



**Hospital Universitario
12 de Octubre**

 **Comunidad de Madrid**

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Edición nº 1

CONTROL DE EDICIONES

ED.	FECHA	HOJA/S	CAUSA DEL CAMBIO
1		Todas	

Realizado

Miguel Ángel Jiménez Arriero
Gabriel Rubio Valladolid
M^a Isabel Sepúlveda Moya

Fdo.:

Fecha: 30/12/2014

Revisado:

Pedro Ruiz López

Fdo.:

Fecha:

Aprobado:

Fdo.:

Fecha:

ÍNDICE

1. GRUPO	2
2. INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO PRINCIPAL	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
3. ALCANCE	5
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	6
5. INDICADORES.....	9
6. COMPROMISO DE EVALUACIÓN.	10
7. COMPROMISO DE ACTUALIZACION	10
8. BIBLIOGRAFÍA	11
9. ANEXOS.....	12
ANEXO 1.- Cuestionario AUDIT- C	12
ANEXO 2. Definiciones de consumo.	13
Consumo de riesgo	13
Consumo perjudicial.....	13
Criterios de dependencia alcohólica.....	14
ANEXO3 . Protocolo de desintoxicación en hospitalizados.	15
ANEXO 4. Intervención Motivacional	18

1. GRUPO.

- Coordinador:
 - Dr. Gabriel Rubio
- Gestión de datos
 - José Luis Bernal
- Medicina Interna
 - Dr. Salvador Mateos
 - Dr. Agustín Blanco
 - Supervisora: Ana López
- Digestivo
 - Dra. Inmaculada Fernández Vázquez
 - Dra. Elena Gómez Domínguez
 - Dra. Mónica Barreales Valbuena
 - Supervisora: Carmen Solla Rojo
- Urgencias
 - Dra. Lorena Castro Arias
- Psiquiatría
 - Yolanda Guerrero
 - Dr. Francisco Arias
 - Dra. Isabel Castillo
 - Dr. Guillermo Ponce
- Ginecología/obstetricia
 - Dr. José Manuel Hernández García
 - Supervisora: María José García Rodríguez
- Pediatría
 - Dr. Jesús Ruiz Contreras
 - Supervisora: María de los Ángeles García García
- Cirugía digestiva-Trasplante hepático
 - Dr. Carlos Jiménez
 - Dr. Iago Justo-Alonso

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 3 de 21

- Dr. Felix Cambra Molero
- Supervisora/enfermeras del equipo de trasplante hepático
- Servicios participantes
 - Servicio de Medicina Interna
 - Servicio de Medicina del Aparato Digestivo
 - Servicio de Cirugía de Aparato Digestivo-Unidad de Trasplante hepático
 - Servicio de Pediatría
 - Servicio de Psiquiatría
 - Servicio de Ginecología
 - Servicio de Urgencias

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 4 de 21

2. INTRODUCCIÓN

Un elevado porcentaje de los pacientes que ingresan en el Hospital general tienen trastornos derivados del uso de alcohol. Aproximadamente el 20-30% de los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna presentan problemas de abuso de alcohol y otras sustancias que pueden necesitar desintoxicación e intervenciones psicoterapéuticas orientadas a mejorar la motivación para mantener la abstinencia tras el alta (Paucá et al, 2013). Algo similar ocurre con los Servicios de Digestivo y en las Unidades de trasplante hepático dadas las complicaciones hepáticas derivadas del consumo de alcohol (Franklin et al, 2006). La detección y tratamiento de la dependencia alcohólica durante el periodo de tiempo que permanecen los pacientes ingresados en los Servicios Médico-quirúrgicos son tareas que debe conocer cualquier clínico del hospital (Rubio, Ponce 2013) y se ha relacionado con una mayor adherencia a los programas de tratamiento de la dependencia, una disminución de las estancias hospitalarias y una menor tasa de recaída tras el alta hospitalaria (Malet et al, 2005).

