalizadas y alteraciones perceptivas (alucinaciones) en el contexto de un estado confusional (delirium), que cursa con agitación psicomotora y que si no es correctamente tratado puede conducir incluso a la muerte, sobre todo cuando el paciente presenta otros trastornos orgánicos concomitantes como traumatismo craneoencefálico, hemorragia cerebral, neumonía, graves alteraciones hidroelectrolíticas, etc.

La gran mayoría de las personas con alcoholismo son atendidos en modelos no médicos (casas de recuperación, anexos), lo cual muchas veces, dado el alto riesgo de complicaciones médicas y psiquiátricas asociadas al proceso de desintoxicación, no hace de estos modelos los lugares deseables de tratamiento. Son insuficientes las instancias para el manejo del alcoholismo, y dada la prevalencia de este padecimiento, es necesario que instituciones de salud en el primer nivel de atención intervengan en su atención.

Es necesaria la intervención precoz con fármacos sustitutivos, que presentan tolerancia cruzada con el alcohol ya que si no se actúa sobre este cuadro puede aparecer el delirium tremens, el que existe una marcada hiperactividad autónoma asociada a fenómenos alucinatorios vívidos (insectos o animales pequeños), terror y agitación intensa. Es frecuente la presencia de fiebre y de convulsiones, este cuadro es una urgencia médica que debe recibir tratamiento urgente.

En general el paciente que presenta un síndrome de abstinencia menor no presenta estado de deshidratación por lo que el tratamiento ambulatorio y por vía oral es el más recomendado. El tratamiento consiste en el soporte electrolítico, una adecuada hidratación y el control de síntomas. La sintomatología suele empeorar por la noche, por lo que el paciente deberá situarse en una habitación tranquila, sin ruidos y una correcta iluminación.

2. FISIOPATOLOGÍA

2.1 Definición

El «delirium tremens» significa “**delirio tembloroso**” y forma parte de los trastornos de la conciencia. Es causado por una enfermedad médica o por el consumo de alguna sustancia (este tipo de delirio está asociada a la abstinencia alcohólica o algunos tipos de sedantes).

2.2 Causas

El delirium tremens se puede presentar cuando usted deja de beber después de un período de consumo excesivo de alcohol, especialmente si no ingiere suficiente alimento. También puede ser causado por un traumatismo craneal, infección o enfermedad en personas con antecedentes de alto consumo de alcohol.

Se presenta más frecuentemente en las personas que tienen antecedentes de abstinencia alcohólica.

Es especialmente común en personas cuyo consumo es de:

- 4 a 5 días (1.8 a 2.4 litros) de vino.
- 7 a 8 días (3.3 a 3.8 litros) de cerveza.
- Medio litro de licor "fuerte" todos los días, durante varios meses.

El delirium tremens también afecta frecuentemente a aquellas personas que han consumido alcohol durante más de 10 años.

2.3 Tipos

Existen 3 subtipos clínicos de delirium como lo son:

1. **Subtipo hiperactivo:** inquietud, hipervigilancia, habla rápida, e irritabilidad.
2. **Subtipo hipoactivo:** movimientos lentos, habla lenta, apatía y disminución del nivel de conciencia.

3. **Subtipo mixto:** presentan las características de los dos cuadros anteriores.

En lo que respecta al delirium tremens, se trataría de un tipo de **delirium hiperactivo**, causado por la abstinencia del alcohol en una persona químicamente dependiente (es decir, presenta un síndrome de abstinencia cuando no consume la sustancia).

La fisiología del envejecimiento explica parcialmente por qué los ancianos tienen una mayor susceptibilidad a presentar un delirium que los sujetos más jóvenes cuando tienen una enfermedad aguda. Durante el envejecimiento normal, el flujo sanguíneo cerebral disminuye un 28%, se produce una progresiva pérdida de neuronas y cambios complejos en un gran número de neurotransmisores (acetilcolina, serotonina, GABA, dopamina y noradrenalina), que globalmente confluyen causando una pérdida de la reserva funcional del cerebro. Durante el delirium se ha demostrado que existe una reducción del flujo sanguíneo cerebral regional, que se normaliza tras la resolución del delirium, lo que sugiere que la hipoperfusión cerebral es un posible mecanismo productor de delirium.

El estrés neurológico adicional que supone una alteración metabólica o una infección juega también un papel en la producción del delirium.

