

Tabagismo e alcoolismo em pacientes de emergência

Smoking and Alcoholism in Emergency Patients

Olga Lidia Figueredo Maldonado^{1*}, Leti de la Caridad Pérez Herrero², Mariela la Cruz Jurjo³, Maira Hechavarria Meléndez⁴

¹MSc. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Medicas Guantánamo. tamayofigueredodanielkis@gmail.com. Código ORCID <https://orcid.org/0009-0005-8891-4185>

²MSc. Profesor Asistente. Universidad Ciencias Medicas Guantánamo. Letydayana184@gmail.com. Código ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2444-1535>

³MSc. Profesor Asistente. Universidad Ciencias Medicas Guantánamo. marielalacruz@gmail.com. Código ORCID <https://orcid.org/0009-0007-6037-4193>

⁴MSc. Profesor Asistente. Facultad Ciencias Medicas Calixto García La Habana. mairahechavarria7272@gmail.com. Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9279-8720>

*Autor para correspondência: Letydayana184@gmail.com

RESUMO

O alcoolismo e o tabagismo são condições crônicas, que produzem lesões progressivas, curáveis apenas por métodos cirúrgicos e às vezes fatais, caracterizadas por tolerância, dependência física e psicológica, e alterações orgânicas patológicas. Com o objetivo de descrever aspectos relacionados ao alcoolismo, tabagismo e suas repercussões na saúde social e cirúrgica dos homens; foi realizada uma revisão da literatura que mostrou que estas são doenças em ascensão em todo o mundo nos últimos anos, que afetam tanto os viciados quanto as pessoas ao seu redor, daí a importância de criar consciência na população sobre a necessidade de evitar o consumo excessivo destes.

Palavras chaves: alcoolismo, tabagismo, métodos cirúrgicos, saúde social.

ABSTRACT

Alcoholism and smoking are chronic conditions that produce progressive lesions, curable only by surgical methods and sometimes fatal, characterized by tolerance, physical and psychological dependence, and pathological organic alterations. With the aim of describing aspects related to alcoholism, smoking, and their repercussions on the social and surgical health of men, a literature review was conducted. It showed that these diseases have been on the rise worldwide in recent years, affecting both the addicts and the people around them, highlighting the importance of raising awareness among the population about the need to avoid excessive consumption of these substances.

Keywords: alcoholism, smoking, surgical methods, social health.

INTRODUÇÃO

Apesar dos riscos conhecidos pela população e da mudança nas leis, que tornam o consumo de tabaco em diferentes áreas cada vez mais complicado, o número de fumadores ainda é significativo. Cerca de um terço dos pacientes que estão a fazer cirurgia fumam. Embora seja comum que a intervenção, seja consequência do tabagismo, como a receção de câncer de bexiga ou câncer de pulmão, a maioria das intervenções não tem nada a ver com o seu consumo, mas há várias considerações que o paciente fumador deve estar atento.

O sistema respiratório, diretamente afetado pelo tabaco, desempenha um papel fundamental durante a anestesia. Em primeiro lugar, é manipulado pelo anestesiologista, por exemplo, se houver anestesia geral, quando o tubo orotraqueal é introduzido. Além disso, durante a intervenção, quando há ausência de respiração espontânea, o paciente torna-se dependente de um respirador responsável por fornecer oxigénio ao corpo.

Tudo isso é uma agressão não desprezível no paciente saudável, e será muito maior no sistema respiratório submetido às toxinas do tabaco. A via aérea do paciente que fuma é mais reativa a qualquer estímulo, o que pode desencadear complicações como laringospasmo ou broncoespasmo, que consistem num estreitamento das vias aéreas que dificultam na entrada e saída de ar. Essas duas complicações, embora geralmente resolvidas, podem ser muito graves.

O acúmulo de muco, mais comum em fumadores, pode infecionar, levando a pneumonia ou bronquite aguda. Por outro lado, a ferida cirúrgica, a dor ou o efeito de medicamentos anestésicos e analgésicos podem deprimir o reflexo da tosse, que geralmente atua como um mecanismo de defesa para eliminar o muco, causando um colapso do tecido pulmonar, dificultando a oxigenação do sangue.

A palavra álcool vem do árabe alkuhi, que significa essência ou espírito. O álcool, usado pelo homem na forma de uma mistura, remonta aos primórdios da humanidade. Atualmente é a droga mais consumida no mundo.

O homem primitivo o identificava com o fervor religioso, pois expandia os limites da sua realidade, o fazia sentir-se poderoso ao criar sensações de êxtase e, segundo as crenças, facilitava a conversa com os deuses. Desde os tempos antigos, o álcool tem sido associado a atividades religiosas e ritos de comunidades antigas na Europa, Ásia e América Latina.

Os egípcios atribuem-na na sua mitologia a Osíris, os gregos a Dionísio, enquanto em Roma atribuem-na a Baco, deus do vinho. A história conta que na América, o navegador Cristóvão Colombo, no final do século XV, na sua terceira viagem em 1498, foi oferecida Chicha, uma bebida fermentada extraída do milho pelos índios e que atualmente constitui a cerveja típica de países como o Peru e principalmente a Bolívia.

O álcool é consumido desde o início da civilização e a sua ingestão desde então tem sido associada a comportamentos desordeiros ou violentos. O que começou como uma prática ingénua, experimental ou ligada a rituais esporádicos tornou-se um verdadeiro pesadelo para o homem de hoje (Rengel & NIAAA, s.a).