Estos antecedentes y la experiencia acumulada a lo largo de estos años nos han llevado a diseñar un programa de tratamiento del paciente dependiente del alcohol en el hospital general con los siguientes objetivos:

1. *Facilitar la detección* del paciente dependiente del alcohol que ingresa en el Hospital 12 de Octubre.
2. Llevar a cabo la *desintoxicación*, en caso de que sea necesario, aprovechando el periodo de ingreso hospitalario.
3. *Motivar* al paciente para que continúe el tratamiento de *deshabitación* tras ser dado de alta del hospital.

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 5 de 21

4. Atender las necesidades *formativas de los profesionales* (médicos, enfermeras, auxiliares) que desempeñan su actividad profesional en los Servicios más claramente implicados en el tratamiento en el manejo de estos pacientes (Medicina Interna, Digestivo, Cirugía Digestiva).

OBJETIVO PRINCIPAL

- Describir detalladamente las actuaciones por parte de los profesionales del Hospital 12 de Octubre para el tratamiento de pacientes con Trastornos por consumo de alcohol atendidos en el Hospital

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Utilizar instrumentos de cribaje de Trastornos por consumo de alcohol.
- Describir cómo tratar el síndrome de abstinencia por el alcohol en el Hospital.
- Conocer las vías de derivación y/o interconsulta de estos pacientes.
- Formar a los profesionales sanitarios en el manejo de pacientes dependientes del alcohol ingresados en el Hospital

3. ALCANCE

- Todos los clínicos del Hospital.
- Otros profesionales relacionados con estos pacientes
- Pacientes con dependencia del alcohol.

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 6 de 21

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

El paciente puede ingresar en el hospital derivado desde las consultas externas de cualquier Servicio del Hospital o bien procedente de la Urgencia hospitalaria.

Una vez ingresado, el profesional responsable del paciente lleva a cabo la evaluación clínica que incluye preguntas sobre ingesta de alcohol (Anexo 1). Cuando se sospeche problemas relacionados con dicho consumo, en el momento actual o en el pasado, se debe realizar una evaluación orientada a confirmar la presencia de trastornos por consumo de alcohol (consumo de riesgo, uso perjudicial o dependencia alcohólica) (Anexo 2-criterios de consumo de riesgo, criterios de consumo perjudicial y de dependencia del alcohol).

De confirmarse la presencia de dependencia alcohólica se debe evaluar la posibilidad de que pueda aparecer síndrome de abstinencia alcohólica en cuyo caso se utilizará algunas de las pautas descritas en el Anexo 3.

Una vez desintoxicado o en el caso de que no se haya puesto de manifiesto la sintomatología de abstinencia por alcohol se debe evaluar la motivación del paciente para recibir ayuda que le permita alcanzar y mantener la abstinencia. Para llevar a cabo este tipo de evaluación suele ser recomendable una entrevista breve basada en principios motivaciones orientados a disminuir las resistencias del sujeto para llevar a cabo los cambios de conducta (Anexo 4).

Durante los primeros días de ingreso, el clínico responsable del paciente dispondrá de diferentes resultados que le permitan conocer la existencia de diferentes patologías comorbidas con la que provocó el ingreso. En caso de que el paciente tenga un trastorno mental grave (psicosis, trastorno bipolar, trastorno depresivo, dependencia de otras drogas de o demencia, por ejemplo) o escasa motivación para llevar a cabo un programa de tratamiento orientado a

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 7 de 21

la abstinencia alcohólica sería conviene cursar un **PIC a Psiquiaría**. En caso de presentar una hepatitis alcohólica o cirrosis alcohólica sería conveniente cursar **PIC a Medicina del Aparato Digestivo**. Si el clínico lo considera oportuno, se podrá solicitar la evaluación de otro especialista en caso de que el paciente tenga otras patologías asociadas.

Cuando el profesional responsable del caso esté planificando el ALTA médica de un paciente dependiente de alcohol que ha recibido atención durante el ingreso (Desintoxicación, intervención breve, otras) deberá explicar a paciente que se le deriva a Interconsulta de Psiquiatría para que continúe con la atención recibida durante el ingreso y/o a la Consulta de Medicina del Aparato Digestivo.