2.4 Signos y síntomas

El delirium tremens es un cuadro confusional originado por la falta del consumo de alcohol cuando la persona tiene una gran dependencia a las bebidas alcohólicas, causada por la ingesta de grandes cantidades durante un periodo de tiempo largo. En gran parte de las ocasiones incluye visiones de objetos, animales o personas, estas visiones se manifiestan de manera confusa, con poca claridad de las imágenes y entremezcladas con la realidad.

Se presentan con mayor frecuencia dentro de las primeras 72 horas después de la última bebida, pero pueden aparecer hasta 7 o 10 días después, pueden empeorar rápidamente y pueden abarcar:

Temblores corporales:

- Agitación, irritabilidad Confusión, desorientación.
- Disminución del período de atención.
- Disminución del estado mental: Sueño profundo que persiste durante un día o más Delirio (pérdida severa y aguda de las funciones mentales).
- Excitación y miedo
- Alucinaciones (las más comunes son ver o sentir cosas que no existen).
- Alta sensibilidad a la luz, los sonidos y el tacto.
- Incremento de la actividad.
- Rápidos cambios en el estado de ánimo e inquietud.

Convulsiones:

Más comunes durante las primeras 24 a 48 horas después del último trago, más comunes en personas con complicaciones previas por abstinencia alcohólica.

- Síntomas de abstinencia alcohólica.
- Ansiedad
- Depresión.
- Dificultad para pensar con claridad. Fatiga.
- Alteración o nerviosismo. Dolor de cabeza.
- Insomnio (dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido).
- Irritabilidad, inapetencia y náuseas.
- Piel pálida.
- Palpitaciones (sensación de percibir los latidos cardíacos). Cambios emocionales rápidos.
- Sudoración, en especial en la cara o en las palmas de las manos. Vómitos.

Otros síntomas que se pueden presentar el paciente más fuerte son:

- Dolor torácico Fiebre
- Dolor estomacal

2.5 Complicaciones

Las complicaciones que pueden presentar un paciente diagnóstico con Delirium tremens son:

- Arritmias cardíacas que pueden ser mortales.
- Lesión por caídas durante las convulsiones.
- Lesión a sí mismo o a otros causada por el estado mental (confusión/delirio)
- Convulsiones

2.6 Diagnóstico

El 60% de los pacientes que padecen delirium tremens lo recuerdan como una experiencia desagradable, grave y estresante:

Alucinaciones e ilusiones (auditivas y visuales). El afectado ve y oye cosas que no existen. El tipo de alucinaciones que presenta el paciente en este tipo de trastorno mental suelen ser muy angustiantes, contribuyendo a desencadenar su cuadro de agitación. Una forma común de estas alucinaciones es la 'alucinación liliputiense', en la que el paciente siente que los objetos tienen un tamaño real menor de lo que en realidad tienen o bien que es invadido o atacado por ellos (por ejemplo, perros en miniatura que le muerden en manadas).

Ideas delirantes. El paciente piensa cosas que no se corresponden con la realidad (por ejemplo, que noticias transmitidas por la radio o la televisión se refieren a él).

Alteración de la conciencia (por ejemplo, disminuye la capacidad de atención), y cambios en las funciones cognitivas (deficiencias de memoria, desorientación, alteración del lenguaje, o la manifestación de una alteración perceptiva que no sea debida a padecer una demencia previa o en desarrollo).

- Temblor.
- Agitación.

- Hiperactividad.
- Ansiedad y terror.

Las alteraciones se producen en breves períodos de tiempo (generalmente horas o días).

Pruebas diagnósticas:

El delirium tremens es una emergencia médica, el médico llevará a cabo un examen físico donde abarca los siguientes síntomas que presenta el paciente que son:

- Sudoración profusa
- Incremento del reflejo de sobresalto
- Latidos cardíacos irregulares
- Problemas en el movimiento de los músculos oculares
- Frecuencia cardíaca rápida
- Temblores musculares rápidos

Se realizan los siguientes exámenes de urgencias que son:

- Electrocardiografía (ECG)
- Electroencefalografía (EEG)
- Examen toxicológico

2.7 Tratamiento

Los objetivos del tratamiento para ayudar o controlar al paciente que es diagnosticado Delirium tremens son:

- Aliviar los síntomas

- Prevenir complicaciones como lo son: (Miocardiopatía, Enfermedad hepática, Neuropatía, Trastornos en la coagulación sanguínea).

