

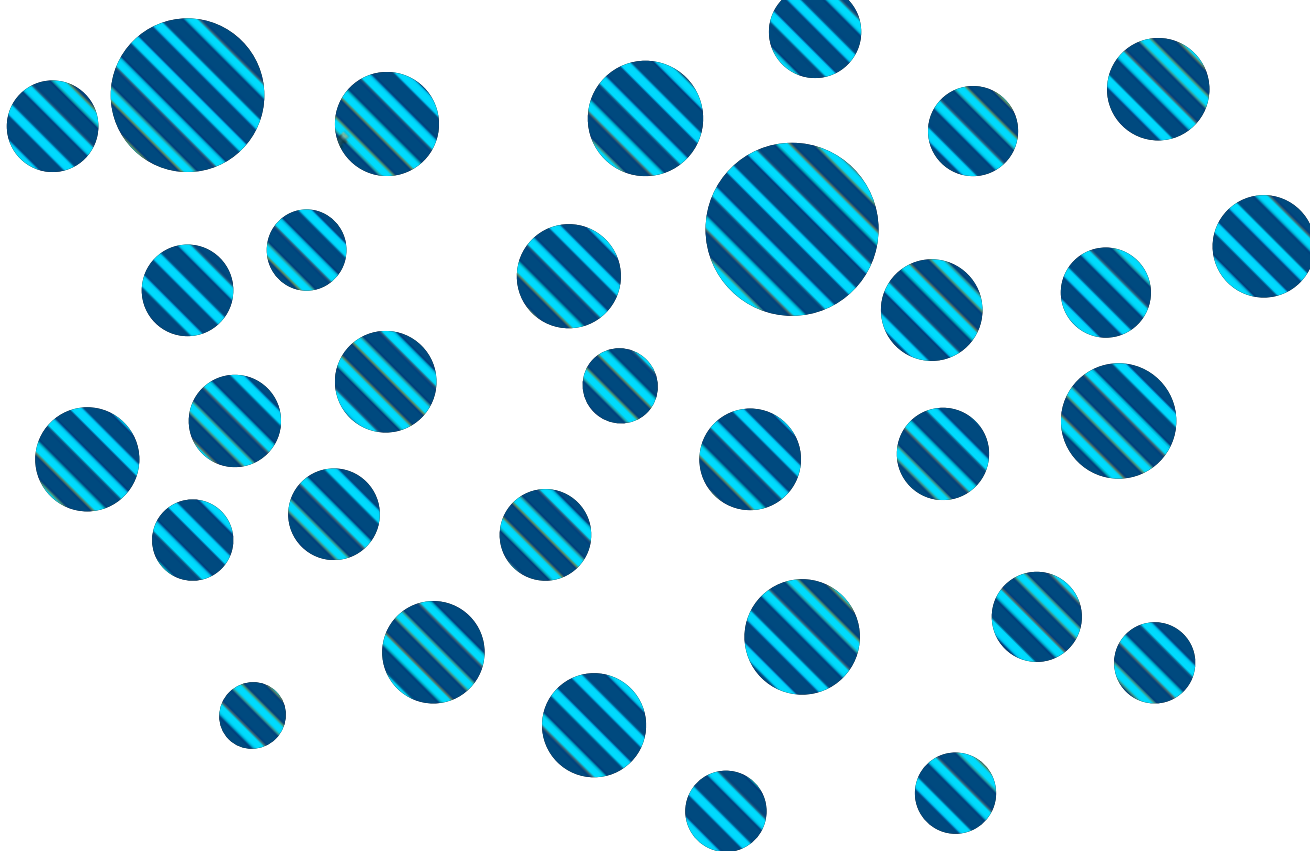
Manual per a la
prevenció i l'abordatge
del **consum d'alcohol** i
els problemes relacionats
en l'àmbit hospitalari.

**Canal Salut
> Drogues**

drogues.gencat.cat



Generalitat de Catalunya
**Agència de Salut Pública
de Catalunya**



Alguns drets reservats

© 2018, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Edita:

Agència de Salut Pública de Catalunya. Sub-direcció General de Drogodependències

Primera edició

Barcelona, novembre de 2018

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Maqueta:

Xavier Cañadell

PRESENTACIÓ →

L'alcohol és la substància més consumida a Catalunya i la que més problemes de salut ocasiona. Cada vegada més, els serveis de salut, ja sigui els de primària o els hospitalaris, atenen més casos relacionats directa o indirectament amb el consum d'alcohol (lesions intencionades i no intencionades, patologia orgànica, patologia mental, etc). Així mateix, l'evidència més actual assenyalava la importància d'identificar precoçment les persones que fan consums de risc o perjudicial i amb possible trastorn de dependència des dels serveis de salut, i des dels hospitals en particular per tal de reduir els problemes associats i també evitar la progressió de la malaltia i millorar el pronòstic de les persones afectades. A Catalunya portem més de 15 anys pilotant dues experiències a l'Hospital de Bellvitge i l'Hospital Clínic, amb la intenció de desenvolupar una proposta de prevenció i atenció dels problemes d'alcohol a nivell hospitalari que es pugui traslladar a tot el territori. Aquesta proposta que presentem aquí, té en compte tota la experiència acumulada també en el desplegament a l'atenció primària de Catalunya del programa Beveu menys.

Aquest esforç dona resposta als objectius establerts dins del Pla d'Acció en Prevenció de Drogues 2012-2016 en l'àmbit de salut i pretén que els hospitals del nostre país, prestin la deguda atenció al consum d'alcohol i als problemes associats. Aconseguir-ho requerirà, entre d'altres, la sensibilització i la formació dels equips professionals i de la gerència clínica i l'establiment de mecanismes de suport per als professionals i per a la derivació de les persones amb trastorns relacionats als serveis especialitzats. Aquest manual, acompanyat de la guia de butxaca, les recomanacions per la gerència, el fullletó per a la població general i el programa formatiu del programa són un primer pas en aquest sentit.

COORDINACIÓ I AUTORS/ES →

Coordinació

Joan Colom. Sub-direcció General Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Beatriz Rosón. Hospital Universitari de Bellvitge.

Autors/es

Merce Balcells Olivero. Hospital Clínic. IDIBAPS

Ferran Bolao. Hospital Universitari de Bellvitge

Eugeni Bruguera Cortada. Hospital de la Vall d'Hebron

Josep Checa Soler. Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia

Teresa Felipe Blasco. Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia

Antoni Gual. Hospital Clínic. IDIBAPS

Josep Guardia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Maria Rosa Hernández. Hospital Universitari de Bellvitge

Ana Isabel Ibar. Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya

Ana Lligoña. Hospital Clínic. IDIBAPS

Ana Belen Martínez. Hospital Universitari de Bellvitge

Silvia Mondón. Hospital Clínic. IDIBAPS

Ramon Pujol Farríols. Hospital Universitari de Bellvitge

Neus Riera Minguet. Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia

Alicia Rodriguez Martos

Lidia Segura Garcia. Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya

INTRODUCCIÓ →

Aquest manual és el fruit de la col·laboració d'un ampli grup de professionals experts que treballen en l'àmbit clínic i de recerca en els problemes derivats del consum d'alcohol, i pretén ser una eina útil per que els hospitals i els i les professionals puguin actuar de forma preventiva.

Està organitzat en diferents capítols.

El primer capítol aborda en diferents seccions la **magnitud dels problemes relacionats amb l'alcohol, descriu la resposta dels serveis de salut hospitalaris** i permeten fer-se una idea del context sociopolític i la l'abast dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol a Catalunya.

El capítol **Identificació precoç dels problemes d'alcohol a l'Hospital** dona resposta a qüestions sobre com fer la identificació precoç dels problemes d'alcohol i ofereix les t eines i claus perquè els professionals tinguin una mirada sensible al consum d'alcohol dels seus pacients i a les conseqüències que se'n poden derivar.

Un cop determinat que existeix un problema, cal avaluar les afectacions en diferents àmbits. El capítol **Avaluació dels problemes d'alcohol a l'Hospital** aborda l'avaluació de la dependència a l'alcohol, l'impacte en l'esfera psicosocial, la patologia orgànica i psiquiàtrica associada i situacions que requereixen un abordatge especial com són les persones amb trasplantament hepàtic, les dones embarassades, les persones joves i la gent gran.

El capítol sobre **La intervenció terapèutica en els problemes d'alcohol en l'Hospital General** presenta un ampli ventall d'intervencions que donen resposta a cada una de les situacions detectades en funció de la seva gravetat. Així, s'exposa el consell breu, les pautes per a la desintoxicació i l'hospitalització com a part del procés terapèutic.

Però és freqüent a l'Hospital es detecti que pacients que han consultat per algun altre motiu, també presentin un consum perjudicial d'alcohol i que aquest consum pot repercutir de manera greu en el quadre pel que consultaven, si es que no es tracta adequadament. Aquest pot ser el cas dels pacients que ingressen per algun trastorn cardíac, hepàtic, entre d'altres. Aquest aspecte es tracta al capítol sobre **l'Abordatge dels problemes d'alcohol en el marc de la interconsulta hospitalària**.

ÍNDEX HOSPITALS →

PRESENTACIÓ

INTRODUCCIÓ

1	CAPÍTOL 1. MAGNITUD DELS PROBLEMES RELACIONATS AMB L'ALCOHOL I RESPOSTA DELS SERVEIS DE SALUT HOSPITALARIS.....	9
	1.1 EPIDEMIOLOGIA. DE LA SALUT PÚBLICA A L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	11
	1.1.1 Consum poblacional	14
	1.1.2 Consum de risc	16
	Població general	16
	Població atesa a atenció primària.....	16
	1.1.3 Consum perjudicial. Morbimortalitat associada a l'alcohol	18
	1.1.4 Població atesa als hospitals.....	21
	1.2 RESPOSTA DE CATALUNYA: POLÍTIQUES.....	23
	1.2.1 Planificació.....	23
	1.2.2 Organització Mundial de la Salut	24
	1.3 ATENCIÓ DELS PROBLEMES D'ALCOHOL ALS SERVEIS DE SALUT	25
	1.3.1 La resposta als problemes relacionats amb l'alcohol des dels hospitals : Una oportunitat no aprofitada	29
	1.3.2 Programes hospitalaris d'intervenció en els problemes relacionats amb el consum d'alcohol a Catalunya.....	31
	Programa de detecció precoç, intervenció breu i derivació en pacients hospitalitzats amb consum de risc i perjudicial d'alcohol de l'Hospital Universitari de	

	Bellvitge.	32
	Unitat de conductes addictives a l'Hospital Clínic..	33
	1.3.3 Lliçons apreses.....	35
	PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	37
	BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 1.....	38
2	CAPÍTOL 2. IDENTIFICACIÓ PRECOÇ DELS PROBLEMES D'ALCOHOL A L'HOSPITAL.....	41
	2.1 CONDICIONANTS PER A UNA IDENTIFICACIÓ CORRECTA: QUI, QUAN, COM.....	43
	2.2 UNITAT DE BEGUDA ESTÀNDARD	44
	2.3 NIVELLS I CATEGORIES DE CONSUM	45
	2.4 PATRONS DE CONSUM.....	46
	2.5 INSTRUMENTS PER A LA IDENTIFICACIÓ PRECOÇ DEL CONSUM DE RISC, CONSUM PERJUDICIAL I LA DEPENDÈNCIA DE L'ALCOHOL.....	52
	2.5.1 Avaluació directa del consum	52
	2.5.2 Instruments d'identificació precoç.....	53
	AUDIT C.....	57
	CAGE	57
	MALT.....	58
	2.5.3 Avaluació de marcadors biològics	59
	2.6. AVALUACIÓ DE LA DEPENDÈNCIA DE L'ALCOHOL.....	62
	2.7 AVALUACIÓ DE LA GRAVETAT DE LA DEPENDÈNCIA DE L'ALCOHOL.....	62
	2.7.1 Avaluació de la gravetat de l'abstinència a l'alcohol..	64
	2.7.2 Avaluació del craving i i de l'autocontrol	66
	2.7.3 Avaluació de la disposició per al canvi	70
	2.7.4 Avaluació del deteriorament cognitiu i l'alteració de funcions executives en l'alcoholisme	70

PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	71
BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 2.....	72

3

CAPÍTOL 3. AVALUACIÓ DE L'AFECTACIÓ ORGÀNICA	75
3.1 AFECTACIÓ PER APARELLS O SISTEMES	79
3.1.1 Afectació hepàtica.....	79
Esteatosi hepàtica.....	80
Hepatitis alcohòlica.....	80
Cirrosi hepàtica	83
3.1.2 Afectació digestiva	83
Intestí prim	84
Colelitiasi.....	84
Pancreatitis aguda	84
Pancreatitis crònica	86
3.1.3 Afectació cardiovascular	88
Hipertensió	89
Miocardiopatia alcohòlica.....	89
Arítmies.....	90
Ictus.....	90
Malaltia vascular perifèrica.....	91
3.1.4 Afectació neuromuscular.....	91
Encefalopatia de Wernicke.....	91
Síndrome amnèsica de Korsakoff	91
Afectació cognitiva i dilatació ventricular	92
Degeneració cerebel·losa alcohòlica.....	93
Degeneració hepatocerebral i mielopatia hepàtica.	95
Malaltia de Marchiafava-Bignami	95

Mielinolisi central pontina.....	97
Neuropatia perifèrica	98
Miopatia alcohòlica.....	99
Miopatia aguda	99
Miopatia crònicacr'c	100
3.1.5 Afectació hematològica.....	101
Anèmia.....	101
Macroцитosi.....	101
Leucopènia.....	102
Trombocitopènia	102
3.1.6 Malaltia oncològica.....	102
Càncer de mama	103
Càncer de pròstata	103
Càncer d'orofaringe i laringe	103
Càncer gastrointestinal.....	103
Càncer de pulmó.....	103
3.1.7 Síndrome d'alcoholisme fetal	103
3.1.8 Accidents i traumatismes	109
3.1.9 Altres malalties.....	110
Diabetis mellitus.....	110
Osteoporosi.....	110
Altres malalties osteoarticulares	111
Insuficiència renal	111
3.2 INTERACCIONS ENTRE L'ALCOHOL I ELS MEDICAMENTS..	111
.....	111
PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA	
CLÍNICA	113
BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 3.....	123

4	CAPÍTOL 4. AVALUACIÓ DE LA COMORBIDITAT PSIQUIÀTRICA.....	125
	4.1 AVALUACIÓ DE LES ALTRES CONDUCTES ADDICTIVES ASSOCIADES AL TRASTORN PER CONSUM D'ALCOHOL...	131
	PUNTS CLAU	133
	RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	134
	BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 4.....	135

5	CAPÍTOL 5. AVALUACIÓ PSICOSOCIAL	137
	5.1 ÀMBIT FAMILIAR	140
	5.1.1 Relacions amb la parella.....	140
	5.1.2 Cura dels fills i filles	140
	5.1.3 Situació econòmica del nucli familiar	141
	5.2 ÀMBIT ECONÒMIC I HABITATGE.....	141
	5.2.1 Situació econòmica del nucli familiar	141
	5.2.2 Estat de l'habitatge pel que fa la seves condicions d'habitabilitat i higièniques.....	141
	5.3 ÀMBIT LABORAL.....	142
	5.3.1 Història laboral.....	142
	5.3.2 Adaptació laboral.....	142
	5.4 ÀMBIT SOCIAL	143
	5.4.1 Aïllament/solitud	143
	5.5 ÀMBIT JURÍDIC I LEGAL.....	143
	PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	143
	BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 5.....	145

6	CAPÍTOL 6. LA INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA EN ELS PROBLEMES D'ALCOHOL A L'HOSPITAL GENERAL	147
----------	--	------------

6.1 EL CONSELL I LA INTERVENCIÓ BREU PER A PERSONES AMB CONSUM DE RISC, CONSUM PERJUDICIAL D'ALCOHOL I AMB DEPENDÈNCIA DE L'ALCOHOL.....	150
6.1.1 Estructura bàsica de la intervenció breu	151
Comunicar empatia.....	153
Promoure autoeficàcia.....	153
Emfasitzar la responsabilitat del i la pacient	153
Donar feedback sobre l'estat de salut i els riscos	154
Avaluar la consciència de problema	154
Donar consell demanant permís.....	154
Negociar objectius i estratègies	156
Monitorar-ne el progrés	156
6.1.2 La intervenció breu motivacional	156
6.1.3 Modalitats d'intervenció breu.....	158
6.1.4 Eficàcia de les ib en alcohol	159
6.2 PREVENCIÓ I TRACTAMENT DE L'ABSTINÈNCIA ALCOHÒLICA. CRITERIS I PAUTES PER A LA DESINTOXICACIÓ A L'HOSPITAL	165
6.2.1 Neurobiologia de l'alcohol.....	166
6.2.2 Clínica de l'abstinència a alcohol.....	166
Síndrome d'abstinència simple lleu o menor.....	167
Síndrome d'abstinència simple greu (al•lucinacions)..	168
Crisis comicials	168
Síndrome d'abstinència major o delírium trèmens.	169
6.2.3 Criteris diagnòstics de l'abstinència a alcohol	171
Criteris DSM-5.....	172
CIE-10-MC.....	172
6.2.4 Mesura de la intensitat de l'abstinència	173

6.2.5 Diagnòstic de l'abstinència de l'alcohol	173
Pacients amb abstinència simple o menor	173
Pacients amb abstinència major o DT	174
Diagnòstic diferencial de la síndrome d'abstinència alcohòlica	176
6.2.6 Criteris i pautes per a la desintoxicació hospitalària	177
Objectius de la desintoxicació	178
Criteris per iniciar una desintoxicació.....	178
No es recomana la desintoxicació	178
Fàrmacs utilitzats en la desintoxicació i el tractament de la síndrome d'abstinència.....	179
Pautes per a la desintoxicació	184
Dosi fixa amb pauta descendent.....	184
Mètode de càrrega: diazepam-loading	185
Teràpia en funció dels símptomes o segons la intensitat de la història clínica	185
6.2.7 Abstinència al servei d'urgències.....	187
6.2.8 Tractament no farmacològic.....	187
6.3 L'HOSPITALITZACIÓ COM A PART D'UN PROCÉS TERAPÈUTIC. CONDICIONS PER A L'ALTA HOSPITALÀRIA. CRITERIS I ESTRATÈGIES DE DERIVACIÓ A ALTRES CENTRES AMBULATORIS (ESPECIALITZATS O NO ESPECIALITZATS) I HOSPITALARIS	189
6.3.1 La continuïtat en l'assistència.....	190
6.3.2 Factors propis de cada cas.....	191
6.3.3 Factors del context assistencial.....	193
6.3.4 Criteris i estratègies de derivació.....	196
Centres de llarga estada.....	197
Comunitats terapèutiques	197
Centres socio-sanitaris	198

Hospital psiquiàtric	199
6.4. ATENCIÓ A LES FAMÍLIES	199
6.4.1 La col•laboració de la família	200
6.4.2 Les demandes familiars	203
PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	208
BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 6.....	211

7	CAPÍTOL 7. ALCOHOL I POBLACIONS ESPECIALS A L'HOSPITAL: DONES EMBARASSADES, ADOLESCENTS, GENT GRAN I PERSONES QUE NECESSITEN UN TRASPLANTAMENT HEPÀTIC	213
	7.1 ALCOHOL I DONES EMBARASSADES.....	215
	7.1.1 Dones embarassades a l'hospital	216
	7.1.2 Identificació precoç i intervenció en el consum d'alcohol en dones embarassades ateses a l'hospital....	216
	7.1.3 Consideracions concretes a Catalunya	218
	7.2 ALCOHOL EN ADOLESCENTS I JOVES	218
	7.2.1 Adolescents i joves a l'hospital	219
	7.2.2 Intervenció en alcohol en adolescents i joves atesos a l'hospital.....	220
	7.3 ALCOHOL I GENT GRAN.....	221
	7.3.1 Gent gran a l'hospital.....	222
	7.3.2 Intervenció en alcohol en gent gran atesa a l'hospital..	223
	7.4 AVALUACIÓ DE PACIENTS AMB CONSUM D'ALCOHOL DINS D'UN PROTOCOL DE TRASPLANTAMENT HEPÀTIC ...	224
	7.4.1 Guia clínica d'avaluació de pacients amb consum d'alcohol i conducta addictiva en general.....	241
	7.4.2 Classificació segons el consum	
	1) Persones amb consum actiu o amb una	

abstinència inferior a la determinada en els criteris d'inclusió	227
2) Abstinents	228
3) Patologia dual	229
PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	230
BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 7.....	233

8

CAPÍTOL 8. ABORDATGE DELS PROBLEMES D'ALCOHOL EN EL MARC DE LA INTERCONSULTA HOSPITALÀRIA.....	235
8.1 AVALUACIÓ INICIAL	237
8.2 RELACIÓ TERAPÈUTICA.....	237
8.2.1 Factors derivats del o la pacient (característiques del o la pacient de la interconsulta hospitalària).....	238
8.2.2 Suport a professionals no especialistes.....	240
8.2.3 Factors derivats de l'entorn.....	242
8.3 L'ENTREVISTA CLÍNICA EN EL MARC DE LA INTERCONSULTA: CARACTERÍSTIQUES DIFERENCIALS	242
8.3.1 Entorn (setting).....	242
8.3.2 Dificultats en l'abordatge.....	243
8.3.3 Derivació	244
8.3.4 Abordatge de la família.....	244
8.4 ASPECTES ÈTICS I LEGALS DEL TRACTAMENT EN EL MARC DE LA INTERCONSULTA.....	245
8.4.1 Aspectes ètics.....	245
8.4.2 Les implicacions de la utilització de tractaments per a finalitats no aprovades oficialment	247
PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	247
BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 8.....	249

9	CAPÍTOL 9. EL PAPER DE LA INFERMERIA AMB PACIENTS AMB CONSUM DE RISC, PERJUDICIAL O DEPENDÈNCIA ALCOHÒLICA EN L'ÀMBIT HOSPITALARI	251
	9.1 VALORACIÓ D'INFERMERIA AL O LA PACIENT AMB PROBLEMES D'ALCOHOL INGRESSAT A UN HOSPITAL GENERAL.....	259
	9.1.1 Diagnòstics d'infermeria (nanda).....	272
	9.1.2 Criteris de resultats/objectius (noc) i intervencions (nic)	261
	9.2 EL PAPER DE LA INFERMERIA EN UNA UNITAT HOSPITALÀRIA DE DESINTOXICACIÓ	264
	PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA.....	266
	BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 9.....	268

10	CAPÍTOL 10. URGÈNCIES I ALCOHOL	271
	10.1. L'ALCOHOL ALS SERVEIS D'URGÈNCIES: PREVENCIÓ, INTERVENCIÓ I DERIVACIÓ	273
	10.1.1 Epidemiologia de l'alcohol als serveis d'urgències	273
	10.1.2 Qui, quan, com, condicionants per a una identificació correcta	275
	A qui s'ha de cribrar.....	275
	Qui ha de fer el cribratge	275
	L'abordatge a urgències	276
	Com fer el consell/intervenció.....	276
	Reforç o booster de la intervenció a urgències	278
	10.1.3 Eficàcia de la intervenció breu als serveis d'urgències.....	278
	10.1.4 Implementació dels programes d'intervenció breu als serveis d'urgències hospitalaris.....	280
	Barreres relacionades amb els conceptes.....	280

Barreres relacionades amb l'actitud dels i les professionals sanitaris	280
Barreres relacionades amb l'actitud del o la pacient... ..	281
Barreres operacionals.....	281
Barreres relacionades amb el lideratge	281
Barreres econòmiques.....	281
10.2. URGÈNCIES MÈDIQUES	282
10.2.1 Intoxicació alcohòlica aguda.....	282
10.2.2 Crisis comicials	289
10.2.3 Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff.....	291
10.2.4 Cetoacidosi alcohòlica	294
10.2.5 Paràlisi del dissabte a la nit.....	295
10.2.6 Miopatia alcohòlica aguda, rabdomiòlisi	295
10.2.7 Arrítmies (Holiday heart disease).....	300
10.3. URGÈNCIES PSIQUIÀTRIQUES RELACIONADES AMB EL CONSUM D'ALCOHOL	301
10.3.1 Intoxicació patològica (embriaguesa patològica). 301	
10.3.2 Síntomes “psiquiàtrics” de la síndrome d'abstinència alcohòlica.....	302
10.3.3 Trastorns psicòtics induïts per alcohol	303
Al•lucinosi alcohòlica.....	304
Gelosia patològica i alcohol	305
10.3.4 Alcohol i agressivitat.....	306
10.3.5 Alcohol i suïcidi	307
10.3.6 Síndrome de Korsakoff (trastorn amnèsic alcohòlic)... ..	308
PUNTS CLAU	309
RECOMANACIONS PER A LA PRACTICA CLÍNICA	309

Tot i que les/els infermeres/s estan incloses i participen en els aspectes que s'han tractat en els capítols anteriors, hem dedicat un capítol específic al **Paper de la infermeria en la identificació precoç i cures dels problemes d'alcohol en pacients hospitalitzats.**

Els serveis d'Urgències sovint funcionen com una porta d'entrada a l'Hospital, però moltes altres vegades permeten contactes puntuals amb la ciutadania que consulten per un quadre concret agut. Aquest contacte també pot ser una oportunitat per detectar el consum de risc i perjudicial d'alcohol i poder fer intervencions ja siguin terapèutiques o preventives. Aquests aspectes s'aborden en el capítol sobre **L'alcohol al servei d'urgències: prevenció, intervenció i derivació** i es fa un èmfasi especial en l'abordatge de la patologia psiquiàtrica i orgànica associada al consum d'alcohol des dels serveis d'urgències de l'Hospital.

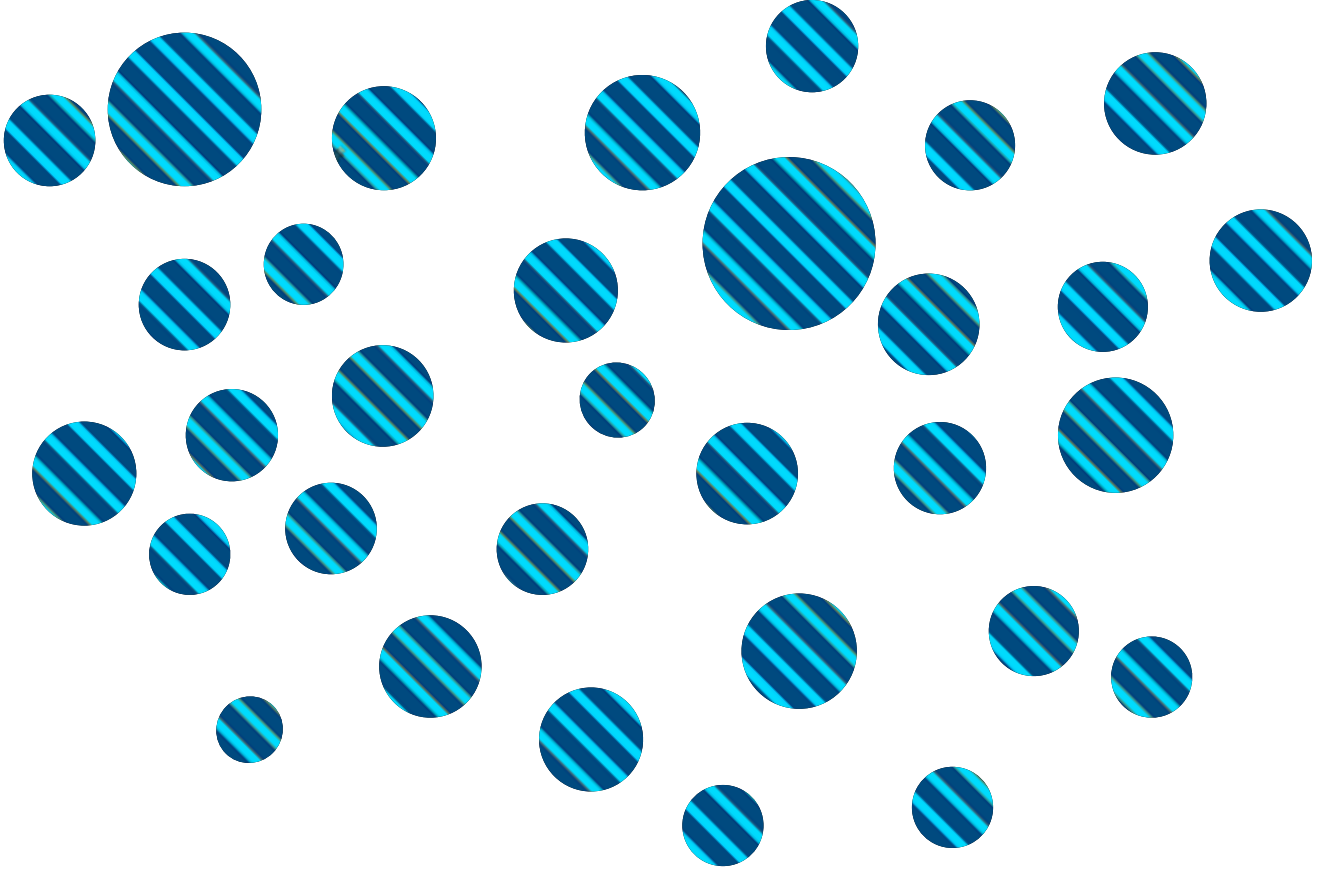
Aquest manual, conjuntament amb el material de sensibilització per a pacients, el díptic de butxaca per professionals, les recomanacions per la gerència dels hospitals i el pla d'implementació, són elements clau de l'anomenat programa "Beveu Menys" per a Hospitals que es vol implementar a Catalunya.





1

Magnitud dels
problemes relacionats
amb l'alcohol i resposta
dels serveis de salut
hospitalaris →



Magnitud dels problemes relacionats amb l'alcohol i resposta dels serveis de salut hospitalaris

En aquest capítol es revisa l'epidemiologia del consum d'alcohol i els problemes associats tant des de la perspectiva de salut pública com des de la dels serveis de salut. Es fa també un anàlisi de la situació actual del tractament del o la pacient amb consum d'alcohol als hospitals catalans.

1.1 EPIDEMIOLOGIA. DE LA SALUT PÚBLICA A L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA.

Autors/es: Joan Colom, Lidia Segura y Ana Ibar

El consum de risc i perjudicial d'alcohol suposa un greu problema de salut pública, amb conseqüències serioses per a la salut de la persona que en consumeix i per al seu entorn. L'alcohol és la substància addictiva més consumida a Europa. Es calcula que les persones adultes europees consumeixen una mitjana de 27 grams d'alcohol diaris, més del doble de la mitjana mundial. Cada any moren prematurament uns 138.000 ciutadans/es europeus/es d'entre 15 i 64 anys per causes relacionades amb l'alcohol, de fet, s'atribueixen a l'alcohol 1 de cada 8 morts en aquesta franja d'edat. A l'Estat espanyol, el consum d'alcohol és el responsable del 14,2% de les morts per cirrosi hepàtica en homes i del 3,9% en dones (Global Status Report on Alcohol and Health, 2014).

L'alcohol ocupa el cinquè lloc entre els factors de risc de càrrega per malaltia i lesions, per davant del colesterol i del sedentarisme (Rehm i Room, 2015). A Espanya ocupa el sisè lloc. Els i les pacients que presenten un trastorn per consum d'alcohol tenen un risc d'entre 1,5 i 4 vegades superior de patir hipertensió, en funció de les quantitats consumides. A més, l'alcohol contribueix a l'aparició de malalties cardiovasculars com la miocardiopatia dilatada no hipertròfica, l'arritmia cardíaca per fibril·lació auricular, els ictus isquèmics i la malaltia hemorràgica (Rehm et al., 2014).

El consum de risc d'alcohol pot fer que la persona desenvolupi un trastorn específic

1

com l'abús i la dependència, o altres trastorns induïts pel consum d'alcohol com el delírium, el trastorn amnèsic, el trastorn psicòtic, els trastorns de l'estat d'ànim o trastorns del son. S'estima que el trastorn per dependència es dona en el 5,4% dels homes i l'1,4% de les dones d'entre 18 i 64 anys (Rehm et al., 2013). L'alcohol, a més, es considera en part responsable de lesions, afeccions gastrointestinals, càncers, malalties cardiovasculars, trastorns reproductius, etc. i pot agreujar altres trastorns ja presents en la persona. Hi ha uns 200 problemes de salut relacionats amb el consum d'alcohol i 30 malalties específiques que no es produirien si no hi hagués consum (Rehm et al., 2014).

És important tenir en compte l'impacte del consum d'alcohol en col·lectius que són especialment vulnerables. Tot i que no està permesa la venda d'alcohol als que tenen menys de 18 anys, a Catalunya l'edat d'inici de consum d'alcohol dels joves se situa als 13,8 anys, els nois són lleugerament més precoços. De fet, el 68% dels nois i noies d'entre 14 i 18 anys diuen que han begut alcohol l'últim mes i el 17,5% diuen que s'han emborratxat un o dos dies aquest últim mes. Aquestes dades, els riscos associats a aquest consum i l'adolescència fan que s'hagi de tenir especial consideració pel consum d'alcohol durant aquest període.

Entre un 25% i un 50% de dones continuen consumint alcohol durant l'embaràs (EuroHealthNet, 2012). El consum d'alcohol pot influir en el desenvolupament del fetus, des d'originar baix pes en néixer fins a síndromes específics com la síndrome de l'alcoholisme fetal. Segons alguns estudis, la incidència del trastorn de l'espectre alcohòlic fetal (TEAF) es dona en la majoria de poblacions entre 0,5 i 3 casos per cada 1.000 naixements (Miller et al., 2006).

Entre la gent gran, l'alcohol mereix especial consideració pels diferents patrons de consum que mostra aquest grup, els efectes específics relatius a l'edat, entre ells uns nivells més elevats d'alcohol en sang a causa del metabolisme i la possible interacció amb certs medicaments. Segons una revisió de la literatura, hi ha pocs estudis adreçats a descriure l'ús d'alcohol en la gent gran i els danys que se'n poden derivar (Anderson i Scafato, 2010). En l'àmbit europeu, l'estudi SHARE va descriure una prevalença de 22,2% de consum de risc entre els homes de més de 65 anys (puntuacions de 5 o més amb l'AUDIT C entre els homes) i 17% entre les dones (≥ 4) amb grans variacions entre països (Bosque-Prous M. et al., 2017). Algunes dades d'àmbit poblacional en l'Estat espanyol assenyalen que el consum moderat d'alcohol entre les persones més grans de 60 anys és de 44,3% i els que sobrepassen aquest nivell se situen en el 7,8% (León-Muñoz L. M. et al. 2015) (es va definir consum moderat el que estava per sota de 40 grams al dia entre els homes i 24 grams entre les dones).

Els danys a tercers de l'alcohol són diversos, s'estima que és la droga amb més

impacte més enllà de la persona que consumeix (Nutt, King i Phillips, 2010). En l'estudi elaborat en el marc del projecte europeu RARHA es va estimar que el 40% de la població catalana va patir danys derivats del consum d'alcohol d'un tercer en el darrer any (Moskalewicz, et al 2016).

Els danys es poden produir tant en l'àmbit privat com en l'esfera pública i poden ser de diversa consideració. En l'àmbit privat, els danys poden anar des de tensions i un estil de vida caòtic (Hope et al., 2013) fins a la manca de les cures adequades als fills i filles (Holmila i Raitasalo, 2015) o la violència. Entre el 25% i el 40% dels incidents de violència en parella es produeixen sota la influència de l'alcohol (Leonard, 2001) i s'estima que al voltant del 60% d'homes amb denúncies o penes per violència contra la parella fan un consum perjudicial d'alcohol (Chérrez-Bermejo i Alás-Brun, 2014; Echeburúa et al., 2009).

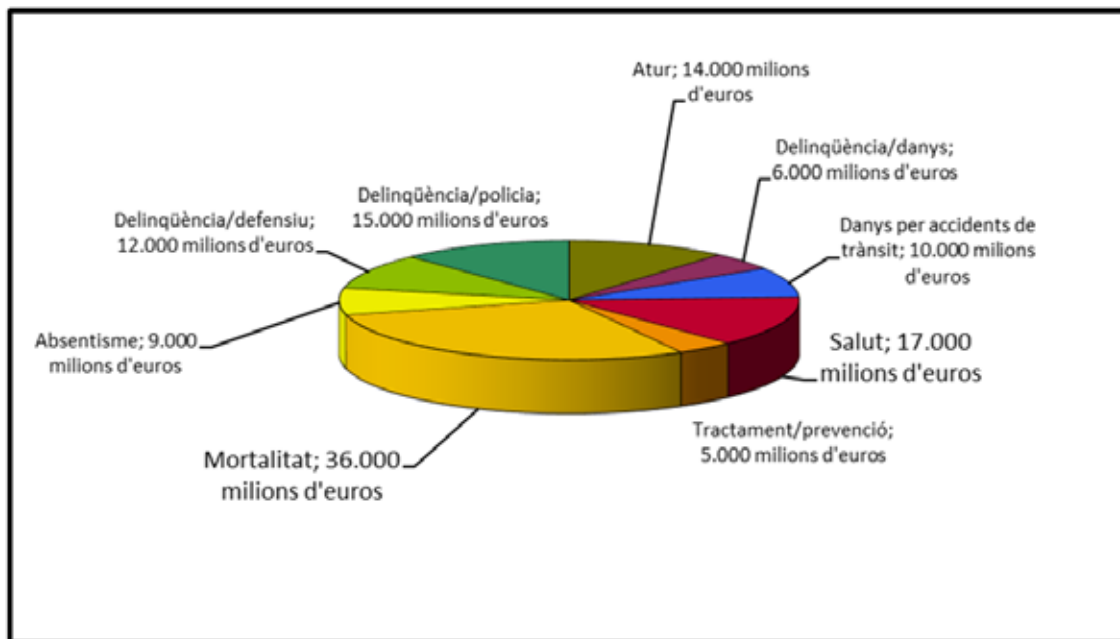
En l'àmbit públic, especialment en l'oci nocturn, el consum d'alcohol està associat a molèsties i és un predictor de l'ús de violència (Hughes et al., 2008).

L'alteració del comportament juntament amb la disminució de la percepció del risc fa que sovint el consum d'alcohol estigui present en els accidents de trànsit. El 2% de les persones que condueixen ho fan sota els efectes de l'alcohol. Aquest percentatge augmenta en ambients d'oci nocturn. En una mostra de clients/es habituals d'establiments nocturns, el 18% havia conduït sota els efectes de l'alcohol en el darrer mes i el 37% havia anat amb cotxe amb algú que havia consumit alcohol o altres drogues (Calafat et al., 2009). Es calcula que més del 35% de les persones que condueixen i cometen infraccions de trànsit donen positiu en la prova d'alcoholèmia, així com el 10,5% dels i les conductors/es que tenen un accident. L'Institut Nacional de Toxicologia i Ciències Forenses (INTCF) va determinar durant l'any 2014, que el 67% dels conductors/es morts/es en accident de trànsit, concretament 161 persones, havien donat positiu per alcohol o altres substàncies.

A més, no s'ha d'oblidar la repercussió del consum d'alcohol en l'àmbit laboral, tant pel que fa a absentisme, com estar a la feina en males condicions pel consum d'alcohol, presentisme. Es calcula que entre el 15% i el 25% de la sinistralitat laboral és per culpa de problemes relacionats amb l'alcohol (Ochoa, 2008).

Quan es quantifiquen tots aquests aspectes, el resultat és que els costos tangibles anuals associats al consum d'alcohol a Europa estan al voltant de 156.000 milions d'euros, equivalents a l'1,3% del PIB (Anderson i Baumberg, 2006) (vegeu la [figura 1.1](#)). Aquesta xifra representa 300 euros per persona a l'any en costos directes de productivitat, sanitat, justícia i serveis socials i fins a 600 euros si s'inclouen els costos indirectes. Per tot això, les polítiques relacionades amb l'alcohol es consideren una prioritat en salut pública.

Figura 1.1. Costos tangibles derivats del consum d'alcohol a Europa (Anderson i Baumberg, 2006)



1.1.1 CONSUM POBLACIONAL

El consum d'alcohol és un comportament molt arrelat a la nostra societat. L'any 2015, a Catalunya, el 90,9% de la població havia consumit alcohol alguna vegada, el 75,9% n'havia consumit algun dia durant l'últim any, el 60,2% n'havia consumit algun dia durant l'últim mes, i el 9,8% n'havia consumit diàriament durant els darrers trenta dies previs a l'enquesta (EDADES, 2015). A més, el consum d'alcohol durant els caps de setmana, en comparació amb els dies feiners, es duplica i es multiplica per 7 en els combinats (EDADES, 2015).

En l'últim any, el 80,9% dels homes i el 70,7% de les dones admeten que han begut alcohol, independentment de l'edat i, en el darrer mes, el consum d'alcohol se situa en el 60,2%, sent majoritàriament més elevat en els homes que en les dones. A més, cal destacar que el 19,6% dels homes i el 4,5% de les dones entre 30 i 64 anys admeten haver begut alcohol diàriament durant el darrer mes. La **figura 1.2.** mostra la prevalença de consum d'alcohol a Catalunya, per edat i sexe.

Respecte a la població més jove, de 14 a 18 anys, analitzada per l'Enquesta estatal sobre consum de drogues en estudiants d'educació secundària (ESTUDES, 2014), el 79,8% dels nois i el 78,1% de les noies declaren que han provat alguna vegada a la vida l'alcohol i la mitjana d'edat d'inici de consum se situa en els 13,8 anys. Des del 1994 fins al 2014, l'evolució del consum d'alcohol en els darrers 30 ha oscil·lat entre

el 78,4% (màxim assolit al 1994) i el 49,2% (mínim percentatge, registrat al 2002). Al 2014, són el 68% les persones que havien consumit alcohol en els darrers trenta dies (ESTUDES, 2014).

En relació amb els consums més intensius (**figura 1.3**), un 20% dels homes i un 11,3% de les dones entre 15 i 64 anys va comentar que s'havia emborratxat alguna vegada durant els últims dotze mesos i un 15,1% (19,8% homes i 10,3% dones) havia ingerit, durant els darrers trenta dies, cinc begudes o més en el cas dels homes o quatre begudes alcohòliques o més en el cas de les dones en la mateixa ocasió (binge drinking) (EDADES, 2015).

Pel que fa als i les estudiants, el 34% declara que ha pres cinc o més consumicions en una única ocasió durant els últims 30 dies. Els i les joves refereixen que s'han emborratxat més que les persones adultes durant l'últim any i, en concret, durant l'últim mes, s'estima una prevalença del 27% (ESTUDES, 2014).

Figura 1.2. Prevalença de consum d'alcohol diari i en els darrers trenta dies a Catalunya, per edat i sexe. (Font: Sub-direcció General de Drogodependències. Anàlisi d'EDADES 2015).

	15-29 anys			30-64 anys			15-65 anys		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
En els darrers 30 dies	66,3	53,3	59,9	70,6	49,9	60,3	69,6	50,7	60,2
Diàriament	3,2	0	1,6	19,6	4,5	12,2	15,8	3,5	9,8

Figura 1.3. Prevalença de borratxeres, durant l'últim mes, i binge drinking, durant l'últim mes, a Catalunya, en persones de 15 a 64 anys. (Font: Sub-direcció General de Drogodependències. Anàlisi d'EDADES 2015).

	15-29 anys			30-64 anys			15-65 anys		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Borratxeres									
En els darrers 30 dies	18,2	10,4	14,2	4	2,9	3,5	7,3	4,6	5,9
Binge drinking									
En els darrers 30 dies	28,2	15,9	22,1	17,4	8,6	13	19,8	10,3	15,1

1.1.2 CONSUM DE RISC

Població general

Segons l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) del 2014, el consum de risc en la població general de més de 15 anys es manté en un 4,5%, estable en comparació amb les dades de l'ESCA del 2010 ([figura 1.4](#)).

Segons l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues (EDADES, 2015), el consum de risc d'alcohol dels homes entre 15 i 64 anys és del 4,1%, mentre que en les dones és de l'3,6%.

El consum de risc d'alcohol en l'home és més elevat que en la dona en totes les franges d'edat ([figura 1.5](#)). Els homes van disminuint el consum d'alcohol a mesura que es fan grans, menys en la franja d'edat de 65 a 74, que augmenta de 4,6% a 6,2%. Les dones, presenten les taxes més elevades de consum de risc en la franja més jove, la de 15 a 24 anys. Aquesta dada és d'especial rellevància ja que canvia la tendència respecte a l'ESCA 2011, en què la franja d'edat que presentava el consum de risc més elevat era la de 25 a 34 anys. Igual que en els homes, en les dones el consum de risc decreix amb el pas dels anys (ESCA, 2014).

Població atesa a atenció primària

Respecte a la població adulta atesa a atenció primària, el consum de risc detectat a través de l'instrument AUDIT C, qüestionari de cribratge de 3 preguntes (Bush et al., 1998), és més elevat que en la població general. El punt màxim s'assoleix en els homes d'entre 35 i 60 anys (27%). Tot i que es manté la tendència a més consum de risc en els homes que en les dones, la diferència no és tan marcada com en la població general (dades de l'AUDIT C, Dia del Cribratge, 2011) ([figura 1.5](#)). Durant la Setmana del Cribratge del Programa "Beveu menys" (2013) el consum de risc entre la població de 18 a 34 anys va ser del 22,5% (26% en el cas dels homes i 19% en el

de les dones), entre la població de 35 a 60 anys del 22,5% (27% en els homes i 18% en les dones) i del 19% en els dos sexes en població més gran de 35 anys.

Figura 1.4. Consum d'alcohol en la població de 15 anys i més, per sexe a Catalunya.
(Font: ESCA 2016. Departament)

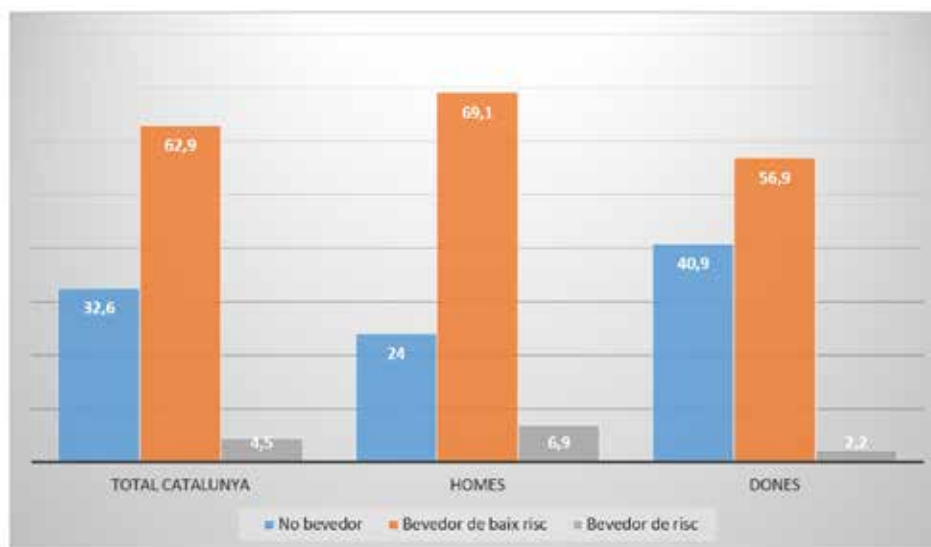
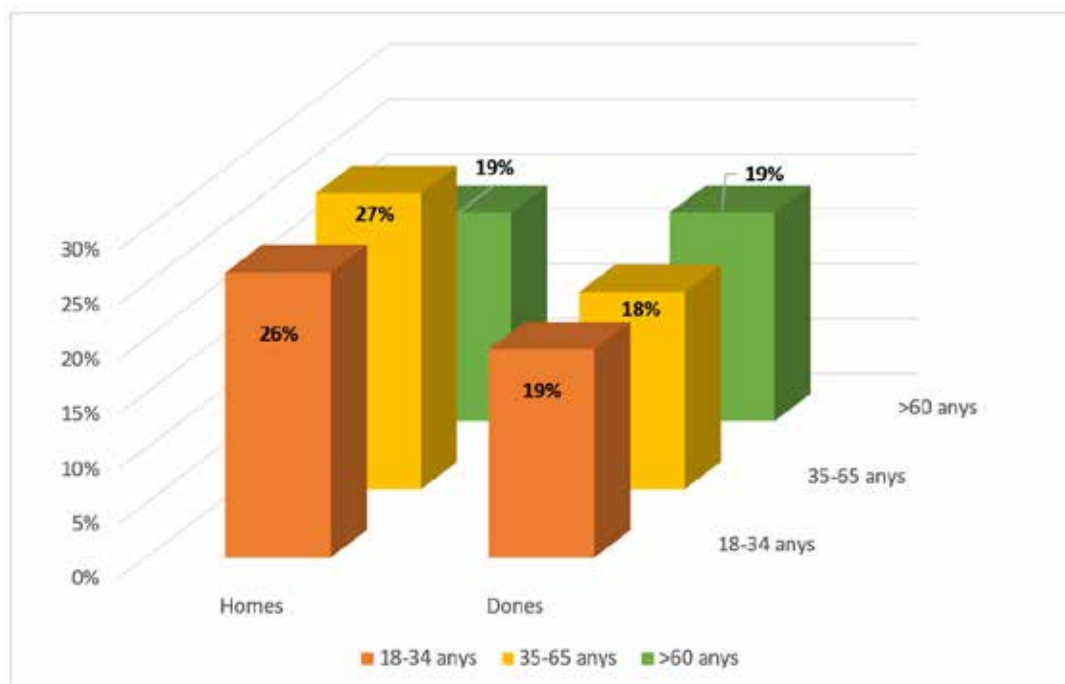


Figura 1.5. Consum de risc d'alcohol en la població atesa a l'atenció primària de 18 anys i més (dades de l'AUDIT C, Dia del cribratge, 2011)



1

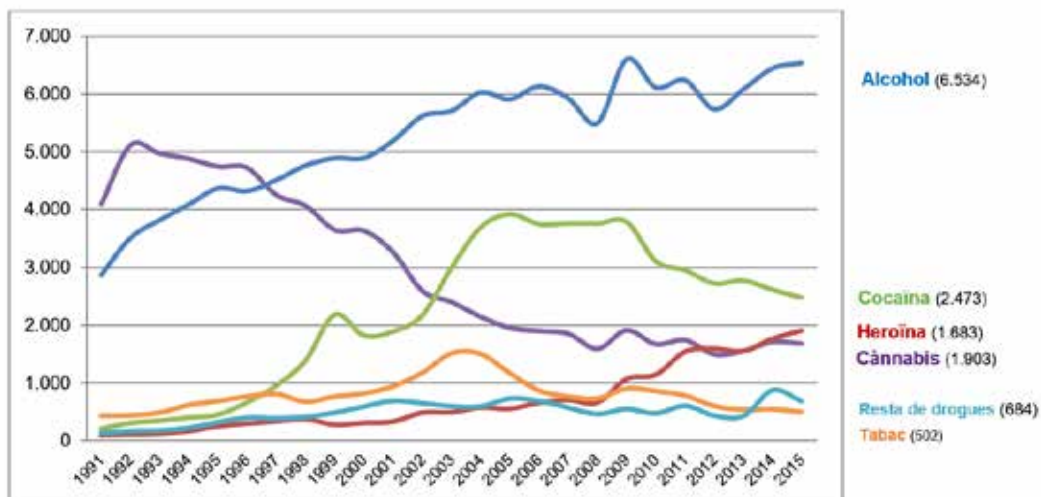
1.1.3 CONSUM PERJUDICIAL. MORBIMORTALITAT ASSOCIADA A L'ALCOHOL

Segons l'estudi sobre la prevalença de trastorns mentals a Europa (Bèlgica, França, Alemanya, Itàlia, Holanda i Espanya) (Alonso et al., 2004), s'estima que un 5,2% de la població general europea ha patit un trastorn relacionat amb l'alcohol al llarg de la seva vida. A Catalunya, la prevalença de patir un trastorn mental o una addicció al llarg de la vida és del 20,3% en els homes i del 26,9% en les dones (7,4% i 14,2% a l'any, respectivament), unes taxes superiors a les espanyoles i molt similars a les europees.

Entre els trastorns psiquiàtrics que s'atenen amb més freqüència, en els serveis d'atenció primària de salut, hi figura el trastorn de dependència a l'alcohol (Pla director de salut mental i addiccions, 2016). I, a més, el diagnòstic psiquiàtric més freqüent als hospitals generals de Catalunya és el trastorn de dependència a l'alcohol. Les dades obtingudes per població general durant la setmana del cribatge del programa "Beveu menys" (2013) per possible trastorn per dependència entre la població de 18 a 34 anys va ser del 5% (7% en els homes i 3% en les dones), entre la població de 35 a 60 anys del 3,5% (6,40% homes i 0,6% dones) i del 2,5% (3% homes i 2% dones) en la població més gran de 65 anys.

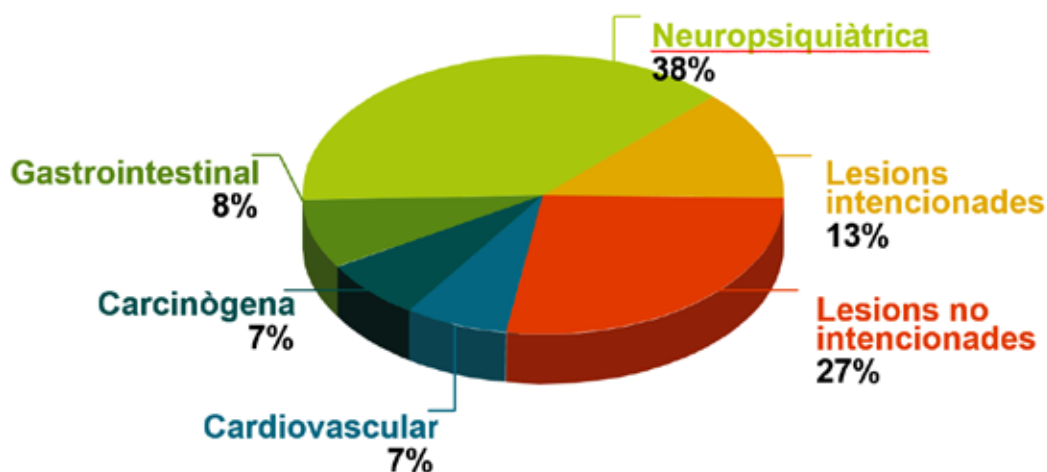
A Catalunya, el nombre d'inicis de tractament per consum d'alcohol a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) presenta una tendència creixent des de fa més de 25 anys, passant l'any 1997 per davant de les consultes per altres drogues com la cocaïna o l'heroïna (figura 1.6). Al 1987 el nombre d'inicis de tractament no arribava als 2.000 casos, mentre que l'any 2015 ja superava els 6.500, i representava el 47,4% del total d'inicis.

Figura 1.6. Evolució anual dels inicis de tractament per alcohol, heroïna i cocaïna a la XAD a Catalunya des del 1987 fins al 2015 (segons dades del Butlletí Epidemiològic de Catalunya).



Un consum d'alcohol superior a 40 grams/dia en els homes i 25 grams/dia en les dones es considera consum de risc, ja que augmenta les probabilitats de patir fins a 60 malalties diferents (vegeu la [figura 1.7](#)), que inclouen lesions, trastorns mentals i del comportament, afeccions gastrointestinals, càncers, malalties cardiovasculars, pulmonars i musculoesquelètiques, trastorns reproductius, dany prenatal, risc més alt de part prematur i baix pes en néixer. Les malalties esmentades causades o exacerbades per l'alcohol segueixen una relació dosi-resposta, és a dir, que el risc augmenta en proporció directa a la quantitat d'alcohol ingerida (Anderson i Baumberg, 2006). L'alcohol és, per tant, la primera substància que motiva el tractament per drogodependència i sol presentar-se amb abundant comorbiditat mèdica, psiquiàtrica i addictiva associades. Amb tot, la demanda que s'atén als centres de drogodependències està per sota de la demanda esperada, si es compara amb l'elevada prevalença d'alcoholisme.

Figura 1.7. Morbiditat associada a l'alcohol (Anderson i Baumberg, 2006).



Segons dades del registre sistemàtic del conjunt mínim bàsic de dades, CMBD, de l'any 2016, en tots els dispositius per adults destaca que el

percentatge d'homes atesos és superior al de dones, sobretot en la franja d'edat de 35 a 39 anys. En conjunt, una de cada quatre persones adultes que consulta per

un trastorn relacionat amb l'alcohol és una dona. Únicament, en els centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) aquestes dades s'inverteixen i són les noies les que són ateses amb més freqüència per trastorns relacionats amb l'alcohol i altres dependències.

La distribució de les consultes per trastorns relacionats amb l'alcohol en els diferents dispositius de la xarxa sanitària es recull en la [taula 1.1.a.](#) i [taula 1.1.b.](#)

Taula 1.1.a. Distribució de les altes d'hospitalització psiquiàtrica per trastorns relacionats amb l'alcohol, mitjana d'edat, estada mitjana i percentatge de dones, segons les categories de diagnòstics del CCS (1) i els diagnòstics principals més freqüents (2). (Font de les dades: registres del CMBD dels hospitals monogràfics psiquiàtrics i dels hospitals generals, 2016.)

		Altes	Mitjana d'edat	Mitjana de dies d'estada	Dones %
Unitats d'aguts als hospitals monogràfics psiquiàtrics	Trastorns relacionats amb l'alcohol (1)	692	46,9	17,8	28
	Altres tipus de dependència de l'alcohol i dependència de l'alcohol no especificada (2)	536	46,9	18,8	27,4
Unitats de subaguts dels hospitals monogràfics psiquiàtrics	Trastorns relacionats amb l'alcohol (1)	51	48,5	57,4	37,3
	Altres tipus de dependència de l'alcohol i dependència de l'alcohol no especificada (2)	28	48,8	53,5	25
Hospitals generals d'aguts amb Servei de Psiquiatria	Trastorns relacionats amb l'alcohol (1)	792	49,3	9	26,8
	Altres tipus de dependència de l'alcohol i dependència de l'alcohol no especificada (2)	522	48,8	9,9	26,8
Hospitals generals d'aguts sense Servei de Psiquiatria	Trastorns relacionats amb l'alcohol (1)	255	51,1	5,9	25,1
	Altres tipus de dependència de l'alcohol i dependència de l'alcohol no especificada (2)	56	50,3	10,1	32,1

Taula 1.1.b. Distribució de pacients atesos/es als centres ambulatoris de salut mental per trastorns relacionats amb l'alcohol, mitjana d'edat, estada mitjana i percentatge de dones, segons les categories de diagnòstics del CCS (1) i els diagnòstics principals més freqüents (2). (Font de les dades: registres del CMBD dels centres ambulatoris de salut mental, 2016.)

		Pacients atesos	Mitjana d'edat	Mitjana de dies d'estada	Dones %
CSMA	Trastorns relacionats amb l'alcohol (1)	1856	50,2	1020,9	31,6
	Altres tipus de dependència de l'alcohol i dependència de l'alcohol no especificada (2)	1209	50,8	948,1	32,8
	Abús de l'alcohol, sense dependència (2)	51418	47	1057,1	30,6
CSMIJ	Trastorns relacionats amb l'alcohol (1)	16	14,01	557,9	56,3
	Altres tipus de dependència de l'alcohol i dependència de l'alcohol no especificada (2)	2	15,5	174,5	100
	Abús de l'alcohol, sense dependència (2)	5	16,6	819,2	60

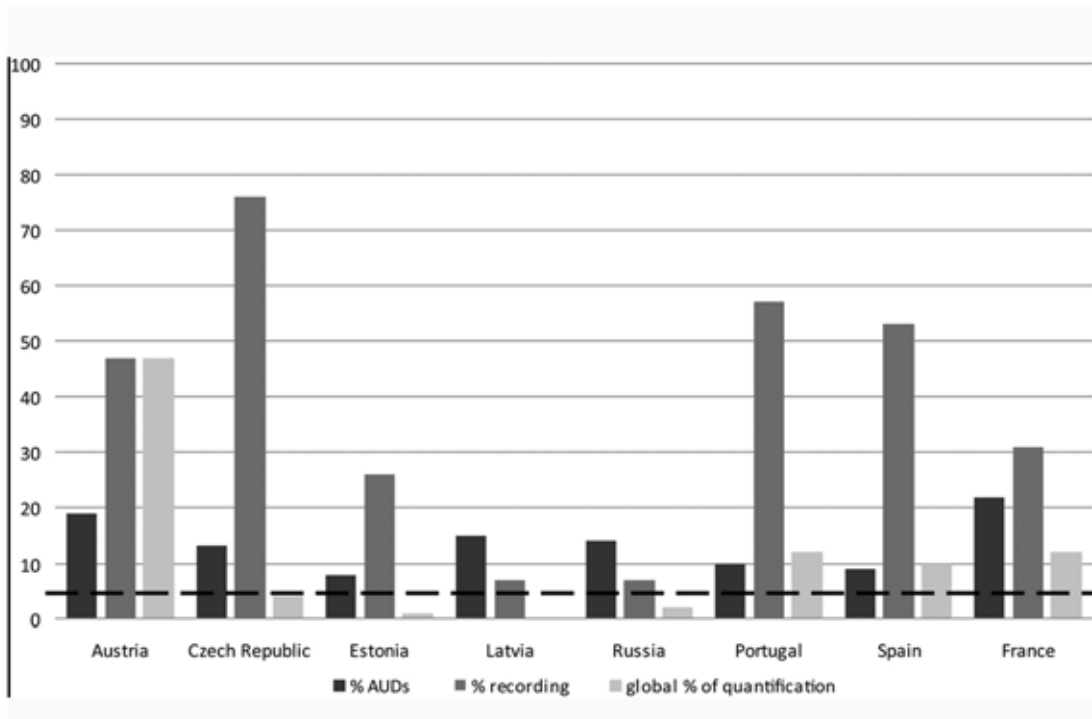
1.1.4 POBLACIÓ ATESA ALS HOSPITALS

Atesa la relació del consum de risc i perjudicial d'alcohol tant amb patologia medicoquirúrgica com amb lesions i ferides accidentals i violència, es calcula que la població amb problemes relacionats amb l'alcohol està sobrerrepresentada a l'àmbit hospitalari. Encara que hi ha dades escasses sobre la prevalença del trastorn per consum d'alcohol en pacients hospitalitzats, en la majoria dels casos en què ha estat estudiada, és superior a la població general; i això és així tant en homes com en dones. El consum autoavaluat d'alcohol entre les persones que visiten serveis d'urgències s'ha doblat als Estats Units, i ha passat de ser la causa del 5% d'aquestes visites l'any 1995 al 9,7% el 2010 (Cherpitel CJ i Ye Y, 2012). En el cas d'Europa, estudis fets a Suècia mostren que el 50% dels ingressos als serveis hospitalaris d'urgències són bevedors/es aguts i el 64% declaren que l'alcohol va ser la causa de les seves ferides (Trinks A et al, 2012).

1

Quan s'ha estudiat als hospitals catalans igual que en els hospitals del nostre entorn, espanyols i d'altres països europeus, la prevalença de trastorns per ús d'alcohol en pacients ingressats arriba a triplicar la de la població general. Així, més d'una quarta part dels homes hospitalitzats entre 18 i 65 anys tenen un trastorn de consum d'alcohol, incloent-hi el consum de risc, el perjudicial i la dependència de l'alcohol. (figura 1.8).

Figura 1.8. Prevalença de trastorns per ús d'alcohol, identificació precoç i quantificació del consum en vuit països europeus.



%AUDS = prevalença de trastorns per ús d'alcohol;

%recording = percentatge de pacients amb identificació precoç de l'ús d'alcohol a la història clínica;

%global quantification = % de pacients amb una quantificació adequada del consum d'alcohol a la història clínica.

La línia discontinua marca la prevalença de trastorn per ús d'alcohol en la població general europea.

1.2 RESPOSTA DE CATALUNYA: POLÍTIQUES

Autors/es: Joan Colom, Lidia Segura i Ana I. Ibar

1.2.1 PLANIFICACIÓ

La Sub-direcció General de Drogodependències de l'Agència de Salut Pública de Catalunya ha inclòs tradicionalment el consum d'alcohol en la planificació estratègica en matèria de salut. L'any 2008 es va publicar el **Libre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats**, en el qual es descriu l'estratègia nacional de prevenció del consum de drogues i problemes associats a Catalunya, els objectius, els principis rectors i les línies estratègiques en prevenció proposades pel Departament de Salut. A més, recull l'experiència de professionals del sector, que han elaborat una anàlisi de la situació actual des dels diferents àmbits d'actuació i n'han identificat les necessitats i les propostes de millora. A partir d'aquí neix el **Pla d'actuació en prevenció sobre drogues 2012-2016** que marca com un dels objectius prioritaris en l'àmbit de l'alcohol reduir l'aparició de consums perjudicials i sensibilitzar la població dels riscos associats. En concret, es proposa disminuir la incidència del consum d'alcohol i d'episodis d'embriaguesa en l'adolescència i reduir la prevalença de persones que fan consum de risc d'alcohol (> 280 g en homes i > 168 g en dones) en la població més gran de 15 anys i, especialment, en la població de 15 a 29 anys.

Entre les polítiques que han demostrat ser més efectives pel que fa a costos, hi ha l'augment dels impostos que graven les begudes alcohòliques en un 25%, seguit de la prohibició de la publicitat d'alcohol i la restricció de les vendes. També s'ha demostrat efectiva la intervenció breu per part dels i les professionals de la salut i les mesures contra la conducció sota els efectes de l'alcohol. A Catalunya, s'han fet grans esforços per implementar-les, en especial la restricció de l'accés a begudes alcohòliques en determinats espais, a menors d'edat, i la limitació de la publicitat. S'han reorganitzat els serveis especialitzats per garantir l'accés al tractament a les persones amb problemes d'alcohol.

A fi d'assolir els objectius establerts, aquest pla fa un plantejament global i transversal amb programes comunitaris adreçats a població adolescent, en programes de suport a dones gestants consumidores, col·laboracions amb els mitjans de comunicació sobre la publicitat directa o indirecta de l'alcohol i el tabac, i també desenvolupa activitats preventives en diversos àmbits. En l'àmbit escolar i familiar es porten a terme programes de prevenció universal com "Connecta amb els teus fills/es" i "L'aventura de la vida" i l'assessorament a l'alumnat dins la mateixa escola en tema de promoció d'hàbits saludables i prevenció de consum i conductes de risc a través del programa "Salut i escola". En l'àmbit de l'oci nocturn es treballa per garantir uns requisits mínims en els locals d'oci a través del programa "Nits de qualitat". I en l'àmbit dels serveis de salut, des de l'any 2002, s'implementa a l'atenció primària el programa "Beveu

1

menys”, que fa un enfocament preventiu orientat cap a la identificació precoç de les persones bevedores de risc i la intervenció consegüent perquè redueixin el consum d'alcohol. L'objectiu general del programa és sensibilitzar la població general sobre els danys que provoca el consum de risc d'alcohol, i dota els i les professionals de les eines necessàries. El programa ha assolit una cobertura del 92% del total dels centres d'atenció primària de Catalunya i disposa d'una xarxa de professionals referents motivats, que reben una formació contínua i s'encarreguen d'implementar el programa en els centres respectius. Aquest programa s'alineja amb la potenciació dels programes de promoció i prevenció de la salut i la prevenció de les malalties cròniques que estableix el **Pla de salut de Catalunya**. Aquest pla promou un sistema centrat en la persona, públic, universal i just que posa la mirada a l'atenció de qualitat, al compromís i la participació, al bon govern i a la mirada de salut a totes les polítiques. Pel que fa al consum d'alcohol, en l'horitzó 2020, es proposa l'objectiu prioritari de reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys. D'aquest pla, en sorgeixen els plans directors de **salut mental i addiccions** i el **Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2017-2019** que, pel que fa al consum de drogues, es proposen prevenir les addiccions i millorar la detecció i la capacitat resolutiva a l'atenció primària de salut. Aquests objectius enllacen amb els de l'**Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària** (ENAPISC), que treballa per garantir l'atenció integrada i centrada en la persona.

Del Pla de salut de Catalunya, també se'n deriven dos plans d'abast interdepartamental i intersectorial com són el **PINSAP** (Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública) i el **PIAISS** (Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària), que pretenen optimitzar les intervencions de salut pública fent estratègies conjuntes amb els departaments implicats.

1.2.2 ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT

Els problemes de salut, de seguretat i socioeconòmics atribuïbles al consum d'alcohol es poden reduir eficaçment mitjançant mesures aplicades al patró, les característiques i les circumstàncies en què se'n produeix la ingesta, així com als determinants socials de la salut.

Al 2010, l'Assemblea Mundial de la Salut va aprovar una resolució en la qual insta els països a enfortir les respostes nacionals als problemes de salut pública causats per l'ús de risc i perjudicial de l'alcohol. A Europa, es va traduir en l'aprovació del Pla d'acció europeu per reduir el consum de risc i perjudicial de l'alcohol per al període 2012-2020 (European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020) que, entre altres polítiques (conducció i alcohol, taxes i preus, venda a menors d'edat, etc.), encoratja els països a donar una resposta integral als problemes de l'alcohol des dels serveis de salut (atenció primària, hospitalària i especialitzada) que incorpori, d'una banda, la identificació precoç i la intervenció breu en el consum de

risc i perjudicial i, de l'altra, la derivació a tractament en els casos de dependència.

1.3 ATENCIÓ DELS PROBLEMES D'ALCOHOL ALS SERVEIS DE SALUT

Autores: Rosa Hernández-Ribas, Beatriz Rosón

L'atenció primària de salut és el primer punt d'accés a l'assistència sanitària. A la resta de serveis del sistema públic s'hi accedeix per interconsulta des de l'atenció primària, excepte a les urgències hospitalàries, a les quals es pot anar directament en cas de necessitat d'una atenció d'emergència.

Els equips de professionals dels centres d'atenció primària (CAP) són els que atenen les persones per problemes de salut molt diversos i són la peça clau per poder fer una identificació precoç de consum de risc d'alcohol així com d'altres trastorns de salut mental. Aquests professionals reben el suport d'un equip d'especialistes en salut mental que s'integren en els CAP o bé dels referents especialistes del programa "Beveu menys". Si la situació que es detecta és un consum de risc o perjudicial d'alcohol, s'actua mitjançant la intervenció breu, però si la persona presenta un possible trastorn de dependència, se la deriva als equips especialitzats dels centres de salut mental i addiccions. En funció de la població que atenen, hi ha centres de salut mental per a infants i adolescents fins als 18 anys (centres de salut mental infantil i juvenil, CSMIJ) i per als majors d'edat hi ha els centres de salut mental d'adults (CSMA) i els centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS).

Els serveis d'atenció a la salut mental i addiccions s'organitzen territorialment i interactuen entre si i amb l'atenció primària i l'hospitalària per garantir la continuïtat assistencial. La **figura 1.9** mostra el circuit i el funcionament dels serveis d'atenció primària i dels serveis d'atenció especialitzada, incloent-hi els de l'atenció a la salut mental i les addiccions, els de l'atenció sociosanitària o altres serveis específics. Hi ha serveis que es presten a nivell ambulatori i altres que requereixen l'ingrés.

La Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) a Catalunya és un conjunt de recursos assistencials públics especialitzats en l'atenció dels problemes relacionats amb el consum de substàncies psicoactives (**figura 1.10**) als quals es pot accedir per iniciativa pròpia o derivats d'altres serveis de salut.

Els centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS) ofereixen tractament ambulatori especialitzat a les persones amb drogodependències. Estan formats per equips de professionals de medicina, psicologia, treball social i infermeria, entre d'altres, que dissenyen la modalitat de tractament més indicada en cada cas. Aquests equips també valoren la conveniència d'utilitzar altres recursos com les comunitats terapèutiques o les unitats hospitalàries de desintoxicació. Els centres d'atenció i seguiment de les drogodependències poden oferir el tractament mèdic,

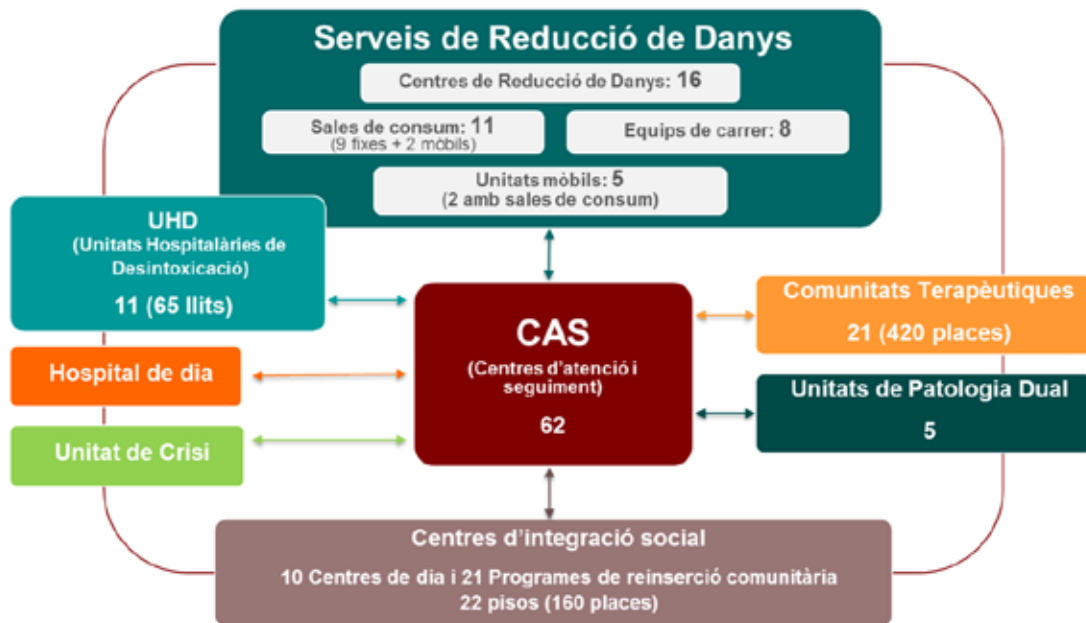
1

psicològic i social, així com programes de salut i educació sanitària.

Figura 1.9. Circuit assistencial a Catalunya.



Figura 1.10. Xarxa d'Atenció a les Drogodependències. Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut.



També hi ha els centres de reducció de danys (CRD), en els quals es dona servei a persones consumidores de drogues amb l'objectiu de reduir al màxim els problemes per a la salut física i psicosocial i motivar i facilitar l'accés al tractament.

De manera més específica i en funció de la situació concreta que presenti la persona, se la pot derivar a un recurs més específic:

- **Unitat de crisi:** és un recurs residencial de curta durada d'urgència per a persones que es troben en situació de crisi extrema.
- **Unitats hospitalàries de desintoxicació:** són unitats ubicades en el marc hospitalari que fan tractaments de desintoxicació i ajuden a passar la síndrome d'abstinència.
- **Comunitats terapèutiques:** són centres residencials de deshabitació. Segons dades del 2009, l'alcohol era la principal droga de consum en el 22% dels casos que ingressaven en una comunitat terapèutica.
- **Unitats de patologia dual:** són recursos que ofereixen atenció especialitzada a persones que presenten, a més del trastorn per consum d'alcohol, un trastorn mental sever que requereix un abordatge específic que presenten, a més del trastorn per consum d'alcohol, un trastorn mental sever que requereix un abordatge específic que presenten, a més del trastorn per consum d'alcohol, un trastorn mental sever que requereix un abordatge específic.
- **Hospital de dia:** són recursos ambulatoris de tractament intensiu dels trastorns sense que requereixi internament.
- **Centres d'integració social (centres de dia i pisos de suport):** són recursos que permeten treballar la reincorporació social i laboral de la persona, un cop ja ha passat la fase de deshabitació.