O alcoolismo é uma doença crónica, progressiva, incurável e fatal, caracterizada por tolerância, dependência física e psicológica e alterações orgânicas patológicas. Há uma predominância do sexo masculino nessa condição, embora esse vício aumente em mulheres e jovens em geral, é observado em mais de 16% das pessoas com mais de 65 anos e uma incidência global alarmante é relatada. Atualmente, existe um consenso mundial de que o alcoolismo é a dependência de drogas mais relevante na atualidade (Thomson & Marshall, 2006).

Segundo Thomson & Marshall (2006), a Organização Mundial da Saúde considerou o alcoolismo num primeiro relatório como: qualquer ingestão que exceda o consumo alimentar tradicional atual e excede o quadro geral dos hábitos sociais do ambiente em consideração, independentemente dos fatores etiológicos responsáveis e independentemente que seja a etiologia desses fatores: hereditariedade, constituição física, influências psicopatológicas ou metabólicas adquiridas. O conceito de alcoolismo se completa quando se leva em conta o critério determinístico, ou seja, o critério que está relacionado à perda da liberdade do álcool, à incapacidade do paciente de decidir não beber mais ou, se o fizer, à incapacidade de decidir por quanto tempo beber.

O consumo de álcool entre pacientes alcoólatras e o restante da população adulta, com exceção dos abstémios e verdadeiros bebedores sociais, determina a cada ano em todo o mundo: 3,2% de todas as mortes, 12 anos de redução média na expectativa de vida e 4% do total de anos produtivos perdidos por incapacidade ou morte precoce (MINSAP, 2021).

O etanol é a substância mais utilizada e mais abusada no mundo; é ingerido em bebidas alcoólicas, como cerveja, vinho e destilados. É o veneno que apresenta em maior grau as características mais comuns de todas as drogas conhecidas, sendo a única droga legal e não médica capaz de afetar a consciência e a personalidade, além de causar fortes consequências interpessoais e sociais associadas às drogas mais nocivas conhecidas até hoje. Assim, o alcoolismo é um problema de saúde de primeira grandeza, com repercussões socioeconómicas significativas em escala global (MINSAP, 2021).

Os alcoólatras são rotulados pela sociedade como sem vergonha e inúmeras outras atribuições negativas; mas sem querer justificar o seu comportamento, eles não são, é o alcoolismo, uma doença crónica e progressiva que pode ser fatal. O objetivo deste trabalho baseia-se em descrever aspectos relacionados ao alcoolismo e tabagismo e as suas repercussões na saúde e na vida social do homem.

DESENVOLVIMENTO

Impactos esperados:

Com este estudo de revisão, que surge como uma necessidade para o desenvolvimento da especialidade e do serviço, obtém-se material científico que estará disponível para especialistas em Anestesiologia e Reanimação, bem como para futuros graduados. Esse resultado permitirá que esses profissionais se atualizem sobre o assunto em estudo. Da mesma forma, torna-se uma ferramenta para a redução de complicações, morbidade durante o processo perioperatório de indução em pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas na instituição hospitalar onde a pesquisa é realizada, aspeto que tem impacto significativo na qualidade da assistência médica prestada no serviço de Anestesiologia e Reanimação; bem como a qualidade de vida do paciente. Isso se traduz em benefícios socioeconómicos da economia de recursos materiais, humanos e económicos; bem como no bem-estar da família no contexto.

Objetivo:

Atualizar o tema sobre a influência de hábitos tóxicos como tabagismo e alcoolismo na condução da anestesia perioperatória na população de Guantánamo.

Métodos utilizados:

Teórico:

Histórico-lógico: no estudo, análise e determinação da teoria; bem como construir a lógica da pesquisa em cada uma das suas etapas de desenvolvimento.

O indutivo-dedutivo: facilitou o processamento de informações e avaliação, conseguindo o estabelecimento de generalizações. Permitiu o estudo de cada problema, dividindo-o nas suas partes (variáveis), analisando-o individualmente e integrando-os para avaliá-los de forma abrangente

Sistémico estrutural-funcional: para o estabelecimento das relações entre os componentes de cada uma das entidades e condições apresentadas no estudo, com base na coordenação, subordinação, hierarquia dos elementos que compõem o processo perioperatório e, em particular, na avaliação pré-operatória que realizaram.

Empírico:

Estudo documental: para obter informações sobre o problema levantado por meio de fontes especializadas e atualizadas: artigos e materiais em formato eletrónico, dissertações de mestrado e teses de doutorado, entre outros, para a interpretação e avaliação dos posicionamentos teóricos relacionados à pesquisa em questão.

Técnicas y procedimientos:

Para obtenção de la información foi necessário realizar uma ampla revisão bibliográfica a través da consulta de bases de datos bibliográficas nacionales (Biblioteca Virtual y Repositorios de Saude, Infomed e Infosol) e internacionais (SCIELO y Pubmed). Igualmente, se considerarán los resultados de otras investigaciones sobre este tema en Cuba, na região y o resto do mundo.

Do mesmo modo, foi obrigatório o estudo e análise documental do instrumento nos três momentos do processo perioperatorio que se estuda no serviço de Anestesiología y Reanimación do Hospital General Docente “Dr Agostino Neto”.

Utilizou-se uma fonte secundária de informação, como o formulário 54-18-02 estabelecido pelo MINSAP para a anamnese anestésica, registada no prontuário clínico de cada paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uso de tabaco

Mais de 1,1 bilhão de pessoas fumam tabaco em todo o mundo e pelo menos 367 milhões usam tabaco sem fumaça. O tabaco fumado causa efeitos adversas à saúde, incluindo câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias, e em 2015 causou aproximadamente 11,5% da mortalidade total (World Health Organization, 2018).

A carga cirúrgica: (Bainbridge et al., 2012; Weiser et al., 2016; Moller & Tonnesen, 2006).

