

**Francesc Prytz Ribas  
Pau Llorach Espinosa**

**INFERMERIA I INTOXICACIÓ ETÍLICA  
ESTUDI D'UNA INTERVENCIÓ D'EMERGÈNCIES I DELS CONSUMS  
DE RISC EN UNA MOSTRA D'ESTUDIANTS DE LA UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI I D'INTERVENCIÓ SANITÀRIA**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**DIRIGIT PEL DR. FRANCESC VALLS FONAYET**



**TARRAGONA 2018**

### *Agraïments*

*Al nostre tutor, el Dr. Francesc Valls per guiar-nos durant tot el procés de la investigació i creure en nosaltres.*

*Al Sots Cap Territorial del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) de Tarragona i Terres de l'Ebre, Isaac Lucas, per donar-nos la oportunitat de realitzar una pràctica observacional amb el SEM i als professionals que ens van acompanyar durant aquesta.*

*Als participants de la Universitat Rovira i Virgili que van dedicar el seu temps realitzant els qüestionaris, sense ells no hagués estat possible.*

## ÍNDEX

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Resum .....                                                                        | 4  |
| Summary.....                                                                       | 5  |
| 1. Introducció.....                                                                | 6  |
| 2. Marc teòric.....                                                                | 8  |
| 2.1 Criteris diagnòstics .....                                                     | 8  |
| 2.2 Factors de risc.....                                                           | 8  |
| 2.3 Manifestacions clíniques.....                                                  | 9  |
| 2.4 Complicacions potencials de la intoxicació etílica aguda.....                  | 10 |
| 2.5 Qüestionaris de detecció o 'screening' .....                                   | 11 |
| 2.6 Marc d'actuació d'infermeria en relació a la IEA.....                          | 14 |
| 2.7 Enderrocant mites.....                                                         | 16 |
| 3. Objectius i hipòtesis.....                                                      | 17 |
| 3.1 Objectius generals .....                                                       | 17 |
| 3.2 Objectius específics.....                                                      | 17 |
| 3.3 Hipòtesis.....                                                                 | 17 |
| 4. Metodologia.....                                                                | 18 |
| 5. Resultats.....                                                                  | 20 |
| 5.1 Els tests AUDIT / CAGE. Uns indicadors desconeguts .....                       | 20 |
| 5.2 Resultats obtinguts al test AUDIT .....                                        | 21 |
| 5.2.1 La influència del sexe .....                                                 | 24 |
| 5.3 Coneixement general sobre intoxicació etílica.....                             | 29 |
| 5.4 Actuacions.....                                                                | 29 |
| 6. Pràctica observacional amb el SEM .....                                         | 31 |
| 7. Discussió .....                                                                 | 34 |
| 8. Limitacions .....                                                               | 36 |
| 9. Conclusions.....                                                                | 38 |
| 10. Bibliografia .....                                                             | 40 |
| 11. Annexos.....                                                                   | 45 |
| A1. Guia d'actuació durant la pràctica observacional.....                          | 45 |
| A2. Qüestionari intoxicacions etíliques agudes .....                               | 47 |
| A3. Consentiment i petició per a la realització de la pràctica observacional ..... | 51 |
| A4. Cronograma .....                                                               | 52 |

## Resum

Aquest estudi té per objectiu conèixer el consum de risc d'alcohol que realitza una mostra d'estudiants universitaris i els models d'intervenció sanitària del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) en casos d'intoxicació etílica aguda (IEA).

Mitjançant una metodologia descriptiva d'enquestes es va passar el qüestionari "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT) per a la detecció de problemes per consum d'alcohol a 164 estudiants de la Universitat Rovira i Virgili. Es van tenir en compte diferents variables estructuradores, com el sexe o el grau de coneixements en aspectes sanitaris. S'ha detectat que bona part de la mostra (53,7%) obté unes puntuacions que la situa en posició de risc en el consum d'alcohol, que aquest percentatge és superior en els homes i que el tipus de grau està associat amb un major coneixements sobre els riscos, però no així amb una pràctica diferenciada respecte al consum.

D'altra banda, a través de l'observació en una situació real de la intervenció del SEM en casos d'IEA, es destaca la rellevància d'elements com l'atenció individualitzada, el tipus de llenguatge utilitzat o l'abordatge psicològic paral·lel a l'atenció sanitària, mentre que per altra banda s'alerta de la manca de seguiment de protocols estandarditzats.

**Paraules clau:** universitaris, AUDIT, intoxicació alcohòlica, consum de risc, intervenció d'infermeria

## Summary

The main goal of this project is to know the risk of consuming alcohol that is done by university student and the prototypes of sanitarium intervention from the Emergency Medical Service (SEM) in cases of acute intoxication (IEA).

By using a descriptive questionnaire methodology we passed along the questions "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT). In order to detect possible problems that are caused by the consume of alcohol, 164 students from the University of Rovira I Virgili were used for this project. The next structuring variables were used: gender and the amount of knowledge regarding basic sanitarium concepts.

The project detected that the majority part of people (53,7%) is in a risky situation regarding consume of alcohol. The % is higher in men and is associated with a better understanding of the knowledge about the risks, but not in a differenced practice respect consume.

On the other hand, by observing SEM in a real situation of IEA, it highlights the importance of personalized attention, the type of language used or the parallel psychological approach to healthcare, while on the other hand, it is alerted to the lack of standardized protocol monitoring.

**Key words:** University Students; AUDIT; Alcohol Poisoning; Risk Consumption; Nursing Intervention.

## 1. Introducció

L'alcohol és una substància psicoactiva depressora del Sistema Nerviós Central. És una de les drogues més presents en la nostra societat i un producte molt arrelat en les tradicions culturals i en les pautes d'interrelació social de les terres occidentals. El seu ús està molt lligat a rituals juvenils com a mitjà de diversió, pel que la majoria de gent no el considera una droga. A més, els traumatismes mortals atribuïbles al consum de l'alcohol tendeixen a afectar a persones relativament joves. Pot causar accidents de trànsit, problemes laborals, agressions i alcoholisme, entre d'altres<sup>1</sup>.

Algunes de les definicions que podrien ajudar a comprendre l'abús d'aquesta substància són: 'La Intoxicació Enòlica Aguda (IEA) és el trastorn orgànic més comú induït per l'alcohol i la intoxicació aguda més freqüent en el nostre medi<sup>2</sup>' o bé, 'L'IEA és l'estat d'embriaguesa derivat dels efectes de l'alcohol sobre l'organisme, que poden revestir diferents nivells de gravetat (inclosa la mort)<sup>3</sup>.

L'alcohol es quantifica per Unitats de Beguda Estàndard (UBE), cadascuna de les quals conté 10 grams d'alcohol. Una cervesa, una copa de vi, un cigaló o un xopet equival a una UBE; una copa de licor o un combinat, a dues. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) fixa en 28 UBE setmanals el consum de risc per als homes i en 17 UBE per a les dones, però adverteixen que consumir-ne més de 6 en un sol dia també es pot considerar un risc<sup>4</sup>.

Els factors de risc associats a l'elevat consum d'alcohol són nombrosos: el sistema familiar, l'entorn sociocultural, l'edat d'inici, el baix autocontrol, l'accessibilitat a aquesta droga i la disponibilitat, entre d'altres<sup>5</sup>.

La major complicació de l'IEA són els accidents de trànsit tot i que també es relaciona amb actes criminals i suïcidis, accidents i caigudes que produeixen fractures i traumatismes cranioencefàlics<sup>6</sup>.

L'Informe de 2017 d'alcohol, tabac i drogues il·legals a Espanya<sup>7</sup> referia que el 2-7% de la població està dins del grup de bevedors excessius (consum superior a 80gr./dia). També, la pràctica de risc analitzada més freqüent per l'EJC (Enquesta de Joventut de Catalunya) és el consum excessiu d'alcohol (s'utilitzarà el terme embriagar-se per referir a aquesta pràctica) on es pot apreciar gairebé una tercera part de la mostra de l'estudi (32,9%) afirma embriagar-se aproximadament un cop al mes, tot i que un 10% ho fa amb més freqüència<sup>8</sup>.

Segons un estudi realitzat a l'Hospital Universitari Sant Joan de Déu<sup>5</sup> l'any 2016, en els últims anys ha augmentat la prevalença de casos d'IEA en adolescents a nivell territorial provocant així, un increment de les consultes en els serveis d'urgències. Com a dades significatives cal destacar que el 58% dels adolescents estudiats havien ingerit alcohol en l'últim mes, observant d'aquesta manera el canvi de patró de consum, passant d'un model caracteritzat per un consum freqüent i de baixa qualitat a un caracteritzat per consums d'elevades dosis i concentrats als caps de setmana.

L'hàbit de consum d'alcohol en la població general és una pràctica més estesa entre la població masculina: 82,9% dels homes, front a un 72,1% de les dones a nivell nacional segons un estudi d'EDADES<sup>7</sup> realitzat l'any 2015. No obstant, a mesura que avancen els anys es van sumant dones a aquesta pràctica. Respecte a l'edat, és més freqüent en grups d'edat més joves (15 a 19 anys: 40,4%; 20 a 24 anys: 44,9%), mentre que disminueix força a partir dels 25 anys (25 a 29 anys: 30%; 30 a 34 anys: 20,6%). Així doncs, el grup de 15 a 24 anys és el que presenta una menor diferència entre homes i dones en quant a la prevalença del consum d'alcohol. Així mateix, entre els joves d'aquesta franja d'edat (15 a 24 anys) que han consumit alcohol l'últim mes, 1 de cada 4 es va embriagar. A mesura que l'edat augmenta, la prevalença de les IEA disminueix progressivament<sup>8</sup>.

El "Binge Drinking" amb traducció "consum compulsiu d'alcohol" s'entén com el consum de grans quantitats d'aquest en un breu període de temps amb l'objectiu d'aconseguir l'estat d'embriaguesa<sup>9</sup>. A nivell estatal, el 15,5% de la població d'entre 15 i 64 anys ha consumit alcohol l'últim mes mitjançant aquesta pràctica amb major prevalença en el grup de població juvenil (15-24 anys) amb un 30,6% segons l'estudi EDADES realitzat l'any 2015<sup>7</sup>. No obstant, el Binge Drinking és una pràctica que està mostrant una tendència a la baixa amb percentatges d'un 41,8% el 2012 a un 32,2% el 2014. Tot i això, segueix sent un percentatge problemàtic<sup>7,10</sup>.

Segons l'Informe Mundial de l'OMS de 2014<sup>8</sup>, Europa és la regió amb el major consum d'alcohol per càpita. A Catalunya s'observen diferències per àmbits territorials en relació a embriagar-se sent el Camp de Tarragona el que presenta freqüències més altes (42,1%), mentre que les comarques gironines presenten les més baixes (16,9%)<sup>8</sup>.

Pel que fa a la mortalitat provocada per aquesta substància, l'alcohol és el responsable d'un 5,9% de les defuncions del món, és a dir, 3,3 milions de defuncions a l'any<sup>12</sup>.

Prenent com a punt de partida que les IEA suposen un 3% dels ingressos en els serveis d'urgències hospitalàries<sup>8</sup>, s'identificaran i es descriuran les intervencions a realitzar en el moment en el que es produeixi un cas d'IEA des d'un enfoc multidisciplinari, incidint en aquells factors de risc que puguin arribar a derivar en un consum abusiu d'aquesta substància.

## **2. Marc teòric**

### **2.1 Criteris diagnòstics**

Els criteris diagnòstics d'una intoxicació etílica segons el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)<sup>13</sup> són:

- A.** Ingesta recent d'alcohol.
- B.** Canvis psicològics o comportaments mentals desadaptatius clínicament significatius, com per exemple: sexualitat inapropiada, comportament agressiu, labilitat emocional, deteriorament de la capacitat de decidir i de la capacitat laboral o social, que es presenta durant la intoxicació o pocs minuts després de la ingesta d'alcohol.
- C.** Un o més dels següents símptomes que apareixen durant el consum d'alcohol o poc després:
  - 1- llenguatge balbucejant
  - 2- incoordinació
  - 3- marxa inestable
  - 4- nistagme
  - 5- deteriorament de l'atenció o de la memòria
  - 6- estupor o coma.
- D.** Els símptomes no es deuen a una malaltia mèdica ni s'expliquen per la presència d'un trastorn mental.

### **2.2 Factors de risc**

L'adolescència és una etapa de canvis físics i mentals, així com de canvis culturals i socials. Molts són els factors que incrementen o disminueixen la vulnerabilitat dels joves a desenvolupar conductes d'ús i abús de l'alcohol. D'aquesta manera, el consum intensiu d'alcohol augmenta el risc de presentar diverses conseqüències negatives:



relacions sexuals insegures, conducció perillosa de vehicles, baralles, vandalisme, accidents de tràfic...entre d'altres.

És per això, que l'etapa de l'adolescència és clau per construir una identitat personal cercant noves necessitats i sentiments que abans no requeria, fet que deixa a l'individu en un estat d'inseguretat i inestabilitat en la recerca d'aquesta personalitat. Pel que fa als factors de risc als quals són exposats els adolescents, podríem dividir-los en diferents àmbits, segons l'Enquesta a la Joventut de Catalunya<sup>8</sup>:

En primer lloc, cal destacar l'àmbit familiar, en que els principals factors de risc estarien relacionats amb el consum d'alcohol i drogues per part dels pares de l'individu, per una baixa supervisió i disciplina familiar, per actituds parentals favorables cap a una conducta antisocial i/o consum de substàncies o bé per baixes expectatives per als adolescents o bé, per a l'èxit.

En segon lloc, pel que fa als factors de risc en l'àmbit comunitari, identifiquem els següents: la privació econòmica i social, desorganització comunitària, canvis i mobilitat de residència, creences normes i lleis de la comunitat favorables al consum de substàncies, la disponibilitat i accessibilitat a l'alcohol i drogues i la baixa percepció de risc de cada substància.

En tercer lloc, un altre dels factors de risc que considerem més rellevant és en relació a l'entorn o relacions socials, on les actituds favorables dels companys cap al consum de drogues o alcohol, amics consumidors de diverses substàncies, conductes antisocials o vandalisme i rebuig per part d'iguals, són els principals factors de risc de consum. Tanmateix, un baix rendiment acadèmic ens pot donar pistes sobre conductes disruptives en l'adolescent.

Per últim, i no per això menys important, cal destacar els factors de risc individuals biològics, psicològics i conductuals, i també, els trets de personalitat que defineixen l'individu.

### **2.3 Manifestacions clíniques**

Les manifestacions més comuns en una intoxicació etílica aguda depenen del volum d'alcohol ingerit, fet que provoca que es distingeixin quatre fases: la fase d'eufòria, la fase hipnòtica o de confusió, la fase anestèsica o d'estupor i coma i la fase bulbar o de mort.

En la fase d'eufòria, s'aprecien conductes impulsives degut a l'estat d'excitació, desinhibició, loquacitat i sensació d'omnipotència. En aquest, hi ha una sensació subjectiva d'augment de reflexos i d'energia.

En la segona fase, la hipnòtica o de confusió, es podria observar com a manifestacions més freqüents la irritabilitat, agitació, impulsivitat molesta i agressiva, somnolència, disàrtria i/o atàxia. En certs casos podem trobar nàusees i vòmits. En aquesta fase, la quantitat d'alcohol ingerit es situa en la franja de 0.8-1.5g d'alcohol.

Després d'aquesta, precediria la fase anestèsica o d'estupor i coma. En aquesta, el llenguatge es incoherent i hi ha una clara disminució del nivell de consciència i del to muscular. També, es freqüent la incontinència d'esfínters i dificultat respiratòria com a complicacions. La franja de consum en aquesta fase es situa entre 1.5-4 grams d'alcohol.

La última fase és la bulbar o de mort. Es caracteritza pel shock cardiovascular i inhibició del centre respiratori, i en els casos més greus i com el mateix nom de la fase indica, parada cardiorespiratoria i mort.

L'estat de coma sol venir entre els 4-5 grams d'alcohol, on la depressió bulbar provocarà la parada respiratòria. L'estat final de mort pot arribar també degut a altres complicacions associades, com aspiració de vòmits, coma cetoacidòtic i hipoglicèmic i per refredament<sup>6</sup>.

## **2.4 Complicacions potencials de la intoxicació etílica aguda**

Tal i com està descrit, el consum d'alcohol crònic està íntimament relacionat amb l'aparició de diverses malalties psiquiàtriques, digestives, cardiovasculars, etc., però molts cops oblidem les nombroses complicacions potencials que comporta una IEA, les quals en els casos més extrems poden ser devastadores per l'individu que la pateix degut a les concentracions d'alcohol en l'organisme. Així doncs, l'elevada concentració d'alcohol pot afectar a diferents sistemes del nostre organisme. Com a possibles complicacions potencials podem destacar<sup>14</sup>:

- Agitació psicomotriu
- Bronca aspiració
- Crisis convulsives
- Hipoglucèmia

- Hipotèrmia
- Deshidratació
- Ressaca
- Rabdomiòlisis<sup>1</sup> o miopatia alcohòlica aguda
- Politraumatisme
- Hemorràgia de vies digestives altes
- Acidosis làctica
- Conducta sexual de risc
- Trastorn amnèsic agut
- Parada cardio-respiratòria

## 2.5 Qüestionaris de detecció o 'screening'

La identificació precoç dels consumidors de risc és la pedra angular de les intervencions preventives en alcohol des de l'àmbit sanitari. El cribratge sistemàtic és l'estratègia més adequada per identificar precoçment els consumidors de risc<sup>15</sup>.

L'objectiu dels qüestionaris de detecció és establir un cribratge previ al diagnòstic; un resultat negatiu en aquests tests no exclou el problema, ja que la negació o postures defensives per part dels participants poden provocar falsos negatius que poden alterar les puntuacions finals dels tests, pel que es recomana complementar amb proves biològiques i entrevistes a familiars o acompanyants abans de formular un diagnòstic. Els tests més utilitzats són el de CAGE, el d'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) i el AUDIT-C (més simple que l'anterior)<sup>16,17</sup>.