Quant a l'atenció hospitalària (Model sanitari català: el sistema hospitalari. Departament de Salut) a Catalunya disposem d'una xarxa que consta de diversos tipus d'hospitals, cadascun dels quals presenta un determinat conjunt de característiques que poden influir en el tipus de coordinació i comunicació interprofessional. És el context ideal per realitzar un treball interdisciplinari per la presència, dins del mateix dispositiu, de professionals de la salut procedents de diferents àmbits i cicles formatius. Això hauria de garantir una atenció integral i coordinada que possibiliti el tractament adequat del procés que n'ha motivat l'ingrés, però també el d'aquells trastorns que puguin aparèixer de manera concomitant.

Des de l'hospitalització d'aguts, en què el o la pacient necessita una alta intensitat diagnòstica i/o terapèutica per agudització de la malaltia, fins a l'hospitalització a

1

domicili de suport a la xarxa comunitària, hi ha una diversitat de modalitats d'hospitalització que donen cobertura a diferents necessitats: l'hospital de dia, amb capacitat per a tractaments, proves complementàries diagnòstiques i visita per especialista; l'hospitalització de subaguts, que aporta plans terapèutics interdisciplinaris; l'hospitalització de postaguts de rehabilitació intensiva i els hospitals de llarga estada o sociosanitaris per atenció continuada o per prevenció de deteriorament funcional. El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 fa un replantejament del model assistencial centrant l'atenció en les persones i assegurant-ne el contínuum assistencial. Els reptes que planteja la cronicitat al sistema de salut fan que s'hagi de transformar en més resolutiu i integral pel que fa a la xarxa hospitalària. El canvi del sistema que es preveu dur a terme comporta, entre d'altres, atendre d'una manera diferent els i les pacients crònics que habitualment són ingressats en els hospitals d'aguts o en els dispositius d'internament sociosanitaris.

En l'atenció especialitzada i hospitalària d'aguts, caldria diferenciar, doncs, entre l'hospital general bàsic, que dona resposta completa als requeriments habituals de la població; l'hospital de referència, que està destinat a resoldre pràcticament la totalitat dels problemes de salut llevat d'aquells que requereixen recursos tecnològics d'alt nivell o una pràctica altament especialitzada, i l'hospital d'alta tecnologia, el qual disposa de les anomenades supraespecialitats i de les noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques.

En el model d'atenció a les urgències, d'acord amb el nou Pla nacional d'urgències de Catalunya, s'atenen des d'emergències amb risc vital fins a consultes per problemes lleus o que no requereixen una atenció immediata i es produeix amb intensitat variable en diferents moments. Aquesta diversificació de situacions requereix també respostes diferents, de manera que cal classificar aquesta demanda i establir circuits que permetin dirigir-la al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada. Els elements clau del model són l'accés lliure de la població a l'atenció primària i a dispositius d'urgències de baixa complexitat, per via presencial, i a central de trucades, per via telefònica, i que des d'aquí es faci una derivació qualificada a dispositius d'atenció complexa cercant el millor equilibri entre accessibilitat, qualitat i optimització dels recursos disponibles.

Els serveis d'hospitalització psiquiàtrica poden estar ubicats en hospitals generals, en centres sociosanitaris autoritzats per a l'internament psiquiàtric o en centres monogràfics. Els serveis d'hospitalització psiquiàtrica són un conjunt de dispositius de diversa naturalesa que atenen les persones amb malaltia mental o addiccions, en situació de crisi o desestabilització psicopatològica greu, que requereixen atenció intensiva i continuada en règim d'internament total o parcial. Disposen de recursos per a l'atenció a les urgències psiquiàtriques, hospitalització per a pacients en fase aguda, i unitats diferenciades per a l'atenció de pacients en fase subaguda i pacients crònics o de llarga evolució. En funció de la població que atenen hi ha serveis d'hospitalització per a infants i adolescents de menys de 18 anys i els adreçats a

la població adulta. També existeixen dispositius específics per a l'hospitalització de pacients que presenten patologia dual.

Un aspecte essencial en el context hospitalari és la preservació de la confidencialitat del procés que afecta el o la pacient; en aquesta línia cal considerar diversos punts. En primer lloc, a l'hora de realitzar l'anamnesi, és bàsic tenir en compte que les habitacions solen ser compartides, fet que pot dificultar que la comunicació sigui oberta, completa i veraç. En segon lloc, és fonamental determinar quina i quanta informació s'ha de donar al o la pacient i a la seva família sobre el procés que ens ocupa i, en el cas concret del treball interdisciplinari, s'haurà de tenir especial cura a l'hora de transmetre informació entre professionals per prendre decisions conjuntes i per establir el pla terapèutic. Els i les professionals de la salut tenen un repte important, pel que fa a la confidencialitat, que passa per aconseguir l'equilibri entre l'obtenció de la informació necessària per realitzar un abordatge clínic i terapèutic adequat i la preservació del dret a la intimitat.

1.3.1 LA RESPOSTA ALS PROBLEMES RELACIONATS AMB L'ALCOHOL DES DELS HOSPITALS : UNA OPORTUNITAT NO APROFITADA

La importància de la identificació precoç dels trastorns per ús d'alcohol durant l'hospitalització té un doble interès. El primer seria evitar i prevenir l'aparició de la síndrome d'abstinència per la interrupció del consum durant l'hospitalització i el segon, però no menys important, l'ingrés hospitalari, que pot representar una oportunitat per a la intervenció precoç i per iniciar l'abordatge integral de la dependència, quan n'hi hagi.

Tot i això, l'avaluació i el tractament dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol segueixen sent una assignatura pendent en els nostres hospitals. Les dades mostren que en l'àmbit sanitari, tant en l'assistència primària com en l'especialitzada, tendim a detectar poc i massa tard els i les pacients amb trastorns relacionats amb el consum d'alcohol (Rehm i Room, 2015), la qual cosa pot ser particularment important en els hospitals. Tant en els serveis d'urgències hospitalàries com a les unitats d'hospitalització, la identificació de trastorns relacionats amb l'alcohol, fins i tot en aquelles persones que consulten per malalties, accidents o traumatismes directament relacionats amb l'alcohol, és encara i estem perdent moltes oportunitats de determinar i tractar les persones hospitalitzades que tenen problemes relacionats amb l'alcohol. En dos estudis multicèntrics, un d' europeu i un altre d'espanyol (Rosón et al., 2010 i 2016), es va objectivar que la identificació era escassa, fins i tot en persones hospitalitzades amb malalties relacionades amb el consum, com ara la cirrosi hepàtica, la pancreatitis o la miocardiopatia alcohòlica. De fet, tant en l'estudi espanyol com en l'europeu, en aproximadament la meitat dels i les pacients amb trastorns per ús d'alcohol no quedava registrat el consum a la història clínica, per la qual cosa la patologia passava desapercebuda durant l'ingrés (**figura 1.8**).

A més, existeix una escassa coordinació entre l'assistència hospitalària, la primària i els centres d'atenció i seguiment per drogodependències i la derivació per a tractament des dels hospitals continua sent inferior a la desitjada.

1

Barreres en l'àmbit l'hospitalari

Les raons per l'escassa implementació dels programes hospitalaris són múltiples i estan relacionades tant amb l'entorn hospitalari com amb professionals i pacients. Les barreres més comunes amb les quals es troben els i les professionals són la falta de formació específica sobre alcohol i intervenció breu, la incomoditat per tractar el tema associada a la preocupació per la reacció del o la pacient, la falta de temps, la falta de suport de l'organització i la falta d'incentius. (Cherpitel et al., 2009; Wangberg, 2015; Broyles et al., 2012).

Més enllà de les barreres estrictament associades a professionals, hi ha altres dificultats que condicionen la identificació precoç i la intervenció breu com ara, la falta de serveis especialitzats o la complexitat de les rutes de derivació, la falta d'eines o protocols, així com material per sensibilitzar, estructures organitzatives poc favorables (molta rotació, atomització dels professionals, falta d'espais adequats...) (BISTAIRS, 2016).

Quant a l'entorn hospitalari, és important assenyalar que l'alta tecnificació de la medicina hospitalària i, a vegades, també la despersonalització, poden portar a la focalització en la malaltia i no en la persona, tractant processos i no les seves causes. L'hospital pot també ser un mitjà hostil per al o la pacient. L'entrevista amb l'equip professionals es pot veure afectada per la manca d'intimitat, la debilitat o l'afectació per la gravetat de la malaltia, el motiu de l'ingrés i l'ansietat secundària a la privació del tòxic.

En el dia a dia de les unitats d'hospitalització ens podem trobar amb dues situacions clarament diferenciades en funció de si el motiu d'ingrés és el tractament específic del trastorn per ús d'alcohol o qualsevol altre procés. Quan l'ingrés és per a tractament específic, els objectius solen ser aconseguir la desintoxicació de la substància i/o contribuir a l'estabilitat clínica i les estades solen ser breus, normalment inferiors a un mes. Aquests ingressos s'emmarquen dins un programa global de tractament que inclou fàrmacs, psicoeducació i tècniques motivacionals encaminades a afavorir l'adherència i el seguiment terapèutic i l'establiment d'objectius realistes que vagin més enllà del tractament agut (Puche, Fazzolari i Gigena, 2006).

Quan l'ingrés és per altres motius, relacionats o no amb el consum d'alcohol, el més important és realitzar la identificació precoç del consum al més aviat possible, avaluar-ne el patró i promoure la prevenció i identificació de la simptomatologia d'abstinència. L'estada de la persona a l'hospital és una oportunitat única per detectar el consum de manera precoç i ens proporciona el marc ideal per realitzar una intervenció breu que afavoreixi l'adquisició i/o el manteniment d'hàbits saludables i que ens possibiliti derivar aquests/es pacients a fer tractament específic quan estigui indicat. Els estudis publicats fins a la data actual indiquen que la realització d'una intervenció breu encaminada a la reducció de riscos en pacients amb consum perjudicial d'alcohol

ingressats en un hospital general afavoreix la disminució del consum i, per tant, redueix de taxes de mortalitat (McQueen et al., 2011). Aquest tipus d'intervenció ha mostrat ser especialment eficaç en pacients no dependents, en dones i en joves (Saitz et al., 2009). Alguns estudis no detecten una reducció significativa del consum després de la intervenció però si que detecten una preparació més gran per al canvi i una disposició superior per iniciar un tractament específic (Freyer-Adam et al., 2008).

Pel que fa a la síndrome d'abstinència alcohòlica (SAA), atès que es tracta d'un esdeveniment d'una gravetat potencial, és fonamental sistematitzar els procediments i les tasques del personal mèdic i d'infermeria per identificar pacients de risc, aplicar unes mesures correctes de prevenció i facilitar la identificació precoç i l'abordatge terapèutic en els casos en què aparegui la simptomatologia.

1.3.2 PROGRAMES HOSPITALARIS D'INTERVENCIÓ EN ELS PROBLEMES RELACIONATS AMB EL CONSUM D'ALCOHOL A CATALUNYA

A Catalunya, existeixen dues iniciatives hospitalàries per a la sistematització d'un programa de prevenció i atenció als problemes d'alcohol que són el fonament del canvi que es vol proposar per a la millora de la situació actual (veure exemples).

L'any 1995 va néixer el programa "Beveu menys", en el marc d'un projecte de col·laboració internacional de l'OMS, amb l'objectiu de difondre les estratègies d'identificació precoç i intervenció breu en matèria d'alcohol en l'àmbit de l'atenció primària. Es va posar en marxa l'any 2002 i des de l'1 de gener del 2009 s'està implementant en el marc d'un acord de col·laboració entre la Sub-direcció General de Drogodependències, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) i l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC). El programa va dirigit als i les professionals de l'atenció primària (AP) i a la població que atenen, i es crea una xarxa de professionals referents a totes les àrees bàsiques de salut (ABS) als quals s'ofereix els coneixements i els instruments necessaris per poder fer identificació precoç i intervenció breu amb persones bevedores de risc. Actualment les activitats del programa impliquen la realització protocolitzada del cribratge del consum d'alcohol a tota la població atesa a l'atenció primària; si s'identifica un consum de risc d'alcohol, això comporta el lliurament de la informació pertinent i la realització d'una intervenció breu. Igualment, es fan accions de sensibilització i prevenció dels problemes d'alcohol globalment. A més, en el context d'aquest programa va sorgir el projecte ODHIN (Optimització de la implementació del cribratge i la intervenció breu en el consum de risc i perjudicial d'alcohol), que va tenir una durada de quatre anys i incloïa la participació de nou institucions europees i pacients de cinc països. Amb l'objectiu de millorar la implementació de les intervencions dirigides al consum d'alcohol i entendre com es traslladen a la pràctica clínica habitual, es va fer un assaig clínic aleatoritzat multicèntric en 120 centres d'atenció primària de cinc països, que va concloure que la proporció d'intervencions breus era superior en els centres que rebien formació específica així com retribució econòmica (Anderson et al., 2016).

Programa de detecció precoç, intervenció breu i derivació en pacients hospitalitzats amb consum de risc i perjudicial d'alcohol de l'Hospital Universitari de Bellvitge.

L'any 2002 es va iniciar a l'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) un programa, l'SBIRT (identificació precoç, intervenció breu i derivació per a tractament), amb l'objectiu de millorar l'atenció dels i les pacients que presenten consum de risc i perjudicial d'alcohol quan requereixen hospitalització per qualsevol motiu, estigui relacionat o no amb el consum. Es tracta d'un programa oportunista, amb vocació d'estar inclòs a la rutina hospitalària, constituït per professionals d'Infermeria, Medicina Interna i Psiquiatria i que té com a objectiu últim optimitzar el diagnòstic, el tractament i el pronòstic d'aquests/es pacients, oferint una atenció integral i afavorint la coordinació entre nivells assistencials. L'estructura d'actuació inclou la identificació proactiva de casos, la intervenció breu per aconseguir reducció de danys i la derivació a tractament especialitzat quan s'escaigui, i intenta oferir la millor atenció sense anar en detriment de la confidencialitat i la preservació de la intimitat. L'esperit del Programa Alcohol de l'HUB és el mateix que ha promogut programes d'intervenció breu en atenció primària com el "Primary Health Care European Project on Alcohol" (PHEPA) i el "Beveu menys" i s'ha realitzat amb el suport i la tutorització de la Sub-direcció General de Drogodependències del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Des de l'inici del programa s'han elaborat protocols d'actuació basats en l'evidència científica amb la intenció de sistematitzar i homogeneïtzar l'assistència del o la pacient amb consum de risc i perjudicial d'alcohol quan ingressa a l'HUB. Es va començar realitzant identificació proactiva per part de l'equip a les unitats d'hospitalització considerades "diana" —Medicina Interna, Gastroenterologia i Psiquiatria— i, de manera progressiva, s'hi han anat incorporant altres serveis com el de Cirurgia General Digestiva o la Unitat de Trasplantament Hepàtic. Igualment, l'equip interdisciplinari del programa "Alcohol" ha realitzat un treball de suport i acompanyament amb l'objectiu que les unitats d'hospitalització poguessin identificar els i les pacients de risc de manera autònoma.

Paral·lelament, l'equip de treball ha fet una tasca formativa amb la finalitat de donar a conèixer els límits de risc del consum d'alcohol, la profilaxi i el tractament de la síndrome d'abstinència i el concepte d'intervenció breu basada en l'entrevista motivacional. Aquesta tasca docent ha resultat francament enriquidora per totes les parts ja que ha permès l'intercanvi d'informació i opinions que ha ajudat a millorar el conjunt de les actuacions preventives i terapèutiques durant l'estada hospitalària, tenint en compte les característiques concretes de cada unitat. De manera complementària a aquest conjunt d'activitats docents de caire presencial, s'ha dissenyat material informatiu específic per al personal i per als i les pacients i s'han elaborat protocols d'actuació hospitalària. L'activitat del programa "Alcohol" entre els anys 2003-2011 inclou el

cribratge protocol·litzat mitjançant el test AUDIT d'un total de 9.000 pacients.

En els casos amb AUDIT positiu (18% del total) s'ha realitzat el diagnòstic de patró de consum (16% de consum de risc, 19% de consum perjudicial i 65% de dependència o trastorn per consum d'alcohol) i l'avaluació acurada des dels punts de vista somàtic i psicopatològic. En tots els i les pacients avaluats s'ha fet una intervenció breu, amb el suport de material escrit, quan s'ha escaigut, i derivació per seguiment després de l'alta, ja sigui a l'atenció primària, al centre especialitzat corresponent o a les consultes externes de l'HUB, on s'han desenvolupat dues agendes específiques, una de Medicina Interna i una de Psiquiatria per als casos en els quals estigui indicada la realització d'un seguiment hospitalari o un estudi més ampli de la patologia.

La implementació del programa "Alcohol" de l'HUB ha estat seqüencial, desenvolupada dins d'un pla estratègic esglaonat que ha fomentat la interacció i l'intercanvi d'opinions entre professionals i li ha conferit un caràcter flexible, de manera que s'ha anat modificant i adaptant en funció de les necessitats dels diferents dispositius hospitalaris, fet que des d'una sola disciplina hauria estat impossible. Un aspecte fonamental per a tots els i les professionals que estan implicats en aquest projecte ha estat la identificació al més precoç possible dels problemes que hagin anat apareixent durant la implementació així com en la cerca activa de solucions que permetessin avançar en el procés.

L'experiència en l'abordatge integral de les persones amb consum de risc i perjudicial d'alcohol en l'entorn hospitalari ha estat francament positiva, ja que atorga la possibilitat de detectar de forma precoç, d'intervenir i de reduir danys abans que no siguin irreversibles. En definitiva, el treball interdisciplinari ens permet optimitzar la implementació del programa "Alcohol", tot identificant les barreres i dificultats que existeixen i aplicant solucions viables i millorar l'atenció al o la pacient ingressat i, probablement, el pronòstic a curt o mitjà termini.

Unitat de Conductes Addictives a l'Hospital Clínic

El 1984 es va crear la Unitat d'Alcoholologia Generalitat de Catalunya a l'Hospital Clínic, com a forma de consolidar el Dispensari d'Alcoholisme que funcionava a temps parcial des dels anys seixanta. L'impuls inicial de metges insignes com el Dr. Laporte i el Dr. Rodés va ser essencial per donar continuïtat i ampliar la tasca feta pel Dr. Bach i el Dr. Freixa. La Unitat va néixer com un projecte multidisciplinari, que incorporava professionals de la psiquiatria, psicologia, medicina interna, hepatologia, bioquímica, treball social i infermeria, amb l'objectiu de donar una resposta de salut als problemes d'alcohol des d'una triple vessant: assistencial, docent i de recerca.

Des de la perspectiva assistencial, la Unitat ofereix programes de tractament en quatre àmbits diversos: l'hospitalització, l'hospitalització parcial, la interconsulta hospitalària i

1

la consulta externa.

L'hospitalització es realitza en els llits del Servei de Psiquiatria i Psicologia. Normalment s'ingressen pacients d'alta complexitat, amb comorbiditat tant psiquiàtrica com orgànica. Amb el pas dels anys hem observat un increment de la comorbiditat psiquiàtrica.

L'hospitalització parcial, també en l'àmbit del Servei de Psiquiatria i Psicologia, compleix diversos objectius terapèutics: escurçar estades hospitalàries, monitoratge de desintoxicacions ambulatories complexes, proporcionar tractaments psicològics intensius, fer contenció psicosocial de pacients en crisi, etc.

La interconsulta hospitalària permet oferir suport a tots els professionals de l'hospital quan han de fer front a problemes d'alcohol en pacients ingressats en els diversos serveis. Tot i que s'ha orientat des de l'inici com una activitat preventiva, la majoria de les demandes es produeixen quan apareix un problema conductual relacionat amb l'alcohol (delírium, agressivitat, fugues, síndrome de Wernicke-Korsakov, etc.) o a petició de la família. S'intenta utilitzar aquestes situacions per fer docència amb les i els mateixos professionals i, de fet, en el decurs dels anys s'han establert col·laboracions molt profitoses amb diversos serveis, entre els quals hi ha Hepatologia, Medicina Interna, ORL, etc. Alhora, d'aquest treball se n'han derivat col·laboracions estables en àmbits sensibles, com pot ser l'avaluació de pacients candidats a trasplantament o el treball conjunt amb la clínica del dolor.

El quart àmbit, la consulta externa, ofereix diversos espais de tractament, des de l'espai d'acollides fins al monitoratge de l'abstinència mitjançant el control de tòxics en fluids orgànics, passant per l'atenció a familiars, les teràpies de grup i els tractaments psicològics i psiquiàtrics individuals.

Des de la perspectiva docent, val a dir que molts professionals de les addiccions s'han format en aquesta Unitat. Alhora, la Unitat ha col·laborat des dels inicis en la formació dels i les estudiants del Màster de Drogodependències de la Universitat de Barcelona, ofereix estades formatives per a residents de Psiquiatria d'Espanya i Sud-Amèrica, organitza cursos i congressos internacionals i imparteix regularment docència als i les alumnes de pregrau de Medicina, Psicologia i Treball Social. Una menció apart mereix la col·laboració continuada amb la Sub-direcció General de Drogodependències pel que fa al disseny, la difusió i el manteniment del programa "Beveu menys" a l'atenció primària de salut.

Finalment, en l'àmbit de la recerca, la Unitat ha desenvolupat una activitat creixent intensa en el curs dels darrers tres decennis. Des del punt de vista clínic, cal destacar, entre d'altres, l'estudi longitudinal prospectiu de vint anys amb una mostra de 850 persones amb trastorn per consum d'alcohol, els estudis sobre l'eficàcia de les teràpies grupals, el lideratge de múltiples assaigs clínics amb fàrmacs (tiaprida, acamprosat, naltrexona, oxcabazepina, nalmefè, oxibat de sodi, etc.), el desenvolupament i la validació de múltiples qüestionaris i instruments de mesura (ISCA, Audit, Audit C, SADQ, APQ, SIPAT, Unitat de Beguda Estàndard, etc.) i la coordinació de múltiples

projectes europeus (Amphora, Odhin, Alice Rap, Leader, etc.) en col·laboració amb la Sub-direcció General de Drogodependències.

En l'àmbit de l'IDIBAPS, la Unitat està integrada com a grup de recerca addiccions clínic (GRAC) dins l'àrea de les neurociències i vinculada a l'equip de recerca "Bases biològiques del trastorn psíquic i psiquiatria nuclear". També forma part de la Red de Trastornos Adictivos (RETICS, de l'Instituto Carlos III), i en el decurs del 2016 ha publicat més de 30 articles en revistes indexades.

Per millorar l'escenari actual del tractament dels problemes relacionats amb l'alcohol en les persones hospitalitzades i d'acord amb l'experiència acumulada al llarg dels anys per aquests dos programes, es planteja la possibilitat de promoure l'adaptació del programa "Beveu menys" per a la seva adaptació i implementació en els hospitals de Catalunya.

1.3.3 LLIÇONS APRESES

El tractament dels i les pacients amb trastorns per ús d'alcohol i altres substàncies s'hauria de basar en la integració de tots els punts de vista terapèutics. Per aconseguir aquest **tractament integrador**, s'hauria d'incloure la figura d'un/a **professional responsable i elaborar un pla terapèutic conjunt i comú a tots els membres de l'equip**. En aquest sentit, és fonamental una comunicació i coordinació correctes entre els i les diferents professionals implicats en el tractament, els quals haurien de ser flexibles davant les opinions o decisions que prenen qualsevol dels altres membres de l'equip. D'aquesta manera, es pretén que el fil conductor del tractament del o la pacient sigui sempre el mateix, independentment del o la professional que en aquell moment l'estigui atenent, intentant evitar la fragmentació produïda per la presència de missatges contradictoris (Puche, Fazzolari i Gigena, 2006)

Tanmateix, l'entorn hospitalari ofereix també la possibilitat d'un enfocament multidisciplinari que inclogui diferents professionals procedents de diferents àmbits (medicina, infermeria, treball social, psicologia, etc.) que treballen en el mateix entorn. Aquest enfocament permet, per tant, mitjançant una atenció integral i coordinada, a més de tractar de manera adequada el procés que ha motivat l'ingrés, tractar aquells trastorns concomitants que puguin ser presents o detectats. Així, la participació del personal en la realització i el manteniment d'aquests programes és bàsica per aconseguir l'èxit.

La col·laboració dels i les professionals en la identificació i derivació dels casos és essencial per al funcionament correcte dels programes. Per això s'haurien de fer plans de formació del personal i també aconseguir-ne la implicació en el desenvolupament i disseny del programa d'identificació i intervenció. Per tant, encara que s'utilitzin models ja provats en altres centres, caldrà adaptar-los i modificar-los segons les necessitats, la pressió assistencial a què estiguin sotmesos els i les professionals, el tipus de patologia que es tracti en cada centre i la disponibilitat de professionals de

1

diferents àmbits.

També és imprescindible el suport de les direccions assistencials de l'hospital per incorporar el programa dins dels objectius de millora de la qualitat assistencial, sempre com a part de la pràctica clínica habitual. És molt important que la identificació de casos formi part del protocol assistencial d'acollida dels i les pacients. Per aconseguir l'èxit i el bon funcionament de la implantació i la implementació del programa, aquest haurà de rebre l'aprovació de tots els nivells d'actuació i és bàsic el suport dels gestors i direccions hospitalàries. També és essencial la col·laboració estreta amb l'assistència primària i els centres d'atenció i seguiment (CAS) on seran derivats posteriorment els i les pacients per fer-los el seguiment.

Aquests programes han d'incloure, a més de la identificació d'aquests problemes, l'aplicació de mesures o estratègies per incentivar la motivació perquè la persona redueixi el consum d'alcohol o adopti formes més segures de consum i mesures per facilitar la derivació dels casos més greus a centres de tractament especialitzat. La participació i col·laboració de la família amb els i les professionals en aquestes situacions pot ser molt important.

La millora del tractament d'aquests/es pacients passa per la implementació de programes adequats a cada centre i la col·laboració de tots els estaments, gestors, professionals, pacients i les seves famílies.

PUNTS CLAU

- El consum d'alcohol és altament prevalent al nostre país tot i que la prevalença de consum de risc i perjudicial d'alcohol en l'àmbit hospitalari no és ben coneguda, quan s'ha estudiat ha estat superior a la de la població general.
- El dany produït per l'alcohol és, en general, directament proporcional al nivell de consum i no hi ha cap nivell exempt de risc.
- La resposta des dels serveis de salut, en concret des de l'atenció primària i els hospitals, és clau per a una prevenció i atenció adequades als problemes d'alcohol.

RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

- Els programes hospitalaris han d'incloure, a més de mecanismes per identificar aquests problemes, l'aplicació de mesures o estratègies per incentivar la motivació perquè la persona redueixi el consum d'alcohol o adopti formes més segures de consum i mesures per facilitar la derivació dels casos més greus a centres de tractament especialitzat.
- La implementació d'aquests programes requereix la superació de les barreres dels i les professionals, com ara la falta de formació i la por a la intrusió en la vida dels i les pacients, i també les estructurals, com la falta d'espais i la falta de recursos per a la derivació dels i les pacients més greus.

1

BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 1

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., ... Vollebergh, W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 21-27. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x

Anderson, P., i Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe - Public Health Perspective: Report summary. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13 (6), 483-488. doi: 10.1080/09687630600902477

Anderson, P., Scafato, E. (2010). Alcohol and older people – a public health perspective. Report for the Vintage project. Disponible a: <http://www.epicentro.iss.it/vintage/outputs.asp> (Accedit, Juliol 2017).

Bosque-Prous, M., Brugal, M.T., Lima, K.C., Villalbí, J.R., Bartroli, M., i Espelt, A. (2017). Hazardous drinking in people aged 50 years or older: a cross-sectional picture of Europe, 2011-2013. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(8), 817-828. doi: 10.1002/gps.4528

Broyles, L.M., Rodriguez, K.L., Kraemer, K.L., Sevick, M.A., Price, P.A., i Gordon, A.L. (2012). A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. *Addiction Science & Clinical Practice*, 7 (1), 7. doi: 10.1186/1940-0640-7-7

Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.B., Fihn, S.D., i Bradley, K.A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789–1795. Recuperat de <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/208954>

Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M.A., i Hughes, K. (2009). Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by Young people. *Traffic injury prevention*, 10(2), 162-169. doi: 10.1080/15389580802597054

Cherpitel, C.J., Borges, G., Giesbrecht, N., Hungerford, D., Peden, M., Poznyak, V., Stockwell, T. (2009). Alcohol and injuries. *Emergency department studies in an*

international perspective. World Health Organization.

Cherpitel, C.J., i Ye, Y. (2012). Trends in alcohol- and drug-related emergency department and primary care visits: data from four U.S. national surveys (1995-2010). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 454-8. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3316717/>

Chérrez-Bermejo, C., i Alás-Brun, R. (2014). Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de género ingresados en prisión. Un estudio descriptivo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(2), 29-37.

CMBD Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2010. Registre del conjunt mínim bàsic de dades. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2012.

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., i de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 199-217. Recuperat de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712028001>

Enquesta de salut a la població institucionalitzada de Catalunya 2006. Residències i centres de llarga estada (ESPI). Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010.

Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, juliol 2015.

EuroHealthNet, Annual Report , 2012-2013 [internet]. 2012 [citat: 1 d'agost de 2016]
European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe; 2012.

Freyer-Adam, J., Coder, B., Baumeister, S.E., Bischof, G., Riedel, J., Paatsch, K., Hapke, U. (2008). Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 93(3), 233-43. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.016

Holmila, M., Raitasalo, K. (2015). Resilience across generations: VANLA-Parents and

1

children Sub-study report. Addiction and Lifestyle in Contemporary Europe: Reframing Addictions Project (ALICE RAP).

Hope, A., Curran, J., Bell, G., & Platts, A. (2013). Unrecognised and under-reported: the impact of alcohol on people other than the drinker in Scotland. Glasgow, Scotland. Recuperat de www.alcohol-focus-scotland.org.uk

Hughes, K., Bellis, M., Calafat, A., Juan, M., Shnitzer, S., i Anderson, Z. (2008). Predictors of violence in young tourists: a comparative study of British, German and Spanish holidaymakers. *European Journal of Public Health*, 18(6), 569-574. doi: 10.1093/eurpub/ckn080

Leonard, K. (2001). Domestic violence and alcohol: What is known and what do we need to know to encourage environmental interventions?. *Journal of Substance Use*, 6 (4), 235-247. doi: 10.1080/146598901753325075

León-Muñoz, L.M., Galán, I., Donado-Campos, J., Sánchez-Alonso, F., López-García, E., Valencia-Martín, J.L., ... Rodríguez-Artalejo, F. (2015). Patterns of alcohol consumption in the older population of Spain, 2008-2010. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(2), 213-24. doi: 10.1016/j.jand.2014.08.017

Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats (2008). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona.

McQueen, J., Howe, T.E., Allan, L., Mains, D., i Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(8). doi: 10.1002/14651858.CD005191.pub3

Miller, P.M., Spies, C., Neumann, T., Javors, M.A., Hoyumpa, A.M., Roache, J., ... Dillie, K.S. (2006). Alcohol biomarker screening in medical and surgical settings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30 (2), 185-193. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00029.x

Moskalewicz, J., Room, R., Thom, B. (2016). Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU: Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. RARHA SEAS Report.

Nutt, D. J., King, L. A. i Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-65. doi:10.1016/S0140-6736(10)61462-6

Ochoa, E. , Madoz, A. (2008). Consumption of alcohol and other drugs in the

occupational environment. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 25-32. Recuperat de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003&lng=es&tlng=es

Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2012. Disponible: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf

Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2016

Puche, E., Blasco, J., Fazzolari, J., i Gigena, D. (2006). Tratamiento integrado de los trastornos adictivos. En: J.C. Pérez de los Cobos, J.C. Valderrama, G. Cervera, G. Rubio (ed.), *Tratado SET de Trastornos Adictivos* (1a ed., p. 454-467). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rehm, J., Manthey, J., Struzzo, P., Gual, A., i Wojnar, M. (2015). Who receives treatment for alcohol use disorders in the European Union? A cross-sectional representative study in primary and specialized health care. *European Psychiatry*, 30(8), 885-93. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.07.012

Rehm, J., Gmel, G., Kiefer, F., Kreutz, R., Kugler, J., Müller-Walther, M., ... Weisser, B. (2014). Improvement of management of hypertension by implementation of alcohol screening and subsequent interventions in primary practice. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139 (48), 2457-2462. Doi: 10.1055/s-0034-1387417

Rehm, J., Rehm, M.X., Shield, K.D., Gmel, G., i Gual, A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25 (1), 11-18. Doi: 10.20882/adicciones.67

Rehm, J., i Room, R. (2015). Cultural specificity in alcohol use disorders: *The Lancet*, Article in Press. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)00123-3

Resultats per a Catalunya de l'enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES) 2009. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2009.

Resultats per a Catalunya de l'enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya

1

(EDADES) 2013. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2013.

Resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre ús de drogues en Ensenyament Secundari (ESTUDES) 2012. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2012.

Resultats per a Catalunya de l'enquesta estatal sobre ús de drogues en Ensenyament Secundari (ESTUDES) 2014. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2014.

Rosón, B., Corbella, X., Perney, P., Santos, A., Stauber, R., Lember, M., ... Pujol, R. (2016). Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Non-recording of Alcohol Use in Hospitals across Europe: The ALCHIMIE Study. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 457-64. doi: 10.1093/alcalc/agv142

Rosón, B., Monte, R., Gamallo, R., Puerta, R., Zapatero, A., Fernández-Solá, J., ... ASMI Study Group. (2010). Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *European Journal of Internal Medicine*, 21(5), 458-464. Doi: 10.1016/j.ejim.2010.04.006

Saitz, R., Palfai, T.P., Cheng, D.M., Horton, N.J., Dukes, K., Kraemer, K.L., ... Samet, J.H. (2009). Some medical inpatients with unhealthy alcohol use may benefit from brief intervention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 70(3), 426-35. Doi: 10.15288/jsad.2009.70.426

Segura, L., Matrai, S., Gual, A., i Colom, J. (2016). Summary BISTAIRS field test report: Catalonia, Czech Republic, Italy, Portugal. Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings (BISTAIRS).

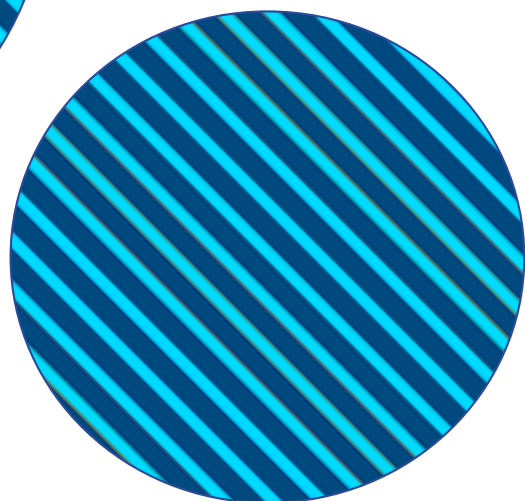
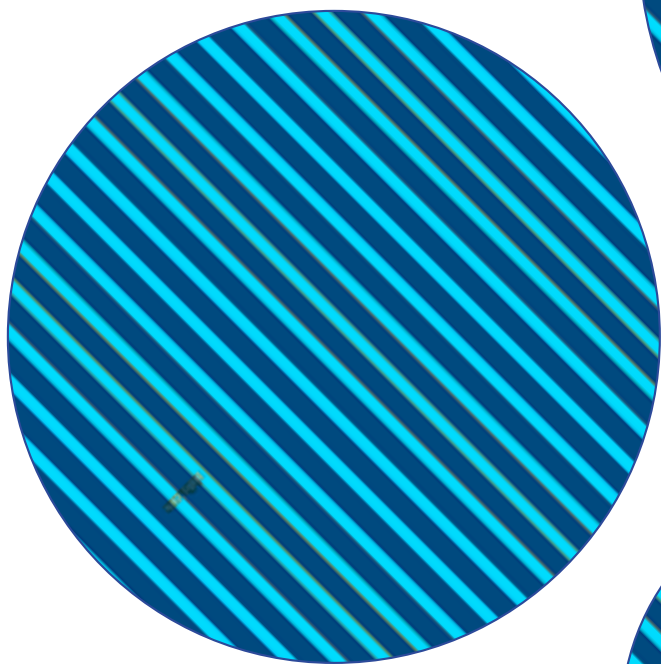
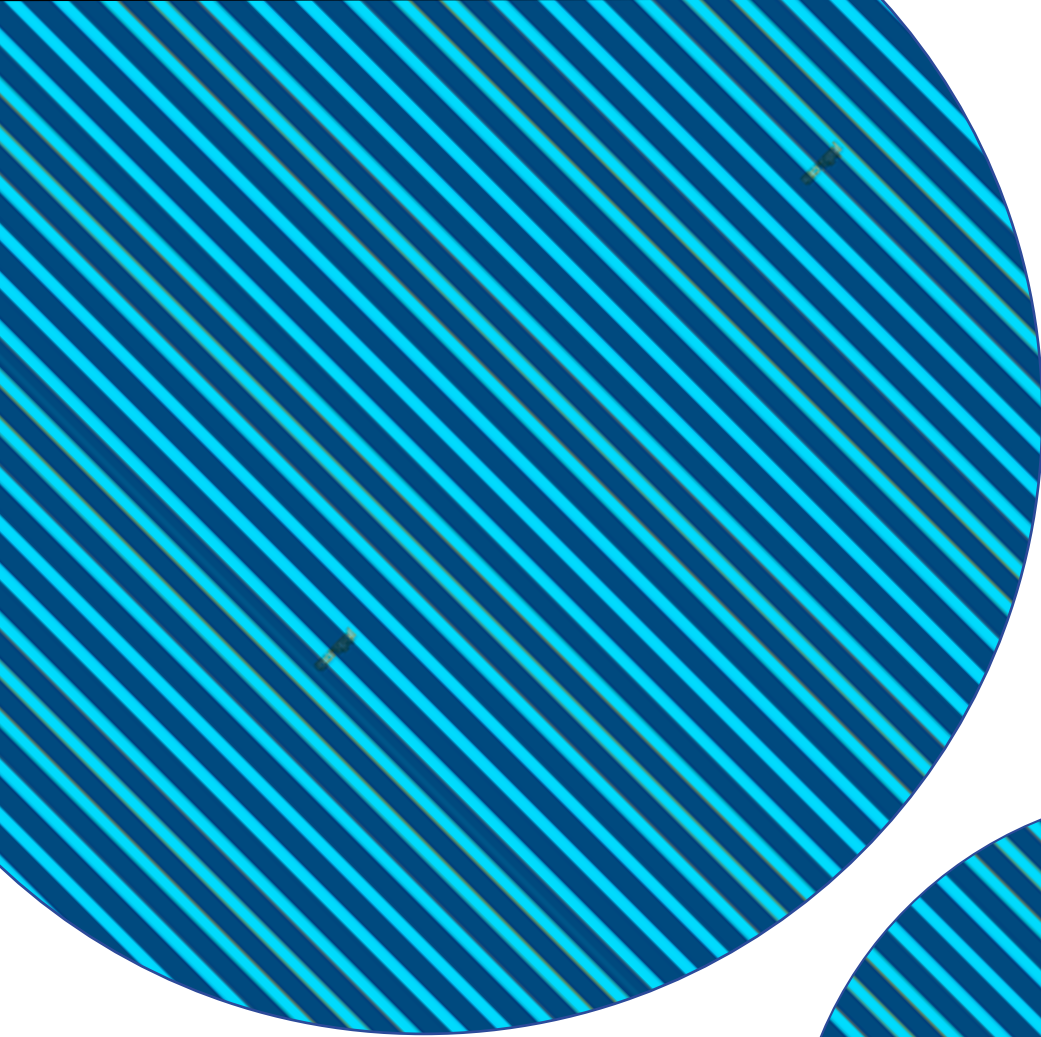
Trinks, A., Festin, K., Bendtsen, P., Cherpitel, C.J., i Nilsen, P. (2012). Acute alcohol consumption and motivation to reduce drinking among injured patients in a Swedish emergency department. *Journal of Addictions Nursing*, 23(3), 152-8. Doi: 10.1097/JAN.0b013e31826f4bbd

Wangberg, S.C. (2015). Norwegian midwives' use of screening for and brief interventions on alcohol use in pregnancy. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 186-90. doi: 10.1016/j.srhc.2015.03.001

World Health Organization (WHO). Centro de Premsa. Nota descriptiva N°349

[internet]. 2015 [citat: 4 d'agost de 2016]

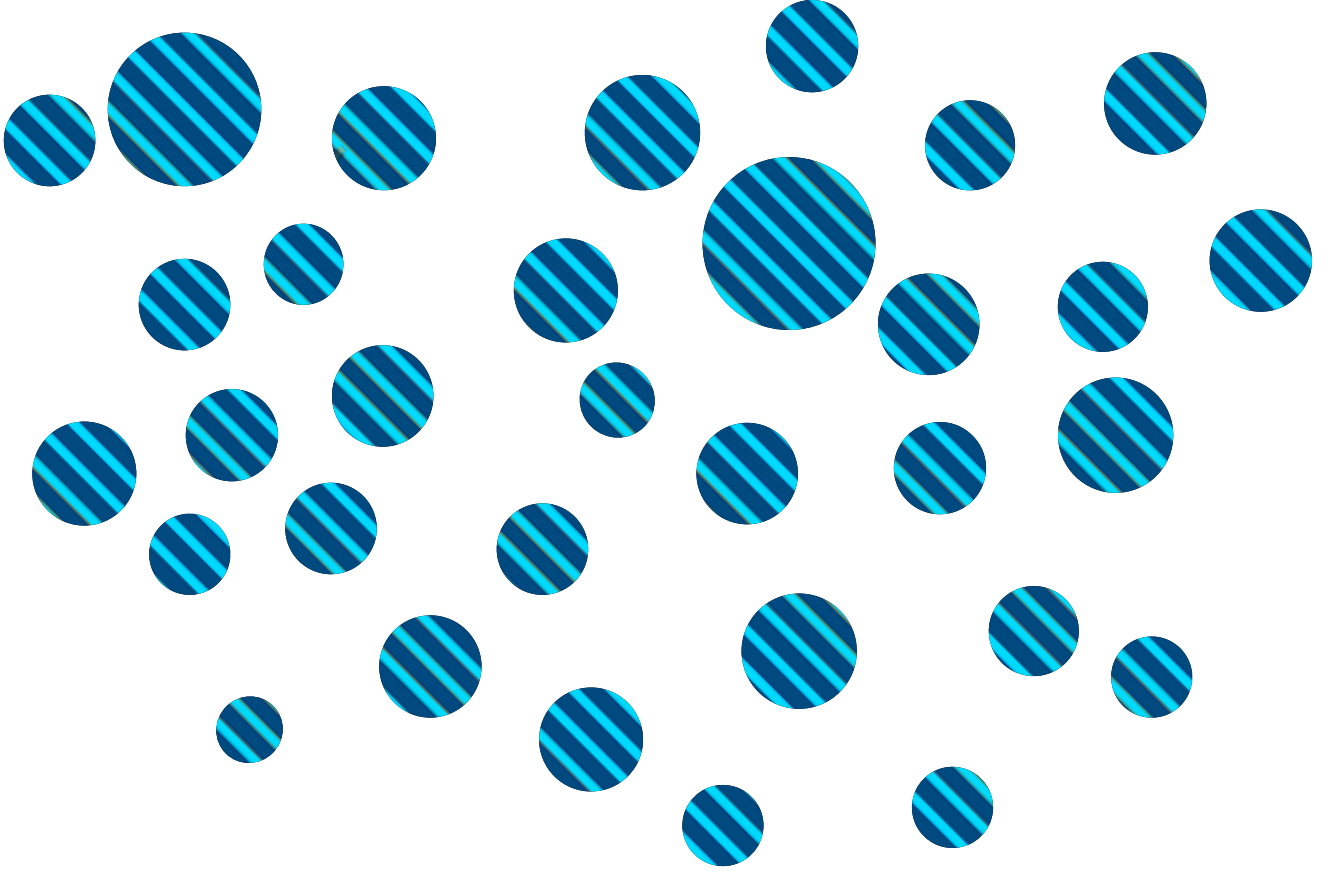
World Health Organization (WHO). Global Status report on Alcohol and Health [internet]. 2014 [citat: 1 d'agost de 2016]





2

IDENTIFICACIÓ
PRECOÇ DELS
PROBLEMES
D'ALCOHOL A
L'HOSPITAL →



IDENTIFICACIÓ PRECOÇ DELS PROBLEMES D'ALCOHOL A L'HOSPITAL

En aquest capítol es revisen els condicionants per a una identificació correcta de la persona bevedora de risc i perjudicial d'alcohol. S'aporten les definicions per al càlcul del consum d'alcohol en unitats de beguda estàndard i per al diagnòstic dels patrons de consum: consum de risc, consum perjudicial i dependència. A més, s'expliquen els tests més habituals per a la identificació precoç del consum de risc i de dependència de l'alcohol, amb èmfasi en l'AUDIT C i l'AUDIT

La Margarida és una dona de 55 anys que requereix ingrés hospitalari per cirurgia de fractura subcapital de fèmur. La pacient explica haver patit una caiguda casual després d'un dinar familiar durant el qual ha consumit vi.

A l'arribada a la Unitat d'hospitalització la pacient està conscient i orientada en les tres esferes, presenta un lleu tremolor distal i les seves constants són TA: 170/85 FC: 100 x'. A la història clínica no consten al·lèrgies tòxico-medicamentoses, es hipertensa sense tractament farmacològic, no consten altres antecedents mèdics d'interès i està registrat un consum de tabac de 10 cigarretes al dia. Nega el consum d'altres drogues excepte alcohol. Pren habitualment 1 mg de lorazepam per la nit.

2.1 CONDICIONANTS PER A UNA IDENTIFICACIÓ CORRECTA: QUI, QUAN, COM

Autors/es: Beatriz Rosón.

La identificació precoç del consum de risc d'alcohol està àmpliament justificada en l'àmbit de la salut. L'alcohol es relaciona de forma dosiddependent amb una gran varietat de patologies físiques i mentals. La identificació precoç de consums d'alcohol no només té sentit des del punt de vista preventiu, sinó també és d'utilitat en el diagnòstic de la patologia associada, tant orgànica com psiquiàtrica, per fer el diagnòstic de la dependència i per valorar la indicació de tractament profilàctic de la síndrome d'abstinència alcohòlica.

Molts/es professionals diuen que realitzen aquesta identificació precoç de forma sistemàtica. Spandorfer et al. (1999) van fer una enquesta per correu a professionals de medicina interna i de capçalera en la qual el 64,9% de les persones enquestades

2

va informar que, durant la visita inicial, interrogaven del 80% al 100% dels i les pacients per detectar abús o dependència de l'alcohol. No obstant això, quan es fan revisions de la història clínica, els percentatges de població detectats en l'assistència primària són baixos, del 7% al 25%, i, en general, els i les pacients no recorden haver estat preguntats sobre aquest tema (Bueno, et al., 1997; Brotons, et al., 1996; Aalto, et al., 2002 i 2004 i Rush, et al., 2003). Quant a la pràctica hospitalària, les dades sobre la recollida o la identificació precoç de consum d'alcohol són similars a les trobades en la primària, tant en l'àmbit internacional com en el nacional (Hearne, et al., 2002; Wu, et al., 2006; Chen, et al., 2004; Rosón, et al., 2010 i 2016).

Atès que moltes persones bevedores de risc passen desapercibudes després del seu contacte amb el món sanitari, nombrosos estudis advoquen per un abordatge sistemàtic per facilitar-ne la identificació (Spandorfer, et al., 1999; Anderson, et al., 2005; Gual, 2008). Si per raons de pressió assistencial aquest abordatge no es pot fer de forma universal, la identificació precoç del consum de risc s'haurà de fer sistemàticament en els i les pacients que presentin trastorns que puguin estar relacionats amb l'alcohol com els següents: hipertensió, cefalees, dispèpsia, ansietat, depressió, irritabilitat, insomni, dèficits d'atenció, disfuncions sexuals, accidents, malaltia hepàtica, càncer, ressaques i baix rendiment laboral. De la mateixa manera, es realitzarà la identificació precoç sistemàticament davant la presència de signes clínics com tremolor, aranyes vasculars, hepatomegàlia, fetor enòlic o elevacions de VCM, GGT, AST o ALT (Anderson, et al., 2005; Gual, 2008).

2.2 UNITAT DE BEGUDA ESTÀNDARD

El càlcul del consum d'alcohol en grams d'alcohol pur seria la manera més exacta de quantificar el consum d'alcohol. Per a això hem d'aplicar una fórmula que consisteix a multiplicar la quantitat de beguda en mil·lilitres o centímetres cúbics pel nombre de graus d'alcohol i per 0,8, i dividir aquest resultat entre 100. El resultat ens permet saber els grams d'alcohol de la consumició en qüestió. La dificultat de recollir exactament els mil·lilitres consumits i els graus d'alcohol de cada beguda fan que aquesta estratègia sigui la més adequada per a estudis clínics minuciosos i el mètode de referència en recerca científica.

No obstant això, en tots els nivells assistencials i clínics (primària, especialitzada i hospitalària), es proposa la quantificació del consum d'alcohol utilitzant l'anomenada unitat de beguda estàndard (UBE) per facilitar la quantificació dels consums. L'ús de la UBE permet una quantificació ràpida del consum i la conversió fàcil en grams d'alcohol pur, que resulta molt útil en la pràctica clínica diària. El valor de la UBE a Espanya amb una discreta diferència nord-sud s'estableix en 10 g d'alcohol i equival a una consumició de vi (100 ml), cava (100 ml) o cervesa (200 ml) i a mitja consumició de destil·lats o combinats (25 ml) (Rodríguez-Martos, et al., 1999). La **taula 2.1** mostra les equivalències en UBE dels productes consumits amb més freqüència a

Espanya i la quantificació exacta de grams d'alcohol pur.

Taula 2.1. Contingut d'alcohol en grams i equivalència en unitats de beguda estàndard (UBE) dels productes consumits amb més freqüència a Catalunya

Beguda	Volum (cc)	Graduació alcohòlica	Grams d'alcohol	Nombred'UBE per consumició
Anís	50	38	14,0	2
Cervesa	200	6	9,6	1
Cava	100	13	10,4	1
Ginebra	50	40	16,0	2
Xerès	50	17	6,8	1
Orujo	30	38	9,0	1
Rom	50	42	16,8	2
Vermut	70	16	9,0	1
Vi	100	12	9,6	1
Vodka	50	42	16,0	2
Whisky	50	45	18,0	2

El valor d'una UBE a Espanya s'estableix en 10 grams d'alcohol.

2.3 NIVELLS I CATEGORIES DE CONSUM

Tant l'OMS com la Comissió Europea es refereixen a tres nivells de consum en els seus informes segons la ingesta de grams d'alcohol al dia diferenciada segons el sexe, i considera les persones abstèmies com un quart nivell apart. El nivell I es

2

refereix a ingesta superior a 0 fins a 40 g en homes i > 0 fins a 20 g en dones; el nivell II > 40 fins a 80 g en homes o > 20 fins a 60 g en dones, i el nivell III > 80 g en homes i > 60 g en dones (WHO, 2006; Rehm, et al., 2004; European Commission Report, 2006). Aquesta classificació, que és molt útil des del punt de vista epidemiològic, equival a baix risc, risc i alt risc.

2.4 PATRONS DE CONSUM

Per a la valoració del patró de consum, s'ha de realitzar una anamnesi dirigida a avaluar la quantitat i la freqüència del consum d'alcohol durant la vida del o la pacient, els problemes associats, la presència de símptomes de dependència i la gravetat de l'abstinència. Habitualment, com es veurà més endavant en els mètodes d'identificació precoç, ens referirem al consum en els últims 12 mesos.

Es consideren abstèmies aquelles persones que no han consumit alcohol en els últims 12 mesos. Cal tenir en compte que això pot no coincidir amb l'autovaloració que en puguin fer les persones. Així, en el nostre entorn, sovint les persones que beuen esporàdicament en esdeveniments socials es defineixen a si mateixes com a abstèmies, mentre que en altres cultures es definirien com a bevedores esporàdiques. Dins d'aquesta definició podrien trobar-se també aquells/es pacients amb dependència de l'alcohol que n'han abandonat el consum. En aquest cas, es recomana definir-ho, des del punt de vista clínic, com a dependència en remissió.

Atès que el dany produït per l'alcohol és, en general, directament proporcional al nivell de consum, no existeix cap nivell exempt de risc. No obstant això, els consums que no superen els 40 g en homes i els 20 g en dones es consideren, en el nostre context, de **baix risc**, encara que la recomanació general sempre ha de ser beure menys. Es considera un **consum de risc** aquell en el qual no existeixen conseqüències actuals relacionades amb el consum d'alcohol però sí un risc futur de dany psicològic, social i físic. Per a la valoració del consum de risc és important registrar el consum per setmanes si existeixen canvis de consum en el consum diari, particularment durant el cap de setmana, i si existeixen consums elevats per ocasió de consum, encara que sigui de manera ocasional. A vegades, un consum diari habitual baix pot coexistir amb un consum setmanal de risc o amb un consum de risc per ocasió de consum. En la **taula 2.2** es mostra la definició de consum de risc tenint en compte aquests tres paràmetres. Al nostre país, hem adaptat la recomanació de l'OMS i els nivells considerats de risc són per a dones i persones més grans de 65 anys > 17 UBE per setmana o més de 4 UBE per ocasió de consum; per a homes > 28 UBE per setmana o més de 5 UBE per ocasió de consum (Guardia, et al., 2007). Aquest últim patró s'anomena binge drinking o consums episòdics intensius (Anderson, et al., 2005; Rodríguez-Martos, et al., 2008).

S'ha de destacar que aquests límits no s'apliquen a nens/es, adolescents, dones embarassades, persones que prenen medicació que interacciona amb l'alcohol, persones que desenvolupen activitats que requereixin concentració, habilitat o coordinació (p. ex. conducció) o amb comorbiditats que es puguin veure afectades pel consum d'alcohol (diabetis mellitus, hepatitis C, etc.). Qualsevol consum per part d'aquests grups de població o en aquestes situacions es considera de risc.

El **consum perjudicial** o nociu d'alcohol seria aquell patró de consum que causa dany a la salut. El dany pot ser físic (p. ex. cirrosi hepàtica) o mental (p. ex. depressió associada al consum). Les conseqüències socials en si mateixes no són suficients per diagnosticar-ne un consum perjudicial o nociu.

L'OMS defineix la **dependència de l'alcohol** com un conjunt de fenòmens conductuals, cognitius i fisiològics que poden aparèixer després del consum repetit d'alcohol. Aquests fenòmens típicament inclouen desig intens de consumir alcohol, dificultat per controlar-ne el consum, persistència del consum malgrat les conseqüències perjudicials, prioritat al consum davant d'altres activitats i obligacions, augment de la tolerància a l'alcohol i abstinència física quan el consum s'interromp.

A més, els criteris per identificar la síndrome de dependència de l'alcohol o alcoholisme, a partir del CIE-10 o ICD-10 (WHO, 2007), són els següents: tres o més de les manifestacions següents han d'haver estat presents durant almenys un mes o, si han durat menys d'un mes, han d'haver aparegut juntes de manera repetida en algun període de dotze mesos :

1. Desig intens o vivència d'una compulsió a consumir alcohol.
2. Disminució de la capacitat per controlar el consum d'alcohol, a vegades per controlar l'inici del consum i d'altres per poder posar-hi fi o per controlar-ne la quantitat consumida.
3. Síntomes somàtics d'una síndrome d'abstinència quan el consum d'alcohol es redueix o cessa, quan es confirmi per la síndrome d'abstinència característic de l'alcohol o el consum de la mateixa substància (o una de molt propera) amb la intenció d'alleujar o evitar els símptomes d'abstinència.
4. Tolerància, de manera que es requereix un augment progressiu de la dosi d'alcohol per aconseguir els mateixos efectes que originalment produïen dosis més baixes.
5. Abandonament progressiu d'altres fonts de plaer o diversions a causa del

2

consum d'alcohol, augment del temps necessari per obtenir o ingerir l'alcohol o per recuperar-se dels efectes que produeix.

6. Persistència en el consum d'alcohol malgrat les evidents conseqüències perjudicials, tal com s'evidencia pel consum continuat un cop l'individu és conscient, o seria d'esperar que ho fos, de la naturalesa i l'extensió del mal.

Taula 2.2. Definició de consum de risc a Europa

	Consum setmanal	Consum per ocasió
Dones i persones més grans de 65 anys	≥17 UBE	≥4 UBE
Homes	≥28 UBE	≥5 UBE

Recentment s'ha presentat la classificació DSM-5 per al diagnòstic del trastorn per consum d'alcohol. Aquesta classificació aporta canvis terminològics, mentre el DSM-IV descriu dos trastorns diferents, l'abús de l'alcohol i de la dependència de l'alcohol, amb criteris específics per a cada un.

El DSM-5 integra els dos trastorns del DSM-IV, l'abús de l'alcohol i de la dependència de l'alcohol, en un únic trastorn anomenat trastorn per ús d'alcohol amb subclassificacions de lleu, moderat i greu. A més, inclou canvis en els criteris diagnòstics. Segons el DSM-IV, els criteris de diagnòstic d'abús i dependència eren diferents: qualsevol que compleixi un o més dels criteris d'"abús" dins d'un període de dotze mesos rebran el diagnòstic d'abús d'alcohol. Qualsevol persona amb tres o més dels criteris de "dependència" durant el mateix període de 12 mesos rebria un diagnòstic de "dependència de l'alcohol".

Segons el DSM-5, qualsevol que compleixi dos dels 11 criteris en el mateix període de 12 mesos rebria una diagnòstic de trastorn per ús d'alcohol. La gravetat dels trastorns per ús d'alcohol -lleu, moderada o greu- es basa en el nombre de criteris que es reuneixen. El DSM-5 elimina els problemes legals com a criteri i afegeix el **craving** o desig persistent de consumir com a criteri per a un diagnòstic dels trastorns per ús d'alcohol. El **craving** no formava part dels criteris DSM-IV. A més, el DSM-5 modifica

algunes de les descripcions dels criteris amb el llenguatge actualitzat. L'especificador de DSM-IV per al subtipus "dependència fisiològica" ha estat eliminat en el DSM-5, així com el diagnòstic DSM-IV de la politoxicomania. La **remissió precoç** d'un trastorn de consum de substàncies es defineix al DSM-5 com almenys de tres mesos, però amb menys de dotze mesos sense criteris de trastorn per ús de substàncies (excepte craving), i la **remissió sostinguda** es defineix com almenys de dotze mesos sense criteris (excepte craving).

La **taula 2.3** mostra la comparativa dels criteris diagnòstic de dependència segons la CIM-10, el DSM-IV i el DSM-5.

En el llenguatge col·loquial i sovint també en l'àmbit professional, s'utilitzen actualment nombrosos termes per descriure el consum d'alcohol. Alguns no tenen una definició clínica clarament establerta o el significat pot ser confús, fins i tot alguns són pejoratius. Aquests termes s'han d'evitar perquè són imprecisos i confusos o estigmatitzants. En destaquen els següents: alcoholisme, consum de risc d'alcohol, consum moderat, consum prudent, consum social o consum responsable (Rodríguez-Martos, A. i Rosón, B., 2008).

Taula 2.3. Criteris diagnòstics de dependència alcohòlica segons l'Organització Mundial de la Salut (CIE-10) i segons la 4a edició de la classificació editada per l'American Psychiatric Association (DSM-IV) i criteris de trastorn per consum d'alcohol segons la 5a edició de la classificació editada per l'American Psychiatric Association (DSM-5)

CIE-10: Dependència alcohòlica	DSM-IV Dependència alcohòlica	DSM-5 Trastorn per consum d'alcohol
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desig intens o vivència de compulsió a consumir alcohol. 2. Disminució de la capacitat per controlar el consum d'alcohol, algunes vegades per controlar l'inici del consum i d'altres per poder posar-hi fi o per controlar-ne la quantitat consumida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerància, definida per qualsevol dels ítems següents: (a) una necessitat de consumir quantitats creixents d'alcohol per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat; (b) l'efecte de les mateixes quantitats d'alcohol disminueix clarament amb el consum continuat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consum freqüent d'alcohol i/o en quantitats superiors o durant un temps més perllongat del previst. 2. Desig persistent o esforços fracassats d'abandonar o controlar el consum d'alcohol.

2

<p>3. Sintomatologia d'abstinència en reduir o cessar l'ús de l'alcohol, que ha d'anar acompanyada de la síndrome d'abstinència de l'alcohol o d'una ingesta d'alcohol (o substància similar) amb la finalitat de mitigar o evitar els símptomes d'abstinència</p> <p>4. Tolerància a l'alcohol definida com un augment progressiu de les dosis per aconseguir els mateixos efectes que originalment produïen dosis més baixes.</p> <p>5. Abandonament progressiu d'altres fonts de plaer o diversió, augment del temps necessari per obtenir o ingerir alcohol, o per recuperar-se dels efectes.</p> <p>6. Persistència en el consum de la substància, malgrat les conseqüències perjudicials evidents (danys hepàtics, ànim depressiu, etc.).</p>	<p>2. Abstinència, definida per qualsevol dels ítems següents: (a) la síndrome d'abstinència característica de l'alcohol (v. criteris A i B dels criteris diagnòstics per a l'abstinència a alcohol); (b) es pren alcohol (o una altra substància semblant) per alleujar o evitar els símptomes d'abstinència.</p> <p>3. L'alcohol és consumit amb freqüència i/o en quantitats superiors o durant un període més llarg del que es pretenia inicialment.</p> <p>4. Desig persistent o esforços infructuosos de controlar o interrompre el consum d'alcohol.</p> <p>5. Inversió de molt temps en activitats relacionades amb l'obtenció de l'alcohol, en el consum d'alcohol o en la recuperació dels efectes que produeix.</p> <p>6. Reducció d'importantes activitats socials, laborals o recreatives a causa del consum d'alcohol.</p> <p>7. Persistència en el consum d'alcohol malgrat que es té consciència dels problemes psicològics o físics recidivants o persistents, que semblen causats o exacerbats pel consum d'alcohol.</p>	<p>3. Inversió de molt de temps en les activitats necessàries per aconseguir alcohol, consumir-ne o recuperar-se dels efectes que provoca.</p> <p>4. Ànsia o un poderós desig o necessitat de consumir alcohol.</p> <p>5. Consum recurrent d'alcohol que porta a l'incompliment dels deures fonamentals a la feina, l'escola o la llar.</p> <p>6. Consum continuat d'alcohol tot i patir problemes socials o interpersonals persistents o recurrents, provocats o exacerbats pels efectes de l'alcohol.</p> <p>7. El consum d'alcohol provoca l'abandonament o la reducció d'importantes activitats socials, laborals o d'oci.</p> <p>8. Consum recurrent d'alcohol en situacions en les quals provoca un risc físic.</p> <p>9. Persistència en el consum d'alcohol tot i saber que es pateix un problema físic o psicològic persistent o recurrent probablement causat o exacerbat per l'alcohol. Persistència en el consum tot i tenir consciència de problemes psicològics o físics causats o exacerbats per aquest consum.</p>
---	--	--

		<p>9. Persistència en el consum d'alcohol tot i saber que es pateix un problema físic o psicològic persistent o recurrent probablement causat o exacerbat per l'alcohol. Persistència en el consum tot i tenir consciència de problemes psicològics o físics causats o exacerbats per aquest consum.</p> <p>10. Tolerància, definida per alguns dels fets següents: a) una necessitat de consumir quantitats d'alcohol cada vegada més grans per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat, o b) un efecte notablement reduït després del consum continuat de la mateixa quantitat d'alcohol.</p> <p>11. Abstinència, manifestada per algun dels fets següents: a) presència de la síndrome d'abstinència característica de l'alcohol, o b) es consumeix alcohol (o alguna substància molt similar, com una benzodiazepina) per alleujar o evitar els símptomes d'abstinència.</p>
	<p>DSM-IV- Abús d'alcohol</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consum d'alcohol recurrent que resulta en un incompliment important d'obligacions a la feina, l'escola o la llar. 2. Consum d'alcohol recurrent en situacions en què és físicament perillós. 3. Problemes legals recurrents relacionats amb l'alcohol 	

2

CIE-10: dependència: tres criteris o més, que han d'haver estat presents durant almenys un mes, o si han durat menys d'un mes, han d'haver aparegut junts de manera repetida en algun període de dotze mesos.

DSM-IV: dependència: tres criteris o més, en algun moment en un període continuat de 12 mesos. Abús: un criteri, exclosa la dependència.

DSM-5: la presència de com a mínim dos d'aquests criteris indica un trastorn per ús d'alcohol. La gravetat del trastorn es defineix en: lleu, presència de dos a tres símptomes; moderat, presència de quatre a cinc símptomes, i greu, presència de sis símptomes o més.

2.5 INSTRUMENTS PER A LA IDENTIFICACIÓ PRECOÇ DEL CONSUM DE RISC, CONSUM PERJUDICIAL I LA DEPENDÈNCIA DE L'ALCOHOL

El consum de risc es pot identificar preguntant directament sobre el consum o utilitzant qüestionaris dissenyats específicament per a aquest propòsit. A més, existeixen qüestionaris destinats al diagnòstic de la dependència de l'alcohol.

2.5.1 AVALUACIÓ DIRECTA DEL CONSUM

Existeixen dos mètodes per registrar el consum d'alcohol en relació amb els i les pacients:

- 1) Les preguntes quantitat/freqüència que demanen al o la pacient que resumeixi les quantitats d'alcohol consumides i la freqüència amb la qual s'ho beuen durant un determinat període de temps (un dia, una setmana, un mes, etc.) o en termes d'un patró habitual o "típic".
- 2) Estimacions retrospectives de les quantitats begudes en un període de temps recent, generalment l'última setmana.

Els mètodes d'estimació diària consumeixen més temps i recursos i exigeixen un esforç més gran al pacient. Els mètodes d'avaluació mitjançant ordinador o internet suposen avantatges en la conversió automàtica de la possibilitat de les respostes dels i les pacients en unitats de beguda estàndard (UBE) sense que els resultats difereixin sensiblement dels que s'obtenen amb els mètodes convencionals (Miller, et al., 2002).

Les preguntes quantitat/freqüència han demostrat validesa i utilitat. Per regla general, els resultats són més objectius quan se circumscriu l'exploració a un període concret (una setmana, un dia, etc.) que quan s'usen termes més genèrics (habitualment, un dia normal...) (Gómez, et al., 2006). Les preguntes quantitat/freqüència tendeixen a descriure les conductes més habituals, més que la mitjana del consum. Hi ha evidència que les persones enquestades tendeixen a ometre els períodes d'abstinència quan

se'ls pregunta pels últims 12 mesos (Weisner, et al., 1999).

A Espanya s'ha validat l'**interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics (SIAC)**, que ha mostrat que és un instrument amb més sensibilitat en homes que en dones (70%-81% versus 50%-72,7%) i amb una elevada especificitat en tots dos gèneres (82%-99% en homes i 97%-100% en dones) (Gual, et al., 2001). Aquesta prova inclou tres preguntes per constatar el consum d'alcohol setmanal i avalua la quantitat i la freqüència d'ús d'alcohol (**taula 2.4**). Per calcular-ne el consum setmanal, el nombre dels dies en què es consumeix alcohol durant la setmana es multiplica per les quantitats d'alcohol que s'han consumit mesurades en unitat de beguda estàndard. A més, es fa una distinció específica entre consum d'alcohol en dies laborables davant dels caps de setmana. La suma proporciona la quantitat total setmanal. Per definir el consum de risc, s'utilitzen els nivells proposats per l'OMS: 28 UBE per als homes, 14 UBE per a les dones (280 i 140 grams d'alcohol, respectivament).

Taula 2.4. Interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics (SIAC, Systematic Interview of Alcohol Consumption)

	Quantitat (UBE)	Nombre de dies	Total
Laborables			
Caps de setmana			
Si alguna vegada consumiu begudes alcohòliques (vi, cervesa...), quantes consumicions feu en un dia? (expressades en UBE)			
Amb quina freqüència? (nombre de dies en una setmana)			
Els vostres hàbits de consum són diferents durant els caps de setmana (o en dies laborables)?			

Els punts de tall per al consum de risc són els que es mostren en la taula 2.2.

2.5.2 INSTRUMENTS D'IDENTIFICACIÓ PRECOÇ

Una revisió sistemàtica de 38 estudis justifica l'ús d'instruments de cribatge en l'atenció primària per a la identificació precoç de consum de risc i perjudicial en persones adultes (el rang d'edats és de 35 a 47 anys) (Fiellin, et al., 2000). Els instruments més

2

acceptats i de més difusió per al cribatge de consum de risc i perjudicial d'alcohol i de possible dependència de l'alcohol són l'AUDIT, l'AUDIT C, el MALT i el CAGE.

AUDIT

La prova de la identificació dels trastorns per l'ús de l'alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test o AUDIT) és l'eina de cribatge més utilitzada, i també la que recomana l'OMS, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat espanyol i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya per detectar aquests trastorns. Està validada en castellà i català (Contel, et al., 1999).

L'AUDIT es va desenvolupar per detectar el consum de risc i perjudicial d'alcohol i, particularment, per ajudar els i les professionals a identificar aquelles persones que podrien beneficiar-se de la reducció o abandonament del consum d'alcohol (taula 2.5).

Taula 2.5. Dominis i ítems de l'AUDIT

Dominis	Número de pregunta	Contingut de l'ítem
Consum de risc	1	Freqüència de consum
	2	Quantitat típica
	3	Freqüència de consum intensiu (binge drinking)
Síntomes de dependència	4	Pèrdua de control sobre el consum
	5	Augment de la rellevància del consum
	6	Consum matutí
Consum perjudicial d'alcohol	7	Sentiment de culpa davant del consum
	8	Llacunes de memòria
	9	Lesions relacionades amb el consum
	10	Altres es preocupen pel consum

L'AUDIT consta de 10 preguntes sobre quantitat i freqüència de consum, conseqüències de beure i possible dependència. Les tres primeres es refereixen al consum de risc d'alcohol, les preguntes de la 4 a la 6 són sobre símptomes de dependència i les preguntes de la 7 a la 10, sobre consum perjudicial d'alcohol (**taula 2.6**). Cada pregunta puntua de 0 a 4 i la suma final permet identificar, en funció del punt de tall, el consum de risc, el consum perjudicial i també la possible dependència de l'alcohol. El temps d'aplicació és de 5 minuts aproximadament per fer i comptabilitzar les preguntes. Cherpitel et al. (1995) proposen els punts de tall que s'assenyalen en la **taula 2.6** per identificar consum de risc, consum perjudicial i dependència. Utilitzant el punt de tall de 8, l'AUDIT és una prova sensible (51%-97%) per detectar l'ús perjudicial de l'alcohol i l'abús o la dependència i es pot utilitzar sola o encaixada en estudis més amplis del risc per a la salut o de formes de vida. Té una especificitat és del 78% al 96% (Babor, et al., 2001).

Taula 2.6. AUDIT

Preguntes	Criteris operatius de valoració
1. Amb quina freqüència preneu alguna beguda alcohòlica?	0. Mai 1. Un o menys cops al mes 2. De dos a quatre cops al mes 3. De dos o tres cops a la setmana 4. Quatre o més cops a la setmana
2. Quantes consumicions de begudes amb contingut alcohòlic soleu fer en un dia de beure normalment?	0. Una o dues 1. Tres o quatre 2. Cinc o sis 3. De set a nou 4. Deu o més
3. Amb quina freqüència preneu sis o més consumicions alcohòliques en un sol dia?	0. Mai 1. Menys d'un cop al mes 2. Mensualment 3. Setmanalment 4. Cada dia o quasi cada dia
4. Amb quina freqüència en el curs del darrer any us heu trobat que no podíeu parar de beure un cop havíeu començat?	0. Mai 1. Menys d'un cop al mes 2. Mensualment 3. Setmanalment 4. Cada dia o quasi cada dia

2

5. Amb quina freqüència en el curs del darrer any no heu pogut fer l'activitat que us corresponia perquè havíeu begut?	0. Mai 1. Menys d'un cop al mes 2. Mensualment 3. Setmanalment 4. Cada dia o quasi cada dia
6. Amb quina freqüència en el curs del darrer any heu necessitat beure en dejú al matí per recuperar-vos d'haver begut molt la nit anterior?	0. Mai 1. Menys d'un cop al mes 2. Mensualment 3. Setmanalment 4. Cada dia o quasi cada dia
7. Amb quina freqüència en el curs del darrer any heu tingut remordiments o sentiments de culpa després d'haver begut?	0. Mai 1. Menys d'un cop al mes 2. Mensualment 3. Setmanalment 4. Cada dia o quasi cada dia
8. Amb quina freqüència en el curs del darrer any heu estat incapaç de recordar què va passar la nit anterior perquè havíeu estat bevent?	1. Menys d'un cop al mes 2. Mensualment 3. Setmanalment 4. Cada dia o quasi cada dia
9. Vostè o alguna altra persona us heu fet mal com a conseqüència que vostè havia begut?	0. No 2. Sí, però no en el transcurs del darrer any 4. Sí, el darrer any
10. Algun familiar, amiat o professional de la salut s'ha preocupat pel vostre consum de begudes alcohòliques o us ha suggerit que deixeu de beure?	0. No 2. Sí, però no en el transcurs del darrer any 4. Sí, el darrer any

PUNTS DE TALL TEST AUDIT C (PREGUNTES 1 A 3)

Test negatiu: Homes: 0-5; Dones: 0-3. Atureu el test.

Test positiu: Homes: 6-12; Dones: 4-12. Continueu amb les preguntes 4 a 10

PUNTS DE TALL TEST AUDIT (PREGUNTES 1 A 10)

Test negatiu: Homes; 0-7; Dones: 0-5.

Bevedor/a de risc: Homes: 8-12; **Dones:**6-12.

Problemes físics – psíquics i probable dependència alcohòlica:

Homes: 13-40; Dones: 13-40. Continueu amb l'avaluació de la dependència alcohòlica.

L'AUDIT ha estat estudiat en una gran varietat de països i cultures (Anderson, et al., 2005; Wu, et al., 2008). Malgrat que la seva validesa en dones és inferior que en homes (Steinbauer, et al., 1998), l'AUDIT es pot utilitzar en persones de tots dos sexes. En la validació espanyola de Rubio et al. (1998), el punt de tall per a homes es va establir en 8 o més i en dones, en 6 o més per a la identificació precoç del consum de risc. L'efecte de l'edat no s'ha estudiat sistemàticament, però en la validació espanyola es proposa el punt de tall per a més grans de 60 anys en 5. Un estudi més recent fet al nostre país no troba punts de tall diferents entre les persones més grans i més petites de 65 anys (Gómez, et al., 2006).