Cuando se requiere hospitalización, el médico verifica como están los:

- Los resultados del análisis bioquímico de la sangre (como los niveles de electrolitos).
- Nivel de líquidos en el cuerpo (Cuantificación de líquido por turno)
- Signos vitales (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial)

Cuando se presenta convulsiones y arritmias cardíacas estos se pueden tratar con los siguientes medicamentos:

- Anticonvulsivos como la (fenitoína o fenobarbital)
- Depresores del sistema nervioso central, como diazepam
- Clonidina para reducir los síntomas cardiovasculares y disminuir la ansiedad.
- Sedantes (Diazepam 10 mg IV inicialmente Aplicar pasados 15 minutos, 5 mg IV).

2.8 Prevención

Los grupos de apoyo, regularmente es clave para recuperarse del abuso del alcohol como lo son:

1. **Alcohólicos Anónimos:** Es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.
2. **Anexos:** Son verdaderas cárceles a las que se lleva por la fuerza a sus internos para “rescatarlos” de su adicción alcohólica mediante múltiples formas de tortura física y psicológica.
3. **Psiquiatría:** Están capacitados y experimentados para tratar los problemas con el alcohol pueden ayudar de muchas maneras.

3. HISTORIA CLÍNICA

Nombre: F. H. L.

Sexo: Masculino.

Edad: 30 años.

Lugar de residencia: Desconocido.

Ocupación: Chofer.

Descripción:

Paciente masculino de 30 años de edad que acude en estado involuntaria por medio de un taxi que lo dejo a fuera de la unidad médica, realizando posteriormente su ingreso a la sala de urgencia para valoración y atención médica, se encuentra desorientado en sus tres esferas neurológicas, se solicitó valoración por el área de psiquiatría e interconsulta por posible esquizofrenia ya que presenta alucinaciones, agitación, temblores, violencia física y verbal.

Manteniendo signos vitales alterados de acuerdo con los estándares, siendo estos:

T/A: 150/90 FC: 160.

FR: 110. T:39.5°c

El paciente a la valoración, presenta sudoración profusa y riesgo de autolesión una vez realizada dicha valoración se tiene un probable diagnóstico de Delirium tremens por lo que es ingresado al área de psiquiatría, para observación y tratamiento durante una semana donde será sometido a evaluación del síndrome de abstinencia al alcohol y poder confirmar la patología a tratar.

4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1. OXIGENACIÓN

Se trata de un paciente con respiración alterada, sin historial de tabaquismo, no presenta tos ni expectoraciones. Ritmo cardiaco alterado y presión arterial alterada, con presencia de palidez de tegumentos.

2. ALIMENTACIÓN

Teniendo a su ingreso un peso un peso de 70 kg y una talla de 1.74cm, no refiere alergias y/o intolerancias alimenticias. Sin alimentos prohibidos, dieta normal, sin dificultad de deglución, con presencia de mucosas hidratadas, no hay presencia de presenta signo de pliegue, no requiere ayuda para alimentarse.

3. ELIMINACIÓN

Evacuación intestinal con una frecuencia de dos veces al día, no presenta molestias ni incontinencia. Sin prescripción de uso de laxantes. Presenta una frecuencia de evacuación vesical de 5 a 7 veces al día aproximadamente, sin datos de enuresis. Paciente con sudoración profusa, sin presencia de edemas.

4. MOVILIZACIÓN

Equilibrio normal, muestra inquietud, agitación y temblores, ausencia de tics, presencia de movimientos anormales vinculados a estereotipias. Estabilidad a la marcha adecuada sin embargo presenta dificultades en la coordinación. No hay presencia de rigidez en miembros superiores e inferiores, sin datos de convulsiones. No hay presencia de signos extrapiramidales. El paciente es autónomo, capaz de moverse y mantenerse en buena posición. Puede realizar actividades de la vida diaria.

5. SUEÑO-REPOSO

El paciente en este dominio refiere sufrir de insomnio por lo cual duerme un aproximado de 2 a 3 horas diarias, sueño constantemente interrumpido. No consume medicamentos ni remedios caseros para tratar síntoma de insomnio.

