

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016



**ACCIÓN 8: PROYECTO DE MEJORA DE
DETECCIÓN E INTERVENCIÓN BREVE EN
BEBEDORES DE RIESGO EN AP Y URGENCIAS**
PAQUETE FORMATIVO.

Grupo de Trabajo

Líder: Joan Colom Farrán (Subdirector General Drogodependencias. GENCAT)

Coordinadora: Lidia Segura García (Subdirección General Drogodependencias. GENCAT)

Secretaría: Subdirección General Drogodependencias. GENCAT

Comunidades Autónomas

Canarias: Baltasar Fernández da Ponte Mato y Marta Artiles Hernández.

Castilla- La Mancha: Olaia Fernández Fernández, Isabel Montoya Creus.

Castilla y León: M^a Ángeles de Álvaro Prieto

Extremadura: Victoria Boticario Villarroel, María del Mar Sánchez Fernández

Navarra: Raquel González Eransus.

Administración General del Estado

M^a Victoria Librada Escribano y Vicenta Lizarbe: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad

ONG

OSASUN EKINTZA: Patricia Insúa Cerretani

Personas Expertas

Rodrigo Córdoba García (Médico de Familia, Zaragoza)

María Falcón (Universidad de Murcia)

José Ramón Fernández Hermida (Colegio Oficial de Psicólogos)

Antonio Gamonal García (Ayuntamiento Collado-Villalba)

Rosa Freixedas Casaponda (ICS, GENCAT)

Antoni Gual i Solé (Hospital Clínico, Barcelona)

Gorka Moreno (Proyecto Hombre , Navarra)

Beatriz Rosón (Hospital de Bellvitge, Barcelona)

Gabriel Rubio (Hospital Universitarios 12 de Octubre, Madrid)

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Jesús Morán Iglesias (Jefe de Servicio de Estadística en Drogodependencias)

BLOQUE I: URGENCIAS

OBJETIVOS

- Analizar el impacto del uso de alcohol en los servicios de urgencias
- Revisar el manejo “adecuado” para estos pacientes

OBJETIVO PRINCIPAL

- Establecer una discusión CRÍTICA sobre:
 - La eficacia, eficiencia, y practicabilidad de los métodos recomendados
 - La necesidad (y factibilidad) de otras posibles medidas

Alcohol

¿Enfermedad o factor de riesgo?



Salud-enfermedad

- La enfermedad es alcoholismo y es necesario que el paciente deje de beber completamente.
- Es una enfermedad psiquiátrica.
- Los pacientes son difíciles de curar porque no quieren dejar de beber.
- El alcoholismo es difícil de prevenir.
- Es necesario generar educación en jóvenes y rehabilitar alcohólicos.

Factor de Riesgo

- El consumo de alcohol es un factor de riesgo para varias enfermedades.
- La reducción del riesgo mejora los indicadores de salud de la población.
- Los riesgos son considerados perjudiciales “per se” independientemente de las enfermedades que produzcan
- La reducción del riesgo se hace en población general, independientemente de si tiene o no la enfermedad

FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD (medido en años de vida perdidos ajustados por discapacidad)

Risk factor	DALYs (millions)	Percentage of total	Risk factor	DALYs (millions)	Percentage of total
<i>World</i>					
1 Childhood underweight	91	5.9	1 Childhood underweight	82	9.9
2 Unsafe sex	70	4.6	2 Unsafe water, sanitation, hygiene	53	6.3
3 Alcohol use	69	4.5	3 Unsafe sex	52	6.2
4 Unsafe water, sanitation, hygiene	64	4.2	4 Suboptimal breastfeeding	34	4.1
5 High blood pressure	57	3.7	5 Indoor smoke from solid fuels	33	4.0
6 Tobacco use	57	3.7	6 Vitamin A deficiency	20	2.4
7 Suboptimal breastfeeding	44	2.9	7 High blood pressure	18	2.2
8 High blood glucose	41	2.7	8 Alcohol use	18	2.1
9 Indoor smoke from solid fuels	41	2.7	9 High blood glucose	16	1.9
10 Overweight and obesity	36	2.3	10 Zinc deficiency	14	1.7
<i>Middle-income countries^a</i>					
1 Alcohol use	44	7.6	<i>High-income countries^a</i>		
2 High blood pressure	31	5.4	1 Tobacco use	13	10.7
3 Tobacco use	31	5.4	2 Alcohol use	8	6.7
4 Overweight and obesity	21	3.6	3 Overweight and obesity	8	6.5
5 High blood glucose	20	3.4	4 High blood pressure	7	6.1
6 Unsafe sex	17	3.0	5 High blood glucose	6	4.9
7 Physical inactivity	16	2.7	6 Physical inactivity	5	4.1
8 High cholesterol	14	2.5	7 High cholesterol	4	3.4
9 Occupational risks	14	2.3	8 Illicit drugs	3	2.1
10 Unsafe water, sanitation, hygiene	11	2.0	9 Occupational risks	2	
			10 Low fruit and vegetable intake	2	

Modelo causal del consumo de alcohol, mecanismos intermediarios y consecuencias

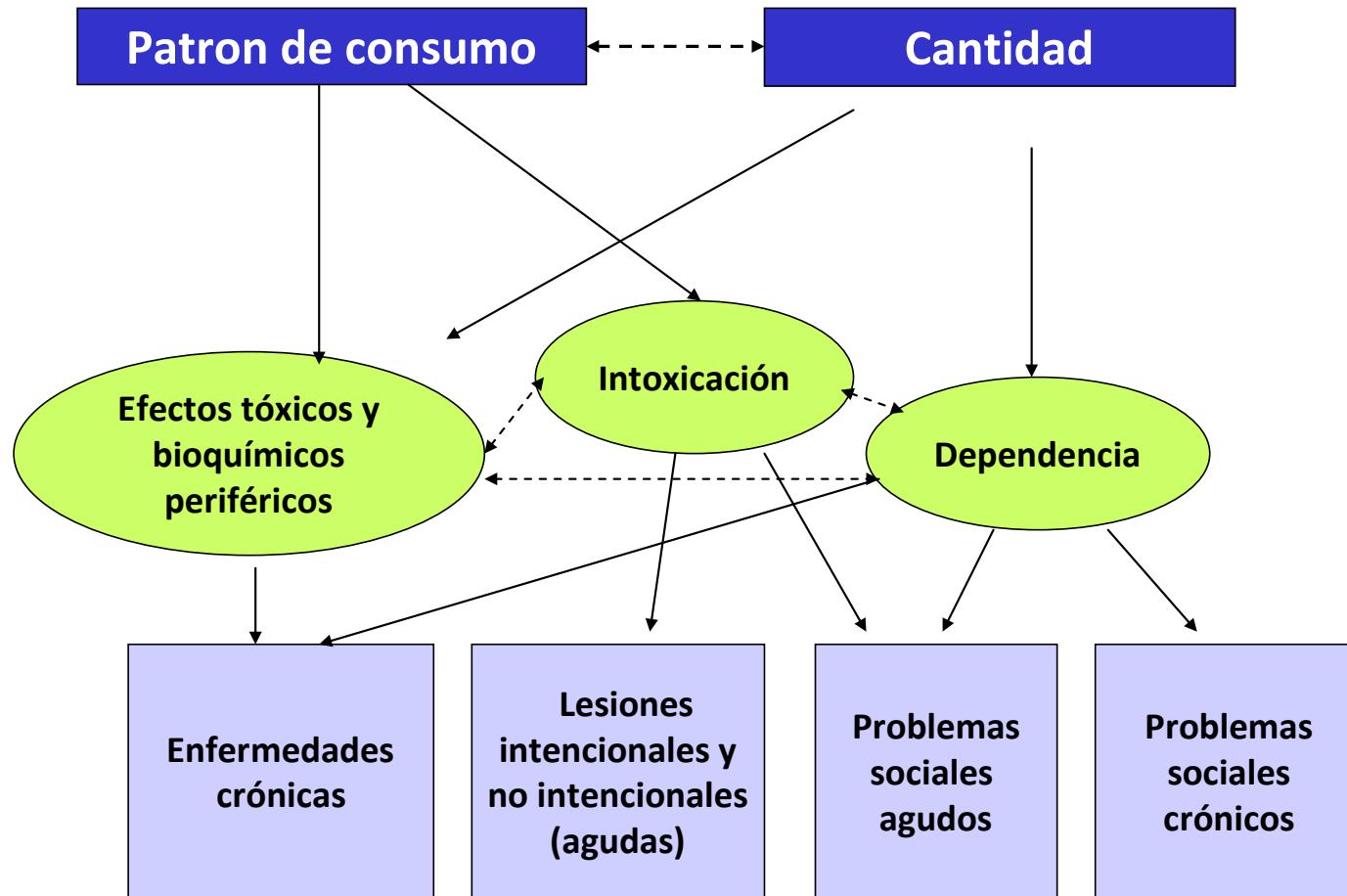
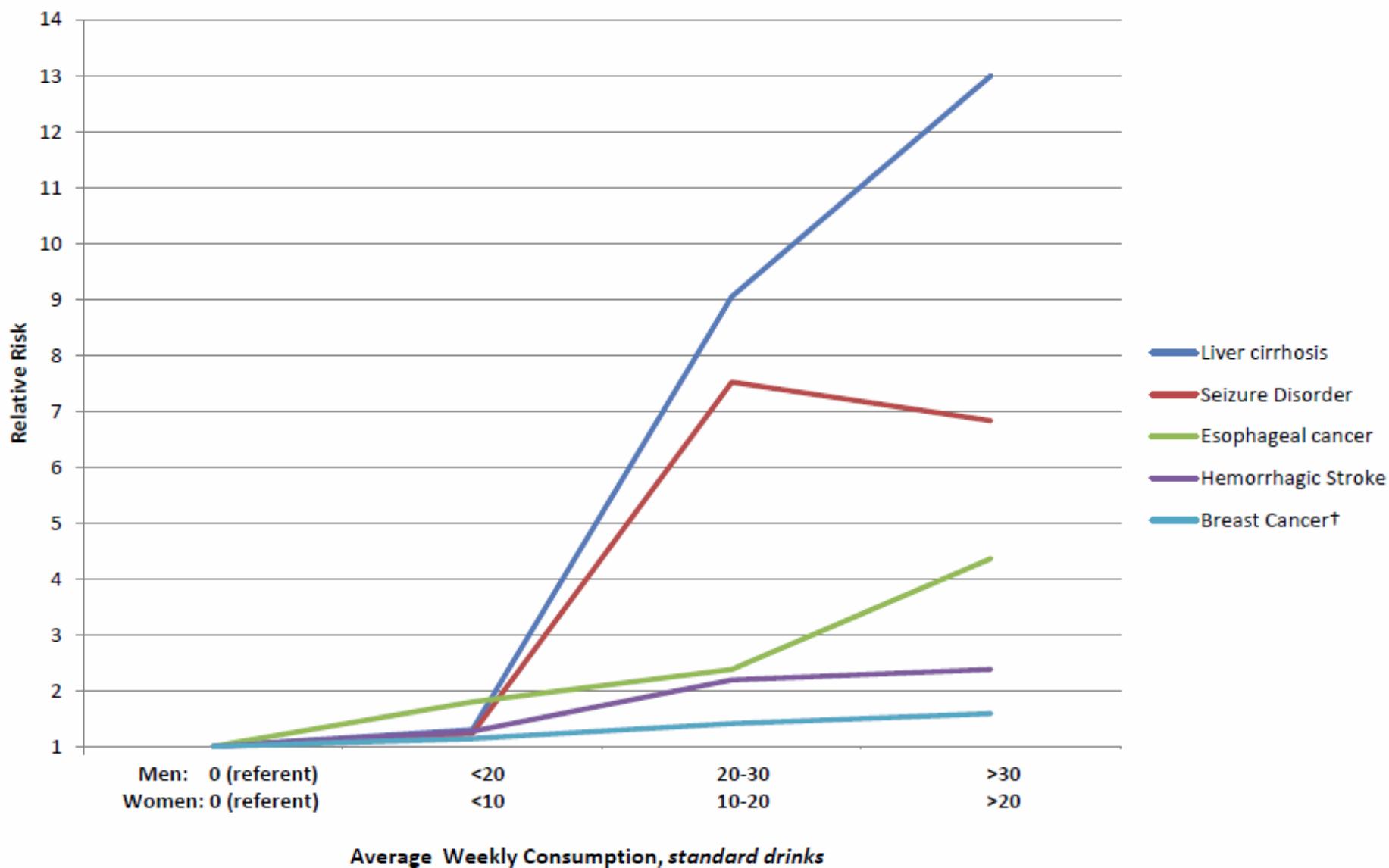