AUDIT C

L'AUDIT C consta de les tres primeres preguntes de l'AUDIT. Ha estat utilitzat i validat al nostre entorn en homes i dones i s'ha mostrat com una eina amb una validesa similar a la forma completa per a la identificació precoç de consum de risc d'alcohol (Gual, et al., 2002; Gómez, et al., 2005). En els diversos estudis l'AUDIT C ha mostrat una sensibilitat entre el 54% i el 98% i una especificitat entre el 57% i el 93% (Contel, M., Gual, A. i Colom, J., 1999). En l'estudi de validació espanyol, es va comparar l'AUDIT C amb l'AUDIT en pacients amb el diagnòstic de consum de risc realitzat per metges/sses d'atenció primària. Les correlacions entre els resultats de l'AUDIT C, l'AUDIT i el consum alcohòlic mesurat en UBE van ser positives i molt significatives. L'AUDIT C va mostrar una sensibilitat i especificitat similar a l'AUDIT en la identificació precoç de consum de risc. Per als homes el millor punt de tall va ser de 5 (sensibilitat 92,4%; especificitat 74,3%) i de 4 entre les dones (sensibilitat 90,9% i especificitat 68,4%) (Gómez, A., Conde, A., Santana, J. M. I Jorrín, A., 2005).

CAGE

El test CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation) és un qüestionari senzill de quatre preguntes que permet detectar la possible dependència (Ewing, J. A., 1984); n'existeix una versió validada en castellà. És un test d'identificació precoç, però el diagnòstic de l'alcoholisme s'hauria de basar en altres proves i no té una sensibilitat adequada per detectar consum de risc. No obstant això, l'ús d'aquest qüestionari

2

s'ha estès gràcies a la seva brevetat i facilitat de puntuació. De qualsevol manera, Spandorfer (1999) indica que el 95% de metges/sses de capçalera i internistes enquestats van contestar que “sovint” o “sempre” realitzaven l'interrogatori de consums mitjançant les preguntes de quantitat/freqüència per detectar l'abús de l'alcohol, però només el 35% van contestar que “freqüentment” o “sempre” utilitzaven el qüestionari CAGE.

Les preguntes del CAGE es poden administrar soles o “camuflades” en el context d'una entrevista més àmplia per evitar el possible rebuig.

Les preguntes són les següents:

1. Heu tingut alguna vegada la impressió que hauríeu de beure menys?
2. Us ha molestat alguna vegada que la gent critiqui la vostra manera de beure?
3. Us heu sentit alguna vegada malament o culpable pel costum de beure?
4. Alguna vegada el primer que heu fet al matí ha estat beure per calmar els nervis o per lliurar-vos d'una ressaca?

Es considera positiu si es respon afirmativament a un mínim de dues preguntes. La sensibilitat d'aquest qüestionari oscil·la entre el 49% i el 100% i l'especificitat, entre el 79% i el 100%, en funció del punt de tall proposat i de la gravetat del problema relacionat amb l'alcohol que s'estigui valorant. Per regla general, es recomana limitar l'ús del CAGE a la identificació precoç de la dependència alcohòlica, atès que l'AUDIT té un millor rendiment per a la identificació precoç de persones bevedores de risc (Gual, A., 2008).

MALT

El MALT (Munchner Alkoholismus Test) és un qüestionari molt utilitzat per al diagnòstic de dependència alcohòlica i especialment útil en aquells casos amb dependència encoberta. Consta de dues parts: el MALT objectiu (MALT-O), que és el que emplena l'entrevistador/a i que recull dades de l'anamnesi, l'exploració física i el laboratori, i el MALT subjectiu (MALT-S), que és d'autoavaluació i consta de 27 ítems que exploren aspectes psicoconductuals i repercussions del consum d'alcohol. El test ha estat validat al nostre país (Rodríguez-Martos, A. i Suárez, R., 1984). Cada resposta positiva del MALT-O suma 4 punts, mentre que cada resposta positiva del MALT-S suma un punt.

Es considera que les puntuacions iguals o superiors a 11 són diagnòstiques de dependència i les que estan entre 6 i 10 indiquen sospita de consum perjudicial o de risc. La seva sensibilitat és del 100% i l'especificitat del 80% (Guardia, et al., 2007).

2.5.3 AVALUACIÓ DE MARCADORS BIOLÒGICS

Els marcadors biològics de què disposem poden reflectir el consum individual tant crònic (marcadors de cribratge) com agut (marcadors de recaiguda), però no en tenim de fiables per detectar el consum de risc d'alcohol, especialment en pacients joves i amb ús discontinu de l'alcohol. Com a norma general, els marcadors biològics no detecten consums de 40 g a 60 g/dia (de 4 a 6 UBE) que poden produir el dany en altres àrees sociofamiliars o psicopatològiques. No obstant això, l'ús d'una bateria de marcadors pot ser útil en l'abordatge dels o les pacients que en neguen o en minimitzen el consum per determinar l'afectació física del consum i per monitorar-ne l'evolució. Els **marcadors bioquímics del consum crònic d'alcohol** són els enzims hepàtics (–gammaglutamiltransferasa (**GGT**) i les aminotransferases, aspartat-aminotransferasa (**AST**) i alanina-aminotransferasa (**ALT**), el volum corpuscular mitjà (**VCM**) i la transferrina deficient en carbohidrats o desialotransferrina (**TDC**). Els nivells de **GGT** s'eleva significativament amb consums superiors a 4 UBE al dia en persones que beuen de forma crònica, però les persones no bevedores necessiten com a mínim un consum de 6 UBE al dia durant almenys cinc setmanes perquè es produeixi l'elevació de la GGT. La GGT rarament augmenta en joves de menys de 30 anys i és menys sensible en dones (Salaspuro, M., 1999). Després de quatre o cinc setmanes d'abstinència els nivells es normalitzen, la qual cosa pot ser útil en el seguiment de pacients amb dependència de l'alcohol.

Els nivells de les **aminotransferases, AST i ALT**, són poc sensibles i depenen de com i quan s'ha consumit alcohol i del dany hepàtic previ. Un rati AST/ALT > 1,5 és altament suggestiva i un rati AST/ALT > 2 és gairebé indicatiu de dany hepàtic induït per alcohol.

La macrocitosi amb **VCM** entre 100-110 fl és freqüent en pacients amb dependència de l'alcohol, abans que aparegui anèmia. En absència d'altres dèficits vitamínics, apareix amb consum regular superior a 8 UBE al dia. La macrocitosi es resol després de 2 a 4 mesos d'abstinència.

La **transferrina deficient en carbohidrats** (TDC) s'eleva amb consums superiors a 5 UBE al dia durant més de tres setmanes. Després de l'abstinència es normalitza en dues setmanes aproximadament. És més útil, per tant, per detectar dependències que no pas consum perjudicial. La sensibilitat i l'especificitat són superiors que en altres biomarcadors (GGT o VCM) (Sharpe, 2001).

Entre els **marcadors de consum agut o de recaiguda** més utilitzats hi ha l'alcoholèmia, l'alcoholúria, la identificació precoç d'alcohol en l'aire expirat i l'etilglucuronid en orina.

L'alcoholèmia o la detecció de la concentració d'alcohol en sang és molt específica però requereix una extracció sanguínia i actualment s'utilitza en la clínica bàsicament en el diagnòstic diferencial al Servei d'Urgències de quadres confusionals, coma o quan se sospita que hi hagi una intoxicació aguda.

2

La **detecció d'alcohol en l'aire exspirat (Alcotest)** és una prova no invasiva, ràpida, senzilla i econòmica. Pot detectar consums d'alcohol en les hores prèvies a la prova (<8 hores).

L'alcoholúria pot detectar consums d'alcohol algunes hores més que l'alcoholèmia. L'alcoholúria normalment detecta consums fins a 8-12 hores prèvies. Permet una aproximació qualitativa ja que els nivells no es correlacionen amb el nivells sanguinis. Poden presentar-se falsos positius per la fermentació de l'orina durant el transport o l'emmagatzematge, particularment en persones amb diabetis.

L'etilglucurònid és un metabòlit de l'alcohol format per la conjugació de l'etanol amb àcid glucurònic en presència de glucurònic transferasa mitocondrial present al fetge. Es pot detectar fins a 72 hores després d'haver consumit alcohol i només és detectable si s'ha consumit alcohol (amb una especificitat del 100%). La prova és útil en el monitoratge de pacients en tractament de deshabitació i també ha estat utilitzada en programes de trasplantament hepàtic. Habitualment es donen el resultats de manera qualitativa (negatiu, positiu). La sensibilitat de la prova depèn del nivell de tall escollit per detectar consums. Un nivell superior a 500 µg/L fa molt improbable detectar-ne l'exposició incidental (col·lutori, vinagre, alcohol als guisats, etc.). Per tant, és recomanable saber el punt de tall que utilitza el laboratori que fa la prova per valorar-ne els consums.

RESOLUCIÓ DEL CAS CLÍNIC

Anamnesi quantitat/freqüència

Es passa el test AUDIT -C. Es passa l'ISCA, com a protocol d'acollida a la unitat d'hospitalització

La pacient consumeix habitualment 8 UBE/dia (vi i cava), sense canvis el cap de setmana, però amb ingestes cada dos o tres mesos de fins a 12 UBE/ocasió de consum.

La puntuació del test AUDIT-C és de 11 punts. La puntuació de l'ISCA és de 56 UBE per setmana.

En ambdós casos, el consum és de risc o superior per la qual cosa s'administra el qüestionari AUDIT.

Nega capacitat per controlar el consum, fa uns mesos un dia no va poder anar a la feina perquè el dia d'abans havia begut. Ocasionalment, menys d'un cop a la setmana beu al matí per recuperar-se de la nit anterior. Nega remordiments per haver begut. Nega episodis de black outs o amnèsia del dia previ. Nega repercussions personals o a terceres persones perquè havia begut. La seva família està preocupada pel que beu.

La puntuació del qüestionari AUDIT és de 18 punts, pel qual es sospita la presència d'una probable dependència alcohòlica i l'existència de problemes físics i psíquics associats. Pel qual es continua amb l'estudi del patró de consum i es realitza una anamnesi dirigida a avaluar el consum d'alcohol i les seves repercussions.

Anamnesis centrada en l'alcohol:

La pacient explica haver iniciat el consum d'alcohol a la adolescència amb patró d'ingesta ocasional de cap de setmana. Refereix que des dels 25 anys, coincidint amb el seu casament, inicia hàbit diari amb consum de 2 UBE /dia (vi amb dinar). Explica que fa 5 anys, des de separació matrimonial, incrementa el consum fins a 8 UBE/dia (vi i cava) amb ingestes puntuals de fins a 12 UBE/ocasió de consum, aproximadament un cop al mes.

Explorant la simptomatologia relacionada amb dependència d'alcohol la pacient explica que últimament beu més quantitat per a aconseguir els mateixos efectes, ja que beu principalment per la nit fins que es queda adormida. Abans amb un parell de gots ja quedava adormida, però en els darrers mesos se'n pren 4 ó 5. Refereix que habitualment presenta nàusees, pituïtes matinals i mals de cap que milloren després de l'esmorzar quan pren l'entrepà amb un got de vi. De fet aquest got de vi li fa poder continuar amb l'activitat diària. Refereix que presenta intoxicacions esporàdiques (una cada dos o 3 mesos aproximadament), després d'aquests episodis, ocasionalment pren alcohol al matí ja que es troba neguitosa i amb tremolor a les mans. Nega desig intens o compulsió de consumir alcohol (craving). Nega conductes de cerca de la substància, utilització de més temps del desitjat en el consum i la reducció d'altres activitats o l'existència de problemes actuals relacionats amb l'alcohol, amb la família o la feina, "només" en una ocasió fa uns mesos no va poder acudir perquè havia begut massa el dia anterior. Nega problemes legals secundaris. No condueix mai sota els efectes de l'alcohol. Explica que va estar abstinent 2 mesos fa 2 anys després que el metge de capçalera li recomanés la disminució del consum per alteració analítica que no recorda, no s'ho va tornar a mirar perquè després va continuar consumint alcohol i va suposar que no hauria millorat. Des de llavors refereix que la seva família, sobretot la seva filla, li han expressat repetidament la seva preocupació pel consum d'alcohol.

La pacient presenta criteris de dependència de l'alcohol segons el CIE-10, amb tolerància, abstinència i persistència del consum malgrat les conseqüències perjudicials.

Des del punt de vista del DSM-5 presenta 4 criteris: consum continuat tot i patir conseqüències interpersonals persistents (filla), tolerància, abstinència, persistència del consum malgrat les conseqüències físiques perjudicials, pel qual es catalogaria com trastorn moderat per ús d'alcohol.

2

2.6. AVALUACIÓ DE LA DEPENDÈNCIA DE L'ALCOHOL

A continuació es procedeix a realitzar la valoració mèdica integral i el pla de cures d'infermeria adient (desenvolupat a capítol 6). Donats els resultats del tes AUDIT i de l'avaluació del patró de dependència és especialment rellevant realitzar una bona avaluació de la dependència i l'abstinència i les seves possibles repercussions orgàniques i psiquiàtriques.

L'avaluació del o la pacient amb dependència de l'alcohol és complexa i forçosament multidisciplinària i inclou l'avaluació de la gravetat, l'avaluació de la patologia orgànica i psiquiàtrica associades, incloent-hi l'avaluació altres conductes addictives i la patologia dual, que poden condicionar l'evolució del procés i que són claus per dissenyar el tipus i la intensitat del tractament. En aquest sentit, és bàsic incloure-hi l'avaluació psicosocial, ja que sovint la dependència de l'alcohol transcendeix el nivell individual.

La Margarida ha ingressat al servei de traumatologia per a tractament d'una fractura subcapital de fèmur arrel d'una caiguda casual (veure cas clínic capítol 2). S'ha realitzat l'acollida a la planta amb el cribatge del consum d'alcohol i la valoració posterior. Presenta criteris de dependència de l'alcohol, i l'avaluació de la gravetat del trastorn ha estat de trastorn per ús d'alcohol moderat.

2.7 AVALUACIÓ DE LA GRAVETAT DE LA DEPENDÈNCIA DE L'ALCOHOL

Autor: Josep Guardia Serecigni

La dependència de l'alcohol es caracteritza per la dificultat de controlar el consum de begudes alcohòliques. En les fases inicials de la malaltia, el deteriorament d'aquesta capacitat pot ser intermitent i molt lleuger, però pot arribar a ser greu quan el consum és continuat i intens. En la dependència de l'alcohol greu es pot produir una "robotització" de la conducta d'autoadministració d'alcohol, caracteritzada per una pèrdua de control tan greu com la de qualsevol altra drogodependència per via intravenosa.

Les comorbiditats psiquiàtriques i/o addictives agreugen el trastorn per consum d'alcohol, modifiquen el tractament que haurà de rebre la persona i n'empijoren el pronòstic. És important, doncs, que es faci una avaluació diagnòstica no només del trastorn per consum d'alcohol, sinó també del possible abús o dependència d'altres substàncies, d'altres conductes addictives comportamentals i d'altres trastorns

psiquiàtrics, mitjançant el **multidiagnòstic** en el qual haurien de fer constar el següent:

1. Gravetat de la dependència de l'alcohol.
2. Dependència d'altres substàncies.
3. Altres addiccions comportamentals.
4. Altres trastorns psiquiàtrics (inclosos els trastorns de la personalitat).
5. Deteriorament cognitiu.
6. Trastorns mèdics i quirúrgics associats.
7. Trastorns psicosocials.

Habitualment, quan una persona ha desenvolupat una greu dependència de l'alcohol ja no podrà retornar a un consum moderat, i quan prengui begudes alcohòliques és molt probable que torni a experimentar una dificultat important per controlar-ne el consum. Per aquest motiu, l'objectiu ideal de la recuperació de l'alcoholisme seria que el o la pacient amb dependència alcohòlica es mantingui sense prendre begudes alcohòliques de manera continuada. Tanmateix, la seva actitud davant d'aquest objectiu d'abstenció d'alcohol pot ser força ambivalent i canviant, la qual cosa contribueix a l'alternança entre períodes de remissió de la malaltia i episodis de recaiguda, durant els quals la seva vida es pot arribar a desestructurar greument i quedar fora del seu control (Guardia, J., 2012).

L'avaluació de la gravetat de la dependència és útil per dissenyar tant la intensitat com el tipus de tractament que es farà. Habitualment la realitzen equips especialitzats.

A més de la valoració de la gravetat pel DSM-5 (vegeu la **taula 2.3**), es poden realitzar les escales següents:

L'escala de la intensitat de la dependència de l'alcohol (EIDA) és un instrument desenvolupat per Rubio Valladolid i col·l. (Rubio, G., Urosa, B., Santo Domingo, J., 1998), a partir d'un altre qüestionari anglès, el SADQ, que permet avaluar la gravetat de la dependència de l'alcohol. Està format per 30 preguntes amb quatre opcions de resposta que puntuen de 0 a 3. Entre 21 i 37 punts es considera dependència moderada. Per damunt de 37 punts, dependència greu. Es pot trobar, igual que altres instruments d'avaluació per a l'abús de substàncies, en el Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (García, M. P., et al., 2011).

L'índex de severitat de l'addicció és una entrevista semiestructurada que delimita set àrees de funcionament (estat mèdic general, situació laboral i financera, consum de drogues, consum d'alcohol, problemes legals, situació familiar i social, i estat psiquiàtric) i facilita la presa de decisions, de cara a les intervencions terapèutiques que seran necessàries en funció de les diverses àrees problemàtiques, per a cada

2

persona (McLellan, A. T., et al., 1992).

L'índex de gravetat de l'addicció (versió 6.0) o ASI-6 és una entrevista semiestructurada de 257 ítems que recullen informació de tres períodes (durant tota la vida prèvia, els últims sis mesos i els últims 30 dies) i que es distribueixen en les seccions següents: informació general, salut física, feina i recursos econòmics, drogues i alcohol, situació legal, xarxa familiar i social i símptomes psiquiàtrics. Per tant, l'ASI-6 detecta i quantifica la gravetat dels problemes de salut i també socials, associats a l'addicció, i n'avalua la intensitat i la durada. Aquesta avaluació pot ser important per dissenyar un pla de tractament individualitzat, en funció de les necessitats i la problemàtica que presenta cada pacient (García, M. P., et al. 2011 i Bobes, J., et al., 2007).

2.7.1 AVALUACIÓ DE LA GRAVETAT DE L'ABSTINÈNCIA A L'ALCOHOL

L'escala **Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol, Revisada (CIWA-Ar)** (taula 2.7) (Sullivan, J. T., et al., 1989), permet avaluar la gravetat de la síndrome d'abstinència de l'alcohol. Durant les primeres hores, després de la retirada del consum d'alcohol, és convenient passar-la cada hora, ja que la gravetat de l'abstinència es pot anar intensificant progressivament.

La puntuació total és la suma de cada ítem, que podria arribar a un màxim de 67 punts. Una puntuació inferior a 10 es considera abstinència lleu; entre 10 i 20, moderada, i més de 20 punts es considera abstinència greu de l'alcohol.

Taula 2.7. Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol, revisada (CIWA-Ar). (Sullivan i col·l., 1989)

	0	1	2	3	4	5	6	7
NÀUSEES I VÒMITS Té nàusees o ha vomitat?	No	Nàusea moderada	+	++	Nàusees intermitents i arcades	+	++	Nàusees contínues, freqüents vòmits i arcades
TREMOLOR Observeu-lo amb dits separats i braços estesos	Absent	Palpable	+	++	Moderada amb braços estesos	+	++	Greu sense estendre els braços

SUDORACIÓ PAROXÍSTICA Observeu-lo	No visible	Poc perceptible, palmells suats	+	++	Suor al front	+	++	Sudoració profusa generalitzada
ANSIETAT Està negutós/a?	No, relaxat	Una mica ansiós/a	+	++	Ansietat moderada, actitud defensiva	+	++	Estat de pànic
AGITACIÓ Observeu-lo	Normal	Activitat una mica superior a la normal	+	++	Moderadament exaltat i tens			Taquidínàmia, no pot estar quiet
ALTERACIONS SENSITIVES Té picor, formigueig, cremor, adormiment, disestèsies?	Cap	Molt poques	Poques	Moderades	Moderadament greus	Greus	Extremadament greus	Estat al·lucinatori continu
ALTERACIONS AUDITIVES Percep sons més intensos, són forts, l'atmoreixen? Sent coses que el disgusten o que sap que no són aquí?	Cap	Molt poc, nota sons o l'atmoreixen	Poc	Moderat	Al·lucinacions moderadament greus	Greus	Extremadament greus	Estat al·lucinatori continu
ALTERACIONS VISUALS Creu que la llum és massa brillant, li molesta? Veu coses que l'alteren o que sap que no són aquí?	Cap	Molt poques	Poques	Moderades	Moderadament greus	Greus	Extremadament greus	Estat al·lucinatori continu

2

<p>CEFALEA</p> <p>Nota opressió o dolor?</p>	No	Molt poca	Poca	Moderada	Moderadament greu	Greu	Molt greu	Extremadament greu
<p>ORIENTACIÓ I ALTERACIÓ DE LA CONSCIÈNCIA?</p> <p>Quin dia és avui? On som? Qui sou?</p>	Orientat/da i pot sumar	No pot sumar, insegur respecte a la data	Desorientat/da en data < 2 dies	Desorientat/da en data > 2 dies	Desorientat/da en data, lloc i persona	-	-	-

2.7.2 AVALUACIÓ DEL CRAVING I I DE L'AUTOCONTROL

EL **craving** d'alcohol és la sensació subjectiva de desig o necessitat de beure i es pot manifestar a través de símptomes motivacionals, cognitius, emocionals i conductuals. És un dels símptomes cardinals de les conductes addictives i pot estar implicat en els processos de recaiguda.

L'avaluació del **craving** pot ser d'utilitat, tant a l'inici del tractament com en cada una de les visites de seguiment, per avaluar l'eficàcia de qualsevol intervenció terapèutica. La intensitat pot disminuir amb l'administració de fàrmacs contra el **craving**, però també pot augmentar amb l'administració de determinats medicaments, com les benzodiazepines i també altres drogues (Guardia, J., 2004).

L'escala multidimensional de craving d'alcohol (EMCA) (taula 2.8) ha demostrat que és un instrument vàlid i fiable per a l'avaluació del **craving** i pot ser de gran utilitat per a la monitorització de l'evolució del o la pacient durant el tractament del trastorn per consum d'alcohol (Guardia, J., et al., 2004 i 2006).

Taula 2.8. Escala Multidimensional de Craving d'Alcohol (EMCA). (Guardia Serecigni i col·l., 2004; 2006)

DURANT L'ÚLTIMA SETMANA	MOLT D'ACORD	BASTANT D'ACORD	NI D'ACORD NI EN DESACORD	BASTANT EN DESACORD	MOLT EN DESACORD
1. He tingut ànsia per beure	5	4	3	2	1
2. Hagués fet qualsevol cosa per veure	5	4	3	2	1
3. He desitjat beure	5	4	3	2	1
4. He pogut controlar completament el meu desig de beure	1	2	3	4	5
5. Prendre una copa hagués estat ideal	5	4	3	2	1
6. He estat pensat en la manera d'anar a aconseguir una beguda	5	4	3	2	1
7. Beure hagués estat meravellós	5	4	3	2	1
8. He tingut molt sovint la ment ocupada amb imatges relacionades amb la beguda	5	4	3	2	1

2

9. Les ganes de beure han estat molt intenses	5	4	3	2	1
10. M'hagués sentit millor si hagués pogut beure	5	4	3	2	1
11. He experimentat un cop o més un desig intens de beure	5	4	3	2	1
12. Encara que hagués tingut l'oportunitat no hagués begut	1	2	3	4	5

Durant la recuperació del trastorn es poden desencadenar respostes automàtiques de recerca i consum d'alcohol, disparades per estímuls condicionats. Quan la persona presenta un deteriorament en la capacitat d'autocontrol, és a dir, quan té dificultats per inhibir o bloquejar aquestes respostes inapropiades, té un risc de recaiguda més elevat. De fet, quan familiars la mateixa persona o la seva família ens parlen de la manca de "força de voluntat" és possible que ens estiguin parlant d'aquesta dimensió que queda reflectida en l'anomenada **escala de deteriorament en la inhibició de resposta per a l'alcoholisme (IRISA) (taula 2.9)**. L'escala IRISA és un instrument d'avaluació de la sensació subjectiva d'autocontrol de la conducta de beure alcohol, que ha estat totalment desenvolupat en el nostre país i que pot ser d'utilitat per determinar el tipus d'intervenció que requereix i també l'eficàcia del tractament efectuat (Guardia, J., et al., 2007).

Taula 2.9. Escala de Deteriorament de la Inhibició de Resposta per l'Alcoholisme (IRISA) (Guardia i col.l., 2007)

DURANT L'ÚLTIMA SETMANA...	SÍ, SEMPRE	SÍ, GENERALMENT	NO, GENERALMENT	NO, MAI
1. Si hagués pensat en la possibilitat de beure, crec que hauria pogut mantenir-me sense beure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. He tingut força de voluntat per mantenir-me sense beure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. M'ha desaparegut l'obsessió per la beguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ara puc pensar-ho i frenar-me si no em convé fer alguna cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ara penso molt menys que abans en les begudes alcohòliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si he decidit no beure, he pogut mantenir-me sense beure amb facilitat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si hagués tingut ganes de beure, crec que hauria aconseguit resistir-me i no fer-ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ha estat fàcil mantenir-me sense beure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si necessités beure, crec que hauria acabat bevent sense poder evitar-ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. De vegades he començat a beure tot i sabent que em portaria problemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Algun dia m'ha estat difícil resistir-me sense beure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. He perdut la força de voluntat respecte a la beguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si alguna vegada hagués pensat en la possibilitat de beure, crec que hauria acabat prenent una mica d'alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

14. Alguns dies, hi ha moments en què em costa molt deixar de pensar en la beguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Estic bastant insegur de mi mateix respecte a la beguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si tingués la necessitat de beure, crec que acabaria bevent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.7.3 AVALUACIÓ DE LA DISPOSICIÓ PER AL CANVI

Tant el **qüestionari URICA** (University of Rhode Island Change Assessment Scale) i l'escala d'avaluació del canvi de la Universitat de Rhode Island, que segueixen el model transteòric de canvi de Prochaska i DiClemente de 1990 (figura 2.1), com el qüestionari SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness), permeten determinar l'estadi de canvi en què es troba el o la pacient i dissenyar el tipus d'intervenció psicoterapèutica més apropiada (Miller, W. R., et al., 1990).

2.7.4 AVALUACIÓ DEL DETERIORAMENT COGNITIU I L'ALTERACIÓ DE FUNCIONS EXECUTIVES EN L'ALCOHOLISME

Les persones amb dependència de l'alcohol poden presentar deteriorament en la coordinació visuoespacial i en la integració perceptiva-motora, alteracions amnèsiques i de l'atenció, disminució de la capacitat d'aprenentatge i d'abstracció, rigidesa cognitiva i deficiències en la generació de plans i d'alternatives de conducta (13).

En el Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (García, M. P., et al., 2011) es poden trobar instruments per a l'avaluació cognitiva i també els altres que ja s'han detallat.

PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

- Els termes recomanats per referir-se al consum d'alcohol són: consum de risc, consum perjudicial i dependència.
- La quantificació del consum en UBE és actualment el mètode de referència en la pràctica clínica, ja que permet una quantificació ràpida del consum i la conversió fàcil en grams d'alcohol pur (cal multiplicar el nombre d'UBE per 10).
- L'AUDIT C és el qüestionari d'elecció per a la identificació precoç de consum de risc.
- L'AUDIT és el qüestionari d'elecció per a la identificació precoç de possible dependència de l'alcohol.
- Els marcadors biològics no s'han d'utilitzar com a instruments de detecció, tot i que poden ser útils en la pràctica clínica i el seguiment de pacients.

2 BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 2

Aalto, M., i Seppä, K. (2004). Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit poll survey. *Alcohol and Alcoholism*, 39(6), 532-5. Doi: 10.1093/alcalc/agh090

Aalto, M., Pekuri, P., i Seppä, K. (2002). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(1), 39-43. Doi: 10.1016/S0376-8716(01)00179-X

Anderson, P., Gual, A., i Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions (1a ed.)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., i Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2a ed.)*. Geneva: World Health Organization.

Bobes, J., Bascarán, M.T., Bobes-Bascarán, M.T., Carballo, J.L., Díaz Mesa, E.M., García-Portillo, M.P., i Sáiz-Martínez, P.A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. *Socidrogalcohol*. Barcelona.

Brotons, C., Iglesias, M., Martin-Zurro, A., Martin-Rabadan, i M., Gene, J. (1996). Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Family Practice*, 13(2), 144-51. Doi: 10.1093/fampra/13.2.144

Bueno, J.M., Aubà, J., Altaba, A., Boneu, M., Cabaco, C., Manzano, A., ... Romero, C. (1997). A multicenter primary care study on alcohol consumption. *Atención Primaria*, 19(2), 80-83.

Contel, M., Gual, A., i Colom, J. (1999). Test para la identificación de transtornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Addicciones*, 11 (4), 337-347. Doi: 10.20882/addicciones.613

Chen, C.H., Chen, W.J., i Cheng, A.T. (2004). Prevalence and identification of alcohol use disorders among nonpsychiatric inpatients in one general hospital. *General*

Hospital Psychiatry, 26(3), 219-25. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.01.001

Cherpitel, C.J. (1995). Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(6), 695-700. Doi: 10.15288/jsa.1995.56.695

DiClemente, C.C., i Hughes, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217-235. Doi: 10.1016/S0899-3289(05)80057-4

European Commission Report (2006) Alcohol in Europe. En: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm .

Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*. 252(14), 1905-1907. Doi: 10.1001/jama.1984.03350140051025

Fiellin, D.A., Reid, M.C., i O'Connor, P.G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160(13), 1977-1989. Doi: 10.1001/archinte.160.13.1977

García, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parellada, M., Bousoño, M., i Bobes, J. (2011). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (6ª ed.). Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias.

Gómez, A., Conde, A., Santana, J.M., Jorrín, A., Serrano, I.M., i Medina, R. (2006). The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging & Mental Health*, 10(5), 558-61. Doi: 10.1080/13607860600637729

Gómez, A., Conde, A., Santana, J.M., i Jorrín, A. (2005). Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(2), 305-8. Doi: 10.15288/jsa.2005.66.305

Gual, A. (2008). Cribado del consumo de alcohol. En *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Ministerio de Sanidad y consumo

2

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., i Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 591-596. Doi: 10.1093/alcalc/37.6.591

Gual, A., Contel, M., Segura, L., Riba, A., i Colom, J. (2001). El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. *Medicina Clínica*, 117(18), 685-689. Doi: 10.1016/S0025-7753(01)72224-5

Guardia G, Jiménez-Arriero MA, Pascual P, Flórez G, Contel M. (2007) Guía clínica de alcoholismo. *Socidrogalcohol*. En:
<http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/200705alcoholismo.pdf>

Guardia Serecigni, J. (2004). Farmacoterapia del craving de alcohol. *Aula Médica Psiquiatría*, 2, 116-147.

Guardia Serecigni, J. (2012). Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J (Coord.), *Monografía sobre el Alcoholismo* (1a ed., p. 219-293). Barcelona: Socidrogalcohol.

Guardia, J., Luquero, E., Siñol, N., Burguete, T., i Cardús, M. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica. *Adicciones*, 18(3), 265-273. Doi: 10.20882/adicciones.343.

Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suárez, A., i Martí, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de craving de Alcohol (Escala EMCA). *Medicina Clínica*, 123(6), 211-216. Doi: 10.1016/S0025-7753(04)74463-2

Guardia, J., Trujols, J., Burguete, T., Luquero, E., i Cardús, M. (2007). The Impaired Response Inhibition Scale for Alcoholism (IRISA). Development and psychometric properties of a new scale for abstinence-oriented treatment of alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(2), 269-275. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00314.x

Hearne, R., Connolly, A., i Sheehan, J.(2002). Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2),

84-7.

McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, F., Smith, I., Grissom, G., ... Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213. Doi: 10.1016/0740-5472(92)90062-S

Miller, W.R., Tonigan, J.S., Montgomery, H.A., Abbot, P.J., Meyers, R.J., I Hester, R.H. (1990). Assessment of client Motivation for Change: Preliminary Validation of the SOCRATES Instrument. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Miller, E.T., Neal, D.J., Roberts, L.J., Baer, J.S., Cressler, S.O., Metrik, J., i Marlatt, G.A. (2002). Test–retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based and traditional methods?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 56–63. Doi: 10.1037/0893-164X.16.1.56

Rehm, J., Room, R., Monteriro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., ... Jerningan, D. (2004) Alcohol use. En: M. Ezzati, A.D. López, A. Rodgers, C.J.L. Murray. *Comparative quantification of health risks; Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (1a ed., p. 959-1108). Geneva:World Health Organization.

Rodriguez-Martos, A., i Rosón, B. (2008) Definición y terminología. En: *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Ministerio de Sanidad y consumo.

Rodriguez-Martos, A., Gual, A., i Llopis Llacer, J.J. (1999). La Unidad de Bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Adicciones*, 12(1), 11-19.

Rodriguez-Martos, A., i Suárez, R. (1984) MALT (Munchner Alkoholismus Test): validación de la versión española para el diagnóstico de alcoholismo. *Rev Psiquiatr Psicol Med*, 16, 421-32.

Rosón, B., Corbella, X., Perney, P., Santos, A., Stauber, R., Lember, M. ... Marusenko, I. (2016). Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Non-recording of Alcohol Use in Hospitals across Europe: The ALCHIMIE Study. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 457-64. doi: 10.1093/alcalc/agv142.

2

Rosón, B., Monte, R., Gamallo, R., Puerta, R., Zapatero, A., Fernández-Solá, J. ... Laso J. (2010). Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *European Journal of Internal Medicine*, 21(5), 458-64. Doi: 10.1016/j.ejim.2010.04.006

Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M.C., i Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la Prueba para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-14.

Rubio, G., Urosa B., Santo Domingo, J. (1988). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia del alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*, 5, 44-47.

Rush, B.R., Urbanoski, K.A., Allen, B.A. (2003). Physicians' enquiries into their patients' alcohol use: public views and recalled experiences. *Addiction*, 98(7), 895-900. Doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00410.x

Salaspuro, M. (1999). Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol*, 19(3), 261-271. Doi: 10.1016/S0741-8329(99)00044-0

Sharpe, P.C. (2001). Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Annals of Clinical Biochemistry*, 38(6), 652-664. Doi: 10.1258/0004563011901064

Spandorfer, J.M., Israel, Y., i Turner, B.J. (1999). Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *The Journal of Family Practice*, 48(11), 899-902.

Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. i Volk, R.J. (1998). Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine*. 29(5), 353-362. Doi: 10.7326/0003-4819-129-5-199809010-00002

Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneidman, J., Naranjo, CA., i Sellers, E.M. (1989). Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British journal of addiction*, 84((11), 1353-1357. Doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x

Weisner, C., Kaskutas, L. A., Hilton, M. E. i Barile, A. L. (1999). 'When you were drinking' vs. 'in the past 12 months': the impact of using different time frames in clinical and general populations. *Addiction*, 94(5), 731–736.

World Health Organisation. (2007) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision. En: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

World Health Organisation. (2006) *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. En: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ .

Wu, S. Wu SI, Huang HC, Liu SI, Huang CR, Sun FJ, et al. (2008). Validation and comparison of alcohol-screening instruments for identifying hazardous drinking in hospitalized patients in Taiwan. *Alcohol & Alcoholism*, 43(5), 577-582. doi: 10.1093/alcalc/agn036

Wu, S. I., Liu, S. I., Fang, C. K., Hsu, C. C., & Sun, Y. W. (2006). Prevalence and detection of alcohol use disorders among general hospital inpatients in eastern Taiwan. *General hospital psychiatry*, 28(1), 48-54. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2005.08.002

Aalto, M., i Seppä, K. (2004). Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: the exit poll survey. *Alcohol and Alcoholism*, 39(6), 532-5. Doi. 10.1093/alcalc/agh090

Aalto, M., Pekuri, P., i Seppä, K. (2002). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(1), 39-43. Doi: 10.1016/S0376-8716(01)00179-X

Anderson, P., Gual, A., i Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions* (1a ed.). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., i Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* (2a ed.). Geneva: World Health Organization.

2

Bobes, J., Bascarán, M.T., Bobes-Bascarán, M.T., Carballo, J.L., Díaz Mesa, E.M., García-Portillo, M.P., i Sáiz-Martínez, P.A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. *Socidrogalcohol*. Barcelona.

Brotons, C., Iglesias, M., Martin-Zurro, A., Martin-Rabadan, i M., Gene, J. (1996). Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Family Practice*, 13(2), 144-51. Doi: 10.1093/fampra/13.2.144

Bueno, J.M., Aubà, J., Altaba, A., Boneu, M., Cabaco, C., Manzano, A., ... Romero, C. (1997). A multicenter primary care study on alcohol consumption. *Atención Primaria*, 19(2), 80-83.

Contel, M., Gual, A., i Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Addicciones*, 11 (4), 337-347. Doi: 10.20882/addicciones.613

Chen, C.H., Chen, W.J., i Cheng, A.T. (2004). Prevalence and identification of alcohol use disorders among nonpsychiatric inpatients in one general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 26(3), 219-25. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.01.001

Cherpitel, C.J. (1995). Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(6), 695-700. Doi: 10.15288/jsa.1995.56.695

DiClemente, C.C., i Hughes, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2), 217-235. Doi: 10.1016/S0899-3289(05)80057-4

European Commission Report (2006) Alcohol in Europe. En: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm .

Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*. 252(14), 1905-1907. Doi: 10.1001/jama.1984.03350140051025

Fiellin, D.A., Reid, M.C., i O'Connor, P.G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160(13), 1977-

1989. Doi: 10.1001/archinte.160.13.1977

García, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parellada, M., Bousoño, M., i Bobes, J. (2011). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (6ª ed.). Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias.

Gómez, A., Conde, A., Santana, J.M., Jorrín, A., Serrano, I.M., i Medina, R. (2006). The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging & Mental Health*, 10(5), 558-61. Doi: 10.1080/13607860600637729

Gómez, A., Conde, A., Santana, J.M., i Jorrín, A. (2005). Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(2), 305-8. Doi: 10.15288/jsa.2005.66.305

Gual, A. (2008). Cribado del consumo de alcohol. En *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Ministerio de Sanidad y consumo

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., i Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 591-596. Doi: 10.1093/alcalc/37.6.591

Gual, A., Contel, M., Segura, L., Riba, A., i Colom, J. (2001). El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. *Medicina Clínica*, 117(18), 685-689. Doi: 10.1016/S0025-7753(01)72224-5

Guardia G, Jiménez-Arriero MA, Pascual P, Flórez G, Contel M. (2007) Guía clínica de alcoholismo. *Socidrogalcohol*. En:

<http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/200705alcoholismo.pdf>

Guardia Serecigni, J. (2004). Farmacoterapia del craving de alcohol. *Aula Médica Psiquiatría*, 2, 116-147.

Guardia Serecigni, J. (2012). Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J (Coord.),

2

Monografía sobre el Alcoholismo (1a ed., p. 219-293). Barcelona: Socidrogalcohol.

Guardia, J., Luquero, E., Siñol, N., Burguete, T., i Cardús, M. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica. *Adicciones*, 18(3), 265-273. Doi: 10.20882/adicciones.343.

Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suárez, A., i Martí, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de craving de Alcohol (Escala EMCA). *Medicina Clínica*, 123(6), 211-216. Doi: 10.1016/S0025-7753(04)74463-2

Guardia, J., Trujols, J., Burguete, T., Luquero, E., i Cardús, M. (2007). The Impaired Response Inhibition Scale for Alcoholism (IRISA). Development and psychometric properties of a new scale for abstinence-oriented treatment of alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(2), 269-275. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00314.x

Hearne, R., Connolly, A., i Sheehan, J.(2002). Alcohol abuse: prevalence and detection in a general hospital. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 84-7.

McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, F., Smith, I., Grissom, G., ... Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213. Doi: 10.1016/0740-5472(92)90062-S

Miller, W.R., Tonigan, J.S., Montgomery, H.A., Abbot, P.J., Meyers, R.J., i Hester, R.H. (1990). Assessment of client Motivation for Change: Preliminary Validation of the SOCRATES Instrument. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Miller, E.T., Neal, D.J., Roberts, L.J., Baer, J.S., Cressler, S.O., Metrik, J., i Marlatt, G.A. (2002). Test-retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based and traditional methods?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 56-63. Doi: 10.1037/0893-164X.16.1.56

Rehm, J., Room, R., Monteriro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., ... Jerningan, D. (2004) Alcohol use. En: M. Ezzati, A.D. López, A. Rodgers, C.J.L. Murray. Comparative quantification of health risks; Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors (1a ed., p. 959-1108). Geneva:World

Health Organization.

Rodríguez-Martos, A., i Rosón, B. (2008) Definición y terminología. En: Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y consumo.

Rodríguez-Martos, A., Gual, A., i Llopis Llacer, J.J. (1999). La Unidad de Bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Adicciones*, 12(1), 11-19.

Rodríguez-Martos, A., i Suárez, R. (1984) MALT (Munchner Alkoholismus Test): validación de la versión española para el diagnóstico de alcoholismo. *Rev Psiquiatr Psicol Med*, 16, 421-32.

Rosón, B., Corbella, X., Perney, P., Santos, A., Stauber, R., Lember, M. ... Marusenko, I. (2016). Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Non-recording of Alcohol Use in Hospitals across Europe: The ALCHIMIE Study. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 457-64. doi: 10.1093/alcalc/agv142.

Rosón, B., Monte, R., Gamallo, R., Puerta, R., Zapatero, A., Fernández-Solá, J. ... Laso J. (2010). Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *European Journal of Internal Medicine*, 21(5), 458-64. Doi: 10.1016/j.ejim.2010.04.006

Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M.C., i Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la Prueba para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-14.

Rubio, G., Urosa B., Santo Domingo, J. (1988). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia del alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*, 5, 44-47.

Rush, B.R., Urbanoski, K.A., Allen, B.A. (2003). Physicians' enquiries into their patients' alcohol use: public views and recalled experiences. *Addiction*, 98(7), 895-900. Doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00410.x

Salaspuro, M. (1999). Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. *Alcohol*, 19(3), 261-271. Doi: 10.1016/

Sharpe, P.C. (2001). Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Annals of Clinical Biochemistry*, 38(6), 652–664. Doi: 10.1258/0004563011901064

Spandorfer, J.M., Israel, Y., i Turner, B.J. (1999). Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *The Journal of Family Practice*, 48(11), 899-902.

Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. i Volk, R.J. (1998). Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine*. 29(5), 353-362. Doi: 10.7326/0003-4819-129-5-199809010-00002

Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, CA., i Sellers, E.M. (1989). Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *British journal of addiction*, 84((11), 1353-1357. Doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x

Weisner, C., Kaskutas, L. A., Hilton, M. E. i Barile, A. L. (1999). 'When you were drinking' vs. 'in the past 12 months': the impact of using different time frames in clinical and general populations. *Addiction*, 94(5), 731–736.

World Health Organisation. (2007) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision. En: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

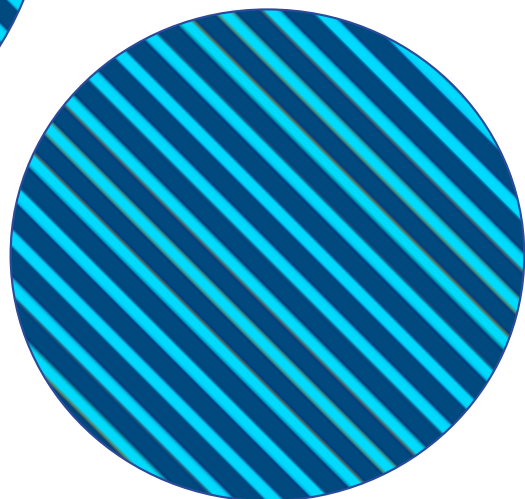
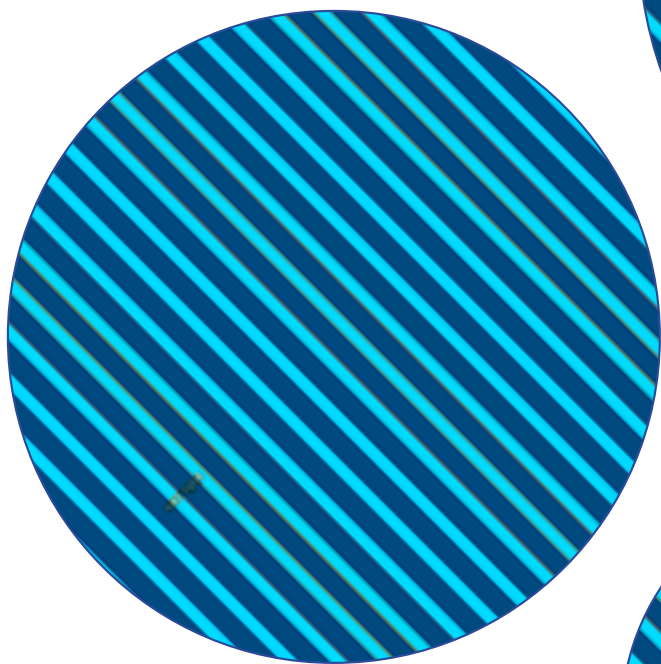
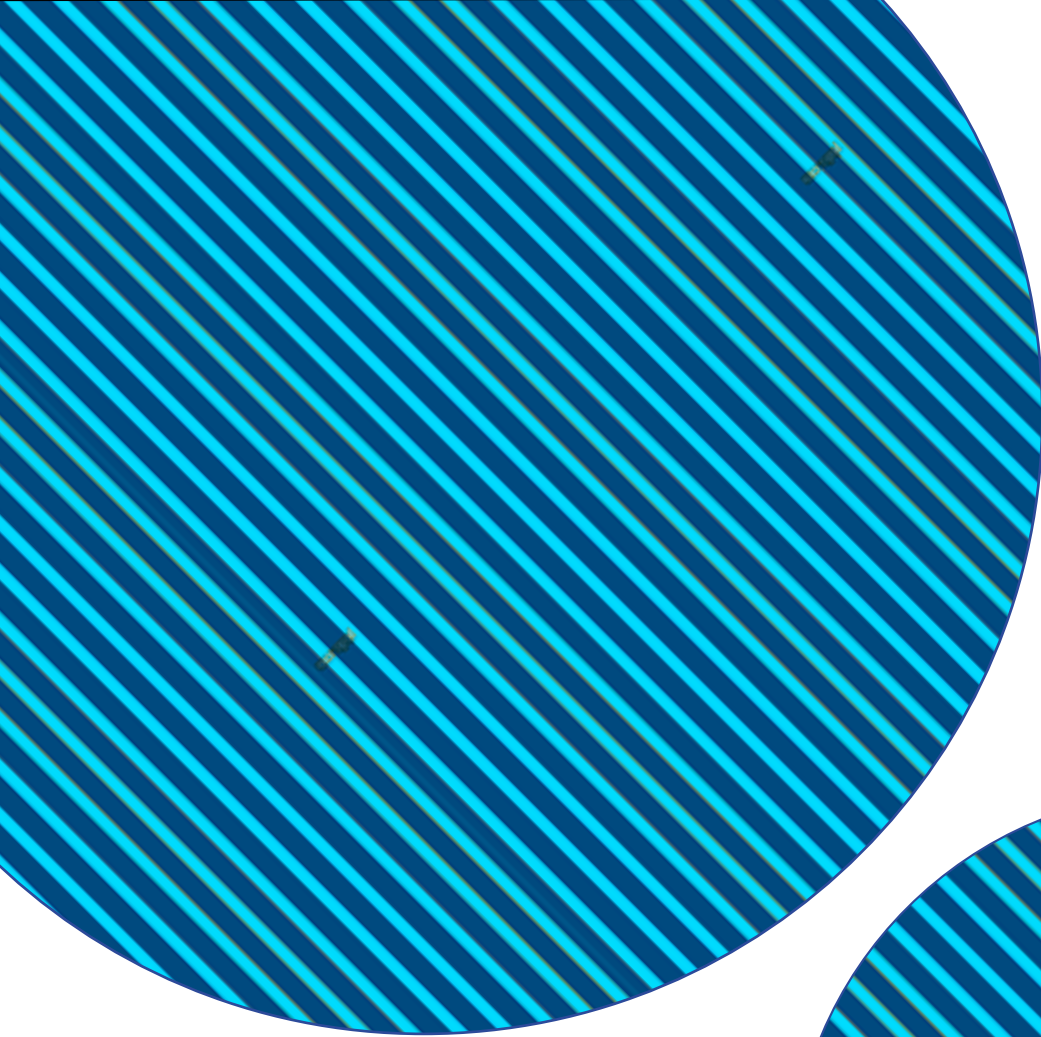
World Health Organisation. (2006) *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. En: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ .

Wu, S. Wu SI, Huang HC, Liu SI, Huang CR, Sun FJ, et al. (2008). Validation and comparison of alcohol-screening instruments for identifying hazardous drinking in hospitalized patients in Taiwan. *Alcohol & Alcoholism*, 43(5), 577-582. doi: 10.1093/alcalc/agn036

Wu, S. I., Liu, S. I., Fang, C. K., Hsu, C. C., & Sun, Y. W. (2006). Prevalence and

detection of alcohol use disorders among general hospital inpatients in eastern Taiwan.
General hospital psychiatry, 28(1), 48-54. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2005.08.002

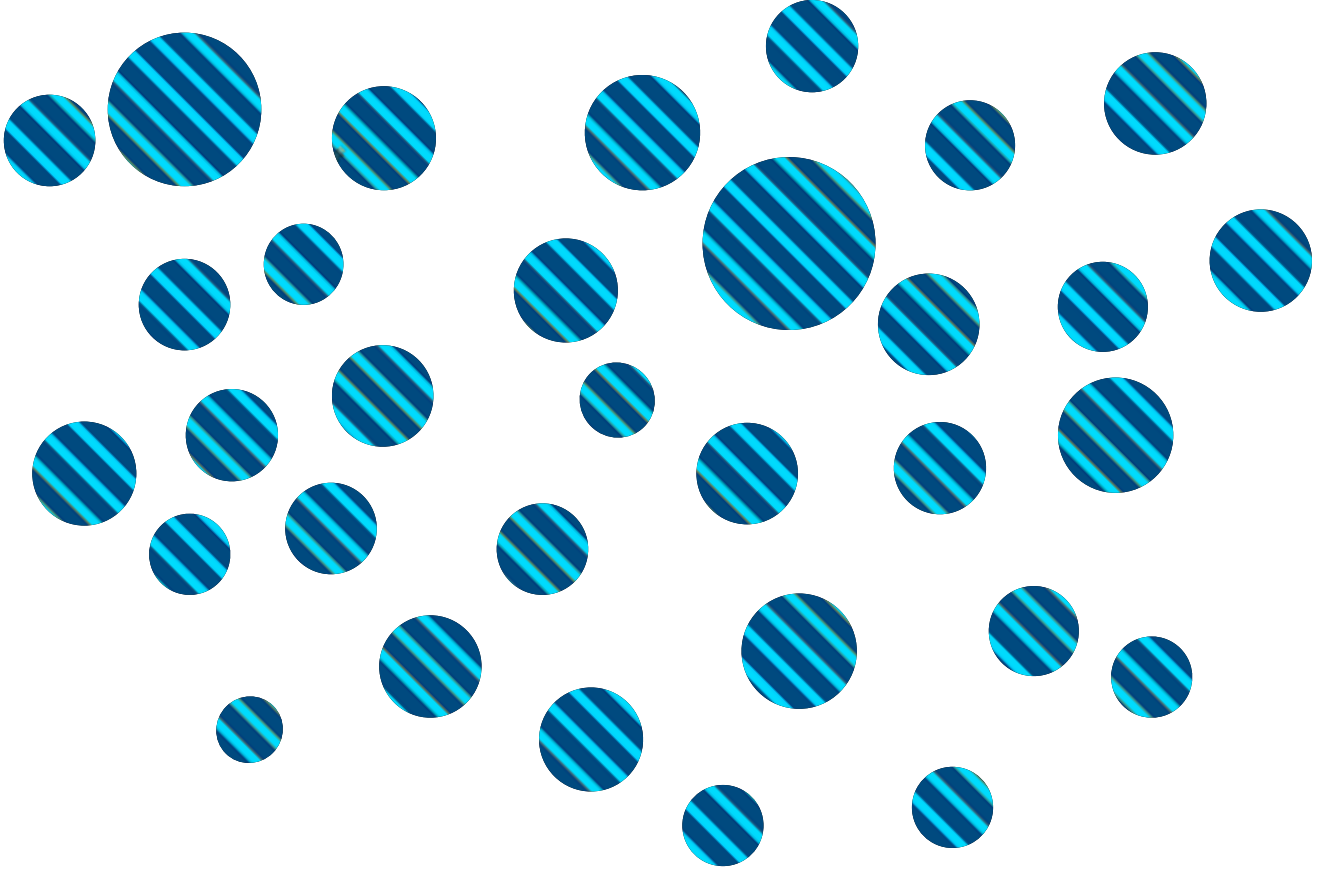
2





3

AVALUACIÓ DE
L'AFECTACIÓ
ORGÀNICA →



AVALUACIÓ DE L'AFECTACIÓ ORGÀNICA

Autora: Beatriz Rosón Hernández

Algunes persones consumidores d'alcohol desenvolupen complicacions orgàniques relacionades amb aquest ús o presenten complicacions degudes a la interacció entre l'alcohol i els medicaments. En aquest capítol es revisa de manera resumida la patologia associada al consum d'alcohol i més detalladament aquella derivada directament del consum d'alcohol o la que requereixi una gestió particular en pacients amb dependència o consum perjudicial de l'alcohol. La [taula 3.1](#) mostra la patologia revisada en aquest capítol. L'evidència científica i les recomanacions per a la pràctica clínica per a cada malaltia o trastorn en particular es troben incloses en els diferents apartats del capítol.

La Margarida és una dona de 55 anys que ha ingressat al servei de traumatologia per una caiguda casual amb resultat de fractura subcapital de fèmur. Durant l'avaluació a l'ingrés s'ha detectat un patró de dependència de l'alcohol amb probable afectació física secundària.

Es procedeix a la realització d'una història clínica i exàmen físics complets, amb l'objectiu de fer una detecció de patologia orgànica relacionada amb el seu consum d'alcohol, no prèviament diagnosticada.

La exploració física va mostrar

TA: 166/75 mmHg Pols: 92x'. Hipertròfia parotídia bilateral. Aranyes vasculars a escot.

Auscultació cardiorespiratòria normal

Abdomen: tou i depressible, no es palpen visceromegalias.

Sense focalitat motora aparent. No disdiadococinesia. Marxa no explorada.

A l'analítica destacà:

*Srm-Aspartat-aminotransferasa;c.cat. * 1,19 ukat/L [<= ,5]*

Srm-Alanina-aminotransferasa;c.cat. 0,56 ukat/L [<= ,93]

*Srm-gamma-Glutamiltransferasa; c.cat. * 2.5 ukat/L [<= 1,16]*

3

*San-Eritròcits; c.nom. * 4,32 10¹²/L [4,1 - 5,7]*

*San-Hemoglobina; c.massa: * 135 g/L [126 - 166]*

*San-Hematòcrit;fr.vol: * 0,381 L/L [,37 - ,5]*

San(Ers)-"Volum corpuscular mig",v 101 fL [81 - 96]

Resta sense alteracions.

Atès que no existeixen estudis aleatoritzats i a llarg termini de les conseqüències físiques del consum d'alcohol, el coneixement dels efectes del seu consum en humans deriva principalment de dues fonts: els estudis aleatoritzats a curt termini que estudien els efectes del consum en determinats paràmetres fisiològics i els estudis observacionals que comparen bevedors/es de baix risc i abstemis/mies. Totes dues fonts tenen limitacions.

Els estudis aleatoritzats a curt termini tenen com a objectius estudiar els efectes en mesures intermèdies (per exemple, perfil lipídic) i no la malaltia en si mateixa, per la qual cosa no es pot assumir una relació entre causa i efecte sobre la malaltia. Aquests estudis es fan habitualment en homes sans i joves, d'origen caucàsic, per la qual cosa les conclusions no es poden extrapolar a altres situacions (dones, edat avançada, malaltia crònica, altres ètnies...).

Les principals dificultats per extreure conclusions dels estudis observacionals són les diferències no mesurables entre les persones abstèmies i les bevedores. En destaquen les següents:

1. El cessament del consum per malaltia prèvia, d'aquí la classificació errònia com a persona abstèmia de bevedora que ha abandonat el consum perquè ja n'ha patit les conseqüències negatives, o bé de persones que no n'han començat el consum perquè pateixen malalties des de la infància o la joventut o prenen medicació que en contraindica el consum. Com a exemple, The British Regional Heart Study va trobar que una gran proporció de persones abstèmies eren exbevedores amb un incidència alta d'hipertensió, bronquitis crònica i malaltia coronària (Wannamethee, G. i Shaper, A. G., 1988).
2. Les diferències entre les persones abstèmies i les que beuen no es limiten només al consum d'alcohol. Així, alguns estudis mostren l'ús moderat d'alcohol com a marcador d'estatus socioeconòmic, fins i tot s'ha advocat l'ús moderat d'alcohol com a marcador de resistència a l'alcoholisme. Així, aquelles persones que són bevedores moderades han demostrat una certa resistència a la dependència que no ha estat demostrada per les abstèmies de tota la vida. Les diferències en l'estil de vida, com el consum d'aliments més cardiosaludables o altres hàbits

de salut, s'ha demostrat en diferents estudis (Barret, D. H., et al., 1995). Hi ha, per tant, diferències “no mesurables” entre les persones abstemies i aquelles que beuen que poden no ser ajustades correctament amb els procediments estadístics habituals, motiu pel qual els dos grups no serien estrictament comparables. No obstant això, hi ha evidència científica suficient que mostra que el consum d'alcohol és un factor de risc molt important per nombroses malalties orgàniques.

Pel que fa al tipus de beguda consumida, no hi ha proves clares que el vi sigui més beneficiós que altres formes d'alcohol, tot i que cal investigar més. Malgrat la plausibilitat biològica i les dades observacionals en aquest respecte, cal tenir en compte que aquestes són insuficients per demostrar la causalitat. A més, si el vi té efectes biològics addicionals, sembla que molts d'aquests efectes es poden assolir amb suc de raïm. Si bé l'ús moderat de vi i altres begudes alcohòliques no sembla que porta a una morbiditat significativa, el consum d'alcohol, a diferència d'altres modificacions dietètiques, planteja una sèrie de perills per a la salut.

3.1 AFECTACIÓ PER APARELLS O SISTEMES

3.1.1 Afectació hepàtica

El consum de risc d'alcohol ocasiona clarament l'acumulació excessiva de greix en el fetge en la majoria de les persones i la necrosi hepàtica i la inflamació (hepatitis alcohòlica), que promou la fibrosi i cirrosi en algunes persones. D'altra banda, el consum d'alcohol influeix en el resultat d'altres trastorns hepàtics i complicacions, inclosa la potenciació del risc de desenvolupar dany hepàtic en pacients que estiguin prenent concomitantment paracetamol i la potenciació de la progressió a cirrosi en pacients amb hepatitis C crònica (això és probablement també el cas de l'hepatitis B crònica). A més, existeix una considerable evidència que el consum d'alcohol disminueix el percentatge de pacients amb hepatitis C crònica que assoleixen una resposta virològica sostinguda amb el tractament amb interferó-pegilat i ribavirina.

La malaltia hepàtica relacionada amb l'alcohol abasta un ampli espectre de manifestacions, des de l'esteatosi hepàtica asimptomàtica fins a la insuficiència hepàtica terminal amb icterícia, coagulopatia i encefalopatia. Tot i així, en aquesta fase l'abstinència pot produir una regressió significativa de la malaltia en alguns/es pacients (Friedman, S. L., 2007).

Esteatosi hepàtica

L'esteatosi hepàtica alcohòlica és una conseqüència ràpida i reversible del consum perjudicial d'alcohol. Un estudi observacional d'Itàlia demostra taxes de prevalença d'esteatosi en el 46% de les persones bevedores de més de 60 grams d'alcohol al

3

dia i en el 94% de les persones bevedores obeses.

Clínica: sovint és asimptomàtica. La infiltració grassa greu del fetge pot derivar en símptomes de malestar, debilitat, anorèxia, nàusees i molèsties abdominals.

Examen físic: els i les pacients amb fetge gras poden no presentar anormalitats en l'examen físic. L'hepatomegàlia és comuna en pacients que estan hospitalitzats i es troba en més del 70% de les persones amb esteatosi demostrada per biòpsia. La icterícia és present en el 15% dels i les pacients ingressats/des a l'hospital a causa de símptomes d'infiltració grassa greu. La hipertensió portal és poc freqüent en l'esteatosi alcohòlica.

Diagnòstic: atès que la major part dels casos es mostren asimptomàtics sovint és una troballa. Al voltant d'un terç dels o les pacients hospitalitzats/des amb esteatosi hepàtica presenten nivells anormals d'aminotransferases i bilirubina. En aquests/es pacients, els nivells elevats de bilirubina són, en gran mesura, resultat d'un augment en la fracció indirecta i pot reflectir hemòlisi associada a l'alcohol. Els nivells d'aspartat-aminotransferasa (AST) en general són més alts que l'alanina-aminotransferasa (ALT). Els valors absoluts de l'AST i ALT gairebé sempre són inferiors a 500 UI/L (<15 Kat/L); és característic que $AST > ALT$. L'ecografia abdominal (la TC i la RMN) poden ser útils en el diagnòstic i per descartar dilatacions de la via biliar.

Diagnòstic diferencial: esteatohepatitis no alcohòlica. Malaltia del fetge induïda per drogues (àcid valproic, tetraciclins, agents antiretrovirals). Fetge gras agut de l'embaràs. Malalties metabòliques del fetge i errors innats del metabolisme. Síndrome de Reye.

Tractament: els o les pacients amb esteatosi hepàtica alcohòlica no necessiten cap tractament mèdic específic. L'abstinència i la dieta adequada són els pilars en la teràpia de l'esteatosi induïda per alcohol. El tractament dels o les pacients amb consum perjudicial d'alcohol i esteatosi hepàtica sovint requereix el reconeixement i tractament del consum en si mateix. Aquests/es pacients poden tenir deficiències de vitamines, minerals i oligoelements. La substitució adequada d'aquestes deficiències ha de ser part del tractament. El repòs al llit no ha demostrat cap benefici. Els esteroides anabolitzants poden ser perjudicials.

Pronòstic: l'esteatosi simple rarament és fatal. Amb l'abstinència total, els canvis histològics poden tornar a la normalitat en dues o quatre setmanes. Si el consum d'alcohol continua, pot donar lloc a formes més avançades de malaltia hepàtica, ja sigui hepatitis alcohòlica o cirrosi.

Hepatitis alcohòlica

És una síndrome inflamatòria progressiva de dany hepàtic associada a un consum important i sostingut d'alcohol. La patogènia no és totalment coneguda.

Clínica: els o les pacients que estan greument afectats/des es presenten amb febre d'aparició subaguda, hepatomegàlia, leucocitosi, deteriorament marcat de la funció hepàtica i manifestacions de la hipertensió portal (ascites, encefalopatia, hemorràgia per varices esofàgiques). No obstant això, sovint l'hepatitis alcohòlica es presenta en formes lleus i sovint no causa cap símptoma.

Exploració física: la icterícia i l'hepatomegàlia dolorosa són freqüents, però la presència de dolor abdominal ha de fer sospitar d'una complicació intraabdominal. El 30% dels o les pacients presenten ascites.

Diagnòstic: encara que el diagnòstic es pot confirmar per biòpsia hepàtica, les troballes clíniques i de laboratori acostumen a ser suficients per fer el diagnòstic. A més de les alteracions analítiques comunes a totes les formes de malaltia hepàtica alcohòlica, estan augmentades les fosfatases alcalines hepàtiques, la GGT i la bilirubina que poden persistir durant setmanes després de la normalització de les aminotransferases.

Diagnòstic diferencial: altres causes d'icterícia (particularment hepatitis vírica aguda i afectació de la via biliar), esteatohepatitis no alcohòlica.

Tractament: en la majoria dels o les pacients amb hepatitis alcohòlica, la malaltia és lleu. El pronòstic a curt termini és bo i el tractament de les formes lleus és simptomàtic. L'hospitalització no sempre és necessària. S'ha d'aturar completament el consum d'alcohol i assegurar una bona nutrició. És aconsellable l'administració complementària de vitamines i minerals, inclòs l'àcid fòlic i la tiamina. S'han d'anticipar els símptomes d'abstinència alcohòlica i tractar-los adequadament.

Quan la malaltia és suficientment severa per causar encefalopatia, s'associa amb una mortalitat precoç superior (>50% als 30 dies). En alguns estudis, una combinació d'hiperbilirubinèmia i coagulopatia prediuen de manera independent una alta taxa de mortalitat precoç. Les persones amb aquestes complicacions o d'altres, com l'azotèmia o el sagnat gastrointestinal, han de ser hospitalitzades. En general, és prudent observar el o la pacient en una unitat de vigilància intensiva fins que la funció del fetge sigui estable i el o la pacient hagi millorat clínicament.

Tot que l'indicador més fiable de gravetat és la presència de l'encefalopatia hepàtica, durant les últimes dècades s'han proposat diverses fórmules i algorismes per predir l'evolució d'una hepatitis alcohòlica greu. La funció discriminant (FD) de Maddrey et al. (1978) es basa en el temps de protrombina (TP) i la bilirubina, i es calcula de la manera següent: $DF = (4,6 \times \text{prolongació TP}) + \text{bilirubina sèrica total en mg/dL}$. Valors superiors a 32 indiquen una malaltia greu i prediuen una mortalitat d'aproximadament el 50% als 30 dies, suposant que només es dona el tractament de suport. Estudis posteriors han trobat que FD és un factor predictor de mortalitat inexacte en pacients amb hepatitis alcohòlica, sobretot en aquells que reben glucocorticoides. En els o les pacients greus ($DF > 32$), el tractament proposat és la prednisolona, 40 mg al dia durant

3

quatre setmanes, seguit per una reducció de la dosi. L'eficàcia dels corticosteroides no ha estat avaluada adequadament en pacients amb hepatitis alcohòlica greu que pateixen concomitantment pancreatitis, hemorràgia gastrointestinal, insuficiència renal o infecció activa i, per tant, no es recomana en aquests subgrups de pacients.

En un estudi aleatoritzat, de doble cec, de dimensió adequada (101 pacients), en els que van rebre 400 mg de pentoxifil·lina tres vegades al dia durant quatre setmanes hi havia una reducció del 40% de la mortalitat en comparació amb el grup placebo (vitamina B12). La reducció de la mortalitat es va atribuir principalment a la disminució concomitant en la incidència de síndrome hepatorenal en un 65%-70% (Sougioultzis, S., et al., 2005).

Altres tractaments, com la nutrició enteral total, la teràpia anti-TNF, dispositius extracorporals substitutius del fetge i el trasplantament hepàtic, s'han d'avaluar amb més profunditat ja que segueixen sent encara tractaments experimentals.

Complicacions: la majoria de les complicacions d'una hepatitis alcohòlica són idèntiques a les de la cirrosi. Hemorràgia per varices esofàgiques: l'acabament de l'hemorràgia aguda s'aconsegueix en més del 90% dels o les pacients amb la combinació de l'endoscòpia (escleroteràpia o col·locació de bandes) i la infusió intravenosa de fàrmacs, que disminueixen la pressió dintre del sistema portal (somatostatina o un dels seus anàlegs, per exemple, octreotida). L'encefalopatia hepàtica: s'associa invariablement amb un pronòstic greu. El tractament consisteix en una vigilància estreta del pacient i l'administració de lactulosa o antibiòtics no absorbibles. Una baixa aportació d'energia o proteïnes no està indicada només transitòriament en els casos greus. L'ús d'antagonistes dels receptors de les benzodiazepines (per exemple, el flumazenil és encara experimental). Coagulopatia i trombocitopènia: el valor de l'administració parenteral de vitamina K és dubtós perquè els hepatòcits són incapaços de sintetitzar protrombina. Les transfusions de plaquetes usualment no són necessàries per corregir la trombocitopènia tret que el o la pacient estigui activament sagnat o sotmès a un procediment invasiu. Ascites: és típicament transsudativa, amb una concentració d'albúmina molt baixa (<1 g/dL). En els o les pacients que estan hemodinàmicament estables amb funció renal normal, n'hi pot haver prou amb repòs al llit i restricció de sal per mobilitzar el líquid. L'addició de diürètics (en general, furosemida i espironolactona) permet l'eliminació de líquid en la majoria de casos. En algunes persones que no responen a aquestes mesures, les paracentesis evacuadores amb addició d'albúmina intravenosa poden ser necessàries. Amb l'abstinència contínua, la tendència a la retenció de sal pot millorar i, en molts casos, els diürètics poden ser retirats sense reaparició d'ascites. Peritonitis bacteriana espontània: aquesta condició es pot desenvolupar en pacients amb hepatitis alcohòlica i ascites, especialment en aquells amb hemorràgia digestiva.

El tractament d'elecció és la teràpia antibiòtica d'ampli espectre amb una cefalosporina de tercera generació, després d'una paracentesis diagnòstica. La sobrecàrrega de

ferro: fins a un 50% dels o les pacients amb hepatopatia alcohòlica tenen augmentat el contingut en ferro en comparació amb controls sans, i això pot tenir un paper significatiu en la progressió del dany hepàtic alcohòlic. A vegades, aquest dipòsit excessiu de ferro dona lloc a una entitat clínica i patològica que és anàloga a l'hemocromatosi primària. Els intents per tractar l'hepatopatia alcohòlica amb flebotomia per reduir la sobrecàrrega de ferro s'han vist obstaculitzats pel desenvolupament d'anèmia i no s'ha observat cap benefici clar.

Pronòstic: l'hepatitis alcohòlica, en general, persisteix i progressa a cirrosi si l'ús de l'alcohol continua. Si s'abandona l'ús de l'alcohol, l'hepatitis alcohòlica es resol lentament al llarg de setmanes o mesos, de vegades sense seqüeles permanents, però sovint amb cirrosi residual.

Cirrosi hepàtica

En general, s'accepta que el consum d'alcohol a dosis baixes no causa cirrosi hepàtica; el risc més gran és a partir de 70 grams d'alcohol al dia. Nombrosos estudis epidemiològics mostren que l'afectació hepàtica és poc freqüent en persones bevedores moderades, però estudis d'àmplia base poblacional mostren que el consum d'1 a 3 UBE al dia pot augmentar el risc relatiu de morir de cirrosi fins a 3,1 respecte les persones abstemies (Thun, M. J., et al., 1997; Corrao, G., et al., 2004). El fet de ser dona, la presència d'infecció per VHC i el consum de destil·lats casolans augmenten el risc de desenvolupar cirrosi alcohòlica. Les característiques clíniques de la cirrosi alcohòlica són molt similars a les observades en altres causes de cirrosi hepàtica amb una excepció: aquests/es pacients poden tenir concurrentment evidència d'hepatitis alcohòlica (vegeu més amunt) i poden millorar amb l'abstinència del consum.

3.1.2 Afectació digestiva

El consum d'alcohol té efectes greus sobre l'estructura i la funció de tot el tracte gastrointestinal. La persona sana que comença a beure en gran mesura pot experimentar els efectes tòxics de l'etanol des de les primeres dosis. La inhibició de la digestió, l'absorció i la secreció pot causar diarrea i reduir l'absorció de nutrients. A mesura que la persona es converteix en més dependent de l'alcohol, la reserva funcional i la capacitat regenerativa del tracte gastrointestinal es veuen desbordades i la malnutrició augmenta. La inhibició del sistema immune gastrointestinal i l'augment de transport de toxines a través de la mucosa donen com a resultat una susceptibilitat més gran a les infeccions. L'alcohol també pot tenir un efecte oncogènic sobre el tracte gastrointestinal, tal com es comenta en l'apartat d'afectació oncològica (Rajendram, R. i Preedy, V. R., 2005).

3

Esòfag i estómac

L'etanol disminueix la mobilitat i augmenta la relaxació de l'esfínter esofàgic, cosa que resulta en un augment i la prolongació dels episodis de reflux gastroesofàgic. El consum d'alcohol freqüent indueix a la pirosi. L'experiència clínica suggereix que la freqüència d'esofagitis crònica és superior en els o les pacients amb abús d'alcohol, però només un estudi multicèntric de casos i controls ha demostrat que el consum d'alcohol pot ser un possible factor de risc per al desenvolupament de l'esofagitis i / o esòfag de Barrett (Teyssen, S. i Singer, M. V., 2003). El consum crònic d'alcohol, quan s'associa a vòmits de repetició, pot causar lesions en la mucosa de la unió gastroesofàgica i hemorràgia digestiva. Aquesta afecció es coneix com a síndrome de Mallory-Weiss.

La instil•lació d'etanol pur en quantitats i concentracions que hi ha en les begudes alcohòliques més comuns danya la mucosa gàstrica, la qual cosa provoca una gastritis hemorràgica, en una manera depenent de la dosi. La cervesa, el vi i el whisky també indueixen lesions de la mucosa gàstrica, però en menys proporció que solucions comparables d'etanol. El mínim dany causat per les begudes alcohòliques es pot deure a l'acció protectora d'altres ingredients d'aquestes begudes. L'efecte de l'etanol es potencia per l'ús d'antiinflamatoris no esteroidals. Un altre factor de risc important per al desenvolupament de la gastritis erosiva hemorràgica aguda després de la ingestió d'etanol és la presència de cirrosi hepàtica, la hipertensió portal i la gastropatia de la hipertensió portal.

Intestí prim

L'alcohol produeix lesions a la mucosa de l'intestí prim que resulten en maldigestió que condueix a la malabsorció de nutrients, vitamines i oligoelements, així com també d'aigua i electròlits. A més, l'alcohol estimula la secreció d'aigua i electròlits per l'intestí prim i indueix a hipermotilitat. Aquests canvis poden donar lloc a diarrea i malnutrició. El sobrecreixement bacterià i les alteracions de permeabilitat de la mucosa associats al consum d'alcohol poden portar a l'endotoxinèmia, que és, almenys, un mecanisme de l'hepatopatia alcohòlica (Egerer, G., et al., 2004).

Colelitiasi

S'ha descrit un efecte protector de consums baixos que es poden revertir amb consums més importants.

Pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda es defineix com un procés inflamatori agut del pàncrees amb variable participació d'altres teixits regionals o sistemes d'òrgans llunyans. L'associació entre la pancreatitis aguda i el consum d'alcohol és complexa, però sembla que és dosidepenent.

La pancreatitis aguda alcohòlica és més freqüent en homes que en dones. Es classifica en formes lleus i greus. La pancreatitis aguda lleu s'associa amb un mínim de disfunció d'òrgans i recuperació sense complicacions. La pancreatitis aguda greu (20% dels casos) s'associa amb la necrosi pancreàtica i pot conduir a insuficiència i/o complicacions locals (Witcomb, D., 2008; Gardner, T .B., et al., 2008).