El CAGE consta de 4 ítems. Els primers tres ítems del qüestionari són consistents i complementaris amb els criteris d'abús i de dependència del DSM-IV, el quart ítem és el més revelador en quant a dependència alcohòlica<sup>18</sup>. La seva sensibilitat és del 65-100% i la seva especificitat del 88-100%. Es considera positiu si es respon afirmativament a un mínim de dues preguntes. No estudia quantitat, freqüència ni temps de la ingesta. És un test dissenyat per a detecció de l'alcoholisme i és útil en el cribratge en Atenció Primària<sup>19</sup>.

---

<sup>1</sup> Es un síndrome caracteritzat per la destrucció del múscul esquelètic. Les causes són molt variades, sent les més freqüents l'esforç important durant l'exercici físic (veieu, per exemple, l'estudi d'Henares, 2012 o el de Torres-León et al, 2016) els traumatismes i el consum d'alcohol (veieu Alconcher et al, 2008, o també Olivares et al, 2013<sup>20</sup>).

Exemples d'estudis que utilitzen aquests tests son l'estudi de Garcia Carretero et al<sup>16</sup> "Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitària: AUDIT y AUDIT-C"; l'estudi de Peralà de Torres et al<sup>17</sup> "Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres" o també, el de Ochoa Mangado et al<sup>21</sup> "Diagnostico y tratamiento de la dependencia de alcohol".

El test d'AUDIT o 'Alcohol Use Disorders Identification Test' conté 10 preguntes relacionades amb el consum en l'últim any. El rang de puntuació va de 0 a 40 punts. És un bon instrument per detectar problemes lleus i moderats relacionats amb l'alcohol. Puntuacions igual o superiors a 6 en dones i 8 en homes és indicador de bevedor de risc, i superiors a 13 indiquen probable dependència<sup>22,23</sup>. L'AUDIT és el qüestionari d'elecció per a la detecció de la síndrome de dependència alcohòlica en l'àmbit sanitari<sup>5,24</sup>.

El test és curt, fàcil d'utilitzar i flexible, consistent amb les definicions del CIE-10<sup>2</sup> de consum i dependència de l'alcohol, proporcionant informació útil que permeti donar retroalimentació als enquestats. Conté els instruments necessaris per detectar una detecció precoç del problema, i es per això de la importància de la sensibilitat i especificitat en el test, dos conceptes els quals el seu valor pot ser menor si el test es realitza en població universitària, tal i com mostra en el nostre estudi<sup>16</sup>.

A partir de diferents estudis sobre el test d'AUDIT, es va determinar que les puntuacions en un rang de 8-15 representaven un nivell mig de problemes amb l'alcohol, mentre que una puntuació igual o superior a 16 representava un nivell alt. Així doncs, es va suggerir que s'ha de donar la següent interpretació a les puntuacions<sup>3</sup> del AUDIT<sup>25</sup>:

- Puntuacions entre 8 i 15 son les més apropiades per un simple consell enfocat en la reducció del consum de risc.
- Puntuacions entre 16 i 19 suggereixen teràpia breu i un abordatge continuat.
- Puntuacions iguals o majors a 20 clarament requereixen una avaluació diagnòstica més amplia de la dependència de l'alcohol.

---

<sup>2</sup> Fa referència a la desena revisió de la classificació internacional de les malalties.

<sup>3</sup> Davant l'absència de millors estudis d'investigació, aquestes recomanacions s'han de considerar provisionals, subjectes a un judici clínic que tingui en compte la condició mèdica del pacient, els antecedents familiars de problemes amb l'alcohol i la honestetat percebuda en les preguntes del test.

Tal i com hem explicat anteriorment, l'AUDIT consta de 10 preguntes, les tres primeres es refereixen al consum de risc, les tres següents exploren possibles símptomes de dependència i les quatre últimes avaluen el consum perjudicial. La puntuació final permet identificar, en funció del punt de tall i del sexe, tant els consumidors de risc com la possible dependència alcohòlica. En cada pregunta, hi ha quatre possibilitats de resposta (veure annex 2) i obtens una puntuació final en funció de les opcions escollides i del grau de dependència de l'individu<sup>16</sup>.

D'aquesta manera els ítems que conté el test d'AUDIT van ser seleccionats d'un grup de preguntes en base, principalment, a correlacions amb la ingesta diària d'alcohol, la freqüència de consums de sis o més begudes per episodi de consum i la seva capacitat per discriminar els bevedors de risc d'aquells que realitzen un consum perjudicial. A continuació trobareu una taula on es mostra el contingut de cada ítem en funció del número de pregunta i del domini:

| Taula 1: Dominis del test AUDIT |                       |                                                      |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| Dominis                         | Número de la pregunta | Contingut de l'ítem                                  |
| Consum de risc d'alcohol        | 1                     | Freqüència de consum                                 |
|                                 | 2                     | Quantitat típica                                     |
|                                 | 3                     | Freqüència de consum elevat                          |
| Símptomes de dependència        | 4                     | Pèrdua de control sobre el consum                    |
|                                 | 5                     | Augment de la rellevància del consum                 |
|                                 | 6                     | Consum pel matí                                      |
| Consum perjudicial d'alcohol    | 7                     | Sentiment de culpa després del consum                |
|                                 | 8                     | Llacunes de memòria                                  |
|                                 | 9                     | Lesions relacionades amb l'alcohol                   |
|                                 | 10                    | Altres (familiars, amics) es preocupen per el consum |

Font: Taula obtinguda de la OMS en l'article 'Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol'<sup>25</sup>

També, hi ha diferents estudis com per exemple "Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT i AUDIT-C"<sup>16</sup> que opten per un model bidimensional en el test d'AUDIT. Aquest model

basat en dos factors, distingeix la població que es troba en risc degut al consum d'alcohol de la que en realitza un consum perjudicial originant problemes físicopsíquics i de dependència alcohòlica al llarg de les seves vides. Per tal de diferenciar aquests dos grups, el punt de tall escollit és de 13, tant per homes com per dones, i és clar que la intervenció que caldrà realitzar segons els resultats obtinguts variaran en cada persona i es tindran en compte tant els factors interns com els externs.

Alguns dels estudis que han corroborat una bona consistència interna d'aquest test, és a dir, que sintetitzen correctament les 10 preguntes i que no n'hi ha cap que no tingui a veure-hi. Això es mesura a través de l'alfa de Cronback, ja que generalment s'obtenen uns resultats òptims si s'acosten o superen el valor de 0,8. Així doncs, en són exemples l'estudi de García Carretero et al<sup>16</sup> amb un alfa de Cronback de 0,75; el de Campo-Arias et al<sup>26</sup> amb un alfa de Cronback de 0,792; i el de Seguel Palma et al<sup>27</sup> amb un alfa de Cronback de 0,83.

També, cal esmentar la investigació de Fleming et al<sup>28</sup> 'The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample', la qual presenta una sensibilitat del 84% i una especificitat del 71%.

## **2.6 Marc d'actuació d'infermeria en relació a la IEA**

A l'arribada del pacient a la unitat d'urgències o de l'ambulància del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) amb el tècnic/a i l'infermer/a al lloc on es trobi el pacient que pateix una intoxicació etílica, la primera actuació que haurà de realitzar l'infermer/a serà un control de les constants vitals (freqüència cardíaca, freqüència respiratòria, glucèmia, pressió arterial, saturació d'oxigen i temperatura corporal) del pacient, així com protegir-lo de possibles traumatismes secundaris. Conjuntament a aquestes accions es realitzarà el test de Glasgow per avaluar l'estat de consciència del pacient. En tot moment s'ha de tenir en compte el risc de vòmits i/o trastorns respiratoris i per tal de controlar-los s'ha de garantir una posició de seguretat del pacient en tot moment i una observació freqüent de les constants<sup>22,29</sup>.

En cas de que fos necessari, es canalitzaria una via perifèrica per tal d'administrar seroteràpia o la medicació necessària per revertir el quadre.

En el cas de que el pacient es trobés en un estat de coma etílic amb aspiracions o convulsions, es realitzarà una intubació per tal de mantenir la via aèria permeable i per garantir una adequada ventilació, unit a tractament anticonvulsiu.

Com a tractament a la hipoglucèmia, es realitzarà la introducció d'un catèter venós perifèric amb un sèrum glucosat al 5% per restablir els nivells de glucosa a l'organisme amb glucosa intravenosa, tot i que no modifica la seva farmacocinètica ni la seva simptomatologia associada. En cas d'emergència, la primera opció serà el glucosmon intramuscular.

És important descartar l'existència d'altres possibles tòxics, com podrien ser els opiacis o bé les benzodiazepines. És per això, que haurem de tenir ben a prop els seus antídots, la naloxona i el flumazenil respectivament<sup>22,29</sup>.

En el cas de que la intoxicació etílica sigui en un pacient amb alcoholisme crònic s'administraran 100mg de tiamina per via intramuscular per evitar el Síndrome de Wernicke-Korsakoff<sup>4</sup>.

Si el pacient pateix hipotèrmia, caldrà cobrir-lo amb mantes de cotó o bé, aplicar calor amb algun altre tipus de font per tal de restablir la temperatura corporal.

En persones amb una agitació psicomotriu, s'haurà d'administrar clorazepat dipotàsic 100mg via oral o 10mg/min via intravenosa, amb la finalitat d'induir un principi de sedació i aleshores, valorar si es necessària la contenció física. En aquests tipus de usuaris són freqüents les complicacions respiratòries derivades de l'excés de sedació, fet que implicarà la valoració constants dels paràmetres del pacient.

En cas d'intoxicacions letals, amb una etanolèmia superior 500 mg/dl, es pot considerar la hemodiàlisis per tal d'augmentar la taxa d'eliminació d'alcohol en sang<sup>22,29</sup>.

Tot i l'existència d'un protocol específic per el tractament de les intoxicacions etíliques agudes per part del SEM, val a dir que a l'hora d'emprar-lo a la pràctica, no s'ha de generalitzar, sinó que cal adaptar-lo a cada pacient segons les seves necessitats.

---

<sup>4</sup> El Síndrome de Wernicke-Korsakoff es un trastorn cerebral degut a la falta de tiamina, que es caracteritza per confusió, anomalies de postura i marxa (atàxia) i moviments anormals dels ulls (nistagme). Es deu a l'alcoholisme crònic, deficiències nutricionals, vòmits perllongats, trastorns d'alimentació, entre d'altres. El tractament es realitza amb tiamina<sup>30</sup>.

Així doncs, a continuació podem observar el protocol d'actuació davant una intoxicació d'etanol que utilitza el SEM<sup>31</sup>:

- 1/ Valoració Inicial. Seguint la valoració primària de l'ABCDE<sup>32</sup>.
- 2/ Oxigenoteràpia segons criteri.
- 3/ Dieta absoluta.
- 4/ Realització del test de glucèmia basal en sang: Si presenta hipoglucèmia, s'administrarà tiamina 100mg endovenosa prèvia a l'administració de glucosa endovenosa en cas d'enolisme crònic.
- 5/ Canalització d'una via venosa si precisa.
- 6/ Si agitació o psicosis: s'administrarà Haloperidol (5 mg 1 ampolla / 8 h endovenosa o intramuscular).

## 2.7 Enderrocant mites

Com a futurs professionals de la salut, creiem necessari crear consciència sobre certs mites relacionats amb el consum d'alcohol. Per això, a continuació es podrà observar una taula on apareixen els mites més freqüents relacionats amb l'alcohol:

| Taula 2. Algunes qüestions de "mitologia mèdica" en relació a l'alcohol            |                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mite                                                                               | Comentari                                                                                                                                                           |
| "És millor no canviar la beguda alcohòlica perquè combinar-les emborratxa més"     | La quantitat d'alcohol ingerida és el que determina l'alcoholèmia                                                                                                   |
| "Els homes aguanten millor l'alcohol que les dones"                                | La quantitat d'alcohol metabolitzat per kg de pes es de 2,5 +/- ,56 mg per l'home i 2,6 +/- 0,37 mg per la dona, es a dir, la dona metabolitza més ràpid que l'home |
| "Les begudes ensucrades emborratxen més i provoquen més ressaca"                   | La ingesta de 70 g o més d'hidrats de carboni augmenta la metabolització de l'alcohol un 20%-30%, doncs l'efecte seria just el contrari.                            |
| "L'alcohol facilita les relacions sexuals"                                         | Per ser un depressor del Sistema Nerviós Central (SNC), inhibeix la resposta sexual                                                                                 |
| "Fent exercici o vomitant es pot eliminar més ràpidament l'alcohol del nostre cos" | Per aquestes vies s'expulsa menys del 2% d'alcohol, insuficient per afectar al nivell d'alcoholèmia                                                                 |

Font: Elaboració pròpia extreta d'informació de les següents pàgines web<sup>33</sup>



### 3. Objectius i hipòtesis

En consonància amb el marc teòric revisat, en aquest treball ens marquem els següents objectius generals i específics.

#### 3.1 Objectius generals

- Avaluar els nivells de consum d'alcohol de joves universitaris a partir del test estandarditzat AUDIT.
- Avaluar els protocols que es segueixen actualment en el nostre sistema sanitari en quant a l'actuació en front de les intoxicacions etíliques, detectar les seves principals característiques i comprovar les garanties que aquests ofereixen.

#### 3.2 Objectius específics

- Estudiar *in situ* el rol de l'infermer/a en el tracte amb la persona que ha patit una intoxicació etílica.
- Comprovar els coneixements dels estudiants de la Universitat Rovira i Virgili relacionats amb el consum de begudes alcohòliques.
- Determinar la freqüència i precocitat en que es realitza un consum perjudicial d'alcohol.
- Reconèixer la validesa del test d'AUDIT en la detecció de persones en consum de risc.
- Esbrinar si un protocol òptim davant d'una intoxicació etílica aguda disminueix la morbidimortalitat.

#### 3.3 Hipòtesis

- Els joves no tenen la informació necessària a l'hora d'actuar davant d'un cas d'intoxicació etílica.
- Els resultats obtinguts en l'aplicació del test AUDIT de la nostra mostra aniran en la línia d'altres investigacions dutes a terme en àmbits socials similars.

- A l'hora d'actuar davant d'una intoxicació etílica aguda no es segueix cap protocol concret, encara que aquests existeixen.
- El model que proposa el test d'AUDIT permet reconèixer amb facilitat usuaris que realitzen un consum de risc i diferenciar-ne els riscos segons perfils.

#### 4. Metodologia

Per poder assolir els objectius proposats anteriorment, es va optar per un treball de camp focalitzat en dues línies complementàries. D'entrada, una recerca de tipus quantitativa, descriptiva i transversal mitjançant la metodologia d'enquesta. D'altra banda, una practica observacional amb un equip del Servei d'Emergències Mèdiques, per tal de veure una intoxicació etílica aguda en directe i com és l'actuació en front d'aquesta. Entenem que la combinació de dos enfocaments complementaris (enquesta / observació) dóna riquesa al treball i ens permet ampliar la nostra perspectiva al voltant d'aquest objecte d'estudi.

Es va realitzar una recerca bibliogràfica cercant en bases de dades específiques com Pubmed, Google académico, Scielo i Elsevier, entre d'altres, escollint els articles segons els criteris de selecció pautats. També es van realitzar enquestes a diferents graus de la Universitat Rovira i Virgili.

Pel que fa a l'enquesta, es va utilitzar un qüestionari de 20 preguntes, 10 de les quals pertanyen al test d'AUDIT<sup>5</sup>, utilitzat per detectar tant consumidors de risc com de dependència a l'alcohol. Es va optar per aquest test i no per altres ja que considerem que és el més complet i utilitzat habitualment, i perquè conté preguntes que s'adeqüen perfectament als coneixements de tots els participants. Aquest qüestionari inclou també variables independents que es van introduir al treball, com el sexe i el grau universitari. A més, finalment es formulen preguntes sobre coneixements generals o conductes relacionades amb el consum d'alcohol<sup>6</sup>.

El qüestionari va ser creat online mitjançant l'aplicació Google Docs®. Es va iniciar el 7 de Març de 2018 i es va tancar el 12 de Març de 2018. Vam obtenir una participació de 164 individus de diversos graus de la Universitat Rovira i Virgili. Per tal de difondre

---

<sup>5</sup> Tal i com hem explicat anteriorment, el test d'AUDIT s'utilitza per identificar trastorns deguts al consum d'alcohol. Conté 10 preguntes les quals tenen una sèrie de respostes a escollir amb una escala de puntuació de 0 a 4.

<sup>6</sup> Podeu veure el qüestionari íntegre en els annexos d'aquest treball.

l'enquesta entre tots els estudiants, vam utilitzar l'estratègia de la 'bola de neu'<sup>7</sup>, per tal d'aconseguir que arribés al màxim nombre de persones. Un cop finalitzat, va ser enviat al nostre tutor per adquirir el permís per poder enviar-lo a estudiants de la Facultat de Infermeria i altres graus relacionats amb la salut, i també a graus no relacionats amb la salut, com podria ser Enginyeria Mecànica o Educació Primària, entre d'altres.

Acceptem que la validesa externa d'aquesta investigació és baixa per dos motius: per una banda, el mostreig no ha estat aleatori sinó que ha seguit l'estratègia de bola de neu ja que ha estat impossible disposar prèviament d'un llistat d'alumnes per poder fer una selecció aleatòria (i això provoca una amenaça: la possibilitat de que la participació fos de gent més motivada o interessada en el tema), i per una altra banda, si estimem un univers d'estudi d'aproximadament 1.500 individus, el marge d'error es situa en un 7,2%. En tot cas, entenem que la planificació efectuada s'adequa als objectius estipulats al TFG, encara que haguem identificat aquesta limitació. Per dur a terme l'extracció dels resultats, es va utilitzar el programa 'Statistical Package for the Social Sciences' (SPSS) i tècniques d'anàlisi estadístic univariables i bivariables.

L'objectiu de realitzar aquesta diferenciació entre graus es per comprovar la singularització de coneixements entre alumnes d'un grau sanitari (més preparats per aquests tipus d'intervencions) i alumnes d'un grau no sanitari.