Es muy importante señalar en el informe de ALTA:

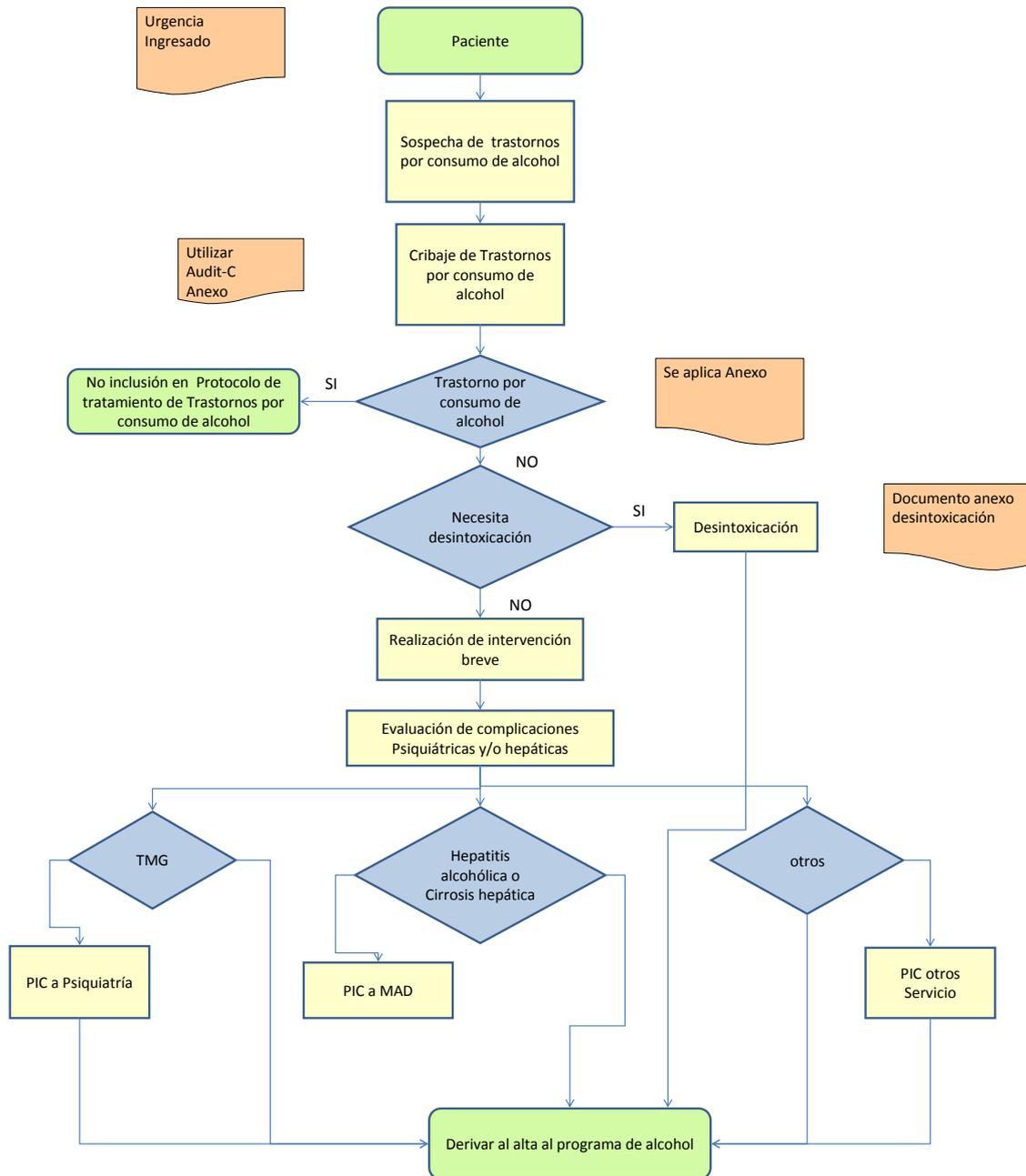
Los **diagnósticos relacionados con el consumo de alcohol (seleccionar algunos de los siguientes)**

- Dependencia alcohólica.
- Hepatitis alcohólica.
- Hepatopatía/Cirrosis alcohólica.