Clínica: els símptomes típics de la pancreatitis aguda inclouen l'aparició sobtada de dolor abdominal epigàstric que irradia a l'esquena i els flancs. El dolor és generalment constant, associat a nàusees i vòmits. Els símptomes poden començar després d'un dinar pesat o d'una intoxicació etílica.

Exploració física: els signes físics poden variar segons la gravetat de la malaltia. La febre (76%) i la taquicàrdia (65%) són comuns. Els pacients amb pancreatitis aguda greu sovint estan pàl·lids, diaforètics i apàtics. El dolor abdominal amb defensa muscular (68%), principalment a nivell hipogàstric, i la distensió (65%) s'observen en la majoria dels o les pacients. Sovint es detecta ili intestinal degut a la hipoactivitat gàstrica i de còlon transvers. Una minoria de pacients presenten icterícia (28%). Alguns/es pacients experimenten dispnea (10%), que pot ser causada per irritació del diafragma (resultant de la inflamació), vessament pleural o una condició més greu, com la síndrome del destret respiratori agut; en casos greus, la inestabilitat hemodinàmica és evident (10%) i s'acompanya d'hematèmesi o melenes (5%). En rares ocasions, la pell que cobreix el flanc o la paret abdominal pot tenir una tonalitat porpra d'hemorràgia (signe Gray Turner/Cullen).

Diagnòstic: les anormalitats de laboratori inclouen l'elevació de l'amilasa sèrica i els nivells de lipasa, hiperglucèmia, hipocalcèmia, disminució dels nivells de la deshidrogenasa làctica, elevació de gammaglutaminotransferasa i dels nivells de d'aminotransferases al sèrum i leucocitosi.

Diverses proves d'imatges poden ajudar en el diagnòstic com l'ecografia, la tomografia axial computeritzada (TC) amb contrast o les imatges de ressonància magnètica (RMN) (en pacients amb elevació de la creatinina sèrica), la colangiografia per ressonància magnètica (MRCP) o colangiopancreatografia retrògrada endoscòpica (CPRE), si hi ha una alta sospita de càlculs del conducte biliar comú.

Diagnòstic diferencial: el diagnòstic diferencial de la pancreatitis aguda inclou el consum abusiu d'alcohol a curt o a llarg termini, els càlculs biliars, l'úlcer a pèptica, l'úlcer a perforada, l'apendicitis incipient, l'obstrucció intestinal i la isquèmia mesentèrica. Hi ha diversos medicaments que també poden provocar una pancreatitis aguda. Altres condicions que cal tenir en compte són la hipertrigliceridèmia, hipercalcèmia, les infeccions, les lesions posttraumàtiques i l'embaràs.

Tractament: la pancreatitis aguda lleu es tracta amb la rehidratació agressiva, l'alleugeriment del dolor amb morfina, la nutrició enteral de suport i el manteniment hemodinàmic. Per a la pancreatitis aguda greu es recomana trasllat a la unitat de

3

cures intensives. S'ha de fer dieta absoluta durant 48 hores i, posteriorment, iniciar nutrició enteral així com control del dolor amb morfina (Caroll, J. K., et al., 2007).

Complicacions: les col·leccions líquides agudes es produeixen freqüentment en fases inicials. Es detecten principalment pels estudis d'imatge, no a l'examen físic. La majoria no requereixen teràpia específica. El pseudoquist és una col·lecció de líquid pancreàtic delimitada per una paret de teixit de granulació. Requereix quatre setmanes o més per desenvolupar-se. Si bé a vegades són palpables en l'examen físic, generalment es detecten amb ecografia abdominal o TC. Les infeccions intraabdominals són produïdes principalment per enterobacteris. En les primeres setmanes (de la primera a la tercera) per sobreinfecció de les col·leccions de líquid o de la necrosi pancreàtica. En les setmanes posteriors (de la tercera a la sisena) per infecció dels pseudoquists i desenvolupament d'un abscess pancreàtic. La necrosi pancreàtica és una zona estèril de parènquima pancreàtic inviable que sovint s'associa amb necrosi del greix peripancreàtic. Distingir entre infecció i necrosi pancreàtica estèril és un desafiament clínic. La primera es tracta amb tractament mèdic agressiu, mentre que gairebé tots els pacients amb necrosi pancreàtica infectada requereixen desbridament quirúrgic o drenatge percutani.

Pronòstic: per a la pancreatitis aguda lleu la taxa de mortalitat és inferior a l'1%, però pot ser del 10% al 30% en la pancreatitis aguda greu, depenent de la presència de necrosi estèril o infectada.

Pancreatitis crònica

La pancreatitis crònica és una malaltia greu que es caracteritza per dolor abdominal, episodis repetitius de pancreatitis aguda i destrucció fibròtica de l'òrgan que resulta inicialment en insuficiència exocrina i en insuficiència endocrina posteriorment. El consum crònic d'alcohol és el principal factor de risc per al desenvolupament de pancreatitis crònica. En general requereix un consum diari igual o superior a 80 grams/dia durant alguns anys. La majoria de pacients amb pancreatitis crònica es diagnostiquen entre els 35 i 40 anys (Ammann, R. W., 1997).

Clínica: la presentació més comuna és el dolor abdominal, que pot ser episòdic, amb una durada d'hores o dies, o pot persistir durant mesos o anys. El dolor és característicament constant en l'epigastri i, amb freqüència, s'irradia a l'esquena. La majoria de pacients poden perdre pes durant el curs de la malaltia. Aquesta pèrdua de pes pot estar relacionada amb una malabsorció produïda per la deficiència de pàncreas exocrí o amb la por de menjar, perquè la ingesta d'aliments agreuja el dolor. A vegades, la malaltia pot ser indolora i els pacients poden presentar esteatorrea, pèrdua de pes o diabetis mellitus.

Examen físic: en la majoria dels casos, l'examen físic no ajuda a establir un diagnòstic de pancreatitis crònica. Durant un episodi agut, els i les pacients poden assumir una postura característica en un intent d'alleujar el dolor abdominal (per exemple, decúbit

lateral esquerre, flexió de la columna vertebral apropant els genolls cap al pit).

Ocasionalment es palpa una ocupació o una massa epigàstrica, cosa que suggereix la presència d'un pseudoquist o una massa inflamatòria en l'abdomen. Els i les pacients amb malaltia avançada (és a dir, amb esteatorrea) presenten disminució de greix subcutani i altres signes físics de malnutrició.

Diagnòstic: el diagnòstic de la pancreatitis crònica és difícil. Les proves de laboratori habitualment no són útils. Les proves diagnòstiques més importants són les d'imatge. La presència de calcificacions pancreàtiques en una radiografia simple d'abdomen és diagnòstic de pancreatitis crònica, però el més freqüent és que no es vegin. Hi ha moltes altres proves d'imatge que ens permeten arribar al diagnòstic: ecografia, TC i RMN, CPRE o ecoendoscòpia. Hi ha altres proves que serveixen per mesurar la capacitat de funcional del pàncrees exocrí (esteatorrea).

Diagnòstic diferencial: inclou malalties pancreàtiques (càncer de pàncrees), de la via biliar (carcinoma de l'ampolla, colangitis, colecistitis), malalties digestives (malaltia de Crohn, úlcera pèptica, gastritis crònica, perforació intestinal, isquèmia mesentèrica) i afectació d'altres òrgans (infart de miocardi, pneumònia, adquirida a la comunitat).

Tractament: ha de passar per l'abandonament del consum d'alcohol. El tipus de tractament mèdic depèn de les complicacions que presenti cada pacient (dolor, malabsorció, diabetis). El tractament del dolor inicial és amb analgèsics, inicialment amb preparats que contenen metamizol, paracetamol o antiinflamatoris. A vegades calen analgèsics opiacis. L'eficàcia del tractament amb enzims pancreàtiques per disminuir el dolor és variable. De vegades és necessari el tractament mitjançant endoscòpia, i fins i tot la cirurgia, per controlar el dolor, però cada pacient requereix una valoració individualitzada. El tractament de la malabsorció d'aliments es fa amb substitució d'enzims pancreàtiques per via oral. Els suplementes amb triglicèrids de cadena mitjana es poden administrar quan es restringeix la quantitat de greix de la dieta per resposta insuficient amb enzims pancreàtiques. El tractament de la diabetis s'ha de fer amb insulina, ja que es tracta d'una insuficiència endocrina.

El tractament quirúrgic està indicat quan existeix una complicació anatòmica que es pugui corregir per una intervenció mecànica. En general, es tracta d'una anomalia adquirida i inclou pseudoquist pancreàtic, abscess, fístula, ascites, obstrucció fixa de la porció intrapancreàtica distal del conducte biliar comú, estenosi del duodè amb obstrucció de la sortida gàstrica, hemorràgia per varices i a causa de la trombosi de la vena esplènica. Depenent de cada cas, la intervenció oportuna pot implicar tècniques endoscòpiques, radiològiques o quirúrgiques.

Complicacions: inclouen la formació de fístules, pseudoaneurismes de les grans artèries prop del pàncrees, l'estenosi del conducte biliar comú i trombosi venosa portal i/o esplènica. La diabetis que es pot desenvolupar en el 58% dels casos tendeix a ser difícil de tractar en aquests/es pacients, probablement a causa de la

3

manca d'insulina i glucagó. Tanmateix, els i les pacients amb diabetis associada amb pancreatitis crònica són menys propensos a complicacions com la retinopatia, la nefropatia, l'aterosclerosi i la cetoacidosi. Un terç de pacients amb diabetis associada a la pancreatitis crònica poden patir neuropatia i miopatia (d'etiologia controvertida, ja que aquestes condicions es produeixen amb l'abús de l'alcohol en l'absència de pancreatitis).

Pronòstic: al voltant de la meitat de pacients amb pancreatitis crònica moren en els 20 anys següents amb una mitjana d'edat de 54 anys, encara que en el 80% dels casos la mortalitat no està relacionada directament amb la pancreatitis crònica o les complicacions d'aquesta. En pacients amb pancreatitis crònica, l'abstinència del consum d'alcohol pot disminuir la progressió a insuficiència exocrina i endocrina però pot no aturar completament la progressió a la insuficiència pancreàtica (Gullo, L., et al., 1988). En els i les pacients que paren de beure també disminueixen els episodis de pancreatitis aguda i el dolor.

3.1.3 Afectació cardiovascular

Alguns estudis, però no tots, mostren que beure amb moderació pot tenir beneficis per a la salut, en particular pel que fa a les malalties coronàries i el risc d'infart de miocardi. Una metaanàlisi de 34 estudis va trobar que una a dues begudes al dia en les dones, i de dos a quatre UBE al dia en els homes, estaven inversament relacionades amb la mortalitat total, mentre que una ingesta més gran augmentava la mortalitat (Di Castelnuovo, A., et al., 2006). La relació risc-benefici associada amb el consum moderat d'alcohol és probable que difereixi en diversos grups d'edat i diferents poblacions. Com un exemple, un augment en el càncer de mama podria ser important en pacients amb baix risc per malaltia coronària, com les dones de 30 a 40 anys d'edat. Així, el benefici cardiovascular de la ingesta moderada d'alcohol pot no donar lloc a una disminució en la mortalitat global, a causa dels augments en altres trastorns, com ara la cirrosi hepàtica i el càncer de mama en la dona (Criqui, M. H. i Ringel, B. L., 1994). L'efecte de la ingesta moderada d'alcohol (dues o més UBE per dia) en els homes va ser avaluada directament en un informe dels Physicians Health Study (Gaziano, J. M., et al., 2000). No hi va haver efecte beneficiós ni perjudicial en la mortalitat total. Tot i que la mortalitat cardiovascular es va reduir (risc relatiu: 0,76), això es va veure compensat per un augment no significatiu del 28% en la mortalitat a causa de càncers menys comuns (per exemple, el cervell, el melanoma, la bufeta, l'estómac). No es va detectar un clar dany o benefici en la majoria dels càncers (per exemple, pulmó, còlon, pròstata, pàncrees, limfoma o leucèmia). D'altra banda, l'augment dels nivells d'ingesta d'alcohol (més de 18 a 28 begudes per setmana) s'han associat a un augment de la morbiditat coronària i la mortalitat en les dones.

Hipertensió

La ingesta excessiva d'alcohol augmenta el risc d'hipertensió arterial, però la relació entre el consum reduït-moderat d'alcohol i la hipertensió segueix sent controvertit. En un estudi prospectiu de 28.848 dones de la Women's Health Study i 13.455 homes dels Physicians' Health Study sense hipertensió, malalties cardiovasculars ni càncer a l'inici, el consum moderat d'alcohol va disminuir el risc d'hipertensió en les dones i el va augmentar en els homes. El llindar a partir del qual l'alcohol es va convertir en perjudicial per a la hipertensió va ser de $> 0 = 4$ UBE per dia en les dones enfront d'un nivell de $> 0 = 1$ UBE al dia en els homes (Sesso, H. D., et al., 2008). L'associació entre el consum d'alcohol i el risc d'hipertensió crònica en dones joves segueix una corba en forma de J, amb consums lleugers que demostren una disminució modesta en el risc, en canvi, consums més importants demostren un augment en el risc (Thadhani, R., et al., 2002). Les persones que beuen més de 2 UBE per dia tenen un risc d'1,5 a 2 vegades superior d'hipertensió en comparació amb les que no beuen alcohol, i aquest efecte és més prominent quan la ingesta diària d'alcohol és superior a 5 UBE. Beure fora dels àpats sembla que té un efecte significatiu sobre el risc d'hipertensió independent de la quantitat d'alcohol consumida. L'abstinència de l'alcohol pot disminuir la pressió arterial, mentre que la recaiguda en el consum pot fer reaparèixer la hipertensió arterial. S'han de tenir en compte les interaccions farmacològiques entre l'alcohol i els fàrmacs antihipertensius. D'altra banda, en pacients prèviament hipertensos amb consum moderat d'alcohol s'ha descrit una reducció en la incidència d'infart de miocardi sense canvis en la mortalitat global o la incidència d'ictus.

Miocardiopatia alcohòlica

L'alcohol i els seus metabòlits són tòxics directes sobre el miocardi. A aquest dany es pot afegir el provocat per dèficits nutricionals, particularment de tiamina o vitamina B6. Diversos estudis importants han demostrat clarament una relació dosiddependent, relacionada amb el consum diari i la dosi acumulada en el temps. La majoria de pacients que desenvolupen miocardiopatia alcohòlica consumeixen de 80 a 90 grams d'etanol diaris durant més de 5 anys. Aquest dany no està modificat pel tipus de beguda consumida (Piano, M. R., 2002). Les dones són més sensibles que els homes als efectes tòxics de l'alcohol sobre el múscul estriat, i poden desenvolupar símptomes amb dosis acumulades molt inferiors que els homes. Cal assenyalar que l'alcohol pot produir disfunció miocardiàica fins i tot quan és consumit en petites quantitats per persones sanes, com es fa en el patró de consum social. Un altra contribució a la disfunció miocardiàica crònica està relacionada amb la hipertensió causada per l'alcohol. Atès que la hipertensió pot contribuir de manera directa a la disfunció del ventricle esquerre afegint-hi un factor de comorbiditat en les persones que abusen de l'alcohol, ha de ser diferenciada de formes pures de miocardiopatia alcohòlica.

Els símptomes de la miocardiopatia alcohòlica són essencialment els mateixos que

3

els relacionats amb altres formes de miocardiopatia dilatada. La dispnea, l'ortopnea i la dispnea paroxística nocturna són els símptomes preeminentes, però el malestar toràcic, la fatiga, les palpitations, els mareigs, els síncope, l'anorèxia i molts d'altres no són infreqüents. L'inici dels símptomes sol ser insidiós, però també s'observen descompensacions agudes, especialment en pacients asimptomàtics amb disfunció ventricular esquerra que desenvolupen fibril·lació auricular o altres taquiarítmies i, per això, no estan en condicions d'augmentar el cabdal cardíac. Un treball desenvolupat per Estruch et al. conclou que els i les pacients amb dependència i cardiomiopatia tenen més incidència de cirrosi en comparació amb aquells/es que no tenen disfunció cardíaca, aquells/es amb dependència i cirrosi que continuen bevent tenen una alta incidència de disfunció cardíaca, però aquells/es amb cirrosi i que s'han abstenut d'alcohol tenen una baixa incidència de malaltia cardíaca (Estruch, R., et al., 1995).

El pilar de la teràpia per a la miocardiopatia alcohòlica és tractar la causa subjacent, és a dir, l'abstinència completa i perpètua de tot el consum d'alcohol. L'eficàcia de l'abstinència s'ha demostrat en aquells/es amb malaltia precoç (per exemple, abans de l'aparició de la fibrosi miocardiàtica severa) i en aquells/es amb malaltia més avançada. El tractament mèdic és idèntic a la teràpia convencional per a altres formes de miocardiopatia dilatada. Els inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina (IECA) o bloquejadors dels receptors d'angiotensina II (Ara-II), els betabloquejadors, la digoxina i els diürètics s'han de prescriure rutinàriament com en altres causes de miocardiopaties dilatades simptomàtiques. L'administració de suplementes de vitamines del grup B amb la vitamina B12 i l'àcid fòlic són importants en el tractament d'aquests pacients.

Arítmies

El binge drinking i el consum elevat crònic d'alcohol augmenten la incidència de fibril·lació auricular, mentre que el consum crònic moderat d'alcohol no sembla que l'augmenti. Un estudi danès va mostrar que el consum de 35 UBE a la setmana o més entre els homes s'associa amb un risc relatiu d'1,45 (IC del 95%: 1,02 a 2,04). En aquest estudi poques dones consumien aquesta quantitat d'alcohol. Aproximadament el 5% dels casos de fibril·lació auricular entre els homes es devien a l'ús d'alcohol. Quan es va ajustar per la pressió arterial, la malaltia coronària i la insuficiència cardíaca congestiva, l'associació entre l'alcohol i la fibril·lació auricular no es va atenuar (risc relatiu: 1,63) (Kenneth, J., et al., 1989).

Ictus

L'associació del consum moderat d'alcohol amb risc d'accident cerebrovascular isquèmic segueix sent controvertit, així com pels tipus de beguda i el patró de consum (Camargo, C. A., 1989). En una metaanàlisi de 35 estudis va mostrar que el consum superior a 60 grams d'alcohol augmenta el risc d'ictus, tant total com isquèmic com hemorràgic. Un consum d'entre 10 i 20 grams d'alcohol reduïa el risc d'ictus global i

isquèmic sense canvis en l'ictus hemorràgic (Reynolds, K., et al., 2003). En aquesta mostra d'homes professionals de la salut, el consum moderat d'alcohol en general no s'associa amb un risc més gran d'accident cerebrovascular isquèmic, encara que el tipus de begudes i el patró de consum en poden modificar el risc. De fet, la ingesta de més de dues begudes per dia pot estar associada amb un risc més elevat d'ictus isquèmic (Mukamal, K. J., et al., 2005). Un estudi molt recent mostra que el patró de consum de binge drinking augmenta el risc d'ictus total i isquèmic (Sundell, L., et al., 2008). No hi ha prou evidència epidemiològica per determinar si l'ús recent d'alcohol afecta el risc d'accident vascular cerebral isquèmic ni hemorràgic. El tractament de l'ictus en pacients amb consum de risc o dependència de l'alcohol és similar al de les persones abstèmies.

Malaltia vascular perifèrica

L'alcohol sembla que redueix el risc de malaltia vascular perifèrica entre persones aparentment sanes. Al Physicians Health Study, 22.071 metges de sexe masculí van ser seguits durant onze anys. Després de controlar per a consum de tabac, les persones que bevien cada dia (≥ 7 begudes a la setmana) tenien un risc relatiu (RR) de 0,68 en comparació amb el grup de referència (<1 beguda a la setmana). La ingesta moderada d'alcohol (d'una a dues begudes al dia en homes i de 0,5 a 1 beguda al dia en dones) també redueix el risc de la claudicació intermitent (Djousse, L., et al., 2000).

3.1.4 Afectació neuromuscular

Hi ha un gran nombre de malalties neurològiques relacionades amb el consum d'alcohol. Els mecanismes pels quals l'alcohol produeix els seus efectes varien àmpliament entre els diferents processos i en nombrosos casos el problema essencial és la malnutrició.

Encefalopatia de Wernicke

L'encefalopatia de Wernicke és un trastorn neurològic agut causat per dèficit de tiamina i caracteritzat per encefalopatia, oftalmoparèsia i atàxia de la marxa. Aquesta malaltia s'exposa amb més profunditat en el capítol d'urgències.

Síndrome amnèsica de Korsakoff

La síndrome amnèsica de Korsakoff (SAK) s'observa en un petit nombre de pacients. És una manifestació neuropsiquiàtrica tardana de l'encefalopatia de Wernicke en la qual hi ha una afectació selectiva i marcada de la memòria amb amnèsia retrògrada (és a dir, la memòria de fets passats) i anterògrada (és a dir, l'aprenentatge). En alguns casos el SAK es desenvolupa en pacients sense un diagnòstic previ d'encefalopatia de Wernicke (Blansjaar, B. A., Van Dijk, J. G., 1992). S'ha suggerit que aquests

3

casos poden ser resultat d'episodis subclínic o desapercebuts d'encefalopatia de Wernicke. La neurotoxicitat directa de l'alcohol pot ser un factor predisposant a patir SAK ja que aquesta síndrome és una seqüela molt més freqüent en l'encefalopatia de Wernicke secundària a enolisme que en la secundària a d'altres causes de dèficit de tiamina.

La SAK es caracteritza per deficiències marcades en la memòria anterògrada i retrògrada, apatia, un sensorimotor intacte i la relativa preservació de la memòria a llarg termini i altres habilitats cognitives. L'atenció i el comportament social estan relativament conservats. Les persones afectades són capaces de mantenir una conversa socialment apropiada que pot semblar normal a un espectador incaut. Els i les pacients amb SAK, per regla general, no són conscients de la malaltia que tenen. L'amnèsia anterògrada és greu, però incompleta. Això es demostra perquè els i les pacients tenen la possibilitat de repetir una sèrie de números o objectes que s'exposen però són incapaços de recordar la informació registrada després de 3 a 5 minuts. L'amnèsia retrògrada es demostra per les llacunes en els darrers records i en el passat remot abans que aparegués la malaltia. Aquestes llacunes en la memòria són les que condueixen a la característica confabulació que representa l'ompliment de les llacunes de memòria amb les dades que la persona pugui recordar fàcilment. La confabulació, que és una característica d'alguns però no de tots els casos, es descriu clàssicament en la demència de Korsakoff, tot i que es pot presentar en altres demències i no és necessària per fer el diagnòstic (Zubaran, C., et al., 1997). Un cop establerta, la síndrome de Korsakoff té un mal pronòstic, ja que deixa aproximadament el 80% dels i les pacients amb un trastorn crònic de memòria. L'evidència suggereix que aquests/es pacients són capaços d'aprendre tasques repetitives simples amb la participació de la memòria procedimental. Els dèficits amnèsics es recuperen de manera incompleta i lentament. El temps necessari per assolir el grau màxim de recuperació pot ser del voltant d'un any. Tanmateix, hi pot haver recuperació de la funció cognitiva depenent de factors com l'edat i l'abstinència, encara que molts/es pacients requereixen almenys algun tipus de supervisió i de suport social, ja sigui a casa o en un recurs d'atenció a malalts/es crònics/ques. S'han notificat casos anecdòtics de millora de l'atenció i la memòria amb l'ús d'inhibidors de l'acetilcolinesterasa i la memantina, però no hi ha cap estudi controlat.

Afectació cognitiva i dilatació ventricular

Les dades sobre l'ús de l'alcohol i el risc de demència són contradictòries: mentre diversos estudis realitzats no van detectar cap associació entre l'ús de l'alcohol i el risc de la demència (Graves, A. B., et al., 1991), altres estudis més recents han demostrat un risc inferior de demència o un declivi més lleu en la funció cognitiva en el temps amb el consum d'alcohol de lleu a moderat, en comparació amb l'abstinència. Tenint en compte aquesta inconsistència en les dades existents, així com les limitacions inherents als estudis observacionals (Evans, D. A. i Bienias, J. L., 2005), l'avaluació

definitiva de la relació entre l'ús de l'alcohol i la demència encara no és possible, però cada vegada hi ha més evidència que suggereix que el consum moderat-llueger podria ser de protecció.

D'altra banda, aproximadament del 50% al 70% de les persones amb trastorn per consum d'alcohol presenten dèficits neurològics a l'examen neuropsicològic. El terme demència alcohòlica és utilitzat àmpliament per designar una forma de demència presumiblement específica que és atribuïble a l'efecte tòxic directe sobre el cervell de l'ús crònic d'alcohol. Actualment, no hi ha evidència inequívoca de lesions cerebrals produïdes únicament pel consum d'alcohol sense relació amb dèficit nutricional concomitant, malaltia hepàtica o traumatismes. De fet, les lesions cerebrals en les persones amb trastorn per consum d'alcohol freqüentment són d'origen multifactorial. La neurotoxicitat de l'etanol, l'encefalopatia de Wernicke, la degeneració hepatocerebral, el trauma cranial, la mielinòlisi pòntina central, la síndrome de Marchiafava-Bignami, la pel·lagra i condicions patològiques premòrbides, com els trastorns de l'espectre alcohòlic fetal, poden contribuir a la disfunció cognitiva en les persones amb trastorn per consum d'alcohol. Amb excepció de la neurotoxicitat de l'etanol, totes aquestes condicions s'associen amb lesions específiques neuropatològiques. De fet, la principal mancança en el concepte de demència alcohòlica és l'absència d'una patologia distintiva i ben definida (Adams, R. D., Victor, M., 2005a i 2005b).

El terme "atròfia cerebral" implica irreversibilitat de la pèrdua de teixit cerebral. Actualment és preferible referir-se a aquesta entitat com dilatació ventricular alcohòlica. De fet, la TC o la RMN mostren en la majoria de les persones amb trastorn per consum d'alcohol dilatació dels ventricles cerebrals; aquesta dilatació ventricular pot disminuir o revertir després d'un mes sense canvis significatius en l'aigua cerebral. Mitjançant la RMN espectroscòpica s'ha demostrat que després de dos mesos d'abstinència hi ha evidència de recuperació morfològica i metabòlica cerebral, i després de tres mesos, recuperació de la matèria blanca. Basant-se en aquestes dades, s'ha fet la hipòtesi que els canvis en el parènquima cerebral, però no en el volum d'aigua cerebral, podrien ser els responsables de la reversibilitat de les alteracions radiològiques i clíniques (Bartsch, A. J., et al., 2007; Gilman, S., et al., 1990).

La demència, independentment de l'etiologia, es presenta amb una història crònica de disminució constant de la memòria a curt termini i, més tard, a llarg, i està associada amb dificultats en les relacions socials, el treball i les activitats de la vida quotidiana. Quan està associada al consum d'alcohol és clínicament indistingible d'altres causes de demència. Per tant, fer una història clínica acurada, amb la recerca de consum passat o present de drogues o d'abús de l'alcohol, és essencial per realitzar un tractament o modificar la causa del deteriorament cognitiu.

Degeneració cerebel·losa alcohòlica

Aquest terme es refereix a un tipus comú i uniforme de degeneració vermiana i dels

3

lòbuls anteriors del cerebel en pacients amb trastorn per consum d'alcohol. La seva incidència és la meitat que la de l'encefalopatia de Wernicke-Korsakoff, però, a diferència d'aquesta, és molt més freqüent en homes que en dones. Els canvis neuropatològics consisteixen en la degeneració de tots els elements neurocèl·lulars del còrtex cerebel·lós, però particularment de les cèl·lules de Purkinje.

Clínica: habitualment es desenvolupa gradualment al llarg de setmanes i mesos, però també pot evolucionar durant anys o començar abruptament. Es presenta per inestabilitat amb augment de la base de sustentació i marxa atàxica amb graus variables d'inestabilitat troncal. Els braços s'afecten amb menys intensitat i sovint estan respectats. A més d'un tremolor d'intenció, hi pot haver tremolor de repòs, que apareix només quan les extremitats es col·loquen en determinades posicions. El nistagme i la disàrtria i la diplopia són infreqüents. No s'acompanya de vertigen, tinnitus ni sordesa.

Examen físic: els pacients presenten inestabilitat postural i atàxia de la marxa amb alteració de la coordinació de les cames que s'assembla a la d'intoxicació alcohòlica aguda. La marxa en tàndem és típicament impossible, fins i tot per aquells amb malaltia lleu. Les proves taló-genoll solen ser anormals, però les proves dit-nas poden revelar només anomalies lleus, sovint associades amb un deteriorament més greu de l'escriptura manuscrita. La funció cognitiva sol estar conservada, excepte en pacients amb episodis anteriors d'encefalopatia de Wernicke.

Diagnòstic: es basa principalment en la història clínica i l'examen neurològic, tot i que cal un estudi estructural d'imatges per descartar lesions ocupants d'espai o altres diagnòstics. La TC o la RMN poden mostrar atròfia cortical cerebel·losa, però la meitat dels i les pacients amb trastorn per consum d'alcohol amb aquesta alteració no tenen atàxia en l'examen físic. Estudis amb tomografia per emissió de positrons (PET) demostren una reducció en la taxa metabòlica cerebral de la glucosa i una disminució de la unió als receptors de les benzodiazepines en el vermis cerebel·lós superior en persones amb trastorn per consum d'alcohol amb degeneració cerebel·losa en comparació amb les que no presenten aquest (Heinrich, A., et al., 2004). La magnitud de l'hipometabolisme es correlaciona significativament amb la gravetat dels dèficits neurològics. Tanmateix, l'exploració PET no està indicada actualment per al diagnòstic de pacients amb sospita de degeneració cerebel·losa alcohòlica.

Diagnòstic diferencial: la intoxicació per drogues sedants i hipnòtiques pot ser indistingible de la degeneració cerebel·losa alcohòlica, a excepció de la seva reversibilitat. Alguns/es pacients amb abstinència poden ser diagnosticats d'estat d'embraguesa. L'absència d'alteracions dels parells cranials diferencia la degeneració cerebel·losa alcohòlica dels trastorns vasculars de la circulació posterior, de les masses de la fosa posterior i de malalties desmielinitzants. L'edat d'aparició i el curs clínic el diferencia d'algunes de les atàxies espinocerebel·loses. La degeneració

olivopontocerebel·lar pot ser difícil de distingir sobre bases clíniques per si mateixes.

Tractament: la interrupció del consum d'alcohol i l'administració de suplementes nutricionals són els únics tractaments disponibles per a la degeneració cerebel·losa alcohòlica. Tanmateix, la marxa no millora en la majoria de casos. La teràpia física, els bastons, els caminadors i les cadires de rodes són útils en el manteniment de la mobilitat.

Degeneració hepatocerebral i mielopatia hepàtica

Són malalties molt poc freqüents que s'han descrit en associació amb disfunció hepàtica.

La clínica típica de la degeneració hepatocerebral adquirida (no-Wilsoniana) inclou disàrtria, atàxia, tremolor d'intenció, coreoatetosi i demència. Les principals troballes neuropatològiques inclouen necrosi cortical difusa i irregular; proliferació difusa de les cèl·lules gials de tipus 2 d'Alzheimer, i pèrdua neuronal desigual en el cerebel, l'escorça cerebral i els ganglis basals.

La mielopatia hepàtica es caracteritza per paraparèsia espàstica amb un mínim de participació sensorial. La patologia consisteix principalment en la desmielinització simètrica predominantment dels cordons laterals, a vegades associada amb pèrdua axonal. En general, l'extensió no és superior a la del cordó cervical.

El tractament de la degeneració hepatocerebral i de la mielopatia és difícil. S'han descrit casos de trasplantament amb diversos graus de resolució dels símptomes neurològics.

Malaltia de Marchiafava-Bignami

La malaltia de Marchiafava-Bignami és un trastorn rar de desmielinització o necrosi del cos callós i de la matèria blanca subcortical adjacent que es produeix predominantment en les persones amb trastorn per consum d'alcohol malnodrides. En alguns casos, existeixen lesions associades de l'encefalopatia de Wernicke, així com la pèrdua selectiva neuronal i gliosi en la tercera capa cortical. Hi ha pocs casos descrits en persones sense trastorn per consum d'alcohol, la qual cosa suggereix que l'alcohol per si sol no és responsable de la lesió.

Clínica: la malaltia pot ser aguda, subaguda o crònica, i es caracteritza per demència, espasticitat, disàrtria i incapacitat per caminar. Els i les pacients poden caure en coma i morir, o sobreviure molts anys en un estat de demència o recuperar-se de tant en tant. S'ha descrit una síndrome de desconexió interhemisfèrica en les persones supervivents. Recentment, Heinrich et al. han descrit dos subtipus clínics sobre la base d'un examen radiològic en 50 casos diagnosticats in vivo (Helenius, J., et al., 2001). El tipus A amb presentació predominant amb estupor i coma. Aquest subtipus s'associa amb una alta prevalença del símptomes tracte piramidal. L'afectació

3

radiològica inclou la participació de tot el cos callós. El tipus B es caracteritza per un estat mental normal o lleugerament afectat. Els i les pacients poden presentar diverses dificultats cognitives i signes d'afectació en la transferència d'informació interhemisfèrica, trastorns de la marxa, disàrtria, hipotonia, i les convulsions o els signes d'afectació de motoneurona superior són poc freqüents. Radiològicament les lesions del cos callós són parcials o focals.

Exploració física: malgrat que els resultats de l'exploració són generalment inespecífics, un examen físic acurat pot oferir pistes per al diagnòstic. Sovint hi pot haver estigmes d'enolisme crònic. Els i les pacients poden estar letàrgics, estuporosos o fins i tot inconscients (en coma o amb convulsions). Si el o la pacient està prou alerta per fer proves neuropsicològiques, la detecció d'apràxia ideomotora (és a dir, incapacitat per realitzar activitats motores que no és explicable, pèrdua motora o sensorial establerta) pot ser reveladora. L'apràxia esquerra (o no dominant) suggereix desconexió interhemisfèrica (és a dir, deteriorament de la transferència d'informació des de l'hemisferi esquerra amb l'hemisferi dret), causada pels danys a les fibres del cos callós. En alguns/es pacients amb aquesta malaltia s'ha observat afàsia i demència.

Diagnòstic: el diagnòstic clínic de la malaltia de Marchiafava-Bignami ha canviat considerablement durant els darrers decennis amb l'ús de la RMN del cervell que proporciona l'oportunitat d'un diagnòstic fiable in vivo. Els i les pacients amb malaltia tipus A presenten precoçment edema hipertens a T2 en la totalitat del cos callós. A mesura que les lesions van evolucionant, es va produint necrosi i van apareixent àrees de necrosi quística en la majoria o en moltes de les regions del cos callós. En el tipus B, les lesions inicials hiperintenses en T2 són més limitades i afecten només algunes zones del cos callós. Al llarg de temps es desenvolupen algunes àrees de necrosi quística, en una quantitat inferior i més petites que en pacients del tipus A.

Diagnòstic diferencial: les persones amb trastorn per consum d'alcohol que tenen aquesta síndrome sovint tenen altres problemes, com ara hemorràgia subdural, síndrome de Wernicke, deprivació alcohòlica, neuropatia i hepatopatia alcohòliques. Per tant, sovint el diagnòstic no és clar.

Tractament: no hi ha cap tractament específic demostrat. Els i les pacients solen ser ingressats a l'hospital perquè s'hi presenten amb estupor, coma i, sovint, amb convulsions. Les convulsions i el coma es tracten com secundàries a d'altres causes. La teràpia amb tiamina i vitamina del complex B, inclosa la vitamina B-12 i l'àcid fòlic, s'ha utilitzat en molts/es pacients que s'han recuperat, però també en pacients que no es van recuperar. El tractament amb suplementes vitamínics està justificat amb el mateix protocol que s'administraria en pacients amb una possible síndrome de Wernicke-Korsakoff. Altres tractaments assajats en casos aïllats són: bolus de corticosteroides a altes dosis per via intravenosa (per exemple, 250 mg de

metilprednisolona cada 6 hores); o una dosi estàndard d'amantadina (100 mg bid) per via oral o sonda nasogàstrica. Hem de recordar que la milloria detectada en el petit nombre de pacients que van rebre aquests tractaments es podria haver produït de totes maneres amb el pas del temps. Els i les pacients que sobreviuen han de rebre rehabilitació, consell nutricional i tractament del trastorn per consum d'alcohol.

Pronòstic: originalment es van diagnosticar els casos basant-se en els resultats de les necròpsies, per tant, es va pensar que la taxa de mortalitat era molt elevada. Tot i que les formes lleus poden ser infradiagnosticades, es presumeix que les taxes de mortalitat i morbiditat segueixen sent altes (Michael. E., Charness, M. D., 2008). A la sèrie de Heinrich et al., per a pacients amb tipus A, la taxa de mortalitat va ser del 21%, i els que havien sobreviscut sovint ho feien amb greus dèficits. Al grup de pacients del tipus B no es van produir morts, i sovint tenien bona recuperació. En els i les pacients que van millorar, la TC i la RMN també van mostrar una millora (Monforte, R., et al., 1995).

Mielinolisi central pontina

Adams et al. van descriure les seves troballes l'any 1958, en què observaven que els i les pacients que patien un trastorn per consum d'alcohol o malnutrició desenvolupaven tetraparèsia espàstica progressiva i subaguda, paràlisi pseudobulbar amb disàrtria i dificultat per protradir la llengua juntament amb paràlisi parcial o completa del moviments oculars horitzontals i diferents graus de coma o encefalopatia aguda. Atès que les vies sensibles i la consciència poden romandre indemnes, aquests malalts poden desenvolupar una síndrome de desaferentació (locked-in syndrome o síndrome de l'home tancat en si mateix). La causa més freqüent és el tractament d'una hiponatrèmia, quan els nivells de sodi s'eleven massa ràpid; no obstant això, també es pot produir ocasionalment associat a altres condicions. La lesió bàsica consisteix en la destrucció de les beines de mielina, amb cilindreixos relativament indemnes, i afecta part o tota la base de la protuberància en forma simètrica (desmielinització pòntica). Ocasionalment hi ha lesions similars en altres regions (desmielinització extrapòntica).

El diagnòstic de certesa d'aquesta entitat és anatomopatològic. No obstant això, la introducció en la pràctica clínica de la TC i, especialment, de la RMN ha permès efectuar aquest diagnòstic en pacients amb manifestacions clíniques compatibles. La RM és la prova d'imatge d'elecció, que típicament mostra a T2 imatges hiperintenses o brillants a les zones on s'ha produït desmielinització causada per l'augment relativament contingut d'aigua en aquestes regions. També s'utilitzen altres proves, com l'electroencefalografia, que pot demostrar desacceleració difusa bihemisfèrica. Els potencials evocats del tronc cerebral poden revelar anomalies quan la neuroimatge és poc conclouent. L'estudi del líquid cefaloraquídi probablement no és necessari quan l'etiologia i el diagnòstic són evidents. Aquest pot demostrar augment de pressió de

3

sortida, elevació de les proteïnes i/o pleocitosi mononuclear.

Neuropatia perifèrica

Els i les pacients amb trastorn per consum d'alcohol tenen una alta incidència de trastorns del sistema nerviós perifèric, incloent-hi polineuropatia simètrica, neuropatia autonòmica i mononeuropaties per compressió. La prevalença de la neuropatia autonòmica i la neuropatia perifèrica es correlaciona millor amb el consum d'alcohol que amb les deficiències nutricionals. Dades epidemiològiques i patològiques suggereixen que la neuropatia perifèrica és causada per la neurotoxicitat directa de l'alcohol, però a vegades es complica per dèficits vitamínics. Com a exemple, en una sèrie de 107 pacients amb trastorn per consum d'alcohol es va detectar la neuropatia perifèrica en el 32% i neuropatia autonòmica en el 24% (Monforte, R., et al., 1995). En la mateixa sèrie ampliada es va observar que els i les pacients amb neuropatia perifèrica tenien paràmetres antropomètrics i nivells de proteïnes significativament més baixos que els seus homòlegs. Tanmateix, en l'anàlisi multivariada, l'únic factor independent per al desenvolupament d'aquesta complicació va ser la dosi total acumulada d'etanol (Estruch, R., et al., 1993).

Clínica: els i les pacients amb neuropatia alcohòlica se solen presentar amb una història de trastorn per consum d'alcohol i un començament insidiós de parestèsies, disestèsies o debilitat. Les anomalies clíniques solen ser simètriques i predominantment distals i a les extremitats inferiors. El símptoma més comú sembla que són les disestèsies urents als peus i dits dels peus. Menys comunament, els i les pacients es presenten amb una aparició dels símptomes més ràpida o aguda. També poden tenir una història d'atàxia de la marxa i dificultat per a la deambulació o una història de caigudes freqüents. En els casos de presentació més avançada, poden mostrar símptomes a les extremitats superiors.

La polineuropatia alcohòlica també fa que els i les pacients siguin més sensibles a la compressió dels nervis perifèrics en els llocs comuns d'atrapament, inclòs el nervi mitjà en el túnel carpià, el nervi ulnar al colze i el nervi ciàtic popliti extern en el cap del peroné. La "paràlisi de dissabte a la nit" es produeix durant episodis d'intoxicació quan el nervi radial es comprimeix contra la ranura espiral de l'húmer.

Examen físic: les troballes associades amb la neuropatia alcohòlica poden incloure disminució de la sensació dolorosa (observada amb l'exploració amb agulles) en una "distribució de guant i mitjó" i de la sensibilitat vibratòria. La pèrdua de la sensibilitat vibratòria es pot evidenciar en pacients asimptomàtics (Sosenko, J. M., et al., 1991). Anomalies de la sensibilitat propioceptiva i tèrmica. Debilitat a la dorsiflexió de turmell/peu i/o flexió plantar. Atròfia de la musculatura intrínseca dels peus als casos avançats. Atàxia de la marxa amb una base de sustentació ampliada.

Altres complicacions mèdiques del consum perjudicial d'alcohol (és a dir, malaltia

hepàtica, convulsions i/o signes d'afectació cerebel·losa) es van observar en el 54% dels i les pacients amb polineuropatia i en el 6% que tenien paràlisi per compressió (Kempainen, R., Junttunen, J. i Hillbom, M., 1982).

Diagnòstic: el diagnòstic es basa en la història correcta del consum perjudicial d'alcohol, els signes i símptomes clínics i les proves electrofisiològiques. Els estudis electrofisiològics posen de manifest principalment una polineuropatia axonal sensitiva i motora. L'electromiografia (EMG) dels músculs distals de les extremitats inferiors mostra denervació activa, així com canvis crònics amb patrons de reinervació. Les proves d'afectació disautònica (parasimpàtica i simpàtica) són sovint anormals, incloent-hi l'anàlisi de la variabilitat del ritme cardíac, les maniobres de Valsalva, el test de basculació i les proves de l'ortostatisme actiu (Agelink, M. W., et al., 1998). El patró d'anomalies sovint s'assembla als canvis en la diabetis i altres causes de fracàs autonòmic.

Diagnòstic diferencial: polineuropatia diabètica, mononeuritis múltiple, malaltia de Charcot-Marie-Tooth, síndromes paraneoplàsiques nutricionals o induïdes per fàrmacs, infecció per VIH, sífilis.

Tractament: cessació del consum d'alcohol, tractament dels dèficits vitamínics i/o nutricionals, rehabilitació de la marxa i la força, teràpia ocupacional. El tractament de les disestèsies es pot fer amb gabapentina, pregabalina o amitriptilina juntament amb altra medicació analgèsica (AINE, paracetamol).

Pronòstic: el pronòstic de la neuropatia alcohòlica en general és bo, els exàmens físics i electrofisiològics es normalitzen, sempre que s'aturi la ingesta d'alcohol i s'exclouin acuradament altres causes de la neuropatia (per exemple, tumors malignes, diabetis o trauma del nervi). El pronòstic és generalment millor en pacients que estan sans i ben alimentats. Així, els i les pacients amb afectació de lleu a moderada poden millorar significativament, però la millora és incompleta en aquells amb afectació greu. Això és independent de l'edat.

Miopatia alcohòlica

La miopatia esquelètica és una complicació de l'abús d'alcohol que freqüentment passa desapercebuda. Hi ha estudis que mostren que fins a la meitat dels i les pacients ambulatoris amb trastorn per consum d'alcohol i el 60% dels hospitalitzats presentaven miopatia comprovada amb biòpsia (Michael, R. i Charnes, M. D., 2008). L'ús de l'alcohol pot conduir a una miopatia tant aguda com crònica que difereix en la història de consum d'alcohol, la demografia i les manifestacions clíniques.

Miopatia aguda

La miopatia alcohòlica aguda es produeix generalment en el context d'alcoholisme de llarga evolució després d'hores o dies d'un episodi d'augment del consum (sovint

3

una durada de diversos dies). La gran majoria dels casos notificats s'han produït en homes. La gravetat dels episodis varia des d'un augment asimptomàtic de creatinquinases (CK) a una miopatia greu amb rabdomiòlisi ([vegeu-ne l'abordatge en el capítol d'urgències mèdiques](#)). Es caracteritza per debilitat, dolor espontani i, a la palpació, inflor dels músculs afectats.

Miopatia crònica cr`c

La miopatia alcohòlica crònica és un trastorn més comú que l'aguda. El mecanisme d'aparició de la miopatia alcohòlica crònica no és completament entès. Els efectes tòxics directes de l'alcohol o d'un dels seus metabòlits sobre el múscul esquelètic i cardíac, la malnutrició crònica, el desús i l'alteració crònica d'electròlits són anomalies que poden contribuir a l'aparició de debilitat i d'atròfia fibres de tipus II.

La miopatia crònica afecta més a les persones amb trastorn per consum d'alcohol desnodrides, però s'ha observat també en pacients ambulatoris ben nodrits (Urbano-Márquez, A., et al., 1989). En aquest estudi de 50 persones amb trastorn per consum d'alcohol atesos de forma ambulatoria, el consum mitjà diari d'alcohol va ser de 243 +/- 13 g durant una mitjana de 16 anys. No es van produir casos de miopaties amb menys dosi acumulativa. No obstant això, les dones poden estar en més risc de miopatia crònica; la poden presentar amb menys dosi acumulativa d'alcohol fins i tot quan es corregeix pel pes corporal.

Clínica: es presenta generalment amb l'aparició gradual, durant un període de setmanes a mesos, de debilitat muscular d'afectació difusa amb predomini proximal. El dolor és menys prominent que a la miopaties alcohòliques agudes, però hi pot haver rampes musculars.

Exploració física: mentre l'atròfia muscular difusa és freqüent, normalment no hi ha dolor muscular espontani ni a la palpació. Les principals troballes són debilitat muscular i atròfia, que afecten fonamentalment l'articulació del maluc i l'espatlla.

Diagnòstic: malgrat que en molts casos coexisteix una polineuropatia, la clínica i les troballes de laboratori característiques d'aquest trastorn indiquen una alteració primària del múscul.

Les CK i altres enzims musculars solen ser normals o només lleugerament elevats, i no es produeix insuficiència renal per mioglobinúria. Sovint hi ha presents altres seqüeles del trastorn per consum d'alcohol crònic, incloent-hi la cirrosi i l'encefalopatia de Wernicke. Hi ha també una estreta correlació histològica i clínica entre la presència de miopatia crònica i el desenvolupament de miocardiopatia alcohòlica (Fernández-Sola, J., et al., 1994). Alguns/es pacients amb miopatia crònica tenen un antecedent de miopatia alcohòlica aguda, tot i que aquest darrer no sembla que sigui un requisit previ per al diagnòstic. Les troballes histològiques típiques a la biòpsia muscular inclouen una acumulació més gran de greix i atròfia de fibres de tipus II, que no es

distingeix dels canvis observats en miopaties, secundària a l'ús d'esteroides o atròfia per desús. No hi ha necrosi del múscul, o bé és mínima, així com infiltrat inflamatori.

Pronòstic: l'abstinència d'alcohol pot conduir a la recuperació de la força muscular i anatòmica. Un estudi amb biòpsies seriades va demostrar, en els i les pacients que havien deixat de beure, una millora significativa en el grau d'atròfia de les fibres musculars del tipus II, mentre que els que seguien consumint van mostrar un augment de l'atròfia quan es feia una nova biòpsia de tres a deu mesos més tard (Fernández-Sola, J., et al., 1994).

3.1.5 Afectació hematològica

La repercussió de l'etanol al sistema hematopoètic es pot classificar en efectes directes i efectes indirectes. Els efectes directes es poden observar al moll de l'os i impliquen les sèries blanca, vermella i les plaquetes. Aquests efectes poden ser mediats, en part, pels metabòlits de l'alcohol. Els efectes indirectes són secundaris a alteracions metabòliques o fisiològiques que resulten principalment de la malaltia hepàtica o dels dèficits nutricionals i que estan influïts per la situació econòmica i social del pacient.

Anèmia

L'anèmia en la persona amb trastorn per consum d'alcohol sovint és multifactorial. L'alcohol interfereix directament en l'hematopoesi i bloqueja la resposta al folat en els i les pacients que tenen dèficit. A més de l'efecte directe de l'alcohol, hi pot haver nombrosos processos que alteren la producció d'hematies com dèficit de ferro per pèrdues digestives, anèmia de procés crònic o dèficits nutricionals. En aquest casos, l'anèmia es presenta amb recomptes reticulocitaris normals o baixos. Generalment el dèficit de producció és el responsable de l'anèmia en les persones amb trastorn per consum d'alcohol, però en alguns casos hi pot haver un component d'hemòlisi, principalment per dos factors, el segrest esplènic i l'afectació de la composició lipídica de la membrana ("anèmia hemolítica de cèl·lules en esperó" o spur cell anemia), secundària a la insuficiència hepàtica severa o a la síndrome de Zieve (hemòlisi, febre, hepatomegàlia, icterícia, lipèmia), secundàries a un episodi més o menys prolongat d'un augment important del consum, normalment acompanyat d'hepatitis aguda alcohòlica sense cirrosi avançada (Heermans, E. H., 1998).

Macroцитosi

Fins i tot abans de tenir anèmia, aproximadament un 40%-80% dels i les pacients amb dependència de l'alcohol tenen macrocitosi. El mecanisme és desconegut. L'atribuïment de la macrocitosi al consum d'alcohol requereix descartar altres causes. Les més freqüents són l'anèmia megaloblàstica (dèficit de folats, vitamina B12), la malaltia hepàtica, l'hipotiroïdisme, l'ús de medicaments antimetabòlits i la síndrome

3

mielodisplàsica. Atès que l'alcohol baixa els nivells de folat del sèrum, inclòs en pacients que no en tenen un autèntic dèficit, el diagnòstic es farà mesurant els nivells de cobalamines en sèrum i de folat intraeritrocitari. L'únic tractament és l'abstinència. Habitualment, han de passar entre dos i quatre mesos des que pacient la persona roman abstinent perquè desaparegui la macrocitosi.

Leucopènia

L'alcohol té un efecte directe en la supressió dels factors granulopoètics, a més de l'efecte indirecte relacionat amb l'hiperesplenisme, les infeccions i la malnutrició. Aproximadament el 8% de les persones amb trastorn per consum d'alcohol hospitalitzades presenten leucopènia, particularment granulocitopènia. A més, hi pot haver una afectació de la funció dels neutròfils (augment en la susceptibilitat a les infeccions bacterianes, particularment estreptocòciques), dels limfòcits (resposta immuno-cel·lular alterada i disminució de la producció d'anticossos) i dels monòcits i macròfags (susceptibilitat augmentada a infeccions per micobacteris).

Trombocitopènia

L'alcohol té un efecte tòxic directe en la maduració dels megacariòcits que causa trombopoesi ineficaç. Aproximadament un 25% dels i les pacients amb consum perjudicial d'alcohol tenen trombocitopènia i fins a un 80% de les persones amb trastorn per consum d'alcohol hospitalitzades poden presentar plaquetopènia lleu (definida com un recompte de plaquetes inferior a 150×10^9 ml). A més, l'alcohol té un efecte d'inhibició de l'agregació plaquetària, que augmenta el risc hemorràgic.

Si l'hiperesplenisme no és un factor contribuent a la plaquetopènia, el recompte de plaquetes puja significativament després de dues a tres setmanes d'abstinència.

3.1.6 Malaltia oncològica

Els mecanismes exactes pels quals la ingestió crònica d'alcohol estimula la carcinogènesi encara no es coneixen. Els estudis experimentals en animals reforcen la idea que l'etanol no és un carcinogen, però sota certes condicions experimentals és un cocarcinogen i/o és promotor de tumors. El metabolisme d'etanol condueix a la generació d'acetaldehid i radicals lliures. Cada vegada més, hi ha evidència acumulada que l'acetaldehid és el responsable principal de la carcinogènesi associada a l'alcohol (Pöschl, G. i Seitz, H. K., 2004). El tractament dels i les pacients amb càncers relacionats amb el consum d'alcohol no varia respecte al de les persones abstèmies. L'abstinència pot millorar el pronòstic en alguns casos i també la tolerància i la resposta al tractament.

Càncer de mama

Nombrosos estudis epidemiològics han estudiat la possible associació entre el consum d'alcohol i el càncer de mama en la dona. Existeix associació entre el consum d'alcohol i el risc de patir càncer de mama amb receptors hormonals positius, principalment d'estrògens. El risc de patir un càncer de mama augmenta un 9% cada 10 grams d'alcohol (1 UBE) que es consumeixen, i augmenta en un 41% en dones que consumeixen de 3 a 6 UBE diàries, comparades amb les abstèmies. L'àcid fòlic podria atenuar els efectes del consum d'alcohol en el càncer de mama.

Càncer de pròstata

L'associació de l'ús de l'alcohol amb el càncer de pròstata és complexa i encara dubtosa. Alguns estudis han trobat que un gran consum d'alcohol s'associa amb més risc de càncer de pròstata, mentre que d'altres informen d'una manca de relació i fins i tot que el consum de vi negre s'associa amb un risc inferior. Encara cal investigar més per avaluar l'associació potencial negativa entre la ingesta de vi negre i el risc de càncer de pròstata.

Càncer d'orofaringe i laringe

Els càncers de la cavitat oral, la laringe i la faringe augmenten de manera lineal amb el consum d'alcohol sense que se n'hagi identificat un límit mínim de consum de seguretat. Hi ha un efecte sinèrgic amb el tabac: el risc en persones que fumen i beuen és més gran del que s'esperaria per cada factor per si mateix.

Càncer gastrointestinal

El càncer d'esòfag està clarament associat amb el consum d'alcohol. En aquest cas tampoc està clar que hi hagi un nivell mínim de seguretat. L'hepatocarcinoma està lligat amb el consum d'alcohol per la relació que té amb la cirrosi hepàtica, que és el principal factor de risc d'aquesta malaltia. Hi ha, per tant, un nivell de seguretat en el risc de desenvolupar hepatocarcinoma ja que consums de petites quantitats d'alcohol no causen cirrosi.

La relació amb la neoplàsia pancreàtica o de colon és menys clara tot i que alguns estudis han mostrat una tendència a augmentar-ne la freqüència.

Càncer de pulmó

No hi ha evidència d'augment del risc, ja que l'associació amb el tabac és un factor de confusió molt important en els estudis realitzats.

3.1.7 Síndrome d'alcoholisme fetal

No hi ha una relació exacta dosi-resposta entre la quantitat d'alcohol consumida durant el període prenatal i la magnitud dels danys causats per l'alcohol en el fetus.

3

Els fills i filles de mares que consumeixen alcohol durant l'embaràs poden manifestar trastorns de l'espectre alcohòlic fetal (TEAF), defectes de naixement relacionats amb l'alcohol amb diferents graus d'afectació dels quals la síndrome d'alcoholisme fetal seria la manifestació més greu. El diagnòstic es basa en tres criteris, els quals han d'estar tots presents, l'exposició materna a l'alcohol pot ser confirmada o no:

1. Problemes de creixement (confirmat prenatal o postnatal, alçada o pes, o tots dos, en un percentil del 10 o per sota, documentat en un punt en el temps, ajustat per edat, sexe, edat gestacional i raça o ètnia).
2. Dismòrfia facial (epicants, fissures palpebrals petites, micrognàtia, microcefàlia, hipoplàsia mig facial amb solc nasolabial llis, llavi superior prim, pont nasal baix).
3. Anomalies del sistema nerviós central (epilèpsia, coordinació motora alterada, dificultat per a la socialització i per mantenir llaços amistosos, falta d'imaginació i curiositat, problemes d'aprenentatge, alteració de la memòria, dificultat per entendre conceptes com temps i diners, comprensió alterada del llenguatge i poca habilitat per resoldre problemes, problemes de conducta incloent-hi hiperactivitat, incapacitat per concentrar-se, reaccions impulsives i ansietat).

El terme síndrome d'alcoholisme fetal (SAF) ha estat encunyat per descriure l'àmplia gamma de seqüeles negatives de l'alcohol en nadons/es exposats/des. Les formes incompletes del SAF poden no diagnosticar-se correctament pel desconeixement mèdic i per l'estigma social de l'alcoholisme.

<p>I. SAF (síndrome alcohòlica fetal)</p>	<p>El diagnòstic de la síndrome alcohòlica fetal requereix totes les característiques A, B, C i D:</p> <p>A. Un patró característic d'anomalies facials menors, incloent-hi ≥ 2 de les següents:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fissures palpebrals curtes (\leq percentil 10) 2. Llavi superior llis i fi (puntuació de 4 o 5 al regle guia de llavi/filtrum) 3. Filtrum llis (puntuació de 4 o 5 al regle guia de llavi/filtrum) <p>B. Dèficit de creixement prenatal i/o postnatal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alçada i/o pes \leq percentil 10 <p>C. Dèficit de creixement del cervell, morfologia anormal o patrons anormals de la fisiologia cerebral, incloent-hi ≥ 1 dels següents:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perímetre cranial \leq percentil 10 2. Anomalies estructurals cerebrals 3. Convulsions no febrils recurrents <p>D. Dèficit del neurodesenvolupament</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Per a nens/es ≥ 3 anys (a o b): <ol style="list-style-type: none"> a. AMB DÈFICIT COGNITIU: Evidència d'un dèficit global (habilitat conceptual general $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana, IQ verbal o IQ espacial $\geq 1,5$ SD) O Dèficit cognitiu en almenys dos dominis neuropsicològics amb $\geq 1,5$ SD per sota de la mitjana (funció executiva, dèficit de la parla, la memòria o visuoespacial) b. AMB TRASTORNS DEL COMPORTAMENT SENSE DÈFICIT COGNITIU: Evidència d'un dèficit en el comportament en almenys 2 dominis amb $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana en relació amb l'autocontrol (humor, autocontrol, dèficit d'atenció o impulsivitat) 2. Per a nens/es < 3 anys: evidència d'un retard en el desenvolupament $\geq 1,5$SD per sota la mitjana
--	--

II. SAFp (SAF parcial)

Per als nens i nenes amb exposició prenatal a l'alcohol documentada, el diagnòstic de síndrome alcohòlica fetal parcial requereix les característiques A i B:

A. Un patró característic d'anomalies facials menors, incloent-hi ≥ 2 de les següents:

1. Fissures palpebrals curtes (\leq percentil 10)
2. Llavi superior llis i fi (puntuació de 4 o 5 al regle guia de llavi/filtrum)
3. Filtrum llis (puntuació de 4 o 5 al regle guia de llavi/filtrum)

B. Dèficit del neurodesenvolupament

1. Per a nens/es ≥ 3 anys (a o b):

a. AMB DÈFICIT COGNITIU:

Evidència d'un dèficit global (habilitat conceptual general $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana, IQ verbal o IQ espacial $\geq 1,5$ SD) o dèficit cognitiu en almenys 1 domini neuropsicològic amb $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana (funció executiva, dèficit de la parla, la memòria o visuoespacial)

b. AMB TRASTORNS DEL COMPORTAMENT SENSE DÈFICIT COGNITIU:

Evidència d'un dèficit en el comportament en almenys 1 domini amb $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana en relació amb l'autocontrol (humor, autocontrol, dèficit d'atenció o impulsivitat)

2. Per a nens/es < 3 anys:

Evidència d'un retard en el desenvolupament $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana

Per als nens i nenes sense exposició prenatal a l'alcohol documentada, el diagnòstic de la síndrome alcohòlica fetal parcial requereix totes les característiques A, B i C:

A. Un patró característic d'anomalies facials menors, incloent-hi ≥ 2 de les següents:

1. Fissures palpebrals curtes (\leq percentil 10)

	<p>2. Llavi superior llis i fi (puntuació de 4 o 5 al regle guia de llavi/filtrum)</p> <p>3. Filtrum llis (puntuació de 4 o 5 al regle guia de llavi/filtrum)</p> <p>B. Retard del creixement o dèficit de creixement cerebral, morfogènesi anormal o neurofisiologia anormal</p> <p>1. Pes o talla \leq percentil 10, o:</p> <p>2. Dèficit de creixement cerebral, morfogènesi anormal o neurofisiologia anormal, incloent-hi ≥ 1 dels següents:</p> <p>a. Perímetre cranial \leq percentil 10</p> <p>b. Anomalies estructurals cerebrals</p> <p>c. Convulsions no febrils recurrents (després d'haver descartat altres causes de convulsions)</p> <p>C. Alteració neuroconductual</p> <p>1. Per a nens/es ≥ 3 anys (a o b):</p> <p>a. AMB DÈFICIT COGNITIU: Evidència d'un dèficit global (habilitat conceptual general $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana, IQ verbal o IQ espacial $\geq 1,5$ SD) o dèficit cognitiu en almenys 1 domini neuropsicològic amb $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana (funció executiva, dèficit de la parla, la memòria o visuoespacial)</p> <p>b. AMB TRASTORNS DEL COMPORTAMENT SENSE DÈFICIT COGNITIU: Evidència d'un dèficit en el comportament en almenys 1 domini amb $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana en relació amb l'autocontrol (humor, autocontrol, dèficit d'atenció o impulsivitat)</p> <p>2. Per a nens/es < 3 anys: Evidència d'un retard en el desenvolupament $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana</p>
<p>III. ARND (trastorn del neurodesenvolupament relacionat amb l'alcohol)</p>	<p>Requereix els signes A i B (aquest diagnòstic no es pot fer de manera definitiva en nens/es de menys de 3 anys):</p> <p>A. Exposició prenatal a l'alcohol documentada</p> <p>B. Alteració neuroconductual</p> <p>Per a nens/es ≥ 3 anys (a o b):</p> <p>a. AMB DÈFICIT COGNITIU:</p>

3

	<p>Evidència d'un dèficit global (habilitat conceptual general $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana, IQ verbal o IQ espacial $\geq 1,5$ SD) o dèficit cognitiu en almenys 1 domini neuropsicològic amb $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana (funció executiva, dèficit de la parla, la memòria o visuoespacial)</p> <p>b. AMB TRASTORNS DEL COMPORTAMENT SENSE DÈFICIT COGNITIU:</p> <p>Evidència d'un dèficit en el comportament en almenys 1 domini amb $\geq 1,5$ SD per sota la mitjana en relació amb l'autocontrol (humor, autocontrol, dèficit d'atenció o impulsivitat)</p>
<p>IV. ARBD (defectes de naixement relacionats amb l'alcohol)</p>	<p>Requereix els signes A i B:</p> <p>A. Exposició prenatal a l'alcohol documentada</p> <p>B. Una o més malformacions majors específiques que s'hagin demostrat en models animals i estudis en humans com a resultat de l'exposició prenatal a l'alcohol. Cardíaques: defectes del septe auricular, grans vasos aberrants, defectes del septe ventricular, defectes conotruncals; esquelètiques: sinostosi radiocubital, defectes de segmentació vertebral, contractures de grans articulacions, escoliosi; renals: ronyons apàsics/hipoplàsics/displàsics, ronyons en ferradura/duplicacions ureterals; oculars: estrabisme, ptosis, anomalies vasculars retinianes, hipopàsia del nervi òptic; auriculars: hipoacúsia de conducció, hipoacúsia neurosensorial</p>

Les morts fetals i el SAF són les conseqüències més greus de l'exposició prenatal de l'alcohol. La taxa de mort per disfunció placentò-fetal augmenta d'un 1,37 per 1.000 naixements en els casos d'embarassos de dones que consumeixen menys d'una beguda a la setmana a un 8,83 per 1.000 naixements per a les dones que consumeixen cinc begudes per setmana o més. La prevalença de SAF entre els i les descendents de bevedores moderades a importants (de 30 a 60 grams d'alcohol per dia) i dones amb trastorn per consum d'alcohol és del 10% al 50%.

L'atenció mèdica d'aquests nens i nenes és el tractament dels defectes de

naixement associats i la intervenció en les possibles alteracions cognitives i del comportament.

3.1.8 Accidents i traumatismes

L'alcohol està implicat en la morbiditat i la mortalitat per trauma. El risc de participació en una col·lisió mentre es condueix es duplica amb una alcoholèmia de 0,5 mg/ml. El consum d'alcohol també s'associa amb més gravetat de les lesions en accidents de vehicles de motor. El risc d'accidents de conducció és més gran en els dos primers anys d'exposició a l'alcohol. El risc de lesions en diversos accidents de vehicles diferents dels automòbils augmenta pel consum d'alcohol. Les lesions durant l'ús d'embarcacions, bicicletes i motos de neu estan relacionades amb l'ús de l'alcohol. Les lesions per caigudes, ofegament, cremades o hipotèrmia són més freqüents en les persones bevedores, especialment en les bevedores de risc.

L'alcohol està implicat en la morbiditat i la mortalitat per trauma tant de forma autoinflingida com a terceres persones. Es calcula que fins al 45% de les visites per lesions a urgències poden estar relacionades amb el consum d'alcohol i solen ser ferides o cops. Ser home, tenir menys de 35 anys i beure regularment —un cop a la setmana o més— són factors predictors de lesionar-se havent begut (WHO, 2007).

En relació amb els danys a terceres persones, l'alcohol actua com a predictor de la violència vers els altres (Hughes et al., 2008) i està implicat en la meitat a dos terços de tots els homicidis (Hope et al., 2013). Emborratxar-se cinc o més vegades en les darreres 4 setmanes incrementa per dos les possibilitats de barallar-se en el cas dels homes, i per cinc en el cas de les dones (Schnitzer et al., 2010).

S'associa la violència contra la parella i el consum perjudicial d'alcohol (Chérrez-Bermejo i Alás-Brun, 2014; Echeburúa et al., 2009) i s'estima que l'alcohol és present en més de la meitat de les agressions sexuals (Xifró et al., 2015; Hospital Clínic, 2012).

Tanmateix, el risc més reconegut, que tant pot afectar la persona consumidora com terceres persones, és el que s'associa a la conducció. L'evidència indica que el risc de participació en una col·lisió és significatiu amb un nivell de 0,5 g/l (Moskowitz i Fiorentino, 2000). Durant el 2015 a l'Estat espanyol el 43,1% de les persones conductores mortes en un accident havien consumit alcohol i/o altres substàncies (INTCF, 2016). Més enllà de les alteracions neuropsicològiques, l'accidentalitat s'associa a altres factors relacionats amb el consum com una gran velocitat, menys ús dels sistemes de seguretat, conducció nocturna

3

amb la reducció conseqüent de la visibilitat i augment de la somnolència — potenciada per l'alcohol— i més conductes de risc. A més, el risc d'accidents de conducció és més gran en els dos primers anys d'exposició a l'alcohol. (Ruiz et al., 2010). El risc d'accidentalitat s'estén a la conducció d'altres tipus de vehicles (Plasència, 2002).

3.1.9 Altres malalties

Diabetis mellitus

El consum moderat d'alcohol sembla que protegeix contra el risc de desenvolupar diabetis mellitus i contra el desenvolupament de les malalties del cor i el risc de mort coronària en homes i dones amb diabetis.

Les persones que fan consum moderat d'alcohol poden reduir el risc de diabetis mellitus del tipus 2 en un 30% aproximadament, metre que no s'observa reducció en aquelles que consumeixen ≥ 48 g/dia (Koppes, Li., et al., 2005). En l'estudi Health Professionals' Follow-up, després de 5,5 anys de seguiment, els homes amb diabetis que consumien alcohol setmanalment o diària mostraven un risc significativament inferior de mort per cardiopatia coronària que aquells que mai consumien alcohol o ho només feien ocasionalment (risc relatiu ajustat: 0,67 i 0,42) (Tanasescu, M., et al., 2001).

L'impacte del consum moderat d'alcohol en les dones diabètiques va ser examinat al Nurses' Health Study. El risc relatiu ajustat per esdeveniments coronaris mortal i no mortals per a la dona diabètica amb una ingesta diària de 0,1 a 4,9 grams d'alcohol ($< 0,5$ UBE) o ≥ 5 grams ($\geq 0,5$ UBE) va ser de 0,72 i 0,45, respectivament (Tanasescu, M., et al., 2001).

Els estudis suggereixen que les persones diabètiques que beuen de forma moderada presenten una millor sensibilitat perifèrica a la insulina i una reducció dels nivells d'insulina plasmàtica en comparació amb les que no beuen.

D'altra banda, l'alcohol pot empitjorar la neuropatia diabètica i pot induir hipoglucèmia a vegades de manera greu. Calen estudis addicionals per avaluar els efectes a llarg termini del consum d'alcohol sobre el control glucèmic i les complicacions no cardíques en persones amb diabetis.

Osteoporosi

El trastorn per consum d'alcohol és un factor de risc de fractures osteoporòtiques i de baixa densitat òssia, però alguns estudis mostren un efecte beneficiós del consum moderat d'alcohol sobre l'os. En comparació amb les persones abstèmies i les bevedores més importants, les que consumeixen de 0,5 a

1,0 UBE per dia tenen menys risc de fractura de maluc. Tot i que l'evidència disponible suggereix un efecte favorable del consum d'alcohol sobre la densitat òssia, no s'ha determinat de manera acurada un rang de consum que garanteixi el benefici del consum d'alcohol sobre l'os (Berg, K. M. et al., 2008).

El consum d'alcohol s'associa amb un augment significatiu de l'osteoporosi i el risc de fractura de maluc, però l'efecte és no lineal. Amb la ingesta de dues unitats o menys al dia no es va detectar cap associació significativa. Per sobre d'aquest llindar, el consum d'alcohol es va associar a un augment del risc de qualsevol fractura (risc relatiu [RR] = 1,23; 95% CI, 1,06-1,43), qualsevol fractura osteoporòtica (RR = 1,38; 95% CI, 1,16-1,65), o fractura de maluc (RR = 1,68; 95% CI, 1,19-2,36) (Kanis, J. A. et al., 2004). En aquest estudi els índexs de risc van ser moderadament, però no significativament, superiors en homes que en dones, i no hi havia proves d'un llindar diferent en funció del sexe. Els danys esquelètics induïts per l'etanol sembla que són deguts principalment als seus efectes negatius sobre la formació d'os. Els factors d'estil de vida i traumatismes probablement contribueixen a l'elevada incidència de fractura en les persones amb trastorn per consum d'alcohol, independentment de la densitat mineral òssia.

Altres malalties osteoarticulars

El trastorn per consum d'alcohol s'associa a l'osteoporosi i a molts altres problemes osteoarticulars, entre els quals hi ha les fractures traumàtiques, l'artropatia neuropàtica, l'hiperuricèmia amb artritis gotosa, l'artritis sèptica, l'osteonecrosi i les miopaties.

Insuficiència renal

L'efecte protector del consum moderat en el deteriorament de la funció renal detectat en algun estudi no ha estat comprovat per d'altres.

3.2 INTERACCIONS ENTRE L'ALCOHOL I ELS MEDICAMENTS

Les interaccions medicamentoses consisteixen en la modificació de l'activitat terapèutica d'un fàrmac o de la seva toxicitat quan és administrat juntament amb un altre o altres fàrmacs, tòxics o aliments. L'alcohol és un dels principals agents involucrats en interaccions medicamentoses. Malgrat que són molt freqüents, sovint aquestes interaccions passen desapercibudes o es confonen amb un efecte secundari d'algun dels medicaments utilitzats, o com un símptoma més de les malalties tractades en el o la pacient (del Río, M., Álvarez, F., 1996 i del Río, M. et al., 1998).

La combinació de l'alcohol amb certs medicaments pot provocar nàusees i vòmits, cefalees, somnolència, pèrdua de coneixement, mareig o alteracions

3

en la coordinació. També pot augmentar el risc hemorràgic o empitjorar cardiopneumopaties. A més d'aquests perills, l'alcohol pot fer que un medicament sigui menys eficaç o fins i tot inútil, o pot fer que el medicament augmenti la toxicitat de determinats fàrmacs (Álvarez, J., 2007).

S'ha de sospitar l'existència de consum d'alcohol quan el tractament farmacològic fracassa o quan el o la pacient tolera pitjor del que s'esperava un determinat tractament farmacològic.

La **taula 3.2** inclou una llista d'interaccions amb medicaments d'ús freqüent. Aquesta llista no inclou tots els medicaments que poden interactuar perillosament amb l'alcohol ni, el que és més important, tots els ingredients de tots els medicaments.

RESOLUCIÓ DEL CAS

Després de l'avaluació orgànica es detecta la següent patologia associada al consum d'alcohol

- Presència d'estigmes d'enolisme crònic com la hipertròfia parotídia i les aranyes vasculars que incrementen la sospita de repercussions orgàniques del consum alcohòlic.
- Hipertensió arterial, en el context de consum perjudicial d'alcohol, la pacient un cop tractada l'abstinència alcohòlica i amb dies sense consumir alcohol va romandre normotensa durant l'ingrés. La RX tòrax i l'electrocardiograma realitzats pel preoperatori varen ser normals. No es va considerar tractament antihipertensiu a l'alta.
- Història d'alteració de la bioquímica hepàtica d'anys d'evolució pel que se li havia recomanat moderació del consum que el pacient no ha realitzada. Durant l'ingrés es detecta una alteració lleu de la bioquímica hepàtica. Donada la història de consums superiors a 8 UBE al dia és altament probable la presència d'hepatopatia associada a l'alcohol, pel qual es va recomanar la realització ambulatoria d'una ecografia abdominal al l'alta, que va mostrar una esteatosi hepàtica grau II.
- Fractura de fèmur secundària a caiguda, en una dona postmenopàusica i amb consum d'alcohol el que incrementa de forma important la sospita d'osteoporosis secundària. La densitometria realitzada al l'alta va confirmar la sospita d'osteoporosi

Amb freqüència els pacients amb consums elevats d'alcohol presenten patologia orgànica relacionada que no ha estat prèviament detectada ni

tractada. L'avaluació específica d'aquesta patologia pot permetre la detecció i el seu tractament precoç.

La detecció en la major part dels casos requereix només un estudi de la història clínica prèvia, una analítica bàsica i una adequada exploració física junt amb un alt índex de sospita.

PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

1. El consum d'alcohol és un factor de risc per a múltiples malalties. S'ha d'obtenir una història clínica amb quantificacions de consums en totes les persones hospitalitzades i particularment en aquestes situacions:
 - Qualsevol pacient amb alteració explicada o no de la bioquímica hepàtica o malaltia hepàtica.
 - L'elevada correlació entre la macrocitosi i el consum crònic d'alcohol suggereix que aquest s'ha de descartar en tots els i les pacients amb elevació del VCM amb altres factors etiològics identificats o sense.
 - Qualsevol pacient amb símptomes de neuropatia en general. A més, s'hauria de documentar la història nutricional i l'interrogatori en relació amb altres factors de risc de neuropatia. La deficiència de tiamina concomitant origina una presentació molt més variable.
 - És important determinar si un/a pacient amb deteriorament cognitiu no diagnosticat té una dependència o un consum perjudicial d'alcohol, ja que l'abstinència i la suplementació vitamínica i nutricional poden prevenir la progressió de la malaltia.
 - Cal preguntar a qualsevol pacient amb debut d'insuficiència cardíaca d'etiologia poc clara sobre la seva història d'alcohol, amb atenció al consum diari, el consum màxim i la durada d'aquest patró de consum.
2. No hi ha llinar segur de consum per a la majoria de les malalties associades amb el consum d'alcohol. Això és particularment clar en les circumstàncies següents:
 - Durant l'embaràs: un baix nivell d'exposició a l'alcohol prenatal també sembla que té efectes adversos.
 - Les persones que fan un consum moderat d'alcohol tenen més risc de càncer

3

- de mama, hipertensió arterial (HTA) i cirrosi hepàtica que les abstèmies.

1. No hi ha llinar segur de consum per a la majoria de les malalties associades amb el consum d'alcohol. Això és particularment clar en les circumstàncies següents:

- Durant l'embaràs: un baix nivell d'exposició a l'alcohol prenatal també sembla que té efectes adversos.
- Les persones que fan un consum moderat d'alcohol tenen més risc de càncer de mama, hipertensió arterial (HTA) i cirrosi hepàtica que les abstèmies.

2. No es pot recomanar la ingesta d'alcohol ja que posa la persona en perill de patir problemes relacionats amb l'alcohol, inclosa la dependència.

- En absència d'assajos aleatoris, el consum d'alcohol no es pot recomanar únicament per reduir el risc de malalties cardiovasculars.
- En persones joves i adultes de mitjana edat, especialment en les dones, el consum d'alcohol augmenta el risc de les causes més comunes de mort (com el trauma i el càncer de mama). Els homes de menys de 45 anys també poden patir més dany que benefici a partir del consum d'alcohol.
- També per la fractura òssia i l'osteoporosi els possibles efectes beneficiosos de l'alcohol s'han de ponderar amb el fet que la investigació no sol demostrar la relació de causalitat que el consum de baix risc equival a una UBE per dia, que hi ha un risc de progressió cap a la dependència de l'alcohol i que hi ha mètodes diferents per obtenir els mateixos beneficis sense els riscos associats.

3. No hi ha llinar segur de consum per a la majoria de les malalties associades amb el consum d'alcohol. Això és particularment clar en les circumstàncies següents:

- Durant l'embaràs: un baix nivell d'exposició a l'alcohol prenatal també sembla que té efectes adversos.
- Les persones que fan un consum moderat d'alcohol tenen més risc de càncer de mama, hipertensió arterial (HTA) i cirrosi hepàtica que les abstèmies.

4. No hi ha llinar segur de consum per a la majoria de les malalties associades amb el consum d'alcohol. Això és particularment clar en les circumstàncies següents:

- Durant l'embaràs: un baix nivell d'exposició a l'alcohol prenatal també sembla que té efectes adversos.
- Les persones que fan un consum moderat d'alcohol tenen més risc de càncer de mama, hipertensió arterial (HTA) i cirrosi hepàtica que les abstèmies.

5. No hi ha llinar segur de consum per a la majoria de les malalties associades amb el consum d'alcohol. Això és particularment clar en les circumstàncies següents:

- Durant l'embaràs: un baix nivell d'exposició a l'alcohol prenatal també sembla que té efectes adversos.
- Les persones que fan un consum moderat d'alcohol tenen més risc de càncer de mama, hipertensió arterial (HTA) i cirrosi hepàtica que les abstèmies.

6. No es pot recomanar la ingesta d'alcohol ja que posa la persona en perill de patir problemes relacionats amb l'alcohol, inclosa la dependència.

- En absència d'assajos aleatoris, el consum d'alcohol no es pot recomanar únicament per reduir el risc de malalties cardiovasculars.
- En persones joves i adultes de mitjana edat, especialment en les dones, el consum d'alcohol augmenta el risc de les causes més comunes de mort (com el trauma i el càncer de mama). Els homes de menys de 45 anys també poden patir més dany que benefici a partir del consum d'alcohol.
- També per la fractura òssia i l'osteoporosi els possibles efectes beneficiosos de l'alcohol s'han de ponderar amb el fet que la investigació no sol demostrar la relació de causalitat que el consum de baix risc equival a una UBE per dia, que hi ha un risc de progressió cap a la dependència de l'alcohol i que hi ha mètodes diferents per obtenir els mateixos beneficis sense els riscos associats.

7. Convé avaluar la presència de patologia associada per l'elevada freqüència en aquests casos. Sovint els i les pacients mostren més d'una patologia associada.

- Les malalties de l'esquelet i el múscul cardíac en pacients amb trastorn per

3

- consum d'alcohol estan clínicament i histològica relacionades. La presència de debilitat muscular en una persona amb aquest trastorn suggereix la probabilitat de cardiomiopatia.
 - Un terç dels i les pacients amb diabetis associada a la pancreatitis crònica poden patir neuropatia i miopatia (d'etiologia controvertida, ja que aquestes condicions es produeixen amb l'abús de l'alcohol en l'absència de pancreatitis).
 - Els i les pacients amb dependència i cardiomiopatia tenen més incidència de cirrosi en comparació amb aquells que no tenen disfunció cardíaca.
 - Aquells/es pacients amb dependència i cirrosi que continuen bevent tenen una alta incidència de disfunció cardíaca, però aquells/es amb cirrosi i que s'han abstingut d'alcohol tenen una baixa incidència de malaltia cardíaca.
1. L'abstinència millora el curs de la malaltia i el pronòstic vital en la major part dels casos de patologia relacionada.
 - Per tant, en pacients amb qualsevol malaltia relacionada amb el consum d'alcohol, l'abstinència ha de ser l'objectiu prioritari del tractament.
 2. Cal administrar profilaxi de la deprivació i de l'encefalopatia de Wernicke quan estigui indicat.
 - Es recomana administrar suplementes de tiamina, juntament amb altres suplementes polivitamínics del grup b als i les pacients en risc, particularment abans d'administrar solucions de glucosa endovenosa.
 - En les persones susceptibles, l'administració de sèrum glucosat ha d'estar precedida o acompanyada de tiamina 100 mg per via intravenosa.
 3. S'han de valorar i prevenir les interaccions entre l'alcohol i els medicaments.
 - L'alcohol pot fer que un medicament sigui menys eficaç o fins i tot inútil, també pot fer que el medicament augmenti la toxicitat de determinats fàrmacs.

S'ha de sospitar de l'existència de consum d'alcohol quan fracassa el tractament farmacològic o quan el o la pacient tolera pitjor del que s'espera un determinat tractament farmacològic.

Taula 3.1. Avaluació per òrgans i sistemes de la patologia relacionada amb el consum perjudicial d'alcohol

Afectació hepàtica

Esteatosi hepàtica

Hepatitis alcohòlica

Cirrosi hepàtica

Afectació digestiva

Gastritis/enteritis

Hemorràgia digestiva alta

Colelitiasi

Pancreatitis aguda

Pancreatitis crònica

Afectació cardiovascular

Hipertensió

Miocardiopatia alcohòlica

Arítmies

Ictus

Malaltia vascular perifèrica

Afectació neuromuscular

Encefalopatia de Wernicke

Síndrome amnèsica de Korsakoff

Afectació cognitiva i dilatació ventricular

Degeneració cerebel·losa alcohòlica

3

Degeneració hepatocerebral i mielopatia hepàtica

Mielinòlisi pòntica central

Neuropatia perifèrica

Miopatia alcohòlica

Afectació hematològica

Anèmia

Macrocitosi

Leucopènia

Trombocitopènia

Malaltia oncològica

Càncer de mama

Càncer de pròstata

Càncer d'orofaringe i laringe

Càncer gastrointestinal

Càncer de pulmó

Trastorns de l'espectre alcohòlic fetal

Accidents i traumatismes

Altres malalties

Diabetis mellitus

Osteoporosi

Altres malalties osteoarticulares

Taula 3.2. Interaccions de l'alcohol i medicaments**Analgèsics**

AINE	Potencia l'efecte ulcerogènic.
Paracetamol	Ingesta aguda: augmenta la vida mitja. Ingesta crònica: disminueix la vida mitja. Augmenta l'hepatotoxicitat.
Opiacis	Potencien l'efecte depressor sobre l'SNC.

Anestèsics

Halotà	Augmenta la toxicitat.
Enfluorà	

Ansiolítics i hipnòtics

Benzodiazepines	Potencien l'efecte depressor sobre l'SNC.
Meprobat	

Antiandrogènics

Ciproterona	Redueix l'efecte clínic.
-------------	--------------------------

Antiarítmics

Procainamida	Redueix la vida mitja
Disopiramida	Augmenta l'aclariment renal.

Antiasmàtics

Teofil·lines	Augmenten les concentracions plasmàtiques.
--------------	--

Anticoagulants

Dicumarol	Ingesta aguda: potencia l'efecte anticoagulant. Ingesta crònica: redueix l'efecte anticoagulant.
-----------	---

Anticolinèrgics

	Potencien els efectes depressors sobre l'SNC.
--	---

Anticonvulsius

Barbitúrics	Potencien els efectes depressors sobre l'SNC. Ingesta aguda: prolonguen la vida mitjana.
-------------	---

3

Fenitoïna
Ingesta crònica: augmenten el seu metabolisme.
Ingesta aguda: prolonga la vida mitja.
Ingesta crònica: augmenta el seu metabolisme. Pot
caldre augmentar-ne la dosi.

Valproic Potencia els efectes depressors sobre l'SNC.

Carbamazepina Redueix la tolerància a l'alcohol.

Antidepressius

Tricíclics Potencien els seus efectes sobre l'SNC.

Fluoxetina L'alcohol disminueix l'efecte del fàrmac.

Fluvoxamina Pot potenciar efectes sedatius.

Antidiabètics

Emmascara els signes d'hipoglucèmia i pot produir hipoglucèmia.

Insulina Potencia l'efecte hipoglucemiant per reducció
de la gluconeogènesi hepàtica.

Sulfonilurees Potencien l'efecte hipoglucemiant. Efecte
disulfiram (acumulació
d'acetaldehid)

especialment amb
clorpropamida.

Biguanides Potencien l'efecte hipoglucemiant.
Hiperlactacidèmia.

Antihipertensius

Antagonistes del calci

Felodipina i nimodipina: augmenten els seus efectes farmacològics.

Verapamil: augmenta la concentració d'alcohol.

Vasodilatadors

Guanetidina, hidralazina, metildopa i nitrats: augmenten el seu efecte hipotensor.

Propanolol Redueixen els seus efectes farmacològics.

Antihistamínic H-1

Potencien els efectes depressors sobre l'SNC.

Antihistamínic H-2

Cimetidina, ranitidina Potencien els efectes de l'alcohol.

Antiinfecciosos

Doxiciclina, rifampicina, penicil•lina G Redueixen l'efecte antimicrobià.

Metronidazole, tinidazole, cotrimoxazole, griseofulvina, cefamandole, cefotetan, cefoperazona

Efecte disulfiram (envermelliment de la pell, palpitations al cap i coll, nàusees o vòmits, taquicàrdia, dificultat respiratòria, debilitat, visió borrosa, sudoració, dolor al pit, mareig o vertigen i hipotensió).

Antineoplàstics

Metotrexat Augmenta la toxicitat hepàtica.

Antiparkinsonians

Bromocriptina Augmenta els efectes tòxics.

Antipsicòtics

Haloperidol, olazapina Poden potenciar els efectes sedatius i depressors de l'SNC.

Risperidona L'alcohol retarda i/o disminueix l'absorció de la risperidona.

Eutimitzants

Liti Redueix els nivells sèrics.

Psicoestimulants

Amfetamina i cafeïna No antagonitzen els efectes depressors sobre l'SNC.

Augmenta la toxicitat cardíaca amb el consum conjunt de metamfetamina i alcohol.

3

Nota: en la taula es mostren les interaccions més comunes de l'alcohol i els medicaments. Per a una recerca més exhaustiva recomanem utilitzar altres fonts.

BIBLIOGRAFIA CAPITOL 3: AVALUACIÓ ORGÀNICA

Adams, R.D. i Victor, M. (2005). Alcohol and Alcoholism (pp 1004-1015). In: Principles of neurology. 8th edition. New York: McGraw-Hill.

Adams, RD. i Victor, M. (2005b). Diseases of the nervous system due to nutritional deficiency (pp 983-1003). In: Principles of neurology. 8th edition. New York: McGraw-Hill.

Agelink, M. W., Malessa, R., Weisser, U., Lemmer, W., Zeit, et al. (1998). Alcoholism, peripheral neuropathy (PNP) and cardiovascular autonomic neuropathy (CAN). Journal of the neurological sciences, 11;161(2), 135-42. Doi: 10.1016/S0022-510X(98)00266-4

Álvarez, J. (2007). Interacciones del alcohol con los medicamentos. En: Prevención de los problemas derivados del alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperat de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

Ammann, R.W. (1997). A clinically based classification system for alcoholic chronic pancreatitis: summary of an international workshop of experts. Pancreas, 14(3), 215-221. Doi: 10.1001/archsurg.1993.01420170122019

Barrett, D. H., Anda, R. F., Croft, J. B., Serdula, M. K., i Lane, M. J. (1995). The association between alcohol and health behaviors related to the risk of cardiovascular disease: the South Carolina Cardiovascular Disease Prevention Project. J. of studies on alcohol, 56(1), 9-15. Doi: 10.15288/jsa.1995.56.9

Bartsch, A. J., Homola, G., Biller, A., Smith, S. M., Weijers, H. G., Wiesbeck, G. A, et al. (2007). Manifestations of early brain recovery associated with abstinence from alcoholism. Brain, 130(Pt1), 36-47. Doi: 10.1093/brain/awl303

Berg, K. M., Kunins, H. V., Jackson, J. L., Nahvi, S., Chaudhry, A., Harris Jr, K. A., et al. (2008). Association between alcohol consumption and both osteoporotic fracture and bone density. The American journal of medicine, 121(5), 406-418. Doi: 10.1016/j.

Blansjaar, B. A., & DIJK, J. V. (1992). Korsakoff minus Wernicke syndrome. *Alcohol and Alcoholism*, 27(4), 435-437. Doi: 10.1093/oxfordjournals.alcalc.a045269

Camargo, CA. (1989). Moderate alcohol consumption and stroke. The epidemiologic evidence. *Stroke*, 20(12), 1611-1626.

Carroll, JK., Herrick, B., Gipson, T., i Lee, SP. (2007). Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment. *Am American family physician*, 75(10). Recuperat de <https://pdfs.semanticscholar.org/ca06/1ee1be098ff6443247951d3241dd5c1a3e42.pdf>

Chérrez-Bermejo, C. i Alás-Brun, R. (2014). Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de género ingresados en prisión: Un estudio descriptivo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(2), 29-37. Recuperat de http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v16n2/02_especial.pdf

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive medicine*, 38(5), 613-619. Doi: 10.1016/j.ypmed.2003.11.027

Criqui, M. H., & Ringel, B. L. (1994). Does diet or alcohol explain the French paradox?. *The Lancet*, 344(8939-8940), 1719-1723. Doi: 10.1016/S0140-6736(94)92883-5

Del Río, M. C., & Álvarez, F. J. (1996). Interacciones entre el alcohol y los medicamentos. *JANO*, 50(1165), 36-40.

Del Río, M.C., Pérez, M.B., Álvarez, F.J. (1998). Medicamentos y alcohol. *JANO*, 54 (1241), 29-36.

Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V., Donati, M. B., Iacoviello, L., & De Gaetano, G. (2006). Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of internal medicine*, 166(22), 2437-2445. Doi: 10.1001/archinte.166.22.2437

Djoussé, L., Levy, D., Murabito, J. M., Cupples, L. A., & Ellison, R. C. (2000). Alcohol consumption and risk of intermittent claudication in the Framingham Heart Study. *Circulation*, 102(25), 3092-3097. Doi: 10.1161/circ.102.25.3092

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 2, 199-217. Recuperat de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712028001>

Egerer, G., Stickel, F., Seitz, HK. (2004). Alcohol and the Gastrointestinal Tract. En: *Comprehensive Handbook of Alcohol Related Pathology. Volume 2.* Edited By Victor Preedy, Ronald Watson. Elsevier. Academic press. December 2004. ISBN: 01256 43721.

Estruch, R., Fernandez-Sola, J., Sacanella, E., Rubin, E., Urbano, Marquéz A. (1995). Relationship between cardiomyopathy and liver disease in chronic alcoholism. *Hepatology*, 22(2), 532-538. Doi: 10.1002/hep.1840220224

Evans, D.A. i Bienias, J.L. (2005). Alcohol consumption and cognition. *The New England Journal of Medicine*, 352, 289. Doi: 10.1056/NEJMe048315

Fernandez-Sola, J., Estruch, R., Grau, J.M., Pare, J.C., Rubin, E., Urbano-Marquez, A. (1994). The relation of alcoholic myopathy to cardiomyopathy. *Annals of internal medicine*, 120(7), 529-536. Doi: 10.7326/0003-4819-120-7-199404010-00001

Friedman, SL. (2007). Clinical manifestations and diagnosis of alcoholic liver disease. Recuperat de: www.uptodate.com.

Gardner, TB., Berk, BS., Yackshe, P. (2008). Pancreatitis, Acute. Recuperat de: www.emedicine.com.

Gaziano, JM., Gaziano, TA., Glynn, RJ., Sesso, HD., Ajani, UA., Stampfer, MJ., Et al. (2000). Light-to-moderate alcohol consumption and mortality in the Physicians' Health Study enrollment cohort. *J Am Coll Cardiol*, 35, 1, 96-105.

Gilman, S., Adams, K., Koeppe, RA., Berent, S., Kluin, KJ., Modell, JG., Et al. (1990). Cerebellar and frontal hypometabolism in alcoholic cerebellar degeneration studied with positron emission tomography. *Ann Neurol*, 28, (6), 775-785.

Graves, AB., van Duijn, CM., Chandra, V., Fratiglioni, L., Heyman, A., Jorm, AF., Et al. (1991). Alcohol and tobacco consumption as risk factors for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. *EURODEM Risk Factors Research*

3

Group. *SO Int J Epidemiol*, 20 Suppl 2:S48-57.

Gullo, L., Barbara, L., Labò, G. (1998). Effect of cessation of alcohol use on the course of pancreatic dysfunction in alcoholic pancreatitis. *Gastroenterology*, 95, (4), 1063-1068.

Heermans, EH. (1998). Booze and Blood: The effects of acute and chronic alcohol abuse on the hematopoietic system. *Clin Lab Sci*, 11 (4), 229-232.

Heinrich, A., Runge, U., Khaw, AV. (2004). Clinicoradiologic subtypes of Marchiafava-Bignami disease. *J Neurol*, 251, (9) 1050 – 1059.

Helenius, J., Tatlisumak, T., Soenne, L., Valanne, L., Kaste, M. (2001). Marchiafava-Bignami disease: two cases with favourable outcome. *Eur J Neurol*, 8, 3, 269-272.

Hope, A., Curran, J., Bell, G., i Platts, A. (2013). Unrecognised and under-reported: the impact of alcohol on people other than the drinker in Scotland. Glasgow, Scotland. [Versió Electrònica]. Recuperat de: www.alcohol-focus-scotland.org.uk

Hospital Clínic. (2012). Memòria Comissió violència intrafamiliar i de gènere. Barcelona: Hospital Clínic.

Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, Blankenship J, Buckley D, Marais AS, et al. (2016) Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 138(2).

Hughes, K., Bellis, M., Calafat, A., Juan, M., Shnitzer, S., Anderson, Z. (2008). Predictors of violence in young tourists: a comparative study of British, German and Spanish holidaymakers. *European Journal of Public Health*, 18, 6, 569-574.

Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF). (2016). Memoria 2015. Madrid: Ministerio de Justicia.

Kanis, J.A., Johansson, H., Johnell, O., Oden, A., De Laet, C., Eisman, J.A, Pols, Et al (2005). Alcohol intake as a risk factor for fracture. *Osteoporos Int*, 16, (7), 737-742.

Kemppainen, R., Juntunen, J. i Hillbom, M. (1982). Drinking habits and peripheral alcoholic neuropathy. *Acta Neurol Scand*, 65, (1), 11-18.

Kenneth, J., Janne M., Tolstrup Jens, F., Jensen G, Grønbæk M. (2005). Alcohol Consumption and Risk of Atrial Fibrillation in Men and Women: The Copenhagen City Heart Study. *Circulation*, 112, 1736-1742.

Koppes, LL., Dekker, JM., Hendriks, HF., Bouter, LM., Heine, RJ. (2005). Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Care*, 28, (3), 719-725.

Maddrey WC, Boitnott JK, Bedine MS, Weber FL Jr, Mezey E, White RI Jr. (1978) Corticosteroid therapy of alcoholic hepatitis. *Gastroenterology*;75:193-9.

Michael, E. i Charness, MD. (2008). Overview of the chronic neurologic complications of alcohol. [Versió Electrònica]. Recuperat de: www.uptodate.com. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-chronic-neurologic-complications-of-alcohol?search=Overview%20of%20the%20chronic%20neurologic%20complications%20of%20alcohol%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Monforte, R., Estruch, R., Valls-Sole, J., Nicolas, J., Villalta, J., Urbano-Marquez, A. (1995). Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism. A dose-related toxic effect of alcohol. *Arch Neurol*, 52, (1), 45-51.

Moskowitz, H., i Fiorentino, DA. (2000). Review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration.

Mukamal, KJ., Ascherio, A., Mittleman, MA., Conigrave, KM., Camargo, CA Jr., Kawachi, I., Stampfer, MJ., Willett, WC., Rimm, EB. (2005). Alcohol and risk for ischemic stroke in men: the role of drinking patterns and usual beverage. *Ann Intern Med*, 142, 1, 11-19.

Piano, MR. (2002). Alcoholic cardiomyopathy: incidence, clinical characteristics, and pathophysiology. *Chest*, 121, 5, 1638-1650.

Plasència, A. (2002). Lesiones y alcohol: de la evidencia epidemiológica a la acción preventiva. *Addiciones*, 14, 279-290.

Pöschl, G., i Seitz, HK. (2004). Alcohol and cancer. *Alcohol Alcohol*, 39, 3, 155-165.

3

Rajendram, R. i Preedy, VR. (2005). Effect of alcohol consumption on the gut. *Dig Dis*, 23, (3-4), 214-221.

Reynolds, K., Lewis, B., Nolen, JD., Kinney, GL., Sathya, B., He, J. (2003). Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA*, 289, 5, 579-588.

Ruiz, A., Macías, F., Gómez-Restrepo, C., Rondón, M., Lozano, JM. (2010). Niveles de alcohol en sangre y riesgo de accidentalidad vial: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 249-278.

Schnitzer, S., Bellis, MA., Anderson, Z., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. (2010). Nightlife violence – a gender specific view on risk factors for violence in nightlife settings; a cross sectional study in nine European countries. *J Interp Violence*, 25, 1094-1112.

Sesso, HD., Cook, NR., Buring, JE., Manson, JE., Gaziano, JM. (2008). Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension*, 51, 4, 1080 - 1087.

Sosenko, JM., Soto, R., Aronson, J., Kato, M., Caralis, PV., Ayyar., DR. (1991). The prevalence and extent of vibration sensitivity impairment in men with chronic ethanol abuse. *J Stud Alcohol*, 52, 4, 374-376.

Sougioultzis, S., Dalakas, E., Hayes, PC., Plevris, JN. (2005). Alcoholic hepatitis: From Pathogenesis to Treatment. *Curr Med Res Opin*, 21, 9, 1337-1346.

Sundell, L., Salomaa, V., Vartiainen, E., Poikolainen, K., Laatikainen, T. (2008). Increased stroke risk is related to a binge drinking habit. *Stroke*, 39, 12, 3179-3184.

Tanasescu, M., Hu, FB., Willett, WC., Stampfer, MJ., Rimm, EB. (2001). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease among men with type 2 diabetes mellitus. *J Am Coll Cardiol*, 38, 7, 1836-1842.

Teyssen, S., i Singer, MV. (2003). Alcohol-related diseases of the oesophagus and stomach. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 17, 4, 557-573.

Thadhani, R., Camargo, CA Jr., Stampfer, MJ., Curhan, GC., Willett, WC., Rimm, EB. (2002). Prospective study of moderate alcohol consumption and risk of hypertension

in young women. Arch Intern Med. 2002 Mar 11;162(5):569-74.

Thun, MJ., Peto, R., Lopez, AD., Monaco, JH., Henley, SJ., Heath, CW Jr., Doll, R. (1997). Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. N Engl J Med, 11, 337(24), 1705-1714.

Urbano-Marquez, A., Estruch, R. Navarro-Lopez, F., Grau, JM., Mont, L., Rubin, E. (1989). The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. N Engl J Med, 320, 7, 409-415.

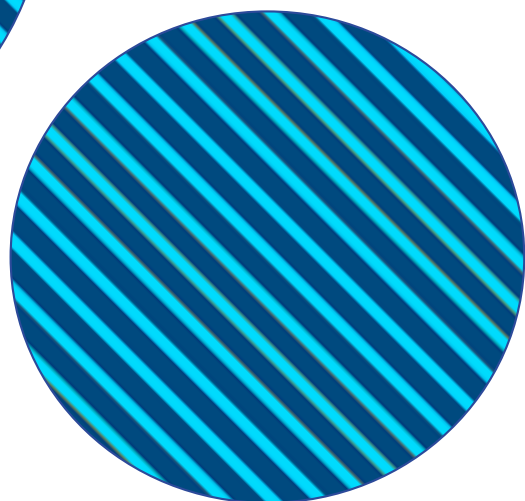
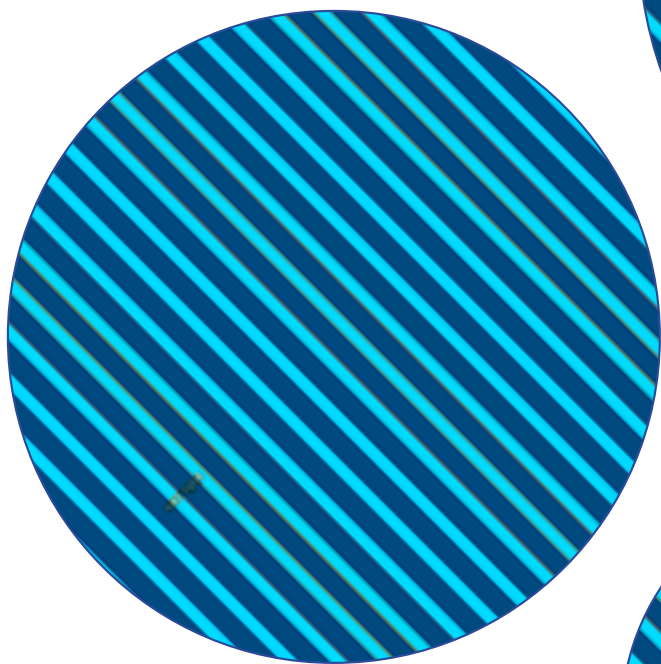
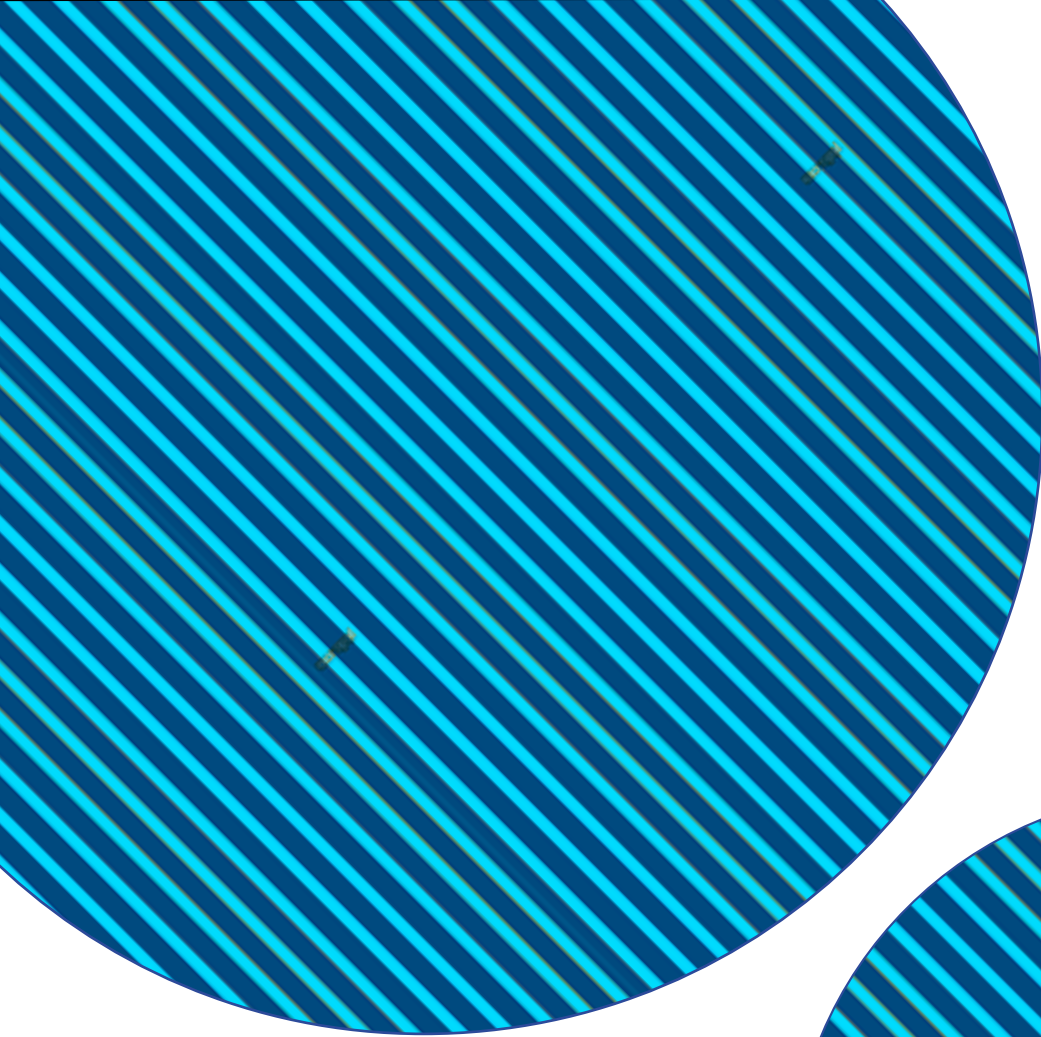
Wannamethee, G., i Shaper, AG. (1988). Men who do not drink: a report from the British Regional Heart Study. Int J Epidemiol, 17, 2, 307-316.

World Health Organisation. (2007) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. En: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Witcomb, D. (2006). Acute Pancreatitis. New Engl J Med, 354, 2142-2150.

Xifró, A., Pujol, A., Barbería, E., Arroyo, A., Bertomeu, A., Montero, F., Medallo, J. (2015). Estudio prospectivo de la sumisión química con finalidad sexual en Barcelona. Medicina Clínica, 144, 9, 403-409.

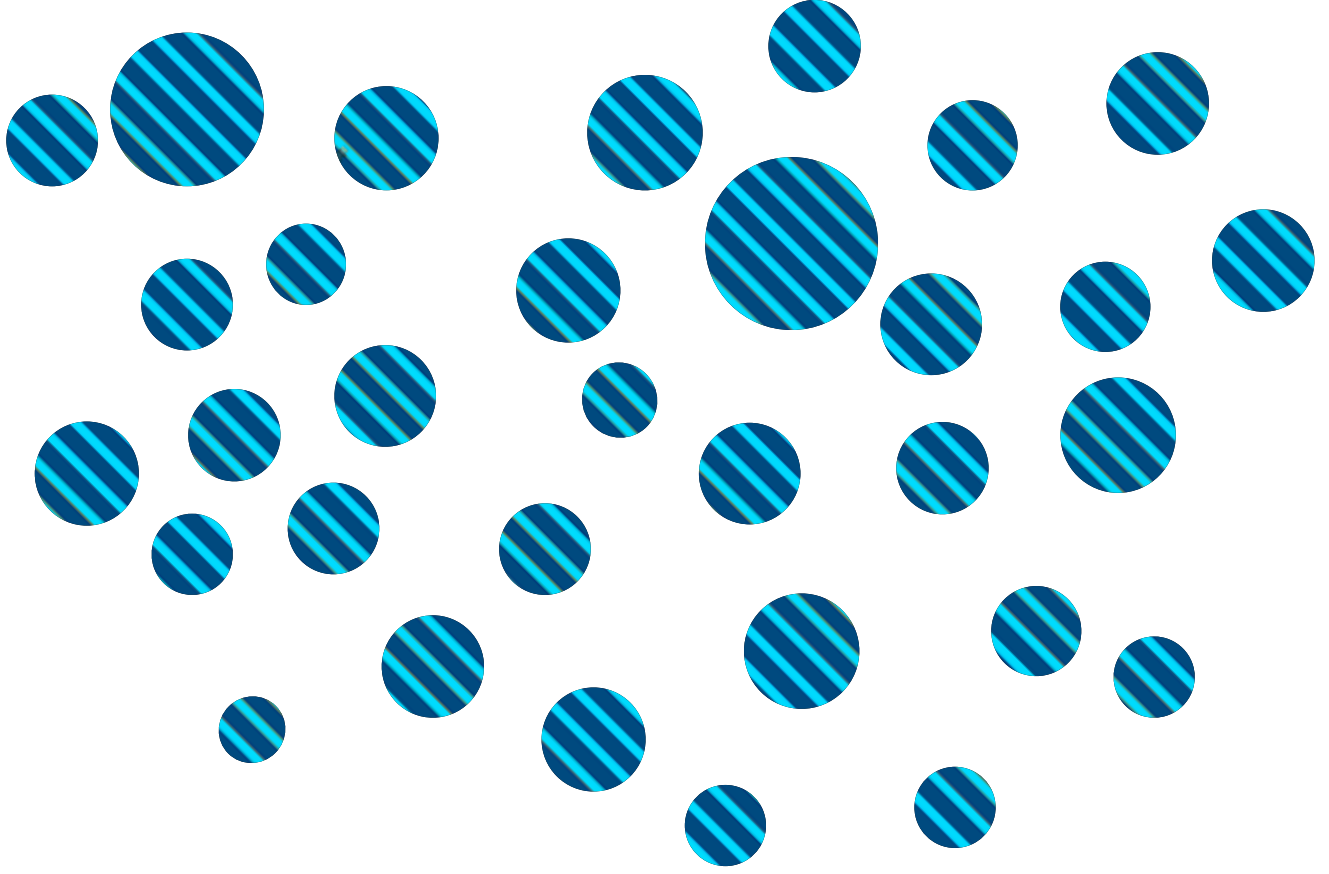
Zubaran, C., Fernandes, JG., Rodnight, R. (1997). Wernicke-Korsakoff syndrome. Postgrad Med J, 73, 855, 27-31.





4

AVALUACIÓ DE LA
COMORBIDITAT
PSIQUIÀTRICA →



AVALUACIÓ DE LA COMORBIDITAT PSIQUIÀTRICA

Autor: Josep Guardia Serecigni

La Margarida explica sensació de tristesa i ansietat marcada en el moment de la separació matrimonial fa 5 anys, motiu pel qual el metge de família li va prescriure un antidepressiu i un hipnòtic. Refereix que va prendre l'antidepressiu només uns mesos perquè no li sentava bé i que continua amb l'hipnòtic perquè segueix tenint dificultats per conciliar el son. Explica que, malgrat que es troba millor que al principi, en aquests 5 anys l'ànim no ha acabat d'estar mai bé i ha seguit un curs fluctuant molt influït per les circumstàncies ambientals. Respecte l'alcohol, explica que inicialment va augmentar el consum del mateix perquè era l'únic que l'ajudava a deixar de pensar i poder dormir. Manifesta que ara no se sent tan angoixada però que tot i així no ha pogut aturar el consum de forma mantinguda. Explica que tot i no trobar-se bé, ha seguit treballant, diu que és cuinera a una escola, que li agrada la seva feina, i que treballar amb els nens l'ajuda molt.

Des del punt de vista psiquiàtric es realitza història clínica i exploració psicopatològica completa.

A l'exploració psicopatològica es tracta d'una pacient conscient, vigil i orientada, amb un discurs coherent i fluït, sense alteracions de la psicomotricitat a part del tremolor distal. Presenta algunes dificultats de concentració i memòria a curt termini i a l'exploració de l'esfera afectiva destaca una hipotímia lleu reactiva sense ritmicitat circadiana i una ansietat psíquica moderada amb pensaments rumiatius sobre la seva situació personal. Presenta a més ansietat somàtica que es pot vincular probablement a l'abstinència a alcohol. Destaca també un insomni de conciliació persistent malgrat l'hipnòtic. No s'objectiva clínica psicòtica ni alteracions senso-perceptives ni ideació de mort ni autolisi i el judici de realitat està conservat.

Les persones amb trastorn per consum d'alcohol que acudeixen a sol·licitar

4

tractament presenten un elevat risc de comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics. Els trastorns afectius, d'ansietat i de personalitat són els més freqüents (Helzer, J. E. i Pryzbeck, T. R., 1998; Regier, D. A., et al., 1990). Aquesta comorbiditat psiquiàtrica associada a l'alcoholisme comporta un risc més gran de problemes psicosocials i interpersonals, un baix compliment terapèutic i també més risc de suïcidi (Kranzler, H. R., Mason, B., Modesto-Lowe, V., 1998).

La majoria de pacients amb trastorn per consum d'alcohol presenten algun altre trastorn psiquiàtric o additiu en el decurs de la seva vida, segons l'estudi de comorbiditat nacional dels Estats Units (National Comorbidity Survey). Entre les dones amb trastorn per consum d'alcohol predominen els trastorns d'ansietat i els afectius. Entre els homes, les altres drogodependències i el trastorn de personalitat antisocial són els més prevalents. Globalment predominen els trastorns d'ansietat, afectius i el trastorn de personalitat antisocial (Kessler, R. C., et al., 1997).

A més, les persones amb trastorn per consum d'alcohol presenten símptomes d'ansietat, angoixa, obsessiu-compulsius, trastorns del son, fòbia social, dèficits de memòria i concentració i dèficit de control dels impulsos (Kushner, M. G., et al., 1999; Kessler, R. C., et al., 1994). Aquests símptomes acostumen a estar associats a símptomes depressius i poden augmentar el risc de recaiguda (Cornelius, J., et al., 1997 i 2000; Greenfield, S. F., et al., 1998).

També s'hi sumen els efectes psicoactius d'altres substàncies, l'abús de les quals pot anar associat al trastorn per consum d'alcohol. Cocaïna i cànnabis poden induir símptomes de depressió i d'ansietat. El consum prolongat de benzodiazepines (BZD) pot anar associat a un trastorn del son, d'ansietat generalitzada, d'angoixa o d'altres símptomes d'abstinència de BZD.

Aquesta patologia psiquiàtrica comòrbida pot passar desapercebuda als serveis assistencials, però l'abordatge integrat de la patologia dual pot donar una millor resposta terapèutica a les persones amb trastorn per consum d'alcohol (Casas, M., Guardia, J., 2002), per tant, és important fer el multidiagnòstic psiquiàtric.

Una característica clínica important de les persones amb patologia dual (o comorbiditat psiquiàtrica) són els elevats nivells de negació i l'escassa motivació per al tractament, tant del trastorn psiquiàtric com del trastorn addictiu.

D'altra banda, els malalts mentals greus que presenten abús d'alcohol o d'altres substàncies són motiu de gran preocupació, degut a la desinhibició de l'agressivitat, la qual pot ser llençada cap a altres persones (heteroagressió) o bé contra ells mateixos (autoagressió) (Guardia, J., 2012).

Una elevada proporció de pacients amb malaltia mental greu, com l'esquizofrènia o el trastorn bipolar, desenvolupen també abús o dependència de l'alcohol en el decurs de la seva vida. Aquesta proporció resulta encara més elevada entre els joves amb

antecedents de violència o les persones que dormen al carrer i també entre les ateses en els serveis d'urgències.

La comorbiditat entre el trastorn per consum d'alcohol i els trastorns mentals produeix greus dificultats d'adaptació en les diverses àrees de funcionament, uns resultats més desfavorables del tractament psiquiàtric i incidències com la desocupació, el fet de dormir al carrer, les hospitalitzacions freqüents o les ingressos a la presó.

Un dels desafiaments més grans per a la psiquiatria és el problema que s'ha denominat problemàtica triple, en què coincideixen el trastorn mental, l'abús de substàncies i la conducta violenta. Aquests/es pacients haurien de tenir una prioritat elevada en els serveis de salut mental, els quals haurien de disposar de professionals molt especialitzats i coordinats amb altres serveis d'atenció social i judicial (Casas, M., Guardia, J., 2002; Lindqvist, P., 2007).

Una altra situació ben delicada és la de les persones infractores reincidents en delictes relacionats amb el trànsit. S'ha comprovat que presenten una elevada prevalença de trastorn per consum d'alcohol, a més d'altres trastorns psiquiàtrics (Shaffer, H. J., et al., 2007). Els i les conductors/es reincidents en delictes de trànsit requereixen una àmplia avaluació diagnòstica i uns serveis de tractament, no només pel trastorn per consum d'alcohol, sinó també per als altres possibles trastorns psiquiàtrics comòrbids (Lapham, S., et al., 2001).

Les persones amb trastorn per consum d'alcohol presenten un risc de suïcidi més elevat que la població general (Sher, L., 2006). Quan es produeix la comorbiditat del trastorn per consum d'alcohol amb la depressió greu o bé amb qualsevol altre trastorn psiquiàtric greu, el risc de suïcidi és encara més elevat.

Diversos estudis han comprovat que tant el trastorn per consum d'alcohol com la gravetat de la depressió són factors importants de risc de suïcidi en pacients que presenten un trastorn depressiu greu (Sokero, T. P., et al., 2003) com també ho serien els trastorns de personalitat del clúster B, més relacionats amb conductes impulsives i agressives (Dumais, A., et al., 2005). L'associació entre dependència de l'alcohol i suïcidi podria ser més forta en les persones de més edat, en les quals el factor alcoholisme seria més decisiu per al suïcidi, mentre que en persones més joves ho seria més el trastorn afectiu (Conner, K. R., Beautrais, A. R., Con Well, Y., 2003).

Per tant, és important avaluar el possible risc de suïcidi quan la persona acudeix a tractament, així com també el risc d'intoxicació aguda per sobredosi d'alcohol i fàrmacs depressors de l'SNC (benzodiazepines, clometiazol, metadona o heroïna, entre d'altres), ja que les sobredosis es poden produir també de manera accidental, és a dir, involuntària, i poden resultar mortals a causa d'un greu alentiment de la funció cardiorespiratòria.

Quan la persona presenta antecedents de traumatisme cranioencefàlic o de pèrdua

4

de consciència posttraumàtica, cal fer una exploració electroencefalogràfica, alguna exploració de neuroimatge i una avaluació neuropsicològica. Les possibles lesions cerebrals residuals poden cursar amb un dèficit cognitiu i/o algunes alteracions bioelèctriques, les quals es poden manifestar clínicament com a alteracions del comportament, fins i tot sense que la persona presenti manifestacions neurològiques d'epilèpsia (Casas, M., Guardia, J., 2002).

Sovint, el consum perjudicial o la dependència de l'alcohol passen desapercebuts als clínics que treballen en salut mental. D'altra banda, els trastorns psiquiàtrics que pateixen les persones amb trastorn per consum d'alcohol també poden passar inadvertits als i les professionals de drogodependències. Els procediments estandarditzats de cribratge i avaluació diagnòstica, tant dels trastorns addictius com psiquiàtrics, ens poden ajudar a superar aquestes mancances en el diagnòstic de la patologia dual (Casas, M., Guardia, J., 2002).

L'avaluació dels símptomes psiquiàtrics que presenta la persona amb trastorn per consum d'alcohol es pot fer millor amb escales específiques per a la depressió o l'ansietat, com són l'escala de depressió de Beck (BDI) o l'escala d'ansietat STAI (Spielberger, C. D., 1976).

L'avaluació, tant de símptomes psiquiàtrics com d'altres dimensions de la dependència, es pot fer mitjançant l'índex de gravetat de l'addicció (ASI-6), que és una versió renovada i validada amb població espanyola (Bobes, J., et al., 2007).

El diagnòstic categorial dels possibles trastorns psiquiàtrics associats amb **l'alcoholisme es pot fer amb l'entrevista clínica semiestructurada PRISM** (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders), basada en la classificació DSM-IV (Hasin, D. S., et al., 2006). L'entrevista PRISM ens pot ajudar també a diferenciar entre els síndromes psiquiàtrics "induits" i aquells que són "independents" del trastorn per consum d'alcohol, un fet rellevant de cara a les decisions terapèutiques que haurem de prendre. La versió espanyola ha estat validada per l'equip de Torrens i col·l. (2004).

La classificació DSM-5 reconeix la possibilitat que determinats trastorns psiquiàtrics poden ser "induits" per la intoxicació o bé per l'abstinència de l'alcohol o d'altres substàncies psicoactives, un fet força freqüent en la pràctica clínica. L'altra opció alternativa la configuren els trastorns psiquiàtrics "independents" (del trastorn per consum d'alcohol), els quals presenten un curs clínic diferent del de la malaltia alcohòlica, poden ser previs o posteriors a l'episodi d'alcoholisme i no han de millorar necessàriament i de manera espontània quan la persona amb trastorn per consum d'alcohol deixi de beure (Asociación Americana de Psiquiatria, 2013).

Per tant, el trastorn per consum d'alcohol, que inclou dos diagnòstics —el trastorn per abús i el trastorn per dependència de l'alcohol—, és un trastorn primari o independent, de l'eix I, tot i que es pot manifestar al mateix temps que altres trastorns

psiquiàtrics dels eixos I i II, i és aleshores que parlem de comorbiditat psiquiàtrica o patologia dual.

Per tant, quan la persona presenta un trastorn per abús o per dependència de l'alcohol, aquests diagnòstics s'han de fer constar sempre en la llista dels diversos diagnòstics que figuren en l'informe d'assistència, en les dades estadístiques de les malalties ateses en els hospitals i també en qualsevol estudi epidemiològic que es faci sobre la salut mental de la població. Però habitualment es tendeix a fer constar els diagnòstics mèdics, psiquiàtrics o addictius comòrbids amb el trastorn per consum d'alcohol i, en canvi, s'omet el diagnòstic de trastorn per consum d'alcohol. És per aquest motiu que les dades estadístiques assistencials, o bé epidemiològiques, acostumen a infravalorar la prevalença de l'abús i la dependència de l'alcohol entre la població general i entre les poblacions assistencials.

AVALUACIÓ DE LES ALTRES CONDUCTES ADDICTIVES ASSOCIADES AL TRASTORN PER CONSUM D'ALCOHOL

La dependència de l'alcohol acostuma a anar associada amb altres conductes addictives químiques o comportamentals i també amb altres trastorns psiquiàtrics. El trastorn per consum d'alcohol pot ser un trastorn precedent, comòrbid o subseqüent a la dependència d'altres substàncies, així com també amb altres trastorns psiquiàtrics.

Per fer el diagnòstic de consum perjudicial o dependència d'altres substàncies, hem d'aplicar els criteris diagnòstics esmentats a cada una de les possibles substàncies que consumeixi la persona, a més de l'alcohol.

Les substàncies associades més freqüentment al trastorn per consum d'alcohol són el tabac i la cafeïna. La **cafeïna** pot contribuir a agreujar alguns dels símptomes psiquiàtrics que presenta la persona, com l'ansietat, l'insomni o l'angoixa.

La toxicitat del **tabac**, associada a la de l'alcohol, pot contribuir a empitjorar les conseqüències cardiovasculars, cerebrovasculars i neoplàsiques de la persona amb trastorn per consum d'alcohol.

Quan la persona fa un tractament especialitzat pel trastorn per consum d'alcohol i aconsegueix recuperar-se, és possible que incrementi el consum de tabac i de cafeïna, uns fets que poden empitjorar els símptomes o problemes ja esmentats. Cal prevenir, doncs, tant l'abús de cafeïna com l'increment en el consum de tabac, especialment en aquesta situació.

L'altra substància associada freqüentment al trastorn per consum d'alcohol són les **benzodiazepines (BZD)**, que es prescriuen amb freqüència per tractar l'abstinència de l'alcohol, l'insomni, l'ansietat o l'angoixa. Si el malalt pren BZD durant més d'una setmana, és possible que pateixi símptomes de rebot i que inici un procés de

4

neuroadaptació que pot portar a desenvolupar tolerància, abstinència i dependència de BZD.

És possible que la persona utilitzi les BZD de manera semblant a com ho feia amb l'alcohol. És a dir, que prengui un o més comprimits, cada vegada que senti la necessitat de fer-ho, tal com feia abans amb la ingesta d'alcohol. Si comptabilitzem la quantitat i la freqüència de consum de benzodiazepines que fa el malalt, podem comprovar si en pren dosis supraterapèutiques, si segueix dosis i horaris irregulars i diferents de les recomanacions terapèutiques, si ha presentat símptomes de tolerància elevada, de rebot o d'abstinència i si ho acostumava a prendre al mateix temps que bevia alcohol. Un fet que ja de per si és un criteri d'abús de BZD.

Les **drogues** consumides més freqüentment per les persones amb trastorn per consum d'alcohol són el cànnabis, la cocaïna, les amfetamines i els opioides. Cal avaluar, doncs, els episodis previs de consum, abús o dependència de cada una d'aquestes drogues i també el seu consum actual.

Les persones que han tingut un episodi previ de dependència **d'heroïna**, per via intravenosa, és més probable que puguin presentar seropositivitat per al VIH o per als virus de l'hepatitis B o C, entre la patologia mèdica associada. A més, és possible que quan deixin de prendre alcohol reiniciïn el consum d'heroïna o d'altres opioides, una situació que podria fer recomanable incloure-les en un programa de manteniment amb metadona (Batlle, F., Guardia, J., 2009).

Les persones amb trastorn per consum d'alcohol que consumeixen cànnabis, cocaïna o amfetamines és probable que ho segueixin fent, encara que deixin de prendre begudes alcohòliques, particularment si en tenen dependència. El consum de cànnabis, cocaïna, amfetamines o benzodiazepines interferirà en la recuperació del trastorn per consum d'alcohol, ja que incrementen el risc de recaiguda en el consum perjudicial d'alcohol i, al mateix temps, contribuiran a fer que la persona no millori de l'altra patologia psiquiàtrica associada (trastorns depressius, bipolars, d'ansietat, trastorn del son i d'altres).

Les **addiccions comportamentals** més freqüentment associades al trastorn per consum d'alcohol són el joc patològic i l'addicció al sexe. Aquestes conductes addictives és més probable que es produeixin quan la persona es troba sota els efectes de l'alcohol. La desinhibició conductual i el deteriorament en la inhibició de respostes inapropiades, que es produeixen quan una persona ha ingerit alcohol, contribueixen a fer que la persona s'atreveixi a jugar diners o a malgastar-los amb prodigalitat, en celebracions amb amigats o bé en altres diversions (Kamarajan, C., et al., 2005; Kausch, O., 2003)

Les compres compulsives o la ingesta compulsiva de dolços o xocolata són també conductes addictives que es poden produir durant la recuperació del trastorn per consum d'alcohol, quan la persona ja ha deixat de beure. A vegades apareixen com a

addiccions substitutives de l'alcoholisme. El joc patològic pot ser més prevalent entre els homes, mentre que les compres compulsives serien més prevalents entre les dones. La identificació precoç i la intervenció conductual especialitzada poden evitar-ne la progressió i impedir que la persona substitueixi la dependència de l'alcohol per una altra conducta addictiva que pot arribar a ser tant perjudicial com el trastorn per consum d'alcohol i que, a la llarga, pot anar associada a aquest i empitjorar-ne la gravetat.

RESOLUCIÓ DEL CAS:

Orientació diagnòstica: Es tracta d'una pacient amb una clínica afectiva d'intensitat lleu i amb poca repercussió a nivell funcional però que té la seva rellevància donat el malestar que comporta i el paper que pot tenir com a factor precipitant o mantenidor del consum d'alcohol. La simptomatologia inicial complia probablement criteris de trastorn depressiu però en el moment actual per l'atenuació de la clínica i el curs fluctuant sense retorn a l'eutímia és compatible amb un trastorn distímic comòrbid al trastorn per consum d'alcohol. A més, s'observa tremolor distal i ansietat somàtica compatibles amb una síndrome d'abstinència a alcohol.

Orientació terapèutica: En aquest punt s'haurien de tractar diferents aspectes;

1. Inici immediat de tractament per la síndrome d'abstinència a alcohol (veure capítol 4 b)
2. Durant l'ingrés decidir amb la pacient quina seria la millor actitud a seguir amb el trastorn de l'estat d'ànim i el trastorn per consum d'alcohol. Probablement el més adequat seria que a l'alta hospitalària es derivés a circuit especialitzat per tractar-los de forma conjunta. De totes maneres, si es presumeix un ingrés perllongat es podria iniciar tractament antidepressiu i/o ansiolític durant el mateix.

PUNTS CLAU

- El trastorn per consum d'alcohol acostuma a estar associat a altres conductes addictives, químiques o comportamentals, i també amb altres trastorns psiquiàtrics. El trastorn per consum d'alcohol pot ser un trastorn precedent, comòrbid o subseqüent a l'abús d'altres substàncies, així com també a altres trastorns psiquiàtrics.

4

RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

- És important, doncs, que es faci una avaluació integral tenint en compte si la persona presenta: (1) consum de risc, consum perjudicial o dependència de l'alcohol; (2) dependència d'altres substàncies (inclosos tabac i benzodiazepines); (3) altres addiccions comportamentals; (4) altres trastorns psiquiàtrics (inclosos els trastorns de la personalitat); (5) deteriorament cognitiu, o (6) trastorns mèdics i quirúrgics associats.
- També és convenient avaluar tant la gravetat del trastorn per consum d'alcohol com la gravetat previsible d'una possible síndrome d'abstinència de l'alcohol, en el cas que s'hagi d'interrompre el consum habitual de begudes alcohòliques.
- De cara a iniciar el tractament del trastorn per consum d'alcohol, resulta també útil saber quins ens són la motivació i el grau de deteriorament cognitiu que presenta la persona amb trastorn per consum d'alcohol.

BIBLIOGRAFIA CAPITOL 4: AVALUACIÓ COMORDIBITAT PSIQUIÀTRICA

Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-IV-TR. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales IV. Texto Revisado. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-5. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales IV. Texto Revisado. Barcelona: Masson.

Batlle Batlle, F y Guardia Segcigni, J. (2009). Abuso de sustancias en tratamientos de mantenimiento con metadona. Manejo clínico. En: Tratamiento de mantenimiento con metadona: manual de práctica clínica. I Colom, Joan (Colom Farran), dir. II. Duro Herrero, Pilar, dir. III. Catalunya. Departament de Salut. Primera edició en castellano. Barcelona.

Bobes, J., Bascarán, M.T., Bobes-Bascarán, M.T., Carballo, J.L., Díaz Mesa, E.M., García-Portillo, M.P., Sáiz-Martínez, P.A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Socidrogalcohol. Barcelona.

Casas, M. i Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. En: Gual A. (Ed.) Monografía Alcohol Adicciones. Vol 14, suplemento 1 (p 195-219).

Conner, KR., Beautrais, AR., Con well, Y. (2003). Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analysis of Canterbury Suicide Project data. Alcohol Clin Exp Res, 7, 1156 – 1161.

Cornelius, J., Salloum, I., Haskett, R., Daley, D., Cornelius, M., Thase, M., Perel, J. (2000). Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholics: a 1-year follow-up study. Addict Behav, 25, 307-331.

Cornelius, JR., Salloum, IM., Ehler, JG., Jarrett, PJ., Cornelius, MD., Perel, JM., Thase, ME., Black, A. (1997). Fluoxetine in depressed alcoholics: a double-blind, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry, 54, 700-705.

4

Dumais, A., Lesage, AD., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawki, N., Roy, M., Mann, JJ., Benkelfat, C., Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry*, 162, 2116-2124.

Greenfield, SF., Weiss, RD., Muenz, LR., Vagge, LM., Kelly, JF., Bello, LR., Michael, J. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*, 55:259-265. 58.

Guardia Serecigni, J. (2012). Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J (Coord.), *Monografía sobre el Alcoholismo. Socidrogalcohol*. (páginas 219-293). Barcelona.

Hasin, DS., Samet, S., Nunes, E., Meydan, J., Matseoane, K., Waxman, R. (2006). Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 163, 689-696.

Helzer, JE. i Pryzbeck, TR. (1998). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J. Stud. Alcohol.*, 49, 219-224.

Kamarajan, C., Porjesz, B., Jones, KA., Choi, K., Chorlian, DB., Padmanabhapillai, A., Rangaswamy, M., Stimus, AT., Begleiter, H. (2005). Alcoholism is a disinhibitory disorder: neurophysiological evidence from a Go/No-Go task. *Biol Psychol*, 69, 353-373.

Kausch, O. (2003). Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 263-270.

Kessler, RC., Crum, RM., Warner, LA., Nelson, CB., Schulenberg, J., Anthony, JC. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 313-321.

Kessler, RC., McGonagle, KA., Zhao, S., Nelson, CB., Higes, M., Eshleman, S., Wittchenhu, Kendler, KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 8-19.

Kranzler, HR., Mason, B., Modesto-Lowe, V. (1998). Prevalence, diagnosis and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. In: Kranzler HR and Rounsaville B, eds. *Dual Diagnosis and Treatment*. New York: Marcel Dekker (p.107-136).

Kushner, MG., Sher, KJ., Erikson, DJ. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am. J. Psychiatry*, 156, 723-732.

Lapham, S., Smith, E., C'deBaca, J., Chang, I., Skipper, B., Baum, G., Hunt, W. (2011). Prevalence of Psychiatric disorders among persons convicted of driving while impaired. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 943-949.

Lindqvist, P. (2007). Mental disorder, substance misuse and violent behaviour: the Swedish experience of caring for the triply troubled. *Crim Behav Ment Health*, 17, 142-249.

Regier, DA., Farmer, MA., Rae, DS., Locke, BZ., Keith, SJ., Judd, LL., Goodwin, FK. (1990). Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511-2518.

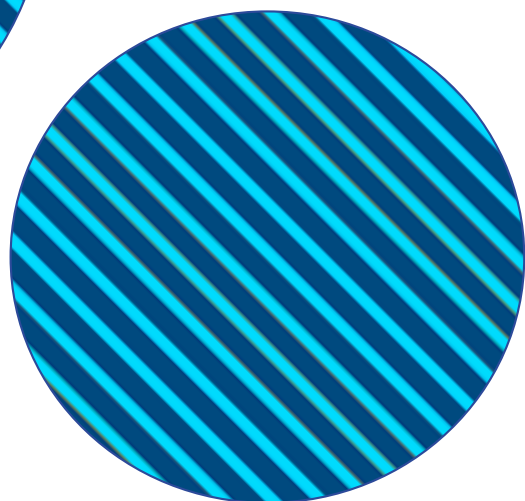
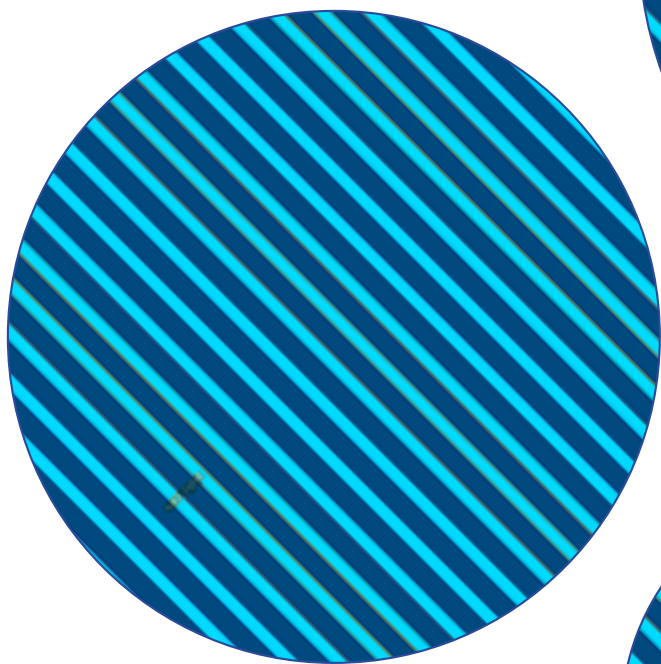
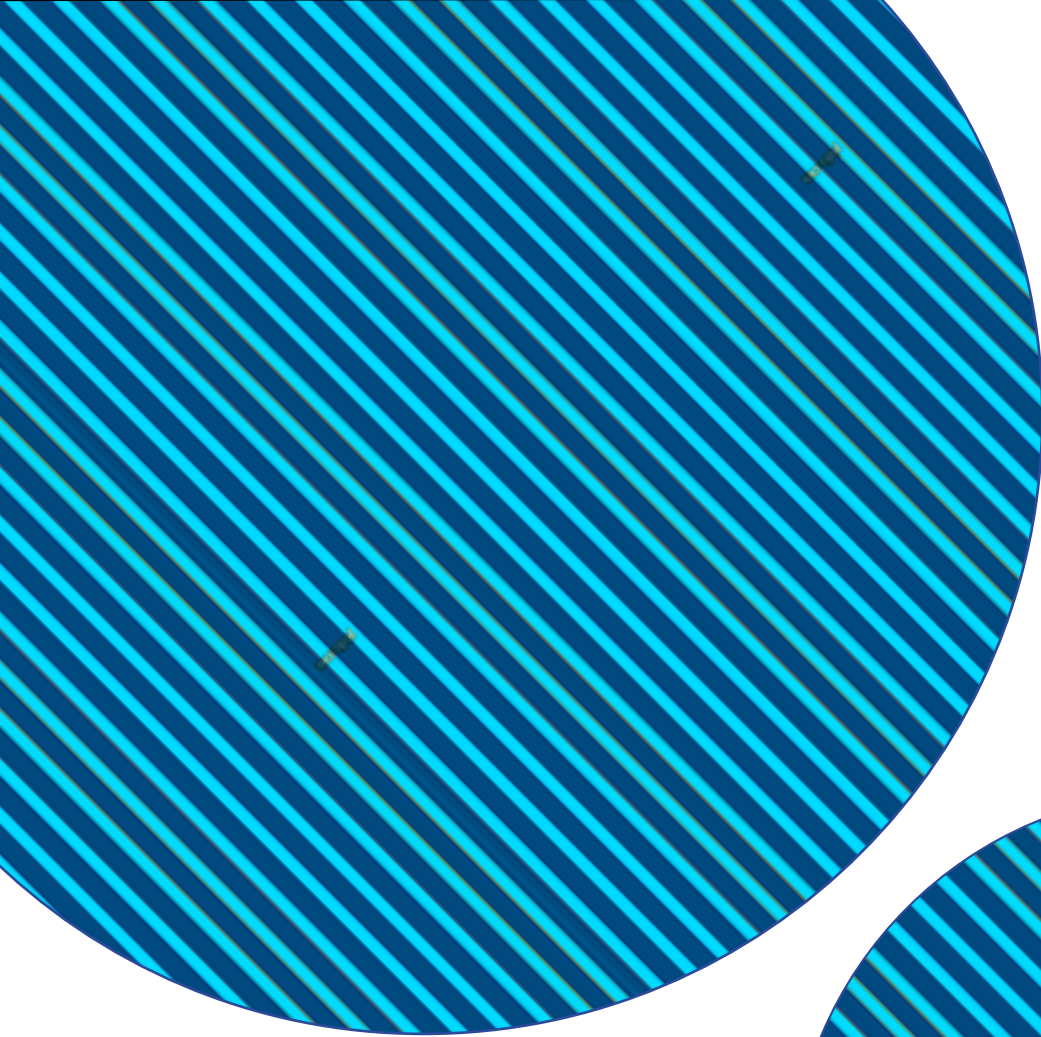
Shaffer, HJ., Nelson, SE., LaPlante, DA., LaBrie, RA., Albanese, M., Caro, G. (2007). The epidemiology of psychiatric disorders among repeat DUI offenders accepting a treatment-sentencing option. *J Consult Clin Psychol*, 75, 795-804.

Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*, 113, 13-22.

Sokero, TP., Melartin, TK., Rytala, HJ., Leskela, US., Lestela-Mielonen, PS., Isometsa, ET. (2003). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 64, 1094-1100.

Spielberger CD. (1976). *Manual for the State Trait anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.

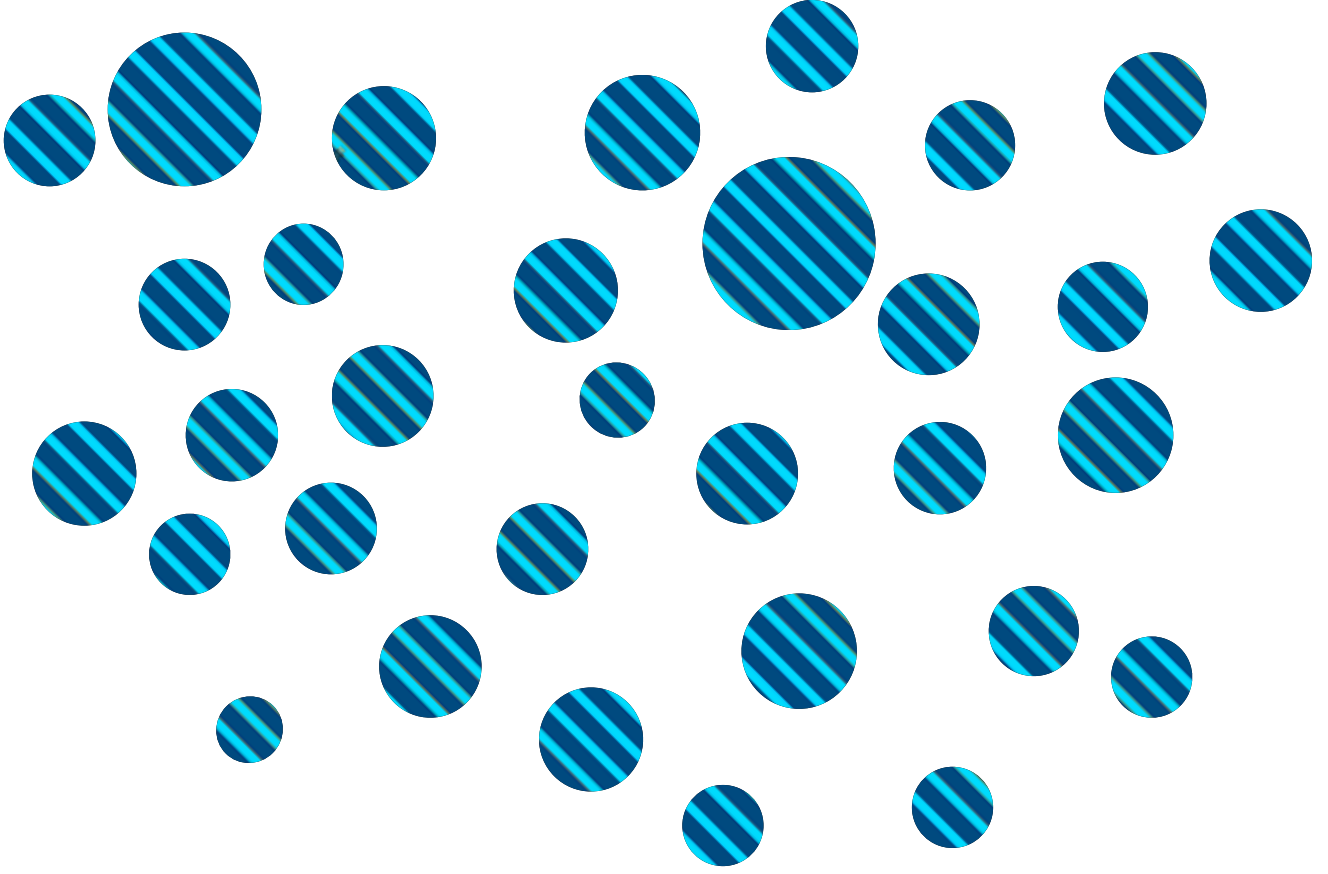
Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G., Martín-Santos, R. (2004). Diagnosing comorbid Psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 161, 7, 1231-7.





5

AVALUACIÓ
PSICOSOCIAL →



AVALUACIÓ PSICOSOCIAL

Autors/es: Teresa Felipe Blasco, Josep Checa Soler i Neus Riera Minguet

La dependència o l'abús d'alcohol s'atribueix a múltiples factors que transcendeixen el nivell individual. En el decurs del tractament cal tenir sempre en compte la naturalesa complexa d'aquests trastorns per abordar-los adequadament.

A més de l'origen multifactorial dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol, les persones afectades presenten, en un moment o altre de la seva vida, dificultats adaptatives tant físiques, psicològiques com socials, que impliquen els àmbits familiar, econòmic, laboral, habitatge, relacional, legal, etc. El trastorn per consum d'alcohol acostuma a fer notar la seva presència de manera global, en un procés lent, però progressiu.

Les **conseqüències psicosocials** varien molt segons el moment en què s'aborda la malaltia. En la mesura que es retarda el tractament, aquestes conseqüències solen ser més greus (Mediavilla, B., 1988).

Sovint, aquestes conseqüències (pèrdua de treball, conflictes familiars, aïllament social, etc.) ens poden ajudar a detectar un trastorn per consum d'alcohol, per la qual cosa cal fer molta atenció per si es presenten. Alhora són fonamentals perquè la persona que presenta el problema es decideixi a iniciar el tractament i els ajuden a fer evident que tenen un problema.

Simultàniament, no podem oblidar les persones que conviuen amb la persona amb el trastorn (parella, fills i filles, pares, mares, etc.), les quals, en un intent d'adaptació (moltes vegades poc fructífer) a la situació familiar, van variant el comportament. Aquests canvis conductuals els porten en moltes ocasions a situacions d'esgotament i fins i tot a emmalaltir.

Davant d'aquesta situació, les persones amb problemes relacionats amb el consum d'alcohol sovint necessiten ser ateses pels serveis sanitaris i, més concretament, pels serveis d'urgències i les unitats d'hospitalització dels hospitals generals. És important que a part de l'avaluació i l'assistència **mèdica** s'aprofiti per realitzar també una **avaluació psicosocial** (Cuadrado, 2005).

Aquesta anàlisi interdisciplinària ens permetrà disposar d'una **visió més global** que ens ajudarà a reconèixer amb més facilitat l'existència o absència de problemes relacionats amb el consum d'alcohol. Tanmateix, ens permetrà elaborar un **pla de treball conjunt** per abordar la problemàtica de manera **integrada**.

La col·laboració amb els centres d'atenció primària i amb altres recursos comunitaris permet fer una millor anàlisi en els casos més complexos i a la vegada afavoreix la continuïtat assistencial.

5

Per fer una avaluació psicosocial cal explorar les àrees següents de la persona:

5.1 ÀMBIT FAMILIAR

El nucli familiar queda afectat pels conflictes que origina el consum d'alcohol en algun dels seus membres, per la qual cosa la família necessita informació i suport (Montero, 2006). Hi ha organitzacions que poden acompanyar les famílies i les ajuden a gestionar la situació i la relació amb la persona consumidora (Timko et al., 2016).

5.1.1 RELACIONS AMB LA PARELLA

La presència d'un trastorn per consum d'alcohol en un membre de la parella ens ha de fer pensar sovint en una **relació poc satisfactòria** per a tots dos que sovint pot comportar la **separació**.

Davant aquesta insatisfacció, és important saber si el conflicte és anterior o posterior a la presència de l'alcohol en la família. Aquesta informació ens ajudarà a situar millor la nostra intervenció posterior.

La **separació** és freqüent quan el membre de la parella que no presenta el problema decideix posar fi a aquest situació. Aquesta decisió pot ser motivada perquè desconeix la possibilitat d'un tractament, per fracassos reiterats en els intents de deixar el consum d'alcohol per part de la parella o perquè no troba cap benefici personal a seguir mantenint-la. Si és possible, cal avaluar els motius per orientar bé el tractament.

És important fixar-se i explorar si existeixen conflictes en l'àmbit relacional. Sovint el consum abusiu d'alcohol i d'altres substàncies es dona alhora que la violència contra la parella. Les substàncies actuarien com a factors precipitants d'un problema d'agressivitat ja existent que és molt complexe i multifactorial. S'ha constatat que la probabilitat d'exercir violència contra la parella és entre 3 i 9 vegades superior entre les persones que consumeixen alcohol i/o altres substàncies.

Tot i que aquesta és la forma de violència més freqüent, també poden haver-hi altres formes de **violència domèstica**, cap a la resta de membres de la unitat familiar (fills i filles, pares, mares...), fins i tot a vegades també es poden donar situacions inverses en què els fills o filles grans, davant la impotència per resoldre el problema, utilitzen la violència envers el pare o la mare. A més, cal tenir en compte l'elevada incidència de vivències traumàtiques: abús sexual, violació, maltractaments físics (Cuadrado et al., 2005), sobretot en les dones amb trastorn per consum d'alcohol.

Saber que aquestes situacions es produeixen ens ajudarà a establir mesures de protecció adequades.

5.1.2 CURA DELS FILLS I FILLES

També la **disgregació familiar** és un indicador que s'ha de tenir en compte a l'hora de l'avaluació psicosocial i està associada a situacions en què l'alcohol està present al llarg del temps (Mediavilla, B., 1988).

El trastorn per consum d'alcohol pot estar associat a la falta de cures o maltractament dels infants que posen en perill la seva salut i seguretat i poden portar a accidents o malalties (Holmila i Raitasalo, 2015). En aquestes famílies **els fills i filles solen independitzar-se a edats molt joves**, veient-se obligats a abandonar el nucli familiar per la conflictivitat existent. Aquesta marxa forçada els avoca a prendre decisions precipitades, i a vegades a posar-se en situacions de risc. Cal tenir en compte que durant l'adolescència es conforma la personalitat i és l'etapa en què es consoliden les conductes de risc (Salazar, E., et al., 2004). Per tant, com a mesura preventiva, cal fer atenció a les conductes que van apareixent en els fills i filles de les persones amb trastorn per consum d'alcohol. No s'ha d'oblidar els efectes que produeix en el desenvolupament dels infants l'abandonament, les negligències i el maltractament (Montero, F. J., 2006). Per detectar possibles intervencions en cadascun d'ells, també és important saber, si és possible, els motius pels quals han anat buscant el seu espai fora del nucli familiar d'origen.

És habitual veure com els **fills i filles grans aparenten més maduresa** de la que tocaria per la seva edat. No els queda més remei que integrar el rol de persona adulta per cobrir les mancances del pare o mare davant les necessitats que presenten la resta de germans/es més petits.

Tampoc és infreqüent trobar **aliances del fill o filla gran amb el pare o mare que no té problemes amb la beguda**. És evident que la situació és més complexa per als fills i filles quan tant el pare com la mare tenen problemes de salut.