Per complementar aquest anàlisi quantitatiu vam realitzar una pràctica observacional<sup>8</sup>, el dia 24 de Març de 2018 al Centre d'Urgències i Atenció Primària (CUAP) de Cambrils amb el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM), ja que era la única unitat que disposava de dues ambulàncies en les quals podíem dividir-nos en les sortides. En cada una d'aquestes poden anar-hi fins a 3 professionals sanitaris, sent com a mínim un tècnic d'emergències i un infermer/a o bé 2 tècnics. Vam realitzar 8 sortides dividides amb les ambulàncies de suport vital bàsic i de suport vital avançat, una de les quals va ser referent al cas que plantegem en aquest treball. Aquesta pràctica observacional va estar protocol·litzada i amb el consentiment per part de la professora coordinadora de l'assignatura de la Facultat d'Infermeria, Maria Sagrario Acebedo, del nostre tutor Dr. Francesc Valls així com pel Sots Cap Territorial del SEM de Tarragona i Terres de l'Ebre, Isaac Lucas.

---

<sup>7</sup> És una tècnica de mostreig no probabilístic utilitzada pels investigadors per identificar els subjectes potencials en estudis on els subjectes són difícils de trobar.

<sup>8</sup> També podeu consultar a l'annex d'aquest treball la guia d'elaboració pròpia que vam utilitzar per a la realització d'aquesta pràctica.

## 5. Resultats

En aquest apartat es mostren els resultats relacionats amb el qüestionari que vàrem realitzar a diferents estudiants de la Universitat Rovira i Virgili de nombrosos graus, dividits principalment en graus de tipus no sanitari i sanitari.

La mostra obtinguda en el qüestionari que vàrem realitzar mostra una participació de 164 individus, majoritàriament dones, en concret 119; i pel que fa a homes, un total de 45. La mitjana d'edat del global de tots els participants es de 21,1, en que la mitjana d'edat de les dones és lleugerament superior a la dels homes, 21,4 respecte un 20,4.

També es pot apreciar una major participació d'estudiants de grau no sanitari (86 individus), un 54,7 % del total de la mostra, respecte a estudiants de grau sanitari (71 individus), un 45,3% del total de la mostra, descartant 7 individus d'aquesta variable en la mostra vàlida per no especificar correctament el tipus de grau que estan realitzant.

### 5.1 Els tests AUDIT / CAGE. Uns indicadors desconeguts

Una de les qüestions que vam plantejar en l'enquesta és el grau de coneixement del test d'AUDIT així com el de CAGE, un test similar que servia tant per la detecció de consumidors de risc com per la detecció de dependència alcohòlica.

Vam poder comprovar que en el total de la mostra (n=164) no hi havia un gran coneixement d'aquestes eines per detectar consums de risc, ja que tan sols un 22,6% coneixien algun d'aquests tests.

Tal i com s'esperava, en els resultats obtinguts a partir de la variable independent del grau d'estudi, es va poder apreciar com els individus que estudiaven un grau relacionat amb la salut tenien més coneixement que els que estudien un grau no sanitari. El contrast estadístic utilitzat -prova d'independència basada en l'estadístic Txi quadrat de Pearson- va indicar existència d'associació estadísticament significativa entre el tipus de grau que s'estudiava i el nivell de coneixement dels tests AUDIT-CAGE ( $p < 0.000$ ).

| Taula 3. Grau de coneixement dels tests d'AUDIT i CAGE en funció del tipus d'estudis |                                     |                                                  |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
|                                                                                      | El coneix i sap quins paràmetres té | El coneix però no sap detallar-ne els paràmetres | No el coneix |
| Grau sanitari                                                                        | 10,7                                | 26,7                                             | 62,6         |
| Grau no sanitari                                                                     | 0                                   | 11,2                                             | 89,8         |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del qüestionari

D'aquesta manera, vam poder observar el desconeixement evident que hi ha en la mostra del grau no sanitari, on gairebé nou de cada deu persones enquestades no tenien coneixement de l'existència d'aquests tests per reconèixer un consum de risc. En el grau sanitari, es va poder comprovar que tot i que els percentatges de coneixement augmentaven, més de la meitat de la mostra que pertanyia a aquest grup desconeixia aquests tests (62.6%).

Per al contrast estadístic vam decidir agrupar les dues categories de coneixement dels tests en una de sola. El resultat indicava que hi havia associació estadísticament significativa entre el tipus de grau cursat i el coneixement d'ambdós tests (txi quadrat = 9,272,  $p < 0,05$ ).

## 5.2 Resultats obtinguts al test AUDIT

Abans de començar amb la interpretació dels resultats obtinguts en el test d'AUDIT realitzat a diferents estudiants de la Universitat Rovira i Virgili, es convenient mostrar els valors obtinguts en les mesures de centralitat següents:

| Taula 4. Puntuacions de centralitat del test d'AUDIT |         |                          |                             |         |                               |                      |
|------------------------------------------------------|---------|--------------------------|-----------------------------|---------|-------------------------------|----------------------|
|                                                      | Mitjana | LI Interval<br>confiança | LS<br>Interval<br>confiança | Mediana | Mitjana<br>retallada<br>al 5% | Estimador<br>M-Huber |
| Total                                                | 7,6     | 6,7                      | 8,5                         | 6       | 7,1                           | 6,6                  |
| Homes                                                | 9,8     | 8                        | 11,9                        | 10      | 9,6                           | 9,5                  |
| Dones                                                | 6,7     | 5,7                      | 7,7                         | 6       | 6,1                           | 5,8                  |
| Àmbit<br>sanitari                                    | 6,6     | 5,3                      | 7,9                         | 6       | 6,1                           | 5,9                  |
| Àmbit no<br>sanitari                                 | 8,3     | 6,9                      | 9,7                         | 6       | 7,8                           | 7                    |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del qüestionari

Com es sap, el test AUDIT té una puntuació mínima de 0 punts i una màxima de 40. Tal i com es pot veure en la taula 4, la puntuació mitjana de la nostra mostra és de 7,6.

Cal tenir en compte, que la mitjana és un indicador sensible a les puntuacions extremes, i en aquests casos pot no representar adequadament el grup en el qual ha estat obtinguda. Per evitar aquest possible biaix, vam incorporar també altres mesures

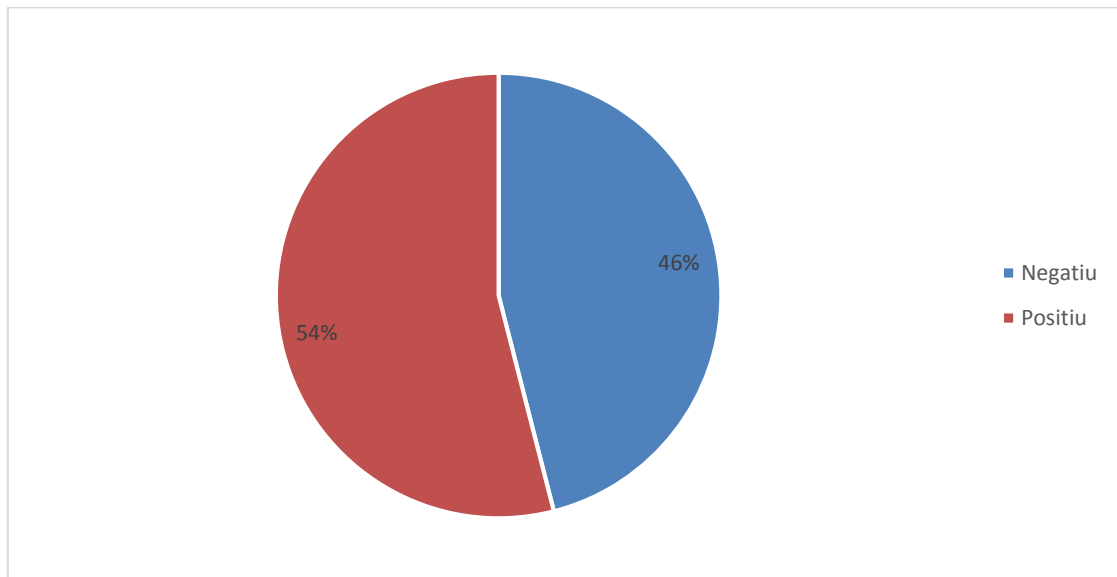
de tendència central més robustes davant la possible presència de casos extrems, com són la mediana, la mitjana retallada al 5% i l'estimador M-Huber.

Tant la mediana (és a dir, el valor que deixa per baix la meitat de les dades de la distribució), com la mitjana retallada, com l'estimador M-Huber (un indicador similar a la mitjana però que atorga un major pes ponderat als casos propers a la mitjana, per limitar l'efecte dels casos extrems), són inferiors a la mitjana.

Tal i com es pot observar en la taula 4, les puntuacions de cada mesura de contrast de centralitat van ser sempre superiors en homes i en els estudiants de grau no sanitari. En aquest últim cas, la mediana és la mateixa per ambdós graus.

A partir de la classificació teòrica que situa en un consum de risc les puntuacions superiors a 7 en els homes, i a 5 en les dones, vam observar que a la mostra un 46,3% dels participants no presentava una situació de risc segons el test AUDIT (n=76), mentre que un 53,7% sí que presentava aquest risc (n=88).

Gràfic 1. Població de la mostra en risc referent a les puntuacions del test d'AUDIT



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del qüestionari

En la següent taula, es pot observar una comparació de diferents estudis amb el nostre, on es comparava els resultats obtinguts en el test estandarditzat AUDIT amb el nombre total de cada mostra.

| Taula 5. Comparació de resultats del test AUDIT entre estudis a nivell nacional i internacional                                                                                                   |                                           |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Estudi                                                                                                                                                                                            | Mostra                                    | Resultats (població amb puntuació de risc al test AUDIT) |
| Estudi de García Carretero et al <sup>16</sup> 'Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C'                          | 1309 estudiants universitaris d'Andalusia | 26,5%                                                    |
| Estudi de Fernández Angulo et al <sup>34</sup> 'Estudio del patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes de Nutrición y Medicina a través del AUDIT'                                        | 69 alumnes de la U. Valladolid            | 18,9%                                                    |
| Estudi de Seguel Palma et al <sup>27</sup> 'validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (audit) en estudiantes de una universidad chilena' | 745 estudiants universitaris de Xile      | 23,3%                                                    |
| Estudi de Alonso Castaño-Pérez et al <sup>35</sup> 'Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios'                                                                      | 396 estudiants universitaris colombians   | 35,4%                                                    |
| Estudi de Donoso et al <sup>36</sup> 'Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados Escala'                                                             | 93 individus xilens majors de 15 anys     | 14%                                                      |
| Estudi de Carter et al <sup>37</sup> 'The College and Noncollege Experience: A Review of the Factors That Influence Drinking Behavior in Young Adulthood'                                         | 5082 estudiants de Nova Zelanda           | 36%                                                      |

Font: Taula obtinguda a partir de la comparació de diferents estudis relacionats amb el test AUDIT

Comparant els resultats obtinguts de diverses investigacions, podem apreciar clarament com la puntuació mitjana del nostre treball (53,7%) és àmpliament superior a la d'altres estudis nacionals i internacionals.

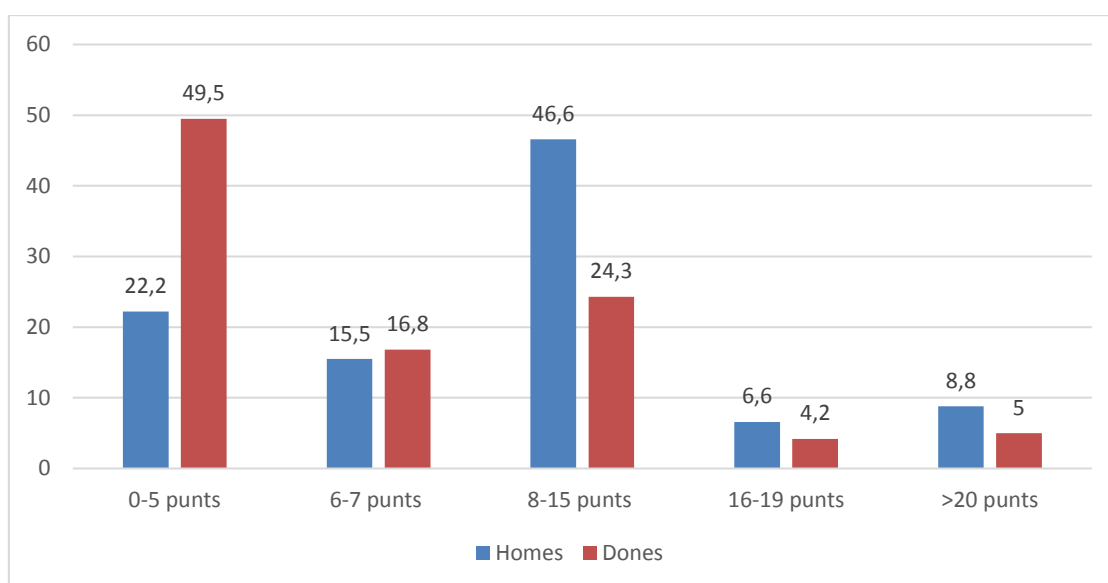
### 5.2.1 La influència del sexe

A continuació, mostrem les taules de puntuacions agrupades per la primera de les variables independents del nostre estudi, el sexe:

Tal i com podem observar al gràfic 2, pel que fa a les dones que van realitzar el test, un 49,5% van obtenir una puntuació inferior a 6, el que indica absència de risc. Així doncs, un 50,5% de les dones es troben per sobre de la puntuació mitja que proposa el test d'AUDIT. En els homes, aquest llindar es situa en els 8 punts, per sota dels quals hi va haver el 37,7%. Per tant, una primera conclusió en aquest sentit és un major risc masculí, igual que la investigació de Fernández Angulo et al<sup>34</sup> 'Estudio del patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes de Nutrición y Medicina a través del AUDIT'.

Com s'aprecia a la gràfica, les 3 categories amb major puntuació al test AUDIT tenien una major concentració percentual d'homes, mentre que les altres dues disposaven d'una major presència de dones.

Gràfic 2. Puntuació obtinguda al test AUDIT segons el sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del qüestionari

La taula 6 mostra que a l'hora de fer una diferenciació per sexes, els homes amb una puntuació negativa en el test d'AUDIT equivalien a un 37'7% mentre que els que tenien una puntuació positiva en el test corresponien a un 62'3%. En quant a les dones que van participar en la mostra, un 49'6% de la mostra va obtenir un resultat negatiu



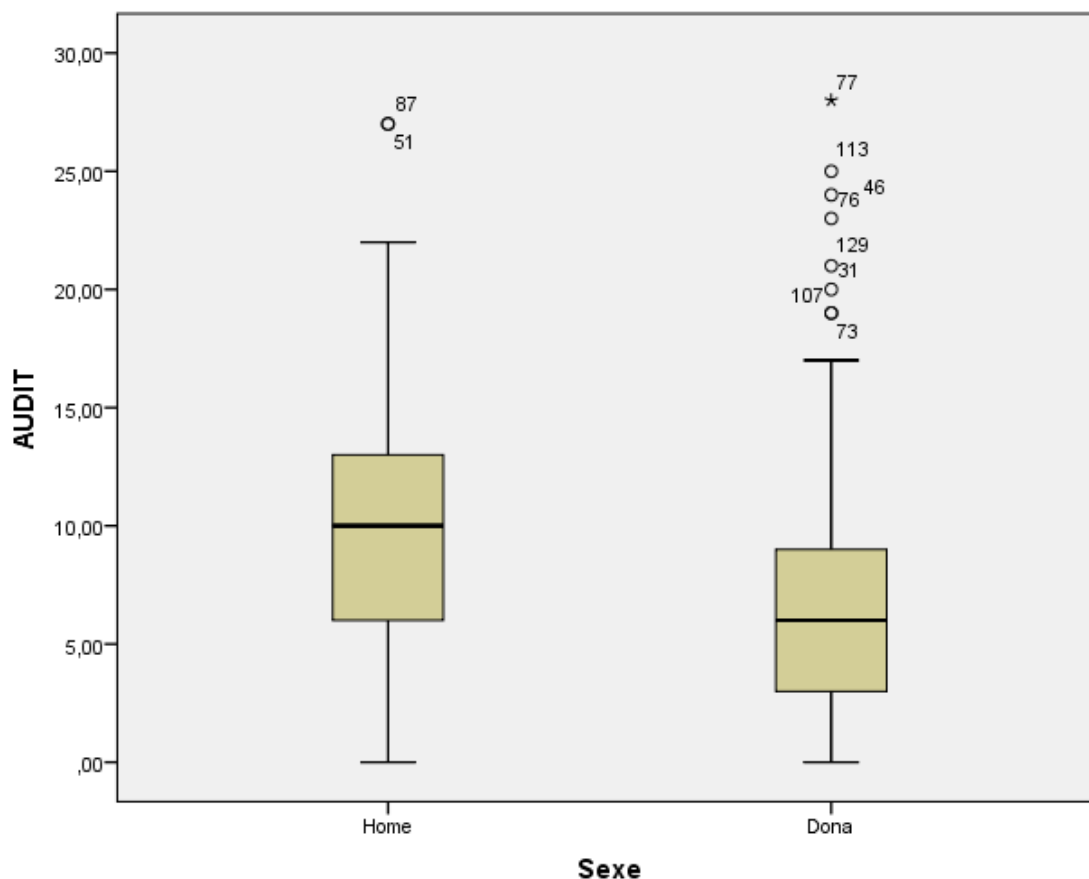
mentre que un 50'4% de les dones es trobaven dins del grup de risc, obtenint un resultat positiu en el test.

| Taula 6. Puntuacions test d'AUDIT en relació al sexe |                  |                    |       |
|------------------------------------------------------|------------------|--------------------|-------|
|                                                      | Absència de risc | Existència de risc | Total |
| Home                                                 | 37,7             | 62,3               | 100   |
| Dona                                                 | 49,6             | 50,4               | 100   |
| Total                                                | 46,3             | 53,7               | 100   |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del qüestionari

A continuació, el diagrama de caixa<sup>9</sup> permet visualitzar fàcilment la distribució de les puntuacions AUDIT segons el sexe.