Aproximadamente uma em cada 25 pessoas (ou seja, entre 187 e 280 milhões em todo o mundo) é submetida a cirurgias de grande porte a cada ano para tratar doenças ou lesões. Complicações pós-operatórias, como complicações respiratórias e cardiopulmonares e infecções de sítio cirúrgico, representam um fardo considerável para os pacientes e sistemas de saúde. Nos países desenvolvidos, morbidade significativa é registada em 4% a 16% das operações de internação, e mortalidade perioperatória e incapacidade grave ocorrem em 1% dos casos

Taxas de mortalidade mais altas têm sido relatadas em países em desenvolvimento, variando de 0,24% a 10%. As operações cirúrgicas são muito mais caras quando ocorrem complicações maiores, portanto, a sua prevenção pode ser traduzida em economias substanciais. A cirurgia e a anestesia geram estresse intenso e são traumáticas.

No pós-operatório, o corpo desenvolve uma resposta inflamatória pós-traumática para combater infecções e o processo de cicatrização é ativado para a recuperação tecidual. A demanda do corpo por oxigénio e nutrientes aumenta durante a recuperação, e acredita-se que

a recuperação seja afetada por fatores de risco modificáveis, como alto índice de massa corporal, uso perigoso de álcool e tabagismo. O objetivo deste relatório de teste é:

- a) Descrever a relação entre a exposição ao tabaco (com ou sem fumaça e a fumaça ambiental do tabaco) e as complicações pós-operatórias; e
- (b) revisar a eficácia das intervenções na redução do uso pré-operatório de tabaco e complicações relacionadas.

Efeitos do uso de tabaco nos resultados pós-operatórios:

A exposição crónica ao tabaco causa alterações na função cardiovascular, função pulmonar e cicatrizes teciduais. É possível que essas alterações prejudiquem a recuperação pós-operatória, o que explicaria a maior incidência de complicações pós-operatórias observada em fumadores. Além disso, há indícios de que fumar, mesmo um único cigarro, diminui o fluxo sanguíneo, o que, por sua vez, contribui para resultados pós-operatórios adversos.

Função cardiovascular

Os produtos químicos presentes no tabaco aumentam a necessidade de oxigénio do corpo, mas limitam a sua capacidade de usá-lo. A nicotina estimula o sistema nervoso central e, assim, aumenta a pressão arterial, a frequência cardíaca, a resistência vascular periférica e o consumo de oxigénio. Acredita-se também que produza vasoconstrição e iniba a agregação plaquetária, reduzindo assim o transporte de oxigênio. O monóxido de carbono, ao se ligar à hemoglobina, reduz a disponibilidade de oxigénio para os processos celulares e, além disso, inativa as enzimas cardíacas, de modo que o transporte e o uso de oxigénio diminuem. A soma de tudo isso resulta em hipoxia nos tecidos e aumento da viscosidade do sangue, o que implica em aumento do risco de acidentes cardiovasculares.

Função pulmonar

Segundo os trabalhos de (Moores, 2000; Vieira Cavichio et al, 2014):

O tabagismo é prejudicial à função pulmonar, principalmente devido à redução da depuração mucociliar e à disfunção das pequenas vias aéreas. O tabagismo causa danos ao epitélio pulmonar ciliado e à árvore traqueobrônquica, levando ao aumento do muco, obstrução bronquiolar e redução da atividade ciliar, aumentando o risco de infecção e complicações respiratórias. A hipersecreção da mucosa leva a um maior volume de escarro, o que pode levar à alteração do sistema de transporte de oxigénio, inflamação das vias aéreas e aumento das complicações pulmonares.

Problemas de cura

O tabagismo pode alterar a cicatrização da ferida operatória e facilitar a discência da sutura (separação das bordas da ferida) por diferentes vias: a) hipoxia de tecidos periféricos com subsequente necrose; b) atenuação da resposta inflamatória; e c) retardar a fase proliferativa de cicatrização e redução da síntese de colágeno.

O aumento do estresse oxidativo inibe a atividade dos neutrófilos, retardando o processo de cicatrização e diminuindo a capacidade do corpo de combater infecções bacterianas. O tabagismo também prejudica a produção de citocinas pró e anti-inflamatórias que regulam a resposta imune do organismo, o que pode predispor a infecções durante o período pós-operatório.

Cicatrização óssea prejudicada

O tabagismo também pode afetar a consolidação óssea por vários motivos, incluindo aumento da hipóxia tecidual, vasoconstrição induzida pela nicotina e interrupção direta da atividade osteoblástica e síntese de colágeno pela fumaça do tabaco. Numa revisão sistemática, o tabagismo está listado entre os dez principais fatores de risco para falha de consolidação em ossos longos (Sarraf et al., 2011).

Exposição ao fumo passivo e ao tabaco sem fumaça

Existem poucos dados sobre a influência do tabaco sem fumaça nos resultados pós-operatórios. Em crianças, a exposição ao fumo passivo está associada a uma probabilidade significativamente maior de complicações pós-operatórias.

Relação entre exposição ao tabaco e complicações pós-operatórias: revisões de estudos observacionais.

A relação entre tabagismo e complicações pós-operatórias tem sido bem estudada. Estes estudos concluem que o risco de pelo menos um resultado pós-operatório adverso é significativamente maior em fumadores, mesmo que parem de fumar antes da operação.