La detecció de tots aquests aspectes és imprescindible per a una intervenció familiar posterior que ens permeti establir mesures de protecció per als més indefensos i reajustar les funcions de cadascun dels membres.

5.1.3 SITUACIÓ ECONÒMICA DEL NUCLI FAMILIAR

Quan l'alcohol és present de manera prolongada comencen a **aparèixer problemes econòmics**. És important saber de fons els motius als quals es deu aquesta situació de precarietat: per pèrdues de feina reiterades, perquè es destina al consum d'alcohol, per manca d'una bona administració dels diners, etc. Del fet de saber tot això dependrà la nostra intervenció futura orientada a establir una situació d'estabilitat financera.

5.2 ÀMBIT ECONÒMIC I HABITATGE

5.2.1 SITUACIÓ ECONÒMICA DEL NUCLI FAMILIAR

5

S'ha establert una relació entre el consum de risc d'alcohol, l'absentisme laboral i la baixa productivitat (Monasor, R., et al., 2003) que sovint acaben derivant en **situacions econòmiques precàries** de les persones que pateixen un trastorn per consum d'alcohol.

5.2.2 ESTAT DE L'HABITATGE PEL QUE FA LA SEVES CONDICIONS D'HABITABILITAT I HIGIÈNIQUES

L'alcohol produeix un efecte depressor del sistema nerviós central. No és estrany, doncs, que la persona que pateix aquest problema presenti un **estat de deixadesa tan personal com del seu entorn** (habitatge, fills i filles, etc.).

Cal fer una visita al domicili de la persona afectada. Si no és possible és important disposar de la informació que ens poden facilitar la resta de familiars o persones conegudes de l'entorn proper. Aquesta variable, juntament amb la resta d'aspectes avaluats abans, ens permetrà saber l'abast del problema. Caldrà mobilitzar els recursos de suport a la llar en aquells casos que així ho requereixin.

5.3 ÀMBIT LABORAL

Història laboral

És important saber quines feines ha realitzat la persona durant la seva vida laboral i si existeixen **canvis de feina freqüents**. Els canvis habitualment estan relacionats amb el consum d'alcohol. Per orientar la nostra intervenció de manera més encertada cal saber els motius pels quals s'han produït aquests canvis (González, E. 2010, Monasor, R., et al., 2003).

Adaptació laboral

Quan l'alcohol és present en la vida d'una persona, sovint no es donen les condicions per poder desenvolupar correctament una feina i apareixen problemes com dificultats en la comunicació, violència exagerada, respostes inadequades, canvis en l'estat de l'ànim, manca de companyonia i col·laboració, trencament de les relacions laborals, incompliment de l'horari, absentisme reiterat, inseguretat exagerada, temors infundats, desgana, abúlia, apatia, incompliment del seu rol laboral, accidents laborals, etc. (Monasor, R., et al., 2003; OMS, 1979 i 1980).

Cal conèixer el tipus de feina que s'està desenvolupant ja que si es fan treballs amb poca supervisió externa, el problema del consum d'alcohol trigará més a ser detectat (Mediavilla, B., 1988).

És freqüent, doncs, en aquestes persones la situació **d'incapacitat laboral transitòria**. Cal aprofitar aquests moments per realitzar un tractament adequat del problema, per assegurar l'èxit en el moment del retorn al món laboral.

Les situacions **d'incapacitat permanent** per accidents laborals o per problemes de salut hi són també presents. És important conèixer el motiu que ha causat aquesta incapacitat per valorar si hi ha darrere un problema de consum d'alcohol que cal abordar.

5.4 ÀMBIT SOCIAL

Amb el consum d'alcohol també es veuen **afectades les relacions socials**. Les conseqüències varien segons si estem davant d'un trastorn per consum d'alcohol incipient o bé de llarga evolució.

5.4.1 AÏLLAMENT/SOLITUD

Al principi del consum la persona sol ser sociable i manté una relació més bona amb el seu grup d'amistats, que acostuma a convidar-lo a beure, que amb la família.

A poc a poc es va convertint en una persona irritable, físicament descuidada i que molesta. No és estrany, doncs, veure com, en molts casos, sobretot en consums prolongats d'alcohol, estan sols/es i no tenen el suport de la família. Aquesta solitud a vegades condueix a fer **intents de suïcidi**.

Així doncs, és important saber el motiu que els ha dut a la solitud i l'aïllament progressiu ja que molt probablement ens evidenciarà un problema de dependència de l'alcohol.

5.5 ÀMBIT JURÍDIC I LEGAL

Les persones que tenen una dependència de l'alcohol, al llarg del temps, presenten també **problemes legals** ja que el seu estat propicia baralles, alteracions de l'ordre públic, agressions a altres persones, estafes per diners per consumir alcohol, etc.

És important avaluar si la persona presenta aquest tipus de problemàtica per abordar-les conjuntament amb la resta d'aspectes. Tanmateix, són un indicador prou fiable que existeixen problemes de consum no tractats.

PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

- Per atendre els problemes relacionats amb el consum d'alcohol és millor disposar de la participació d'un equip multidisciplinari, especialment amb professionals mèdics, d'infermeria i de treball social.
- A més de l'avaluació mèdica i psiquiàtrica, l'avaluació dels àmbits familiars, laborals, socials i juridiclegals ajuda a definir els factors que participen en l'etiologia dels trastorns per consum de substàncies i, a la vegada, a determinar-ne les conseqüències.

5

- Les mostres d'interès professional cap a la persona amb trastorn per consum d'alcohol i el seu entorn faciliten l'establiment de la relació terapèutica més adequada. S'han d'evitar les actituds de superioritat moral o molt confrontades.
- La persona amb trastorn per consum d'alcohol tendeix a dissimular i/o a minimitzar les conseqüències personals, familiars i socials. Aquest fenomen pot ser compartit per algun membre de la família, tot i que habitualment ofereixen opinions contrastades, que és interessant de conèixer.
- Convé oferir a les famílies afectades l'ajuda necessària per expressar emocions, dubtes i idees, especialment en casos de conflicte, negligència o maltractament. Molts cops les demandes de tractament parteixen de les famílies.
- És important d'iniciar l'avaluació psicosocial tan aviat com sigui possible, amb temps suficient per gestionar, amb la màxima eficiència, la continuïtat assistencial després de l'alta (entrevista amb la família, peticions de recursos específics, etc.).

BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 5: AVALUACIÓ PSICOSOCIAL

Cuadrado P, García R. i Alonso M. (2005) Manejo de la dependencia alcohòlica. En Janssen-Cilag: 81-9.

González E. (2010) Los efectos de los consumos de alcohol y otras drogas en el mundo laboral. Article on line a: <http://www.legislaw.com.ar/doctri/traba.htm>

Holmila M, Raitasalo K. (2015) Resilience across generations. VANLA-Parents and children Sub-study report. Addiction and Lifestyle in Contemporary Europe: Reframing Addictions Project (ALICE RAP).

Mediavilla, B. (1988) Aspectes psicosocials de l'alcoholisme. Documents de Serveis Socials. Drogodependències i serveis socials, 103-109. Barcelona: INTRESS.

Monasor, R., Jiménez, M. i Palomo, T. (2003) Intervenciones psicosociales en alcoholismo. Transtornos adictivos, 5:22-26.

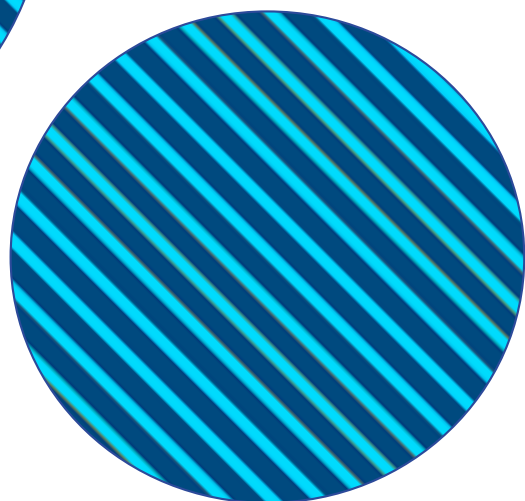
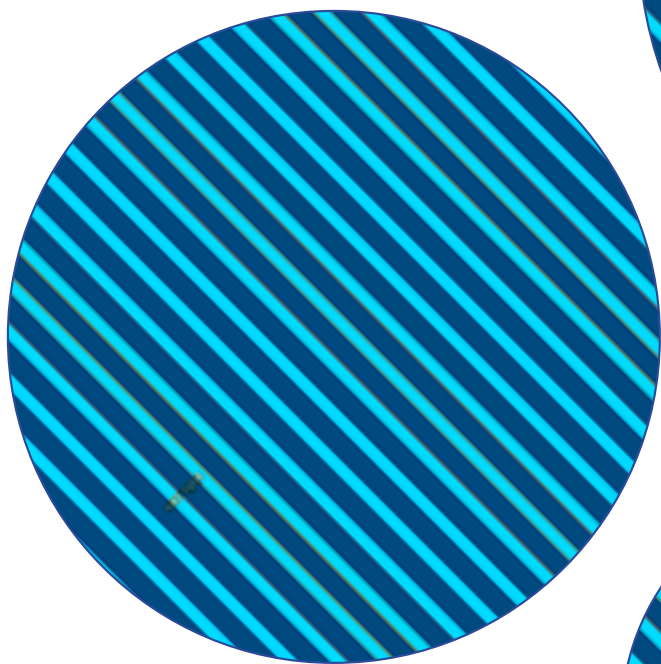
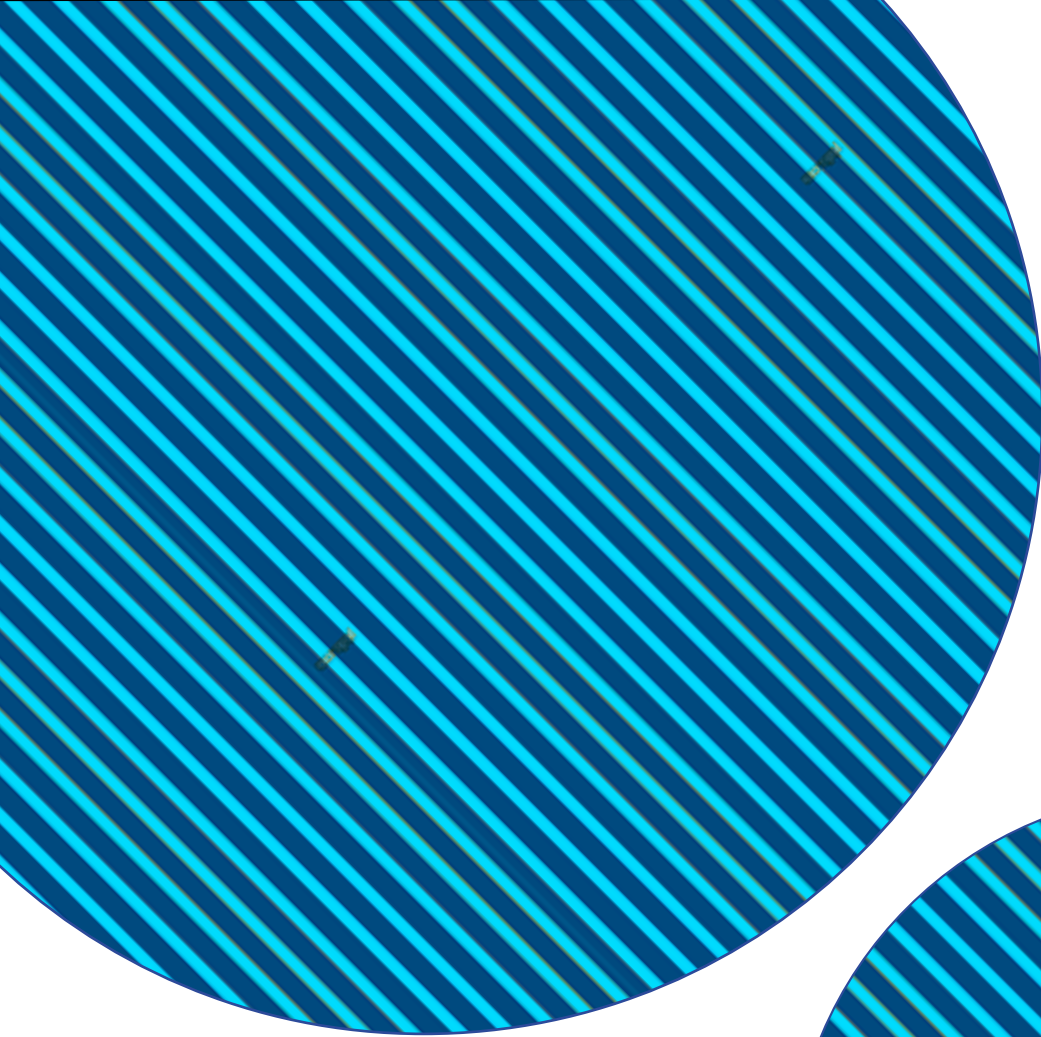
Montero, F.J. (2006) Aspectos psicosociales de la dependencia de alcohol en la mujer. Estudio comparativo entre hombres y mujeres. Salud y drogas, 6:197-214. Alicante: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

OMS. (1979) Los problemas relacionados con el alcohol. Justificación del programa de la. Crónica de la OMS, 33, 413-418.

OMS. (1980) Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Serie de informes técnicos nº 650 En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41258/1/WHO_TRS_650_spa.pdf?ua=1

Salazar E, Ugarte M, Vázquez L, Loaiza J. (2004) Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima Anales de la Facultad de Medicina, 179-187. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

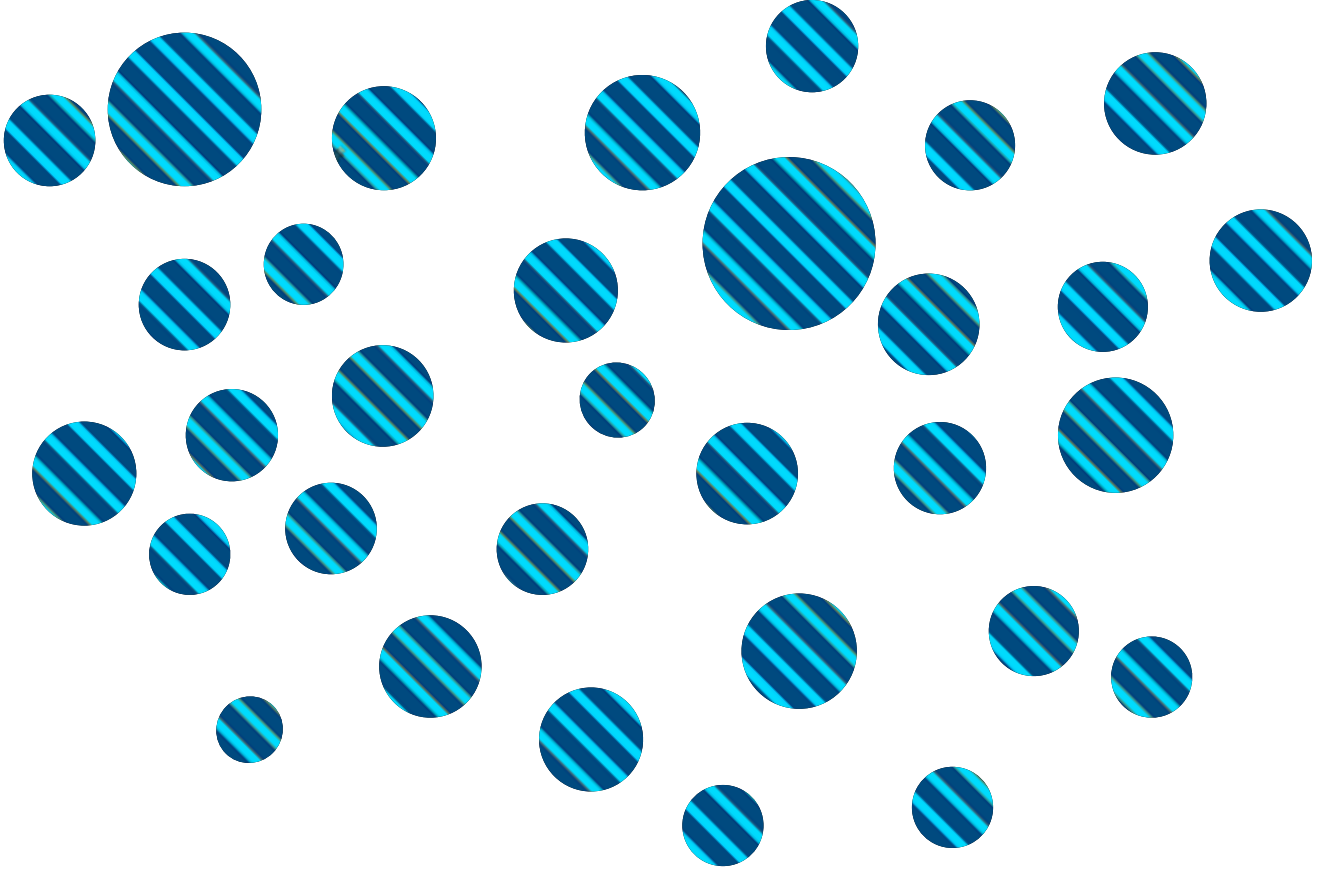
Timko C, Schultz NR, Britt J, Cucciare MA. (2016). Transitioning from detoxification to substance use disorder treatment: facilitators and barriers. J Subst Abuse Treat.70:64-72.





6

A LA INTERVENCIÓ
TERAPÈUTICA EN
ELS PROBLEMES
D'ALCOHOL
A L'HOSPITAL
GENERAL →



LA INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA EN ELS PROBLEMES D'ALCOHOL A L'HOSPITAL GENERAL

En aquest capítol es revisen les intervencions terapèutiques en l'àmbit hospitalari dels i les pacients amb consum de risc i perjudicial d'alcohol. Això inclou la intervenció breu dintre d'un programa de cribratge, la intervenció i derivació per al tractament, el diagnòstic, la prevenció i el tractament de l'abstinència alcohòlica, l'hospitalització com a part del procés terapèutic i l'atenció a les famílies. Es descriuen els criteris d'alta hospitalària, així com les estratègies i els criteris de derivació, els recursos disponibles tant ambulatoris com ingressos de llarga estada. S'exposen les diferències de les poblacions especials com les persones joves, la gent gran, les dones embarassades i els i les pacients en avaluació per a un trasplantament hepàtic

En Josep és un home de 56 anys que s'ha detectat durant ingrés al Servei de Digestiu per primera descompensació de cirrosi alcohòlica.

Psicobiografia: Viu sol, està separat, amb dos fills de 20 i 25 anys. Refereix que en la separació i en alguns problemes de relació que ha tingut amb els fills hi pot haver influït el consum d'alcohol. Treballa com a conductor autobusos. Està ben adaptat laboralment.

Detecció del consum d'alcohol: Consum de 95 UBE/setmana, AUDIT-C=12

Patologia somàtica associada: Cirrosi hepàtica. Polineuropatia.

Patologia psiquiàtrica associada: No psicopatologia a destacar.

No problemàtica legal associada: No controls alcoholèmia positius, no denúncies.

Patró de consum: Dependència alcohòlica: tolerància, semintoxicacions, craving, conductes de cerca de la substància, persistència del consum malgrat recomanacions prèvies mèdiques per increment d'enzims hepàtics i ocasionals pituïtes matinals.

Una vegada detectat el cas es realitza la intervenció breu oportunista durant

6

el mateix ingrés al Servei de Digestiu. A continuació s'exposaran les principals directrius de les intervencions breus i al final del capítol s'exposarà com es podria realitzar en aquest cas en concret

La identificació precoç i el diagnòstic del consum de risc i perjudicial d'alcohol així com de la dependència, i el seu tractament, són de gran importància en el marc d'un hospital general.

Els objectius general del tractament per aquests/es pacients són:

1. Interrompre conductes autodestructives, reduir riscos i danys (individuals, familiars i socials)
2. Establir una relació de col·laboració amb el o la pacient
3. Guanyar la confiança del o la pacient
4. Convertir-lo en protagonista del seu propi canvi
5. Iniciar el procés d'aconseguir la remissió estable dels consums i la patologia associada
6. Facilitar l'adquisició de consciència de malaltia
7. Augmentar la motivació pel canvi
8. Reforçar l'autoeficàcia
9. Potenciar l'ús dels recursos propis
10. Pactar estratègies d'intervenció ràpida en cas de recaiguda

Segons la gravetat del patró de consum d'alcohol, caldrà més o menys intensitat en el tractament. En qualsevol cas, aquest tractament inclourà la intervenció breu, l'avaluació, el diagnòstic i la profilaxi de l'abstinència alcohòlica, la desintoxicació alcohòlica quan estigui indicada, la derivació o el seguiment a l'alta i l'atenció a les famílies.

6.1 EL CONSELL I LA INTERVENCIÓ BREU PER A PERSONES AMB CONSUM DE RISC, CONSUM PERJUDICIAL D'ALCOHOL I AMB DEPENDÈNCIA DE L'ALCOHOL

Autores: Rosa Hernández-Ribas, Ana Belén Martínez Gonzalo, Lidia Segura

La intervenció terapèutica als i les pacients amb problemes d'alcohol s'integra habitualment en un programa global que inclou, a més la identificació precoç, la intervenció breu i la derivació per tractament especialitzat. Aquest protocol

d'actuació, anomenat Screening Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) en anglès, es defineix com un enfocament integral de salut pública per a la prestació de serveis d'intervenció precoç i el tractament de persones amb trastorns per ús de substàncies, així com els que estan en risc de desenvolupar-les. Està dissenyat per reduir la càrrega de lesió, malaltia i discapacitat associades amb l'ús indegut de substàncies, especialment en el cas de l'alcohol (Babor, T.F., et al., 2007), en el qual ens centrarem en aquest capítol. Malgrat que aquests programes SBIRT s'han desenvolupat sobretot a l'atenció primària (Berger i col.l., 2015) existeixen dades que en reforcen l'ús en l'entorn hospitalari (McQueen J., et al., 2011).

Un programa SBIRT inclou en ell mateix tres elements:

CRIBRATGE (SCREENING) (vegeu el [capítol 2](#) del manual): element que s'hauria d'entendre com un procediment habitual dins la pràctica clínica quotidiana i que té com a objectiu identificar precoçment les persones amb un consum de risc i amb un trastorn pel consum d'alcohol. Tal com s'ha desenvolupat en el capítol 2 del manual, la identificació precoç es pot realitzar de diverses maneres, ja sigui amb una avaluació directa del consum o de manera més objectiva mitjançant l'ús de diferents tests validats com l'AUDIT i l'AUDIT C (Saunders, J. B., et al., 1993; Bush, i col.l., 1998; Babor, T. F., et al., 2001; Gual, A., et al., 2002) els quals ens permeten caracteritzar el consum d'alcohol i el risc que comporta i en funció d'això determinar el tipus d'intervenció més aconsellable, la qual inclou des del consell simple fins a la intervenció intensiva amb derivació a un centre especialitzat.

INTERVENCIÓ BREU (BRIEF INTERVENTION): assessorament que té com a objectiu proporcionar informació i augmentar la motivació per evitar o reduir el consum d'alcohol potenciant les habilitats que afavoreixin un canvi de conducta. La intervenció breu, ateses les seves característiques, es pot fer de manera oportunista en persones que no han buscat atenció ni tractament específic i, per tant, podria ajudar a realitzar una prevenció precoç dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol (Saitz, R., 2007).

DERIVACIÓ A TRACTAMENT (REFERRAL TO TREATMENT): element observat en aquells/es pacients que presenten un trastorn pel consum d'alcohol o comorbiditat associada en els quals estigui indicat seguir un tractament específic després de l'alta en centres especialitzats.

6.1.1 ESTRUCTURA BÀSICA DE LA INTERVENCIÓ BREU

La intervenció breu (IB) no és un tractament com a tal sinó que es pot definir com una intervenció estructurada que inclou el consell i/o l'assessorament que en el cas de l'alcohol tenen com a objectiu reduir el consum i/o evitar que aquest comporti riscos o ocasioni perjudicis.

Com diu la mateixa paraula, les IB tenen com a característica la curta durada que

6

tenen. El més freqüent és realitzar el consell en una sola sessió d'uns 10-30 minuts, però hi ha certa variabilitat al respecte i alguns/es autors/es han inclòs sessions més llargues de fins a 60 minuts i/o repetides fins a quatre vegades o més (Lundahl, B., et al., 2013; Gaume, J., et al., 2014; Klimas, J., et al., 2014; Kohler, S., et al., 2015). D'una banda, s'han definit les anomenades intervencions molt breus, també anomenades mínimes o consell breu, que consisteixen en un consell ben estructurat de menys de 5 minuts de durada, al qual es pot associar material escrit informatiu o d'autoajuda i, de l'altra, s'han desenvolupat les intervencions breus més intensives, que es caracteritzen per durar més de 20 minuts (Lundahl, B., et al., 2013; Gaume, J., et al., 2014; Klimas, J., et al., 2014; Kohler, S., et al., 2015).

Les habilitats incloses en la IB poden ser apreses i desenvolupades per professionals de la salut de diferents disciplines, incloent medicina, psicologia, infermeria i treball social.

El que diferencia la IB d'altres abordatges és l'estructura que ha d'incloure tots els elements essencials de la intervenció i una seqüenciació (figura 6.1). Els elements essencials de la IB es resumeixen en les sigles en anglès FRAMES (Miller, W. i Sánchez, V., 1993):

Feedback: RETROALIMENTACIÓ sobre el risc del consum d'alcohol

Responsibility: RESPONSABILITAT de la persona en el canvi

Advice: CONSELL sobre el canvi (reducció de consums)

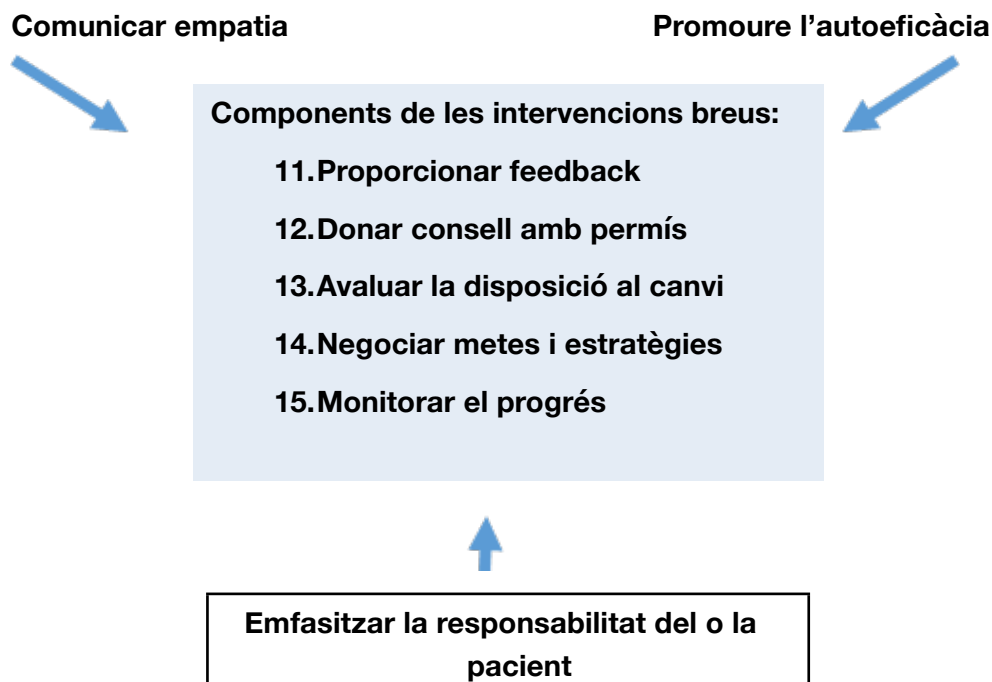
Menu of options: DIVERSES OPCIONS de canvi o terapèutiques

Empathy: EMPATIA

Self-efficacy: AUTOEFICÀCIA entesa com a encoratjament i optimisme pel canvi

L'assessorament inclou informació sobre el risc personal, mitjançant una devolució (feedback) a la persona sobre l'avaluació que s'ha realitzat, la recomanació explícita i personalitzada respecte al canvi i l'oferiment de diferents opcions terapèutiques. Alhora, l'estil de relació terapeuta-pacient ha de ser empàtic, ha de posar l'èmfasi en la responsabilitat del o la pacient i en la llibertat d'elecció, i donar suport a la percepció d'autoeficàcia respecte al canvi (Miller, W. i Rollnick, S., 2002, 2013 i 2015). Atès que el temps és una limitació important per dur a terme les intervencions breus, és essencial fer un ús adequat dels **components principals** de què consten: donar feedback sobre els estats de salut i els riscos, avaluar l'estadi del canvi, donar consell (amb el permís del o la pacient), negociar els objectius i les estratègies, monitorar-ne el progrés (figura 6.1).

Figura 6.1. Estructura i components bàsics de les intervencions breus



Comunicar empatia

L'empatia és una de les característiques clau de l'èxit de la intervenció breu. Requereix ser capaç de crear un clima de respecte i compromís en què el o la pacient senti la confiança d'explicar què li preocupa i senti que el o la professional no el jutja i entén en profunditat el seu problema. És important subratllar que la capacitat d'empatia es pot treballar i passa per aprendre a centrar-se en la persona i el que sent i no només en els símptomes o la malaltia.

Promoure autoeficàcia

Ajudar el o la pacient a creure en la seva capacitat per canviar és una manera d'augmentar les probabilitats que aquest canvi es produeixi efectivament. Per aconseguir aquest objectiu, sovint és útil buscar aquells esdeveniments de la història recent o passada de la persona en què s'hagi fet palesa aquesta capacitat, per exemple, canvis que va aconseguir fer en altres àmbits (pèrdua de pes, exercici físic, etc.). En pacients particularment problemàtics, també pot ser útil valorar l'esforç personal que demostra el fet que hagi acudit a la consulta i que parli dels seus problemes. En general, afirmar és una bona estratègia per fomentar l'autoeficàcia.

Emfasitzar la responsabilitat del i la pacient

Els i les pacients sovint presenten un grau d'ambivalència elevat, quan s'enfronten

6

al seu consum d'alcohol. Com a conseqüència, si els i les professionals de la salut insisteixen en una opció determinada (reducció o abstinència d'alcohol), és probable que el o la pacient prengui la via oposada (persistència en la conducta de risc). A fi d'evitar caure en aquest parany, els i les professionals s'han de mantenir neutrals i fomentar el respecte a la llibertat d'elecció de la persona, és a dir, a la seva responsabilitat de triar una opció. Aquesta actitud de respecte i neutralitat permet que la persona entri en contacte amb la seva ambivalència interna. De fet, l'estratègia terapèutica es troba en el fet d'evitar la confrontació externa (dir al o la pacient el que hauria o no hauria de fer) i posar de manifest la seva confrontació interna, que és un agent de canvi molt potent.

Donar feedback sobre l'estat de salut i els riscos

A fi que les intervencions breus tinguin èxit, cal que siguin personalitzades. Es pot oferir, però mai imposar, donar els resultats del cribratge que s'ha dut a terme. La resposta s'ha d'oferir d'una manera que no impliqui cap tipus de judici ni crítica i intentant deixar tan clar com es pugui el dany real i els riscos existents per a la salut del o la pacient. És important que la resposta també englobi les capacitats i potencialitats del o la pacient per superar el problema.

Avaluar la consciència de problema

És important que el o la professional de salut identifiqui si la persona té consciència o no de problema. De fet, aquest ha d'adaptar els seus objectius a l'etapa del canvi en què es trobi la persona, sense esperar que passi de l'etapa de precontemplació a la d'acció, passant per alt els estadis intermedis. (Figura 6.2) De vegades, el o la terapeuta pot no estar segur de l'etapa en què es troba el o la pacient. En aquests casos, és recomanable tractar-lo com si es trobés en l'etapa menys avançada, ja que aquesta estratègia en minimitza el discurs de manteniment. Si les fases de preparació es passen precipitadament, hi ha un risc més alt de recaure-hi, ja que la decisió de fer el canvi d'hàbits i el pla per suportar-ho encara no són prou forts.

Donar consell demanant permís

A fi que els consells siguin efectius, cal donar-los quan sigui estrictament necessari. D'una banda, si es donen massa aviat, és probable que s'incrementi la voluntat de mantenir-se en la conducta actual. De l'altra, si triguem massa, el o la pacient es podria sentir una mica confús. La millor manera de donar un consell a temps és demanar abans permís:

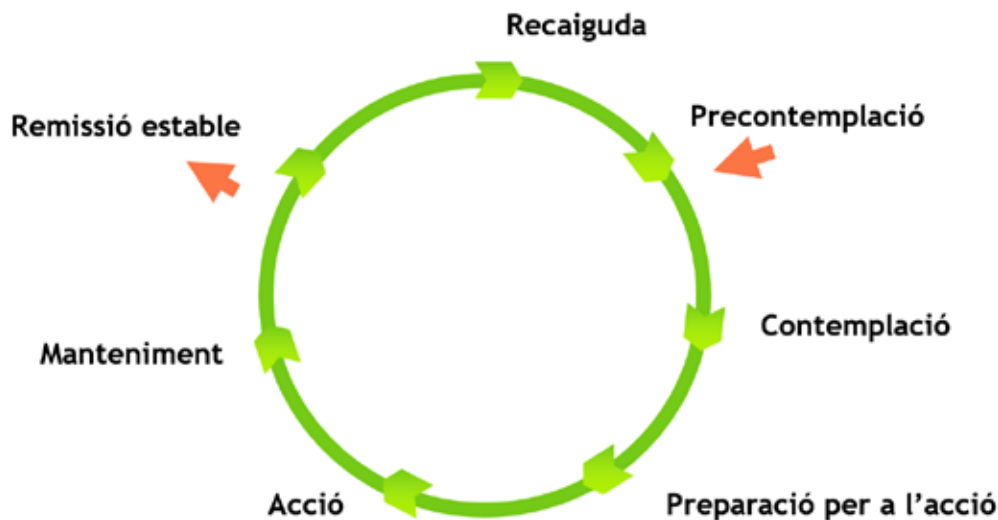
“T'agradaria que et donés més informació sobre el tema?”

“Vols que et digui com ho veig jo com a metge/essa?”

“Vols que et faci un resum del que t'he comentat?”

Aquestes preguntes introductòries actuen com a preàmbul i mantenen la discordança en un nivell baix. Si el pacient respon: “No, gràcies”, aleshores és molt important no donar-li consells, sinó respondre: “D’acord, si més endavant vols que te’n doni, no dubtis a dir-m’ho”.

Figura 6.2. Teoria transteorètica del canvi



Font: Prochaska i DiClemente, 1986 Les persones que fan el canvi d'hàbits amb èxit passen d'una fase a una altra fins arribar a la de manteniment, en la qual consoliden suficientment el canvi d'hàbits per sortir del cicle. Algunes persones passen ràpidament d'una fase a l'altra o se'n salten alguna.

PRECONTEMPLACIÓ. A les persones situades en aquesta fase no els interessa el canvi, bé perquè no creuen que aquest comportament sigui un problema, bé perquè no saben que el pot causar, bé perquè els pot posar en risc de tenir-lo.

CONTEMPLACIÓ. En aquesta fase, les persones dubten entre les opcions de canvi o de no canvi. D'una banda, són conscients que han de canviar; però encara se senten lligades a aquest comportament problemàtic. Encara no estan preparades per al canvi, es poden passar anys en aquesta fase i pensant en un canvi d'hàbits. És una fase marcada per l'ambivalència.

PREPARACIÓ PER A L'ACCIÓ. Hi ha persones que es plantegen fer el canvi aviat. Comencen a fer petits canvis i proven diferents tipus de comportament. Poden dir als altres que tenen la intenció de fer un canvi d'hàbits i fer plans de com ho faran.

ACCIÓ. Les persones fan canvis visibles i hi posen molta energia. Sol ser quan tenen contacte amb professionals o amb grups d'autoajuda.

MANTENIMENT. El canvi de comportament és continu i s'ha consolidat.

RECAIGUDA. Si el canvi no s'ha consolidat, la persona pot passar a la recaiguda i d'allà a les fases de precontemplació o contemplació.

6

Negociar objectius i estratègies

Els i les professionals de salut han de ser completament conscients que el canvi d'hàbits és un procés lent i difícil. Per tant, les intervencions breus s'han de planificar com a accions que augmenten la probabilitat que els hàbits de risc en relació amb el consum d'alcohol disminueixin progressivament.

Amb aquests objectius a llarg termini, l'estratègia es pot considerar tenint en compte no tan sols l'estat clínic del pacient, sinó també si està disposat a canviar el consum d'alcohol. Sempre és preferible establir objectius modestos fàcilment assolibles, que augmentin l'autoeficàcia del o la pacient i la probabilitat que segueixi anant a les cites de seguiment, que no pas fixar objectius ambiciosos que siguin difícils d'aconseguir.

Cal parlar dels objectius i de les estratègies amb els i les pacients per tal d'aconseguir-los. La negociació té molts avantatges:

Proporciona informació sobre l'acceptabilitat d'objectius, des del punt de vista del o la pacient.

Mostra amb claredat els valors i les prioritats del o la pacient.

Augmenta el compromís per aconseguir els objectius acordats.

Proporciona informació útil sobre les capacitats i potencialitats del o la pacient.

És important deixar clar que la negociació s'ha de produir entre dos extrems: la llibertat de decisió del o la pacient i les recomanacions de bona pràctica clínica del o la terapeuta. Això vol dir que no es poden prendre acords en contra de la bona pràctica clínica o de la voluntat de la persona. Malgrat que pugui semblar paradoxal, ja que el o la professional de salut vol promoure el canvi, aquesta estratègia de negociació pot facilitar que pacient la persona, quan planteja els arguments, es confronti amb ell mateix i els obstacles que li impedeixen canviar.

Monitorar-ne el progrés

El canvi és un procés lent, però continu. Per tant, és molt raonable planificar un seguiment de la intervenció. Quan els i les pacients canvien els hàbits de consum d'alcohol, controlar-ne el progrés permet que el o la professional proporcioni una resposta sobre els canvis positius i negatius que la persona podria estar experimentant.

En posar en marxa intervencions breus, els i les pacients hi poden respondre amb resistència o interès. És molt important ser sensible a la reacció de la persona, ja que això pot fer que pugui respondre-hi de maneres diferents.

6.1.2 LA INTERVENCIÓ BREU MOTIVACIONAL

Un dels tipus d'IB més utilitzada és la intervenció breu motivacional (IBM), que integra

els principis de l'entrevista motivacional (EM) a les IB.

Els principis bàsics de l'EM són (Miller, W. i Rollnick, S., 2002, 2013 i 2015), **figura 6.3**:

1) **EXPRESSAR EMPATIA**: crear una atmosfera acollidora en la qual es puguin explorar els conflictes, escoltant i acceptant els punts de vista del o la pacient, centrant l'entrevista en la persona i no en la malaltia. L'empatia implica respecte, suport, calidesa, comprensió i compromís. Miller i Rollnick (2002, 2013 i 2015) l'han descrit com una tècnica específica que té la finalitat d'entendre en profunditat allò que diu mitjançant l'escolta reflexiva. És important subratllar que l'empatia és una tècnica que es pot aprendre i no una habilitat natural que es té o no es té.

2) **PROMOURE LA DISCREPÀNCIA INTERNA**: afavorir el descobriment per part del o la pacient de la distància que existeix entre la seva conducta actual i els seus propis objectius personals. La discrepància no s'imposa ni se suggereix, sinó que sorgeix de la mateixa persona.

3) **FOMENTAR L'AUTOEFICÀCIA**: afavorir el canvi creient de manera real i no impostada en la capacitat del o la pacient de portar-lo a terme. Ajudar-lo a creure en la seva capacitat per canviar és una manera d'augmentar les probabilitats que el canvi es produeixi de manera efectiva. Per aconseguir aquest objectiu, sovint és útil buscar aquells esdeveniments de la història recent o passada de la persona en què s'hagi fet palesa aquesta capacitat, per exemple, canvis que va aconseguir fer en altres hàbits com el consum de tabac, la dieta o l'exercici físic. En pacients particularment complexes també pot ser útil valorar l'esforç personal que demostra el fet que hagin anat a la consulta i que acceptin parlar amb nosaltres. En general, utilitzar l'afirmació és una bona estratègia per fomentar l'autoeficàcia.

4) **EVITAR I ABORDAR LA DISCORDANÇA**: el manteniment de la conducta és una opció de la persona i forma part de l'anomenada "ambivalència", que inclou en si mateixa raons a favor i en contra de la realització del canvi. Hauríem d'evitar discutir-hi ja que la confrontació no fa res més que reforçar el manteniment de la conducta que es vol modificar des del punt de vista sanitari. Per no caure en aquest parany, els i les professionals s'haurien de mantenir "neutrals" i, alhora que es treballen les motivacions internes "a favor" del canvi, accentuar la llibertat d'elecció del o la pacient, és a dir, la seva responsabilitat de triar una opció de conducta.

Figura 6.3. Principis bàsics de l'entrevista motivacional

PRINCIPIS BÀSICS DE L'ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Facilitant la implicació

- Expressar empatia
- Crear discrepàncies

6

- Fomentar l'autoeficàcia
- Evitar i abordar la discordança

Seguint les directrius de Miller i Rollnick (2002, 2013 i 2015), un aspecte molt important de la IB és donar al o la pacient un retorn o feedback personalitzat sobre el seu estat de salut i els riscos que implica la conducta actual. És convenient oferir, però no imposar, la informació sobre el cribatge que s'ha realitzat, així com la valoració objectiva i sense judicis personals sobre els riscos per a la salut. Sempre que donem un consell a la persona li demanarem abans si el vol rebre o no; en cas que prefereixi no ser aconsellat/da, el podem emplaçar per més endavant si així ho creu convenient. A més, és fonamental que la informació que li donem englobi també les seves capacitats i potencialitats per solucionar aquesta situació, fet que ens permet fomentar l'autoeficàcia.

Un cop s'ha realitzat l'assessorament i la devolució de la informació, s'ha de determinar quins objectius de canvi té la persona i negociar amb ella quines estratègies s'han de seguir per assolir-los. En aquest punt hem de ser conscients que el temps que es trigui a aconseguir un canvi d'hàbits dependrà del o la pacient i de les seves circumstàncies, més que no pas de les ganes del o la terapeuta d'ajudar-lo. En aquest sentit, les IB s'han de planificar com a accions que augmenten la probabilitat que canviï l'hàbit de risc sense esperar un resultat immediat en tots els casos. Per tant, ens hem de fixar objectius modestos fàcilment assolibles i sempre pactats amb la persona, que augmentin la seva percepció d'autoeficàcia i la probabilitat que segueixi anant a les visites de seguiment. El fet de negociar amb el o la pacient els objectius del tractament proporciona informació sobre l'acceptabilitat d'aquests mostra amb claredat els seus valors i prioritats així com les seves capacitats i potencialitats i n'augmenta el compromís per aconseguir els objectius acordats. Això sí, en tot moment ha de quedar clar que la negociació es produeix en un entorn sanitari i que, malgrat el respecte a la llibertat d'elecció del o la pacient, no es podran pactar objectius que incompleixin la bona pràctica clínica.

6.1.3 MODALITATS D'INTERVENCIÓ BREU

La forma tradicional de realitzar les intervencions breus a les persones bevedores de risc ha estat la modalitat presencial, però en la darrera dècada s'han anat perfilant les intervencions electròniques (e-IB) (Donoghue, K., et al., 2014 i Dedert, E., et al., 2015) facilitades o no per professionals.

La raó que ha motivat el desenvolupament d'aquestes estratègies ha estat l'observació de dificultats d'implementació de la modalitat cara a cara relacionades amb barreres organitzatives, de finançament o d'actitud dels i les professionals d'acció directa

(Havard, A., et al., 2012).

A més, s'ha proposat que aquestes modalitats electròniques poden afavorir que l'abast de la intervenció sigui més general, fins a arribar a poblacions que habitualment no busquen ajuda especialitzada.

Si ens centrem en els tipus d'intervenció electrònica que s'han utilitzat fins a la data actual, cal destacar, d'una banda, les que utilitzen el telèfon, ja sigui amb trucada de veu o amb missatges de text i/o utilitzant les xarxes socials i, de l'altra, les intervencions per ordinador, ja sigui mitjançant una pàgina web que permeti realitzar un cribratge del consum amb consell breu posterior o amb comunicació específica i personalitzada mitjançant correus electrònics o missatges a les xarxes socials que poden complementar o no una primera visita presencial (Donoghue, K., et al., 2014 i Dedert, E., et al., 2015). Hi ha evidència de l'efectivitat de certes intervencions breus dirigides a pacients hospitalaris bevedors/es de risc i que, mitjançant eines electròniques, es poden beneficiar d'aquestes intervencions (Johnson, N. A., et al., 2014.)

6.1.4 EFICÀCIA DE LES IB EN ALCOHOL

Com passa amb la resta d'abordatges terapèutics emprats per al consum patològic d'alcohol, la comunitat científica s'ha ocupat en les darreres dècades de determinar quina és l'eficàcia de les IB i les intervencions basades en l'entrevista motivacional. En aquest sentit, caldria destacar l'assaig clínic anomenat Project Match (Project Match Research Group, 1998), que va analitzar durant tres anys de seguiment un total de 1.700 pacients amb consum patològic d'alcohol per avaluar l'eficàcia de tres tipus de teràpia: la cognitiva-conductual, la de facilitació amb enfocament espiritual basada en 12 passos i la basada en l'entrevista motivacional, en què s'objectiva una eficàcia comparable entre els tres abordatges en la reducció del consum d'alcohol i els problemes que se'n deriven. En la mateixa línia, una metanàlisi feta dins d'un projecte global anomenat Mesa Grande (Miller, W., Wilbourne, P., 2002), que analitzava un total de 361 estudis controlats i estudiava l'eficàcia de 48 modalitats de tractaments diferents per al consum d'alcohol, va concloure que, dins dels tractaments no farmacològics, les intervencions breus destacaven com un dels mètodes recolzats amb més evidència científica.

Si ens centrem en l'evidència existent en les IB en diferents àmbits de salut, el camp en què hi ha més producció científica és el de l'atenció primària. De manera global, les revisions sistemàtiques i metanàlisis realitzades fins a la data actual en aquest àmbit conclouen l'eficàcia de les IB per la reducció del consum d'alcohol en aquells/es pacients que consumeixen per sobre dels límits de risc (Ballesteros, J. A., et al., 2004; Whitlock, E., et al., 2004; Bertholet, N., et al., 2005; Kaner, E., et al., 2009; Jonas, D., et al., 2012; O'Donnell, A., et al., 2014; Berger, D., et al., 2015). Els estudis destaquen més eficàcia si la intervenció breu utilitza un estil centrat en el o la pacient

6

com el de l'entrevista motivacional i si existeix un suport en l'àmbit d'organització i de les administracions públiques (McCambridge, J., et al., 2014; Colom, J., et al., 2014; Keurhorst, M., et al., 2015); resta encara pendent de delimitar el paper diferencial que pot tenir el fet de realitzar una IB de 20 a 30 minuts de durada o un consell breu de cinc minuts (Kaner, E., et al., 2013).

Pel que fa a l'eficàcia de les IB als hospitals generals, s'ha de destacar que, malgrat que un ingrés hospitalari pot ser un moment òptim per treballar i incrementar la motivació del o la pacient per abandonar i/o disminuir el consum d'alcohol, (Chick, J., et al., 1985) hi ha molt pocs estudis i la majoria de revisions realitzades conclouen la necessitat d'efectuar més recerca (Field, C., et al., 2010; Makdissi, R., et al., 2013). Els resultats obtinguts fins a la data actual són controvertits i, malgrat que una revisió de la Cochrane Library que preveia 14 estudis descriu beneficis quant a la reducció del consum d'alcohol i la mortalitat associada als 6 i 9 mesos després de la intervenció efectuada durant l'ingrés, no està tan clar si l'efecte es manté passats 12 mesos (McQueen, J., et al., 2011). En la mateixa línia, mentre algunes revisions sistemàtiques determinen manca de resultats concloents (Emmen, M., et al., 2004) o perfilen un efecte diferencial lligat al gènere (McQueen, J., et al., 2011), altres proposen la realització de més d'una sessió d'intervenció, que podria ser més eficaç que una sessió única en alguns grups de pacients (Mdege, N., et al., 2013). Per solucionar aquests resultats poc clarificadors, alguns/es autors/es conclouen la necessitat de crear comissions multidisciplinàries (Makdissi, R., et al., 2013) i de més recerca (Field, C., et al., 2010) per poder garantir una implementació dins la pràctica clínica real que pugui aclarir les possibles barreres existents relacionades amb les actituds, l'organització i el suport financer (Makdissi, R., et al., 2013) i determinar quines serien les característiques més adients per a la intervenció en l'entorn hospitalari. Sembla que l'entorn hospitalari pot ser propici per dissenyar programes específics per grups de pacients que, pel seu estat somàtic, tenen difícil l'accés i el seguiment a altres dispositius, com per exemple els i les pacients amb hepatopatia crònica alcohòlica. Així, una revisió sistemàtica molt recent ha mostrat que una intervenció de tipus motivacional associada i integrada a la pràctica clínica habitual de les unitats d'hepatologia afavoreix el manteniment de l'abstinència i el risc de recidiva en el consum (Khan, A., et al., 2016).

Un altre punt per desenvolupar en aquest apartat és l'evidència científica de què disposem sobre les modalitats electròniques de la IB (e-IB), fet que a vegades és difícil de sintetitzar atesa la diversitat d'intervencions i seguiments publicats a la literatura (Dedert, E., et al., 2015). En aquest sentit, a més, cal especificar que la majoria de dades de què disposem al respecte són d'estudiants i persones adultes joves, fet que fa difícil generalitzar els resultats a població general o a grups d'edats diferents (White, A., et al., 2010/ Suffoletto, B., et al., 2016). De tota manera, alguns estudis s'han realitzat en poblacions alternatives, com alguns col•lectius amb risc d'exclusió social (Crombie, I., et al., 2014) o pacients ingressats en un hospital per lesions, i s'han objectivat una bona acceptació i un bon seguiment de la intervenció (Sharpe,

S, et al., 2015). A més, les e-IB ens permeten oferir més recursos als i les pacients de dispositius, com l'atenció primària, en què la pressió assistencial és molt elevada i a vegades sorgeixen dificultats per trobar l'espai i el temps necessaris per fer una intervenció, sobretot quan es requereixen sessions repetides (Nair, N, et al., 2015). De manera global, les revisions sistemàtiques i metanàlisis realitzades mostren que les intervencions electròniques, ja siguin per trucada telefònica, missatge de text, pàgina web, correu electrònic o xarxes socials, tenen eficàcia clínica en la disminució del consum d'alcohol passats de 3 a 6 mesos de la intervenció, però que aquesta eficàcia perd la significació després dels 12 mesos, fet que fa aconsellable afegir algun altre tipus d'estratègia posterior a aquesta intervenció per incrementar la probabilitat del manteniment de l'abstinència (Donoghue, K., et al., 2014; Nair, N., et al., 2015; Dedert, E., et al., 2015).

RESOLUCIÓ DEL CAS

A continuació exposarem la conversa entre el pacient que us hem presentat a l'inici del capítol i una infermera clínica que s'encarrega de la promoció dels hàbits saludables a l'hospital. De totes maneres, és important esmentar que, tal com s'ha exposat en el capítol, les intervencions breus poden ser realitzades de forma transversal per qualsevol professional sanitari, ja sigui personal mèdic, d'infermeria, psicologia o treball social, sent l'únic requisit que hagi rebut formació al respecte.

- *T: Bon dia Josep. Em dic Maria i pertanyo a l'equip que s'encarrega de la promoció dels hàbits de salut als pacients que estan a l'hospital. T'importaria que parléssim una mica de tot això?*
- *P: I tu què ets, metge?*
- *T: No, jo sóc la infermera de l'equip. Et sembla bé que parlem una estona dels teus hàbits?*
- *P: Endavant. No tinc res més a fer. Aquí estic sense ni poder-me moure del llit*
- *T: Gràcies. Si et sembla comencem parlant sobre el tabac. Fumes habitualment?*
- *P: Sí, no arriba al paquet*
- *T: Portes molts anys fumant?*
- *P: Des de sempre, devia tenir uns 14 anys quan em vaig fumar la primera cigarreta*

6

- *T: Has intentat deixar-ho alguna vegada?*
- *P: No, però ara he aconseguit fumar menys. Aquests últims 2 anys he disminuït de 30 a 10 cigarretes cada dia. Baixar més em costa*
- *T: Veig que has reduït molt el consum.*
- *P: Home, és que hi ha edats en què un s'ha de començar a cuidar una mica i darrerament tenia molta tos a l'aixecar-me*
- *T: La teva salut és important per tu i estàs fent coses per trobar-te millor. Com has portat el tema de no poder fumar a l'hospital?*
- *P: Uj, mira, estic sorprès. Ho porto fantàstic, ni ho he trobat a faltar aquesta setmana*
- *T: Em dius que portes una setmana sense fumar i que no t'està costant.*
- *P: Si, potser ho deixo i tot, encara que quan quedi amb els amics serà difícil...*
- *T: Així doncs, t'estàs plantejant deixar de fumar però penses que et serà complicat quan vagis amb els amics*
- *P: Si, clar. És que amb els amics, quan quedem a la cooperativa, fem el vinet. I amb el vi és difícil no fumar... pensa que jo sóc de bon viure, que sóc de la terra del cava*
- *T: Això que em comentes del vi, em podries dir quant en beus en un dia normal?*
- *P: No sé, depèn del dia, si hi ha partit del Barça o si hi ha festa major. De totes maneres, pensa que no és alcohol del fort, és vi bo, el fem nosaltres mateixos, no porta químiques*
- *T: Entenc doncs que el teu consum varia en funció de si hi ha o no alguna festa, però de forma general, em podries fer una aproximació de quan beus un dia normal? No sé, per exemple, un dimarts*
- *P: Mira, jo m'aixeco a les 5 del matí i me'n vaig a treballar, evidentment no bec res, que haig de conduir. Acabo a les 2 i me'n vaig a dinar a casa ma germana, bec un parell de gots de vi i després faig el cigaló. Després me'n vaig a fer la migdiada a casa meva, que pensa que ja fa moltes hores que rondo. Allà cap a les 6 surto per si haig de fer algun encàrrec i me'n vaig a fer la partida, perquè això és sagrat.*

- T: Veig que anar a fer la partida amb els amics és important per tu
- P: Si. Quedo amb ells a la cooperativa, faig la partida, xerrem una mica, i ens fem uns vinets.
- T: I el sopar?
- P: Normalment no sóc de sopar, ja estic molt cansat, tinc son i me'n vaig a dormir
- T: I quan t'aixeques com et trobes?
- P: Bahhh, algun dia tinc el cap espès
- T: Ganes de vomitar o tremolors?
- P: No, habitualment no, però algun cap de setmana o dia de festa que potser he begut una mica més, trec la bilis
- T: Pel que em dius entenc que el cap de setmana beus una mica més.
- P: Clar, perquè no haig de treballar, llavors com és festa, obrim un parell d'ampolles de cava el dissabte i el diumenge. Però no et pensis que m'emborratxo, eh? Només agafo el puntillo, que jo no sóc un alcohòlic eh? Tu penses que sóc un alcohòlic?
- T: La meva intenció no és incomodar-te ni fer cap judici
- P: Falten moltes preguntes?
- T: Veig que comences a estar cansat. La nostra intenció només és avaluar què beus i com això pot influir en la teva salut, però si ho prefereixes podem deixar-ho per avui i torno a passar en un altre moment.
- P: No, no, puc continuar una estona més i si veig que em canso ja t'ho dic
- T: Gràcies per fer l'esforç de parlar amb mi. Llavors, si et sembla fem una mica de resum per aclarir-me. Em dius que t'aixeques molt aviat, que vas a treballar, que dines a casa de la teva germana, prens una mica de vi, un cigaló i després a la tarda surts i te'n vas a fer una partida amb els amics i allà prens una mica més de vi. També em dius que el cap de setmana beus cava i que algun matí et trobes una mica malament. És així?

6

- *P: Si, sí.*
- *T: Josep, i abans d'aquest ingrés algú t'havia recomanat alguna vegada beure menys?*
- *P: Home, en la revisió de fa un parell d'anys a l'empresa em van dir que em sortia el fetge inflammat i que begués menys, però bé, aquella temporada havia menjat malament, molta xistorra, ous, etc... i vaig pensar que segur que era més d'això que no del vi.*
- *T: Em dius que el fetge estava una mica inflammat i que et van recomanar que beguessis menys*
- *P: Si però, tots els metges diuen el mateix. Com la meva germana, que em dóna molt la tabarra amb aquest tema*
- *T: La teva germana està preocupada pel que beus*
- *P: Si, a més, el nostre pare va morir d'una cirrosi i té por que em passi a mi el mateix*
- *T: El teu pare va tenir cirrosi*
- *P: Si, ell també bevia vi*
- *T: Per tot això que m'expliques, veig que diverses persones del teu entorn i metges que t'han atès t'han recomanat que beguessis menys, malgrat això tu penses que no n'hi ha per tant*
- *P: Si, bé, no sé, avui m'han visitat i m'han dit que l'únic tractament pel meu fetge és deixar de beure. M'han dit que tinc una cirrosi. La veritat és que m'he espantat.*
- *T: Estàs espantat*
- *P: Si, perquè jo no havia estat mai ingressat i això de la cirrosi, no sé, m'ha vingut el cap el meu pare*
- *T: I què has pensat de tot això?*
- *P: He pensat que potser va sent hora de fer alguna cosa i deixar de beure, és que, no vull acabar com mon pare*

- T: Com creus que et podríem ajudar a deixar de beure?
- P: La veritat és que no sé ben bé, l'important és que canviï el xip suposo
- T: Tens raó. El més important és el que tu decideixis i quins són els teus objectius.
- P: Però quan portes tota la vida fent una cosa, a vegades és difícil canviar...
- T: Canviar un hàbit no és fàcil. Et sembla bé que t'expliqui quines opcions et podem oferir per ajudar-te al respecte?
- P: Si, m'aniria bé parlar-ne tranquil·lament

En aquest cas la intervenció breu que s'ha realitzat segueix els principis de l'entrevista motivacional. En aquest sentit s'expressa empatia, fet que objectivem pel respecte dels temps, el feedback continuat, pel contacte càlid i el tenir en compte les seves opinions sense emetrejudicis. En segon lloc s'explora l'ambivalència intentant promoure la discrepància interna, que en el pacient es podria trobar en el fet la comparació que fa amb la imatge de la mort del seu pare. De forma molt destacable es reforça l'autoeficàcia, reforçant la reducció del consum de tabac, demanant al pacient si vol continuar l'entrevista, donant les gràcies, reconeixent l'esforç i la dificultat que comporta canviar un hàbit i demanant permís abans de donar un consell. I finalment veiem com no s'entra en discordància amb el pacient, ja que quan s'objectiva algun punt de discurs de manteniment no es confronta sinó que s'intenta entendre en major profunditat, s'explora més i es dona informació de forma progressiva i d'acord a les demandes que fa el pacient. Per aconseguir tots això s'utilitzen les estratègies bàsiques de l'entrevista motivacional: preguntes obertes, afirmacions, escolta reflexiva i sumarís.

6.2 PREVENCIÓ I TRACTAMENT DE L'ABSTINÈNCIA ALCOHÒLICA. CRITERIS I PAUTES PER A LA DESINTOXICACIÓ A L'HOSPITAL

Autors/es: F. Bolao, S. Mondón, B. Rosón, J.A. Soler Insa

La Margarida és una dona de 55 anys que ha ingressat al servei de traumatologia per una caiguda casual amb resultat de fractura subcapital de fèmur. Durant l'avaluació a l'ingrés s'ha detectat un patró de dependència de l'alcohol amb probable afectació física secundària. La infermera ha detectat un consum habitual de 8 UBE al dia i tremolor distal. Ha passat l'escala CIWA-Ar amb el resultat de 3 punts i ha avisat al metge responsable per a la valoració de tractament farmacològic.

6

A la valoració del traumatòleg, la pacient es mostra col·laboradora amb l'entrevista, amb discret neguit i presenta tremolor distal lleu i sudoració als palmells. No es detecta cap altra simptomatologia d'abstinència en aquest moment. Nega antecedents de crisis comicials i de delirium tremens. La puntuació CIWA-ar continua essent de 3 punts.

Moltes de les persones que acudeixen a tractament amb diagnòstic de trastorn per consum d'alcohol necessiten iniciar-lo amb una desintoxicació farmacològica per prevenir la síndrome abstinència. La prevenció de la simptomatologia d'abstinència és important pel risc vital potencial que presenta i aporta, a més, benestar al o la pacient en un moment crucial del tractament.

Cal assenyalar que en la població general als Estats Units, el 2%-4% dels i les pacients presenten habitualment algun símptoma d'abstinència alcohòlica. Pel que fa a les persones amb trastorn per consum d'alcohol, fins a un 40% poden presentar símptomes d'abstinència quan paren abruptament el consum i no reben tractament profilàctic, i fins a un 30%, símptomes greus, com ara al·lucinacions i/o convulsions (Fiellin, D. A., et al., 2002). Un estudi prospectiu realitzat a Austràlia va concloure que el 8% de pacients ingressats es troben en risc de patir abstinència alcohòlica, mentre que a Espanya s'han descrit prevalences per a la síndrome d'abstinència alcohòlica entre el 2%-5% sobre el nombre total d'ingressos (Foy, A., et al., 1995; Hall, W., 1997; Elliot, D. Y., 2012; Keys, V. A., 2011).

6.2.1 NEUROBIOLOGIA DE L'ALCOHOL

L'administració crònica i regular d'alcohol condueix a un seguit de canvis neuroadaptatius a nivell cerebral que poden explicar, des d'un punt de vista neurobiològic, la simptomatologia que s'observa durant la retirada de l'alcohol i que constitueix la SAA (síndrome d'abstinència alcohòlica). De manera molt esquemàtica, es descriu aquest efecte per dos neurotransmissors en el cervell que es veuen afectats pel consum crònic d'alcohol i juguen un paper important en l'abstinència alcohòlica. El GABA és el principal neurotransmissor inhibitori i el glutamat és el neurotransmissor excitatori principal. En conjunt, aquests neurotransmissors mantenen l'equilibri neuroquímic en el cervell. La presència d'alcohol inhibeix la funció del receptor NMDA, que condueix als efectes sedants i ansiolítics d'alcohol, així com al deteriorament de la memòria i la generació de convulsions (Cui, C., et al., 2013; Tabakoff, B., et al., 2013).

Durant l'abstinència, els nivells de GABA disminueixen per sota del normal, la qual cosa condueix finalment a la hiperactivitat del sistema nerviós. Alhora, el glutamat s'activa, cosa que al seu torn augmenta la funció dels receptors d'NMDA. El **kindling** és un fenomen en el qual un estímul elèctric o químic feble, que inicialment no causa respostes clares amb manifestació de conductes, quan s'administra repetidament, dona com a resultat l'aparició d'efectes en el comportament, com ara convulsions. Aquest procés s'ha proposat per explicar la disminució en el temps d'aparició de

síntomes i l'augment de la gravetat d'aquests en pacients que han estat sotmesos a episodis repetits d'abstinència.

6.2.2 CLÍNICA DE L'ABSTINÈNCIA A ALCOHOL

La clínica abstinencial és característica dels i les pacients amb un trastorn per consum d'alcohol, però també pot aparèixer en pacients amb un consum intensiu o **binge drinking**. La probabilitat de desenvolupar SAA augmenta amb la freqüència i la quantitat de consum d'alcohol. Aproximadament el 50% de pacients amb trastorn per consum d'alcohol desenvolupen simptomatologia d'abstinència. La majoria de les persones que presenten SAA consumeixen diàriament grans quantitats d'alcohol (més de 8 UBE/dia) durant diversos anys, però existeixen grans diferències entre persones amb un risc incrementat per aquelles amb afeccions mèdiques comòrbides, amb antecedents familiars de SAA (probable component genètic), amb història personal d'abstinències prèvies i amb un consum de fàrmacs sedants, hipnòtics o ansiolítics.

La majoria d'autors/es diferencien entre la SAA precoç i la tardana. Aquests conceptes, que habitualment es correlacionen amb la intensitat mínima i màxima dels símptomes respectivament i que ja havien estat descrits en la classificació clàssica de Victor i Adams l'any 1953, actualment es prefereix substituir-los per la classificació per gravetat de la SAA (Victor, M., et al., 1953).

La SAA precoç clàssicament engloba la simptomatologia que es manifesta les primeres 6-48 hores després de cessar la ingesta alcohòlica, caracteritzada per clínica adrenèrgica, les al·lucinacions i les crisis epilèptiques. Aquesta clínica inicial pot evolucionar a l'anomenada SAA tardana o delírium trèmens (DT), la qual és la presentació clínica més greu de la SAA i està caracteritzada per l'alteració de la consciència i la clínica confusional, habitualment acompanyada d'un augment de la hiperactivitat autonòmica. De manera menys freqüent, la SAA major o DT pot aparèixer com a primera manifestació de la SAA i, per tant, ho hem de tenir en compte quan ingressa un/a pacient de risc, ja que es tracta d'una presentació clínica potencialment letal.

A continuació detallarem la simptomatologia més rellevant de les quatre formes de SAA, la síndrome d'abstinència simple lleu, la SAA simple greu (al·lucinacions), les crisis comicials i el delírium trèmens o SAA major.

Síndrome d'abstinència simple lleu o menor

Els símptomes solen aparèixer a partir de les 8 hores posteriors a la darrera ingesta d'alcohol, arriben a la màxima intensitat en 72 hores i acostumen a reduir-se entre el cinquè i el setè dia d'abstinència. Constitueix la forma més comuna d'abstinència. Les manifestacions principals són resultat d'una hiperactivitat adrenèrgica:

- Tremolor distal: és el símptoma més freqüent i precoç. Habitualment és de predomini matinal, empitjora amb l'activitat i l'estrès emocional i pot arribar a ser

6

altament incapacitant. Pot arribar a tremolor corporal.

- Nàusees i vòmits biliosos (“pituïtes”), també de predomini matinal.
- Augment de la tensió arterial, freqüència respiratòria, freqüència cardíaca i temperatura corporal.
- Ansietat.
- Insomni.
- Sudoració.
- Irritabilitat.
- Injecció conjuntival i envermelliment (flushing) facial.

Síndrome d’abstinència simple greu (al·lucinacions)

Les al·lucinacions es presenten en el 6%-28% dels casos, i sovint s’afegeixen a la clínica adrenèrgica transcorregudes 24-36 hores des de l’inici de l’abstinència. Es caracteritzen per ser percepcions alterades de predomini visual, auditiu, tàctil i olfatiu, a vegades de caràcter terroritzant. No solen durar més de set dies, però en ocasions poden persistir setmanes, un cop es resolen la resta de símptomes de l’abstinència. Quan les al·lucinacions apareixen en absència de símptomes adrenèrgics (per exemple, en pacients que estan rebent tractament amb betablocadors), la clínica d’abstinència s’ha de diferenciar de la d’un episodi psicòtic.

En fases prodròmiques, alguns/es pacients poden presentar experiències al·lucinatòries transitòries, alteracions de la percepció que es presenten de manera sobtada i retallada en el temps. Aquests fenòmens també poden aparèixer durant períodes d’ingestió continuada, intensa i caòtica d’alcohol. En aquestes experiències el o la pacient és conscient de la irrealitat de la seva percepció i la critica ràpidament. Malgrat que aquest quadres poden constituir un fenomen autolimitat que no evoluciona a quadres més greus, és important saber que poden precedir una al·lucinosi alcohòlica o fins i tot un DT, dels quals actuen com a avís precoç (Carlson, R., et al., 2012).

Les característiques de les al·lucinacions més habituals en l’abstinència a l’alcohol es descriuen amb més detall en l’apartat de diagnòstic. És important diferenciar les al·lucinacions en el context de SAA del delírium trèmens, l’al·lucinosi alcohòlica i la psicosis alcohòlica (vegeu l’apartat de **diagnòstic diferencial**).

Crisis comicials

Aproximadament un 3%-15% dels i les pacients amb trastorn per consum d'alcohol en situació d'abstinència presenten clínica convulsiva en almenys una ocasió.

Tanmateix, les convulsions no són exclusives de l'abstinència, i poden aparèixer també en el context d'un consum important (per exemple, després de cinc o set dies d'ingesta continuada de dosis molt altes d'alcohol).

En el cas concret de la SAA, les convulsions solen presentar-se dins de les primeres 2-48 hores després del darrer consum; és més rar que es presentin més tard. Les crisis acostumen a precedir-se o associar-se a la clínica adrenèrgica o les al·lucinacions, però també poden ser el primer i fins i tot l'únic símptoma de l'abstinència. Els principals factors que prediuen l'aparició de crisis comicials en un/a pacient amb abstinència a alcohol són: el consum de dosis altes d'alcohol, un consum crònic de llarga durada, el consum simultani d'altres tòxics, el fet d'haver seguit prèviament tractaments de desintoxicació o haver necessitat d'ingrés per abstinència (fenomen conegut com **kindling**, que implica un increment de la gravetat de l'abstinència cada cop que es repeteix) i, sobretot, l'antecedent d'episodis previs d'abstinència complicats amb convulsions o DT. En una metanàlisi recent també s'ha descrit un increment del risc de convulsions vinculat a factors somàtics com un nivell alt d'enzims hepàtics com la GGT.

Les crisis secundàries a l'abstinència solen ser convulsions tonicoclòniques generalitzades, típicament fotosensibles, amb recurrències (entre una i tres, fet que s'anomena "tren de crisis") i amb un EEG postcrític normal en més del 90% de les ocasions. L'antecedent de crisis comicials no lligades al consum d'alcohol, un nombre elevat de recurrències, un període postcrisi perllongat, la presència de focalitat neurològica o l'entrada en status epilèptic (2% dels casos) obliguen a descartar altres causes d'epilèpsia alternatives o associades a l'abstinència. Cal investigar també i tractar els possibles desencadenants (febre, alteracions metabòliques, traumatismes...) que hagin pogut contribuir al desenvolupament de les crisis

Síndrome d'abstinència major o delírium trèmens

La forma més greu d'abstinència pot aparèixer com una fase evolutiva final d'una abstinència menor, però també es pot presentar de manera aïllada passades 48-72 hores de la darrera ingesta alcohòlica, sense haver estat precedida per cap altra simptomatologia, i de manera relativament sobtada. Aproximadament un 5% dels i les pacients amb abstinència alcohòlica progressa a DT.

Freqüentment, el quadre de DT comença el tercer dia després d'aparèixer els símptomes d'abstinència i sol durar entre un i vuit dies (durada mitjana de 2 a 3 dies), encara que algunes vegades el curs es pot perllongar més en el temps, en ocasions durant diverses setmanes, amb uns símptomes més atenuats que recorden les manifestacions de la SAA menor (insomni, depressió, tremolor, ansietat...) (Stern TA, 2010).

6

En els darrers anys s'ha identificat una llista de factors de risc de desenvolupar DT com el sexe masculí, l'edat avançada, la presència de convulsions recents per abstinència (20% de les persones amb DT) o d'antecedents de DT o convulsions, el consum excessiu d'altres agents depressors del sistema nerviós central, com les benzodiazepines, i l'existència de problemes mèdics concomitants. Aquests últims inclourien problemes respiratoris, cardíacs i gastrointestinals i alteracions analítiques com desequilibris dels electròlits (per exemple nivells baixos de potassi, magnesi o tots dos) i/o trombopènia (Kraemer, K., et al., 1997; Lukan, J., et al., 2002; Mckeon, A., et al., 2008). A més, també s'ha determinat com a factor predictor de risc, la presència de puntuacions per sobre de 15 de l'escala més utilitzada per avaluar la intensitat de la SAA, la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) (taula 2.7), especialment quan aquestes puntuacions s'associen a una tensió arterial sistòlica > 150 mm Hg o a una freqüència cardíaca > 100 batecs per minut (Sullivan, J., et al., 1987). Aquests factors de risc de progressió a DT han estat identificats de manera robusta a la literatura i recentment han motivat l'elaboració d'una escala de predicció total de risc, anomenada Prediction of Alcohol Wthdrawal Severity Scale (PAWSS), que ens podria ser d'utilitat en pacients potencialment greus i que s'ha validat en pacients hospitalitzats (Maldonado, J., et al., 2014; Maldonado, J., et al., 2015).

- La clínica del DT es caracteritza per la presència, no necessàriament simultània, dels símptomes següents:
- Hiperadrenèrgia: hipertensió arterial, taquicàrdia, midriasi, febrícula, piloerecció i sudoració profusa.
- Tremolor generalitzat en mans, cap i tronc.
- Gran ansietat, amb inquietud psicomotriu, que pot arribar a l'agitació.
- Desorientació i insomni. En abstinència molt greu o en presència de complicacions, el o la pacient pot presentar alteració del nivell de consciència i arribar a l'obnubilació.
- Al·lucinacions auditives, visuals i tàctils.
- L'aparició de convulsions en el context d'un DT establert és poc habitual; si apareixen, cal descartar la presència d'altres causes que puguin justificar-les.

Aproximadament entre l'1% i el 5% dels i les pacients hospitalitzats amb DT són èxits, i aquesta xifra es pot reduir amb un diagnòstic acurat i a temps, la qual cosa ens

permetria iniciar al més aviat possible un tractament adequat. La mortalitat associada al DT sol ser produïda per les seves complicacions (rabdomiòlisi i insuficiència renal, broncoaspiració, traumatismes), però a vegades no es detecta cap altra patologia associada a la clínica de DT greu que en pugui justificar la mala evolució.

La **taula 6.1** resumeix els símptomes característics de la SAA menor i major

Taula 6.1. Síntomes i curs temporal de la síndrome d'abstinència a alcohol

Síndrome	Presentació clínica	Curs temporal*
SAA simple lleu	Tremolors, ansietat lleu, cefalea, sudoració, palpitations, anorèxia, molèsties gastrointestinals; l'estat mental normal	de 6 a 36 hores
SAA simple greu (al·lucinacions)	Visuals, auditives i/o al·lucinacions tàctils i els signes vitals normals o activitat hiperadrenèrgica discreta, amb orientació intacta	de 12 a 48 hores
Crisis comicials	Úniques o una breu ràfega de crisis tonicoclòniques generalitzades, període postcrític curt; estatus epilèptic poc freqüent	de 6 a 48 hores
Delírium trèmens	Deliri, agitació, taquicàrdia, hipertensió, febre, diaforesi	de 48 a 96 hores

6

* en alguns/es pacients pot ser més precoç

6.2.3 CRITERIS DIAGNÒSTICS DE L'ABSTINÈNCIA A ALCOHOL

Atesa la variabilitat de la clínica d'abstinència no resulta senzill proporcionar una definició concreta d'aquesta entitat clínica. Els criteris diagnòstics més utilitzats actualment són els recomanats per la Societat Americana de Psiquiatria (DSM-5) i per l'Organització Mundial de la Salut (CIE-10-MC).