Figure S1. Risk for Selected Diseases by Weekly Alcohol Consumption*

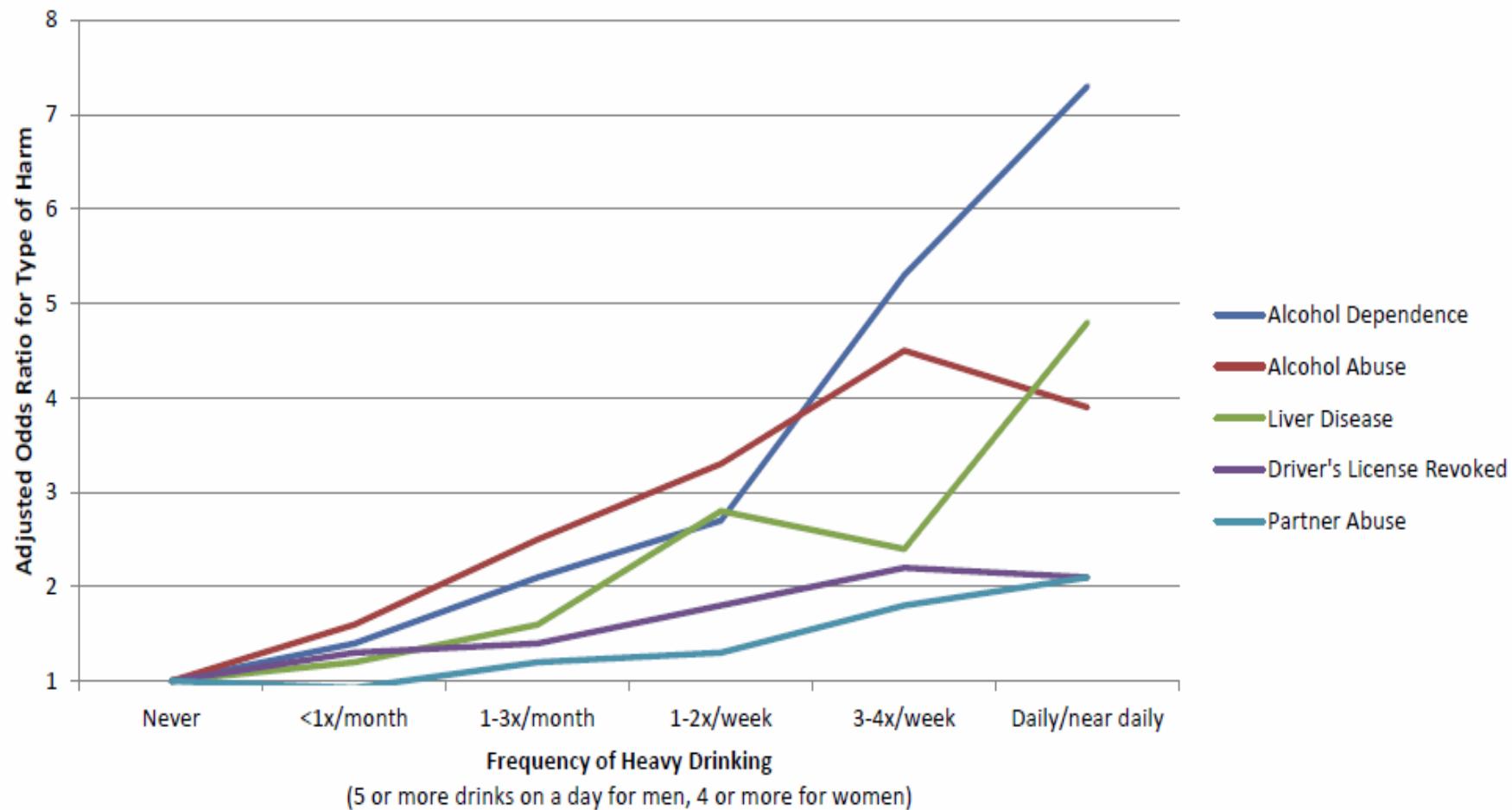


*Adapted from Reference 1, Table 3.

Friedmann PD. Alcohol use in adults. N Engl J Med 2013;368:365-73.

†Women only.

Figure S2. Incidence of Adverse Consequences by Frequency of Heavy Drinking Over Two Years*



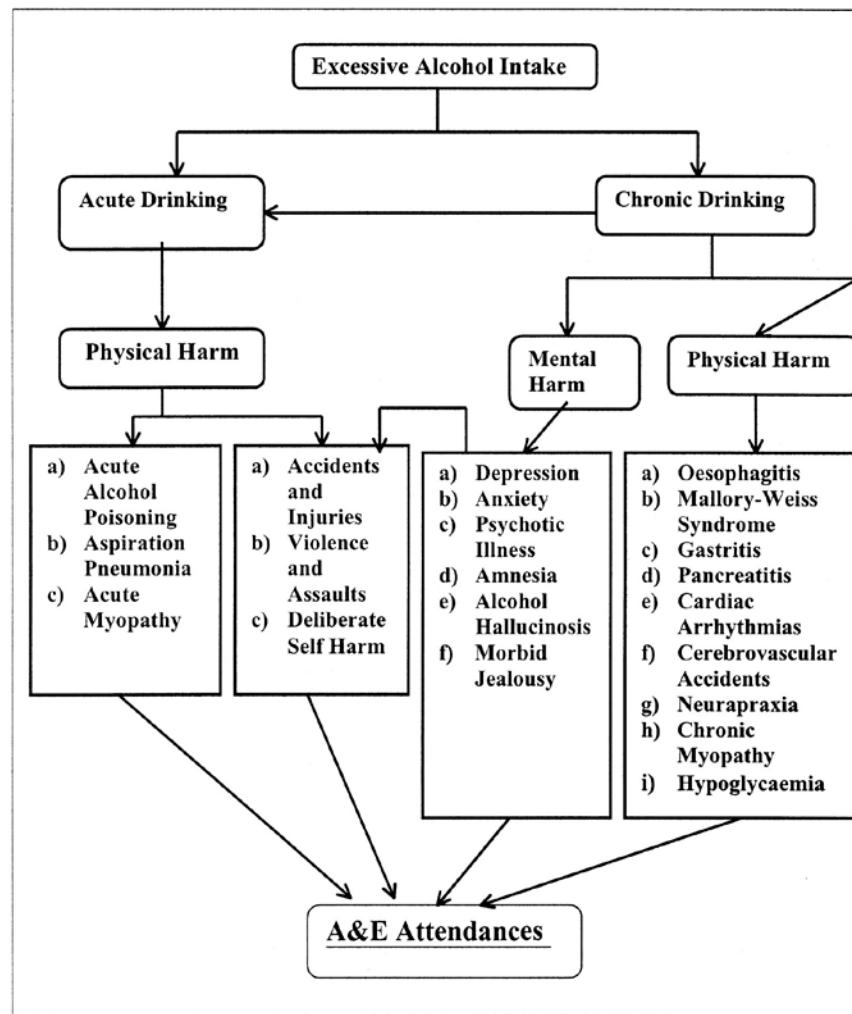
*Adapted from Reference 2, Table 2.

Friedmann PD. Alcohol use in adults. N Engl J Med 2013;368:365-73.