Uma revisão de 2014 de 107 estudos observacionais de Gronkjaer et al. (2014) mostrou uma clara associação entre o tabagismo pré-operatório e várias complicações pós-operatórias (dentro de 30 dias após a cirurgia). Uma vez ajustado para fatores de confusão, o risco relativo de complicações cirúrgicas intra ou pós-operatórias foi significativamente maior para os fumadores em termos de morbidade geral ou complicações totais (RR 1,75; IC 95% 1,40-2,20), complicações da ferida (RR 2,49; IC 95% 1,91-3,26), infecções gerais (RR 2,05; IC 95% 1,34-3,13), complicações pulmonares (RR 2,46; IC 95% 1,74-3,48), complicações neurológicas (RR 1,71; IC 95% 1,07-2,74) e admissão na unidade de terapia intensiva após a operação (RR 1,6; IC 95% 1,14-2,25).

Com relação à cicatrização em particular, uma revisão de 140 estudos de coorte, com um total de 479,150 pacientes, constatou que a razão de chances ajustada foi significativamente maior em fumantes do que em não fumantes em termos de cicatrização tardia (OR 2,07; IC 95% 1,53-2,81), deiscência (OR 1,79; IC 95% 1,57-2,04), infecção de sítio cirúrgico (OR 2,27; IC 95% 1,82-2,84), complicações da ferida hérnia (OR 2,07; IC 95% 1,23-3,47) e problemas com a cicatrização da fístula ou consolidação óssea (OR 2,44; IC 95% 1,66-3,58).

Consequências do tabagismo no resto dos órgãos segundo o GBOT Grupo Brasileiro de Oncologia Torácica (2023):

Como já se sabe, o tabaco não afeta apenas o pulmão, mas também tem consequências nos demais órgãos, sendo a mais importante a cardiovascular, aumentando o risco de infarto do miocárdio e outros acidentes cardiovasculares.

Embora existam dúvidas sobre o tempo mínimo que um paciente tem para parar de fumar, parece claro que qualquer momento é um bom momento para parar de fumar. Até recentemente, os pacientes não eram recomendados a parar de fumar, a menos que fosse por mais de 2 semanas, devido ao aumento das secreções e irritação das vias aéreas, mas essa circunstância não foi associada a mais complicações.

Parar de fumar, mesmo por um curto tempo, reduz o risco de complicações durante o procedimento e durante todo o período de recuperação. Simplesmente parando de fumar na noite anterior, a capacidade máxima de exercício é aumentada e o número de eventos cardiovasculares é diminuído. A nicotina é vasoconstritora; por isso, reduz a circulação periférica de sangue, nutrientes e oxigénio. O monóxido de carbono diminui a quantidade de oxigénio que chega aos tecidos, piorando o

processo de cicatrização se o tempo de abandono for maior, é aí que um benefício ainda mais importante será obtido:

Após 4 semanas, as complicações na ferida cirúrgica diminuem.

Com 8 semanas, as complicações respiratórias são reduzidas.

Com 12 semanas, o risco de complicações respiratórias é igual ao dos não fumadores.

Se o tipo de intervenção permitir, no paciente fumador geralmente é preferível realizar anestesia locorregional ("dormir" apenas a parte a ser operada), pois reduz o número de complicações respiratórias. Especialmente se o tabagismo for muito significativo ou se o paciente apresentar sintomas (tosse, muco ou falta de ar).

Além de parar de fumar, é aconselhável tomar uma série de cuidados para a intervenção:

Realizar exercícios respiratórios, como respirações profundas ou balões inflados, além de intensificar a atividade física. É assim que o pulmão é expandido e a capacidade cardiorrespiratória é melhorada. A qualidade da drenagem brônquica e da expansão pulmonar é melhorada.

Caso haja uma patologia pulmonar com envolvimento significativo e a intervenção seja de alto risco para o desenvolvimento de complicações, a fisioterapia respiratória pode ser prescrita.

Aumentar a ingestão de líquidos para diluir as secreções e promova a sua eliminação. Em pacientes com doença pulmonar muito grave, pode haver benefício em tomar mucolíticos. No restante dos pacientes, eles não têm uma eficácia clara.

Evitar mudanças bruscas de temperatura, ambientes frios e altamente poluídos, para evitar infecções respiratórias.

Qualquer momento é um bom momento para parar de fumar. Mas o período perioperatório é um dos momentos em que o paciente está mais disposto a modificar hábitos nocivos, pois está mais suscetível ao fato de estar doente. Ao parar de fumar antecipadamente, reduzimos o risco de complicações respiratórias. Mas se continuarmos sem fumar, também melhoraremos a cicatrização de feridas e a cicatrização óssea.

Por outra parte e dando continuação ao nosso estudo, é o momento de analisar o relacionado ao álcool respeito a este tema.

Efeitos do álcool no corpo:

Segundo Hidalgo et al. (2013), os efeitos do álcool no corpo são numerosos e diversos. O álcool é uma poderosa droga psicoativa com um alto número de efeitos colaterais que podem afetar seriamente o nosso corpo. A quantidade e as circunstâncias do consumo desempenham um papel importante na determinação da duração da intoxicação. Por exemplo, consumir álcool após uma grande refeição tem menos probabilidade de causar sinais visíveis de intoxicação do que com o estômago vazio. A hidratação também desempenha um papel importante, especialmente na determinação da duração das ressacas.

Mecanismo de ação

O álcool tem um efeito bifásico no corpo, o que significa que os seus efeitos mudam com o tempo. Inicialmente, produz sensações de relaxamento e alegria, mas o consumo subsequente pode levar a visão turva e problemas de coordenação. As membranas celulares são altamente permeáveis ao álcool, portanto, uma vez que o álcool está na corrente sanguínea, ele pode se espalhar para quase todos os tecidos do corpo.