Gràfic 3. Diagrama de caixa que mostra les puntuacions obtingudes en el test d'AUDIT en relació al sexe



Font: Elaboració pròpia a partir de dades obtingudes en el test d'AUDIT

<sup>9</sup> És un gràfic que s'utilitza en estadística descriptiva el qual representa la distribució de freqüències o de probabilitats d'una variable a partir d'un conjunt de dades. Permet examinar visualment i de manera ràpida aquest conjunt de dades, així com comparar-ne més d'un.<sup>38</sup>

L'anàlisi efectuada fins aquest punt era de tipus descriptiu. A continuació ens vam proposar contrastar si estadísticament existia algun tipus d'associació entre el sexe dels participants al nostre estudi i els resultats obtinguts al test AUDIT. Així doncs, vam focalitzar aquest anàlisi en quatre contrastos:

| Taula 7. Contrastos estadístics de la relació entre sexe i la puntuació |                                                  |                   |       |            |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|-------|------------|
| Contrast 1                                                              | Sexe i nivell de risc                            | Txi quadrat       | 1,829 | $p > 0,05$ |
| Contrast 2                                                              | Sexe i puntuació numèrica obtinguda              | U de Mann-Whitney | 1721  | $p < 0,05$ |
| Contrast 3                                                              | Sexe i nivell de risc (igualant la frontera a 6) | Txi quadrat       | 10,02 | $p < 0,05$ |
| Contrast 4                                                              | Sexe i nivell de risc (igualant la frontera a 8) | Txi quadrat       | 11.01 | $p < 0,05$ |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades obtingudes en el test d'AUDIT

El primer contrast va estar entre variable sexe i la variable "risc en el test AUDIT", la variable dicotòmica sorgida de les puntuacions numèriques obtingudes: els homes seran considerats en risc quan obtinguin una puntuació superior a 7 i les dones quan la puntuació sigui superior a 5. En ser totes dues variables categòriques, vam utilitzar el contrast txi quadrat, que va presentar un valor 1,829 i un p-valor de 0,176, el que ens va portar a remarcar l'absència de relació entre les dues variables: aparentment el sexe no està associat a unes majors o menors probabilitats d'estar en situació de risc.

En entendre que això podia estar vinculat al fet que la frontera és diferent en homes i dones, vam realitzar un segon contrast basat ara en les puntuacions numèriques. Vam utilitzar la prova no paramètrica U de Mann-Whitney (ja que les puntuacions del test AUDIT no presentaven normalitat) per contrastar si la mitjana era estadísticament diferent en homes i dones. El valor de l'estadístic (1721) estava lligat a una probabilitat alfa inferior a 0,05 i, per tant, vam concloure que mitjançant aquest mecanisme sí que existien diferències estadísticament significatives en homes i en dones.

Posteriorment vam repetir els càlculs per la variable dicotòmica (risc / no risc) però homogeneïtzant els llindars per ambdós sexes. El tercer contrast situava el llindar en un valor de 6. El resultat va indicar, com en el contrast 2 i a diferència del contrast 1, que sí que existien diferències segons el sexe quan unifiquem la frontera de risc en homes i dones a un mateix valor.

El contrast 4, que va situar el llindar al valor de 8, obtenia uns resultats similars al contrast 3.

Per tant, vam observar que el sexe presentava uns resultats diferenciats pel que fa a la puntuació AUDIT (mitjana de 9,8 en els homes i de 6,7 en les dones), i que aquesta diferència va ser estadísticament significativa. Malgrat tot, quan vam categoritzar la variable en dos nivells (risc / no risc) segons el que proposa la teoria (amb un llindar específic per a cada sexe) les diferències desapareixien.

### 5.2.2 La influència del grau estudiat

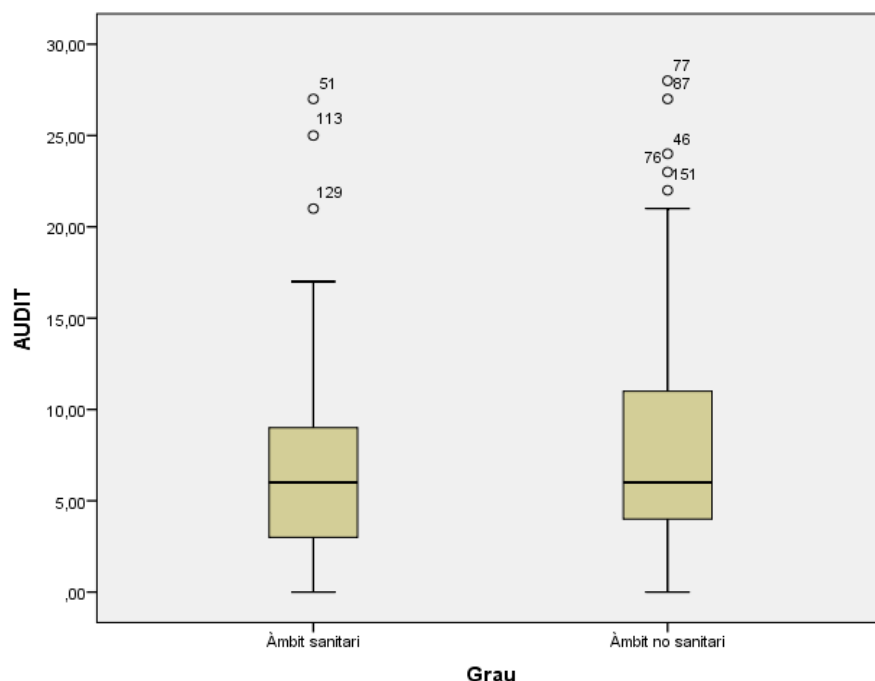
A l'hora de realitzar la diferenciació segons el grau d'estudi, els resultats que sorgien van ser bastant equiparables. En quant a les persones que cursaven un grau sanitari, un 52'1% van donar negatiu en quant a risc en les puntuacions del test d'AUDIT i un 47'9% van donar positiu en aquest. En relació als estudiants de grau no sanitari, un 44'2% de la mostra va donar negatiu en el test mentre que un 55'8% va donar positiu.

| Taula 8. Puntuacions test d'AUDIT en relació al grau estudiat |                  |                    |       |
|---------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|-------|
|                                                               | Absència de risc | Existència de risc | Total |
| Sanitari                                                      | 52,1             | 47,9               | 100   |
| No sanitari                                                   | 44,2             | 55,8               | 100   |
| Total                                                         | 46,3             | 53,7               | 100   |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades obtingudes en el test d'AUDIT

A continuació, podeu observar un altre diagrama de caixa en que mostra la distribució de les puntuacions en el test d'AUDIT en relació al grau d'estudi.

Gràfic 4. Diagrama de caixa que mostra les puntuacions obtingudes en el test d'AUDIT en relació al grau d'estudi.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades obtingudes en el test d'AUDIT

Interpretant els resultats de la gràfica 4, també vam observar com les puntuacions variaven en funció de la variable independent del grau d'estudi, on els participants de grau no sanitari obtenien puntuacions més elevades en relació al test que els estudiants d'àmbit sanitari. De fet, sabem que la puntuació mitjana entre els subjectes que estudiaven un grau no sanitari és de 8,3, mentre que entre els que estudiaven un grau sanitari és de 6,8.

Malgrat això, l'anàlisi estadística va concloure que les diferències no són significatives. Els contrastos 1 i 2 mostrats a la Taula 9 evidenciaven l'existència d'uns valors alfa superiors a 0,05 tant si fèiem el creuament per categories (contrast 1) com numèric (contrast 2). Els contrastos 3 i 4 evidenciaven que aquest comportament no variava encara que unifiquéssim el llinar per sexe, tant a un nivell 6 com a un nivell 8.

| Taula 9. Contrastos estadístics de la relació entre sexe i la puntuació |                                                  |                   |       |          |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|-------|----------|
| Contrast 1                                                              | Grau i nivell de risc                            | Txi quadrat       | 0,979 | p > 0,05 |
| Contrast 2                                                              | Grau i puntuació numèrica obtinguda              | U de Mann-Whitney | 2615  | p > 0,05 |
| Contrast 3                                                              | Grau i nivell de risc (igualant la frontera a 6) | Txi quadrat       | 1,504 | p > 0,05 |
| Contrast 4                                                              | Grau i nivell de risc (igualant la frontera a 8) | Txi quadrat       | 0,724 | p > 0,05 |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades obtingudes en el test d'AUDIT

### 5.3 Coneixement general sobre intoxicació etílica

Pel que fa a la primera pregunta sobre coneixements generals plantejada en el qüestionari, vam poder veure tant en els estudiants de grau sanitari com els de grau no sanitari sabien que l'alcohol no és un estimulants del sistema nerviós central, ans el contrari, és un depressor.

En la segona pregunta, vam apreciar com en el grau sanitari hi havia un lleuger percentatge superior (29'3%) respecte al de grau no sanitari (24'7%) en la pregunta relacionada en si el grau d'embriaguesa es superior si barreges diverses begudes alcohòliques.

Similar cas succeeix a la última pregunta relacionada amb la resistència a l'alcohol, en que no hi va haver quasi bé diferencia entre el grau sanitari i el no sanitari.

| Taula 9. Preguntes de coneixement general relacionades amb el consum d'alcohol. Percentatge de respostes correctes       |               |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|
|                                                                                                                          | Grau sanitari | Grau no sanitari |
| "L'alcohol et dóna energia"                                                                                              | 100 %         | 92.1 %           |
| "Barrejant diverses begudes alcohòliques el grau d'embriaguesa és major que si només consumeixes un tipus"               | 29.3 %        | 24.7 %           |
| "Els que consumeixen begudes alcohòliques amb més freqüència i quantitat tenen més resistència als efectes de l'alcohol" | 21.3 %        | 20.2 %           |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del qüestionari

El contrast estadístic va indicar que tan sols a la primera pregunta el percentatge de respostes correctes ha estat significativament diferent en funció del grau (txi quadrat = 6,04;  $p < 0,05$ ).

### 5.4 Actuacions

Finalment, es pot veure una taula que representa una de les preguntes presents en el qüestionari que van realitzar diferents estudiants de la Universitat. La pregunta, la qual tenia múltiple resposta (fins a 9 opcions), tenia com a finalitat esbrinar com seria l'actuació dels estudiants en el cas de que es trobessin en una situació d'intoxicació etílica aguda.

A l'hora d'interpretar els resultats d'aquesta pregunta, en funció de les diferents respostes, vam diferenciar com a variable independent el grau d'estudi dels participants en l'enquesta; d'aquesta manera, per reconèixer si existia associació entre

el grau (ja sigui sanitari o no sanitari) i la resposta marcada, vam utilitzar l'anàlisi estadística amb la prova del Txi quadrat de Pearson per saber si les dades eren estadísticament significatives, tot i la possible diferència del percentatges en els resultats. Així doncs, valors de significació (p-valor) inferiors a 0,05 serien indicatius de que existeix associació significativa entre el grau d'estudi i la resposta marcada, mentre que valors superiors a 0,05 indicarien que no hi ha associació entre el grau d'estudi i la resposta marcada.

Pel que fa a les diferents actuacions que figuren en la següent taula, només n'hi ha dues que siguin correctes, i es troben especificades al costat de cada actuació si són verdares (V) o bé falses (F).

| Taula 10. Resultats de diferents actuacions que realitzarien els estudiants de la Universitat Rovira i Virgili en un cas d'IEA. |         |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Actuacions                                                                                                                      | p-valor | Resultats                                                                         |
| Fer-li beure aigua (F)                                                                                                          | 0,133   | No existeix associació significativa entre el grau d'estudi i la resposta marcada |
| Realitzar-li maniobra RCP si no respira (V)                                                                                     | 0,00    | Si que existeix associació significativa entre el grau i la resposta marcada      |
| Realitzar-li maniobra RCP si respira però ha vomitat (F)                                                                        | 0,846   | No existeix associació significativa entre el grau d'estudi i la resposta marcada |
| No realitzar-li mai la maniobra RCP (F)                                                                                         | 0,513   | No existeix associació significativa entre el grau d'estudi i la resposta marcada |
| Mullar-li la cara amb aigua freda si no està conscient (F)                                                                      | 0,016   | Si que existeix associació significativa entre el grau i la resposta marcada      |
| Donar-li cafè o algun altre estimulant (F)                                                                                      | 0, 215  | No existeix associació significativa entre el grau d'estudi i la resposta marcada |
| Mantenir-lo/a cara amunt (F)                                                                                                    | 0,196   | No existeix associació significativa entre el grau d'estudi i la resposta marcada |
| Mantenir-lo/a de costat (V)                                                                                                     | 0,025   | Si que existeix associació significativa entre el grau i la resposta marcada      |
| Mantenir-lo/a cara avall per si vomita (F)                                                                                      | 0,566   | No existeix associació significativa entre el grau d'estudi i la resposta marcada |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del qüestionari

A partir de les dades obtingudes en aquesta pregunta, i després d'haver realitzat el contrast amb el Txi quadrat en cada resposta, vam concloure que en 3 de les 9 opcions marcades correctament de la pregunta en qüestió, s'apreciava com si que existia una relació significativa entre els coneixements dels estudiants de grau sanitari respecte els de grau no sanitari. Són les afirmacions respecte a la possibilitat de realitzar la maniobra RCP si la persona afectada no respira, sobre la possibilitat de mullar-li la cara amb aigua freda si no està conscient i sobre la necessitat de mantenir-lo de costat. En tots tres casos el percentatge de respostes correctes va ser superior entre els estudiants de grau sanitari.

## **6. Pràctica observacional amb el SEM**

La pràctica observacional va consistir en una guàrdia nocturna de 12 hores al Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) de Cambrils, base la qual incloïa diferents zones de la província on podien acudir. El servei d'emergències en aquesta base està formada per una ambulància de suport vital bàsic, la qual estan dotades d'un equip assistencial format per dos tècnics de transport sanitari, i per una ambulància de suport vital avançat, dotada d'un equip assistencial qualificat format per un metge, un infermer i un tècnic de transport o bé d'un infermer i un o dos tècnics de transport sanitari. Per aquest fet, el nostre contacte de referència que ens va facilitar la realització d'aquesta pràctica observacional ens va enviar a aquest centre, ja que al ser dos persones, no podíem anar a la mateixa ambulància per una qüestió de protocol, fet que va fer que ens dividíssim entre la bàsica i l'avançada.

Vam realitzar la nostra pràctica observacional la nit de dissabte del 24 de Març, i el cert es que va ser una experiència molt enriquidora per al nostre futur. A l'inici de la pràctica, la infermera present aquella nit ens va ensenyar tota la base, així com les ambulàncies i tot el material que disposaven en cada una.

En relació al tema que tractem en aquest treball, vam tenir l'oportunitat de veure en primera persona un cas d'IEA, el qual ens va servir per veure com era el protocol que utilitzava el servei d'emergències a la pràctica. Abans d'acudir a la guàrdia, vam realitzar una guia d'actuació (veure Annex 1) per identificar precoçment diverses accions, i el cert es que vam trobar resposta a moltes preguntes que ens vam plantejar.

El cas amb el qual vam coincidir va ser el de un noi de 18 anys, en una discoteca de Salou sobre les 3:30h de la matinada. Un dels seus amics va trucar al SEM, indicant l'estat en el que es trobava. Certament, les seves indicacions no van ser del tot precises, un dels principals problemes que es troben aquests serveis, ja que sovint la informació de la que disposen es defectuosa o escassa fins que no arriben al lloc dels fets. Al arribar a la discoteca, el noi es trobava fora acompanyat de dos amics, els quals es trobaven força nerviosos. L'adolescent es trobava amb un estat de consciència alterat, i com a actuació inicial vam realitzar una valoració holística per detectar els signes i símptomes presents en la intervenció assistencial.

Vam apreciar que no es segueix el protocol estàndard, si no que s'individualitza cada cas degut als diferents graus d'IEA, fet que obliga a cada unitat a improvisar en funció de la situació que es troba l'usuari.

El llenguatge que va utilitzar el personal sanitari a l'hora d'atendre a aquest noi va ser directe, precís i ràpid, preguntant quines substàncies havia consumit així com la quantitat de begudes alcohòliques. Els seus amics ens van informar que només havia consumit alcohol, i els paràmetres que vam prendre posteriorment i la mida pupil·lar no ens van fer pensar el contrari.

També, es té en compte en tot moment el grau de la intoxicació enèlica així com la prevenció de complicacions potencials derivades d'aquesta. El cert es que el noi havia vomitat diverses vegades abans de que arribéssim, i el seu estat era depressiu, amb poca reacció a diferents estímuls verbals. Per avaluar el nivell de consciència, no vam apreciar que s'utilitzés l'escala de Glasgow, sinó una valoració general a partir del ABCD. Un cop avaluat el seu estat, vam procedir a controlar i registrar les constants vitals (FC, TA, SatO2, glicèmia) del pacient en el moment de la intervenció per tal de controlar l'estat hemodinàmic. En el cas de la glucèmia, vam utilitzar el BM ('basal metabolism') test, En l'avaluació de tots aquests paràmetres, vam veure que estaven estables dins de la normalitat. D'aquesta forma, vam descartar una de les possibles complicacions potencials que comporten aquestes intoxicacions, la hipoglucèmia.

Com a dades orientatives, els valors que vam obtenir en la presa de constants eren els següents:

- TA: 136/68 mmHg.
- FC de 96 x'
- Saturació O2: 98 %



- Glicèmia: 144 mg/dl

Un altre dels punts que es van valorar van ser la mida i la reactivitat de les pupil·les, les quals eren reactives i amb una mida correcta.

Poc a poc el jove es va anar refent del seu estat d'embriaguesa, fet que no va ser necessari l'administració de cap fàrmac ni tampoc d'oxigenoteràpia. Tampoc es va necessitar la canalització de cap via perifèrica, doncs el seu estat de consciència poc a poc es va anar estabilitzant.

Pel que fa a l'actitud que mostra el personal del servei d'emergències davant aquestes situacions, la veritat que va ser molt tranquil·la, amb els conceptes molt interioritzats i tenint molt clars els passos a seguir; es veia que l'experiència es un grau a l'hora de tractar amb situacions d'urgència. També ens va sorprendre el tracte que es va tenir amb els acompanyants del noi, el qual va ser molt directe i precís, apartant-los ràpidament del seu amic per tal de que poguéssim treballar correctament i tranquil·litzant-los.

Respecte a la guia d'actuació que havíem preparat abans de realitzar la pràctica observacional, hi ha certs punts que no es van portar a terme en el moment de la intervenció a la intoxicació, doncs aquesta no era tan severa com per administrar medicació o utilitzar altres tècniques. De totes formes, vam preguntar a la infermera amb la qual vam coincidir, i ens va informar de com abordaven cada cas. El cert és que tenen constància de que hi ha un protocol d'actuació davant una intoxicació etílica, però ja que cada pacient requereix un tracte individualitzat i s'han de tenir en compte molts factors externs, no es pot generalitzar davant qualsevol situació i cal tractar el pacient segons les seves necessitats i estat en el moment que arriba el servei.