El **tipo de intervención realizada** durante el ingreso: Desintoxicación, otras exploraciones, PICs.

Los **planes terapéuticos tras el alta**

- Derivaciones al Programa de problemas por el alcohol o otras consultas.
- Qué tipo de seguimiento se debe realizar desde Atención Primaria.



	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 9 de 21

5. INDICADORES

- Número total de pacientes incluidos en el protocolo de tratamiento
- Número de pacientes desintoxicados/ Número total de pacientes incluidos en el programa de tratamiento x100
- Número de pacientes derivados a Psiquiatría/ Número total de pacientes incluidos en el protocolo de tratamiento x100
- Número de pacientes derivados a Medicina del Aparato Digestivo/ Número total de pacientes incluidos en el protocolo de tratamiento x100
- Número de pacientes que no aceptan ser incluidos en el programa de Problemas relacionados con el Alcohol/ Número total de pacientes incluidos en el protocolo de tratamiento x100
- Informes de alta donde se recoja el diagnóstico de dependencia (trastorno por consumo de alcohol)/ Informes de alta del total de los pacientes incluidos en el protocolo x100
- Informes de alta donde se recoja otros diagnósticos de patologías relacionadas con el consumo de alcohol/ Informes de alta del total de los pacientes incluidos en el protocolo x100.

	PROCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015 Ed. 1 Página 10 de 21
---	--	---

6. COMPROMISO DE EVALUACIÓN.

El grupo de trabajo que ha confeccionado este protocolo se compromete a evaluar sus indicadores anualmente

7. COMPROMISO DE ACTUALIZACION.

El grupo de trabajo que ha confeccionado este protocolo se compromete a actualizarlo en un plazo no superior a tres años, salvo que se produzcan cambios normativos desde su implantación.

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 11 de 21

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Pacla Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J. Alcoholismo, guías clínicas sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica. 3ª ed. España:Saned; 2013
2. Franklin J, Levenson J McCance- Katz E. Trastornos relacionados con sustancias. En: Levenson J, editors. Tratado de Medicina Psicosomática. Barcelona: Ars Medica; 2006.p.394- 430.
3. Malet L, Schwan R, Boussiron D, Aublet.Cuvelier B, Llorca PM. Validity of the CAGE questionnaire in hospital.. Eur Psychiatry 2005 Nov;20 (7):484-9.
- 4.Rubio, G., Ponce, G., Alcohol Detoxification. In: Interventions forAddiction:Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders.2013. Elsevier: San Diego:Academic Press, pp. 355–366.
5. Miller W, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. 9ª ed. Barcelona: Paidós; 2012.
6. Altamirano J, et al. Predictive factors of abstinence in patients undergoing liver transplantation for alcoholic liver disease. Ann of Hepatol. 2012;11(2);213-221.
7. DiMartini A, Day N, Dew MA, et al. Alcohol consumption patterns and predictors of use following liver transplantation for alcoholic liver disease. Liver Tanspl 2006;12:813–20.
8. Lucey M. Liver transplantation in patients with Alcoholic liver disease. Liver transplantation. 2011;17:751-759.
9. Day E, Bentham PW, Callaghan R, Kuruvilla T, George S. 4.Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 1;7.
10. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JP. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2005, Jul 20; (3)
11. Weinrieb RM, et al. Alcoholism treatment after liver transplantation: Lessons learned from a clinical trial that failed. Psychosomatics. 2001;42:110-116.
12. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989; 84: 1353-1357.

9. ANEXOS

ANEXO 1.- Cuestionario AUDIT- C

(screening dependencia del alcohol)

1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) nunca (1) Una o menos veces al mes
- (2) 2 a 4 veces al mes
- (3) 2 o 3 veces a la semana
- (4) 4 o mas veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

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

3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas (si eres mujer) o más de 8 (si es varón) en un solo día?