Após o consumo excessivo, pode ocorrer inconsciência e níveis extremos de consumo podem levar ao envenenamento por álcool e à morte (a concentração sanguínea de 0,55% aprox. 5 gramas de álcool por litro de sangue pode matar metade das pessoas afetadas por parada cardiorrespiratória após envolvimento bulbar). Seug & Young (2019) alegam que a morte também pode ser causada por asfixia, se o vômito resultado frequente da ingestão excessiva obstruir a traqueia e o indivíduo estiver bêbado demais para responder. Uma resposta apropriada de primeiros socorros a uma pessoa inconsciente e bêbada é colocá-la numa posição de recuperação.

Quando o álcool chega ao sangue (entre 30 e 90 minutos após a ingestão) há uma diminuição dos açúcares presentes na circulação sanguínea, o que provoca uma sensação de fraqueza e exaustão física. Isso ocorre porque o álcool acelera a transformação do glicogénio (substância responsável por armazenar o açúcar no fígado) em glicose e esta é eliminada mais rapidamente.

Outra ação do álcool é que ele inibe a vasopressina, um hormônio sintetizado pelo hipotálamo e depois liberado pela neuro-hipófise. Esse hormônio é responsável por manter o equilíbrio de fluidos no corpo, instruindo o rim a reabsorver a água da urina. Se a função da vasopressina falhar, o rim começa a remover mais água do que absorve e faz com que o corpo busque água em outros órgãos. Isso faz com que as meninges (membranas que cobrem o cérebro) percam água e, portanto, apareça a dor de cabeça. O álcool reduz os níveis de vitamina B1 do corpo.

Fases da intoxicação alcoólica

Após a ingestão de álcool, uma série de efeitos ou sintomas ocorrem a curto prazo, dependendo da dose ingerida (embora outros fatores individuais os afetem).

Fase de euforia e excitação. Nível de álcool no sangue: 0,5 g/L. Tagarelice, euforia, desinibição, comportamento impulsivo.

Intoxicação:

O corpo não está acostumado com o álcool a que resiste. Aos poucos, o sistema nervoso é afetado pela perda da capacidade de coordenar os movimentos, produzindo desequilíbrio e às vezes quedas. Se for abusado, pode ocorrer ataxia locomotora, que é uma paralisia típica dos alcoólatras. O álcool produz efeitos depressivos e uma aparente sensação de calor quando os vasos da pele se dilatam, mas o que realmente acontece é a perda de calor do corpo (Carrera et al, 2016).

Fase hipnótica ou confusional. Nível de álcool no sangue: 2 g/L. Irritabilidade, agitação, sonolência, dor de cabeça. Disartria, ataxia. Náuseas e vômitos.

Fase anestésica ou estupor e coma. Nível de álcool no sangue: 3 g/L. Linguagem incoerente. Diminuição acentuada do nível de consciência (obnubilação e coma) e do tônus muscular. Incontinência esfincteriana. Dificuldade em respirar.

Fase bulbar ou de morte. Nível de álcool no sangue: 5 g/L. Choque cardiovascular. Inibição do centro respiratório. Parada cardiorrespiratória e morte.

Efeitos do álcool no corpo humano

Segundo o NIAAA (s.a), os efeitos do álcool a médio e longo prazo são muito diversos e atuam em múltiplos órgãos e sistemas.

No cérebro e no sistema nervoso

O consumo de álcool afeta gradualmente as funções cerebrais, em primeiro lugar as emoções (mudanças repentinas de humor), os processos de pensamento e o julgamento. Se a ingestão de álcool

continuar, o controle motor é alterado, produzindo pronúncia má ao falar, reações mais lentas e perda de equilíbrio.

Altera a ação dos neurotransmissores e modifica a sua estrutura e função. Isso produz múltiplos efeitos: diminuição do estado de alerta, reflexos atrasados, alterações na visão, perda de coordenação muscular, tremores e alucinações. Diminui o autocontrole, afeta a memória, a capacidade de concentração e as funções motoras.

A combinação dos efeitos acima é a causa de múltiplos acidentes de trabalho e de trânsito, que custam a vida de milhões de pessoas em todo o mundo todos os anos.

O álcool é responsável por mais de 73% dos acidentes fatais. Por esse motivo, a legislação proíbe o consumo de álcool na condução de veículos motorizados. O consumo de álcool danifica as células cerebrais, bem como os nervos periféricos, de forma irreversível, a diminuição da vitamina B1 produzida pelo álcool pode levar à doença de Wernicke-Korsakoff, que causa alterações nos sentimentos, pensamentos e memória da pessoa. Os afetados confundem realidade com as suas invenções.

Produz distúrbios do sono.

Os alcoólatras isolam-se do seu ambiente social, muitas vezes sofrem crises na família (discussões, divórcios, abandonos) e no trabalho (perda de emprego), o que os leva à depressão e, em alguns casos, ao suicídio.

Perda progressiva de memória e outras habilidades mentais.

A diminuição da vitamina B1 produzida pelo álcool pode levar à doença de Wernicke-Korsakoff, que causa alterações nos sentimentos, pensamentos e memória da pessoa. Os afetados confundem realidade com as suas invenções (Thomson & Marshall, 2006).

Perda progressiva de memória e outras habilidades mentais.

A maioria dos seus efeitos depende do grau de consumo, centros superiores como: fala ou julgamento são deprimidos em primeira instância e depois centros inferiores como: respiração e reflexos espinhais.

Em doses mais altas, os mecanismos inibitórios e excitatórios são diminuídos e podem até levar ao coma.

Em estágios avançados, produz graves alterações mentais e danos cerebrais irreversíveis.

Períodos de amnésia, com alteração profunda da memória e da consciência de duração variável (minutos, horas ou mesmo dias).