Un altre de les accions que no vam observar però que si figuraven en la guia observacional que vam preparar eren els fàrmacs d'elecció davant un quadre d'agitació o bé de convulsions. En el primer cas, el fàrmac d'elecció serà el Midazolam per via endovenosa, i en el segon cas, el Clonazepam per via endovenosa.

Pel que fa a les vies perifèriques, sempre que sigui possible se'n canalitzarà una i en aquests casos d'intoxicació no són necessaris grans calibres.

Respecte l'assistència ventilatòria, si no hi ha depressió respiratòria no està indicada cap tipus de ventilació, però sempre s'haurà de tenir a mà l'oxigen, la mascareta reservori i diferents antídots a diverses substàncies.

I per últim, en l'atenció prehospitalària per part del servei d'emergències no està indicat forçar la diüresis.

## 7. Discussió

Una de les primeres preguntes que es planteja en el qüestionari està relacionada amb el grau de coneixement dels estudiants de la Universitat Rovira i Virgili en relació als tests d'AUDIT i CAGE, útils en la detecció de casos de consum de risc d'alcohol.

Tal i com indiquen els resultats, hi ha evidència d'un gran desconeixement per part dels estudiants sobre l'existència d'aquests tests, on més d'una tercera part de la mostra desconeix la utilitat d'aquesta eina així com els paràmetres que tracta.

Respecte els resultats que esperàvem extreure d'aquest estudi, el cert es que ens ha sorprès la quantitat d'usuaris (53,7%) que es troben en situació de risc en relació al test d'AUDIT. Considerem aquest fet molt representatiu, ja que al comparar la nostra investigació amb altres com es pot observar en la taula 5, els resultats no s'equiparen. Si comparem la nostra investigació amb la de Carter et al<sup>37</sup> 'The College and Noncollege Experience: A Review of the Factors That Influence Drinking Behavior in Young Adulthood' podem apreciar com els resultats obtinguts en el total de la nostra mostra és lleugerament superior en relació a l'estudi de Carter, un 53,7% respecte un 36%. És clar, però, que el model a l'hora de consumir begudes alcohòliques en cada país i les costums són molt diferents, doncs no són dades que es puguin comparar amb total fiabilitat.

De totes formes, cal tenir en compte que no són sempre directament comparables perquè alguns tenen com a referència una altra puntuació a l'hora de marcar el risc. També, pot haver influït elements com la definició de la mostra la qual no és aleatòria, i per aquest fet, es possible que hagin respost els més motivats o involucrats en el consum (no aleatòria, potser han respost els més motivats o involucrats en el consum). Acceptem, també, que la falta de control presencial a l'hora de respondre l'enquesta pugui haver influït en els resultats i que seria un aspecte a tenir en compte de cara a futures revisions.

Tal i com es pot observar en la taula 6, les puntuacions obtingudes en el test varien en funció de la variable independent utilitzada, en aquest cas el sexe. Tal i com s'esperava, basant-nos en diferents estudis prèviament realitzats en relació a aquest tema, com per exemple el de Fernández Angulo et al<sup>34</sup> 'Estudio del patrón de consumo

de alcohol entre los estudiantes de Nutrición y Medicina a través del AUDIT' els homes obtenen puntuacions més elevades en el test d'AUDIT, sent pràcticament dos terços de la mostra els estudiants que es troben en una situació de risc pel que fa al consum d'alcohol. Referent a les dones enquestades, la mostra indica que una mica més de la meitat es troben també en una situació de risc.

Així doncs, a partir dels resultats obtinguts en la mostra de l'estudi en relació al sexe, podem veure com el 62,2% dels homes es troben dins del grup de risc, a diferència de les dones, on un 50,4% es troben dins del grup de risc. Cal esmentar, que si equiparem el punt de tall del test d'AUDIT en ambdós sexes a 8 (recordem que el punt de tall utilitzat en aquest treball ha estat de 6 en dones i de 8 en homes), obtenim que s'extrema la diferència entre homes i dones, fet que provoca que obtinguem dades estadísticament significatives a l'hora d'extreure conclusions en relació al consum de risc que es realitza per a cada un dels sexes.

Es per això, que veiem necessari replantejar el consum que realitzem d'aquesta droga, la qual es legal i molts cops no som conscients dels efectes adversos que ens pot proporcionar l'alcohol al llarg de les nostres vides.

A partir de diferents estudis que hem pogut analitzar, com per exemple el de García Carretero et al<sup>16</sup> 'Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C', considerem que té més valor des del punt de vista del disseny de programes d'intervenció en població universitària un model de dos factors respecte les puntuacions del test, en què amb una fiabilitat elevada, les puntuacions del test AUDIT discriminin entre consums de riscos i consums perjudicials per tal de determinar les propietats psicomètriques del test.

Així doncs, hi ha diversos estudis que estableixen el punt de tall en 13 per diferenciar individus amb problemes físic-psíquics i probable dependència alcohòlica (SDA) de bevedors que es troben dins el grup de risc per consum.

Respecte les preguntes sobre coneixement general relacionades amb propietats de l'alcohol, hem pogut detectar cert desconeixement per part dels estudiants, ja que en dos de les tres preguntes, més de la meitat dels participants responen erròniament a les preguntes en qüestió, fet que ens porta a pensar si l'educació i difusió d'informació respecte el tema de l'alcohol és correcte entre els adolescents.

Tot i apreciar diferències entre el grup sanitari com no sanitari, creiem que proporcionar més informació als joves sobre aquest tipus de pràctica i en relació a les conseqüències que comporta el seu consum, podrem evitar a la llarga persones amb dependència alcohòlica o bé casos d'intoxicació etílica freqüents.

A més, basant-nos en els resultats obtinguts en la pregunta sobre les actuacions que realitzaries en el cas de trobar-te amb una persona que pateix una IEA, creiem que la difusió de correctes intervencions per part d'acompanyants o amics en un cas com aquest és essencial per tal d'evitar complicacions potencials.

## **8. Limitacions**

Durant l'elaboració d'aquest treball, ens hem trobat amb les 5 limitacions que ens han fet reconduir el treball cap a nous enfocaments, algunes derivades de les nostres pròpies decisions o possibilitats, i altres derivades de factors externs. Creiem que identificar-les correctament forma part del procés d'aprenentatge vinculat al TFG. Les enumerem tot seguit:

- En primer lloc, la nostra intenció era comparar diferents protocols de diversos hospitals de la província per tal de veure com abordaven el cas d'una IEA; el cert és que a l'hora de cercar aquests protocols en tots els hospitals, cap d'ells tenia un protocol específic a seguir per aquestes situacions. Així doncs, vam haver de canviar el rumb del nostre treball.
- En segon lloc, un altre dels problemes amb els quals hem topat ha estat en relació als qüestionaris que hem difós a diferents estudiants de la Universitat Rovira i Virgili, ja que la mostra obtinguda ha estat de 164 individus, fet que no garanteix la màxima validesa externa i perquè no es va poder dur a terme una selecció aleatòria, sinó una estratègia basada en la "bola de neu". És possible que ens manquessin certs recursos a l'hora de difondre l'enquesta, majoritàriament econòmics i temporals, així com a l'hora de controlar-la en el moment de la resposta. En tot cas, hem estat curosos a l'hora d'interpretar els resultats, referint-nos sempre a la mostra estudiada i evitant fer generalitzacions (per exemple, respecte als joves, o al conjunt d'estudiants universitaris).
- Respecte a la pràctica observacional realitzada, ens hauria agradat realitzar-ne un altre per tal d'enriquir-nos i poder presenciar en primera persona l'abordatge d'un altre

cas d'intoxicació etílica, però degut a diferents factors externs i temporals, no la vam poder dur a terme.

- També, una altra de les limitacions amb les quals ens hem trobat ha estat el tipus de gent que responia al qüestionari, doncs veient el títol, es possible que només realitzessin l'enquesta aquells que es sentien més identificats amb el tema, o bé, els que consideraven que bevien més; basant-nos en aquesta hipòtesi, podríem donar resposta als resultats tant elevats en el test d'AUDIT.

- Referent a aquest test mencionat anteriorment, també hem tingut certs dilemes a l'hora de marcar el punt de tall en homes i dones, doncs la majoria d'articles homologats i aprovats científicament ens indicaven que el punt de tall era 6 per a les dones i 8 per als homes, però també hem trobat articles que utilitza altres valors per diferenciar els grups de risc.

## 9. Conclusions

Després de realitzar la recerca i analitzar-la, podem concloure que aquest treball ens ha aportat molta informació que ens servirà a l'hora de treballar com a professionals de la salut, tant a nivell teòric com pràctic, doncs tal i com expliquem en un apartat del treball, vam tenir l'ocasió de viure en primera persona l'abordatge que cal realitzar en aquest tipus de pacients. Així doncs, hem après moltes dades i eines en relació a l'alcohol que no havíem adquirit durant el nostre grau universitari, útils durant el nostre dia a dia i més, si tenim l'oportunitat de tractar amb pacients que pateixin aquest tipus d'intoxicacions.

També, considerem que la població jove cada cop es més vulnerable i hi ha multitud de factors de risc presents en diferents àmbits de la nostra vida com podrien ser amics, escola, família, comunitat... es per això, que la tasca de prevenció per evitar conductes de risc ha d'anar encaminada a reduir potencialment aquests factors i mostrar tècniques entre els adolescents per saber detectar-los i reduir-los en la mesura del possible.

Tal i com es demostra en el treball, les intoxicacions etíliques agudes poden derivar en nombroses complicacions potencials; per això, és tasca d'infermeria participar en l'actuació i detectar signes i símptomes d'aquestes, per tal d'evitar-les en un futur pròxim.

D'aquesta manera, la figura del infermer/a adquireix un paper fonamental en el tractament, prevenció de les intoxicacions etíliques agudes i promoció de la salut. També, hem de fomentar hàbits de vida saludable i reconèixer la situació precoçment per abordar el problema assessorant els joves i el seu entorn.

Després d'haver analitzat altres estudis sobre el tema i els seus respectius resultats, esperàvem que els resultats del nostre treball serien semblants a aquests, però ens hem trobat amb puntuacions elevades, fet que es tradueix en que hi ha una bona part de la mostra que es troben amb factor de risc per dependència a l'alcohol, així com esperàvem un nivell de coneixement més favorable per part del estudiants de la Universitat Rovira i Virgili davant les intoxicacions etíliques agudes, sobre tot en el grup de les persones que cursen un grau sanitari, que tot i tindre uns resultats superiors al grup de les persones que cursen un grau no sanitari, no eren tant alts com esperàvem. També, tal i com era d'esperar, el percentatge d'homes participants que es troben dins del grup de risc és superior al de les dones.

Com a possibles investigacions futures, proposem l'elaboració de nous tests de detecció de risc de consum d'alcohol que integri preguntes que ens permetin reconèixer individus que estan realitzant un consum perjudicial de begudes enòliques, o bé, tal i com hem explicat anteriorment, un model bidimensional del test d'AUDIT que permeti reconèixer la població que es troba en risc per consum d'alcohol o bé la població que està realitzant un consum perjudicial que pot esdevenir en dependència alcohòlica o bé, problemes físicopsíquics.

Com conclusió final, a partir del nostre estudi i de l'anàlisi de diverses dades, determinem que a dia d'avui, hi ha molta gent jove en risc de dependència cap a l'alcohol, fet que creiem que s'hauria de treballar més per part de programes de prevenció i educació per tal d'abordar i reduir el problema de forma més efectiva.

## 10. Bibliografia

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS: 2015 [Internet]. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es> [Accedit el 28 de novembre de 2017]
2. Izquierdo, M. Intoxicación alcohólica aguda. [Internet] Disponible a: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/523/518> [Accedit el 28 de novembre de 2017]
3. Episodio único de consumo de alcohol causante de daños: estudio transversal en 21 países | World Health Organization. [internet] Disponible a: <http://www.who.int/bulletin/volumes/96/5/17-202093-ab/es/> [accedit el 28 de novembre 2017]
4. Martín Matas, M. L'alcohol es la droga més letal. Ara.cat [Internet] Disponible a: [https://www.ara.cat/dossier/Lalcohol-droga-mes-letal\\_0\\_1260473987.html](https://www.ara.cat/dossier/Lalcohol-droga-mes-letal_0_1260473987.html) [Accedit el 2 de gener de 2018]
5. Palasí, E., Valverde, J., Santpere, E. Programa de prevenció del consum d'alcohol i altres drogues. [Internet] Disponible a: [www.raco.cat/index.php/eduacisocial/article/download/278591/366348](http://www.raco.cat/index.php/eduacisocial/article/download/278591/366348) [Accedit el 2 de desembre de 2017]
6. Torres Magdalena Mora. Intoxicación alcohólica. Medico Legal. Costa Rica. 2016 [Internet] Disponible a: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152016000200066&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200066&lng=en) [Accedit el 8 de gener de 2018]
7. Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet] Disponible a: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017\\_Informe\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017_Informe_EDADES.pdf) [Accedit el 6 de desembre de 2017]
8. Serracant i Melendres, P. Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 [Internet]. Disponible a: [http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/JOVENTUT\\_documents/arxiu/publicacions/col\\_estudis/ESTUDIS34.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/JOVENTUT_documents/arxiu/publicacions/col_estudis/ESTUDIS34.pdf) [Accedit el 5 de desembre de 2017]
9. Parada, M., Corral, M., Camaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Holguín, S. Y Cadaveira, F. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). [Internet] Disponible a:



<http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/167/167> [Accedit el 6 de desembre de 2017]

- 10.** Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. [Internet] Disponible a:  
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016\\_ESTUDES\\_2014-2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf) [Accedit el 5 de desembre de 2017]
- 11.** Global status report on alcohol and Health 2014 WHO | World Health Organization [Internet] Disponible a:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf) [Accedit el 2 de gener de 2018]
- 12.** Alcohol WHO | World Health Organization [Internet] Disponible a:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es> [Accedit el 2 de gener de 2018]
- 13.** Coordinadores y director de la edición española. Pichot, P., Lopez-Ibor Aliño, J.J., Valdés Miyar, M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. 1995. [Accedit el 18 de febrer de 2018]
- 14.** Tellez Mosquera, J., Cote Menendez, M. Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. Colombia, 2006. [Internet] Disponible a: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n1/v54n1a05.pdf> [Accedit el 4 de febrer de 2018]
- 15.** Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1a conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007 [Internet] Disponible a:  
<https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf> [Accedit el 18 de febrer de 2018]
- 16.** Garcia Carretero, M.A., Novalbos Ruiz, J.P., Martinez Delgado, J.M, O'Ferrall Gonzalez, C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C [Internet] Disponible a:  
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/775/730> [Accedit el 27 de febrer de 2018]
- 17.** Perula de Torres, L.A., Fernandez-Garcia, J.A., Arias Vega, R., Muriel-Palomino, M., Marquez-Rebollo, E., Ruiz-Moral, R. Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en

- mujeres [Internet] Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-del-cuestionario-audit-identificacion-13082001> [Accedit el 7 de març de 2018]
- 18.** Ferreira Gonzalez, L. Cuestionario Cage. Screening de alcoholisme. A Coruña, Espanya. [Internet] Disponible a <https://meiga.info/escalas/cuestionariocage.pdf> [Accedit el 7 d'abril de 2018]
- 19.** Aubà Llambrich, J., i Freixedas Casaponsa, R. La detección del consumo de alcohol en atención primaria. [Internet] Disponible a <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-deteccion-del-consumo-alcohol-S021265670078499X> [Accedit el 27 de març de 2018]
- 20.** Olivares, J., Crespo, D., Barasoain, A., Soria, M.(2013) Rabdomiolisis secundaria a intoxicación etílica. Caso clínico. [Internet] Disponible a: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062013000100008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000100008) [Accedit el 18 de febrer de 2018]
- 21.** Ochoa Mangado, E., Madoz-Gurpide, A., Vicente Muelas, N. Diagnostico y tratamiento de la dependència de alcohol. [Internet] Disponible a: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2009000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003) [Accedit el 7 de març de 2018]
- 22.** Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, C., Berdullas Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., Llorente del Pozo, J.M., Lopez Duran, A., Madoz Gurpide, A., Martinez Gonzalez, J.M., Ochoa Mangado, E., Palau Muñoz, C., Palomares Martinez, A., Villanueva Blasco, V.J. Manual de adiciones para psicologos especialistas en psicologia clínica en formación [Internet] Disponible a: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf> [Accedit el 24 de gener de 2018]
- 23.** Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F. De la Fuente, J.R., Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). 1993. [Internet] Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8329970> [Accedit el 18 de febrer de 2018]
- 24.** Contel Guillamon, M., Gual Solé, A., Colom Farran, J. (1998) Test para la identificacion de transtornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. Revista Clinica Española. 198,11-14. [Accedit el 18 de febrer de 2018]

- 25.** Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al Consumo de Alcohol. [Internet] Disponible a: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf) [Accedit el 7 d'abril de 2018]
- 26.** Adalberto Campo-Arias, M.S., Miryam Villamil-Vargas, M.S., Edwin Herazon, M.S. Confiabilidad y dimensionalidad del AUDIT en estudiantes de medicina. [Internet] Disponible a: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4377/6769> [Accedit el 27 d'abril de 2018]
- 27.** Seguel Palma, F., Santander Manríquez, G., Alexandre Barriga, O. Validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) en estudiantes de una universidad chilena. [Internet] Disponible a: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es) [Accedit el 27 d'abril de 2018]
- 28.** Fleming M.F., Barry K.L., MacDonald R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. [Internet] Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1743817> [Accedit el 27 d'abril de 2018]
- 29.** Lopez Briz, E., Ruiz Garcia, V. Tratamiento de la intoxicación etílica aguda. Elsevier. [Internet] Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tratamiento-intoxicacion-etilica-aguda-13085864> [Accedit el 24 de gener de 2018]
- 30.** Síndrome de Wernicke-Korsakoff | Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD) [Internet] Disponible a: <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/13076/sindrome-de-wernicke-korsakoff> [Accedit el 4 de febrer de 2018]
- 31.** Protocol facilitat pel SEM durant la pràctica observacional realitzada.
- 32.** Asociación Asfure para formación en urgencias y emergencias. [Internet] Disponible a <https://asfure.org/web/blog/guia-rapida-del-abcde-n4> [Accedit el 25 d'abril de 2018]
- 33.** Fundación Alcohol y Sociedad [Internet] Disponible a: <http://www.alcoholysociedad.org/alcohol/mitos.aspx> [Accedit el 7 d'abril de 2018]