6. VESTIRSE-ARREGLARSE

Paciente refiere que solamente realiza dos cambios de ropa cuando lo van a visitar y lo ayudan a cambiarse, pero cuando no hay nadie con él se deja la misma ropa hasta que lo vuelvan a visitar. Presentando de esta manera una alteración en este dominio.

7. TERMORREGULACIÓN

Paciente presenta 39.5°C acompañado con la presencia sudoración profunda, muestra inquietud, agitación y temblores

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Paciente refiere que toma dos veces su baño, el lavado de sus dientes una sola vez, no utiliza ninguna crema para la piel y presenta manchas en su cara y manos.

9. SEGURIDAD / EVITAR PELIGROS

Paciente presenta dificultades en la coordinación, comenta que solamente lo van a visitar una sola vez, se encarga de realizar su propia comida, pero dice que se le olvida como se utiliza estufa.

10. COMUNICACIÓN

Conductas agresivas; La convivencia en el domicilio familiar ha sido insostenible, agresiones físicas y verbales a su expareja, así como a sus demás familiares. Alteración del contenido del pensamiento, dificultad para expresar opiniones y comunicar necesidades o sentimientos, ideación autolítica.

11. VALORES/ CREENCIAS

Viene de familia católica que abandono la religión después del consumo del alcohol. No quiere saber nada de Dios ya que provoca alucinaciones que el mismo provoca y presenta una actitud agresiva.

12. AUTORREALIZACIÓN

Situación laboral: ha trabajado de chofer para compañías. Ahora lleva un año sin trabajar ya que lo despidieron por manejar alcoholizado. No tiene una buena relación con sus familiares.

13. ENTRETENIMIENTO

Le gusta cantar en karaoke, menciona que después de varias canciones se ponía a tomar bebidas alcohólicas en los bares.

14. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Menciona secundaria terminada.

5.INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NANDA /NOC

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Delirium Tremens		SERVICIO: Hospitalización		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD.)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 11 Seguridad/Protección. CLASE: 6 Termorregulación.	DOMINIO: 02 salud fisiológica CLASE: I Regulación metabólica RESULTADO: 0800. Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria • Frecuencia cardiaca. • Irritabilidad. • Contractura muscular. • Dolor muscular. • Fiebre 	Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguno: 5 5x5: 25 25-5: 20/3: 6 25-6: 19 19-6: 13 13-6: 7	-Logrado: 25 a 19 -En vías de lograrse: 18 a 13 -No logrado: 12 a 7
00007 Hipertermia R/C Deshidratación M/P Piel enrojecida aumento de la temperatura por encima del límite normal				

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		BIBLIOGRAFÍA
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 3900 Regulación de la temperatura		1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. España S.L.U. 2015
CAMPO: 01 Fisiológico complejo	CLASE: M Termorregulación	
ACTIVIDADES		2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª Edición. Editorial Elsevier, España S.L 2014
3901: Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.		
3902: Controlar los signos vitales: (Presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria).		
3903: Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia hipertermia.		
3904: Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.		
3905: Explicar los indicios de agotamientos por el calor y el tratamiento de urgencias adecuada, si es el caso.		3.- Bulechek H. K. Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición. Editorial Elsevier, España 2014
3906: Administración de medicamentos adecuados para la temperatura.		
ELABORÓ: IVAN ALEJANDRO OSTOA COPO	ASESORÓ: LE. ADELA MARTINEZ PERRY	FECHA: FEBRERO 2023

NANDA / NOC

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Delirium Tremens		SERVICIO: Hospitalización		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD.)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés. CLASE: 2 Gestión de la salud	DOMINIO: 3 Salud psicosocial CLASE: M Bienestar psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración. • Trastorno de sueño. • Preocupación exagerada de los signos vitales. 	Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguno: 5 3x1: 3 Puntuación máxima 3x5: 15 15-3: 5/3: 1 15-1: 14 14-1: 13 13/1: 12	-Logrado: 15 a 14 -En vías de lograrse: 14 a 13 -No logrado: 13 a 12
00146 Ansiedad. R/C Abuso de Sustancias (Alcohol) M/P Nerviosismo. Inquietud. Cambios en el patrón del sueño.	RESULTADO: 1211 Nivel de Ansiedad.			

