



ORIGINAL

Protocolo para el abordaje y derivación de los pacientes con problemas relacionados con el alcohol en el área de salud del Hospital Sierrallana

E. García Usieto^{a,*}, E. Piney Palacio^b, R. Vayas Abascal^c, M.C. Toribio González^d,
F. Robledo González^e y A. Rivas Veiga^f

^aPsiquiatra FEA, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

^bMédico de Familia, Centro de Atención Primaria Buelna, Cantabria, España

^cMédico de Familia, Centro de Atención Primaria Polanco, Cantabria, España

^dMédico de Familia - Centro de Atención Primaria Dobra, Cantabria, España

^eEnfermera, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

^fPsicóloga clínica, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

Recibido el 17 de febrero de 2010; aceptado el 22 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Protocolo;
Derivación;
Problemas relacionados
con el alcohol;
Atención Primaria;
Atención especializada

Resumen

Objetivo: El consumo de bebidas alcohólicas está asociado a una importante morbilidad y mortalidad. A pesar de que es un hecho aceptado entre los profesionales sanitarios, y de que la prevalencia en nuestro medio es alta (alrededor de un 7% de la población general), no se corresponde con los casos detectados y tratados en nuestras consultas. Por este motivo se ha puesto en marcha un grupo de trabajo constituido por miembros del Programa de Alcohol de la Unidad de Salud Mental del Hospital Sierrallana y médicos de familia de la Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinosa. El objetivo primordial es fomentar la sensibilización de los profesionales acerca de los problemas generados por el consumo excesivo de alcohol.

Material y métodos: Se ha elaborado un protocolo consensuado para el abordaje y derivación de los problemas relacionados con el alcohol desde Atención Primaria al Programa de Alcohol.

Resultados: Para conseguirlo se han establecido unos criterios de derivación claros. Entendiendo que el abordaje debe ser multidisciplinar, se ha establecido una vía de comunicación directa entre Atención Primaria y especializada, permitiendo un tratamiento combinado entre ambas. El documento recoge la clasificación del tipo de bebedor según criterios cuantitativos, y diferencia la actitud diagnóstica y terapéutica en cada caso. Para el cribado entre abuso y dependencia se han usado las pruebas de AUDIT, CAGE y los criterios diagnósticos de las clasificaciones CIE y DSM. Finalmente, se ha creado un modelo de volante de interconsulta que pretende ser un instrumento concreto y eficaz para la comunicación entre Atención Primaria y el Programa de Alcohol.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Progalcohol@hsl.scsalud.es (E. García Usieto).

Conclusiones: La elaboración de un protocolo consensuado para el abordaje y derivación de los problemas relacionados con el alcohol desde Atención Primaria al Programa de Alcohol favorecerá una identificación y un abordaje terapéutico precoces.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Protocol;
Referral;
Alcohol related
problems;
Primary Care;
Psychiatry specialized
care

Protocol for the management and referring of the patients with alcohol related problems in Hospital Sierrallana area

Abstract

Objective: The alcohol consumption is associated with an important morbidity and mortality. Health professionals know about this risk and the high prevalence of alcoholism (about 7% of the general population in our area). But in spite of this knowledge there is no correspondence between the cases detected and the cases treated in our daily practice. For this reason, we have created a group constituted by members of the Alcohol Program pertaining to the Sierrallana Hospital's Mental Health Unit and family doctors who work for the Torrelavega-Reinosa Primary Care Area. The main objective of this protocol is to raise the professionals' awareness about this topic.

Material and methods: We have developed a protocol for the management and referring of the patients with alcohol abuse and its consequences from Primary Care to the Alcohol Program.

Results: We have defined referral criteria to make this objective easier. We understand that the approach to this problem area must be multidisciplinary, so we have established a direct way of communication between Primary Care and Psychiatry that permits a coordinated treatment. The document classifies the kind of drinker according to quantitative criterias and differentiates the diagnose and the treatment for each case. For screening of abuse and alcohol dependence we have used the tests AUDIT, CAGE and the diagnostic criterias CIE and DSM-IV. Finally, we have made a model of an interclinical referral note that aims to be an efficient tool for the communication between Primary Care and the Alcohol Program.