- 34.** Fernandez Angulo, N. Estudio del patrón de consumo de alcohol entre los estudiantes de Nutrición y Medicina a través del AUDIT. [Internet] Disponible a: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14244/1/TFG-M-N372.pdf> [Accedit el 27 d'abril de 2018]
- 35.** Alonso Castaño-Perez, G., Adolfo Calderon-Vallejo, G. Problemas Asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. [Internet] Disponible a: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es\\_0104-1169-rlae-22-05-00739.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00739.pdf) [Accedit el 27 d'abril de 2018]
- 36.** Donoso M.P. Analisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados escala [Internet] Disponible a: [http://www.senda.gob.cl/media/boletines/Boletin%203%20An%C3%A1lisis%20de%20Resultados%20del%20Alcohol%20Use%20Disorders%20Identification%20Test%20\(AUDIT\)%20Resultados%20Escala.pdf](http://www.senda.gob.cl/media/boletines/Boletin%203%20An%C3%A1lisis%20de%20Resultados%20del%20Alcohol%20Use%20Disorders%20Identification%20Test%20(AUDIT)%20Resultados%20Escala.pdf) [Accedit el 27 d'abril de 2018]
- 37.** Carter, A., Obremski Brandon, K., Goldman, M. The College and Noncollege Experience: A Review of the Factors That Influence Drinking Behavior in Young Adulthood. [Internet] Disponible a [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930506/#\\_\\_sec16title](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930506/#__sec16title) [Accedit el 27 d'abril de 2018]
- 38.** Matemàtiques al punt. [Internet] Disponible a <http://www.xtec.cat/~jcanadil/activitats/mao/quartils.htm> [Accedit el 25 d'abril de 2018]

## 11. Annexos

### A1. Guia d'actuació durant la pràctica observacional

Aquesta guia terapèutica fa referència a la valoració inicial que realitza Infermeria en un cas d'IEA:

|                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Es realitza una valoració holística inicial per detectar els signes i símptomes presents en el pacient en la intervenció assistencial.                                                |
| Es té en compte en tot moment el grau de la intoxicació enòlica així com la prevenció de complicacions potencials derivades d'aquesta.                                                |
| Es recull informació sobre el temps transcorregut des de la última ingesta, les substàncies que el pacient ha ingerit i la història de traumatismes en les últimes 24 hores.          |
| Es controla , es registra i es monitoritza les constants vitals (FC, TA, FR, SatO2, glicèmia, T) del pacient en el moment de la intervenció per tal de controlar l'estat hemodinàmic. |
| Es tenen en compte les possibles alteracions respiratòries com poden ser l'hipòxia o el broncoespasme.                                                                                |
| Es manté la via aèria permeable i s'administra oxigenoteràpia per tal de mantenir una saturació igual o superior al 95%.                                                              |
| Es descarta la hipoglucèmia.                                                                                                                                                          |
| Es realitza la valoració de les pupil·les.                                                                                                                                            |
| En el cas de trobar-nos amb un pacient amb convulsions, com es tracta? Quin és el fàrmac d'elecció, el Clonazepam o el MDZ?                                                           |
| La intervenció requereix d'assistència ventilatòria?                                                                                                                                  |
| En cas afirmatiu: quin tipus de ventilació necessita el pacient, VMI O VMNI?                                                                                                          |
| Es segueixen els criteris d'inclusió per realitzar una IOT?                                                                                                                           |
| Està indicada la diüresi forçada?                                                                                                                                                     |
| Quin és el fàrmac de primera elecció davant un quadre d'agitació en una IEA?                                                                                                          |
| Es té en compte el temps post-ingesta per valorar el trasllat a l'hospital i realitzar el buidat gàstric.                                                                             |
| S'utilitza l'escala de Glasgow a l'hora de valorar el nivell de consciència del pacient.                                                                                              |
| Esbrinar quins són els paràmetres més importants que es valoren en el moment de la intervenció per part del SEM.                                                                      |
| Es canalitza al menys una via venosa perifèrica.                                                                                                                                      |
| En cas afirmatiu: - Se'n canalitza més d'una.                                                                                                                                         |
| El calibre és igual o superior a 20G.                                                                                                                                                 |
| L'equip intervencional es coordina i es comunica correctament en el moment de la intervenció.                                                                                         |

|                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Com es el llenguatge que utilitza el personal sanitari a l'hora d'atendre a aquests pacients? És directe, precís i concret? |
| Com es realitza el intercanvi d'informació entre el servei del SEM i el servei d'urgències.                                 |
| Quina es l'actitud que adopta el personal sanitari davant aquest tipus de situacions?                                       |
| I com es l'actitud del personal davant els acompanyants del pacient.                                                        |

## **A2. Qüestionari intoxicacions etíliques agudes**

### **Pregunta 1: Sexe**

- Home
- Dona

### **Pregunta 2: Edat**

- Resposta oberta

### **Pregunta 3: Quin grau universitari estudies?**

- Resposta oberta

### **Pregunta 4: Amb quina freqüència consumeixes begudes alcohòliques?**

- Mai (0)
- 1 o 2 vegades al mes o menys (1)
- 3 o 4 vegades al mes (2)
- De 2 a 3 vegades a la setmana (3)
- 4 vegades a la setmana o més (4)

### **Pregunta 5: En quina edat vas realitzar consum d'alcohol per primera vegada?**

- Menys de 12 anys.
- 12-13 anys
- 14-15 anys
- 16-17 anys
- 18 anys o més

### **Pregunta 6: Quan consumeixes alcohol, quantes begudes alcohòliques beus en un dia?**

- 1 o 2 (0)
- 3 o 4 (1)
- 5 o 6 (2)
- De 7 a 9 (3)
- 10 o més (4)

### **Pregunta 7: Amb quina freqüència consumeixes més de 6 begudes alcohòliques en un dia?**

- Tots o quasi tots els dies (4)

- Totes les setmanes (3)
- Tots els mesos (2)
- Algun mes (1)
- Mai (0)

**Pregunta 8:** Quantes vegades en els últims 12 mesos has tingut la sensació de que no podies parar de beure un cop havies començat?

- Mai (0)
- Menys d'una vegada al mes (1)
- Una vegada al mes (2)
- Una vegada a la setmana (3)
- Tots o quasi tots els dies (4)

**Pregunta 9:** Alguna vegada en els últims 12 mesos t'ha succeït que no poguessis realitzar alguna activitat degut al fer d'haver begut alcohol? (exemple: tindre ressaca i no anar a classe, no anar a treballar...)

- Mai (0)
- Menys d'una vegada al mes (1)
- Una vegada al mes (2)
- Una vegada a la setmana (3)
- Tots o quasi tots els dies (4)

**Pregunta 10:** Quantes vegades en els últims 12 mesos has tingut la necessitat de prendre't una beguda alcohòlica per tornar a sentir-te millor després d'una nit en la que has consumit alcohol?

- Mai (0)
- Menys d'una vegada al mes (1)
- Una vegada al mes (2)
- Una vegada a la setmana (3)
- Tots o quasi tots els dies (4)

**Pregunta 11:** Amb quina freqüència en l'últim any has tingut remordiments o sentiments de culpabilitat després d'haver begut?

- Mai (0)
- Menys d'una vegada al mes (1)
- Una vegada al mes (2)
- Una vegada a la setmana (3)



- Tots o quasi tots els dies (4)

**Pregunta 12:** Quantes vegades en els últims 12 mesos t'has trobat a la situació de no recordar el succeït la nit anterior per haver begut alcohol?

- Mai (0)
- Menys d'una vegada al mes (1)
- Una vegada al mes (2)
- Una vegada a la setmana (3)
- Tots o quasi tots els dies (4)

**Pregunta 13:** Alguna vegada t'has autolesionat o has lesionat a un altre estant sota els efectes de l'alcohol?

- No (0)
- Si, però no durant l'últim any (2)
- Si, durant l'últim any (4)

**Pregunta 14:** Algun familiar, amic, metge o professional sanitari han mostrat preocupació per el teu consum d'alcohol, o t'han suggerit que deixis de beure?

- No (0)
- Si, però no durant l'últim any (2)
- Si, durant l'últim any (4)

**Pregunta 15:** Coneixes els tests AUDIT i CAGE per detectar el nivell de consum d'alcohol?

- Si, i sé de quins paràmetres tracten.
- Si, n'he escoltat a parlar.
- No.

**Pregunta 16:** Creus que tens la informació necessària per saber actuar davant d'una intoxicació alcohòlica?

- Si, sabria com reaccionar.
- No, no sabria que fer.

**Pregunta 17:** En cas de voler realitzar alguna activitat i estar cansat, creus que l'alcohol et donaria energia per poder realitzar-la?

- Si, m'ajudaria.
- No, l'alcohol no dona energia.

**Pregunta 18:** Barrejar cervesa, vi i licors creus que fa que el teu grau d'embriaguesa sigui superior que bevent un únic tipus de beguda alcohòlica?

- Si, barrejant l'estat d'embriaguesa es superior.
- No, barrejar no fa més alt el grau d'embriaguesa.

**Pregunta 19:** Creus que qui està acostumat a beure en major freqüència i quantitat té més resistència als efectes de l'alcohol?

- Si, contra més beus més resistència tens.
- No, la resistència als efectes de l'alcohol no varien.

**Pregunta 20:** Has requerit tu o una persona propera alguna vegada assistència sanitària del servei d'emergències degut al consum d'alcohol?

- Si, més d'una vegada.
- Si, una vegada
- No, mai

**Pregunta 21:** En cas de trobar-te una persona en estat d'intoxicació etílica, quines d'aquestes actuacions creus que poden ajudar a millorar el seu estat:

- Fer-li beure aigua.
- Realitzar-li la maniobra RCP (reanimació cardiopulmonar) si no respira.
- Realitzar-li la maniobra RCP (reanimació cardiopulmonar) si respira però ha vomitat.
- No realitzar-li mai la maniobra RCP (reanimació cardiopulmonar)
- Mullar-li la cara amb aigua freda si no està conscient.
- Donar-li cafè o algun altre estimulant.
- Mantenir-la de cara amunt.
- Mantenir-la de costat.
- Mantenir-la cara avall per si vomita.

**A3. Consentiment i petició per a la realització de la pràctica observacional**

A continuació, adjuntem el consentiment per part de la professora coordinadora del TFG i la petició per part del nostre tutor, Dr. Francesc Valls, per tal de que poguessim realitzar la pràctica observacional:

 UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI  
FACULTAT D'INFERMERIA

A l'atenció d'Isaac Lucas

Benvolgut Isaac,

Els alumnes d' infermeria Cesc Prytz i Pau Llorach amb motiu de la realització del Treball Fi de Grau (TFG) tenen prevista la realització d'una pràctica d'observació en el servei del SEM.

Compten amb el meu consentiment i t'agraeixo per endavant la col·laboració

Tarragona, 22/02/18

Mària Sagrario Acebedo,

**Maria Sagrario  
Acebedo**

Firmado digitalmente por Maria Sagrario Acebedo  
Nombre de reconocimiento (DN):  
cn=Maria Sagrario Acebedo, o=Universitat  
Rovira i Virgili, ou=Facultat Infermeria,  
email=msagrario.acebedo@urv.cat, c=ES  
Fecha: 2018.02.22 17:30:04 +01'00'

Professora coordinadora TFG



Tarragona, 20 de març de 2018

Francesc Valls Fonayet,

Personal Docent i Investigador del Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili i tutor del Treball Final de Grau dels alumnes Pau Llorach Espinosa i Francesc Prytz Ribas, sol·licita l'autorització perquè ambdós alumnes realitzin la pràctica observacional del seu treball titulat "Protocol d'actuació davant d'una situació d'intoxicació aguda etilica".

Cordialment,

Francesc Valls Fonayet  
Departament d'Infermeria  
Universitat Rovira i Virgili  
Av. Catalunya 35, 43002  
Tarragona  
francesc.valls@urv.cat  
977 55 83 50

**A4. Cronograma**

|                                           | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY |
|-------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Descripció del tema d'estudi</b>       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Objectius, hipòtesis i metodologia</b> |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Revisió bibliogràfica</b>              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Anàlisi i redacció</b>                 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Investigació quantitativa</b>          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Anàlisi dels resultats i discussió</b> |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Entrega del projecte</b>               |     |     |     |     |     |     |     |     |     |



## **Actuación ante una intoxicación etílica aguda en los estudiantes de la Universidad**

**Rovira y Virgili**

Francesc Prytz Ribas<sup>10</sup>

Pau Llorach Espinosa<sup>11</sup>

Francesc Valls Fonayet<sup>12</sup>

### **RESUMEN**

Objetivo: este estudio tiene por objetivo conocer el consumo de riesgo de alcohol que realiza una muestra de estudiantes universitarios y los modelos de intervención sanitaria del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) en casos de Intoxicación Etílica Aguda (IEA). Método: mediante una metodología descriptiva de encuestas se distribuyó el cuestionario “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT) para la detección de problemas por consumo de alcohol a 164 estudiantes de la Universidad Rovira y Virgili. Se tuvieron en cuenta diferentes variables estructuradoras, como el sexo o el grado de conocimientos en aspectos sanitarios. Resultados: se ha detectado que buena parte de la muestra (53,7%) obtiene una puntuación que la sitúa en posición de riesgo en el consumo de alcohol, que este porcentaje es superior en los hombres y que el tipo de grado está asociado con un mayor conocimiento sobre los riesgos, pero no con una práctica diferenciada respecto al consumo. Por otro lado, se ha realizado la observación

---

<sup>10</sup> Estudiante de enfermería. Enfermería, Universidad Rovira y Virgili, Tarragona, España.

<sup>11</sup> Estudiante de enfermería. Enfermería, Universidad Rovira y Virgili, Tarragona, España.

<sup>12</sup> PhD, Profesor Titular. Sociología, Universidad Rovira y Virgili, Tarragona, España

en situación real de la intervención del SEM en casos de IEA. Conclusión: se debe intervenir en reducir los factores de riesgo y por lo tanto, determinamos que hay que promocionar la educación para prevenir complicaciones potenciales derivadas del consumo de bebidas alcohólicas.

Descriptores: Universitarios; AUDIT; Intoxicación Etílica; Consumo de Riesgo; Intervención de Enfermería.

Descriptors: University Students; AUDIT; Alcohol Poisoning; Risk Consumption; Nursing Intervention.

Descritores: Universitários; AUDIT; *Intoxicação Alcoólica*; *Consumo de Risco*; *Intervenção de Enfermagem*.

## **Introducción**

El alcohol es una de las drogas más presentes en nuestra sociedad, y es un producto muy arraigado en las tradiciones culturales y en las pautas de interrelación social de las tierras occidentales. Su uso está muy ligado a rituales juveniles como medio de diversión, por lo que la mayoría de la gente no lo considera una droga. Además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes<sup>1</sup>.

El Informe de 2017 de Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España<sup>2</sup> refieren que entre el 2 y el 7% de la población está dentro del grupo de bebedores excesivos (consumo superior a 80g/día). También, la práctica de riesgo analizada más frecuente por la Encuesta de Juventud de Cataluña (EJC) es el consumo excesivo de alcohol, donde se aprecia que casi una tercera parte del estudio (32,9%) afirma consumir alcohol de forma

excesiva, aproximadamente una vez al mes. Simultáneamente, según el Informe Mundial del 2014, Europa es la región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que tiene un mayor consumo de alcohol por cápita<sup>3</sup>.

Tomando como punto de partida que la intoxicación etílica aguda supone un 3% de los ingresos en los servicios de urgencias hospitalarias<sup>3</sup>, se identificarán y se describirán las intervenciones que se tienen que realizar en el momento en el que se produce un caso de intoxicación etílica aguda. A parte, se pretenderá evaluar los diferentes protocolos utilizados por nuestros profesionales sanitarios cuando tienen lugar este tipo de eventos. Para llevar a cabo ambos propósitos, se empleará un enfoque multidisciplinario, incidiendo en aquellos factores de riesgo que puedan conllevar a un consumo abusivo de esta sustancia.

### **Material y método**

Se realizó este trabajo a través de una recerca bibliográfica, posteriormente de buscar en bases de datos específicas como Pubmed, Google académico, Scielo y Elsevier, entre otras, eligiendo los artículos según los criterios de selección pautados. También, se realizaron encuestas a estudiantes de diferentes grados de la Universidad Rovira y Virgili, para así obtener información sobre los patrones de conducta relacionados con el consumo de alcohol, el nivel de conocimientos que tienen sobre éste y las actuaciones necesarias delante de una intoxicación etílica aguda.

Para poder lograr los objetivos, se optó por un trabajo de campo focalizado en dos líneas complementarias. Primero, una recerca de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal mediante una encuesta. Por otra parte, una práctica observacional con un

equipo del Servicio de Emergencias Médicas, con el objetivo de presenciar una intoxicación etílica aguda en directo y cómo es la actuación frente a ésta.

Para la realización de este trabajo se elaboró un cuestionario que contenía 20 preguntas, 10 de las cuales hacían referencia al test AUDIT<sup>4</sup>, utilizado para detectar tanto a los consumidores de riesgo como a los dependientes al alcohol. Se declinó por este test y no por otros porque se consideró ser el más completo ya que contenía preguntas que se adecuaban perfectamente al conocimiento de todos los estudiantes. Dicho cuestionario recogía variables independientes, como el sexo, el grado universitario o la edad, y, además, se formularon preguntas sobre conocimientos generales o conductas relacionadas con el consumo de alcohol<sup>5</sup>.

El cuestionario fue creado de forma online mediante la aplicación Google Docs®, se inició el 7 de marzo del 2018 y se cerró el 12 de marzo del 2018. Se obtuvo una participación de 164 individuos de diversos grados. Con propósito de difundir esta encuesta entre todos los estudiantes, utilizamos la estrategia “bola de nieve”, para así conseguir la máxima difusión.