Impacto del alcohol en urgencias

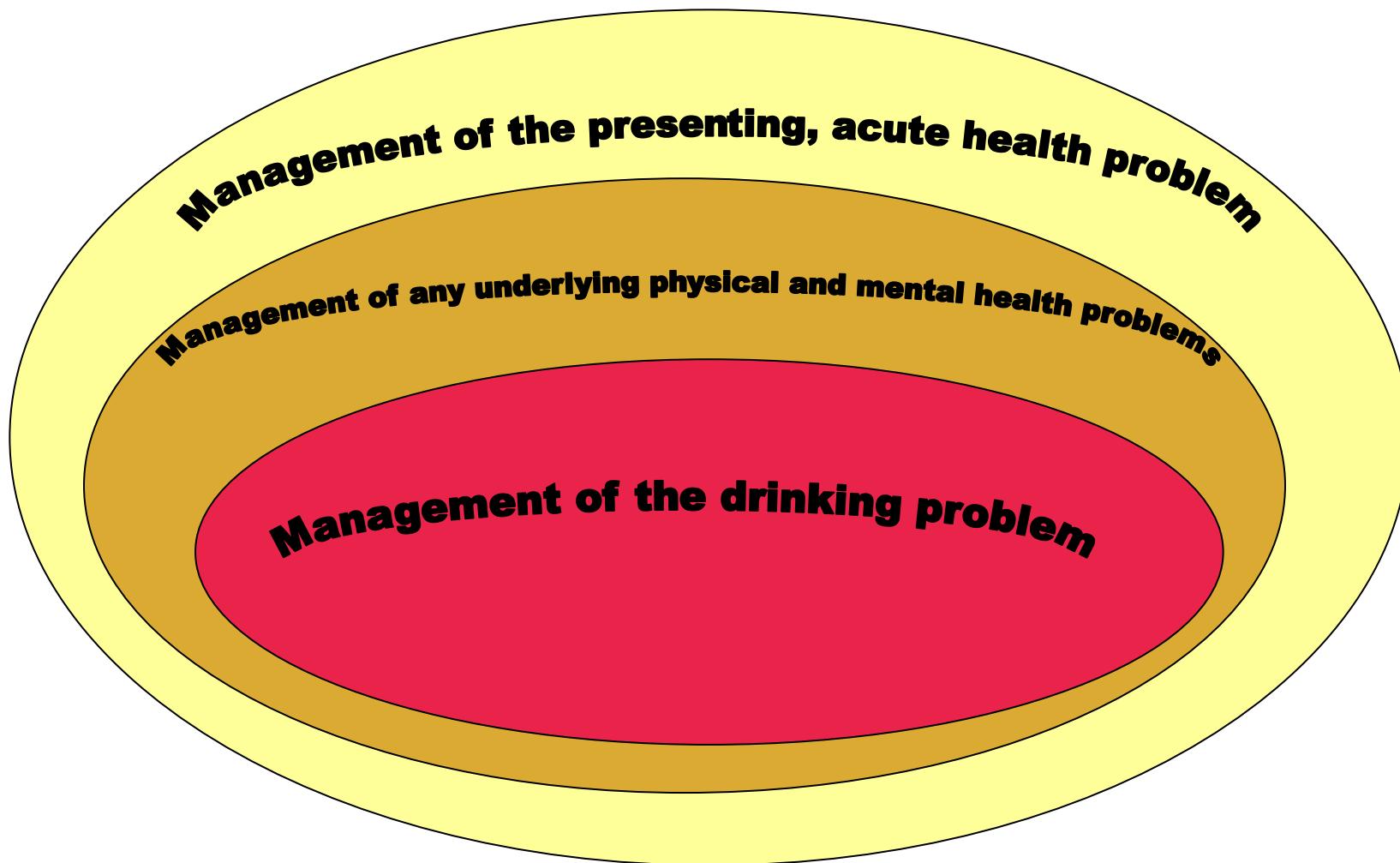
- Alrededor de 6-40% de las consultas en urgencias podrían estar relacionadas con el consumo de alcohol
- Una proporción importante de estas consultas resultan en ingreso hospitalario, siendo ~5% de todos los ingresos ([Department of Health, 1999; Pirmohamed et al., 2000](#)).
- En HUB un 15% de los pacientes ingresados presentan AUDs
- Coste anual en EEUU es de 22.500 millones. El coste total es de \$175.900 millones al año (\$137000 millones para el tabaco). [Rice DP. Proceedings of the Association of American Physicians 111\(2\): 119-125. 1999](#)
- Coste 12% presupuesto hospitalario en Gran Bretaña
- Los AUDs no tratados consumen \$184.600 millones en santidad, costes justicia penal y civil y son causa de más de 100,000 muertes cada año en EEUU . [Harwood, H. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000.](#)

The main alcohol-related health problems which can bring an alcohol-misuser to an Accident and Emergency department.

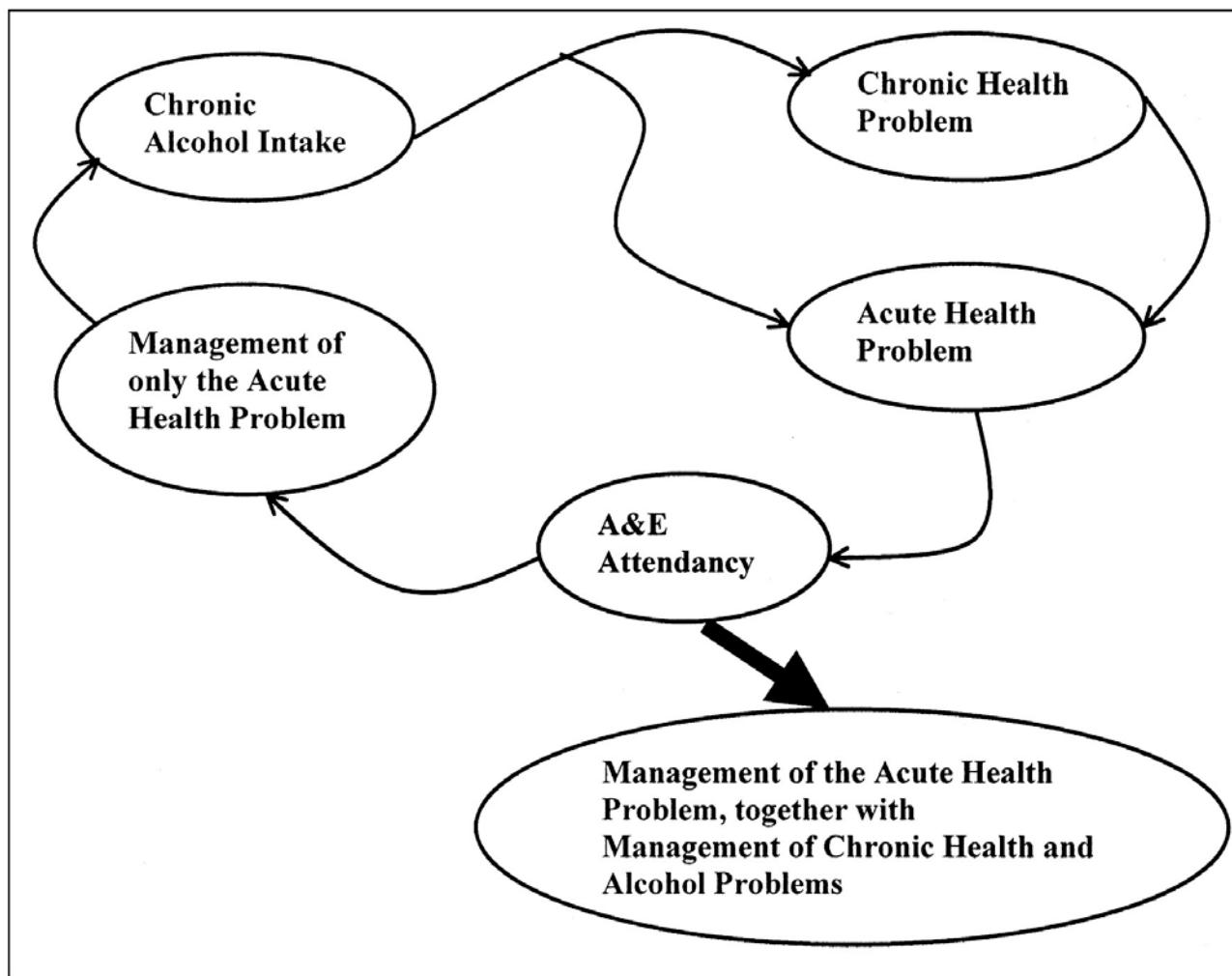


Charalambous M P Alcohol and Alcoholism 2002;37:307-312

HOLISTIC APPROACH TO THE TREATMENT OF ALCOHOL MISUSE



Alcohol-related problems and their management by the Accident and Emergency department.



Charalambous M P Alcohol and Alcoholism 2002;37:307-312

BEST PRACTICES OF EMERGENCY CARE FOR THE ALCOHOL-IMPARED PATIENT-

Role of physicians

- Incorporate screening for AUPs into routine care of injured patients
- Document history and physical findings consistent with AUPs
- Provide a brief intervention for patients who screened positive for AUPS
- Be aware of state laws and consider reporting patients with AUPs (for those who cannot operate a motor vehicle safely)
- Provide care for alcohol-impaired patients in a professional and nonjudgmental manner
- Advocate in the community for public education, prevention programs, public policy and treatment programs for patients with AUPs
- Participate in collaborative research, education and data gathering to improve care of patients with AUPs
- Integrate alcohol screening and alcohol education into curricula, continuing education, and standards for emergency care professionals and trauma surgeons

S

B

,

R

T

Screening

Brief Intervention

Referral to Treatment

AUDIT-C

Items	Criterios operativos de valoración
1.¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0.Nunca 1.Una o menos veces al mes 2.De 2 a 4 veces al mes 3.De 2 a 3 veces a la semana 4.Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0.Una ó 2 1.Tres ó 4 2.Cinco ó 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0.Nunca 1.Menos de una vez al mes 2.Mensualmente 3.Semanalmente 4.A diario o casi a diario

POSITIVO: HOMBRES >5 MUJERES >4

Entrevista sistemática sobre el consumo de alcohol (Systematic Interview of Alcohol Consumption) ISCA

	Cantidad (UBEs)	Número de días	Total
Laborables			
Fines de semana			

1. Si alguna vez consume bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc), cuantas consumiciones hace en un día? (expresadas en UBEs)
2. Con qué frecuencia? (nº de días en una semana)
3. Sus hábitos de consumo son diferentes durante los fines de semana (o en días laborables)?