Conclusions: The development of a protocol for the management and referring of the patients with alcohol abuse and its consequences from Primary Care to the Alcohol Program will lead to a better identification of the patients and a treatment as precocious as possible.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

Introducción

En el mundo, son numerosos los estudios que destacan la carga de morbilidad y mortalidad atribuibles al alcohol. En nuestro entorno se calcula que la enfermedad alcohólica afecta a alrededor de un 7% de la población general y presenta habitualmente comorbilidad médica y psiquiátrica grave¹⁻³. En el área del Hospital Sierrallana, el volumen de pacientes con problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol se sitúa alrededor del 5% de toda la patología psiquiátrica atendida, por lo que podemos considerar la enfermedad alcohólica como uno de los problemas sociosanitarios más graves de nuestra comunidad.

El abordaje terapéutico de este proceso es complejo puesto que precisa de una atención especializada y específica, que debe ser integral y multidisciplinar, incluyendo tanto intervenciones personalizadas como grupales⁴⁻⁸. Por estos motivos, la Unidad de Salud Mental del Hospital Sierrallana ha desarrollado un Programa de Alcohol (PA) para la atención a las personas con este tipo de problemas.

La detección de los problemas relacionados con el alcohol (PRA) se realiza en el marco de los equipos de Atención Primaria (EAP); por tanto, se precisa una estrecha colaboración entre los equipos de Atención Primaria y especializada y es necesario un protocolo de derivación de los PRA.

La elaboración del protocolo para el abordaje y derivación de los problemas relacionados con el alcohol tiene los siguientes objetivos:

Objetivos generales

1. Aumento de la sensibilización sanitaria acerca del consumo excesivo de alcohol.
2. Identificación precoz del paciente con consumo excesivo de alcohol.
3. Abordaje precoz del tratamiento del paciente con consumo excesivo de alcohol.
4. Establecer y unificar criterios claros de derivación.
5. Incrementar la colaboración entre Atención Primaria (AP) y especializada, lograr un contacto fluido y un tratamiento combinado y coordinado entre AP y el PA.

Objetivos específicos

1. Definir las líneas generales de tratamiento de estos pacientes.
2. Adiestramiento en el manejo específico de este grupo de pacientes.
3. Plantear una entrevista clínica y algoritmos de decisión para la derivación al PA.

4. Establecer elementos de motivación para que el paciente acuda a consulta especializada.
5. Acordar los datos necesarios para cumplimentar el volante de derivación al PA.
6. Datos convenientes en el informe de atención especializada.
7. Unificar la información para transmitir a los pacientes.
8. Establecer una vía de comunicación directa entre atención especializada y primaria.
9. Obtener información directa desde el PA sobre la evolución del paciente.

Material y métodos

Para elaborar un documento de consenso planteamos un grupo de trabajo constituido por miembros de los centros de Atención Primaria del área. Inicialmente, se planteron los elementos esenciales del documento y a través del correo electrónico se intercambiaron distintos borradores hasta perfilar un documento único común. Se mantuvieron reuniones presenciales solamente para resolver dudas y alcanzar acuerdos definitivos. Las decisiones se fundamentaron en datos avalados en la bibliografía referida⁹⁻¹⁶.

Actividades

Detección de los casos

Desde las diversas perspectivas de abordaje de la problemática derivada del consumo de alcohol, conviene iniciar la evaluación del caso con la exploración del estilo de consumo.

Sería necesario realizar la *evaluación del consumo de alcohol* de forma sistemática en todas las historias clínicas desde la adolescencia, fecha en que en nuestra cultura se suele iniciar el hábito, continuando con la edad adulta joven y madura, pero también en el anciano. Incluso los datos recogidos precisarían actualizarse en función de posibles cambios vitales que pudiesen tener repercusiones en dicha conducta, pues la forma de beber de un individuo cambia a lo largo de su vida.

Para cuantificar el consumo de alcohol solamente se necesita un sistema de medición estándar e internacional y una tabla de equivalencia. Respecto al sistema de medida, en las últimas décadas la Organización Mundial de la Salud introdujo el concepto de unidad de alcohol equivalente a diez gramos de etanol, lo que facilitó los cálculos de conversión.

En la tabla 1 se recogen las dosis más comúnmente utilizadas en nuestro medio ya validadas y adaptadas a las bebidas consumidas en nuestra comunidad.

En primer lugar, cuantificaremos la ingesta (unidad básica estándar [UBE] o gramos/día o semana), según entrevista semiestructurada que explora la semana previa de consumo, recogiendo todas las ocasiones para beber, desde la mañana antes del desayuno hasta la noche después de la cena^{17,18}.