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		BIBLIOGRAFÍA
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 5820 Disminución de la ansiedad		
CAMPO: 03 Conductual	CLASE: T fomento de la comodidad psicológica	
ACTIVIDADES		
<p>582001 Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</p> <p>582002 Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</p> <p>582003 Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>582004 Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>582006 Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>582008 Proporcionar objetos que simbolizen seguridad.</p> <p>582011 Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.</p> <p>582012 Escuchar con atención.</p> <p>582013 Reforzar el comportamiento, según corresponda.</p> <p>582014 Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>582015 Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p>		<p>1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. España S.L.U. 2015</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª Edición. Editorial Elsevier, España S.L 2014</p> <p>3.- Bulechek H. K. Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición. Editorial Elsevier, España 2014</p>
ELABORÓ: IVAN ALEJANDRO OSTOA COPO	ASESORÓ: LE. ADELA MARTINEZ PERRY	FECHA: FEBRERO 2023

NANDA / NOC

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Delirium Tremens		SERVICIO: Hospitalización		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD.)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 1 Promoción de la salud CLASE: 2 Gestión de la salud	DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud CLASE: Q Conducta de Salud RESULTADO: Conducta de abandono del consumo de alcohol. Acciones personales para eliminar el consumo del alcohol que supone una amenaza para la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa el deseo de dejar de tomar alcohol. • Identifica estados emocionales que desencadenan el consumo de alcohol. • Se compromete con estrategias de eliminación de alcohol. • Utiliza estrategias para afrontar el síndrome de abstinencia. • Participa en Alcohólicos anónimos. • Utiliza terapias alternativas. 	Grave: 1 Sustancial: 2 Moderado: 3 Leve: 4 Ninguno: 5 Puntuación mínima: 8x1:8 Puntuación máxima: 8x5:40 40-8: 32/3:11 40-11: 29 29-11: 18 8-11: 7	Logrado: 40 a 29 -En vías de lograrse: 28 a 18 -No logrado: 18 a 7
00099 Mantenimiento ineficaz de la salud R/C Habilidades de comunicación ineficaces. Toma de decisiones deteriorada. Incapacidad para realizar juicios apropiados. M/P Incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar las prácticas básicas de la salud (abuso / dependencia de alcohol)				

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		BIBLIOGRAFÍA
INTERVENCION INDEPENDIENTE: 4512 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol.		1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. España S.L.U. 2015 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª Edición. Editorial Elsevier, España S.L 2014 3.- Bulechek H. K. Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición. Editorial Elsevier, España 2014
CAMPO: 03 Conductual	CLASE: O terapia conductual	
ACTIVIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> -Crear un ambiente de baja estimulación para la desintoxicación. - Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación. -Monitorizar el delirium tremens. -Administrar sedantes según corresponda. -Medicar para aliviar las molestias físicas, si es necesario. -Tratar las alucinaciones de manera terapéutica. -Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada. -Escuchar las inquietudes del paciente acerca de la retirada del alcohol. -Proporcionar apoyo emocional al paciente. -Proporcionar tranquilidad verbal, según corresponda. -Proporcionar orientación sobre la realidad, cuando se precise. 		
ELABORÓ: IVAN ALEJANDRO OSTOA COPO	ASESORÓ: LE. ADELA MARTINEZ PERRY	FECHA: FEBRERO 2023

6. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Puntos de buena práctica:

1. Valoración y elaboración del plan de manejo por un equipo geriátrico interdisciplinario.
2. Valoración de los factores predisponentes y precipitantes antes de 24 horas del ingreso.
3. Valoración de la presencia de delirium al ingreso y cada 24 horas.
4. Evitar la colocación de sondas y catéteres innecesarios.
5. Prevención, búsqueda y tratamiento de los procesos infecciosos.
6. Informar al paciente y sus familiares sobre el delirium.
7. Participación activa de familiares, amigos y cuidadores.
8. Reorientar al paciente de forma continua en tiempo, persona y espacio.
9. Realizar actividades cognitivamente estimulantes (reminiscencia, lectura).
10. Mantener actividades de terapia ocupacional.
11. Permitir las visitas de familiares y amigos
12. Mejorar la orientación en tiempo con reloj de 24 horas y calendario visible.
13. Favorecer patrones adecuados e higiene del sueño.
14. Reducir el ruido al mínimo, especialmente durante la noche.
15. Modificar horarios de medicamentos para evitar que interrumpan el sueño.