Límites del consumo de riesgo de alcohol

HOMBRES	MUJERES Y >65 años
>28 UBEs a la semana	> 17 UBEs a la semana
>4 UBEs al día	> 2 UBEs al día
> 6 UBEs en una ocasión de consumo	> 4 UBEs en una ocasión de consumo

S

B

,

R

T

Screening

Brief Intervention

Referral to Treatment

Componentes básicos de las intervenciones breves

Comunicar Empatía

Instilar auto-eficacia

Componentes de las Intervenciones breves

1. Proporcionar feedback
2. Dar consejo con permiso
3. Evaluar disposición al cambio
4. Negociar metas y estrategias
5. Monitorizar el progreso

Enfatizar la responsabilidad del paciente

Intervenciones Mínimas

(El método de las 5 A*)

- **AVERIGUAR:** Si la persona bebe y los factores que pueden influir en la elección de un cambio en la conducta, metas y métodos
- **ACONSEJAR:** Dar un consejo claro, específico y personalizado para el cambio en la conducta, incluyendo información sobre perjuicios a la salud y beneficios
- **ACORDAR:** seleccionar metas terapéuticas y métodos basados en la disposición de la persona a cambiar su consumo
- **AYUDAR:** Ayudar al consumidor a alcanzar las metas acordadas ayudándole a adquirir los conocimientos, las actitudes, habilidades, confianza y apoyo social y del entorno para cambiar su conducta
- **APOYAR:** programar un seguimiento para proporcionar apoyo.

* Adaptado de: Whitlock et al., 2004

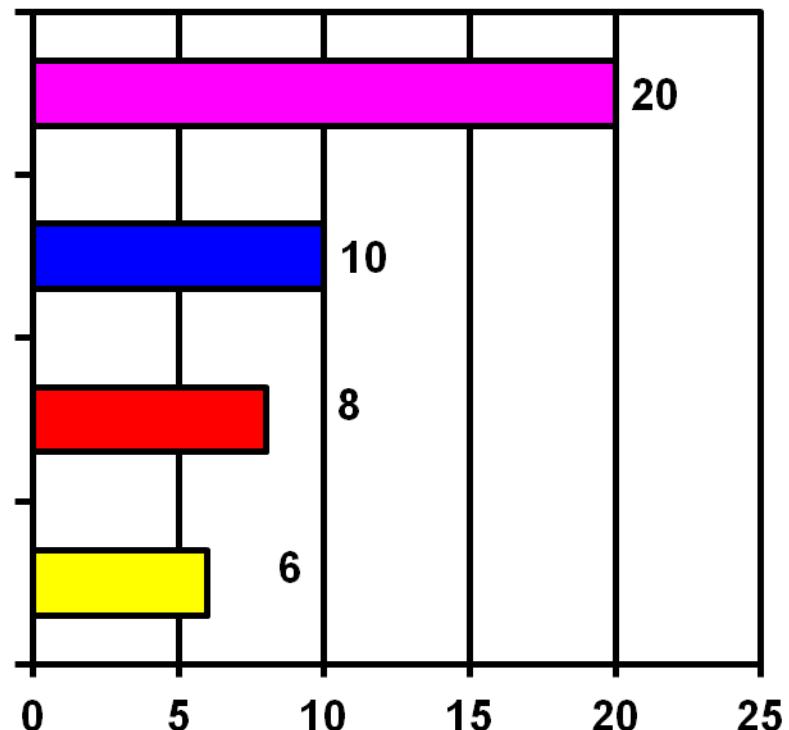
Número de tratamientos necesarios (NNT) para que una persona se beneficie

Aconsejar abstinencia en tabaquismo

Tratamiento sustitutivo nicotina

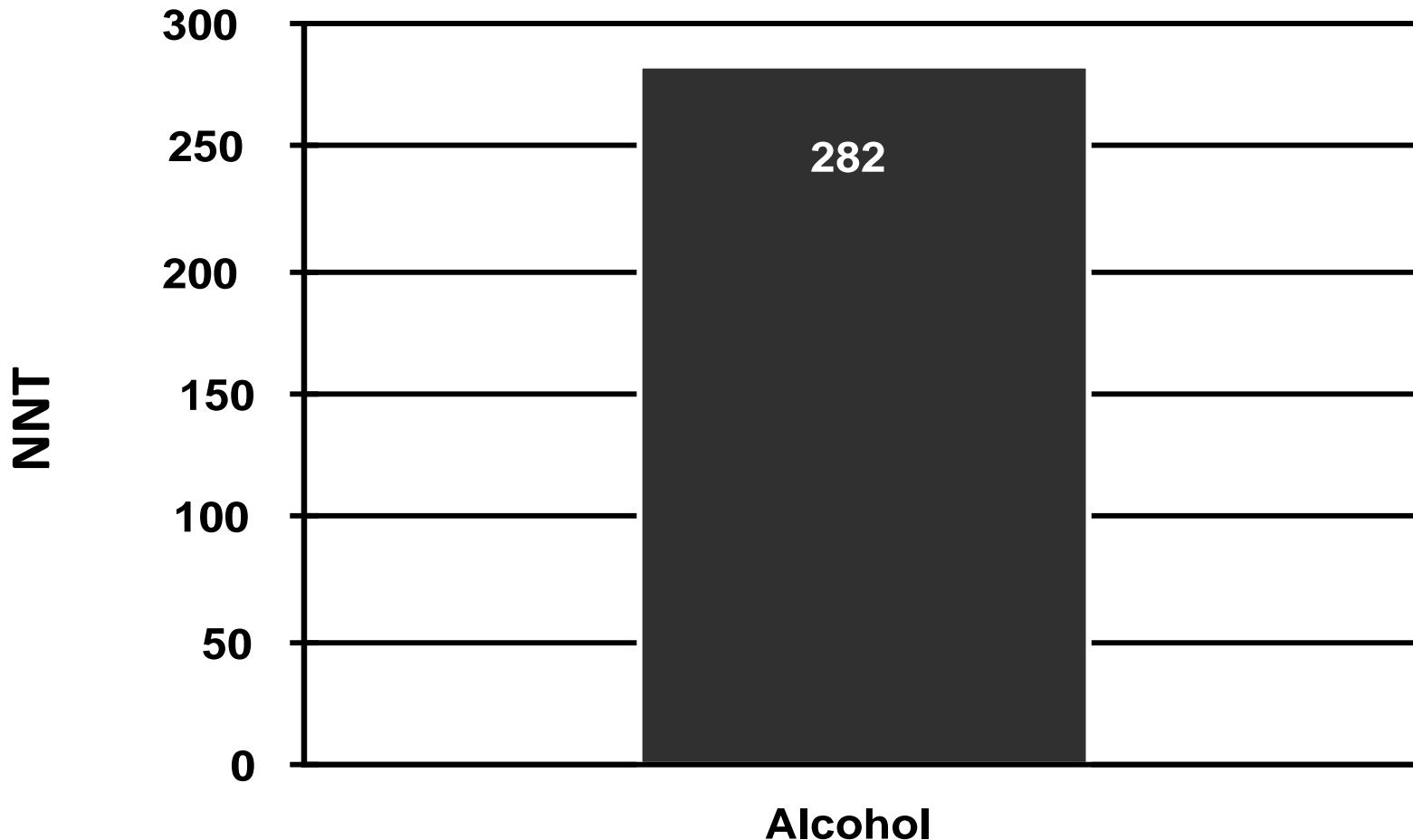
Daños relacionados con alcohol

Tricíclicos en depresión



NNT

Número de tratamientos necesarios Para evitar una muerte en un año



Cuijpers P, Riper H & Lemmens L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 2004 99 839-845.

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES BREVES EN URGENCIAS

Nilsen et al

- Meta-análisis 11 ensayos controlados de pacientes con AUDs (no dependencia) y lesionados
- Seis estudios no mostraron diferencias, y en cinco estudios encontraron una disminución en el consumo.

Daeppen et al

- Estudio randomizado a 12 meses (IB, control screening, control no screening)
- Una tercera parte de los tres grupos ya no estaban bebiendo cantidades de riesgo, pero no hubo diferencias entre los grupos en el consumo o las consecuencias.

Harvard A et al

- meta-análisis de estudios aleatorizados pacientes lesionados y no lesionados
- No hubo diferencias en el consumo, pero tres estudios encontraron diferencias en la recurrencia de lesiones.

D'Onofrio et al

- Ensayo controlado aleatorizado de 12 meses de seguimiento
- No diferencias en las cantidades de consumo