Como resultado de la exploración podemos determinar el tipo de bebedor según un criterio cuantitativo (fig. 1) en el que distinguimos tres categorías:

1. Consumo semanal inferior a 28 UBE para los varones y 17 UBE para las mujeres:

Tabla 1 Equivalencias entre bebidas habituales y unidades de bebida estándar

Tipos de bebida	UBE
1 chato de vino	1
1 caña de cerveza	1
1 vermut	2
1 copa de licor	2
1 copa de whisky	3

UBE: unidad de bebida estándar.

Bebedores de bajo riesgo o consumo prudente. Estos sujetos se benefician de la educación sanitaria comunitaria y se reforzará su estilo de consumo.

2. Consumo semanal superior a 28 UBE para los varones y 17 UBE para las mujeres pero inferior a 53 UBE para los varones y 36 UBE para las mujeres:

Bebedor de riesgo de problemas por alcohol. Estos sujetos se benefician de los programas de intervención breve enfocados a una reducción de su consumo por debajo de 28 UBE para los varones y 17 UBE para las mujeres¹⁹⁻²².

3. Consumo semanal superior a 53 UBE para los varones y 36 UBE para las mujeres en los que se hace necesario realizar el diagnóstico diferencial entre abuso y dependencia alcohólica.

Para este fin, se puede aplicar a todos estos bebedores de riesgo grave el AUDIT^{23,24} *que es un buen instrumento para el cribado* de modo que los casos negativos se incluirán en programas de intervención breve.

Con los pacientes con un AUDIT positivo (> 5 para las personas de mas de 60 años, > 6 para las mujeres y > 8 para los varones) en un paso más, se puede *aplicar el CAGE*²⁵ en su versión camuflada, que suele detectar dependientes; en caso de ser positivo (> 2) afianza el diagnóstico de dependiente de alcohol.

Para esclarecer finalmente el diagnóstico diferencial y acuñar el diagnóstico del síndrome de dependencia alcohólica, se revisarán, en todos los bebedores de riesgo, todos los *criterios diagnósticos* de las clasificaciones internacionales al uso (CIE y DSM)^{26,27}.

Además de la evaluación del patrón de consumo se recomienda realizar una evaluación del *estadio del nivel de motivación* y la disposición al proceso de cambio en que se encuentran²⁸.

Conviene, además, trabajar con el paciente la entrevista motivacional, valorando estadios e interviniendo adecuadamente en cuanto a la necesidad de abstinencia o motivándole para la derivación y participación activa en las intervenciones precisadas.

Para completar la evaluación se realizarán *pruebas de laboratorio* que incluyen los siguientes parámetros recomendados por el Consenso de la SEP del año 2000⁹:

1. Hemograma completo.
2. Estudio bioquímico: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, ácido úrico, CPK, lípidos (colesterol, triglicéridos, HDL-colesterol), amilasa, transaminasas (GOT, GPT, GGT) fosfatasa alcalina y bilirrubina total.