Criteris DSM-5

- A. Cessament (o reducció) d'un consum d'alcohol que ha estat molt intens i perllongat.
- B. Aparició de dos (o més) dels signes o símptomes següents a les poques hores o pocs dies del cessament (o reducció) el consum d'alcohol descrit al criteri A.
- Hiperactivitat del sistema nerviós autònom (p. ex. sudoració o ritme del pols superior a 100 lpm)
 - Increment del tremolor a les mans
 - Insomni
 - Nàusees i vòmits
 - Al·lucinacions o il·lusions transitòries visuals, tàctils o auditives*
 - Agitació psicomotora
 - Ansietat
 - Convulsions tonicoclòniques generalitzades.

Els signes i símptomes del criteri B provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament en el pla social, laboral o altres àrees importants de funcionament.

Els signes o símptomes no es poden atribuir a una altra afecció mèdica i no es pot explicar millor per cap altre trastorn mental, incloent-hi la intoxicació o l'abstinència per una altra substància.

* Cal especificar si van amb alteracions de la percepció: aquest especificador s'aplica en les circumstàncies en què apareixen al·lucinacions (habitualment visuals o tàctils), amb un judici de realitat inalterat, o apareixen il·lusions visuals o tàctils, en absència de síndrome confusional.

CIE-10-MC

Segons la classificació CIE-10-MC, podem diferenciar entre síndrome d'abstinència (F10.3) i síndrome d'abstinència amb delírium (F10.4), que es podrien correlacionar amb la SAA simple i major. Cadascuna d'aquestes entitats es podria subdividir en no complicada o sense convulsions (F10.330 i F10.440, respectivament) i/o amb convulsions (F10.331 i F10.441, respectivament).

6.2.4 MESURA DE LA INTENSITAT DE L'ABSTINÈNCIA

El millor instrument per avaluar la intensitat de la SAA és l'escala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar), que es mostra en detall en la [taula 2.7](#). Aquesta escala consta de 10 ítems i el rang de puntuacions engloba del 0 al 67. Les puntuacions obtingudes permeten avaluar de manera objectiva, vàlida i fidedigna la gravetat de l'episodi d'abstinència i ajuden a determinar la modalitat de tractament que cal aplicar: una puntuació zero indica l'absència de símptomes i signes d'abstinència, mentre que les puntuacions elevades són altament predictives de risc per al desenvolupament posterior de DT. Cal remarcar que l'escala només es pot aplicar quan s'ha establert el diagnòstic d'abstinència, ja que no té validesa com a instrument diagnòstic.

L'escala CIWA-Ar ha estat avaluada i validada en pacients atesos en unitats de desintoxicació i psiquiatria, però també s'ha aplicat amb èxit per al seguiment de pacients amb abstinència ingressats en altres serveis; la sensibilitat és superior quan l'escala és administrada per personal entrenat. En el curs d'un episodi d'abstinència la freqüència mínima d'aplicació de l'escala és tres vegades al dia, però les determinacions poden ser més freqüents (cada quatre hores, dues o fins i tot una hora) en les fases inicials de l'episodi, especialment quan els i les pacients encara es mantenen clarament simptomàtics, ja que aleshores la puntuació obtinguda s'utilitza com a guia per determinar el tractament farmacològic. Cal tenir en compte que la presència concomitant d'abstinència a altres tòxics o fàrmacs (benzodiazepines, opiàcis, cocaïna...) pot interferir en les puntuacions obtingudes i disminuir la validesa de l'escala.

En pacients severament agitats pot ser difícil el passí i la interpretació de l'escala CIWA-Ar, motiu pel qual en alguns àmbits com les unitats de medicina intensiva s'ha proposat el passí d'escalas com la Richmond Agitation-Sedation Scale, més adequades per a pacients amb una agitació marcada vinculada a la SAA.

6.2.5 DIAGNÒSTIC DE L'ABSTINÈNCIA DE L'ALCOHOL

No existeix cap prova que permeti diagnosticar la SAA, ja que el diagnòstic es basa en les dades recollides a la història clínica. Tanmateix, les exploracions complementàries són molt valuoses per justificar el diagnòstic, ja que ajuden a realitzar el diagnòstic de trastorn per consum d'alcohol, permeten descartar altres causes d'agitació o quadre

6

confusional i faciliten la detecció de desencadenants i complicacions, especialment en el cas de pacients amb abstinència greu. (Mayo-Smith, M., et al., 2004; Mirijello, A., et al., 2015)

L'avaluació diagnòstica mínima recomanada inclou:

Pacients amb abstinència simple o menor

Anamnesi i exploració física: cal avaluar amb especial atenció el consum o la possible abstinència simultània a altres tòxics o psicofàrmacs. És molt important contrastar les dades proporcionades pel o la pacient amb les referides per la seva família o acompanyants. Cal parar especial atenció a la presència d'estigmes cutaneomucosos de consum crònic d'alcohol o altres dades clíniques suggestives de la presència de malalties relacionades amb l'alcohol.

Escala CIWA-Ar per mesurar la intensitat de la clínica ([taula 2.7](#)).

En cas de convulsions: analítica bàsica i TC cranial si és la primera crisi o si hi ha una sospita raonable de convulsions secundàries a una altra causa per la presència de complicacions (focals, recurrències múltiples, entrada en status...). Si les convulsions s'acompanyen de febre i TC normal es pot plantejar la pràctica d'una punció lumbar, si hi ha un dubte diagnòstic raonable (sospita de meningitis o encefalitis).

Pacients amb abstinència major o DT

- Anamnesi i exploració física, amb les mateixes precaucions que les esmentades en el cas de l'abstinència lleu.
- Escala CIWA-Ar ([taula 2.7](#)).

Exploració de l'estat mental

Cal que sigui acurada, ja que les característiques de l'episodi poden fer pensar en altres causes de quadre confusional o al·lucinacions.

Orientació: el o la pacient en estat de DT es troba desorientat, l'orientació que més se sol afectar és la temporoespacial, mentre que l'autopsíquica o de persona s'altera menys sovint. En general primer es perd l'orientació temporal, després la situativa, posteriorment l'orientació espacial i per últim l'autopsíquica. El reconeixement de persones alienes a l'àmbit familiar del o la pacient sol estar alterat, és freqüent que la persona confongui al personal sanitari o realitzi falsos reconeixements.

Atenció i memòria: el o la pacient presenta una greu dificultat per fixar l'atenció, es distreu amb facilitat davant d'estímul externs incidentals. Aquesta distractibilitat té un paper important en els trastorns de memòria i en la capacitat d'orientació del o la pacient. Existeix una afectació de la memòria a curt i llarg termini: un cop resolt l'episodi, els i les pacients són incapaços de recordar l'episodi íntegre o tenen

llacunes mnèsiques. És característica l'alta susceptibilitat a la suggestió, que es pot mostrar de manera espontània, però generalment cal explorar-la: es pot objectivar la descripció clàssica de pacients que són induïts a llegir textos en un paper en blanc, beure aigua d'un got buit o jugar amb un joc de cartes inexistent.

Afectivitat: és freqüent la presència de labilitat emocional, amb ràpides fluctuacions de l'estat d'ànim. Les diferents respostes emocionals varien des de l'ansietat, el pànic i la por a la tristor, l'angoixa o l'apatia; és molt inusual observar quadres d'eufòria. El o la pacient amb DT pot experimentar reaccions de por extrema íntimament relacionades amb les alteracions sensoperceptives, per exemple, la visualització de serps, insectes o animals a l'habitació o sobre el llit. És menys habitual que les al·lucinacions es presentin de manera agradable i plaent, amb el o la pacient entretingut/da i en actitud serena durant la seva percepció (com si estigués veient la televisió o en una sessió de cinema).

Pensament i llenguatge: el o la pacient amb DT pensa de manera desorganitzada i els seus raonaments són anòmals. La severitat d'aquesta desorganització pot variar des de la tangencialitat i la circumstancialitat fins a la pèrdua completa de la capacitat associativa. Quan la desorganització del pensament és molt severa, l'alteració de la parla pot recordar una afàsia. Les alteracions del llenguatge presenten una gradació que oscil·la des de la lleugera disàrtria fins al mutisme. Són comunes les disnòmies amb parafàsies.

Contingut del pensament: és habitual l'aparició de deliris, generalment de contingut paranoide, molt poc sistematitzats i incongruents amb l'estat d'ànim. El o la pacient pot presentar una templa paranoide que afavoreix les malinterpretacions de les situacions o estímuls; no obstant això, la confusió mental dificulta que aquestes interpretacions se sistematitzin i conformin un deliri ben estructurat. Són característics els deliris de tipus ocupacional: el o la pacient gesticula i realitza tasques consonants amb la seva activitat professional, com el xofer que creu que està conduint un vehicle o el cambrer que serveix consumicions.

Sensopercepció: les alteracions sensoperceptives són molt habituals. Són comuns els falsos reconeixements, les il·lusions i les al·lucinacions. Les al·lucinacions i les il·lusions són característicament intenses, caòtiques i extravagants i poden ser auditives o visuals; les al·lucinacions olfactives o tàctils són poc comunes. Les visuals són les més característiques i es presenten amb un grau que oscil·la des de distorsions visuals a escenes complexes. Les al·lucinacions visuals clàssiques són molt viscudes i terrorífiques, i inclouen típicament serps, aranyes, rates o altres animals petits que ataquen o amenacen el o la pacient quan es troba al llit. Els o les pacients, molt freqüentment, hi centren l'atenció i hi interactuen. Moltes vegades les al·lucinacions són el resultat de percepcions distorsionades o mal interpretades d'objectes reals, com confondre taques a la paret amb cares o animals, o les arrugues del llençol amb serps sobre el llit.

6

Psicomotricitat: la presentació clàssica del DT és en forma d'un quadre d'hiperactivitat en què el o la pacient es mostra hipervigilant, agitat/da i amb una intensa activitat motora. Aquesta situació, en combinació amb la desorientació, pot exposar la persona a un alt risc de caigudes i d'altres accidents.

Cicle vigília-son: l'alteració del cicle vigília-son és molt freqüent. Es pot manifestar com a insomni o com una inversió o desestructuració del cicle. Els malsons són també freqüents i sembla que estan produïts per alteracions de la fase REM.

Exploracions complementàries

ECG per avaluar el ritme cardíac i la possible presència de patologia cardiovascular associada.

Radiografia de tòrax per descartar la presència de patologia pulmonar concomitant, especialment pneumònia per aspiració (la radiografia pot ser normal en les fases inicials).

Anàlisi bàsica (ionograma, inclòs el magnesi, la glucèmia, la funció renal, la creatina-quinasa, la calcèmia, les proteïnes totals, l'equilibri àcid-base i l'hemograma) per detectar marcadors de consum crònic d'alcohol, possibles desencadenants o complicacions, així com per descartar altres causes de quadre confusional.

Després de la valoració de l'especialista, TC o PL o EEG si la història, l'examen físic o les exploracions fan sospitar d'una patologia neurològica associada o responsable del quadre confusional. L'EEG estaria especialment indicat en cas que el quadre no millorés després de 24 hores de tractament o quan si se sospita de la presència d'un estat postcrític.

Diagnòstic diferencial de la síndrome d'abstinència alcohòlica

Establir el diagnòstic d'abstinència simple, sobretot en cas de delírium trèmens en un/a pacient amb un trastorn per consum d'alcohol, sempre obliga a descartar la presència d'altres malalties que presentin una història clínica que es pot confondre globalment o parcial amb la de la SAA. És important recordar que sovint una d'aquestes malalties o més d'una poden haver estat la causa de l'abstinència i que, per tant, els símptomes de la malaltia causal i la SAA estaran presents de manera simultània (Schukit, M., 2014). La llista de diagnòstics alternatius o associats diferencials és extensa, però una avaluació diagnòstica inicial correcta permet excloure raonablement moltes d'aquestes patologies:

- Abstinència a altres tòxics o benzodiazepines.
- Ús simultani de cocaïna o amfetamines.
- Ús simultani de fàrmacs anticolinèrgics.

- Patologia cardiovascular: isquèmia coronària, arítmies, crisi hipertensiva, hipotensió.
- Patologia respiratòria: hipòxia, hipercàpnia.
- Patologia infecciosa: sèpsia, meningoencefalitis.
- Alteracions metabòliques: hiponatrèmia o hipernatrèmia, hipercalcèmia, encefalopatia hepàtica, insuficiència renal.
- Patologia endocrina: hipoglucèmia, cetoacidosis diabètica, tirotoxicosi, crisi addisoniana.
- Patologia neurològica: accident cerebral vascular, hematoma subdural, hemorràgia subaracnoidal, epilèpsia.
- Altres: dolor no controlat, privació sensorial, depressió greu.

El procés diagnòstic ha de ser especialment acurat quan se sospita d'una SAA en els i les pacients amb un trastorn per consum d'alcohol ingressats per patologia mèdica aguda o en el postoperatori de qualsevol cirurgia, ja que en aquests casos la presència de malalties associades és gairebé sempre la norma.

Des del punt de vista de la patologia psiquiàtrica, la presència d'al·lucinacions, idees delirants, alteracions del llenguatge o agitació fa imprescindible distingir el quadre de DT dels trastorns psicòtics primaris, com l'esquizofrènia, o bé d'altres trastorns amb una simptomatologia psicòtica, com alguns quadres maníacs o depressius. En el DT la simptomatologia psicòtica és generalment fluctuant, fragmentada i escassament estructurada i sistematitzada. Aquests símptomes es presenten dins el context d'una disminució de la capacitat per mantenir i dirigir l'atenció i poden estar freqüentment associades a alteracions de l'EEG. Les alteracions cognoscitives o la desorientació són típiques del DT i no es produeixen en els trastorns psicòtics primaris. La presència d'al·lucinacions de tipus visual, molt freqüents en el DT i en l'abstinència alcohòlica menor, és poc característica dels trastorns psicòtics. Un altre quadre en el qual cal efectuar un diagnòstic diferencial és l'al·lucinosi alcohòlica, que apareix en pacients amb un trastorn per consum d'alcohol després de períodes de consum intens o durant aquests, i consisteix en la percepció d'al·lucinacions normalment auditives intenses, d'inici agut i en una situació de consciència no alterada, fet que diferencia l'al·lucinosi del DT.

6.2.6 CRITERIS I PAUTES PER A LA DESINTOXICACIÓ HOSPITALÀRIA

La desintoxicació és el conjunt de mesures ambientals i farmacològiques que permeten aconseguir que la persona amb trastorn per consum d'alcohol interrompi

6

el consum habitual d'alcohol sense presentar signes ni símptomes d'abstinència.

La situació i el tractament seran diferents si es tracta d'una desintoxicació programada, és a dir, la desintoxicació és el motiu de l'ingrés hospitalari, o una desintoxicació oportunista, quan el o la pacient ingressa per qualsevol altre motiu i s'aprofita l'ingrés per desintoxicar-lo, alhora que es fa la prevenció o el tractament de la síndrome d'abstinència. S'han de tenir en compte altres factors acompanyants, com la patologia crònica i/o aguda de l'ingrés actual, la medicació necessària per aquest motiu i les possibles interaccions amb la medicació habitual del o la pacient.

Objectius de la desintoxicació

- Els objectius de la desintoxicació són:
- Prevenir la síndrome d'abstinència i l'encefalopatia de Wernicke-Korsakoff.
- Facilitar la decisió d'abandonar el consum d'alcohol.
- Detectar i avaluar altres trastorns mèdics, psiquiàtrics i addictius associats.
- Dissenyar un pla terapèutic integrat i a llarg termini.

Criteris per iniciar una desintoxicació

- Consum d'alcohol molt elevat que requereix una pauta farmacològica alta.
- Presència de simptomatologia d'abstinència matutina que requereix ingesta en dejú.
- Patologia orgànica que requereix control.
- Antecedents de simptomatologia d'abstinència severa: delírium tràmens (DT), crisis comicials.
- Intents previs de desintoxicació ambulatoria.
- Falta de suport familiar i/o social.
- Consum concomitant d'altres drogues.
- Patologia psiquiàtrica associada, valorant sempre si el o la pacient és susceptible de sala oberta o tancada.
- Sensació subjectiva del pacient de no poder deixar l'alcohol sense suport farmacològic.

No es recomana la desintoxicació

- Quan el o la pacient begui de manera intermitent i faci més de 72 hores que no beu i no s'hagin observat signes ni/o símptomes d'abstinència.
- Quan el o la pacient no accepti mantenir-se abstinent en el curs de la desintoxicació (habitualment en la desintoxicació ambulatoria).

Fàrmacs utilitzats en la desintoxicació i el tractament de la síndrome d'abstinència

L'existència d'una tolerància creuada entre l'alcohol i la nombrosa medicació sedant és la base del tractament farmacològic de la deprivació. L'alcohol és reemplaçat per una substància farmacològicament activa del mateix tipus, però amb una durada d'acció més llarga, amb una dosi progressivament reduïda i durant el temps suficient per permetre el reequilibri de l'hemostàsia fisiològica (Lingford-Hughes, A., et al., 2001).

La [taula 6.2](#) mostra els fàrmacs que es fan servir més freqüentment en la profilaxi i el tractament de la síndrome d'abstinència alcohòlica. Les benzodiazepines continuen sent el pilar del tractament de la SAA simple i del delírium trèmens. Les **benzodiazepines** d'acció perllongada, com el clordiazepòxid o diazepam, són d'elecció i poden facilitar una desintoxicació més suau que les benzodiazepines d'acció curta, però no hi ha dades que donin suport a la superioritat d'una benzodiazepina sobre l'altra. Els i les pacients d'edat avançada o aquells/es amb una malaltia hepàtica significativa poden tenir-ne més acumulació i la disminució de l'aclariment de les benzodiazepines d'acció perllongada, i el lorazepam pot ser preferible en aquests pacients. Els efectes secundaris associats a l'ús de benzodiazepines són la depressió respiratòria i l'augment de la secreció bronquial i l'hemòlisi intravascular, el descens de la pressió arterial i la taquicàrdia i l'alt risc de crear dependència. Com a contraindicacions hi ha la hipotensió, la insuficiència respiratòria greu o la MPOC amb hipercàpnia.

El **clometiazole** s'ha utilitzat en el tractament de la síndrome d'abstinència alcohòlica principalment a Europa. La informació disponible sobre la seva eficàcia procedent d'assajos clínics és limitada, i no ha estat aprovat per la FDA per al seu ús als Estats Units. No obstant això, existeixen evidències que és superior al placebo en el control dels símptomes de l'abstinència alcohòlica i, en la pràctica diària, ha demostrat que és efectiu per tractar l'abstinència i prevenir el DT. El clometiazole presenta diversos inconvenients, sobretot si el comparem amb les benzodiazepines d'acció perllongada, en què l'inconvenient principal és la manca d'un antídote en cas de sobredosificació. A més, té una vida mitjana curta, la qual cosa li atorga un potencial addictiu molt elevat, amb risc de desenvolupar tolerància i abstinència si l'ús es perllonga de manera continuada més enllà de set dies. Actualment no hi ha disponible cap fórmula per a la seva administració parenteral. Com a normal general, cal dir que el tractament en general s'ha d'instaurar almenys sis hores després de la darrera ingesta. La pauta

6

varia en funció de la quantitat d'alcohol/pur ingerit per dia i l'estat orgànic del o la pacient. El primer dia s'instaurarà una pauta descendent que finalitzarà el dia de l'alta, o abans si l'ingrés és més perllongat que la pauta de desintoxicació.

El **baclofèn** pot ser útil en pacients amb hepatopatia i per reduir les dosis de benzodiazepines.

Els i les pacients amb símptomes refractaris a dosis altes de benzodiazepines poden requerir l'addició d'una medicació de rescat com el **fenobarbital**; el **propofol**, preferiblement en aquells que han de ser intubats, o la **dexmedetomidina**, en pacients no intubats.

Els **anticomercials** (carbamazepina, valproic, gabapentina) podrien tenir un paper en la desintoxicació programada en pacients amb una SAA de lleu a moderada. Entre els anticomercials que s'han assajat en el tractament de la SAA, l'únic que ha mostrat evidència científica és la **carbamazepina**. Una revisió recent de la Cochrane Library conclou que no hi ha prou evidències com per recomanar els anticomercials de manera global com a tractament de primera línia de la SAA, però que sí que existeixen dades a favor de l'ús de la carbamazepina. La carbamazepina és un fàrmac amb activitat anticomercial que actua sobre els sistemes del GABA i el glutamat i que pot prevenir el desenvolupament de convulsions. A més, no interacciona amb l'etanol, no crea dependència, es tolera bé en cas d'insuficiència hepàtica, millora les alteracions del son i evita l'empitjorament de la severitat clínica de la SAA (efecte antikindling). **L'oxcarbazepina** amb un perfil similar a la seva antecessora, la carbamazepina, ha estat recomanada com a fàrmac alternatiu al tractament de desintoxicació d'alcohol i de benzodiazepines per l'Associació Britànica de Psicofarmacologia de la Universitat de Bristol (Anglaterra). Pot ser a més útil com a fàrmac de continuació de tractament de la deshabitació alcohòlica pel seu potencial efecte anticraving.

El **topiramát** és un fàrmac prometedor amb estudis que comencen a avalar-ne la utilitat també amb efecte anticraving. Bobes J. et al., (2004), en un estudi de doble cec, aleatoritzat de 12 setmanes de durada utilitzant topiramát vs. placebo amb una mostra de 150 pacients (21-65 anys) amb dependència a alcohol (DSM-IV), amb revisió setmanal del compliment del tractament. Els resultats són la disminució del nombre de begudes/dia, la disminució dels dies de consum intens i l'augment dels dies d'abstinència amb diferència significativa entre placebo i topiramát (Johnson, B.A. et al. (2003 i 2004).

Altres medicaments, com els **betabloquejadors** o els **neuroleptics**, poden oferir un benefici addicional en pacients seleccionats, però no s'han de fer servir en la monoteràpia. Altres fàrmacs, com la tiaprida, també s'han fer servir en monoteràpia o combinat amb altres fàrmacs (Soylka, 2006).

La **tiaprida** és un fàrmac que cal tenir en compte en pacients amb hepatopatia greu. Com a efecte secundari hi ha la síndrome extrapiramidal. S'ha de destacar

que la tiaprida no té activitat anticomicial i no va tenir efecte en la prevenció de crisis epilèptiques, i no és clar que previngui el delírium trèmens. Té una utilitat limitada en el tractament de l'abstinència alcohòlica en el mitjà hospitalari, especialment en pacients amb risc de desenvolupar aquestes complicacions. Atesa l'acció anticolinèrgica que té, juntament amb la baixa eficàcia per a la desintoxicació, es desaconsella quan el CIWA presenta puntuacions per sobre de 16, per la qual cosa s'ha de considerar com una alternativa al tractament convencional només en casos seleccionats, o com a adjuvant en el control de l'agitació moderada. La pauta s'inicia amb tres comprimits cada 8 hores i es disminueix gradualment.

Taula 6.2. Fàrmacs usats en el tractament de l'abstinència a alcohol

Nom	Nom Comercial	Presentacions	Forma D'administració	Posologia	Precaucions	Altres
Diazepam	Diazepam Prodes© Valium©	✓Comprimits 5 mg i 10 mg ✓Ampolles 2 ml amb 10 mg (5 mg/ml)	1. VO 2. IM (no recomanat) 3. IV directa: administrar sense diluir o diluïda amb 2 cc SF en 2 minuts 4. IV. perfusió: 5 ampolles en 500 cc SG5% o SF (0,1 mg/ml)	Profilaxi: de 5 mg a 10 mg cada 12 o 8 hores (segons el risc) Tractament: per via oral segons la pauta triada Per via endovenosa: bolus lents de 5 mg a 15 mg; en perfusió iniciar a 20-30 ml/h i ajustar segons resposta	✓Depressió respiratòria ✓Risc d'encefalopatia en insuficiència hepàtica	✓Fer servir un flascó de vidre ✓Protegir de la llum ✓No fer servir concentracions més elevades: pot precipitar
Loracepam	Orifidal©	✓Comprimits 1 mg	1. VO	Profilaxi: 1 o 2 comprimits cada 6-8 hores, segons el risc	✓Depressió respiratòria	✓Hi ha una presentació oral de 5 mg (ldalprem©), no disponible a farmàcia
Midazolam	Dormicum©	✓Ampolles 3 ml amb 15 mg o 10 ml amb 50 mg (5 mg/ml)	1. IV. directa: o en perfusió	Tractament: dosi de càrrega entre 0,03 i 0,3 mg/kg en 15 minuts; manteniment a 0,03-0,2 mg/kg/h	✓Depressió respiratòria	✓Protegir de la llum ✓Ús en Unitats de Medicina Intensiva

6

Baclofè	Lioresal©	✓ Comprimits de 10 mg i de 25 mg	1. VO	Profilaxi: per via oral 5-10 mg cada 8 h Tractament: per via oral 10 mg cada 8 h	✓ Depressió respiratòria ✓ Risc d'encefalopatia en insuficiència renal severa	
Clometiazol	Distraneurine©	✓ Càpsules 192 mg	2. VO	Profilaxi: 1 o 2 càpsules cada 6-8 hores (segons risc i funció hepàtica)	✓ Reduir dosi al 50% si insuficiència hepàtica	✓ Es pot administrar el contingut per SNG amb 15 cc d'H ₂ O
Propranolol	Sumial©	✓ Comprimits 10 i 40 mg ✓ Ampolles 5 ml amb 5 mg (1 mg/ml)	1. VO 2. IV. directa: administrar 1 cc cada 2 minuts fins assolir objectiu o una dosi màxima de 10 mg 3. IV. en perfusió: 1 ampolla en 250 cc SG5% (0,02 mg/ml)	Adjuvant (hiperadrenèrgia)	✓ Hipotensió ✓ Bradicàrdia ✓ Precaució en MPOC	✓ Administrar si és possible en els àpats
Clonidina	Catapresán©	✓ Comprimits 0,15 mg	1. VO	Adjuvant (hiperadrenèrgia, abstinència a opioïdes) Dosi de 0,08 a 0,15 mg cada 8 h	✓ Hipotensió i bradicàrdia	✓ Hi ha suspensió oral per si cal administrar per SNG
Dexmedetomidina	Dexdor ©	✓ Ampolles de 2 ml amb 200 mcg (100 mcg/ml) ✓ Vials de 10ml amb 1.000 mcg (100 mcg/ml)	1. IV. en perfusió diluïda amb un dispositiu de perfusió controlada	Adjuvant (hiperadrenèrgia) Dosi: 0,2-1,4 mcg/kg/h	✓ Hipotensió i bradicàrdia	
Fenobarbital	Luminal ©	✓ Ampolles d'1 ml amb 200 mg (200 mg/ml)	1. IM., IV.	Adjuvant (si DT o requeriments elevats de benzodiazepines) Dosi 100-320 mg via IM. o, diluït, via IV lenta	✓ Estret marge terapèutic ✓ Risc de sedació excessiva ✓ Interacció amb altres fàrmacs	✓ Ús en Unitats de Medicina Intensiva

Propofol	Propofol©	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ampolles de 20 ml amb 200 mg (10 mg/ml) 	1. IV.	Adjuvant (si DT o requeriments elevats de benzodiazepines) Dosi: 1 a 10 mg/kg/hora en perfusió contínua	✓ Hipotensió	✓ Ús en Unitats de Medicina Intensiva
Tiaprida	Tiaprizal©	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comp. 100 mg ✓ Amp 100 mg / 2 ml 	1. Oral (no a farmàcia de l'hospital) 2. IM., IV.	Adjuvant: 100-800 mg/d via oral, intramuscular, intravenosa durant 5-7 dies.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bradicardia ✓ Extrapiramidalisme ✓ Síndrome neurolèptica maligna, arítmies (rar) 	✓ Ajustar dosi en gent gran, insuficiència renal
Haloperidol	Haloperidol©	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gotes 2 mg/ml; 1 gota = 0.1 mg ✓ Comprimits 10 mg ✓ Ampolles 1 ml amb 5 mg (5 mg/ml) 	1. VO 2. IM. 3. IV (no recomanat)	Adjuvant (al·lucinacions, agitació)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Extrapiramidalisme ✓ Síndrome neurolèptica maligna, arítmies (rar) ✓ Reduir al 50% la dosi en ancians 	✓ Per via oral no mesclar amb cafè o té. Millor administrar amb menjar (gastritis)
Carbamacepina	Tegretol©	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprimits 200 mg 	2. VO	Adjuvant (convulsions)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar 50% dosi en insuficiència hepàtica, insuficiència renal i gent gran 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar si és possible en els àpats ✓ Dosi màxima diària: 2 g
Magnesi	Magnogene© Sulmetin©	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprimits 51,4 mg = 4,25 mEq Mg (sal halògena de Cl, Br, I i F) ✓ Ampolles 10 ml amb 12 mEq = 150 mg Mg (1,2 mEq/ml = 15 mg/ml) 	1. VO 2. IV. en perfusió: administrar sempre diluït, sense excedir 1,2 mEq/min (p. ex: 1 ampolla en 100 cc SG 5% en 15' en cas d'urgència, o 2 ampolles en 500 cc SG 5% en 12 hores com a manteniment)	Correcció dèficit: 0,5-1 mEq/kg en 24 hores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risc d'hipermagnesèmia ✓ Reduir 50% o més la dosi en insuficiència renal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La formulació iv. és difícil de trobar! ✓ Monitorar reflex rotulà, creatinina i Mg sèric cada 24 hores

6

Tiamina (piridoxina, vitamina B1)	Benerva©	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprimits 300 mg ✓ Ampolles 1 ml amb 100 mg (100 mg/ml) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. VO 2. MI 3. IV (no recomanat) 	<p>Prevenió encefalopatia Wernicke: 50-100 mg / 24 h i.m x 3 dies + pas a manteniment per via oral</p> <p>Si cal usar iv.: 1 ampolla en 500 mg SF o SG 5% per passar en 6-12 hores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Risc d'anafilaxi en administració iv 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sovint la formulació oral administrada és l'Hidroxil (B1, B6 i B12) o el Dayamineral (polivitamínic + oligoelements), segons els dèficits associats presents
-----------------------------------	----------	---	--	--	--	--

Pautes per a la desintoxicació

Dosi fixa amb pauta descendent

A Europa generalment s'administra la medicació amb una reducció progressiva, tot i que en el moment de l'administració no hi hagi simptomatologia d'abstinència, és a dir, es prevenen els símptomes d'abstinència.

La dosi inicial es repeteix quatre cops el primer dia, amb una disminució de la dosi en un 5% cada dia durant quatre dies (total: 20%). El 80% restant es redueix en els cinc o set dies següents, a raó del 25-30% al dia fins que s'elimini el fàrmac. La [taula 6.3](#) mostra un exemple de dosi fixa amb pauta descendent

Taula 6.3. Exemples de pautes en dosis fixes amb pauta descendent

Dia	Pauta 1	Pauta 2	Pauta 3 **	Pauta 4 **		
1	2-2-3	4-3-4	4-4-4-4	3 comp. cada 3 h o 4 comp. cada 6 h		
2	2-2-2	3-3-3	4-3-3-4			
3	2-1-2	2-2-3	4-4-4	Sèrum glucosat 5% Sèrum fisiològic	500 cc cada 12 h 500 cc cada 12 h	Alterns
4	1-1-2	2-1-2	3-3-4			

5	1-1-1	1-1-1	3-2-3	Cl K (segons ionograma) \geq 100 mEq en sèrum Si precisa sedació: vegeu el protocol de sedació (annex 5) Piracetam \geq 3 vial en sèrum
6	1-0-1	1-0-1	2-2-2	
7	1-0-0	1-0-0	1-1-2	
8			1-0-1	
9			1-0-0	

** En aquest cas caldrà allargar l'ingrés uns 2-3 dies.

Mètode de càrrega: diazepam-loading

Més utilitzat als Estat Units. S'observa l'evolució del o la pacient i quan apareix la simptomatologia d'abstinència es comença a medicar.

Aquest tipus d'administració s'ha proposat per a la prescripció de benzodiazepines d'acció perllongada, com el diazepam. El mètode de càrrega escurça el període de desintoxicació i evita l'ús indiscriminat de medicació.

La medicació més utilitzada és el diazepam, pels seus efectes anticòmicals i pel seu metabòlit actiu de llarga vida mitjana. S'administra una dosi elevada d'atac de la benzodiazepina (ex. 20 mg de diazepam cada hora o cada dues hores) fins que el o la pacient bé mostra una millora clínica, bé experimenta sedació. S'objectiva quan s'observa que l'escala de CIWA-Ar disminueix per sota de deu. No necessita cap pauta decreixent posterior, atès l'efecte espontani d'autoreducció dels nivells plasmàtics de desmetildiazepam durant els dies següents.

Teràpia en funció dels símptomes o segons la intensitat de la història clínica

Consisteix en el monitoratge del o la pacient mitjançant l'escala de CIWA-Ar i l'administració de medicació, només quan el pacient presenta símptomes de privació alcohòlica. S'ha de tenir en compte que la puntuació del CIWA-AR disminueix més lentament en pacients que han fet desintoxicacions prèvies.

La pauta s'adapta segons l'aparició o la intensitat dels símptomes d'abstinència, que es poden mesurar per l'escala de valoració de l'abstinència CIWA-Ar (taula 2.7). Una puntuació inferior a 10 reflecteix una abstinència lleugera i permet que el tractament sigui només amb mesures de suport. Una puntuació entre 10 i 20 evidencia una abstinència lleugera o moderada i comporta l'establiment d'una pauta decreixent de

6

benzodiazepines. Finalment, una puntuació superior a 20 indica una abstinència greu en què apareixen símptomes d'intensa hiperactivitat vegetativa, estats confús-onírics i crisis convulsives que requereixen dosis elevades de benzodiazepines. La [taula 6.4](#) i la [taula 6.5](#) mostren exemples de pautes de tractament segons els símptomes.

Existeix també evidència científica des dels anys 80 sobre l'efectivitat de la carbamazepina com a fàrmac per a la desintoxicació alcohòlica.

Taula 6.4. Exemples de tractament segons la intensitat de la clínica. (Rubio, D. M., et al., 2014).

Fàrmac	CIWA 10-20 (SAA moderat)	CIWA >20 (SAA greu)
Clorazepat dipotàsic	15-150 mg/dia VO	100-200 mg/dia
Diazepam	30-60 mg/dia VO	10-20 mg / 1-2 hores fins a sedació
Lorazepam	1 mg / 6-8 hores VO	2-4 mg / 1-2 hores fins a sedació
Clometiazol	Entre 1.920 mg (10 comp.) i 2.304 mg (12 comp.)/dia	Entre 2.688 mg (14 comp.) i 3.072 mg (16 comp.)/dia
Tiapride	3 comp./ 8 h	Desaconsellat

Taula 6.5. Exemples de tractament de l'abstinència alcohòlica segons símptomes clínics (Rubino, F. A. 1992)

Síntoma clínic	Fàrmac	Via	Dosi	Comentari
----------------	--------	-----	------	-----------

Tremolor i agitació de lleu a moderada	Diazepam	Oral	5-20 mg / 4-6 h	La dosi inicial s'ha de repetir cada dues hores fins que el o la pacient es calmi; després les dosis s'han d'individualitzar.
Al·lucinosis	Lorazepam	Oral	2-10 mg / 4-6 h	
Crisis convulsives en l'abstinència	Diazepam Clonazepam	IV	0,15 mg/kg a 2,5 mg/min 1 mg/ 15 m fins a 4 mg/dia	

6.2.7 ABSTINÈNCIA AL SERVEI D'URGÈNCIES

En pacients atesos al Servei d'Urgències, un cop se n'ha diagnosticat l'abstinència, cal decidir si el o la pacient necessita ingrés hospitalari per administrar el tractament i la pauta terapèutica que cal proporcionar. En pacients ingressats només cal decidir la pauta de tractament.

No tots els i les pacients amb clínica d'abstinència que es diagnostiquen al Servei d'Urgències requereixen ingrés per assegurar-ne un tractament correcte. El tractament es pot efectuar de manera ambulatoria en pacients que presenten puntuacions CIWA-Ar inferiors a 15 i es mostren disposats a col·laborar, sempre que no presentin contraindicacions.

Les contraindicacions per a la desintoxicació ambulatoria són:

- Absolutes: gestació, patologia mèdica o psiquiàtrica aguda associades, ús concomitant d'altres tòxics o psicofàrmacs (excepte tabac i cafeïna), impossibilitat d'assegurar el control per part d'una tercera persona o de seguiment per part de personal sanitari.
- Relatives: antecedents de convulsions o DT, patró de consum impulsiu (en dejú, abstinència matutina, ingesta superior a 25 UBE/dia) o craving elevat.

Les puntuacions CIWA-Ar superiors a 15 són indicació d'ingrés, ja que el risc de convulsions o d'entrada en delírium trèmens és elevat.

6.2.8 TRACTAMENT NO FARMACOLÒGIC

L'internament per desintoxicar té una durada mitjana de set dies, en una desintoxicació programada, atès que no existeixen dades que avalin uns resultats terapèutics millors

6

en ingressos d'estada més llarga.

És també un moment ideal per iniciar el **tractament psicològic**, tant en l'àmbit individual com en el grupal (9). L'avaluació psicològica del o la pacient amb trastorn per consum d'alcohol, en el procés de desintoxicació, comprèn diferents àrees i cal establir, a més, els objectius, els mitjans, els costos i el moment en què efectuem l'exploració i les possibles interferències.

Els objectius del **tractament psicològic** són:

- Avaluar la severitat de la dependència.
- Estudiar la personalitat.
- Motivar per fer el tractament i avaluar l'estadi del canvi en què es troba la persona.
- Analitzar les raons per les quals s'ha tornat a beure en els casos de reingressos per recaiguda.

L'**abordatge social** que es porta a terme a la sala de desintoxicació hospitalària està dissenyat d'acord amb les necessitats específiques d'una unitat hospitalària de desintoxicació, atès que la importància de la intervenció social es fa, sobretot, en l'àmbit ambulatori. Per tant, el treballador/a social (TS) intervé d'una manera molt determinada en les tasques relacionades amb l'ingrés.

El TS ha de buscar recursos encaminats a prestar aquesta ajuda i que siguin adequats a cada pacient. Atès que el temps d'estada hospitalària és molt limitat i que són la persona i la seva família qui han de valorar i decidir si el recurs utilitzat és el més adequat, tant per la seva situació econòmica com per la seva situació social, familiar i laboral, tots els tràmits s'han de fer abans de programar l'ingrés i, una vegada organitzat, l'ingrés podrà ser preferent.

També, en moltes ocasions, és desaconsella programar un ingrés si abans no es canvia la situació social o familiar de la persona. Així, la cerca i la localització de recursos és una de les tasques principals per poder programar un ingrés.

L'**abordatge infermer** comporta:

- Control i dispensació de la medicació.
- Control de constants vitals: pressió arterial, pulsacions, temperatura i, si escau, nivells de glucèmia o d'altres.
- Control de la dieta i del son.

- Control d'ansietat: medicació i/o contenció verbal.
- Control del risc potencial d'accidents.

Infermeria realitza el passi pautat del qüestionari CIWA-Ar i té conjuntament amb l'altre personal sanitari un contacte estret amb el pacient, així poden avaluar l'estat global del o la pacient dia a dia.

RESOLUCIÓ DEL CAS

El traumatòleg valora la Margarida per a decidir la pauta de tractament mèdic per a tractar la síndrome d'abstinència lleu menor d'aquesta pacient. Per prendre la decisió va valorar la quantitat consumida, la presència de símptomes lleus, la història d'ús de benzodiazepines orals i l'absència d'altres criteris de mal pronòstic. Es va començar tractament amb lorazepam 1 mg cada 8 hores, per l'antecedent d'alteració de la bioquímica hepàtica. Els controls posteriors amb la CIWA-Ar varen revelar puntuacions baixes, pel qual a les 24 hores es va començar la pauta descendent per suspendre el lorazepam en 4 dies.

En aquest cas, donada l'absència d'història d'insuficiència hepàtica el diazepam oral hagués estat també una bona alternativa.

6.3 L'HOSPITALITZACIÓ COM A PART D'UN PROCÉS TERAPÈUTIC. CONDICIONS PER A L'ALTA HOSPITALÀRIA. CRITERIS I ESTRATÈGIES DE DERIVACIÓ A ALTRES CENTRES AMBULATORIS (ESPECIALITZATS O NO ESPECIALITZATS) I HOSPITALARIS

Autors/es: J. Checa i S. Mondon

L'abús i la dependència de l'alcohol són trastorns comòrbids freqüents entre la població hospitalitzada i, sovint, estan directament o indirecta relacionats amb el motiu d'ingrés. Si es vincula la patologia atesa amb la dependència alcohòlica, l'alternativa més correcte és mirar de tractar-la. Per tant, a més de tractar la patologia aguda, l'estada a l'hospital hauria de servir per orientar i per intentar posar en marxa un procés terapèutic amb objectius més amplis.

El registre del consum d'alcohol s'hauria de fer a tots els i les pacients que ingressin a l'hospital general i anotar-se a la seva història clínica. És una dada que no només pot permetre entendre millor el procés patològic actual, sinó que també permet tenir informació global pel que fa a la salut sobre l'impacte del consum d'alcohol en l'hospitalització general. Serveix per descartar la participació d'aquest factor en els algorismes diagnòstics, mentre dona a la persona un missatge implícit, de tipus preventiu, que vincula l'hàbit de beure amb la salut.

6

Un cop s'ha reconegut l'addicció i les seves conseqüències, el pas següent consisteix a generar motivació suficient per aconseguir superar-la. Quan és el cas, convé ajudar el o la pacient a adquirir consciència de la malaltia alcohòlica. Aquest és un objectiu clau, que s'assoleix amb més facilitat si s'estableix una relació terapèutica de confiança. Amb arguments racionals i emocionals s'enceta un procés laboriós, d'adquisició de voluntat i de desig de superació. Una evolució que convé reforçar més enllà del dia de l'alta hospitalària i que, per tant, justifica l'exploració de l'entorn i la derivació a altres recursos comunitaris.

L'experiència demostra que l'addicció admet tractament i que el seu pronòstic millora amb el seguiment continuat i amb estratègies combinades d'àmbit personal, familiar i social.

La dependència de l'alcohol configura una patologia amb etiologia multifactorial que habitualment té anys d'evolució i, per tant, diferents fases (Soyka, M., 1997).

Així doncs, el seu tractament és complex, dinàmic i llarg i consta també de diverses fases, com mostra la **taula 6.6**, i és necessària la intervenció dels i les professionals adients (Kaplan, H., et al., 2000). Tot just s'inicia un període d'abstinència, s'intenta mantenir i convertir-lo, per diferents vies, en una oportunitat de canvi permanent.

Taula 6.6. Fases del tractament de la dependència de l'alcohol

FASE INICIAL:	DESINTOXICACIÓ
FASE INTERMÈDIA:	DESHABITUACIÓ
FASE FINAL:	REHABILITACIÓ

6.3.1 LA CONTINUÏTAT EN L'ASSISTÈNCIA

La continuïtat del procés terapèutic depèn de diferents factors, alguns més controlables que d'altres. De manera esquemàtica, entren en joc factors particulars de cada cas clínic i factors relatius al sistema d'assistència. De la mateixa manera, com que és convenient el treball sobre el o la pacient i el seu entorn, és igualment aconsellable establir circuits adequats de col·laboració externa, d'acord amb els recursos que

prossegueixen l'atenció clínica i social.

En el trastorn per consum d'alcohol, com en qualsevol trastorn relacionat amb l'ús de substàncies, un equip multidisciplinari es trobarà sempre en millors condicions per fer avaluacions i per establir les línies de treball més oportunes.

Les estratègies escollides variaran en funció de la gravetat o la complexitat dels casos i, sens dubte, segons la disposició dels i les pacients i les seves famílies. Finalment, un bon procés de derivació aportarà agilitat i coherència al procés iniciat.

La **taula 6.7** resumeix les principals variables que condicionen la tria i la viabilitat dels recorreguts clínics i socials recomanats a l'alta hospitalària. Unes estan marcades per les particularitats de cada situació clínica, mentre que les altres pertanyen a les capacitats professionals i les característiques estructurals i funcionals del sistema d'atenció socio sanitària.

Taula 6.7. Factors particulars relacionats amb la continuïtat assistencial

Estat orgànic
Psicopatologia
Situació familiar
Situació social (habitatge, treball, economia, condició legal)
Consciència de malaltia i demanda d'ajut

6.3.2 FACTORS PROPIS DE CADA CAS

L'estat físic condiona l'estada a l'hospital i, amb bona lògica, ha de rebre l'atenció adequada una vegada hagi finalitzat l'ingrés. El retorn a l'atenció primària i la sol·licitud de tractaments en recursos específics per a patologies concretes forma part dels recorreguts plantejats amb més freqüència.

Entre les mesures preventives, la necessitat de controlar l'abstinència enòlica justifica planejar la derivació als centres especialitzats en el tractament de les addiccions. L'argument de la salut s'utilitza sovint per provar de convèncer el o la pacient de la necessitat de deixar de beure alcohol. No obstant això, és una raó que té una força relativa sobre la dependència. Habitualment impressiona en un primer moment, però si no s'acompanya d'altres motivacions, un cop s'ha recuperat cert benestar o s'ha acceptat la discapacitat, deixa de tenir aquest efecte. Un conjunt de guanys

6

desitjables, entre els quals comptin especialment els emocionals, acostuma a ser més poderós per aconseguir el canvi.

Com s'ha comentat prèviament, és important obtenir una bona orientació diagnòstica de la psicopatologia comòrbida, perquè afecta sensiblement el curs clínic. Es poden detectar diferents trastorns psiquiàtrics clàssics (depressió de l'estat d'ànim, trastorns de personalitat, etc.) i altres trastorns relacionats amb el consum de substàncies.

Tenir-los presents ajuda a donar una atenció més precisa i útil. Cal comptar, per tant, amb la interconsulta psiquiàtrica quan es plantegen dubtes. La psicopatologia present marcarà les possibilitats de derivació posterior, aportarà un element de pes en alguns casos i, en cas contrari, la complicarà quan les característiques del propi trastorn dificultin l'acceptació dels problemes o la voluntat de resoldre'ls.

Una situació semblant es produeix amb la valoració neurològica, perquè el trastorn per consum d'alcohol pot causar dèficits greus, alguns dels quals fan pensar en diagnòstics diferencials de tipus psiquiàtric.

La **participació familiar** és influent en els casos marcats per la dependència de substàncies. Amb certa freqüència, les demandes amb més neguit i insistència arriben des de les persones que constitueixen l'entorn de la persona. Acostumen a ser demandes lícites, si es miren des d'una òptica global de salut comunitària, ja que pretenen aprofitar la situació d'ingrés per resoldre altres problemes que superen els orgànics personals. Entre les peticions més habituals hi ha, per descomptat, la de demanar que es gestioni amb eficiència la continuïtat assistencial per, així, aconseguir avançar en el procés de remissió i control del trastorn per consum d'alcohol. En el mateix sentit, les persones acompanyants poden demanar ajut per convèncer el o la pacient de prendre determinades decisions (laborals, econòmiques, etc.) i actuar amb responsabilitat.

Una menció apart mereixen les situacions evidents de deixadesa en les funcions paternes o maternes i, en general, de maltractament familiar. L'equip assistencial ha de pensar en mesures d'advertència i de denúncia, amb les derivacions corresponents.

D'altres vegades, però, les demandes de l'entorn poden ser sospitoses d'intencions manipuladores. Moguts per interessos velats, algunes famílies poden insistir a recaptar informació tendenciosa o obtenir determinades recomanacions facultatives que els donin avantatges legals. Val la pena detectar l'existència de litigis, com les peticions de divorci o d'incapacitació, abans de prendre decisions que puguin afectar els drets dels i les pacients.

Per norma general, la família té cabuda a l'hora de plantejar derivacions. Des d'una posició col·laboradora, encarregant-se de l'acompanyament i de la gestió de cites

en els llocs de derivació, etc. i, també, des d'una posició en la qual és objecte d'atenció directa. Es poden aconsellar algunes derivacions dirigides a membres de la família quan s'evidencia una simptomatologia clínica, com les crisis d'ansietat o la desesperança, i, sobretot, quan viuen en circumstàncies crítiques, com la violència domèstica. El més habitual, però, és remetre la família a centres de toxicomanies i associacions de persones afectades per assessorar-se quan la persona amb trastorn per consum d'alcohol no vol ser tractada.

La necessitat de contactar amb recursos comunitaris es fa manifesta, molts cops, tot just quan s'ha fet l'avaluació familiar i social.

A l'hospital, la intervenció del personal de treballador social es fa necessària quan la manca de recursos personals o familiars afecten la qualitat o la continuïtat del tractament i/o dificulten el procés d'alta. En moltes ocasions cal contactar amb els serveis socials de primària perquè coneguin la situació actual del cas i puguin atendre les diferents mancances socials. Dificultats com l'aïllament social i la dependència en la cura personal determinen el tipus i l'abast de les necessitats socials. D'altres dificultats, com les econòmiques, laborals, jurídiques o legals, són també objecte de valoració i de consell social.

Per últim, tot i que s'ha assenyalat abans, per la seva importància cabdal és fonamental fer una estimació apropiada de les condicions bàsiques de la vida en l'àmbit familiar, en especial quan hi ha mostres evidents que falla la protecció i la cura dels fills i filles menors d'edat. La presa de decisions, en aquestes circumstàncies, esdevé un dels exercicis professionals sobre el terreny social més delicats i difícils que no es pot passar per alt, però que ha de ser justa i ponderada. És important recórrer als i les professionals en treball social des dels primers dies d'ingrés, tan bon punt es detecten dificultats socials, per donar-los el màxim de temps per avaluar el cas, plantejar les vies de sortida i gestionar-les.

6.3.3 FACTORS DEL CONTEXT ASSISTENCIAL

La relació terapèutica que els equips assistencials estableixen amb els i les pacients amb trastorn per consum d'alcohol i amb les seves famílies és la pedra angular del procés terapèutic de l'addicció. La **taula 6.8** mostra els factors professionals relacionats amb la continuïtat assistencial. L'habilitat dels i les professionals per obtenir credibilitat i establir relacions de confiança amb els i les pacients té un paper fonamental a l'hora de comprovar el seguiment de les indicacions terapèutiques, incloses les derivacions. S'han trobat diferències en l'evolució dels casos segons l'estil de treball terapèutic.

6

Taula 6.8. Factors professionals relacionats amb la continuïtat assistencial

Habilitats interpersonals dels professionals
Avaluació multidisciplinària (inclou l'anàlisi de la demanda)
Tractament de la patologia orgànica i psiquiàtrica
Treball motivacional previ a l'alta hospitalària
Existència de recursos comunitaris
Derivació adequada (oportuna i en sintonia amb el receptor)

La desintoxicació és el conjunt de mesures, bàsicament farmacològiques i ambientals, emprades per aconseguir que un/a pacient amb trastorn per consum d'alcohol interrompi de manera duradora el consum habitual de begudes alcohòliques sense presentar signes ni símptomes d'abstinència.

En el nostre àmbit s'aborda farmacològicament no tant sols la síndrome d'abstinència quan és present, sinó que també es fa una prevenció farmacològica les primeres 48-72 hores posteriors a la interrupció de begudes alcohòliques (Gual, A., 2002). En definitiva, es pot dir que la desintoxicació és el primer pas per abandonar el consum d'una substància que provoca dependència.

És necessari doncs assolir tres objectius:

- Assegurar una desintoxicació en les millors condicions de seguretat i confort.
- Donar temps perquè el o la pacient efectui la seva convalescència emmarcant la desintoxicació com el primer esglaió d'un tractament.
- Permetre que associï benestar i abstinència, lligant el procés a una experiència positiva.

D'altra banda, cal dir que aquest abandó del consum s'entén com una pèrdua i, per tant, com l'inici d'un procés de dol.

És per tot això que els primers contactes amb el o la pacient adquireixen una importància especial, ja que fonamenten la continuïtat del tractament. Aquest procés passa per unes fases amb un límit temporal i demana la seva participació activa.

Tot aquest procés necessita d'un suport familiar, per tant, cal que no es descuidi aquest aspecte del tractament.

La desintoxicació es pot dur a terme en l'àmbit domiciliari, ambulatori o hospitalari.

Els criteris per dur a terme una desintoxicació en l'àmbit hospitalari són:

- Antecedents d'abstinència greus: delírium trèmens...
- Diversos tractaments anteriors fracassats
- Patologia orgànica greu associada
- Patologia psiquiàtrica greu associada
- Escàs suport familiar i/o social

Si la indicació és hospitalària sempre és programada, mai una desintoxicació té criteris d'urgència. La urgència ve donada per la clínica del pacient: delírium, mal estat orgànic o intoxicació aguda greu.

L'ingrés per desintoxicació pot ser breu: al voltant d'una setmana. És un temps fix i protocol·litzat, en què cal reforçar de nou del vincle terapèutic: donar suport a la persona i el seu entorn i integrar-lo en el procés descrit abans.

En aquest context, el paper d'infermeria és fonamental:

- pel contacte continuat i diari amb el o la pacient;
- pel control de la presa de medicació;
- pel tracte, l'observació i la contenció verbal que el personal d'infermeria ben preparat ofereix,
- per la coordinació amb els i les altres professionals.

En moltes ocasions es valora també l'ingrés com un eina per intentar avaluar i diagnosticar l'estat orgànic i/o psiquiàtric, així com per valorar la situació familiar, tot i que la persona no sigui plenament conscient de la seva dependència ni hi hagi cap acceptació o tingui consciència del seu trastorn per consum d'alcohol. En aquests casos, l'objectiu es planteja a més llarg termini i, a vegades, com una reducció de danys.

El fet que el o la pacient estigui en un règim d'internament facilita l'observació i el diagnòstic psicològic continuat, motiu pel qual aquest es veurà sotmès a les variacions pròpies d'un moment tan delicat com és el procés de desintoxicació.

Els **criteris d'alta** són:

- La finalització de la desintoxicació i, per tant, de la pauta decreixent de

6

psicofàrmacs utilitzats.

- L'estabilitat orgànica i psicopatològica del o la pacient.
- L'organització de la postalta amb els recursos adients i personalitzats.

Considerar la desintoxicació i la deshabitució també com un procés de dol és clau per entendre la vivència interna i més realista del o la pacient, per així poder realitzar un abordatge més complet, profund i eficaç del problema.

De fet, la desintoxicació i la deshabitució són processos d'inici paral·lel i estretament relacionats.

És important poder arribar a establir una bona relació terapèutica amb la persona i que aquesta relació ajudi a enfocar correctament l'abordatge multidisciplinari, ja que en tot aquest procés són freqüents els abandonaments i les recaigudes (Gual, A., 1999). En definitiva, l'abstinència no és un fi, sinó un mitjà.

Els objectius finals del tractament es resumeixen en els següents:

- Aprendre a viure en abstinència
- Adquirir consciència de la malaltia
- Comprendre la vinculació patològica establerta amb l'alcohol
- Recuperar les responsabilitats perdudes en l'àmbit familiar, laboral i social

6.3.4 CRITERIS I ESTRATÈGIES DE DERIVACIÓ

És molt important derivar amb sentit i de manera acurada. Per aconseguir-ho surt a compte tenir clar el mapa assistencial i mantenir un cert contacte amb els recursos de la pròpia zona geogràfica. Perquè, a més de diagnosticar i d'iniciar tractaments, també correspon als centres hospitalaris saber remetre les persones als llocs més oportuns, en les millors condicions possibles.

En general, després d'un ingrés hospitalari, les derivacions a altres recursos es basen en la consciència de malaltia que presenti la persona, així com en les demandes d'ajut concretes que provenen d'aquesta o de les persones del seu entorn. El resultat final de les indicacions de continuïtat assistencial, malgrat que siguin oportunes i estiguin ben planificades, depenen molt d'aquests dos factors. Tots dos són susceptibles d'optimització a través d'una relació terapèutica adequada.

Com a criteri cal tenir en compte d'on procedeix el o la pacient.

És important organitzar la derivació per facilitar el tractament posterior i posar les

mesures per evitar que el o la pacient abandoni de manera prematura el tractament.

Aquí cal destacar la importància de la coordinació dels i les professionals que participen en el tractament.

Cal fer extensiva aquesta coordinació a tots els i les professionals que tenen contacte amb la persona perquè la intervenció sigui coherent i eficaç. En tot cas sembla adequat, si no es demostra el contrari, i —tenint en compte que sempre hi ha excepcions— cal almenys a mig termini un seguiment especialitzat com a continuïtat de la desintoxicació.

- **Derivació al CAS de referència:** si prové d'un centre especialitzat d'assistència a drogodependències (CAS), cal que torni al centre d'on prové per seguir tot el procés que s'ha descrit abans.
- **Derivació al CAP:** si prové d'atenció primària, cal que hi torni per fer el seguiment mèdic general i per tornar el feedback al o la professional derivant, però alhora probablement haurà de continuar el tractament especialitzat alcohòlic.
- **Derivació al CSM:** si prové d'un centre de salut mental, cal aclarir si està derivat perquè només té una patologia addictiva i, per tant, s'assumeix el pacient des del CAS, o si cal fer un seguiment conjunt i coordinat per alguna altra patologia psiquiàtrica associada.
- **Derivació a un centre residencial de llarga estada:** en nombroses ocasions cal fer la derivació a unitats de llarga estada. L'ingrés en un centre de llarga estada pot ser, en moltes ocasions, un moment de gran ansietat i malestar per a la persona, motiu pel qual, en molts casos, és recomanable fer una desintoxicació hospitalària prèvia perquè accedeixi a aquest tipus de recursos en les millors condicions possibles, tant psicològicament com orgànicament.

Centres de llarga estada

Són centres de llarga estada tots aquells en els quals la persona disposa d'un alt grau de contenció professional, tant si hi resideix com si s'hi està durant una part del dia. Exemples de centres de llarga estada són:

- Comunitats terapèutiques
- Residències de gent gran
- Centres de dia
- Taller sociolaboral

6

- Albergs
- Pisos terapèutics

En definitiva, tots aquells recursos en què, tant de manera residencial com ambulatoria, la persona s'hi hagi de quedar durant un temps llarg.

El procediment habitual consisteix a posar en contacte la persona amb el recurs. Quan la plaça està disponible es fa l'ingrés i s'organitza la derivació i la coordinació posterior.

Comunitats terapèutiques

Poden ser públiques i subvencionades, privades o de voluntariat. Estan ubicades habitualment en un ambient rural i l'estada varia entre sis mesos i un any. Habitualment, a les comunitats terapèutiques es treballa amb programes pluridisciplinaris.

- Coordinar el procés de derivació i l'accés al recurs de la persona i la família, i facilitar-los la derivació.
- Concertar amb els i les professionals de la comunitat el dia d'accés al recurs i fer coincidir, en la mesura que es pugui, el dia d'alta amb el d'ingrés al centre perquè la persona afectada hi estigui el mínim de temps possible, sense reforç ni contenció.
- Fer la coordinació.
- Informar la persona de tot el que fa referència al recurs al qual anirà i facilitar-li l'accés, quan escaigui, a altres CAS.
- Informar els i les professionals del CAS de les possibles dificultats amb què es poden trobar durant el procés d'ingrés i l'accés al centre.
- Informar la família sobre el recurs i facilitar l'accés al centre a través del CAS de referència.
- Sol·licitar informació sobre l'evolució i l'arribada del o la pacient al centre.
- Coordinar-se amb el centre per seguir l'evolució del o la pacient durant la seva estada i la tornada al centre de referència des d'on ha estat derivat.

Posteriorment, encara hi pot haver la utilització de pisos terapèutics urbans per acabar el procés abans de la reinserció total del o la pacient a la vida normalitzada.

Centres socio-sanitaris

De vegades cal una derivació a un centre sociosanitari: quan les condicions físiques del o la pacient impedeixen que pugui fer una vida independent d'acord amb les seves necessitat bàsiques.

Cal:

- Elaborar un informe social i, juntament amb l'informe mèdic, enviar-lo a la UFISS (Unitat Funcional Interdisciplinària de Seguiment Sociosanitari), on la persona s'inclou en una llista d'espera centralitzada per accedir als diferents centres sociosanitaris que formen la xarxa d'atenció hospitalària.
- Que quan hi hagi una plaça disponible, siguin els i les professionals de la UFISS qui es posen en contacte amb l'equip per organitzar el trasllat.

Quan s'ha realitzat el trasllat al centre, el o la treballador/a social manté la coordinació amb el o la treballadora social, o amb qualsevol altre professional autoritzat del centre, per coordinar l'evolució en aquest centre. A l'alta, és tasca del o la treballador/a social facilitar la continuïtat de la persona en el procés de tractament al seu centre de referència, organitzant les visites de seguiment tant socials com mèdiques o psicològiques.

Hospital psiquiàtric

Altres vegades cal una derivació a un centre psiquiàtric d'estada mitjana o llarga.

La derivació la pot fer, bé el treballador/a social, bé el metge/ssa directament, segons els criteris dels diferents centres i utilitzant els fulls de derivació d'aquests. Durant l'estada al centre el o la treballador/a social es coordina amb el o la treballador/a social d'aquest per coordinar l'alta i la continuació del seguiment ambulatori al seu centre de referència.

La indicació a aquests darrers recursos fa referència a pacients amb les característiques següents:

- Sense suport familiar o social
- Amb un deteriorament cognitiu important
- Amb una patologia psiquiàtrica associada

És a dir, pacients amb pocs recursos interns i necessitat de recursos i controls externs.

Tal com s'ha assenyalat anteriorment, cal que aquesta derivació s'hagi treballat abans de l'ingrés perquè es pugui dur a terme just després de l'ingrés o, en tot cas, sense un interval llarg de temps entre un recurs i un altre.

6

Cal un esforç de previsió i coordinació per poder agilitzar les gestions administratives i, alhora, anar treballant les resistències i dificultats del o la pacient i la família per fer més fluida la derivació, molts cops condicionada per les places limitades existents.

Moltes vegades, i simultàniament, cal una **derivació i un contacte amb els serveis socials** del barri, ja que poden estar derivats des d'allà o cal fer-ne una derivació per diferents mancances socials: econòmiques, aïllament social, etc.

6.4. ATENCIÓ A LES FAMÍLIES

Autors/es: Teresa Felipe Blasco, Josep Checa Soler i Neus Riera Minguet

Els consums abusius i dependents de l'alcohol tenen tendència a afectar la persona d'una manera global. Progressivament, la salut queda compromesa en diferents àmbits, per l'afectació de múltiples funcions i estructures, tant orgàniques com dels àmbits psicològic i social. Per proximitat, el nucli familiar és el sistema de relació més sensible a rebre complicacions, així com també pot ser el més influent en el curs de la malaltia.

Habitualment, la història natural de la major part de bevedors/es problemàtics està relacionada amb la vida familiar, amb una interacció constant. Moltes de les conseqüències del deteriorament personal recauen sobre les famílies, amb greus impactes sobre el clima familiar i les relacions mútues. Les repercussions emocionals traspassen els límits generacionals i provoquen alteracions en la percepció del món, l'autoestima i la forma de relacionar-se amb les altres persones. És ben coneguda la presència de l'alcohol en molts episodis de violència domèstica i de conductes negligents amb menors d'edat.

Així com els problemes dels trastorns per consum d'alcohol transcendeixen els límits personals i, amb freqüència, s'observa més patiment en la família que en la pròpia persona afectada, també s'han trobat avantatges en el fet d'incloure les famílies en els tractaments. Hi ha molt de suport empíric per afirmar que el tractament psicosocial més efectiu és el que incorpora les parelles o altres persones significatives (Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., 2002).

Sempre és important intentar conèixer i prestar atenció a les famílies de les persones amb trastorn per consum d'alcohol que ingressen als centres hospitalaris. Del contacte amb elles en sortirà informació de primera mà, possibilitats de col·laboració i peticions d'ajuda. Una valoració acurada dels casos clínics vinculats al consum d'alcohol ha d'incloure, necessàriament, referències a l'àmbit familiar.

La gran extensió social dels problemes derivats del consum d'alcohol fa que famílies molt diverses es vegin afectades. Tot i l'heterogeneïtat d'aquestes famílies, es poden definir determinades redundàncies en les reaccions familiars i en les característiques de la relació interpersonal. Reconèixer-les ajuda a fer un millor diagnòstic i, per tant,

a donar respostes més coherents, amb una perspectiva de continuïtat assistencial i amb la possibilitat d'incorporar altres accions interessants que promocionen la salut pública.

L'estada hospitalària pot ajudar a les famílies a expressar-se, prendre distància emocional i planificar el futur de la manera més convenient per a elles i per a les persones afectades. Són objectius desitjables, pels quals convé incloure-hi el treball en equip, amb el concurs de professionals de medicina, d'infermeria i de treball social, juntament amb el recurs de la interconsulta de salut mental.

6.4.1 LA COL·LABORACIÓ DE LA FAMÍLIA

Les famílies tenen un paper central en la prevenció i el tractament dels trastorns relacionats amb els consums perjudicials de substàncies, en especial sobre la població més jove. Poden influir-hi tant a favor com en contra, en funció de si promouen factors protectors o de risc (Velleman, R. D., et al., 2005). Davant el trastorn per consum d'alcohol, en la pràctica clínica habitual, és molt recomanable cercar el suport de la família, ja que es mostra potencialment útil per aconseguir que s'iniciïn tractaments i per fer que aquests siguin més eficaços (Copello, A. G., et al., 2005).

Algunes famílies juguen amb desavantatges hereditaris, quant a la vulnerabilitat cap al consum de substàncies. Tot i així, predominen les condicions ambientals i el desenvolupament de recursos personals, tant en l'establiment de les addiccions com en el procés de limitar-les. La influència del genotip s'ha vinculat sobretot amb la iniciació als consums, però molt poc amb el progrés de l'abús a la dependència (Cloninger, C. R., 2004). Queda un ample marge de maniobra per treballar directament sobre les actituds, la responsabilitat i les motivacions individuals i, indirectament, sobre la família, sobretot quan aquesta es presta a col·laborar. La pressió genètica es redueix o es neutralitza en un entorn favorable.

No sempre és fàcil la relació professional amb les famílies de les persones amb trastorn per consum d'alcohol. Ni el món de la salut ni les pròpies famílies es lliuren totalment dels forts estigmes socials que arrossega l'alcoholisme (Sutek, J., et al., 2006). Si són presents, els prejudicis de culpabilitat i els sentiments de vergonya destorben el procés d'establir una relació de confiança, en quedar desqualificats els nuclis familiars en què apareixen i es perpetuen l'abús i la dependència de l'alcohol. Una altra font remarcable de dificultat l'aporten les actituds ambivalents i, fins i tot, de certa complicitat amb la conducta dependent per part d'alguns/es parents molt pròxims. Aquestes actituds assenyalen clarament la forta dependència emocional mútua que governa alguns funcionaments familiars, la qual pot desconcertar o desanimar el personal sanitari. És convenient entendre els moviments de replegament entre alguns/es familiars com a part integrant de la problemàtica global de les addiccions. Va bé de veure aquestes resistències com a reaccions defensives a l'exploració externa, força involuntàries. En realitat, són una prova clara a favor d'incloure intervencions sobre l'entorn familiar

6

entre les propostes terapèutiques per a molts casos d'afectats pels trastorns per consum d'alcohol.

Per col·laborar amb les famílies, la posició professional idònia ha d'incorporar el grau d'empatia suficient cap el nucli familiar, capacitat d'acceptar-ne les opinions, el patiment i les contradiccions que presenta. L'aliança amb la família, però, s'ha de mantenir amb prou neutralitat per no excloure el o la pacient o relegar-lo a una posició passiva. En cas contrari, se'n reforça la imatge d'incapacitat i es provoca més resistència que interès per entrar en tractament. Col·laborar amb les famílies no ha de fer perdre de vista que els canvis més significatius sobre l'addicció només són possibles amb la participació activa de la persona afectada. S'afegeixen, a més, raons d'indole ètica i legal per mantenir l'equidistància entre pacients i familiars. A excepció de les situacions d'incapacitat, els o les persones amb trastorns tenen dret a refutar els tractaments i demanar que es guardi el secret professional també en relació amb la seva família (Franck, J., 2006; Llei 21/2000, de 29 de desembre).

Tanmateix, les famílies més benintencionades solen tenir serioses dificultats per ajudar els o les familiars amb trastorn per consum d'alcohol en el procés de ser tractats/des. Usualment, han de lluitar amb emocions internes contradictòries, mentre topen amb l'ambivalència pròpia de la persona addicta. Per complicar-los més la presa de decisions, les opinions i les directrius dels i les professionals sanitaris que intervenen en el cas o d'altres persones influents poden diferir les unes de les altres, cosa que els fa debatre entre opcions oposades. Unes més exigents, perseguidores o punitives i d'altres més conservadores o permissives, que intenten no pressionar gaire amb la idea de prevenir danys més greus, com ara la desprotecció i la deriva eventual cap a la indigència.

Una barreja d'emocions enfrontades compliquen la tria d'alternatives a la família. D'una banda, acostuma a sentir-se contrariada i experimentar enuig i, fins i tot, ressentiment cap als membres amb trastorns, pel gran patiment que comporta la conducta recurrent de la persona amb trastorn per consum d'alcohol, la qual és considerada egoista i irresponsable. Per aquest tipus de conducta la família sent un desig intens d'exigir canvis a la persona addicta. Simultàniament, i d'altra banda, necessiten mantenir intactes els vincles amb aquestes mateixes persones, ja que són integrants del seu entorn més immediat, dipositaris de les màximes expectatives d'estimació, d'intimitat i de confiança (fills i filles, pares i mares, parelles, etc.). Els mateixos llaços de lleialtat impedeixen a les famílies de trencar la relació sense pagar un preu molt costós, en termes de sentiments de culpabilitat, si decideixen retirar-se, sobretot quan entenen que les deixen desvalgudes, travessant un dels seus pitjors moments.

Algunes famílies se senten totalment incapaces de trencar les seves complicitats amb la situació creada i no coaccionen gens a qui fa els consums perjudicials d'alcohol. En canvi, d'altres poden enfrontar-s'hi amb brusquedat i trencar qualsevol opció al

diàleg. Al voltant del punt mig, les actituds familiars més madures, més sensates i solidàries aportaran el millor tipus de col·laboració del que és capaç cada grup familiar. En la **taula 6.9**, hi consten les principals aportacions útils que es poden esperar de les famílies en la prevenció i en els processos de tractament del trastorn per consum d'alcohol. Tenen el doble valor de ser potencialment útils i de provenir dels recursos propis de cada cas.

Taula 6.9. Col·laboració familiar davant la dependència de l'alcohol

Col·laboració familiar davant la dependència de l'alcohol
Prevenció primària
Atenció al procés psicològic evolutiu en nens i nenes i adolescents
Mostres d'interès i de confiança
Establiment de límits en la conducta infantil i juvenil
Potenciació d'una adquisició d'autonomia progressiva
Entrenament en la resiliència
Atenció als propis hàbits de salut i a la pròpia salut mental
Manteniment d'una relació familiar estructurada i funcional
Estabilitat i suport per part del o la progenitor no alcohòlic
Estabilitat substitutòria per part de la família extensa
Tractament
Preparació:
Proximitat i interès
Contrast d'informació
Introducció d'elements motivacionals (necessitat de tenir cura dels fills i filles...)
Peticions concretes d'ajuda (pel o la pacient, per la família)
Pressió per iniciar tractament
Establiment de límits, condicions per continuar la relació familiar
Denúncia (en cas de maltractament)
En curs:
Aportació de suggeriments i d'idees
Acompanyament i suport emocional
Gestió de cites

6

Aportació de recursos (econòmics, laborals, etc.)
Millora de l'acompliment terapèutic (farmacològic, control contingències)
Reforç per al manteniment de l'abstinència en el consum d'alcohol
Ajut en la reinserció laboral i social
Agent actiu en els canvis
Canvis en la pròpia actitud, conducta, forma de pensar, etc.
Participació en tractaments basats en la relació familiar

6.4.2 LES DEMANDES FAMILIARS

Són múltiples les patologies que requereixen l'ingrés hospitalari i que apareixen relacionades, directament o indirectament, amb el consum d'alcohol. Unes arriben provocades per consums crònics i d'altres, més traumàtiques, arran d'accidents i de lesions intencionades sota l'efecte d'intoxicacions agudes. L'alta prevalença d'unes i d'altres fa que, sovint, els hospitals generals entrin en contacte amb malalts alcohòlics i amb les seves famílies.

El treball assistencial en tots aquests casos es basa en reparar els danys o, si més no, en estabilitzar tant com sigui possible la situació orgànica. La recomanació ulterior d'abstenir-se en el consum d'alcohol és clara i necessària per mantenir les millores, però poc efectiva si no s'acompanya d'algun tipus d'intervenció dirigida a afavorir-la. Malgrat les experiències desagradables, la naturalesa dels trastorns relacionats amb substàncies tendeix a les recidives i, amb elles, a la perpetuació i l'agreujament de la patologia associada. Convé, doncs, intentar atendre l'addicció a l'alcohol com a problema de fons per intentar prevenir noves complicacions.

Les famílies de les persones amb trastorn per consum d'alcohol ingressades arriben sovint a les mateixes conclusions, de vegades per intuïció. Acostumen a no acostumar-se amb el tractament dirigit al motiu concret d'ingrés (una fractura òssia, una hepatopatia, etc.) i demanen que s'aprofiti l'ocasió per fer evident el procés que l'afecta de base, l'abús o l'addicció a l'alcohol. Tot i que oferir una desintoxicació física és una norma hospitalària, quan sorgeix o es preveu l'aparició d'una síndrome d'abstinència, moltes demandes familiars apunten a afavorir que s'iniciï un procés rehabilitador més ampli, que representi un salt qualitatiu respecte a l'etapa anterior.

La més desitjable és la situació en la qual el o la pacient s'avé a iniciar un tractament específic dirigit a l'addicció, d'acord amb les recomanacions mèdiques i el parer familiar. Per a les persones més sensibilitzades, l'estada a l'hospital els aporta el moment d'excepció adequat per decidir posar en marxa les reformes necessàries. En aquests casos, l'equip encarregat de l'assistència en té prou amb una orientació

simple i breu.

Però la major part dels casos clínics requereixen més treball de conscienciació. Com a característica idiosincràsica, el trastorn per consum d'alcohol es desenvolupa amb tendència a negar-ne o minimitzar-ne les conseqüències, de manera que cal invertir temps i tècnica per incrementar l'interès per deixar-la de banda. És important que els i les responsables clínics no prenguin decisions precipitades que afectin el procés terapèutic. Existeix el risc de descartar-ne prematurament la viabilitat quan la persona hi oposa certa resistència. I, també, en sentit contrari, d'intentar fer via amb propostes terapèutiques excessives, quant a ritme o a intensitat, massa allunyades pel grau de motivació actual de la persona. Els prejudicis d'incurabilitat de les addiccions o les pressions familiars per avançar ràpidament en poden ser responsables, les primeres per pessimisme i les darreres per excés de neguit.