- (0) nunca
- (1) menos de una vez al mes
- (2) mensualmente
- (3) semanalmente
- (4) a diario o casi a diario

Valoración:

Puntuación **por debajo de 5** equivaldría a un bajo riesgo de tener una dependencia del alcohol. Puntuación por **encima de 5** podría ser indicativa de una posible dependencia del alcohol

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 13 de 21

ANEXO 2. Definiciones de consumo.

Consumo de riesgo

Se trata de un concepto difícil de consensuar porque dependerá del tipo de consecuencia que se esté evaluando para establecer el riesgo. En Europa se tiende a considerar el límite en **40 g/día para el hombre y en 24 g/día para la mujer**. También se considerará *bebedor de riesgo*, aquella persona que consume > 80 g de alcohol en un período corto de tiempo (horas), al menos una vez al mes.

Consumo perjudicial

Es una categoría utilizada en la CIE-10 para diagnosticar a sujetos que están utilizando una sustancia con un patrón de consumo desadaptativo y que cumple los siguientes criterios: a) Evidencia de que el consumo de una sustancia ha causado al individuo un *daño somático* o alteraciones *psicológicas* incluyendo alteración del juicio o de la conducta, que podrían llevar a la discapacidad o a tener consecuencias para las relaciones interpersonales; b) La naturaleza del daño debe ser claramente identificable; c) La forma de consumo ha persistido durante al menos un mes o se ha reiterado varias veces a lo largo de un periodo de 12 meses; d) El trastorno no satisface criterios para dependencia.

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 14 de 21

Criterios de dependencia alcohólica

Criterios CIE-10 de dependencia alcohólica: *Se considera la dependencia de sustancias como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, que se manifiesta por tres o más criterios de los siete siguientes y que aparecen en algún momento de un mismo periodo de 12 meses*

Tolerancia definida por alguna de las siguientes manifestaciones: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) una disminución notable del efecto tras el uso continuado de la misma.

Abstinencia, definida por algunos de los siguientes criterios: a) síndrome de abstinencia característico para la sustancia. b) se toma la misma sustancia para aliviar o evitar el síndrome de abstinencia.

La sustancia es tomada con frecuencia en *cantidades mayores* o durante un periodo más largo de los que inicialmente se pretendía.

Existe un *deseo persistente* o esfuerzos infructuosos de controlar o *interrumpir el consumo* de la sustancia.

Se *emplea mucho tiempo* en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la misma.

Deseo de consumir la sustancia

Problemas para cumplir con las obligaciones laborales, escolares o domésticas.

Se continúa tomando la *sustancia a pesar de los problemas* sociales o interpersonales, que parecen causados o exacerbados por la sustancia.

Reducción de importantes *actividades* sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

Uso recurrente de la sustancia en *situaciones de riesgo*

Se continúa tomando la *sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos* recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por la sustancia.

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 15 de 21

ANEXO 3 . Protocolo de desintoxicación en hospitalizados.

(Para pacientes dependientes del alcohol ingresados en el hospital).

Valoración del paciente de para realizar la desintoxicación:

La evaluación inicial del paciente con problemas relacionados con el alcohol, requiere una detallada valoración de la dependencia física y el riesgo de complicaciones del síndrome de abstinencia.

Esta valoración incluye el patrón de consumo (tiempo de consumo, cantidad, periodicidad), los síntomas de abstinencia que presenta el paciente (temblor, sudoración, ansiedad, taquicardia...), los antecedentes de cuadros abstinenciales previos, el uso de medicación concomitante que pudiera enmascarar la sintomatología de abstinencia (benzodiazepinas, anticonvulsivantes, opiáceos, barbitúricos, clonidina, betabloqueantes...), y otros factores como patologías médicas que condicionen un mayor riesgo para desarrollar complicaciones del síndrome de abstinencia.

Además, es importante tener en cuenta el momento en el que realizamos la evaluación en relación con el patrón temporal de consumo del paciente, ya que es posible que durante la exploración no observemos signos o síntomas de abstinencia porque el sujeto tenga todavía niveles de alcohol en sangre.