Se confeccionó esta diferenciación entre grados con tal de comprobar la singularización de conocimientos entre alumnos de grados sanitarios (más preparados para este tipo de intervenciones) y alumnos de grados no sanitarios. Para llevar a cabo la extracción de los resultados, se utilizaron marcadores contrastantes estadísticos como el chi cuadrado de Pearson, la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, la mediana, la media, la media recortada al 5%, el estimador M-Huber y el límite inferior y superior del intervalo de confianza. Es importante remarcar la problemática de no poder utilizar un muestreo aleatorio, hecho que provoca una amenaza a la validez externa de los



resultados de la encuesta, dándose la posibilidad de que la participación fuese de gente más motivada o interesada en el tema. Pese a esto, entendemos que la planificación efectuada se adecua a los objetivos estipulados en este Trabajo de Fin de Grado (TFG), aunque hayamos identificado esta limitación.

Para complementar este análisis cuantitativo se efectuó una práctica observacional el día 24 de marzo del 2018 en el Centro de Urgencias y Atención Primaria de Cambrils con el Servicio de Emergencias Médicas (SEM), donde se realizaron 8 salidas divididas con ambulancias de Soporte Vital Básico (SVB) y de Soporte Vital Avanzado (SVA), siendo solo una referente al caso que se planteó en este trabajo.

## **Resultados**

La muestra obtenida en el cuestionario que se empleó muestra una participación de 164 individuos, mayoritariamente mujeres, en concreto 119. Respecto a los hombres, un total de 45. La media de edad de la totalidad de los participantes fue de 21,1, No obstante, la media de edad de las mujeres fue ligeramente superior a la de los hombres, 21,4 frente a 20,4.

También se pudo apreciar una mayor participación de estudiantes de grados no sanitarios (86 individuos) un 54,7% del total la muestra, frente a estudiantes de grados sanitarios (71 individuos) un 45,3% del total de la muestra, descartando 7 individuos de esta variable en la muestra válida por no especificar correctamente el tipo de grado que realizan.

| Tabla 1. Grado de conocimiento de los test AUDIT y CAGE de toda la muestra |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Conocimiento test AUDIT/CAGE                                               | Desconocimiento test AUDIT/CAGE |
| 22,6 %                                                                     | 77,4 %                          |

Fuente: Elaboración propia a partir de dadas del cuestionario

Como podemos observar en la tabla anterior, solo un pequeño porcentaje del total de la muestra analizada tenía conocimiento acerca de los test de AUDIT y CAGE. Un dato para remarcar es que un 89,8% de los alumnos de grados no sanitarios desconocen por completo este tipo de test.

El resultado del contraste estadístico realizado con el chi cuadrado indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de grado cursado y el conocimiento de ambos test (chi cuadrado = 9,272,  $p < 0,05$ ).

| Tabla 2. Puntuación diferenciada por el sexo del test AUDIT |            |            |            |
|-------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                                             | Hombres    | Mujeres    | Total      |
| 0-5 puntos                                                  | 10 (22,2%) | 59 (49,5%) | 68 (41,5%) |
| 6-7 puntos                                                  | 7 (15,5%)  | 20 (16,8%) | 27 (16,4%) |
| 8-15 puntos                                                 | 21 (46,6%) | 29 (24,3%) | 37 (22,5%) |
| 16-19 puntos                                                | 3 (6,6%)   | 5 (4,2%)   | 7 (4,2%)   |
| >20 punts                                                   | 4 (8,8%)   | 6 (5%)     | 10 (6,1%)  |

Fuente: Elaboración propia a partir de dadas del cuestionario

La mayor parte de los hombres encuestados se encontraba en una situación de riesgo por consumo de alcohol debido a que el 46,6% de los estudiantes obtuvieron una puntuación de entre 8 y 15 puntos. En cuanto a las mujeres que realizaron el test, la

mayoría no se encontraban en una situación de riesgo por lo que hace al consumo de alcohol, ya que prácticamente la mitad de las encuestadas obtuvieron una puntuación de 0 a 5 puntos, es decir, un 49,5% del total de las mujeres de la muestra.

Con el fin de alcanzar una interpretación válida y contrastada de los resultados obtenidos en el test de AUDIT que se realizó se llevaron a cabo unas medidas de centralidad. En éstas, se obtuvo que la media de las puntuaciones del test AUDIT es de 7,6. Aplicando una diferenciación por sexo, se extrajeron unos resultados donde los hombres tienen una media superior a la de las mujeres, 9,8 y 6,7 respectivamente. Por consecuente, aplicando una criba por tipo de grado cursado, se observó que la media es superior en el ámbito no sanitario, siendo esta 8,3 respecto a 6,6 en el ámbito sanitario; pese a esto, la mediana entre tipo de grado es la misma, 6. Se tuvo en cuenta que la media es un indicador sensible a las puntuaciones extremas, y en estos casos no se puede representar adecuadamente el grupo en el cual ha estado sustraída. Para evitar este posible sesgo, incorporamos también otras medidas de tendencia central más robustas delante de la posible presencia de casos extremos, como son la mediana, la media recortada al 5% y el estimador M-Huber.

Tanto la mediana, como la media recortada y estimador M-Huber son inferiores a la media. El hecho de que estos marcadores sean inferiores a la media muestra que hay un efecto en ésta causado por las puntuaciones extremas.

A partir de la clasificación teórica, que sitúa en un consumo de riesgo las puntuaciones superiores a 7 en los hombres, y a 5 en las mujeres, se observó que en la muestra tal un 46,3% de los participantes no presentaba una situación de riesgo según el test AUDIT (n=76), mientras que un 53,7% sí que presentaba este riesgo (n=88).

En cuanto a la influencia del sexo en los resultados, respecto a las mujeres que realizaron el test, se percibe que un 49,5% de estas obtuvieron una puntuación inferior a 6, lo que indica una ausencia de riesgo. En cambio, cuando se trata de los hombres, este lindar se sube a 8, por debajo de los cuales hay un 37,7%.

Con el objetivo de contrastar si estadísticamente existía algún tipo de asociación entre el sexo de los participantes y los resultados obtenidos en el test AUDIT en nuestro estudio, puesto que ambas son variables categóricas, se utilizó el chi cuadrado, que presentó un valor 1,829 y un p-valor de 0,176, lo que nos llevó a remarcar la ausencia de relación entre las dos variables: aparentemente el sexo no está asociado a unas mayores o menores probabilidades de estar en situación de riesgo. Entendiendo que esto podría estar vinculado al hecho que la frontera es diferente en hombres y en mujeres (8 y 6), se realizó un segundo contraste basado en las puntuaciones numéricas. Realizamos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (ya que las puntuaciones del test AUDIT no presentaban normalidad) para contrastar si la media era estadísticamente diferente en hombres y mujeres. El valor del estadístico (1721) está ligado a una probabilidad alfa inferior a 0,05, por tanto, se llegó a la conclusión que mediante este mecanismo sí que existen diferencias estadísticamente significativas en hombres y mujeres. Posteriormente se repitieron los cálculos para la variable dicotómica (riesgo/no riesgo) pero homogenizando los lindares por ambos sexos. El tercer contraste situó el lindar en un valor de 6. El resultado indicó, como en el contraste 2 y a diferencia del contraste 1, que sí que existían diferencias según el sexo cuando se unifica la frontera de riesgo en hombres y mujeres a un mismo valor. El contraste 4, que situó el lindar al valor de 8, obtuvo unos resultados similares al contraste 3.

Por tanto, se observó que el sexo presenta unos resultados diferenciados por lo que hace a la puntuación AUDIT (media de 9,8 en hombres y de 6,7 en mujeres), y que ésta diferencia es estadísticamente significativa. Pese a todo, cuando se categoriza la variable en dos niveles (riesgo/no riesgo) según lo que propuso la teoría (con un lindar específico para cada sexo) las diferencias desaparecen.

Tratando la influencia de los grados presentados en los resultados del estudio, estos son bastante equiparables. En cuanto a las personas que cursan grados sanitarios, se obtuvieron un 52,1% de resultados negativos, es decir, de riesgo en las puntuaciones del test de AUDIT y un 47,9% de resultados positivos. En relación a los estudiantes de grados no sanitarios, un 44,2% de la muestra obtuvo una puntuación negativa en el test frente a un 55,8% de resultados positivos.

La puntuación media que se obtuvo por parte de los estudiantes de grados no sanitarios superaba a las de los estudiantes de grados sanitarios, siendo la de los primeros 8,3 puntos y la de los segundos 6,8 puntos.

Pese a esto, el análisis estadístico concluyó que las diferencias no eran significativas. Los contrastes 1 y 2 evidenciaban la existencia de unos valores alfa superiores a 0,05 tanto si se realizaba el cruce por categorías (contraste 1) como numérico (contraste 2). Los contrastes 3 y 4 evidenciaron que este comportamiento no variaba pese a que se unificara el lindar por sexo, tanto a nivel de puntuación de 6 como a nivel de puntuación de 8.

En una de las preguntas planteada en el cuestionario en relación a conocimientos generales, se pudo apreciar que en los estudiantes de grados sanitarios hay un ligero porcentaje superior (29,3%) respecto a los estudiantes de grados no sanitarios (24,7%)

en la pregunta relacionada en si el grado de embriaguez es superior si se mezclan diversos tipos de bebida etílica.

El contraste estadístico indicó que tan solo en la primera pregunta el porcentaje de respuestas correctas fue significativamente diferente en función del grado (chi cuadrado =6,04;  $p < 0,05$ ).

Finalmente, en cuánto a las actuaciones que llevarían a cabo los estudiantes delante de una intoxicación etílica, se realizó una diferenciación por grado estudiado de los participantes, con tal de reconocer si existe asociación entre el grado (sanitario o no sanitario) y la respuesta marcada. Tal i como se puede observar en la siguiente tabla, se utilizó un análisis estadístico con la prueba del chi cuadrado de Pearson para saber si los datos son estadísticamente significativos, pese a la posible diferencia del porcentaje en los resultados. Así pues, valores de significación (p-valor) inferiores a 0,05 serían indicativos de que existe una asociación significativa entre el grado de estudio y la respuesta marcada, mientras que valores superiores a 0,05 indicaría que no existe asociación entre el grado de estudio y la respuesta marcada.

Por lo que hace a las diferentes actuaciones que figuran en la siguiente tabla, solo hay dos que sean correctas, y se encuentra especificado al lado de cada actuación si bien es verdadera (V) o falsa (F).

Tabla 3. Resultados de diferentes actuaciones que realizarían los estudiantes de la Universidad Rovira y Virgili en un caso de intoxicación etílica.

| Actuaciones                                                 | p-valor | Resultados                                                                           |
|-------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Darle de beber agua (F)                                     | 0,133   | No existe asociación significativa entre el grado de estudio y la respuesta marcada. |
| Realizarle maniobra RCP si no respira (V)                   | 0,00    | Si que existe asociación significativa entre el grado y la respuesta marcada.        |
| Realizarle la maniobra RCP si respira, pero ha vomitado (F) | 0,846   | No existe asociación significativa entre el grado de estudio y la respuesta marcada. |
| No realizarle nunca la maniobra RCP (F)                     | 0,513   | No existe asociación significativa entre el grado de estudio y la respuesta marcada. |
| Mojarle la cara con agua fría si no está consciente (F)     | 0,016   | Si que existe asociación significativa entre el grado y la respuesta marcada.        |
| Darle café o algún estimulante (F)                          | 0, 215  | No existe asociación significativa entre el grado de estudio y la respuesta marcada. |
| Mantenerlo con la cara mirando hacia arriba (F)             | 0,196   | No existe asociación significativa entre el grado de estudio y la respuesta marcada. |
| Mantenerlo de lado (V)                                      | 0,025   | Si que existe asociación significativa entre el grado y la respuesta marcada.        |
| Mantenerlo cara abajo por si vomita (F)                     | 0,566   | No existe asociación significativa entre el grado de estudio y la respuesta marcada. |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del cuestionario

## Discusión

Una de las primeras preguntas que se planteaba en el cuestionario está relacionada con el grado de conocimiento de los estudiantes de la Universidad Rovira y Virgili acerca de los test AUDIT y CAGE, útiles en la detección de casos de consumo de riesgo de alcohol.

Tal y como indican los resultados, hay evidencia de un gran desconocimiento por parte de los estudiantes sobre la existencia de estos test, dónde más de una tercera parte de la muestra desconocía la utilidad de estas herramientas, así como los parámetros que tratan.

Las puntuaciones obtenidas en el test varían en función de la variable independiente utilizada, en este caso el sexo. En el caso de los hombres, éstos obtienen puntuaciones más elevadas en el test de AUDIT, siendo prácticamente dos tercios de la muestra los estudiantes que se encuentran en una situación de riesgo en cuanto al consumo de alcohol. Referente a las mujeres encuestadas, la muestra indica que un poco más de la mitad se encuentran también en una situación de riesgo. Consideramos que este hecho es muy representativo, debido a la comparación con diferentes estudios, como por ejemplo el de Carter et al<sup>6</sup> 'The College and Noncollege Experience: a Review of the Factors that Influence Drinking Behaviour in Young Adulthood'', se puede apreciar como los resultados obtenidos en el total de la muestra es ligeramente superior en relación al artículo mencionado, un 53,7% respecto un 36%.

A partir de los resultados obtenidos en la muestra del estudio, en cuanto a la variable independiente del sexo, podemos ver como el 62,2% de los hombres se encuentran dentro del grupo de riesgo, a diferencia de las mujeres, dónde un 50,4% se hallan dentro



del grupo de riesgo. Cabe comentar, que, si se equipara el punto de corte del test de AUDIT en ambos sexos a 8, se extrema la diferencia entre hombres y mujeres, hecho que provoca que tengamos datos estadísticamente significativos a la hora de extraer conclusiones en relación con el consumo de riesgo que se realiza para cada uno de los sexos.

A partir de diferentes estudios que hemos podido analizar, como por ejemplo el de García Carretero et al<sup>7</sup> 'Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C' consideramos que tiene más valor desde el punto de vista del diseño de programas de intervención en población universitaria un modelo de dos factores respecto a las puntuaciones del test, donde, con una fiabilidad elevada, las puntuaciones del test AUDIT discriminen entre consumos de riesgo y consumos perjudiciales por tal de determinar las propiedades psicométricas del test. Así pues, hay diversos estudios que establecen (citar) el punto de corte en 13 para diferenciar individuos con problemas físico-psíquicos y probable síndrome dependencia alcohólica (SDA) de bebedores que se encuentran dentro del grupo de riesgo por consumo.

Respecto a las preguntas sobre conocimiento general relacionadas con propiedades del alcohol, hemos podido detectar cierto desconocimiento por parte de los estudiantes, ya que en dos de las tres preguntas más de la mitad de los participantes responden erróneamente a las preguntas en cuestión, hecho que se traduce en realizar el modelo actual de consumo sin ser consciente de los efectos perjudiciales que comporta esta práctica.

Todo y apreciar diferencias entre el grupo sanitario y el no sanitario, creemos que proporcionar más información a los jóvenes sobre este tipo de práctica y en relación con las consecuencias que comporta su consumo, podremos evitar a largo plazo personas con dependencia alcohólica o bien casos de intoxicación etílica frecuentes.

Además, basándonos en los resultados obtenidos en la pregunta sobre las actuaciones que realizarían en el caso de encontrarse con una persona que sufre una IEA, creemos que la difusión de correctas intervenciones por parte de acompañantes o amigos en un caso como este es esencial por tal de evitar complicaciones potenciales.

Durante la elaboración de este estudio, nos encontramos diferentes limitaciones que nos llevaron a reconducir el trabajo hacia nuevos enfoques, algunas derivadas de nuestras propias decisiones o posibilidades, y otras derivadas de factores externos. Creemos que identificarlas correctamente forma parte del proceso de aprendizaje vinculado al TFG.

En primer lugar, nuestra intención principal era comparar diferentes protocolos de diversos hospitales de la provincia con tal de conocer como abordaban el caso de un IEA; lo cierto es que a la hora de buscar estos protocolos en todos los hospitales, ninguno de ellos disponía de un protocolo específico a seguir para estas situaciones.

En segundo lugar, otro de los problemas con los que nos hemos encontrado ha tenido relación con los cuestionarios que difundimos, ya que la muestra que se obtuvo fue de 164 individuos, hecho que no garantiza la máxima validez externa porque no se pudo llevar a cabo una selección aleatoria, sino una estrategia basada en la “bola de nieve”. Es posible que nos faltaran ciertos recursos en el momento de difundir esta encuesta, mayoritariamente económicos y temporales, así como a la hora de controlarla en el momento de la respuesta.

Por último, en concordancia con el test de AUDIT, tuvimos dilemas a la hora de marcar el punto de corte en hombres y mujeres, pues la mayoría de artículos homologados y aprobados científicamente nos indicaban que el punto de corte era 6 para las mujeres y 8 para los hombres, pero también se encontraron artículos que utilizan otros valores para diferenciar los grupos de riesgo.

## **Conclusiones**

Después de realizar el estudio y analizarlo, llegamos a la conclusión de que este trabajo nos ha aportado mucha información que nos servirá para trabajar como profesionales del mundo sanitario, tanto a nivel teórico como práctico, pues tal y como explicamos en un apartado del trabajo, tuvimos la ocasión de vivir en primera persona el abordaje que hay que llevar a cabo en este tipo de pacientes. Así pues, hemos conocido herramientas y datos útiles en relación al alcohol que no habíamos adquirido durante nuestro grado universitario, útiles durante nuestro día a día y más, si tenemos la oportunidad de tratar con pacientes que sufran este tipo de intoxicaciones.

También, consideramos que la población joven es cada vez más vulnerable y hay multitud de factores de riesgo presentes en diferentes ámbitos de nuestra vida como podrían ser amigos, escuela, familia, comunidad... es por esto, que la labor de prevención para evitar conductas de riesgo tiene que ir encaminada a reducir potencialmente estos factores y mostrar técnicas entre los adolescentes para saber detectarlos y reducirlos en la medida de lo posible.

Para posibles investigaciones futuras, proponemos la elaboración de nuevos test de detección de riesgo de consumo de alcohol que integren preguntas que nos permitan reconocer individuos que están realizando un consumo perjudicial de bebidas

alcohòlicas, o bien, tal y como hemos explicado anteriormente, un modelo bidimensional del test AUDIT que permita reconocer la población que se encuentra en riesgo por consumo de alcohol o bien la población que está realizando un consumo perjudicial que puede convertirse en dependencia alcohólica, o bien, problemas físico-psíquicos.