No coração e no sistema circulatório

No coração, os efeitos fisiológicos do consumo são aumentar a atividade cardíaca e produzir vasodilatação periférica, o que explica a vermelhidão e o aumento da temperatura superficial da pele que ocorre após o consumo. Aumenta a pressão arterial (hipertensão) e causa danos ao músculo cardíaco (cardiomiotropia alcoólica) devido aos seus efeitos tóxicos.

Causa fibrilação atrial (arritmia cardíaca com ritmo acelerado) e outras arritmias, que no consumo agudo são conhecidas como síndrome do coração de férias. E, aumenta o risco de hemorragia cerebral e acidente vascular cerebral isquémico (O'Keefe et al., 2014).

No sistema digestivo: estômago, pâncreas, fígado ou esôfago.

O consumo excessivo de álcool prejudica a microbiota intestinal, determinante para o sistema imunológico e o combate a doenças (Gastrobenecr, 2023).

São socialmente aceites, mas isso não significa que sejam boas. Estamos a falar das bebidas alcoólicas, cujo efeito nocivo para a saúde é mais do que conhecido.

Altera a microbiota intestinal

A microbiota ou flora intestinal é composta por um conjunto de microrganismos que habitam o trato digestivo e, principalmente, o intestino grosso.

Entre a suas funções estão a de finalizar a decomposição e a fermentação de alguns alimentos que passam pelo cólon, bem como a de auxiliar na absorção de certas vitaminas. Ambas as ações contribuem para um sistema imunológico mais forte.

A flora intestinal está associada à diminuição dos mecanismos inflamatórios do corpo e, portanto, à proteção contra doenças, incluindo certos tipos de câncer.

Assim, mantê-la em boas condições é indispensável para a saúde, algo que se dificulta se a pessoa consome álcool, especialmente de forma excessiva.

O consumo de álcool altera a microbiota intestinal. Isso pode ocorrer por dois mecanismos: a diminuição da capacidade de movimento do intestino, que provoca disbiose (desequilíbrio na flora intestinal), ou uma alteração nas bactérias que habitam no cólon.

Aumenta a quantidade de ácido gástrico

O álcool aumenta a secreção de gastrina no estômago, um hormônio que ajuda na produção de ácido gástrico. O estômago tem uma camada de pele chamada mucosa. Sobre a mucosa, existe uma camada isolante sobre a qual se situam as secreções gástricas ou o ácido gástrico. Essa camada de muco protege o estômago do ambiente ácido.

Quando consumimos álcool em excesso, a secreção de ácido aumenta, e o isolante (camada de muco) que está entre a mucosa do estômago e o ácido não é suficiente para proteger o estômago, continua a gastroenterologista.

Ao danificar a camada que protege o estômago do excesso de ácido gástrico, podem surgir doenças como gastrite, que é, justamente, uma inflamação da mucosa do estômago, afirma a especialista.

Se o consumo de álcool for muito excessivo, podem ocorrer sangramento digestivo e as famosas gastrites erosivas ou úlceras. Estas últimas se originam quando a pele que protege o estômago do ácido é queimada.

Relaxa o esfíncter esofágico inferior

O esfíncter esofágico inferior é o músculo que está entre o esôfago e o estômago, e que evita que a comida volte do estômago para o esôfago.

Com o consumo de álcool, esse músculo relaxa, permitindo que os alimentos passem do estômago para o esôfago. Isso é o que conhecemos como refluxo.

Maior propensão a desenvolver cirrose

A cirrose é um dano irreversível no fígado. Os seus sintomas são variados: pode haver cansaço, coloração amarelada da pele, alterações nas características sexuais, formação de vasos capilares no abdômen, entre outros.

O alcoólatra é mais propenso a desenvolver cirrose porque o álcool é metabolizado no fígado e, ao ser metabolizado lá, o hepatócito, a qual é a célula do fígado, inflama-se quando há excesso de álcool. Por isso ocorre a cirrose, continua a especialista.

Promove um esvaziamento lento do estômago

O processo de esvaziamento do estômago torna-se mais lento, podendo até duplicar o tempo, o que gera sintomas de refluxo (azia, sensação de estômago cheio, náusea) e vômitos.

Outros prejuízos causados pelo consumo excessivo de álcool são:

- Aumenta a concentração de cortisol, o hormônio responsável por responder ao estresse.
- Reduz a absorção de sódio e água no intestino, o que pode resultar em desidratação.
- O consumo de álcool está associado à ingestão de comida junk food, e isso, por sua vez, a um deterioramento geral da saúde.
- Capacidade de absorção reduzida para diversos carboidratos, proteínas e gorduras, o que pode levar a deficiências nutricionais.
- Diminui a absorção de certas vitaminas presentes nos alimentos.

No sangue

Segundo Ballard (1997):

Inibe a produção de glóbulos brancos e vermelhos, levando a uma diminuição dos glóbulos brancos (leucopenia) e anemia macrocítica com aumento do tamanho dos glóbulos vermelhos.

O álcool, devido à deficiência de vitaminas como vitamina B12 ou ácido fólico, pode causar anemia megaloblástica.

Sobre o sistema imunológico

A falta de glóbulos brancos, bem como vários outros distúrbios causados pelo álcool no sistema imunológico, causa uma falha no sistema imunológico, aumentando o risco de infecções bacterianas e virais (Szabo & Saha, 2015).

Na gravidez e no feto

O uso de álcool na gravidez pode desencadear a síndrome alcoólica fetal. Os seus sintomas são retardo de crescimento, alteração das características craniofaciais, malformações cardíacas, malformações hepáticas, malformações renais, malformações oculares e malformações cerebrais.