En estos casos se debe prever que puedan aparecer complicaciones del síndrome de abstinencia si coinciden más de 3 de los siguientes factores de riesgo:

- varón
- edad > 40 años
- alcoholemia > 250 mg/dl
- consumo medio > 200cc de etanol/día
- consumo a horas fijas para evitar el síndrome de abstinencia
- tiempo de evolución de la dependencia del alcohol de > 10 años

 <p>Hospital Universitario 12 de Octubre Comunidad de Madrid</p>	<p>PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE</p>	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 16 de 21

- ansiedad y temblores tras 6-8 horas del último consumo
- antecedentes de cuadros abstinentiales graves (convulsiones, alucinaciones o delirium)
- patología médica aguda en el momento de la evaluación

Pautas farmacológicas para llevar a cabo la desintoxicación en el ámbito del hospital general.

1.- Pauta dependiente de sintomatología abstinerencial (escala CIWA-AR)

Un instrumento ampliamente utilizado para determinar la gravedad del síndrome de abstinencia del alcohol es la escala CIWA-AR. También puede utilizarse esta escala para hacer el seguimiento del síndrome de abstinencia por alcohol.

2.- Pauta de choque (dosis de carga)

Día 1: Empezar con una dosis alta de benzodiazepinas para conseguir la sedación del paciente.

Día 2: misma dosis que día 1 pero dividida en 4 tomas.

Día 3 y sucesivos: Dar 20-30% menos de la dosis administrada el día anterior.

3.- Pauta a dosis fijas (elección)

A. Benzodiazepinas vida media larga (elección):

1. Diazepam (Valium)

día 1: 10-20mg/6h

día 2: 10-20mg/8h

día 3: 10-20mg/12h

día 4: 10-20mg/24h

día 5: 5-10mg/24h

día 6: no medicación

2. Clorazepato dipotásico (Tranxilium)

día 1: 50mg/6h

día 2: 50mg/8h

día 3: 50mg/12h

día 4: 50mg/24h

día 5: 25mg/24h

día 6: no medicación

B. Benzodiazepinas de vida media intermedia (si las benzodiazepinas de vida media larga no están indicadas, riesgo de interacciones medicamentosas enfermedad hepática grave, personas ancianas).

3. Lorazepam (Orfidal)

día 1: 1-2mg/4h

día 2: 1- 1,5mg/4h

día 3: 0,5-1mg/4h

día 4: 0,25- 0,50mg/4h

día 5: 1mg/24h

día 6: no medicación

4. Dar dosis extra si CIWA- Ar >8-10.

 <p>Hospital Universitario 12 de Octubre Comunidad de Madrid</p>	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015 Ed. 1 Página 18 de 21
---	--	---

ANEXO 4. Intervención Motivacional

(Para promover cambios en el consumo de alcohol)

De forma genérica podemos decir que la intervención motivacional se apoya en el refuerzo de la motivación y en que el paciente pueda darse cuenta de su actitud hacia las diferentes opciones planteadas para disminuir las complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol.

El refuerzo de la motivación es un proceso de consejo directivo y comprensivo que ayuda a los pacientes a organizar su motivación para el cambio. Las técnicas de refuerzo de la motivación se fundamentan en los conceptos de autonomía, ambivalencia y aumento de la propia motivación.

- La autonomía se basa en la concepción de que es el propio paciente quien resuelve su problema, el médico debe estar preparado para ayudar a su paciente a que tome las decisiones con menos riesgos.
- Una tarea que se mantendrá durante todo el proceso terapéutico es la de ayudar al paciente a manejar la ambivalencia. En ocasiones los pacientes señalan sus problemas relacionados con el alcohol, pero éstos son minimizados hasta tal punto que únicamente valoran los aspectos positivos del consumo. Es necesario que entiendan la magnitud de los otros problemas, de forma que la ambivalencia para dejar el consumo se vaya tornando en ambivalencia para la continuación con la abstinencia. Es posible que algunos pacientes busquen la confrontación con el médico, pero hemos de saber que estas discusiones, lejos de ser útiles, provocan mayor resistencia en el paciente. Es mejor tratar de comprender la situación desde la perspectiva del paciente y mostrar comprensión del dilema, de esta forma, médico y paciente trabajan juntos por una meta común en vez de luchar uno contra otro.