S

B

,

R

T

Screening

Brief Intervention

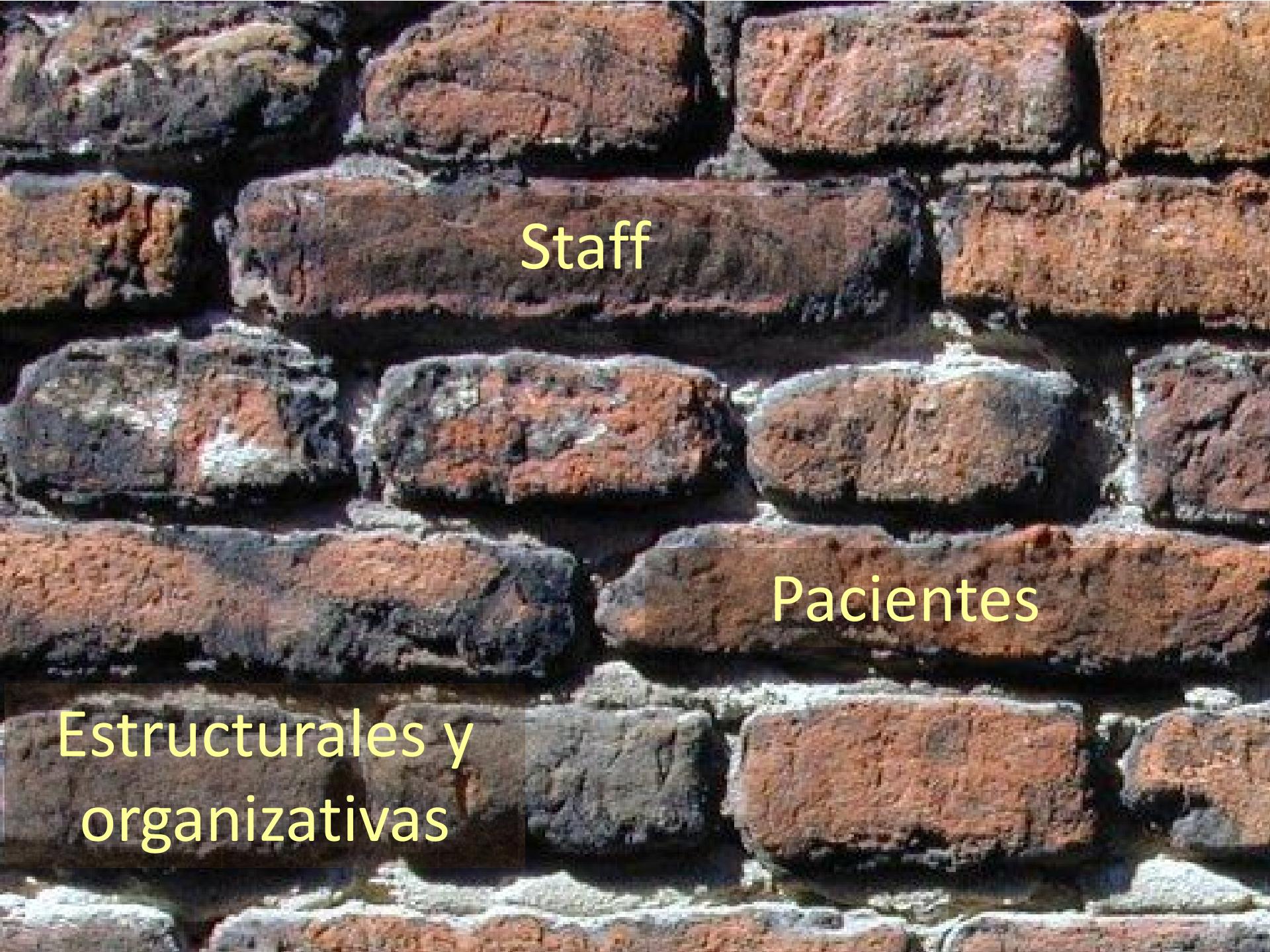
Referral to Treatment

Tratamiento en áreas de atención primaria/consulta especializada

- Consumidores de riesgo
- Consumo perjudicial
- Dependencia al alcohol si :
 - El/la paciente acepta mantenerse abstinente
 - El paciente rechaza ser derivado
 - El paciente no presenta complicaciones graves psiquiátricas, sociales o médicas

¿Cuándo remitir a tratamiento especializado?

- Intentos previos de tratamiento fallidos
- Complicaciones graves
- El tratamiento no puede ser controlado por el equipo asistencial de atención primaria.



Staff

Pacientes

Estructurales y
organizativas

FATORES ESTRUCTURALES U ORGANIZATIVOS

► *Contexto físico*

- o el tiempo de la práctica de la medicina de urgencias parece impedir la asistencia más allá de la requerida por el proceso agudo que motiva la consulta
- o la intervención puede no ser posible porque el paciente está intoxicado o muy afectado en el momento de la visita
- o Espacio físico inadecuado

► *Apoyo*

- o Falta de incentivos económicos o apoyo por parte de la dirección
- o Gestión de la carga de trabajo

FACTORES RELACIONADOS CON LOS PROFESIONALES

- ***Actitudes y creencias***
 - una minoría de profesionales de la salud no ve la práctica de las intervenciones breves como parte de su función.
 - percepción de falta de conocimiento y la confianza en la comunicación de asesoramiento.
 - Inercia clínica.
 - Resistencia natural a cambio
 - Resistencia a la imposición de directrices o mandatos sin retribución específica
 - Miedo a la reacción de los pacientes
- ***Formación***
 - Creencia que el alcoholismo o los AUDs son difíciles de tratar
 - El SBIRT en alcohol no forma parte de la formación de la especialidad en urgencias (y en muchas otras especialidades)

FACTORES RELACIONADOS CON LOS PACIENTES

- **Características de los pacientes**
 - Edad, sexo, estatus socioeconómico
 - Diferencias culturales en el patrón de consumo
 - Necesidades del paciente
- **Participación del paciente**
 - Actitudes positivas hacia screening y la discusión del consumo
 - reacción negativa de algunos usuarios en términos de vergüenza y malestar, con algunos pacientes .



CONCLUSIONES

- Los trastornos por uso de alcohol son frecuentes en los servicios de urgencias
- Se requiere un manejo holístico del paciente con evaluación el problema agudo, los trastornos crónicos y el trastorno por uso de alcohol conjuntamente
- Es necesario mejorar los niveles de screening de uso de alcohol en nuestro medio
- Es recomendable implementación de la intervención breve en urgencias para los problemas relacionados con el consumo de alcohol
- El reconocimiento de las barreras y la búsqueda de soluciones puede mejorar la implementación del screening y la intervención breve

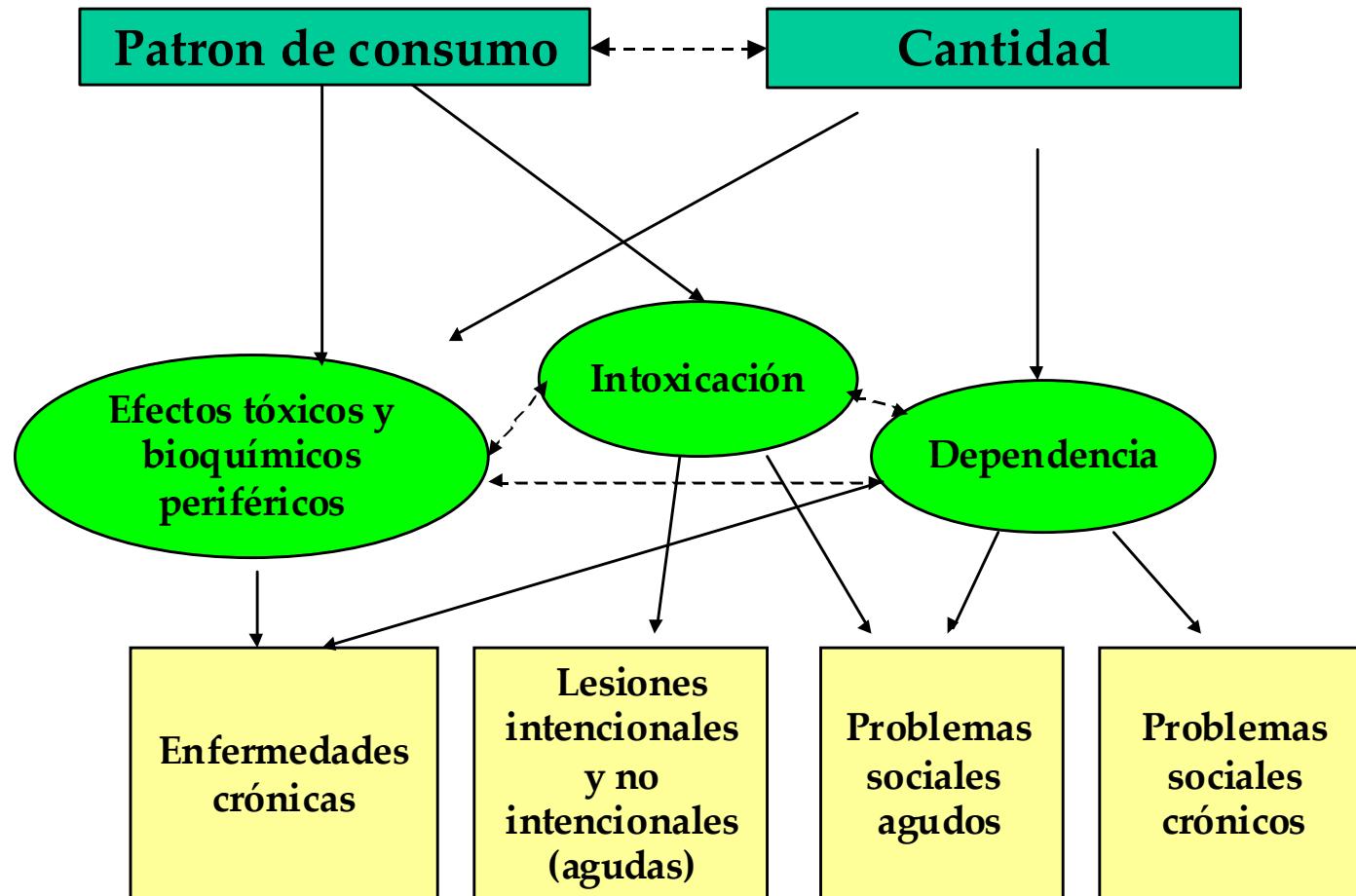
BLOQUE II

Identificación e intervención breve en problemas
relacionados con el consumo de alcohol