O maior dano ocorre no sistema nervoso central do feto, no qual pode aparecer retardo mental. É por esta razão que a mulher grávida deve abster-se completamente de beber álcool (Rodrigues et al., 2018).

Câncer

O autor González (2011) assegura que, o álcool é reconhecido pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) como um carcinógeno do grupo 1 (cancerígeno em humanos). O álcool é reconhecido como agente causador de câncer de mama, câncer colorretal, câncer de orofaringe e laringe, câncer de esôfago e câncer de fígado.

Foi demonstrado que existe uma relação direta entre o consumo crónico de álcool e o aparecimento de pressão alta. O fígado é o órgão mais frequentemente afetado pela ingestão excessiva de álcool. Sabe-se com certeza que o alcoolismo crónico causa esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose hepática. A esteatose é decorrente da ação do acetaldeído no metabolismo lipídico, por um lado há um

aumento na síntese de ácidos graxos e, por outro lado a capacidade de eliminar lipoproteínas da célula hepática é alterada, ambos os distúrbios são responsáveis pelo aumento da deposição de gordura no fígado.

A hepatite alcoólica surge quando a ingestão de álcool é mais intensa, nesses casos também há esteatose, inflamação e necrose das células hepáticas, com aumento da síntese de colágeno e cirrose hepática. A abstinência de álcool é essencial para tornar essa lesão distinta ou diminuída.

O alcoolismo crónico é a causa de inúmeras doenças neurológicas e musculares, entre as mais frequentes estão o aparecimento de atrofia cerebral e cerebelar, polineurite e miopatia alcoólica. Todos esses transtornos ocorrem em pacientes alcoólatras graves, com ingestão elevada ou muito frequente de álcool.

Os efeitos psicossociais do alcoolismo:

Na investigação de Martínez et al. (2010), se explica que são múltiplas as consequências orgânicas, psicológicas e sociais que esta doença traz, entre as quais podemos destacar com mais frequência a síndrome de abstinência que se caracteriza por tremores, sudorese, dores musculares, medo, depressão, entre outras. As manifestações psíquicas dependem do nível de concentração de álcool no sangue, que vão desde desinibição, euforia e loquacidade, comprometimentos da consciência e da atividade motora, até coma e morte podem ocorrer em alguns casos, além de sintomas depressivos graves e maior tendência ao suicídio.

Características de um alcoólatra:

- Imaturidade e inacessibilidade e dependência emocional, e atrair atenção.
- Incapacidade de amar, dar e receber. No entanto, pode falar muito bem de amor, como acontece no caso de poetas, escritores e compositores alcoólatras.
- Problemas sexuais, como homossexualidade latente, promiscuidade ou insegurança sexual.
- Solidão existencial. Ele sente-se sozinho, cético, diferente, alheio a tudo. Ele compensa essa situação cercando-se de pessoas que estão ao seu lado e o admiram, muitas vezes mais jovens ou de menor status social, entre as quais se destaca o alcoólatra.
- Impulsividade. Ele age por impulsos curtos. Ele não é constante, não persevera em quase nada. Em compensação, ele pode ser compulsivamente disciplinado em uma ou duas disciplinas.
- Ele vive num mundo de fantasia, sonha com frequência, o que o leva a mentir.
- O alcoólatra tem um vago medo de tudo e de nada: uma angústia existencial. Como consequência e compensação por seus medos. Ele pode desenvolver comportamento agressivo.
- Incapacidade de integração. Como o alcoólatra está desintegrado internamente, não se aceita e se evita, ele não pode se integrar a um grupo (a menos que seja para beber). Mas muitos deles desenvolvem uma habilidade especial de manipular, controlar e dirigir os outros. Ele pode liderar pequenos grupos ou grandes massas.
- É muito sensível emocionalmente. Tudo o move. Outros às vezes consideram os alcoólatras fortes, mas na realidade são frágeis e fracos. No entanto, o consumo de álcool leva à anestesia emocional.
- Incapacidade de tolerar a frustração. Ele é introvertido, tímido, inseguro. Diante do fracasso, gera ressentimento em relação aos outros e autopiedade. Ele sente-se culpado e vítima e, em suma, infeliz.

- Incapacidade de tolerar o sofrimento. Ele não o confronta: ele foge. Como todas as drogas, o álcool consumido em excesso causa uma perda de contacto com a realidade.

O tecido nervoso contém uma alta percentagem de lipídios. Isso explica a afinidade acentuada do álcool com o cérebro, que também é fixado no cerebelo, tronco, raiz e nervos. A longo prazo, os neurónios cronicamente expostos a esse veneno morrem precocemente, com a sua comitiva de sequelas intelectuais, comportamentais, motoras e sensoriais.