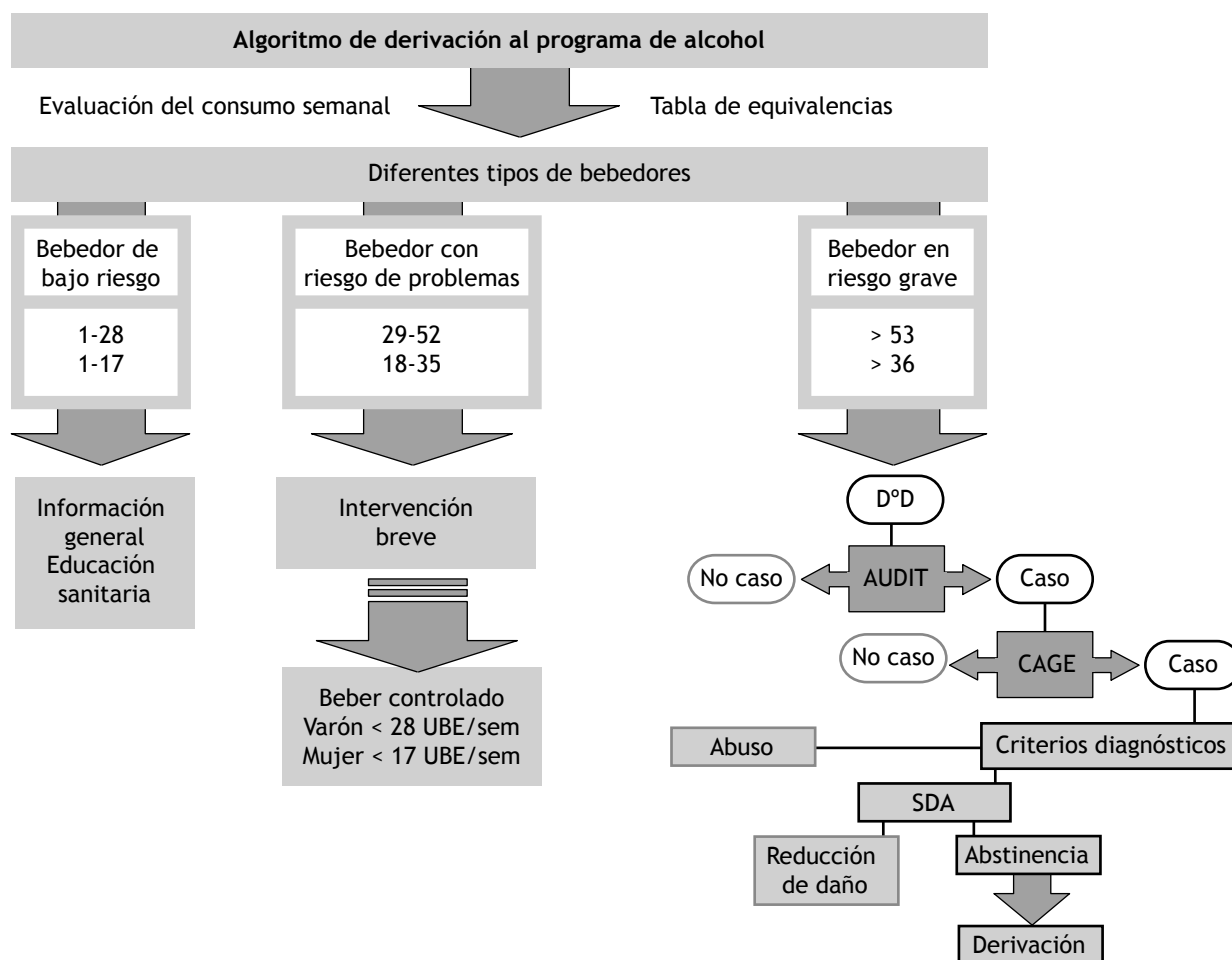


Figura 1 Árbol de decisiones en función del tipo de bebedor. D^oD: diagnóstico diferencial; SDA: síndrome de dependencia al alcohol.

3. Velocidad de sedimentación globular (VSG).
4. Estudio de coagulación.
5. Proteinograma.
6. Marcadores de las hepatitis B y C.
7. Serología luética (VDRL o RPR) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Perfil del paciente susceptible de ser derivado al Programa de Alcohol

1. Paciente con consumo de alcohol > 53 UBE en el varón y > 36 UBE en la mujer.
2. Con AUDIT positivo > 5 - 8.
3. Con CAGE positivo > 2.
4. Criterios diagnósticos CIE y/o DSM.
5. Fase motivacional.
6. Volumen corpuscular medio (VCM).
7. GGT.
8. GOT.
9. GPT.

Con estos hallazgos se informa al paciente de:

1. Su situación clínica con los riesgos para su salud y consecuente necesidad de tratamiento enfocado a la abstinencia de consumo de alcohol.

2. La oferta del tratamiento, que consistirá en:
Desintoxicación,
Deshabitación,
Rehabilitación que se podrá realizar en AP o especializada, en función de la experiencia o necesidad/conveniencia de derivación a especializada.

El médico de AP sopesará entonces la derivación al PA apoyándose en los criterios siguientes:

1. Falta de una persona responsable para la supervisión domiciliaria del proceso.
2. Patología psiquiátrica coexistente.
3. Riesgo de aparición de un síndrome de abstinencia grave.
4. Insuficiente experiencia en el manejo del personal de AP.
5. Reducción del daño en pacientes en fase contemplativa.
6. Paciente en el que se ha realizado una desintoxicación ambulatoria y presenta recaída.
7. Paciente con comorbilidad orgánica grave que precisa desintoxicación hospitalaria.

Se entiende que las dependencias leves pueden abordarse en AP mientras que especializada se ocupa de cualquier dependencia con o sin comorbilidad (psiquiátrica, otras sustancias, complicaciones médicas graves).