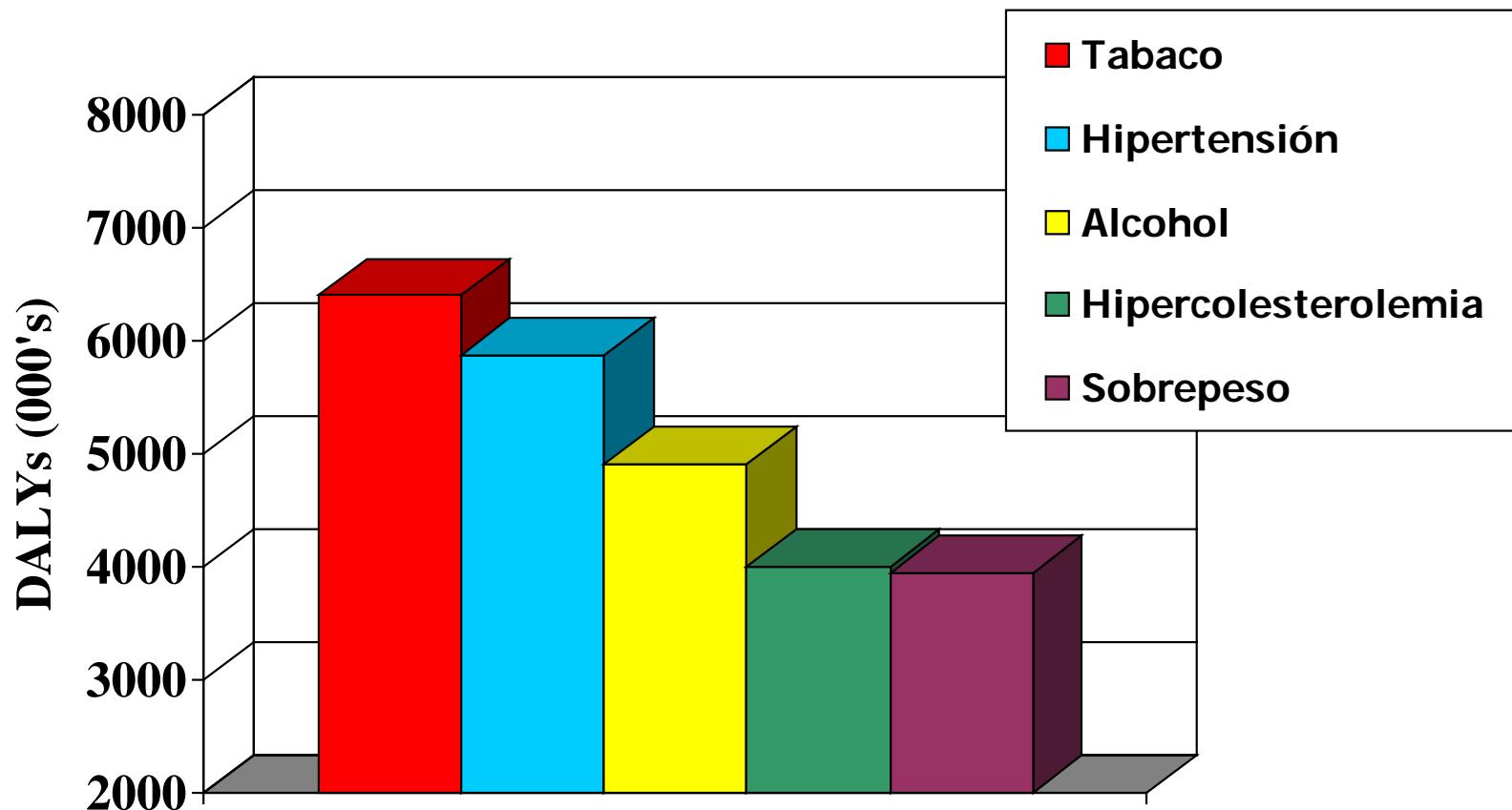
*Identificación i
intervención breve en
problemas
relacionados con el
consum de alcohol*



Modelo causal del consumo de alcohol, mecanismos intermediarios y consecuencias



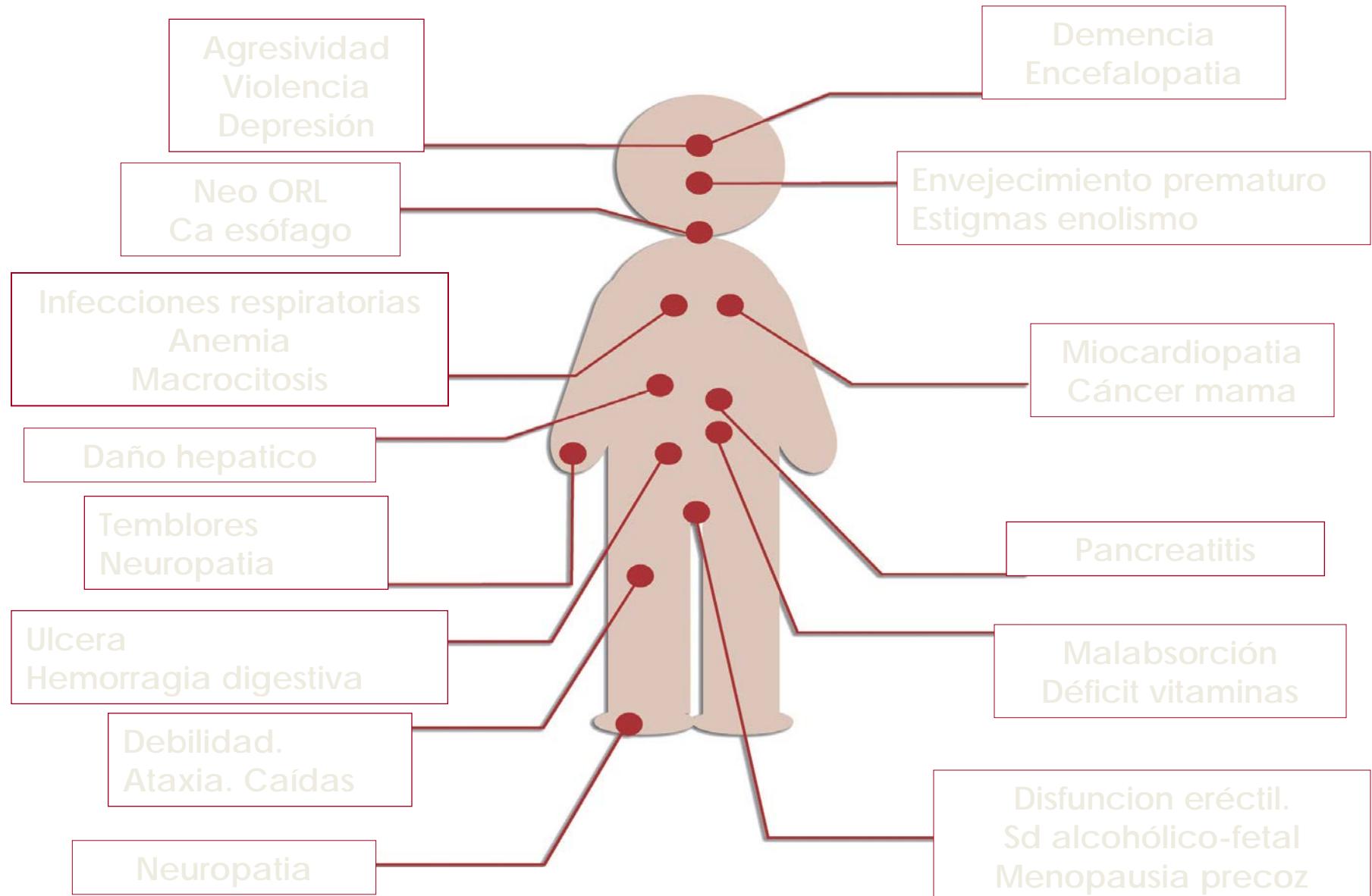
Los 5 principales factores de riesgo de enfermedad y muerte prematura, Europa



Fuente: World Health Organization (2002) *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life.* Geneva; World Health Organization.

*A disability adjusted life year (DALY) is a measure of one year's premature death or ill-health adjusted for the severity of ill-health

Patología asociada al consumo perjudicial de alcohol



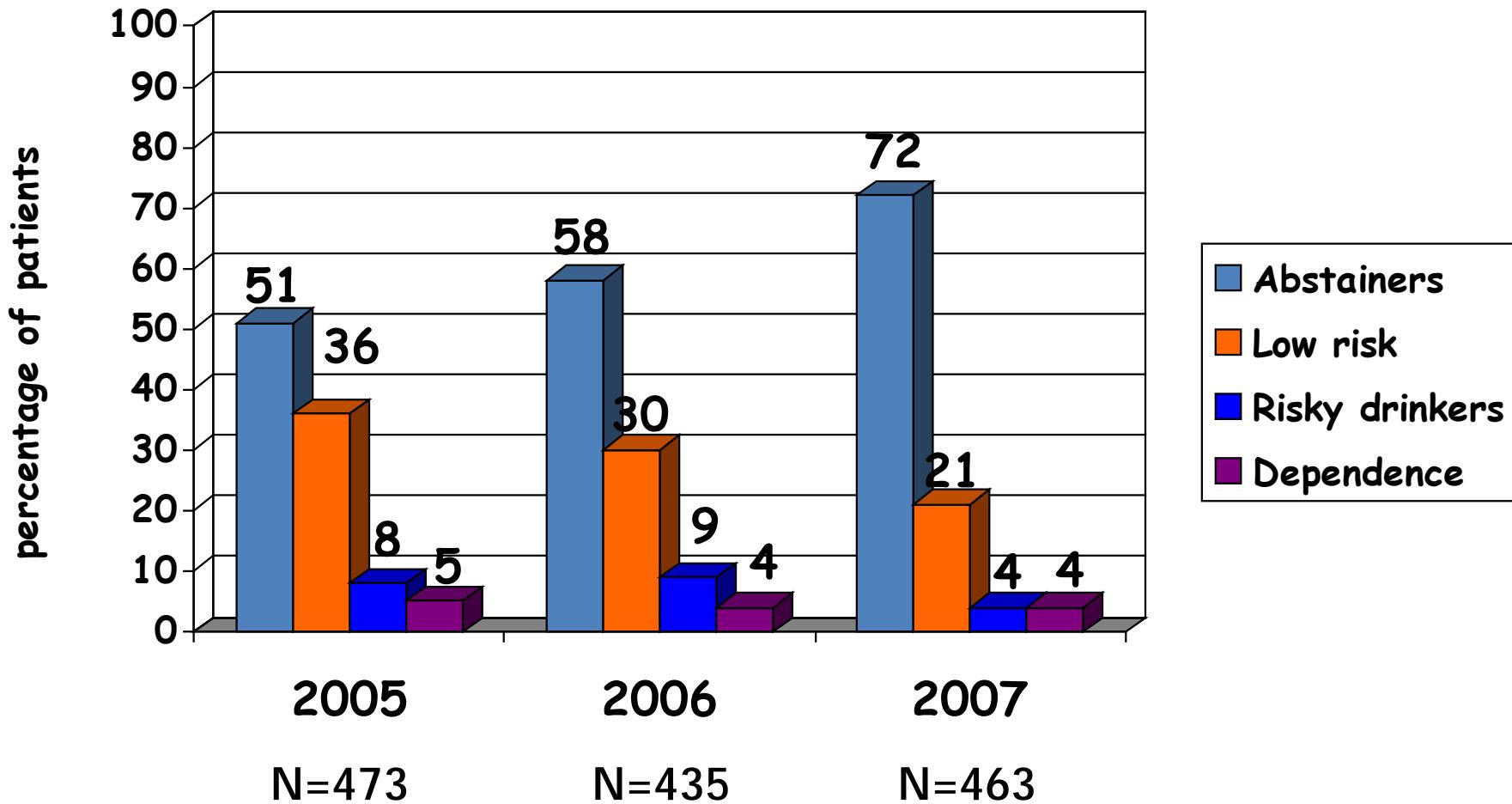
Patología social relacionada con el consumo de alcohol



Accidentabilidad
Violencia
Violencia de género/familiar
Desestructuración familiar
Absentismo laboral
Desempleo
Pobreza-Indigencia

Prevalence of unhealthy alcohol use among hospitalized patients.