CONCLUSÕES

O tabagismo e o alcoolismo impactam negativamente a saúde e são fatores de risco consideráveis em procedimentos cirúrgicos. O tabagismo, ao reduzir a oxigenação dos tecidos e danificar as vias respiratórias, aumenta as possibilidades de complicações como infecções pulmonares, má cicatrização e formação de coágulos. Já o alcoolismo afeta o sistema imunológico e a função hepática, o que pode comprometer a coagulação do sangue e a capacidade do corpo de metabolizar medicamentos, incluindo anestésicos. Ambos os hábitos, quando mantidos antes e depois de uma cirurgia, prolongam o tempo de recuperação e elevam os riscos de complicações graves, tornando essencial que os pacientes sejam orientados a reduzir ou cessar o uso dessas substâncias antes de procedimentos cirúrgicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bainbridge D, Martin J, Arango M, Cheng D. (2012). Perioperative and anaestheticrelated mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. *LANCET*. 380(9847):1075-81.
- Ballard, H.S. (1997). The hematological complications of alcoholism. *ALCOHOL HEALTH RES WORLD*;21(1):42-52. PMID: 15706762; PMCID: PMC6826798.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6826798>
- Carrera González, E; Herrera, J.L; García Fernández, C.R, Fernández Ros, L.M. (2016). Relación entre pacientes con diagnósticos de Intoxicación por bebidas alcohólicas y presencia de hipoglucemia. *REVISTA HABANA CIENCIAS MÉDICAS*. 15(4): Aprox. 11 p.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400012&lng=es
- GBOT Grupo Brasileiro de Oncología Tóracica. (2023). Tabagismo: muito além do pulmão.
<https://www.gbot.med.br/tabagismo-muito-alem-do-pulmao/>
- González Menéndez, R. (2011). El uso no social de alcohol como factor de riesgo oncológico. *Revista Cubana de Salud Pública*; 37(Sup 1): Aprox. 16 p.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37s5/spu16511.pdf>
- Gronkjaer M, Eliasen M, Skov-Estrup LS, Tolstrup JS, Christiansen AH, Mikkelsen SS, et al. (2014). Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Annals of surgery*;259(1):52-71.
- Hidalgo Pereira. F; Martínez López. G; Fernández Juviel. A.I; González Suárez. V; Hidalgo Fernández. Y. (2013). Alcoholismo y factores de riesgo: estudio descriptivo de corte transversal en área rural de Cumanayagua, Cuba. *MEDWAVE*. 13(1): Aprox. 11 p.
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5620>
- Martínez Leiva, A; Castillo Rojas, L; Guevara Sanabria, M; Gutiérrez Villa, N; Perdomo Gómez, A. (2010). Caracterización socio-psicológicas de los pacientes del grupo de ayuda mutua de alcoholismo en el municipio Morón. *MEDICIEGO*. 16(Supl.1): Aprox. 12 p.
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/articulos/t-5.html

Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). (2021). Situación de Salud en Cuba Indicadores Básicos 2021 Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadístico. Ministerio de Salud Pública de Cuba. La Habana.

Moller A, Tonnesen H. (2006). Risk reduction: perioperative smoking intervention. Best practice & research Clinical anaesthesiology. 20(2):237-48.

Moores LK. (2000). Smoking and postoperative pulmonary complications: An Evidence-Based Review of the Recent Literature. Clin Chest Med.;21(1):139-46.

NIAAA National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (s.a). Alcohol's Effects on the Body. www.niaaa.nih.gov.

O'Keefe JH, Bhatti SK, Bajwa A, DiNicolantonio JJ, Lavie CJ. (2014). Alcohol and cardiovascular health: the dose makes the poison...or the remedy. *MAYO CLIN PROC.* 89(3):382-93. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.11.005. PMID: 24582196.

Rodrigues, A. L; et al. (2018). Consequências do uso de álcool e cigarro sobre o binômio mãe-feto. *DÊCIÊNCIA EM FOCO.* ISSN: 2526-5946.; 2(1): 53-62. <https://www.ufrgs.br/laranjanacolher/2021/07/12/perigos-do-consumo-de-alcool-na-gestacao/>

Sarraf KM, Tavare A, Somashekhar N, Langstaff RJ. (2011). Non-union of an undisplaced radial styloid fracture in a heavy smoker: revisiting the association of smoking and bone healing. Hand surgery: an international journal devoted to hand and upper limb surgery and related research: *JOURNAL OF THE ASIA-PACIFIC Federation of Societies for Surgery of the Hand.* 16(1):73-6.

Szabo, G; Saha, B. (2015). Alcohol's Effect on Host Defense. *ALCOHOL RESEARCH: Current Reviews* 37 (2): 159-170. ISSN 2168-3492. PMC 4590613. PMID 26695755.

Thomson Allan, D; Marshall, E. J. (2006). The natural history and pathophysiology of wernicke's encephalopathy and korsakoff's psychosis. *ALCOHOL AND ALCOHOLISM* (en inglés) 41 (2): 151-158. ISSN 0735-0414. doi:10.1093/alc/agh249.

U.S. Department of Health and Human Services (2017). The Health Consequences of Smoking – 50 years of Progress. A report of the Surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and human services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and health promotion, Office of Smoking and Health, 2014.03.GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.*;389(10082):1885-1906

Vieira Cavichio B, Alcalá Pompeo D, de Oliveira Oller GASA, Aparecida Rossi L. (2014). Duration of smoking cessation for the prevention of surgical wound healing complications. *Rev Esc Enferm USP.*;48(1):170-6.

Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *BULLETIN WORLD HEALTH ORGAN.* 94(3):201.

World Health Organization (2018). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition. Geneva: World Health Organization.

Síntese curricular dos autores

Olga Lidia Figueredo Maldonado

Professora da Universidade de ciências médicas de Guantánamo de Cuba, Mestre em Urgências Médicas. Obtive a medalha Proeza laboral.

Leti de la Caridad Pérez Herrero

Professora da Universidade de ciências médicas de Guantánamo de Cuba, Licenciada em enfermagem, Mestre em atenção integral a criança. Obtive a medalha Piti Fajardo pelos 25 anos de trabalho.

Mariela la Cruz Jurjo

Professora da Universidade de ciências médicas de Guantánamo de Cuba. Mestre em Longevidade satisfatória. Obtive a medalha Piti Fajardo pelos 25 anos de trabalho.

Maira Hechavarria Meléndez

Professora da Faculdade de Ciências médicas da Havana. Licenciada em enfermagem, Mestre em Doenças infeciosas. Obtive a medalha pela Elocação cubana.