7. EVOLUCIÓN

El paciente ha evolucionado muy bien con el tratamiento que se le brindó donde ha presentado una mejoría en sus signos vitales, no ha presentado convulsiones, tolera los ruidos y las luces, ha recibido visitas de sus familiares, no presenta violencia por parte de él, ha tenido buen comportamiento en la alimentación y su higiene personal, ha disminuido la ansiedad de consumir bebidas alcohólicas, recibe orientación por parte de psiquiatría acerca sobre el alcoholismo y también por parte de enfermería, se da de alta por mejoría durante su estancia hospitalaria, donde los familiares se comprometan llevar acabo al pie de la letra con la ayuda de la hoja de egreso y la orientación que se le brinda por parte de enfermería, se le proporciona una dieta adecuada y se le da cita en el área de psiquiatría para que siga con su tratamiento para evitar que vuelva a recaer en el alcoholismo y presenta una agresión hacia sus familiares.

8. CONCLUSIÓN

Al concluir el presente, encontramos que en la actualidad el consumo de alcohol es considerado una práctica socialmente aceptada y se le reconoce como vehículo de socialización en diversos grupos sociales como en los adolescentes; el alcohol es la droga legal de inicio y su consumo incrementa el riesgo de involucrarse con otro tipo de sustancias ilícitas como la marihuana, la cocaína, entre otros.

El consumo de alcohol es un problema de salud pública que requiere de acciones preventivas inmediatas y de promoción de la salud, esto al considerarse un factor determinante para algunos trastornos neuropsiquiátricos y de enfermedades no transmisibles como las afecciones cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos tipos de cánceres.

Para poder comprender el problema del consumo de alcohol en la población en general es importante partir de aspectos básicos como lo son las definiciones y el panorama general de esta problemática en el mundo entero, además de conocer las consecuencias de su consumo y la función de enfermería en la prevención.

9. RECOMENDACIONES

La prevención, es posible pero costosa pues las bebidas alcohólicas están muy normalizadas en nuestra sociedad de hecho, la publicidad frecuentemente asocia el alcohol a una imagen de triunfo personal y social. Debido a esto, los gobiernos y las organizaciones internacionales, que abogan por la prevención de la salud, han propuesto una serie de medidas cuya filosofía básicamente es “si disminuye la posibilidad/ganas de consumir alcohol también lo harán las consecuencias derivadas”, lo cual puede ir de la mano de un endurecimiento de las consecuencias legales de beber alcohol y conducir.

Destacamos:

1. Platicar con los familiares para que se incluyan en su prevención del consumo.
2. Pedir a los familiares que lo incluyan en eventos familiares.
3. Integrarlo en actividades recreativas.
4. Buscar grupos de apoyo en donde lo puedan orientar.
5. Invitarlo a formar parte de club deportivos.
6. Fomentar en él, el cuidado por su persona.
7. Explicar los daños que puede ocasionarle el seguir consumiendo bebidas embriagantes.
8. Brindar apoyo psicológico, social y espiritual.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aizpiri Díaz J, Marcos Frías F. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson; 1996.
2. Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: ENE; 2002.
3. Casas Brugué M, Callazos Sánchez F, Ramos-Quiroga JA, Roncero Alonso C. Psicofarmacología de las drogodependencias. Barcelona: Fundación Promoción Médica; 2003.
4. Miguel Iribarren M, Ponce Alfaro G, Rubio Valladolid G. Paciente alcohólico y pacientes dependientes de otras drogas. Madrid: Entheos; 2005.
5. Cabrera Forneiro J, director gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Universidad y Drogas. Comunidad de Madrid: Ediciones Gráficas Delos; 1998.
6. Santo domingo J. Consenso de la Sociedad Española de psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: AulaMédica Ediciones; 2000.
7. García Rodríguez JA. Mi hijo, las drogas y yo. Madrid: Edaf; 2000.
8. Bobes García J, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica; 2003.

9. Alonso, C. M. M. (2008). Hacia la construcción de un modelo explicativo de factores de riesgo y consumo de alcohol en mujeres adultas. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología, Monterrey, Nuevo León, México.

10. Álvarez, F. (2001). Farmacología del alcohol. En G. Rubio y J. Santo Domingo. Curso de Especialización en alcoholismo (pp. 1-24). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.