Hospital Universitari de Bellvitge.



PATRONES DE CONSUMO

- **ABSTEMIO**
- **CONSUMO DE BAJO RIESGO**
- **CONSUMO DE RIESGO**
- **CONSUMO PERJUDICIAL O NOCIVO**
- **DEPENDENCIA**

Patrones de consumo

- **Consumo de riesgo:** un nivel de consumo de alcohol o patrón de consumo que probablemente resulte dañino en caso de persistir el hábito de consumo actual.
- **Consumo perjudicial :** un patrón de consumo que causa daño a la salud, física o mental. A diferencia del consumo de riesgo, el diagnóstico de consumo perjudicial requiere que el daño generado al usuario ya este presente.
- **DEPENDENCIA AL ALCOHOL:** un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los que el uso de alcohol supone para el individuo una prioridad mucho más elevada que otras conductas que antes tenían mayor valor. Una característica central es el deseo de beber alcohol. El reinicio del consumo después de un periodo de abstinencia se asocia con frecuencia con una reinstauración rápida de las características del síndrome.

Intervención breve

Consumo de riesgo

- Consejo simple
- Abstinencia o reducir el consumo

Consumo perjudicial

- Consejo simple o entrevista motivacional
- Abstinencia

Dependencia

- Consejo simple o entrevista motivacional
- Abstinencia
- Remitir a tratamiento de la drogodependencia

ENTREVISTA MOTIVACIONAL



“Generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren ellas mismas, que no por las que les expliquen los demás”

Blaise Pascal (1623-1662)

RUEDA DEL CAMBIO



Prochaska & DiClemente,
1986

Motivación

Probabilidad de que una persona empiece y continue adheriéndose a una determinada estrategia de cambio

Tarea del terapeuta: incrementar la probabilidad

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS ENTREVISTAS MOTIVACIONALES

- **EXPRESAR EMPATIA**
- **CREAR DISCREPANCIAS**
- **DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA**
- **FOMENTAR LA AUTOEFICACIA**

*Acompañar al paciente hasta llegar a SU
discurso de cambio*

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA

- AMBULATORIO
- HOSPITALIZACIÓN PARCIAL
- HOSPITALIZACIÓN Y CONTEXTOS RESIDENCIALES

ELEMENTOS

TERAPIA INDIVIDUAL
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS
TERAPIA GRUPAL
GRUPOS DE AUTOAYUDA
FÁRMACOS

BLOQUE III

Alcohol y drogas

¿Qué importancia tiene el conocimiento sobre alcohol y drogas en mi formación como especialista?



En mi especialidad lo veré poco. Tengo interés como conocimiento de cultura médica general.

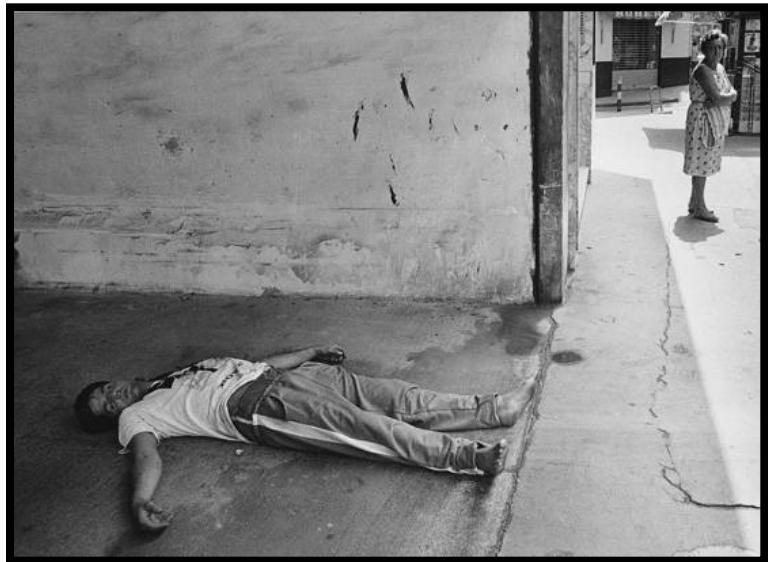


No me interesa. No creo que lo utilice nunca.



Creo que es importante y lo utilizaré con frecuencia

Intoxicaciones...



Alcohol



Caso clínico

Paciente varón de 43 años, con **DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA** tras ingesta de **20 UBEs** en las últimas 4 horas.

HA CAÍDO AL SUELO Y PRESENTA HERIDA EN CEJA.

El acompañante desconoce otros antecedentes. No otros tóxicos.

TA 100/50. FC 110 x'. T^a ax 35.8°C. FR 12 x'. FÉTOR ENÓLICO

Herida inciso-contusa en ceja derecha. Hematoma costal derecho. Roncus diseminados. Resto normal.

NRL: Coma con respuesta verbal ininteligible, con localización del dolor y apertura ocular a la orden (Glasgow 10). Midriasis bilateral poco reactiva. No focalidad motora ni sensitiva aparente.
Hiporreflexia generalizada.

Nos planteamos...

- 1) ¿Tiene realmente una intoxicación alcohólica?**
- 2) Si aceptamos que tiene una intoxicación alcohólica, ¿puede tener una complicación u otro trastorno concomitante?**
- 3) ¿Cual es el tratamiento inicial?**
- 4) ¿ Qué exploraciones solicitar?**
- 5) ¿Tiene criterios de ingreso hospitalario? ¿Y en UCI?**

Tratamiento inicial

**LA INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA ES UNA
URGENCIA MÉDICA Y PUEDE SER LETAL**

**LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS INICIALES SE DEBEN
TOMAR ANTES DE LAS EXPLORACIONES
COMPLEMENTARIAS Y AL MISMO TIEMPO QUE HACEMOS
LA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA**

Nuestra hipótesis inicial es de coma etílico ...

¿Qué hacemos?

-  Poner al paciente en decúbito lateral, cubrirlo con una manta
-  Realizar rápidamente un lavado gástrico y posteriormente iniciar tratamiento con carbón activado.
-  Colocar al paciente incorporado a 90° y poner compresas frías o hielo para despertarlo más rápidamente

Tratamiento

- 1) Si el paciente está en coma, con alteraciones del patrón respiratorio o hay acúmulo de secreciones, se procederá a la **intubación**.
- 2) Colocar en postura de seguridad en **decúbito lateral** para evitar aspiraciones por vómitos.
- 3) Generalmente el **lavado gástrico** no es necesario. El carbón activado no es efectivo. Si se hace, y el paciente está estuporoso, previamente habrá que intubar para proteger la vía aérea.
- 4) Proteger de la **hipotermia**

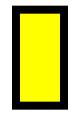
Tratamiento

- 5) Administrar **oxígeno** siempre que exista hipoxemia
- 6) Administrar **Tiamina (vit B1)** 1 ampolla (100 mg) im o iv sobre todo si se va a infundir suero glucosado. Valorar la administración de vitamina B6, 1 ampolla 300 mg.
- 7) Se puede hacer una **prueba diagnóstico-terapéutica** con **Naloxona** 1 ampolla 0,4mg o **Flumazenil** 1 ampolla 1 mg (se recomienda comenzar con 0,25 mg) iv, si hay sospecha de intoxicación por opiáceos o benzodiacepinas respectivamente.

Tratamiento

- 8) Mantener con **suero glucosado 5%** y añadir **suero salino 0,9%** si hay hipotensión.
- 9) Monitorización de **constantes vitales** y **frecuencia respiratoria** frecuente, principalmente **PRIMERAS 2 HORAS DEL INGRESO**
- 10) Monitorización de la **saturación O2**

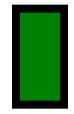
y las exploraciones necesarias serán ...



Es una intoxicación leve-moderada y no son necesarias más exploraciones



A todos los pacientes se les realizará una glicemia capilar en la cabecera del paciente y monitorización continua de O₂ durante 6 horas



En las intoxicaciones graves se debe iniciar el estudio con glicemia capilar, perfil básico, RX tórax, ECG.

Exploraciones complementarias

Intoxicación leve No es necesario realizar exploraciones

Intoxicación moderada/severa

Glucemia capilar
Hemograma.
Bioquímica básica
Gasometría arterial basal
ECG
Radiografía de tórax
TAC craneal
Niveles de alcohol en sangre
Determinación drogas en orina

Criterios de ingreso hospitalario

En planta:

- Alteraciones iónicas y/o electrocardiográficas mantenidas durante su estancia en URG .
- Pobre recuperación del nivel de conciencia tras las medidas terapéuticas.
- Aparición de complicaciones o presencia de otro trastorno concomitante

En UCI:

- Coma profundo
- Depresión respiratoria
- Inestabilidad hemodinámica
- Insuficiencia respiratoria severa que requiera intubación.



¡RECUERDA!

ANTES DEL ALTA DE UN PACIENTE CON INTOXICACIÓN ETÍLICA :

- 1) Comprueba la ausencia de heridas/hematomas que indiquen TRAUMATISMOS CRANEOENCEFALICOS**
- 2) Asegúrate de que esté SOBRIOS o bajo responsabilidad de un adulto sobrio**
- 3) Administra INSTRUCCIONES DE RECONSULTA en caso de: empeoramiento clínico, abstinencia del alcohol o empeoramiento de patología relacionada...**

Abordaje del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en pacientes hospitalizados

**LA IMPORTANCIA DE PREVENIR,
DETECTAR Y TRATAR EL
SÍNDROME DE ABSTINENCIA**

**Abordatge del
consum de risc i
perjudicial d'alcohol
en el pacient
hospitalitzat**



¿Cómo cuantificar los hábitos tóxicos?