El PA ofrece una evaluación individual y multidisciplinar desde las consultas de Enfermería, Psicología y Psiquiatría con un plan terapéutico individualizado. En el programa se utilizan los medios especializados habituales destacando: psicoterapia individual y grupal (grupo de prevención de recaídas, grupo psicoeducativo, grupo de mantenimiento de la abstinencia, grupo de reducción del daño, grupo de habilidades sociales, grupo de familiares) con apoyo a las familias, alcoholurias... y una consultoría virtual abierta permanentemente a todos los médicos de AP del área^{20,29}.

Organización y recursos necesarios

Se pretende proporcionar una atención adecuada a los pacientes con problemas relacionados con el alcohol, ofreciendo un tratamiento en paralelo desde AP y la Unidad de Salud Mental, con la máxima coordinación posible y con un intercambio fluido de información sobre el proceso terapéutico. Para conseguirlo serán necesarios los siguientes recursos:

1. Equipos de Atención Primaria (médicos, enfermería y trabajadores sociales) sensibilizados y formados en la detección de problemas relacionados con el alcohol, que sean capaces de cribar los casos que precisen recibir tratamiento en especializada y ofrecer al resto tratamiento, consejo médico adecuado o un cauce apropiado para la reducción del daño.
2. Equipo multidisciplinar en la Unidad de Salud Mental (psiquiatra, psicóloga, enfermera) enfocado al tratamiento específico de los problemas relacionados con el alcohol y sus complicaciones psiquiátricas.

3. Colaboración con el servicio de Medicina Interna para los casos en que sea necesario un ingreso para realizar la desintoxicación.

Sistema de registro

Historia clínica en el EAP

En la historia clínica de OMI deberán estar registrados los siguientes datos:

1. La exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años, en toda persona mayor de 14 años, tal y como se recomienda en el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS): cuantificación del consumo semanal en UBE, años de exposición al alcohol, patrón de consumo.
2. Resultado obtenido en el caso de aplicar cuestionarios específicos: CAGE, AUDIT o MALT.
3. Marcadores biológicos relacionados con el consumo de alcohol: VCM, GGT, GOT, GPT, cociente GOT/GPT > 1.
4. Deberá también quedar registrado el estadio en el que se encuentra el paciente: precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento o recaída.

Volante de interconsulta (tabla 2)

En el volante de interconsulta sería conveniente incluir:

Motivo de derivación.
Existencia de problemas relacionados con el alcohol y pruebas complementarias u otras derivaciones realizadas.

Tabla 2 Volante para la derivación

Datos del paciente		
Consumo UBE/semanal	Resultado	
AUDIT	Resultado	
CAGE	Resultado	
Criterios diagnósticos	Sí/no	Consumo excesivo durante largos periodos
	Sí/no	Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir una sustancia
	Sí/no	Pérdida de control sobre la ingesta
	Sí/no	Abstinencia
	Sí/no	Tolerancia
	Sí/no	Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales
VCM	Resultado	
GGT	Resultado	
GOT	Resultado	
GPT	Resultado	
Fase motivacional	Sí/no	Precontemplación
	Sí/no	Contemplación
	Sí/no	Preparación
	Sí/no	Acción
	Sí/no	Mantenimiento
	Sí/no	Recaídas
Comorbilidad orgánica		
Comorbilidad psiquiátrica		
Baja laboral		

UBE: unidad de bebida estándar

Puntuaciones de cuestionarios: AUDIT, CAGE.
 Datos de los criterios de dependencia alcohólica.
 Tratamientos previos recibidos.
 Datos relacionados con su entorno y apoyos.
 Datos acerca del lugar de la desintoxicación (hospital frente a ambulatorio).
 Datos sobre la baja laboral, si procede.

Informe clínico

Para asegurar la continuidad de los cuidados, el paciente será derivado con un informe que describa el diagnóstico, evolución, plan de tratamiento, necesidad de seguimiento.

Conclusiones

En la actualidad este protocolo se está utilizando de forma piloto mientras se adapta la aplicación informática de AP. Hasta la fecha la experiencia inicial tanto para AP como para especializada es satisfactoria, pues proporciona información precisa y necesaria para el abordaje de los pacientes y facilita su detección y acceso a los dispositivos.