Como conclusión, a partir de nuestro estudio y del análisis realizado de diversos datos, determinamos que, hoy en día, hay mucha gente joven en riesgo de dependencia hacia el alcohol, hecho que se debería trabajar más por parte de programas de prevención y educación por tal de abordar y reducir el problema de forma más efectiva.

**Bibliografia**

- (1) Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS: 2015 [Internet].  
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es>  
[Visitado el 28 de noviembre de 2017]
- (2) Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]  
Disponible en:  
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017\\_Informe\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017_Informe_EDADES.pdf) [Visitado el 6 de diciembre de 2017]
- (3) Serracant i Melendres, P. Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 [Internet].  
Disponible en:  
[http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/JOVENTUT\\_documents/arxiu/publicacions/col\\_estudis/ESTUDIS34.pdf](http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/JOVENTUT_documents/arxiu/publicacions/col_estudis/ESTUDIS34.pdf) [Visitado el 6 de diciembre de 2017]
- (4) Palasí, E., Valverde, J., Santpere, E. Programa de prevenció del consum d'alcohol i altres drogues. [Internet] Disponible en:  
[www.raco.cat/index.php/eduacisocial/article/download/278591/366348](http://www.raco.cat/index.php/eduacisocial/article/download/278591/366348)  
[Visitado el 2 de diciembre de 2017]
- (5) Torres Magdalena Mora. Intoxicación alcohólica. Medico Legal. Costa Rica. 2016 [Internet] Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152016000200066&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200066&lng=en) [Visitado el 8 de enero de 2018]

- (6) Carter, A., Obremski Brandon, K., Goldman, M. The College and Noncollege Experience: A Review of the Factors That Influence Drinking Behavior in Young Adulthood. [Internet] Disponible en [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930506/#\\_sec16title](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930506/#_sec16title)  
[Visitado el 27 de abril de 2018]
- (7) Garcia Carretero, M.A., Novalbos Ruiz, J.P., Martinez Delgado, J.M, O'Ferrall Gonzalez, C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitària: AUDIT y AUDIT-C [Internet] Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/775/730>  
[Visitado el 27 de febrero de 2018]

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

### INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

#### 1. Política editorial

La Revista Latinoamericana de Enfermería (RLAE) tiene como misión contribuir para el avance del conocimiento científico y de la práctica profesional de la Enfermería y de otras áreas de la salud por medio de la publicación de artículos de elevado mérito científico. Publica artículos inéditos en los idiomas inglés, portugués y español, en las categorías Artículo Original, de Revisión y Cartas al Editor. Adopta el sistema de publicación en flujo continuado (rolling pass). Números especiales son publicados a criterio del Consejo de Editores. El proceso de evaluación adoptado es lo de revisión por pares (peer review) preservado el anonimato de los autores y revisores.

La revista Adopta la normalización de los “Requisitos Uniformes para manuscritos presentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations>).

La RLAE sigue el código de conducta ética en publicación recomendado por el Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org>) y las conductas de Buenas Prácticas de Edición – Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors (<http://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

Todos los artículos deben ser encaminados a la revista con la copia de aprobación por un Comité de Ética en Pesquisa en casos de investigaciones con seres humanos (excepto datos de dominio público). Los estudios tipo ensayo clínico deben tener el número del Registro de Aprobación de Ensayos Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) lo

cual debe ser enviado a la revista. En casos de investigaciones envolviendo animales, la aprobación de la Comisión de Ética en el Uso de Animales debe ser encaminada.

Los artículos deben ser sometidos por el sistema electrónico ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>) en portugués o inglés o español y destinados exclusivamente para la RLAE. No es permitida la presentación simultánea a cualquiera otro vehículo de publicación. La RLAE considera como infracción ética la publicación duplicada o fragmentada de una misma investigación. Herramientas para localización de similitud de textos son utilizadas por la revista para detección de plagio.

## **2. Instrucciones Generales**

- **Autoría**

El concepto de autoría adoptado por la RLAE está basado en la contribución substancial de cada una de las personas enlistadas como autores, en lo que se refiere, especialmente, a la concepción y planificación del proyecto de pesquisa, obtención o análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica. La cantidad de autores es limitada a seis y, excepcionalmente, para estudios multicéntricos será examinada la posibilidad de inclusión de más autores, considerando las justificativas presentadas por los mismos. No se justifica la inclusión de nombres de autores cuya contribución no se encuadre en los criterios mencionados, pudiendo, en ese caso, figurar en la sección Agradecimientos.

La contribución de cada uno de los autores debe ser explicitada en declaración, firmada individualmente por los autores, para esta finalidad y enviada para la RLAE en el sometimiento del manuscrito. Todos los autores deben informar su número de registro



ORCID <http://orcid.org>) en la Declaración y en el sistema ScholarOne (pida a los otros autores que incluyan el ORCID ID en el registro del usuario del ScholarOne).

Los conceptos emitidos en los artículos son de responsabilidad exclusiva del(s) autor(es), no reflejando obligatoriamente la opinión de los Editores y del Consejo Editorial.

### **Datos de identificación del autor responsable (catastro)**

**Nombre y apellidos.** El autor debe seguir el formato por el cual su nombre ya es indexado en las bases de datos e incluir el número de registro en el ORCID.

**Correspondencia.** Debe constar el nombre y dirección completa del autor responsable para cambio de correspondencia.

**Institución.** Pueden ser incluidas hasta tres jerarquías institucionales de afiliación (por ejemplo: departamento, facultad, universidad).

### **Derechos autorales**

Los autores deben ceder los derechos autorales patrimoniales del artículo a la Revista Latinoamericana de Enfermería por medio de la Declaración de responsabilidad y transferencia de derechos autorales firmada por todos los autores (Download).

Para la utilización del artículo en acceso abierto, la RLAE adopta la Licencia Creative Commons – Licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Esta licencia permite que otros distribuyan, remezclen, adapten y creen desde su trabajo, mismo para fines comerciales, desde que le atribuyan el debido crédito por la creación original al

autor y dando los debidos créditos de publicación a la RLAE. Es recomendada para maximizar la disseminación y uso de los materiales licenciados.

### **Categorías de artículos aceptados para publicación**

**Artículos originales.** Son contribuciones destinadas a divulgar resultados de investigación original e inédita, que puedan ser replicados y/o generalizados. Son también considerados artículos originales las formulaciones discursivas de efecto teorizante y las investigaciones de metodología cualitativa, de modo general.

**Artículos de revisión.** Estudios de evaluación críticos, abarcadores y sistematizados, resultados de investigación original y reciente. Objetivan estimular la discusión e introducir el debate sobre aspectos relevantes e innovadores. Presentan el método de revisión, el proceso minucioso de busca y los criterios utilizados para la selección y clasificación de los estudios primarios incluidos. Deben ser sostenidos por estándares de excelencia científica y contestar a la pregunta de relevancia para la enfermería y/u otras áreas de la salud. Entre los métodos utilizados están: metaanálisis, metasíntesis, revisión sistemática y revisión integradora.

Los artículos sometidos y encaminados de acuerdo con las normas de publicación son enviados a la pre-análisis hecha por el Editor Científico Jefe que decidirá por la aprobación o recusa del artículo caso él no contemple el objetivo del periódico, sea nuevo, verdadero y contribución para el avance del conocimiento científico. Una vez aprobado en la pre-análisis lo manuscrito es enviado al Editor Asociado para selección

de consultores. Después de la evaluación de los consultores, el Editor Asociado realiza una recomendación para el Editor Científico Jefe lo cual con base en las evaluaciones hechas por los consultores y por el Editor Asociado decidirá por la aprobación, reformulación o recusa del artículo.

Lo coste de publicación para el autor es compuesto por los costes de traducción del artículo para la publicación en tres idiomas.

Las traducciones son pedidas a los autores después de la aprobación del artículo. En ese momento, el texto original debe ser traducido para más dos idiomas, diferentes de aquél de origen del sometimiento. El coste de las dos traducciones es de responsabilidades de los autores. Para garantizar la calidad de las traducciones, las mismas solamente serán aceptadas acompañadas del certificado de traducción de unas de las empresas acreditadas por la RLAE.

- **Guías para presentación del texto**

Los textos de los artículos deben seguir las guías de la Red Equator conforme tipo de estudio realizado:

Para todos los tipos de estudios usar la guía Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0 – checklist).

Para ensayo clínico randomizado use el CONSORT (checklist y fluxograma).

Para revisiones sistemáticas y metaanálisis seguir la guía PRISMA (checklist y fluxograma).

Para estudios observacionales en epidemiología seguir la guía STROBE (checklist).

Para estudios cualitativos seguir la guía COREQ (checklist).

Mejorar la calidad y la transparencia de la pesquisa en averiguación en salud (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>). Puede ser usado para todos los tipos de investigaciones en salud.

- **Arreglo del artículo**

### **Estructura**

- Título solamente en el idioma del artículo
- Resumen solamente en el idioma del artículo
- Descriptores en portugués
- Descriptores en inglés
- Descriptores en español
- Introducción
- Método
- Resultados
- Discusión
- Conclusión
- Referencias

Los Agradecimientos deberán constar apenas en la Title Page.

Aunque se respete la creatividad y estilo de los autores la revista sugiere el uso de las secciones convencionales Introducción, Método, Resultados, Discusión y Conclusión.

### **Cantidad de palabras**

- Artículos Originales y de Revisión: 5000 palabras.
- Cartas al Editor: 500 palabras (en el conteo de palabras no incluir: tablas, figuras e referencias)

### **Formato**

- Archivo en el formato Word, papel tamaño A4 (21 cm x 29,7 cm o 8,3" x 11,7")
- Márgenes superiores, inferiores y laterales de 2,5 cm (1")
- Fuente Times New Roman 12 (en todo el texto, incluso en las tablas), con el archivo digitado en formato .doc o .docx, o .rtf
- Espaciado duplo entre líneas desde el título hasta las referencias, aparte de las tablas que deben tener espaciado simple.
- Para destaques utilizar fuente cursiva. No son permitidas en el texto: palabras en negrilla, subrayado, caja alta, marcadores del MS Word.

### **Título**

- Conciso e informativo con hasta 15 palabras.
- Solamente en el idioma en el que el artículo sea sometido.
- Utilizar negrita.
- Ítems no permitidos: caja alta, siglas, abreviaciones y localización geográfica de la pesquisa.

### **Resumen**

El resumen debe ser estructurado en: Objetivos, Método, Resultados y Conclusión. Redactado en párrafo único, en hasta 200 palabras.

El Objetivo debe ser claro, conciso y descrito en el tiempo verbal infinitivo. El Método debe contener el tipo de estudio, muestra, variable(s), instrumento(s) y el tipo de análisis. Los Resultados deben ser concisos, informativos y presentar principales resultados descritos y cuantificados, incluso las características de los participantes y análisis final de los datos. Las Conclusiones deben contestar estrictamente a los objetivos, expresar las consideraciones sobre las implicaciones teóricas o prácticas de los resultados y contener tres elementos: el resultado principal, los resultados adicionales relevantes y la contribución del estudio para el avance del conocimiento científico.

Los Ensayos clínicos deben presentar el número del registro de ensayo clínico al final del resumen.

Ítems no permitidos: siglas, excepto las reconocidas internacionalmente, citas de autores, local del estudio y año de la recogida de datos.

### **Descriptores**

- Descriptores en portugués, inglés y español. Seleccionados de la lista del Medical Subject Headings (MeSH) o vocabulario Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- Deben ser incluidos 6 descriptores separados entre sí por punto y coma. Las primeras letras de cada palabra del descriptor en caja alta, excepto artículos y preposiciones.

- Nombre de las Secciones Introducción, Método, Resultados, Discusión y Conclusión
- Negrita.
- Caja alta solamente en la primera letra.
- Ítems no permitidos: subsecciones.

### **Introducción**

Debe ser breve, definir claramente el problema estudiado, destacando su importancia y las lagunas del conocimiento. Incluir referencias actualizadas y de abarcamiento nacional e internacional. Describir el(los) objetivo(s) en el final de esta sección.

### **Método**

Describir el tipo de estudio, el local, el período, la población, los criterios de inclusión y exclusión, muestra, las variables del estudio, el(los) instrumento(s), la forma de la recogida de datos, la organización de los datos para análisis y aspectos éticos.

### **Resultados**

Limitados a describir los resultados encontrados sin incluir interpretaciones o comparaciones. El texto contempla y no repite lo que está descrito en tablas y figuras.

### **Discusión**

Enfatizar los aspectos nuevos e importantes del estudio. Comparar y contrastar los resultados con los de otros estudios actuales y presentar posibles mecanismos o explicaciones para los resultados logrados.

Presentar las limitaciones del estudio y los avances al conocimiento científico.

### **Conclusión**

Contestar los objetivos del estudio, restringiéndose a los datos encontrados. No citar referencias.

### **Tablas**

Hasta 5 ítems entre tablas y figuras, conteniendo título informativo, claro y completo, localizado arriba de la tabla, indicando lo que se pretende representar en la tabla.

Contener: participantes del estudio, variables, local y período de la recogida de datos.

### **Formato**

- Elaboradas con la herramienta de tablas del MS Word.
- Datos separados por líneas y columnas de forma que cada dato esté en una célula.
- Trazos internos solamente abajo y arriba de la cabecera y en la parte inferior de la tabla.

### **Mención en el texto**

Obligatoria. Ej.: conforme la Tabla 1

### **Cabecera**

- Negrita.
- Sin células vacías.

### **Inserción en el texto**



- Después de la primera mención en el texto y no al final del artículo o en archivos separados.

### **Fuente de la tabla**

Describir la fuente de la información cuando se trate de datos secundarios.

### **Nota a pie de la tabla**

- Restrictas al mínimo necesario.
- Indicadas por los símbolos secuenciales presentándolos tanto en el interior de la tabla cuanto en la nota a pie de la misma, y no solamente en uno de los dos lugares.

### **Siglas**

- Restrictas al mínimo necesario.
- Descritas por extenso en nota a pie de la tabla utilizando los símbolos secuenciales \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡

### **Valores monetarios**

Presentados en dólares o en salarios mínimos en el país de la pesquisa y en la época de la recogida de datos. Presentar fecha y cotización en nota a pie.

### **Formato no permitido**

- Quiebras de líneas utilizando la tecla Enter, Sangrias utilizando la tecla Tab, Espacios para separar los datos; Caja alta; Subrayado; Marcadores del MS Word; Colores en las células; Tablas con más de una página.
- Tablas de apenas una o dos líneas deben ser convertidas en texto.

## **Figuras**

Son figuras:

Cuadros, gráficos, dibujos, esquemas, flujogramas y fotos.

### **Título**

- Localizado abajo de la figura.

### **Resolución**

- En alta resolución (mínimo de 900 DPI).

### **Figuras: Cuadros**

- Contiene datos textuales y no numéricos, son cerrados en las laterales y contiene líneas internas.
- Cuando contruidos con la herramienta de tablas del MS Word podrán tener el tamaño máximo de una página, y no solamente 16x10cm como las demás figuras.
- Autorización de la fuente cuando extraídos de otros trabajos, indicándola en nota de rodapié de la figura.

### **Figuras: Gráficos**

- Plenamente legibles y claros.
- Tamaño máximo de 16x10cm.
- Si es necesario utilizar colores, elegir colores claros
- En tonos de ceniza y no en colores.

- Varios gráficos en una sola figura apenas serán aceptados si la presentación conjunta sea indispensable a la interpretación de la figura.

**Figuras: Dibujos, esquemas, flujogramas**

- Construidos con herramientas adecuadas, de preferencia con la intervención de un profesional de artes gráficas.
- Lógicos y de fácil comprensión.
- Plenamente legibles y claros.
- Tamaño máximo de 16x10cm.
- Autorización de la fuente cuando extraídos de otros trabajos, indicándola en nota a pie de la figura.

**Figuras: Fotos**

- Plenamente legibles y claras.
- Tamaño máximo de 16x10cm.
- En negro y blanco y no en colores.
- Fotos conteniendo personas deben ser tratadas para que las mismas no sean identificadas.

**Notas a pie en las figuras**

- Indicadas por los símbolos secuenciales presentándolos tanto en el interior de la figura cuanto en la nota a pie, y no solamente en uno de los dos lugares.

**Citaciones en el texto**

**Formato**

- Números arábigos, sobrescritos y entre paréntesis. Ej.: (12)
- Ordenadas consecutivamente, sin saltar referencia.
- Citaciones de referencias secuenciales: separadas por trazo y no por coma, sin espacio entre ellas. Ex:....literatura(12-15).
- Citaciones de referencias intercaladas: separadas por coma, sin espacio entre ellas. Ej.: literatura(3,6,16,21)
- 

**Local de inserción**

- Cuando añadidas al final del párrafo o frase deben estar antes del punto final y cuando añadidas al lado de una coma deben estar antes de la misma.

**Citaciones "ipsis literes"**

- Entre comillas, sin cursiva, tamaño 12, en la secuencia del texto.

**Ítems no permitidos**

- Espacio entre la citación numérica y la palabra que la antecede.
- Indicación de la página consultada.
- Nombres de autores, excepto los que constituyen referencias teóricas.

**Elocuciones de participantes**

- Fuente cursiva, fuente Times New Roman tamaño 10, sin comillas, en la secuencia del texto.

- Identificación de la elocución: obligatoria, codificada, presentada al final de cada habla entre paréntesis y sin cursiva.

### **Notas a pie**

- En el texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restrictas a un máximo de cinco.

### **Referencias**

- Estilo Vancouver ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html))
- Sin límite máximo desde que todas adecuadas al texto y con link de acceso para averiguación de pertinencia al texto. Referencias con más de 6 autores: seis primeros seguidos de et al.
- Citar la versión del documento en inglés.
- Insertar DOI o link de acceso en todas las referencias.
- Referencias no actualizadas o de difícil acceso a la comunidad científica internacional (literatura gris) no serán aceptadas. Es considerada “literatura gris” los libros, tesis, disertaciones, manuales, normas, legislación, etc.
- Ejemplo de cómo citar, consulte el sitio de la RLAE (<http://www.scielo.br/revistas/rlae/iinstruc.htm#003>)