- Lo más frecuente: aproximación semicuantitativa

*Bebo LO
NORMAL*



UNIDADES DE BEBIDA ESTANDAR

BEBIDA CONSUMICIÓN HABITUAL

Cerveza (3 - 5°)

Un quinto / una caña (20 cc)

1 UBE

Un litro

5 UBE



Vino, cava (12 - 14°)

Un vaso (100 cc)

1 UBE

Un litro

10 UBE

Vino dulce/jerez/vermut(18- 20°)(25 cc)

1 UBE

Destilados (40 - 50°)

Carajillo, chupito

1 UBE

Una copa (50 cc)

2 UBE

Un combinado (50 cc)

2 UBE



1 Unidad de Bebida Estándar (UBE) = 10 gramos de alcohol

Entrevista sistemática sobre el consumo de alcohol (Systematic Interview of Alcohol Consumption)

ISCA

	Cantidad (UBEs)	Número de días	Total
Laborables			
Fines de semana			

1. Si alguna vez consume bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc), cuantas consumiciones hace en un día? (expresadas en UBEs)
2. Con qué frecuencia? (nº de días en una semana)
3. Sus hábitos de consumo son diferentes durante los fines de semana (o en días laborables)?

Situación 1: Diagnóstico de patrón de consumo

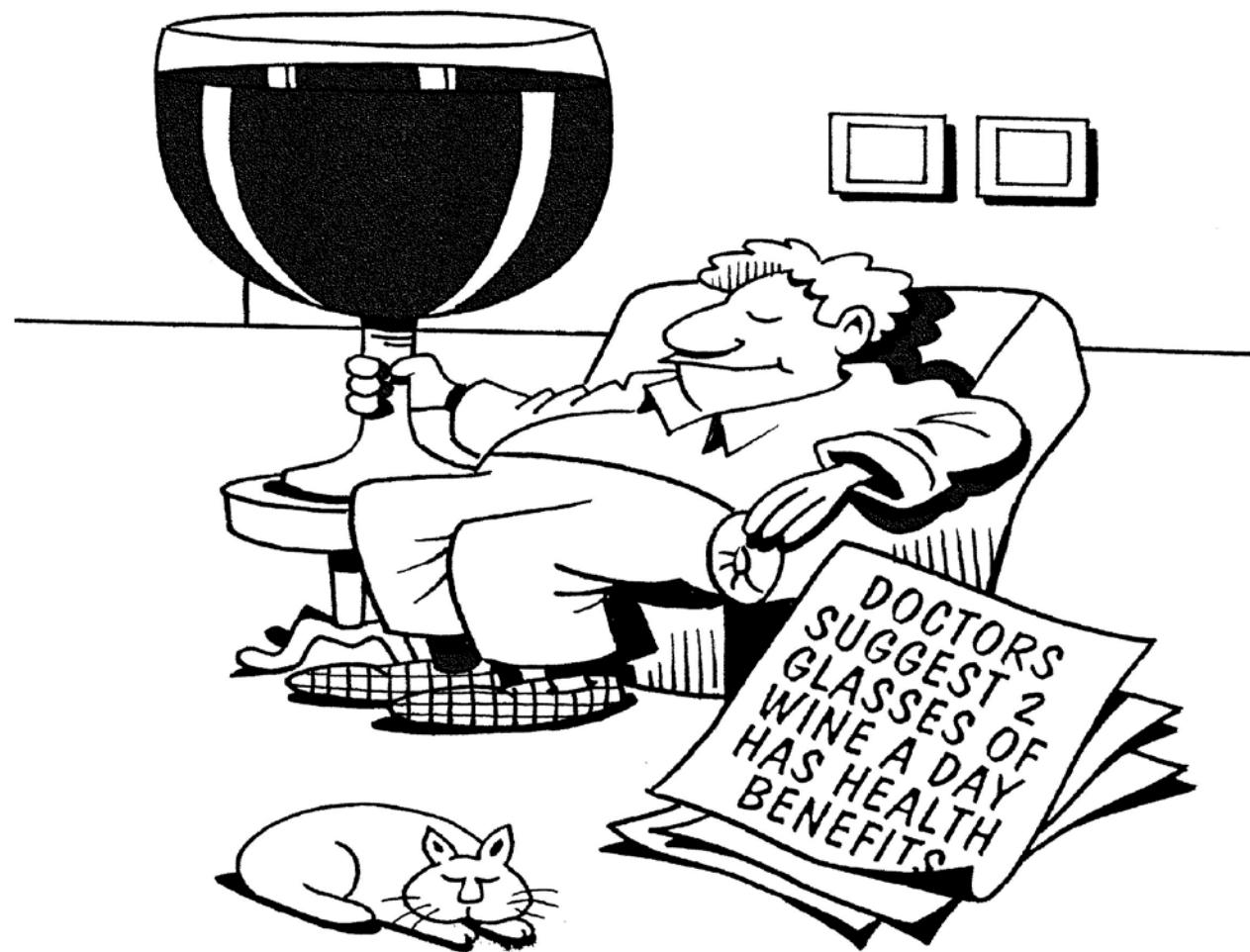
Mujer 75 años. Hipertensa, diabética. Cardiopatía isquémica. Bebedora 2 vasos vino con cada comida. Sin cambios el fin de semana.

■ Recomendar seguir en el consumo como protector del riesgo cardiovascular

■ Recomendar la moderación del consumo o su cese dependiendo de la medicación que tome la paciente.

■ No es necesario ningún cambio. No hacer ninguna acción.

¿Cuánto es demasiado?



Límites de riesgo

Más de 28 UBEs por semana

Más de 6 UBEs en una ocasión de consumo

Más de 17 UBEs por semana

Más de 4 UBEs en una ocasión de consumo

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL



CONSUMO DE RIESGO



CONSUMO PERJUDICIAL



BINGE DRINKING



TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

Situación 2

Varón 42 años. Dx: esguince de tobillo. Alta a domicilio.

Ingesta diaria: 1L de vino, 3 cervezas , 2 carajillos

Fin de semana: igual además 2 cubatas (combinados)

No hacer ninguna acción. Controles habituales

Recomendar la abstinencia y pautar tratamiento profiláctico. Remitir al médico de cabecera

Avisarle del peligro de abstinencia. Recomendar que siga el consumo y lo baje poco a poco. Es muy importante no dejarlo de bruscamente.

Diagnóstico, profilaxis y tratamiento de la abstinencia del alcohol

Indicaciones de tratamiento profiláctico de la abstinencia del alcohol

consumo crónico elevado (> 8 UBEs/dia)

síntomas de abstinencia leve habitual

sensación subjetiva del paciente de no poder dejar el consumo de alcohol sin soporte farmacológico

antecedentes de convulsiones o síntomas de abstinencia graves

patrón de consumo caracterizado por elevada impulsividad, craving, o alguno de los criterios de tolerancia o dependencia

consumo concomitante de benzodiacepinas

 riesgo bajo-moderado

 riesgo elevado

Tratamiento profiláctico recomendado

Diazepam 5 mg cada 8-12 horas

Diazepam 10 mg cada 6-8 horas

múltiples factores de riesgo: hasta 20 mg cada 6-8 horas.

-  riesgo bajo-moderado
-  riesgo elevado

En ancianos, insuficiencia hepática: lorazepam

En insuf. respiratoria hipercápica: **CONSULTAR**

Manifestaciones clínicas

abstinencia leve	6-24 horas: temblor distal, ansiedad, náuseas, vómitos e insomnio.
abstinencia grave	10-72 horas: temblor distal, ansiedad, náuseas, vómitos e insomnio, temblor corporal, hipertensión
crisis comiciales	6-48 horas: tonicoclónicas generalizadas y de duración corta. Recurrencia frecuente (tren de crisis) un 30-40% pueden evolucionar a delirium tremens.
delirium tremens	riesgo vital 3-10 días: agitación, confusión, desorientación, alucinaciones, fiebre, taquicardia e hipertensión.

Situación 3

Varón 55 años sin antecedentes de interés.

Bebedor 12-20 UBEs/dia. Traído por convulsión tonicoclónica generalizada.

La exploración neurológica no muestra alteraciones ni focalidad aparente.

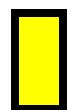
Según refiere la familia tiene vértigo desde hace 24 horas y ha iniciado tratamiento con torecan y primperam. Debido a los vómitos ha comido poco y no ha tomado nada de alcohol.



Protocolo primera crisis. Iniciar tratamiento de la abstinencia del alcohol. Valorar ingreso hospitalario.



Protocolo primera crisis y tratamiento antiepileptico.



Protocolo primera crisis. No precisa tratamiento antiepileptico. Alta tras 6 horas de observación.

Tratamiento de la abstinencia

- abstinencia simple:
 - diacepam 10 mg/6-8h,
 - dosis descendente hasta retirar en 5-6 días.
- crisis comiciales:
 - no tratamiento específico
 - tratar la abstinencia
 - diacepam si recurrencia.
 - Añadir fenitoína si no se controlan.

Tratamiento del delirium tremens

- Monitorizar constantes vitales y CIWA-ar
- Identificación precoz de desencadenantes
- Contención mecánica si precisa
- Hidratación ev, vigilar electrolitos
- Monitorizar la glicemia
- Profilaxis de l'encefalopatía de Wernicke:
 - Tiamina, vit B1 100 mg e.v. cada 12-24 h (en 100 ml de SSF a pasar en 30 minutos) durante 3 días posteriormente por v.o. si es posible: 750-500 mg al día en 2-3 dosis
- Magnesio
- Ingreso en UCI siempre que sea posible

No ingresará en una unidad de hospitalización convencional si...

- Agitación intensa que impida administrar medicación oral
- Necesidad de dosis muy elevadas de benzodiacepinas (>100-200mg/d)
- Crisis comiciales complicadas
- DT asociado a patología aguda o descompensaciones graves de patología crónica
- Aparición de complicaciones agudas



DOs and DON'Ts

- Cuantificar el consumo de alcohol
- Determinar el patrón de consumo
- Evaluar riesgo y síntomas de abstinencia
- Dar tratamiento profiláctico

- Evitar el tema
- Estratificar el consumo según el consumo propio
- Recomendar consumo para mejorar la salud cardiovascular
- Recomendar consumo para evitar la abstinencia
- Dar pauta larga de benzodiacepinas

En conclusión...

El paciente con trastornos relacionados con tóxicos debe ser valorado de forma global y realizándose un seguimiento estricto, debido a que pueden aparecer complicaciones potencialmente graves a corto o medio plazo