Además de los beneficios descritos relacionados directamente con la asistencia, este esfuerzo común ha consolidado un grupo de trabajo del área activo y permanente dedicado a los problemas relacionados con el alcohol, que nos proporciona un marco para afianzar un estilo de trabajo con el propósito de compartir el plan terapéutico del paciente simultaneando objetivos clínicos tanto en AP como en especializada. Este enfoque también lleva consigo el propósito de objetivos convergentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

- Díez Manrique JF, Peña Martín C, Vázquez Barquero JL, Ayes-tarán Ruiz A, García Gutiérrez A, García Usieto E. Características sociodemográficas y consumo de alcohol en Cantabria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1991;11:187-95.
- Díez Manrique JF, Peña Martín C, Vázquez Barquero JL, Lequerica Puente J, Alonso Sánchez M, García Usieto E. Prevalencia y patrones psicosociales de consumo de alcohol en Cantabria. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1991;XIX(6):279-89.
- Herrera Castanedo S, Vázquez Barquero JL, Gaité L, Díez Manrique JF, Peña C, García Usieto E. Alcohol consumption in a rural area of Cantabria Soc. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996;31:199-206.
- Bankole A Johnson, Ruiz P, Galanter M. *Handbook of clinical alcoholism treatment.* Baltimore: Lipincott Williams & Wilkins; 2003.
- Edwards G. *Alcohol y salud pública.* Barcelona: Prous Science; 1994.
- Guardia Serecigni J. *Guía clínica de Socidrogalcohol para el tratamiento del alcoholismo.* 2007.
- PNSD. *Alcohol. Informe de la comisión clínica.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Santo-Domingo J. *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias.* Madrid: Aula Médica; 2000.
- Díez Manrique JF, García Usieto E, Vázquez Barquero JL. Los estudios comunitarios y de atención primaria del alcoholismo: problemas metodológicos y resultados. En: Rodríguez Pulido F, Sierra López A, editores. *La investigación epidemiológica de las drogodependencias.* ICEPSS; 1995.
- Fernández MI, Gual A, Cabezas C. *Drogodependencias.* En: Martín Zurro AM, Pérez Cano JF, editores. *Atención Primaria, conceptos organización y práctica clínica.* 4.ª ed. Harcourt Brace; 1999.
- García Usieto E, Mendieta S, Cervera G, Fernández JR, editores. *Manual SET de alcoholismo.* Madrid: Panamericana; 2003.
- García Usieto E. *Manejo del paciente con problemas relacionados con el alcohol.* Madrid: PBM; 2002.
- Giner J, Franco MD. Problemas relacionados con el alcohol. En: Vázquez Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid: Grupo Aula Médica; 1998.
- Rodríguez-Martos A. *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera.* Barcelona: Salvat; 1989.
- Rubio G, Santo Domingo J. *Guía práctica de intervención en el alcoholismo.* Madrid: Gabriel Rubio; 2000.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Guía de actuación en Atención Primaria.* Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1998.
- O.M.S. *Políticas sobre el alcohol en la Planificación Nacional de la Salud y el Desarrollo.* Publicaciones de la OMS n.º 89; 1985.
- Rodríguez-Martos A, Gual Sole A, Llopis Yacer JJ. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clí (Barc).* 1999;12(12):446-50.
- Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on non dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice.* 1998;15:562-8.
- Díez Manrique JF, García Usieto E. Programa Cantabria Intervención breve. Santander: Gobierno de Cantabria Dirección Regional de Bienestar Social y Dirección General de Salud Mental; 1999.
- Díez Manrique JF, Peña Martín C, García Usieto E, Gaité Pindado L. Intervención breve en Cantabria en problemas relacionados con el alcohol. *Adicciones.* 2002;14(1):13-24.
- García Usieto E. Intervenciones grupales de tipo psicoeducativo. Intervención breve y prevención de recaídas. En: García E, Mendieta S, Cervera G, Fernández JR, editores. *Manual SET de alcoholismo.* Madrid: Panamericana; 2003. p. 359-414.
- Babor MJ, De la Fuente JK, Saunders J, Grant M. *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care.* Ginebra, Switzerland: World Heath Organization; 1992.
- Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso del alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp.* 1998;198:11-4.
- Rodríguez Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA(CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol.* 1986;11:132-9.
- A.P.A DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 1994.
- O.M.S. *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento.* Madrid: Meditor; 1992.
- Prochaska JO, Di Clemente C. *Towards a comprehensive model of change.* En: Miller WR, Heather N. *Treating addictive behaviors: Process of change.* New York: Plenum Press; 1986.
- García Usieto E. Detección de problemas relacionados con el alcohol, abuso y dependencia alcohólica en Atención Primaria. *Conductas adictivas [serie en internet].* Octubre 2002;2(3):27-9. Disponible en: www.conductasadictivas.org.