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 19 de 21

- Un error bastante frecuente por parte del personal sanitario consiste en intentar, lo más rápidamente posible, que el paciente reconozca o asuma un diagnóstico, ya sea el de consumo perjudicial o dependiente del alcohol. Debe recordarse que la finalidad de la entrevista motivacional es ayudar al paciente a que continúe haciendo cambios, y que no es un prerrequisito que acepte un determinado diagnóstico.

El otro aspecto clave de la entrevista motivacional es que el paciente pueda tener **información sobre sus resistencias**.

A lo largo de la entrevista el médico suele captar el significado de las expresiones verbales y no verbales del paciente que le hacen sospechar cuales son las resistencias para disminuir o suprimir el consumo de alcohol. Procuraremos **señalar sus ambivalencias, ayudándole a superarlas**.

En un primer momento el médico debe manejar los **datos objetivos** que se derivan de las quejas del paciente y de las diferentes exploraciones: malestar físico, alteraciones bioquímicas, alteraciones morfológicas-organomegalias-problemas psicológicos u otros. **Con estos datos caben dos hipótesis** que deberá contrastar a lo largo de la entrevista: *Primera*: la de que el paciente no ha relacionado el motivo de ingreso con su consumo de alcohol. *Segunda*: o por el contrario, sí lo ha asociado pero presenta una cierta resistencia a reconocer la magnitud del mismo.

En cualquiera de las dos situaciones es conveniente mostrar una actitud comprensiva y empática, realizar preguntas abiertas y abordar de manera realista las posibles ambivalencias, teniendo siempre en cuenta que cada paciente requiere su tiempo.

Con algunos pacientes se puede conseguir un compromiso de abstinencia tras el alta, con otros es probable que no sea así. En el caso de que el clínico considere que el paciente tiene escasa disposición para mantener la abstinencia tras el alta se le ofrecerá la ayuda de los psiquiatras del hospital (PIC a Psiquiatría) para que

	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE	15/01/2015
		Ed. 1
		Página 20 de 21

puedan explicarle las diferentes alternativas para modificar su patón de bebida tras el ALTA.

La tabla siguiente ofrece cinco puntos clave de la entrevista motivacional así como ejemplos sobre preguntas o comentarios que pueden utilizarse en cada caso.

Aspectos claves de la entrevista motivacional y sugerencias para abordarlos

<p><i>EVITAR DISCUSIONES</i></p> <p>"Puede que tenga razón al decir que lo que usted bebe no es tanto. No obstante, su hígado no parece aguantar bien dicho consumo"</p>
<p><i>GENERAR DISCREPANCIAS</i></p> <p>"Según lo que usted me ha comentado, tras el ALTA, le gustaría seguir bebiendo los fines de semana como hasta ahora, aunque sin notar los desagradables efectos de la resaca la mañana siguiente. ¿Cree usted realmente que se puedan conseguir ambos propósitos?"</p>
<p><i>MANIFESTAR COMPRENSIÓN</i></p> <p>"Entiendo que vivir en una sociedad donde se bebe tanto, y reconocer, como usted lo hecho, que el alcohol le está dando problemas, tiene mucho mérito"</p>
<p><i>AFRONTAR LA RESISTENCIA</i></p> <p>"Me preocupa que haya sido capaz de detectar que el alcohol le está dando problemas y que por el contrario se muestre partidario de mantener su nivel de consumo durante un tiempo ilimitado. No llego a entender que le hace pensar que esa alternativa es la más eficaz".</p>
<p><i>APOYAR LA AUTOEFICACIA</i></p> <p>"No se preocupe por no haber conseguido totalmente el objetivo de la abstinencia en los últimos meses. Lo importante es que ha habido periodos de tiempo durante los cuales ha podido conseguido disminuir su consumo y que hoy sigue estando dispuesto a conseguirlo. Todo esto dice mucho de su disposición a conseguir lo que se ha propuesto".</p>