L'obtenció de motivació és un procés bàsic i laboriós en els tractaments de qualsevol tipus de dependència, que requereix temps, dedicació, sensibilitat i coneixements clars sobre la naturalesa d'aquest tipus de trastorns. És, segurament, una de les etapes amb més dificultats del conjunt d'un procés de deshabitució. A més, es produeix la paradoxa que toca treballar-la, almenys en els primers moments del procés, des de contextos que no estan especialitzats en el tractament de les addiccions (la família, l'atenció primària de salut, l'hospital general, etc.). Succeeix, però, que sense un mínim d'interès per part de la persona afectada és impossible que prosperi cap tractament, encara que s'insisteixi a fer-ne la derivació a un centre específic expert a atendre addiccions. Les famílies acostumen a tenir la capacitat de comprendre aquests raonaments i d'acceptar la conveniència d'avançar pas a pas, sempre que s'hi estableixi una apropiada relació terapèutica, és a dir, quan poden comprovar que no falla la dedicació professional que entenen apropiada.

Aquesta relació de cooperació amb les famílies es pot mantenir encara que la persona posi massa traves per entendre o per acceptar que té un problema. Quan queda clar que aquesta no està disposada a modificar el seu hàbit de bevedora, les demandes de les famílies encara es poden atendre, en el sentit de poder-los ajudar a situar-se de la manera més intel·ligent possible. Les famílies solen agrair la possibilitat d'asseure's a analitzar, conjuntament amb els i les professionals sanitaris, els pros i els contres de prendre postures de pressió o, al contrari, de tipus pal·liatiu. D'aquestes deliberacions es poden extreure canvis significatius de l'entorn de la persona, que en condicionin la conducta i, per tant, el pronòstic de la patologia que presenta.

A la majoria de famílies que conviuen amb persones amb trastorn per consum d'alcohol els va bé de rebre orientació, sobretot quan el o la pacient no s'integra en un pla terapèutic a mitjà termini. Els és de molta utilitat entendre i endreçar esdeveniments que han viscut al voltant del trastorn per consum d'alcohol.. Si tenen l'oportunitat d'expressar-se, es poden adonar de quins sentiments els dominen. Una entrevista amb els i les professionals sanitaris, si més no, els ha d'aportar confirmació en la

6

legitimitat de les seves queixes i en la validesa dels seus pensaments, la qual cosa és una necessitat bàsica de salut mental per a qualsevol persona davant d'una situació que crea confusió i impotència.

El sentit comú no és suficient per entrevistar-se amb familiars de persones amb trastorn per consum d'alcohol. Tampoc interessa basar el contacte simplement en termes de solidaritat. L'actitud d'atenció i d'interès s'ha d'acompanyar de la formació necessària per garantir intervencions professionals en direccions contrastades. És important que els equips terapèutics disposin de personal mèdic, d'infermeria i de treball social preparat per adquirir aquest tipus de bagatge.

Aconsellar familiars de pacients amb trastorn per consum d'alcohol és especialment delicat quan aquests presenten una psicopatologia severa i, també, quan estan en joc els drets de les famílies i de la mateixa persona.

És freqüent detectar símptomes en la família, molts cops com a mostra de l'esgotament o de l'excés d'implicació que experimenten. Predomina la simptomatologia de tipus afectiu (d'ansietat, de depressió de l'estat d'ànim), però, també, es donen trastorns per abús de substàncies (trastorn per consum d'alcohol en la parella, consum d'altres drogues en els fills i filles), trastorns de conducta i d'altra psicopatologia. El factor reactiu explica el desencadenament de diferents quadres psiquiàtrics en familiars de persones amb trastorn per consum d'alcohol. És important d'assenyalar-ho i de suggerir de prendre alguna mesura al respecte.

Les situacions de més insalubritat familiar són, sens dubte, aquelles en les quals és present el descuit físic i emocional, sobretot si s'acompanya de violència. Ha estat abundantment documentat que l'alcoholisme està relacionat amb el maltractament en l'àmbit domèstic (OMS, 2006). L'actitud professional respecte a això ha de ser de clar suport a les víctimes, cal recollir-ne els temors i orientar-les amb les passes necessàries per obtenir protecció. Són especialment difícils les ocasions en què s'ha d'intervenir directament per denunciar negligències en la cura de fills i filles menors d'edat. El treball col·legiat ajuda a fer front a aquesta faceta social inevitable de l'activitat clínica.

Tot i així, una psicopatologia familiar determinada pot precedir el trastorn per consum d'alcohol del o la pacient, fins i tot es pot trobar entre els factors que l'afavoreixen, almenys en el seu inici (trastorn per consum d'alcohol del pare o mare, d'altra patologia que hagi repercutit en la infantesa de la persona, etc.). Els estudis familiars troben que els descendents de persones amb trastorn per consum d'alcohol tenen més risc de desenvolupar aquest mateix tipus d'addicció (Santo-Domingo, J., et al., 2005). No són prou coneguts els altres mecanismes que hi pot haver en la base d'algunes comorbiditats familiars com, per exemple, les troballes d'alguns estudis que suggereixen una associació familiar entre les crisis d'ansietat i els trastorns relacionats amb el consum d'alcohol (Goodwin, R. D., et al., 2006).

Tant si la patologia familiar és secundària al trastorn per consum d'alcohol com si no ho és, és evident que, un cop detectada, mereix ser contrastada i, si és el cas, esdevenir susceptible de ser tractada. El treball amb les famílies inclou l'eventualitat de fer diagnòstics col·laterals i la conveniència de donar orientacions terapèutiques en aquest sentit. Indirectament, la millora de la salut en l'entorn familiar repercutirà d'alguna manera sobre el o la pacient.

El poder devastador del trastorn per consum d'alcohol sobre l'entorn familiar no descarta la possibilitat de detectar un joc brut de la família cap a la persona amb trastorn per consum d'alcohol. S'ha d'anar en compte de no afavorir-lo i caure en aliances amb familiars involucrats en litigis per una separació de parella, per la tutela de fills i filles menors d'edat o per d'altres processos legals. Extralimitar-se en l'ajut a les famílies pot conduir a la mala pràctica professional.

En la **taula 6.10** es resumeixen les principals dificultats que el personal sanitari pot detectar en les entrevistes amb familiars de persones amb trastorn per consum d'alcohol.

Els consums abusius d'alcohol produeixen problemes de salut importants que afecten tant l'individu com el seu entorn (Miller, N. S., Gold, M. S., 1991). Les implicacions familiars depenen dels vincles interpersonals establerts i varien segons el temps d'evolució del trastorn i l'edat del o la pacient.

El pas per l'hospital d'una persona adolescent o adult jove, arran de les conseqüències d'un episodi únic d'intoxicació, mereix una atenció especial, amb intencions preventives. S'ha d'intentar que el nucli familiar resulti enfortit d'una mala experiència. En aquest sentit, les actituds familiars equilibrades, d'interès i de proximitat emocional són de bon pronòstic. Preocupen més les mostres de sobreprotecció i de negació de responsabilitats dels i les joves o, en altres sentits, la indiferència o les expressions d'intransigència, només punitives. Les intervencions tècniques que han resultat efectives són les encarrilades a millorar l'habilitat de les famílies en l'expressió d'emocions i d'expectatives, en el control de la comunicació i en la gestió de la disciplina (Departament de Salut, 2008). Observar la reacció familiar, com a part de l'avaluació del cas, pot donar l'oportunitat d'orientar sobre les millors actituds que cal prendre, si sorgeix la demanda.

A l'altre extrem evolutiu, la patologia lligada a consums crònics posa en evidència altres dinàmiques familiars molt més arrelades. En essència, s'observen famílies estructurades al voltant de l'alcoholisme i famílies que no ho estan (Steinglass, P., et al., 1989). Les demandes i les conductes familiars difereixen molt les unes de les altres o, dins d'una mateixa família, entre els membres amb més complicitat o amb menys. Els plans terapèutics tindran una viabilitat diferent en funció del tipus de suport familiar que existeixi, segons si predominen les actituds de cooperació franca o, al contrari, de temors i de resistències. Les dinàmiques familiars de maltractament i

6

de violència s'inclouen sovint entre les situacions familiars amb atmosferes relacionals contradictòries, gens fàcils de revertir.

Taula 6.10. Dificultats familiars davant l'alcoholisme

Dificultats familiars davant el trastorn per consum d'alcohol
Cognitives
Assumir el trastorn per consum d'alcohol com a trastorn crònic recidivant
Influència cultural (mentalitat de persona que consumeix alcohol)
Reconèixer la pròpia influència (entorn nociu, patologia)
Mites d'incapacitat i de menysvaloració familiar
Tria entre directrius discrepants (punitives/conservadores)
Emocionals
Negació dels problemes
Sentiments contradictoris cap a la persona amb trastorn per consum d'alcohol (rebuig/vincle intens)
Reacció davant l'ambivalència de la persona amb trastorn per consum d'alcohol sobre malaltia el trastorn
Sentiments de culpa i de vergonya
Poc reconeixement de les necessitats emocionals pròpies
Pragmàtiques
Impossibilitat d'imposar tractaments involuntaris
Dificultats per denunciar abusos, maltractaments i violència
Coartació de la pròpia autonomia
Inversió i perversió de rols familiars

Mostres de manipulació i de violència (cap a la persona amb trastorn per consum d'alcohol)

PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

- L'hospitalització de persones amb trastorn per consum d'alcohol pot suposar un moment oportú per recomanar el tractament de l'addicció i dels seus efectes, sobretot quan els trastorns mèdics s'acompanyen de dificultats psicosocials.
- La intervenció breu només té sentit integrada dins d'un programa global que inclogui la identificació precoç sistematitzada i la derivació a tractament quan escaigui.
- La intervenció breu té com a elements fonamentals els resumits per l'acrònim FRAMES (en anglès “feedback, responsibility, advice, menú of options, empathy and self-efficacy”), que es basarien globalment en l'expressió d'empatia, l'increment de la percepció d'autoeficàcia i la participació activa del pacient en el seu procés de canvi.
- Les intervencions breus realitzades de manera oportunista en consumidors d'alcohol ingressats a hospitals generals han mostrat la seva eficàcia a curt termini després de l'alta hospitalària. Per aquesta raó, seria fonamental que un cop realitzada la intervenció es realitzés una derivació correcta a l'atenció primària i/o el tractament especialitzat, si escau, per continuar la intervenció de manera coordinada un cop finalitzada l'atenció hospitalitzada.
- El personal assistencial està en condicions de formar-se per fer intervencions tècniques contrastades.
- Els estils terapèutics amb més habilitats interpersonals obtenen millors evolucions clíniques que les actituds professionals de més confrontació, les quals utilitzen consideracions pejoratives cap a la persona amb trastorn per consum d'alcohol.
- Malgrat que la majoria de dades de què disposem fan referència a les intervencions de caire presencial, en els darrers anys s'estan incloent intervencions computades i mitjançant telefonia o internet, que han mostrat resultats inicials positius, però queda encara pendent delimitar-ne la sistemàtica

6

i l'eficàcia real.

- Molts dels i les pacients que acudeixen a tractament amb diagnòstic de dependència alcohòlica precisen iniciar-lo amb una desintoxicació farmacològica per prevenir la síndrome d'abstinència.
- La prevenció de la simptomatologia d'abstinència és important pel seu potencial risc vital, que a més aporta benestar al o la pacient en un moment crucial del seu tractament.
- La simptomatologia més rellevant de les quatre formes de SAA, la síndrome d'abstinència simple lleu, la SAA simple greu (al·lucinacions), les crisis comicials i el delírium trèmens o SAA major.
- Les benzodiazepines continuen sent el pilar del tractament de la SAA simple i del delírium trèmens. Les benzodiazepines d'acció perllongada són d'elecció. Els i les pacients ancians o aquells/es amb malaltia hepàtica significativa poden tenir una acumulació superior i la disminució de l'aclariment de les benzodiazepines d'acció prolongada, i el lorazepam pot ser preferible en aquests pacients.
- Amb el treball multidisciplinari es pot atendre millor la complexitat de demandes orgàniques, psicològiques i socials de l'alcoholisme. El personal d'infermeria i de treball social té un paper clau en l'avaluació i en l'atenció de les famílies.
- És recomanable incloure les famílies de les persones amb trastorn per consum d'alcohol en els tractaments per obtenir-ne col·laboració i per millorar el pronòstic clínic.
- La família acostuma a necessitar ajut per enfrontar-se a les conseqüències del trastorn per consum d'alcohol. Una relació terapèutica basada en l'empatia, sense prejudicis morals i socials, els facilita expressar-se, començar a prendre distància emocional i poder planificar el seu futur.
- La millora dels símptomes és necessària, però insuficient per garantir certa estabilitat en els canvis clínics. Els tractaments han d'incloure aspectes de tipus psicosocial per modificar de manera qualitativa les actituds i els propòsits vitals de pacients i familiars.
- Tenir a mà material imprès amb informació sobre el trastorn per consum d'alcohol i la família pot ser d'utilitat per iniciar l'ajut.

BIBLIOGRAFIA CAPITOL 6: LA INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA EN ELS PROBLEMES D'ALCOHOL A L'HOSPITAL GENERAL

Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-5. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales IV. Texto Revisado. Barcelona: Masson.

Babor T., Higgins-Biddle J. (2001) Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Organizació Mundial de la Salut.

Babor TF., McRee BG., Kassebaum PA., Grimaldi PL., Ahmed K., Bray J. (2007). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28, 7–30.

Ballesteros JA., Duffy JC., Querejeta I, et al. (2004) Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. b;28:608–18.

Berger D., Bradley KA. (2015) Primary Care Management of Alcohol Misuse. *Med Clin North Am*. 99(5):989-1016

Bertholet N., Daepfen J-B., Wietlisbach V, et al. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 165:986–95.

Bobes J. et al. (2004) Eficacia de Topiramato en el control del deseo de consumo de sustancias. *APA 2004; Actas Españolas Psiquiatría*.

Bush K., Kivlahan DR., McDonell MS., Fihn SD., Bradley K A. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158, 1789–1795.

Carlson RW., Kumar NN., Wong-Mckinstry E., et al. (2012) Alcohol withdrawal syndrome. *Crit Care Clin*. 28:549–85.

6

Chang, P.H. i Steinberg, M.B. (2001) Alcohol withdrawal. *Med Clin North Am*, 85:1191-1212.

Chick J., Lloyd G., Crombie E. (1985) Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *BMJ*. 290: 965-967. 10.1136/bmj.290.6473.965

Clasificación Internacional de enfermedades, 10ª revisión (CIE-10). (1992) Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, Madrid. Meditor.

Clasificación Internacional de enfermedades, 11ª revisión (CIE-11). (2018) Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS, Madrid. Meditor.

Cloninger CR. (2004) Genetics of substance abuse a Gallanter, M. KleberHD Textbook of substance abuse treatment Third edition. Washington, DC / London. (pàg. 73-79) The American Psychiatric Publishing.

Colom J., Scafato E., Segura L., Gandin C., Struzzo P. (2014) Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Front Psychiatry*. 11;5:161.

Copello AG., Velleman RD., Templeton LJ. (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*. 24(4):369-85. Review.

Corbella, X., Fàbregas, M.T., Gorriz, R., Martínez, A.B., Menchón, M. i Rosón, B. (2016). Protocol de diagnòstic i tractament de la síndrome d'abstinència a alcohol. Barcelona: Hospital Universitari de Bellvitge.

Crombie IK., Irvine L., Williams B., Sniehotta FF., Petrie D., Evans JM., Emslie C., Jones C., Ricketts IW., Humphris G., Norrie J., Rice P., Slane PW. (2014) A mobile phone intervention to reduce binge drinking among disadvantaged men: study protocol for a randomised controlled cost-effectiveness trial. *Trials*. 15:494. doi: 10.1186/1745-6215-15-494.

Cui C., Noronha A., Morikawa H., Alvarez VA., Stuber GD., Szumlinski KK., Kash TL., Roberto M., Wilcox MV. (2013) New insights on neurobiological mechanisms underlying alcohol addiction. *Neuropharmacology*. 67:223-32.

Donoghue K., Patton R., Phillips T., Deluca P., Drummond C. (2014) The effectiveness

of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 16(6):e142

Dedert EA., McDuffie JR., Stein R., McNiel JM., Kosinski AS., Friermuth CE., Hemminger A., Williams JW Jr. (2015) Electronic Interventions for Alcohol Misuse and Alcohol Use Disorders: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 163(3):205-14

Departament de Salut (2008). Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Elliot DY. (2012) Managing alcohol withdrawal in hospitalized patients. *Nursing*, Vol 42- Issue 4-p 22-30.

Emmen MJ., Schippers GM., Blenijenberg G., Wollersheim H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *BMJ.* 328: 318-10.1136/bmj.37956.562130.EE.

Erwin, W.E., Williams, D.B. i Speir, W.A.(1998). Delirium tremens. *South Med J*, 425-32.

Field CA., Baird J., Saitz R., Caetano R., Monti PM. (2010) The mixed evidence for brief intervention in emergency departments, trauma care centers, and inpatient hospital settings: what should we do? *Alcohol Clin Exp Res.* 34(12):2004-10.

Fiellin DA., O'Connor PG., Holmboe ES. et al. (2002) Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Subst Abuse*; 23:83-94.

Foy A., Kay J. (1995) The incidence of alcohol-related problems and the risk of alcohol withdrawal in a general hospital population. *Drug Alcohol Rev.* 14(1):49-54.

Franck J. (2006) Alcoholic patients: legal responsibility of physicians *Rev Prat.* 31;56(10):1107-13.

Gaume J., McCambridge J., Bertholet N., Daeppen JB. (2014) Mechanisms of action of brief alcohol interventions remain largely unknown - a narrative review. *Front Psychiatry.* 5:108

Goodwin RD., Lipsitz JD., Chapman TF., Mannuzza S., Klein DF., Fyer AJ. (2006)

6

Alcohol use disorders in relatives of patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*. 47(2):88-90.

Gual, A. et al (2002). *Monografía Alcohol. Adicciones*. Vol.14, suplemento 1.

Gual A., Segura L., Contel M., Heather N., Colom J. (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 37(6):591-6

Hall W., Zador D. (1997) The alcohol withdrawal syndrome. *Lancet*;349:1897-1900.

Havard A., Shakeshaft AP., Conigrave KM., Doran CM. (2012) Randomized controlled trial of mailed personalized feedback for problem drinkers in the emergency department: the short-term impact. *Alcohol Clin Exp Res*. 36(3):523-31.

Johnson, B.A. et al. (2004) Oral topiramate reduces the consequences of drinking and improves the quality of life of alcohol-dependent individuals .A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 61: 905-912.

Johnson, B.A. et al. (2003)Topiramato oral para el tratamiento de la dependencia alcohólica:Un ensayo controlado y aleatorizado. *Lancet*, 361: 1677-85.

Johnson NA., Kypri K., Latter J., McElduff P., Saunders JB., Saitz R., Attia J., Dunlop A., Doran C., Wolfenden L., McCambridge J. (2014) Prevalence of unhealthy alcohol use in hospital outpatients. *Drug Alcohol Depend*. 144:270-3.

Jonas DE., Garbutt JC., Brown JM., Amick HR., Brownley KA., Council CL., Viera AJ., Wilkins TM., Schwartz CJ., Richmond EM., Yeatts J., Swinson Evans T., Wood SD, Harris RP. (2012) Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse Source Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Report No.: 12-EHC055-EF. *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews*.

Juvé, M.E. (en nom del Grup ARES) (2013) Plans de cures estandarditzats per a malalts hospitalitzats. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Institut Català de la Salut.

Kaner EF., Dickinson HO., Beyer FR., Campbell F., Achlesinger C., Heather N., Saunders JB., Burnand B., Pienaar ED. (2009) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. CD004148-

Review

Kaner E., Bland M., Cassidy P., et al. (2013) Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *Br Med J.* 346:1–14.

Kaplan H.I, Sadock B.J. (2000) Sinopsis de Psiquiatria. Trastornos relacionados con el alcohol. Pag.445-463. Barcelona:Mèdica Panamericana.

Keurhorst M., van de Glind I., Bitarello do Amaral-Sabadini M., Anderson P., Kaner E., Newbury-Birch D., Braspenning J., Wensing M., Heinen M., Laurant M. (2015) Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction* . 110(12):1877-900.

Keys VA. (2011) Alcohol Withdrawal during hospitalization. *AJN, American Journal of Nursing.* 111 (1): 40-44.

Khan A., Tansel A., White DL., Kayani WT., Bano S., Lindsay J., El-Serag HB., Kanwal F. (2016) Efficacy of Psychosocial Interventions in Inducing and Maintaining Alcohol Abstinence in Patients With Chronic Liver Disease: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 14(2):191-202.

Klimas J., Tobin H., Field CA., O’Gorman CS., Glynn LG., Keenan E., Saunders J., Bury G., Dunne C., Cullen W. (2014) Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database Syst Rev.* (12):CD009269.

Kraemer KL., Mayo-Smith MF. (1997) Calkins DR. Impact of age on the severity, course and complications of alcohol withdrawal. *Arch Intern Med*;157:2234-41

Lingford-Hughes A., Nutt DJ. (2001) Neuropharmacology of ethanol and alcohol dependence.

A: International Handbook of alcohol dependence and Problems. Heather N, Peters TJ i Stockwell T. Ed. Wiley Chichester.

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d’informació concernent a la salut i l’autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC núm. 3303,d’11-01-2001).

6

Lligoña A., Bosch X., Canalies M., Freixa N., Pineda P., Gual A. (2010) Protocol de tractament hospitalari de la síndrome de dependència alcohòlica. Unitat d'Addiccions. Institut Clinic de Psicologia i Psiquiatria.

Lukan JK., Reed DN., Looney SW. et al. (2002) Risk factors for delirium tremens in trauma patients. *J Trauma*;53:901-6

Lundahl B., Moleni T., Burke BL., Butters R., Tollefson D., Butler C., Rollnick S. (2013) Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns.* 93(2):157-68.

Makdissi R., Stewart SH. (2013) Care for hospitalized patients with unhealthy alcohol use: a narrative review. *Addict Sci Clin Pract.* 5;8:11.

Malcolm R., Myrick H., Roberts J., Wang W., Anton RF., Ballenger JC. (2002) The Effects of Carbamazepine and Lorazepam on Single versus Multiple Previous Alcohol Withdrawals in an Outpatient Randomized Trial *Journal of General Internal Medicine* 17:349-355.

Maldonado JR., Sher Y., Ashouri JF., Hills-Evans K., Swendsen H., Lolak S., Miller AC. (2014) The "Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol.* 48(4):375-90.

Maldonado JR., Sher Y., Das S., Hills-Evans K., Frenklach A., Lolak S., Talley R., Neri E. (2015) Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol Alcohol.* 50(5):509-18.

Mayo-Smith MF., Beecher LH., Fischer TL., et al. (2004) Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med*; 164: 1405-1412.

McCambridge J., Rollnick S. (2014) Should brief interventions in primary care address alcohol problems more strongly? *Addiction.* 109(7):1054-8.

McKeon A., Frye MA., Delanty N. (2008) The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 79:854-62

McQueen J., Howe TE., Allan L., Mains D., Hardy V. (2011) Brief interventions for

heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database Syst Rev. CD005191

Mdege ND., Fayter D., Watson JM., Stirk L., Sowden A., Godfrey C. (2013) Interventions for reducing alcohol consumption among general hospital inpatient heavy alcohol users: a systematic review. Drug Alcohol Depend. 131: 1-22.

Miller NS., Gold MS. (1991) Alcohol Plenum Publishing Corporation. New York. (pg. 140-145)

Miller RW., Rollnick S. (2002) Motivational Interviewing: Preparing People for Change. New York: Guilford Press.

Miller RW., Rollnick S. (2013) Motivational Interviewing: Helping People Change. . New York: Guilford Press.

Miller RW., Rollnick S. (2015) La entrevista motivacional: Ayudando a las personas a cambiar. (3ª ED.) Barcelona: PAIDOS IBERICA.

Miller WE., Sánchez VC. (1993) Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G (ed.). Issues in alcohol use and misuse by young adults. Notre Dame. University of Notre Dame Press.

Miller WR., Wilbourne PL. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction. 97(3):265-77.

Mirijello A., D'Angelo C., Ferrulli A., Vassallo G., Antonelli M., Caputo F., Leggio L., Gasbarrini A., Addolorato G. (2015) Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. Drugs. 75(4):353-65.

Nair NK., Newton NC., Shakeshaft A., Wallace P, Teesson M. A Systematic Review of Digital and Computer-Based Alcohol Intervention Programs in Primary Care. Curr Drug Abuse Rev. 2015;8(2):111-8.

O'Donnell A., Wallace P., Kaner E. (2014) From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? Front Psychiatry. 5:113.

OMS (2006) Violencia interpersonal y alcohol. Article on-line: <http://www.who.int/>

6

violence_injury_prevention/publications/violence/en/index.html

Project Match Research Group. (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* (6):1300-11.

Rohrbaugh MJ. i Shoham V. (2002) Couple treatment for alcohol abuse: A systemic family-consultation model. A SG Hoffmann & MC Tompson (Eds), *Treating chronic and sever mental disorders: A handbook of empirically supported interventions* (pàg. 227-295). New York: Guilford Press.

Rubino FA. (1992) Neurologic complications of alcoholism. *Psychiatr Clin North Am.*;15(2):359-72.

Saitz R. (2007) Introduction, *Substance Abuse*, 28:3,1-235.

Saitz R. (2014) Screening and brief intervention for unhealthy drug use: little or no efficacy. *Front Psychiatry.* 5:121.

Saunders JB., Aasland OG., Babor TF., de la Fuente JR., Grant M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption — II. *Addiction* 88, 791–804.

Schuckit M. (2014) Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). *The New England Journal of Medicine* 371; 22. 27.

Sharpe S., Shepherd M., Kool B., Whittaker R., Nosa V., Dorey E., Galea S., Reid P., Ameratunga S. (2015) Development of a text message intervention aimed at reducing alcohol-related harm in patients admitted to hospital as a result of injury. *BMC Public Health.* 15:815

Soyka M. (1997) Relapse Prevention in Alcoholism. *Recent Advances and Future Possibilities. Drug Therapy;* 7(4):313-327.

Soyka M., Schmidt F., Schmidt P. (2006) Efficacy and safety of outpatient alcohol detoxification with a combination of tiapride/carbamazepine: additional evidence. *Pharmacopsychiatry.* 39(1):30-4.

Steinglass P., Bennett LA., Woltin SJ., Reiss D. (1989) La familia alcohólica. Editorial Gedisa. Barcelona.

Stern TA., Gross AF., Stern TW., Nejad SH., Maldonado JR. (2010) Current approaches to the recognition and treatment of alcohol withdrawal and delirium tremens: “old wine in new bottles” or “new wine in old bottles”. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 12(3). pii: PCC.10r00991.

Suffoletto B., Merrill JE., Chung T., Kristan J., Vanek M., Clark DB. (2016) A text message program as a booster to in-person brief interventions for mandated college students to prevent weekend binge drinking. *J Am Coll Health*. 64(6):481-9.

Sullivan JT., Sykora K., Schneiderman J. et al. (1987) Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale. *Br J Addict*; 84:1353-8.

Sulek J., Korczak-Dziurdzik A., Korbel-Pawlas M., Lyznicka M., Czarnecki D. (2006) Attitude toward alcoholics and their families. *J Physiol Pharmacol*. 57 Suppl 4:349-58.
Tabakoff B., Hoffman PL. (2013) The neurobiology of alcohol consumption and alcoholism: an integrative history. *Pharmacol Biochem Behav*. 15;113:20-37.

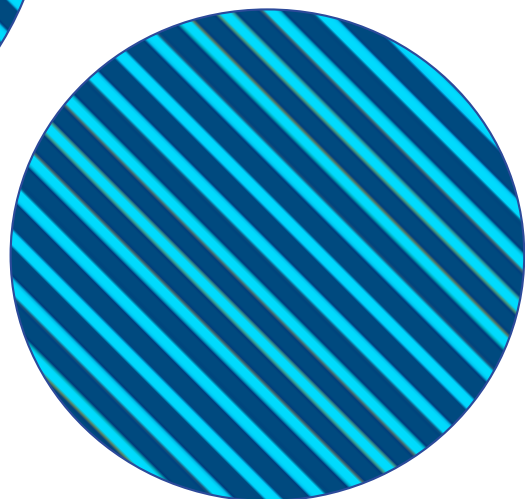
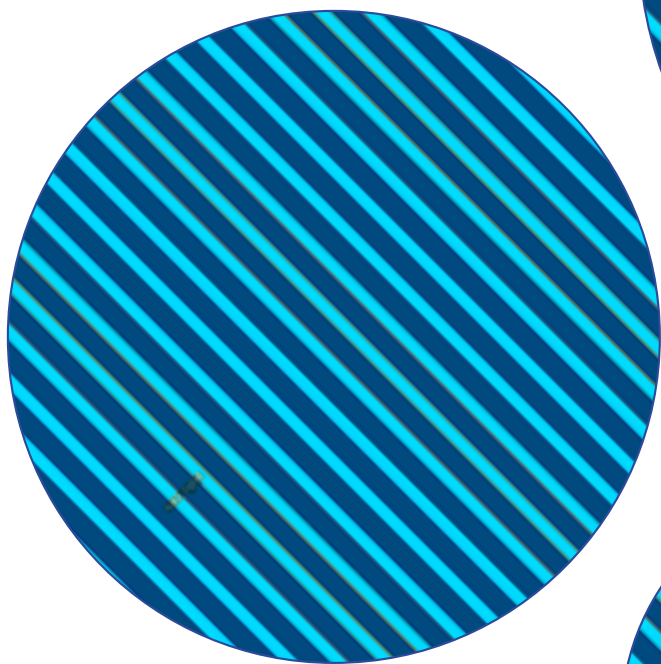
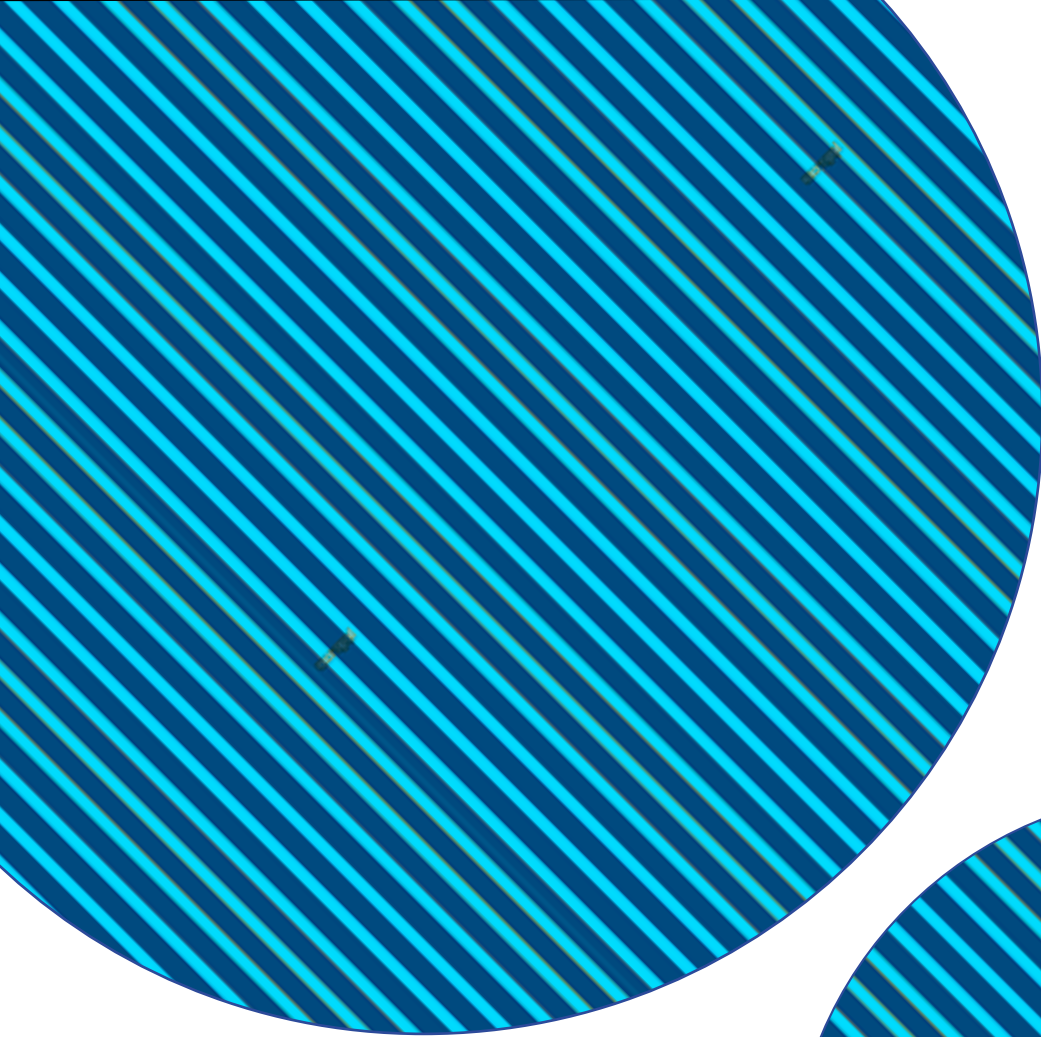
Velleman RD., Templeton LJ., Copello AG. (2005) The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev*. 24(2):93-109. Review.

Victor M., Adams R. (1953) Effect of alcohol on the nervous system. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*. 32: 526-533.

White A., Kavanagh D., Stallman H., Klein B., Kay-Lambkin F., Proudfoot J., Drennan J., Connor J., Baker A., Hines E., Young R. (2010) Online alcohol interventions: a systematic review. *J Med Internet Res*. 12(5):e62.

Whitlock EP., Polen MR., Green CA., et al. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 140:557-68.

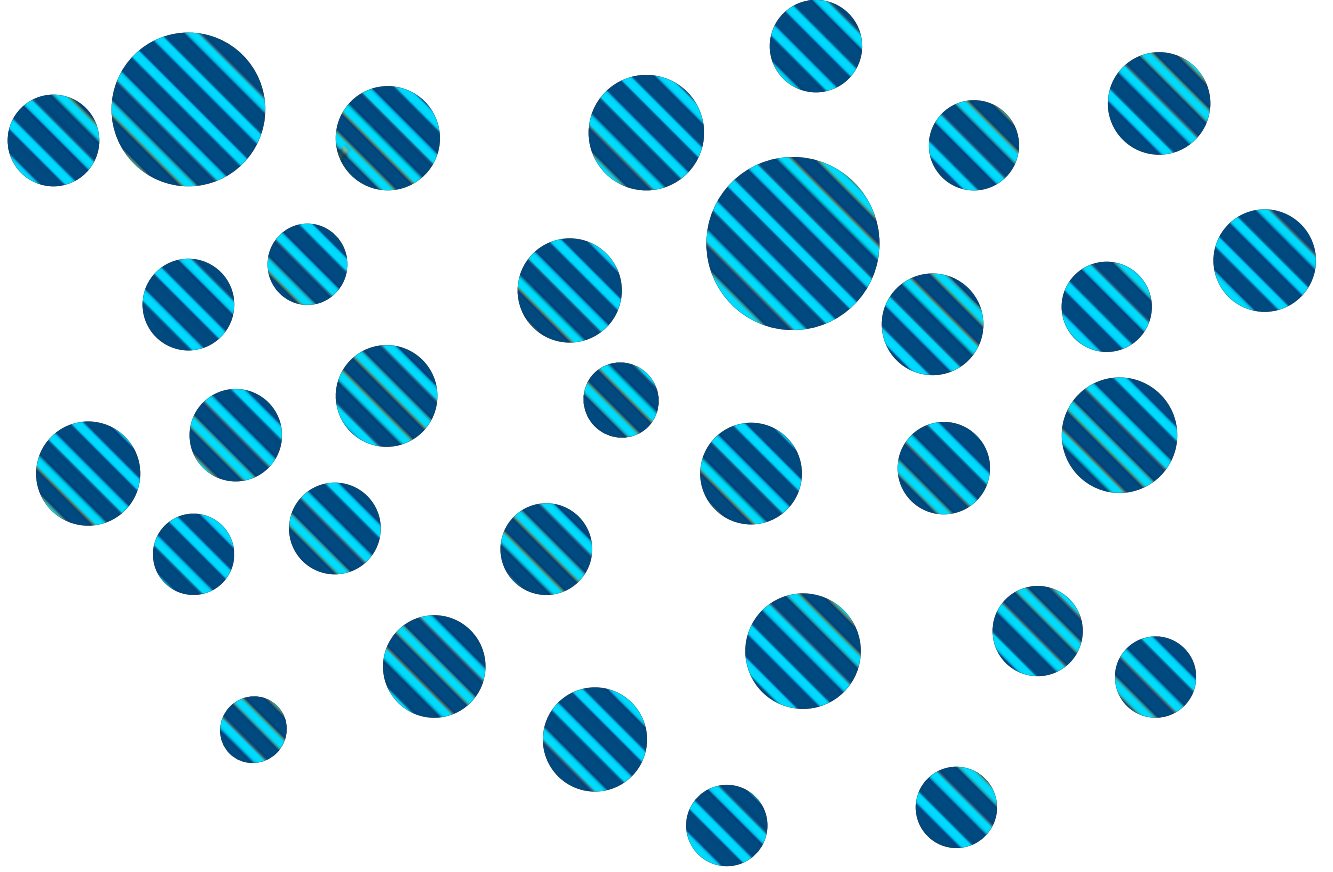
Wojtecki, C., Marron, J., Allison Jr., E., Kaul, P. i Tyndall, G. (2004). Systematic ED Assessment and Treatment of Alcohol Withdrawal Syndromes: A Pilot Project at a Veterans Affairs Medical Center. *Journal of Emergency Nursing*, 30:134-140.





7

ALCOHOL I POBLACIONS
ESPECIALS A L'HOSPITAL:
DONES EMBARASSADES,
ADOLESCENTS, GENT
GRAN I PERSONES
QUE NECESSITEN UN
TRASPLANTAMENT
HEPÀTIC →



ALCOHOL I POBLACIONS ESPECIALS A L'HOSPITAL: DONES EMBARASSADES, ADOLESCENTS, GENT GRAN I PERSONES QUE NECESSITEN UN TRASPLANTAMENT HEPÀTIC

Autores: N, Freixa; R, Hernández-Ribas; A, Lligoña; L, Segura.

El consum d'alcohol, en general i tal com estem dient en tot aquest manual, s'ha d'explorar, identificar i avaluar en tots els casos que ingressen en l'hospital, però especialment en aquells que ho fan per causes que es poden atribuir parcialment o completament a l'alcohol, o en aquells grups que per la seva vulnerabilitat mereixen una atenció especial, com ara dones embarassades, adolescents, gent gran i persones que necessiten un trasplantament hepàtic.

7.1 ALCOHOL I DONES EMBARASSADES

El consum d'alcohol i altres drogues durant l'embaràs pot tenir repercussions greus en el desenvolupament i la salut del fetus, com ara retard maduratiu, dificultats de concentració i de rendiment acadèmic i trastorns de l'espectre alcohòlic fetal (TEAF) (Jones, K. L., Smith, D. W., 1973). El TEAF es caracteritza per un retard mental de gravetat diversa, possibles malformacions orgàniques (buf al cor, dèficits visuals i auditiu...), baix pes en néixer i, en els casos més greus, fins i tot uns trets facials característics. Durant anys, els casos de TEAF s'han infradiagnosticat en el nostre context, ja que aquests trets facials no es donen en tots els casos, i es creia erròniament que no era un problema. Ara bé, la recerca dels darrers anys ha anat encaminada a desenvolupar eines diagnòstiques més acurades que permetin identificar altres formes d'aquest espectre. Sigui com sigui, el TEAF i qualsevol dany al fetus causat per l'alcohol són trastorns completament prevenibles, i per tant convé que des de tots els dispositius assistencials es faci arribar un missatge clar tant a les dones en edat fèrtil que tinguin intenció de quedar-se embarassades com a les que ja ho estiguin: cap consum d'alcohol és segur durant l'embaràs. Per tant, la millor recomanació

7

és l'abstinència. Malgrat que el consell més saludable és el no consum, estudis realitzats fan referència a una prevalença de consum d'alcohol durant l'embaràs que oscil·la entre el 12% i el 14% dels casos amb un 2%-3% de dones que presenten episodis de consum intensiu (binge drinking) durant l'embaràs (Senecky, Y., et al., 2011; Floyd, R. L., et al., 1999).

7.1.1 DONES EMBARASSADES A L'HOSPITAL

Segons les dades d'Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya de l'any 2010, als hospitals generals d'aguts de Catalunya es van atendre 101.144 dones per aspectes relacionats amb l'embaràs. La mitjana d'edat de les dones ateses era de 31,7 anys. Els motius més freqüents pels quals contacten amb els hospitals són per l'evolució normal de l'embaràs i del part, per complicacions de l'embaràs i per embaràs prolongat.

Però no s'ha de deixar de banda que les dones, durant el temps que estan embarassades, poden acudir a l'hospital per problemes generals no derivats del seu embaràs, però que aquesta circumstància les situa en una posició especialment vulnerable. L'embaràs suposa un estrès elevat de tots els òrgans del cos i s'han descrit complicacions específiques al final de l'embaràs com la preeclàmpsia i, tot i que amb poca freqüència, casos de mort per eclàmpsia i per tromboembolisme pulmonar (González, G., et al., 2005), trastorns en els quals té un paper fonamental el sistema cardiovascular i el fetge. D'aquí la importància de cuidar-se especialment en aquest període. En un estudi recent s'ha detectat una alta prevalença de consum d'alcohol en les dones embarassades que s'atenen a un hospital general, les quals arriben al 41% (Peles, E., et al., 2014), una prevalença, per tant, més elevada que en la població general de dones gestants.

7.1.2 IDENTIFICACIÓ PRECOÇ I INTERVENCIÓ EN EL CONSUM D'ALCOHOL EN DONES EMBARASSADES ATESES A L'HOSPITAL

Abordar el tema en el context de l'embaràs s'ha de fer igual que en altres poblacions, i no donar per fet que les dones embarassades no beuen o que algun altre professional ja els ho ha dit. S'ha de tenir en compte que els missatges han de ser clars i especialment curosos per no generar cap alarma innecessària. Cal vetllar per incrementar la motivació de la dona en la seva cura personal i en la del fetus, especialment en l'embaràs, però també durant la lactància i més enllà. Un estudi recent mostra que la majoria de dones amb un consum de risc previ a l'embaràs en disminueixen el consum durant aquest, independentment de si es fa o no una intervenció breu, però després del part una gran majoria tornen al consum habitual (Peles, E., et al., 2014).

Així, s'hauria de cribrar el consum d'alcohol a totes les dones embarassades que ingressin a l'hospital per qualsevol motiu, ja que l'hospitalització constitueix una oportunitat única per actuar afavorint la salut de la dona i l'infant, tant en aquest

moment com més endavant. Per això, convé que tots els i les professionals de l'hospital estiguin sensibilitzats respecte al risc de consumir alcohol durant l'embaràs i dels avantatges de fer una identificació precoç per poder intervenir com més aviat millor, ja que durant l'embaràs qualsevol consum és de risc i el més important és aturar el consum al més ràpid possible i de manera mantinguda.

Els estudis proposen sobretot la realització d'intervencions breus encaminades a abandonar el consum durant l'embaràs i reduir-lo en el període postpart, període de risc també per al nadó/na, ja que és el temps d'al·letament (Peles, E., et al., 2014). En aquest sentit s'han realitzat diversos estudis aleatoritzats per determinar l'eficàcia de la intervenció breu, utilitzant modalitats de sessions presencials que abasten períodes d'embaràs i postpart (Rubio, D. M., et al., 2014) i modalitats computades (Ondersma, S. J., et al., 2015 i 2016). En aquests estudis s'han observat, en general, resultats positius, però amb una mida de l'efecte petita i un efecte escàs a llarg termini (Rubio, D. M., et al., 2014 i Ondersma, S. J., et al., 2015), així com també s'han trobat alguns resultats negatius (Ondersma, S. J., et al., 2016).

Aquestes dades ens porten a diferents plantejaments, com l'actuació diferencial en funció de grups de més o menys intensitat de consum o el fet d'afegir altres mesures terapèutiques a la intervenció breu, com per exemple la derivació a circuits especialitzats. Segons aquesta conclusió, cada tipus de patró de consum requerirà un abordatge o una intervenció diferent.

Els patrons de consum que ens podem trobar són:

- dones que no consumeixen alcohol
- dones que fan consums de risc, encara que siguin de manera esporàdica
- dones amb un consum perjudicial (risc obstètric)
- dones amb un trastorn de dependència de l'alcohol o trastorn per consum d'alcohol
- dones policonsumidores

En el primer cas, les dones que no consumeixen alcohol, és important reforçar la conducta explicant els beneficis d'actuar d'aquesta manera. En el segon cas, dones que consumeixen de manera esporàdica, cal insistir en la recomanació de no consumir, fer una intervenció breu i plantejar la conveniència de fer-ne partícip la parella. En el tercer cas, dones que fan un consum perjudicial que pot tenir repercussions en el fetus, cal recomanar deixar de consumir, no freqüentar ambients que incitin al consum, buscar el suport de la parella i el cercle d'amistats i fer seguiment amb els i les professionals de la salut que segueixen el seu l'embaràs. I en el quart cas, com que es tracta d'un embaràs d'alt risc obstètric i d'una dona que, per definició, no pot

7

controlar el consum d'alcohol, cal fer una derivació urgent i prioritzada als serveis especialitzats, tant del propi hospital (unitats de risc obstètric i serveis socials) com de drogodependències, i coordinar-se per garantir-ne una bona evolució. En la mateixa línia, l'American Medical Association i The American Congress of Obstetricians and Gynecologists recomanen incloure el cribratge del consum d'alcohol en totes les dones embarassades i aconsellen actuar de manera diferencial en funció de la intensitat del consum. Aquests grups d'experts/es aconsellen realitzar un cribratge que ens permeti estratificar el risc i actuar de manera diferencial en conseqüència. D'aquesta manera, les dones amb baix risc rebrien només un consell breu, les de risc moderat una intervenció basada en l'entrevista motivacional i les de risc alt serien remeses a tractament especialitzat (Wright, T. E., et al., 2016)

7.1.3 CONSIDERACIONS CONCRETES A CATALUNYA

És rellevant remarcar que al nostre territori s'està desenvolupant un programa específic, anomenat "Embaràs sense alcohol ni drogues", en el marc del protocol del seguiment de l'embaràs, que pretén, d'una banda, dotar tots els i les professionals del seguiment de l'embaràs de les eines necessàries per fer una bona identificació precoç i intervenció breu en el consum d'alcohol en les dones que atenen i, d'altra banda, sensibilitzar la població sobre els riscos associats al consum d'alcohol durant l'embaràs. Cal tenir en compte també que, a Catalunya, la persistència en el consum d'alcohol o altres drogues durant l'embaràs es pot considerar maltractament prenatal. Dins del programa d'actuacions "Infància Respon", desenvolupat per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) de la Generalitat de Catalunya, s'ha endegat el Registre Unificat de Maltractaments Infants-Hospitals (RUMI-Hospitals), que permet la comunicació i el seguiment dels casos de presumptes maltractaments infantils detectats a tots els hospitals del sistema sanitari català per garantir la protecció del menor. Dins dels supòsits d'aquest registre, hi trobem si l'infant a rebut maltractament prenatal o no, incloent com a tal si presenta la síndrome d'abstinència neonatal i/o malalties o trastorns associats al consum de tòxics de la mare durant l'embaràs. És important remarcar que, dins d'aquest grup vulnerable, té especial rellevància fer una exploració física, psicopatològica i psicosocial completa de la dona per valorar, entre d'altres, si pot patir agressions físiques o psicològiques i si té antecedents d'altres fills o filles que hagin pogut estar exposats a l'alcohol i/o a les drogues.

7.2 ALCOHOL EN ADOLESCENTS I JOVES

L'adolescència és una època de la vida que es caracteritza pel qüestionament de les normes establertes, la cerca de noves sensacions i l'experimentació. S'atorga molta importància a l'oci i a passar temps amb el grup d'amistats, i és en aquest context on generalment es consumeix alcohol, especialment concentrat en els caps de setmana.

Aquests consums, degut a la pressió social i del grup d'iguals, són sovint episòdics i intensius, fet que en joves amb poca tolerància a l'alcohol pot portar, de manera conscient o inconscient, a situacions de risc per a la seva salut. Segons l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari (ESTUDES, 2014), amb dades referents a l'any 2014/2015, el 23,7% dels joves d'entre 14 i 18 anys de Catalunya s'ha emborratxat els darrers trenta dies (25,3% els nois i 22,3% les noies). El 28,3% dels i les estudiants (30,6% els nois i 26,2% les noies) es van prendre algun dia, durant el darrer mes, cinc begudes alcohòliques o més en la mateixa ocasió (**binge drinking**). Aquesta prevalença s'incrementa amb l'edat. En el cas de les borratxeres, va del 6,2% als 14 anys al 44,7% als 18 anys. I en el cas del binge drinking, va del 10,9% als 14 anys al 47,1% als 18 anys.

L'edat d'inici de consum se situa en 13,8 anys.

7.2.1 ADOLESCENTS I JOVES A L'HOSPITAL

Segons les dades d'**Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya** de l'any 2010, els contactes d'hospitalització de les persones joves (enteses com a persones d'entre 20 i 34 anys) representen el 14,84% del total. Es distribueixen segons es mostra en la **taula 7.1**.

Els motius de consulta són molt variats. Hi ha un petit percentatge que correspon a complicacions derivades de trastorns congènits, malalties agudes com l'apendicitis i/o trastorns immunitaris, però també hi ha un apartat important de consultes relacionades amb els trastorns mentals, concretament amb els trastorns del control dels impulsos, les lesions o les temptatives autolítiques i les intoxicacions. De fet, al llarg del 2016, el 85% de les urgències ateses pel Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) relacionades amb el consum de substàncies van ser per intoxicacions d'alcohol, 17.890 persones, i el 7,6% (n=1370) eren de joves d'entre 12 i 17 anys.

Quant a les lesions, ocupen un lloc molt rellevant les ocasionades per accidents de trànsit. Segons les dades de l'Anuari estadístic d'accidents de trànsit a Catalunya del 2017 (Servei Català de Trànsit, 2018), la franja d'edat amb més persones mortes com a resultat d'un accident de trànsit se situa entre 35 i 64 anys (48.9%). El 38% de les persones conductores mortes com a conseqüència d'un accident de trànsit havien consumit algun tipus de substància i, en concret, el 30,7% havien begut alcohol. En aquest sentit, s'ha descrit que el consum d'alcohol incrementa el risc de patir un accident de trànsit, ja que augmenta la sensació de seguretat del conductor/a, el qual pot sobrevalorar les seves capacitats a l'hora de conduir (Álvarez, F. J., Del Río, M. C., 2001). Per últim, el 2010 es calcula que gairebé 3.000 joves van arribar a l'hospital per una intoxicació, per agents psicotròpics, altres medicaments o drogues, o per substàncies no medicinals, amb una mortalitat associada al voltant d'un 2%. Segons dades que recull l'Agència de Salut Pública de Barcelona dels serveis d'urgències de set hospitals de Barcelona, la substància per la qual més persones joves (de

7

menys de 25 anys) acudeixen a urgències és l'alcohol, seguit del cànnabis. En tots dos casos, el nombre de nois supera el nombre de noies, fet que coincideix amb els resultats de la literatura (Groß, C., et al., 2006). Resulta evident, doncs, que el consum d'alcohol en joves és una consulta freqüent als hospitals, i representa una situació de risc potencialment letal que fa necessària una intervenció protocolitzada al respecte per millorar la salut d'aquest col·lectiu.

Taula 7.1. Distribució dels contactes amb la xarxa sanitària a Catalunya l'any 2010 per grups d'edat

Grups d'edat	Nombre de contactes	% respecte al total de contactes
15-19	15.623	1,59%
20-24	25.758	2,63%
25-29	43.059	5,01%
30-34	70.570	7,20%
35-39	64.058	6,54%

7.2.2 INTERVENCIÓ EN ALCOHOL EN ADOLESCENTS I JOVES ATEsos A L'HOSPITAL

La detecció del grau d'implicació del consum d'alcohol en el motiu de consulta a l'hospital és fonamental per poder conscienciar i prevenir situacions de risc futures. Cal fer un cribratge del consum d'alcohol amb un instrument validat i realitzar una mínima intervenció per iniciar la sensibilització del o la jove dels riscos del consum de risc d'alcohol. És rellevant puntualitzar que en el cas de menors d'edat, s'hauria a més de contactar amb el pare, mare o tutor/a legals. Existeixen una sèrie de factors que hauríem de tenir en compte, ja que tenen la potencialitat d'interferir en la nostra intervenció. En primer lloc, el fet que els i les joves solen relacionar el consum amb l'oci i la diversió propis de l'edat i que, per tant, pot ser difícil que en percebin els riscos. En segon lloc, els joves solen tenir sovint una percepció molt positiva de la seva salut, cosa que els pot fer poc receptius a conseqüències negatives del consum, com

el càncer de fetge o de pàncrees; i en canvi poden considerar més properes altres situacions, com les baralles, els accidents de trànsit, les intoxicacions o els comes etílics i/o les relacions sexuals no desitjades o de risc, que per tant serien formes d'aproximació probablement més efectives en aquesta població. En aquest sentit, i segons els resultats d'una revisió recent, les intervencions breus en adolescents serien especialment efectives per reduir situacions com les relacions sexuals de risc i les lesions per accident de trànsit (Harris, S. K., et al., 2014). És important, a més, explorar si han consumit alguna altra substància juntament amb l'alcohol, l'hàbit de consum, els espais en què consumeixen, si s'han trobat anteriorment en alguna situació de risc i les motivacions que els han portat a consumir. Com més en profunditat es coneguin aquests aspectes, més probable serà que la intervenció tingui èxit.

Els tests AUDIT, AUDIT C, FAST i CRAFFT han demostrat una bona sensibilitat i especificitat per fer-se servir en la població jove, en l'àmbit d'urgències, en la detecció de consum de risc. Han estat validats en la població escolar de 12 a 18 anys, en la qual s'ha obtingut un comportament psicomètric satisfactori, tant des del punt de vista de la consistència interna com de la sensibilitat i l'especificitat (Kelly et al., 2009; Knight et al., 2002).

Els resultats de les intervencions breus en la població jove i adolescent han estat estudiats per diferents grups de recerca i, en els darrers anys, s'han realitzat diversos metanàlisis i revisions sistemàtiques amb la intenció de determinar-ne l'eficàcia. En aquest sentit destacaria la revisió de The Cochrane Collaboration (Foxcroft, D. R., et al., 2016), en la qual s'analitzen 84 estudis que avaluen l'eficàcia de la intervenció breu basada en l'entrevista motivacional i en què es conclou que aquesta té efectes significatius en la disminució de la intensitat i la freqüència del consum d'alcohol i dels problemes relacionats amb aquest, però puntualitza que la mida de l'efecte és relativament petita, fet que fa difícil fer-ne una recomanació global. De totes maneres, dels resultats de la literatura podem concloure que l'entrevista motivacional seria probablement la més efectiva de totes les intervencions en aquest grup de població (Kohler, S., Hofmann, A., 2015). Alguns estudis suggereixen algunes modificacions metodològiques per millorar els resultats, com podrien ser la realització d'un contacte terapèutic posterior a la primera intervenció, la col·laboració en el procés terapèutic del pare o mare o dels anomenats peers (companys/es del mateix grup d'edat) (Merz, V., et al., 2015) o la inclusió de les noves tecnologies, cosa que en aquest grup d'edat tindria una acceptació i una eficàcia probablement elevades per raons socioculturals òbvies (Harris, S. K., et al., 2014).

7.3 ALCOHOL I GENT GRAN

L'increment de l'esperança de vida fa que es pugui preveure un canvi demogràfic

7

en les properes dècades, caracteritzat per una població més envellida, escenari que suposa una càrrega més alta de morbimortalitat global i un augment del nombre de persones amb necessitats assistencials més complexes, ja que a les malalties o els trastorns crònics s'hi han d'afegir els quadres propis de les edats avançades. En aquest sentit és interessant avaluar el paper que el consum de substàncies pot tenir en la salut global d'aquesta població. Si ens centrem en les dades existents sobre el consum d'alcohol en aquesta franja d'edat, en l'Enquesta de salut a la població institucionalitzada (ESPI, 2006), el 21,8% dels enquestats de més de 65 anys declaraven haver consumit alguna beguda alcohòlica en el darrer mes, i segons el resultat d'un estudi realitzat en l'àmbit europeu pel Swedish National Institute of Public Health (Hallgren, M., et al., 2009), el 70%-80% dels homes europeus i un 50% de les dones europees afirmaven haver consumit alcohol durant l'últim any, amb una freqüència que se situava molt a prop de la de la població jove, però en menys quantitat que aquests, i en els quals les begudes més consumides eren la cervesa i el vi. En treballs més recents realitzats en la població europea més gran de 65 anys s'ha establert una prevalença del 20% de consum de risc d'alcohol (Bosque-Prous, M., et al., 2017) i del 0,6% de dependència de l'alcohol (segons criteris de l'Organització Mundial de la Salut) (Blazer, D. G., Wu, L. T., 2011). En aquest cas, era més important el consum en els homes que en les dones, les quals tendeixen a reduir el consum d'alcohol amb l'edat (León-Muñoz, L. M., et al., 2015; Bosque-Prous, M., et al., 2016; Villiers-Tuthill, A., et al., 2016; Segura, L. et al., 2010). A més, els canvis biològics associats a l'envelliment i l'ús de medicació augmenten la susceptibilitat de les persones grans als efectes negatius de l'alcohol, com les intoxicacions i semintoxicacions amb caigudes associades, fet que implica una morbiditat elevada (Lucey, M. R., et al., 1999; Le Roux, C., et al., 2016)

7.3.1 GENT GRAN A L'HOSPITAL

Tal com hemesmentat anteriorment, la incidència de patologia crònica i d'esdeveniments aguts relacionats amb l'edat és elevada en la població geriàtrica, fet que fa més habitual que requereixin hospitalització i, per tant, constitueixen el grup poblacional més habitual als hospitals, sobretot en determinades unitats especialitzades, com les de medicina interna o neurologia. En aquest sentit, i de manera orientativa, l'estudi ASMI, que avaluava els resultats d'un tall transversal de prevalença realitzat un dia a l'atzar de l'any 2008 a les unitats de medicina interna de 21 hospitals espanyols, va objectivar un 73% de pacients majors de 65 anys (Rosón, B., et al., 2010). Entre les patologies que més s'han relacionat en gent gran amb més dificultats funcionals i estades hospitalàries més llargues podríem destacar la hipertensió arterial (HTA), les dislipèmies, les dificultats en la ingesta amb deshidratació i/o malnutrició associades o la demència. Els esdeveniments aguts més freqüents són la malaltia cardiovascular, les fractures relacionades o no amb caigudes i el delírium (Bieñ, B., et al., 2015; Bieniek, J., et al., 2016)

D'altra banda, de la mateixa manera que passa en altres grups d'edat, la prevalença del consum de risc d'alcohol en gent gran ingressada a un hospital general és més elevada que en la comunitat. S'han descrit xifres de fins al 30% dels i les pacients ingressats, fet que s'associa a una incidència més alta de múltiples malalties somàtiques, depressió i demència (Caputo, F., et al., 2012). Un treball realitzat en la població espanyola més gran de 65 anys ha descrit que entre un 5% i 10% de les persones que han estat diagnosticades d'HTA, diabetis i/o malaltia cardiovascular consumeixen alcohol per sobre dels límits de risc establerts per l'OMS (León-Muñoz, L. M., et al., 2015), i alguns estudis vinculen el consum d'alcohol amb un símptoma que es troba freqüentment en la població anciana hospitalitzada: el dolor, per un possible efecte analgèsic o de desconexió ambiental (Ahangari, A., et al., 2016)

A més, no hem d'oblidar que el consum crònic d'alcohol està associat al dany de múltiples òrgans, en què s'observen patologies relacionades com l'hepatopatia alcohòlica, malalties que, juntament amb les complicacions agudes del consum, com la síndrome d'abstinència, poden condicionar hospitalitzacions més nombroses, més perllongades i/o més complexes.

7.3.2 INTERVENCIÓ EN ALCOHOL EN GENT GRAN ATESA A L'HOSPITAL

Un dels punts més rellevants a l'hora de plantejar-se una intervenció pel que fa al consum d'alcohol en gent gran hospitalitzada és realitzar-ne una bona detecció, ja que malgrat les altes prevalences descrites en aquesta població, sovint el consum d'alcohol pot resultar infradiagnosticat i infratractat (Berks, J., MacCormick, R., 2008; Le Roux, C., et al., 2016). En l'estudi ASMI s'han descrit unes xifres de detecció que arriben només a un 28% de les persones que fan consum de risc i al 41% de les persones dependents (Rosón, B., et al., 2010). Aquest fet es pot relacionar, en part, amb creences errònies del personal sanitari o amb percepcions estigmatitzadores del pacient i la seva família (Le Roux, C., et al., 2016), o amb el fet que els símptomes del consum d'alcohol es poden confondre amb algunes manifestacions clíniques del deteriorament cognitiu i, per tant, conduir a errors diagnòstics. A l'hospital ens podem trobar amb quatre perfils diferencials de gent gran amb trastorns mentals i/o addiccions que ajuden a enfocar l'avaluació i la intervenció, ja que necessiten una atenció diferent en tots els casos. En primer lloc, les persones que no tenen repercussió funcional; en segon lloc, les que presenten una comorbiditat que condiciona la pèrdua de funcionalitat; després, aquelles a qui la malaltia mental i/o el trastorn per consum motiva una pèrdua d'autonomia temporal o perllongada complicada amb deteriorament cognitiu (no demència) i, per últim, les persones que tenen demència. En funció del grau de deteriorament cognitiu de la persona, la identificació precoç del consum d'alcohol es pot fer de manera directa o bé convindrà contrastar la informació amb les persones del seu entorn. És important la coordinació entre tots els recursos (centres residencials, dispositius sociosanitaris, etc.) que s'encarreguen de l'atenció i el seguiment del o la pacient per garantir-ne la millor atenció, considerant en tot

7

moment quin és el seu context de salut física i mental.

Respecte a l'eficàcia de la intervenció breu en gent gran, a l'igual que succeeix en altres grups d'edat, existeixen resultats positius al respecte, tot i que es parla d'una mida de l'efecte petita (Williams i col•l., 2014 / Barnes i col•l., 2016). En la línia d'evitar idees preconcebudes i creences errònies, és important destacar que alguns estudis han determinat com a eficaç la intervenció basada en les noves tecnologies, utilitzant el correu electrònic amb intervenció personalitzada en persones de més de 50 anys, fet que podria facilitar arribar als i les pacients hospitalitzats/des un cop estan al domicili i, així, evitar els trasllats innecessaris (Kuerbis i col•l., 2016). Altres estudis determinen que concretament aquesta població es podria beneficiar més d'una intervenció breu integrada dins de la seva rutina assistencial que no de la realitzada en un dispositiu especialitzat per raons lògiques de desplaçament i multiplicitat de visites mèdiques (Lee i col•l., 2009).

Com a conclusió, es podria dir, doncs, que serà necessària la realització d'un esforç per part de tots plegats per identificar i abordar el consum patològic d'alcohol en les persones grans i, d'aquesta manera, evitar-ne les possibles complicacions a curt i llarg termini i solucionar-ne les mancances que s'han objectivat fins al moment actual. A més, tal com han mostrat els resultats dels darrers treballs, seria important adaptar el model d'intervenció breu a les característiques pròpies d'aquesta població per garantir-ne uns millors resultats i, probablement, aconseguir una mida de l'efecte més gran.

7.4 AVALUACIÓ DE PACIENTS AMB CONSUM D'ALCOHOL DINS D'UN PROTOCOL DE TRASPLANTAMENT HEPÀTIC

El consum perjudicial d'alcohol durant llargs períodes de temps pot produir conseqüències físiques greus, entre les quals s'hauria de destacar l'hepatopatia alcohòlica (HA). En estadis inicials d'HA, l'abstinència mantinguda de consum d'alcohol indueix la millora clínica, però sovint el dany orgànic és irreversible i l'única alternativa curativa és el trasplantament hepàtic (THO), procés que per raons òbvies s'ha de realitzar en un hospital i l'ha de dur a terme un equip especialitzat. L'hepatopatia alcohòlica, segons dades del Registre Espanyol de Trasplantament Hepàtic (RETH), és la primera causa de THO, que constitueix el 30,4% dels trasplantaments realitzats entre el 1984 i el 2009. Durant els primers anys del trasplantament hepàtic com a terapèutica assistencial rutinària es va hipostatitzar que l'alt impacte emocional produït per un trasplantament podria ser suficient per evitar recaigudes en el consum d'alcohol que en comprometessin l'èxit; no obstant això, l'evolució i el seguiment posterior dels i les pacients trasplantats va demostrar que aquesta hipòtesi no era certa (Jauhar, S., et al., 2004). Els estudis realitzats fins a la data actual suggereixen que entre l'11% i el 22% dels i les pacients amb HA que han rebut un THO recauen

en el consum d'alcohol el primer any després del trasplantament, i arriben al 30%-40% en els cinc anys després del THO (Pageaux, G. P., et al., 2003; Miguet, M., et al., 2004; DiMartini, A., et al., 2006; De Gottardi, A., et al., 2007; Gedaly, R., et al., 2008). A més, del 13% al 20% dels i les pacients que recauen presenten un consum mantingut, important i perjudicial després del trasplantament (Bjornsson, E., et al., 2005; Tandon, P., et al., 2009), fet que pot conduir a desenvolupar una nova HA (Pageaux, G. P., et al., 2003) i/o un rebuig de l'empelt per un mal compliment del tractament immunosupressor (Cuadrado, A., et al., 2005)

Aquest risc significatiu de recaiguda, juntament amb el fet que el nombre de pacients candidats a trasplantament hepàtic és molt superior al nombre de donants efectius d'aquest òrgan (*Organización Nacional de Trasplantes, 2015*), fa que la selecció de candidats/es hagi de ser al més acurada possible i englobar les persones amb una probabilitat raonada més alta de supervivència després del trasplantament i, per tant, amb menys probabilitat de recaiguda en el consum.

És imprescindible tenir uns criteris d'avaluació comuns al respecte, així com una adequada coordinació entre els diferents professionals implicats en aquest procés (Mc Callum, S., et al., 2006). A Catalunya, professionals mèdics dels tres equips de trasplantament hepàtic existents (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Hospital Universitari de Bellvitge i Hospital Universitari Vall d'Hebron) han constituït, en el marc de la Comissió Assessora de Trasplantament Hepàtic de l'Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT), un grup de treball pel consens en relació amb les indicacions i la prioritització de pacients, amb l'objectiu d'assolir la màxima equitat en l'accessibilitat al trasplantament hepàtic per a tots els i les pacients que així ho requereixin. Les sessions de treball es van iniciar el mes d'octubre del 2004 i la primera versió del document de consens va ser aprovada per la Comissió Assessora de Trasplantament Hepàtic, de 20 de juny del 2006; posteriorment, la mateixa Comissió ha aprovat les diferents versions, la darrera actualització data del setembre del 2012 (Organització Catalana de Trasplantaments, 2012).

La valoració de candidats/es amb antecedents de consum d'alcohol comporta la seva avaluació psicològica la qual també representa un espai terapèutic d'acompanyament i aprenentatge en aquest difícil procés. L'adaptació a un nou estil de vida garantirà la cura de l'òrgan trasplantat i contribuirà a la supervivència del o la pacient. En aquest sentit, sorgeix la necessitat de crear una estratègia terapèutica específica, amb una guia d'actuació que garanteixi al màxim un procés de selecció dels i les pacients eficaç i objectiu.

7.4.1 GUIA CLÍNICA D'AVALUACIÓ DE PACIENTS AMB CONSUM D'ALCOHOL I CONDUCTA ADDICTIVA EN GENERAL

Entenem com a conducta addictiva en els i les pacients candidats a trasplantament hepàtic quan existeix: a) qualsevol consum de cocaïna, cànnabis, heroïna o altres

7

opiacis, metadona, al·lucinògens, amfetamines i inhalants, o b) un trastorn per consum d'alcohol i/o benzodiazepines (segons criteris DSM-5).

En la primera visita amb el professional de salut mental de l'equip de trasplantament hepàtic (en funció dels equips pot ser un psiquiatra o un psicòleg o ambdós) s'ha d'efectuar una recollida de dades per orientar el o la pacient cap al camí que li correspongui basant-se en el temps d'abstinència. En aquesta visita s'han de recollir les dades principals, els informes anteriors i, en cas que el o la pacient hagi assistit sol a la visita, s'ha de sol·licitar la presència d'una persona acompanyant en les visites futures. Se sol aconsellar també que en aquesta visita i/o en qualsevol altra de l'equip de trasplantament es realitzi un cribratge toxicològic en orina, que en el cas de l'alcohol es pot fer en algun dels seus metabòlits, com l'etilglucurònid, que ha demostrat la seva utilitat en la detecció del consum d'alcohol en pacients amb hepatopatia alcohòlica als quals s'indica THO (Staufer, K., et al., 2011), i que de fet utilitzem de manera habitual a la Unitat de Trasplantament Hepàtic de l'Hospital Universitari de Bellvitge.

Aquesta primera trobada amb l'especialista en salut mental permet valorar la informació que té el o la pacient en referència al seu estat actual, la importància del consum d'alcohol en el procés d'avaluació i la seva motivació davant del seguiment, així com la demanda realitzada per l'equip d'hepatologia. L'avaluació ha de permetre situar el pacient en referència al seu consum i saber si compleix els criteris de preselecció.

Els criteris de preselecció d'un/a pacient per ser acceptat per a un trasplantament han d'estar clarament definits i varien segons el tòxic. En el cas concret de l'alcohol, diferents grups de recerca han identificat en els darrers anys un conjunt de factors que podrien actuar com a predictors de recaiguda, entre els quals hauríem de destacar el suport familiar (sobretot de la parella), la durada de l'abstinència abans del THO, la presència de trastorns psiquiàtrics comòrbids, el diagnòstic de dependència de l'alcohol (trastorn per consum d'alcohol segons DSM-5), els antecedents de consum d'altres substàncies, el fet d'haver realitzat tractaments previs per tractar el consum d'alcohol i la puntuació elevada a l'escala High Risk Alcoholism Relapse (HRAR) (Miguet, M., et al., 2004; DiMartini, A., et al., 2006; De Gottardi, A., et al., 2007; Gedaly, R., et al., 2008).

A Catalunya, en els o les pacients amb patologia addictiva, es defineixen com a contraindicacions específiques pel THO el deteriorament cognitiu moderat-greu, les circumstàncies sociofamiliars desfavorables i un temps d'abstinència inferior a sis mesos en el cas del trastorn per consum d'alcohol i inferior a dos anys en qualsevol de les altres substàncies, una abstinència que s'ha de confirmar mitjançant controls analítics (Organització Catalana de Trasplantaments, 2012). Respecte al temps d'abstinència mínim de sis mesos que es demana en els trastorns per consum d'alcohol, caldria puntualitzar que atesa la naturalesa recurrent d'aquests processos, alguns/es autors/es afirmen que aquest temps podria ser insuficient, i determinen que

fins als cinc anys d'abstinència no es pot afirmar un risc de recaiguda baix (Vaillant, G. E., 2009). De totes maneres, la naturalesa potencialment greu i letal de l'hepatopatia alcohòlica no ens permetria esperar aquests cinc anys i, per tant, el més aconsellable, des d'un punt de vista operatiu, seria mantenir el temps de sis mesos mínim i realitzar un seguiment regular i especialitzat de tots/es aquests/es pacients durant almenys cinc anys.

En cas que s'objectivi una recaiguda durant el seguiment inicial o un cop el o la pacient hagi estat acceptat per a un trasplantament i s'hagi posat en llista d'espera, aquest es mantindrà exclòs temporalment de la llista un mínim de sis mesos, es realitzaran controls i es revaluarà el cas (Neuberger, J., et al., 2002; Miguet, M., et al., 2004; Perney, P., et al., 2005).

7.4.2 CLASSIFICACIÓ SEGONS EL CONSUM

L'aplicació d'aquests criteris de preselecció dels i les pacients definirà dos grups: les persones amb consum actiu i les abstinents.

1) Persones amb consum actiu o amb una abstinència inferior a la determinada en els criteris d'inclusió

Els i les pacients que es troben en aquest grup s'haurien d'incloure en un programa de desintoxicació i deshabitució en algun dels centres de referència de la xarxa de drogodependències. Seria convenient que el o la professional que els hi faci el tractament i seguiment no sigui el mateix que posteriorment realitzarà l'avaluació per al trasplantament, per mantenir al màxim la imparcialitat i la visió objectiva del cas (Picozzi, M., et al., 2003).

El deteriorament orgànic associat a l'hepatopatia alcohòlica condiona una pressa relativa a la inclusió en la llista de trasplantament dels i les pacients, fet que aconsellaria un tractament que inclogués:

- Una visita mensual o bimensual amb l'especialista en salut mental per treballar la consolidació de l'abstinència, la consciència de dependència, la prevenció de recaigudes i l'entorn sociofamiliar.
- Controls toxicològics en orina seriats (freqüència depenent de l'estat orgànic i de la mobilitat del o la pacient).
- Segons l'estat orgànic i, si compleix criteris d'inclusió, la possible incorporació a un grup de teràpia.
- La coordinació entre el centre de tractament i l'especialista en salut mental de l'equip de trasplantament hepàtic.

7

Un cop s'hagin aconseguit els objectius dictats en els criteris d'inclusió, el o la pacient serà novament visitat i avaluat per professionals de psiquiatria i/o psicologia de l'equip de trasplantament. Si el o la pacient, en aquest moment, és admès en llista d'espera i mentre hi estigui, caldrà que segueixi el tractament al centre de drogodependències de referència. Aquesta vinculació haurà de seguir després del trasplantament, tant bon punt es trobi en condicions físiques per acudir al centre. El suport que s'ofereixi ha de ser sempre individualitzat, especificant per a cada pacient si ha de ser en grup o individual.

2) Abstinents

S'ha de realitzar una avaluació en profunditat mitjançant una entrevista clínica que inclogui la recollida de les informacions següents:

1. Dades sociodemogràfiques i clíniques.
2. Consciència de trastorn: actitud del o la pacient, capacitat d'introspecció, comprensió del procés (relació de l'alcohol amb la patologia) i grau de compliment de les indicacions mèdiques.
3. Suport familiar: avaluar la col·laboració familiar, el grau d'informació, la comprensió i la consciència de dependència i/o toxicitat per part de la família. Comprovar si hi ha discrepàncies entre la família, el o la pacient i la història clínica.
4. Existència d'algun trastorn psiquiàtric, tant agut com crònic.
5. Existència de deteriorament cognitiu. En cas de sospita, s'ha d'avaluar de manera pertinent amb un examen bàsic (Lobo, A., et al., 1979) o bé derivant el o la pacient per fer-li una exploració neuropsicològica extensa.

De manera genèrica, s'emetrà un informe concloent i favorable segons:

- El temps d'abstinència és de sis mesos o superior per a l'alcohol.
- L'absència de criteris d'exclusió quant al consum d'altres drogues.
- La consciència de trastorn i repercussions d'aquest.
- L'absència de psicopatologia greu aguda.
- La presència de suport familiar i/o social.

No obstant això, l'informe s'ha de mantenir dinàmic i obert, i demorar-se l'emissió d'un dictamen favorable en cas que existeixin un o diversos dels supòsits següents:

- Impossibilitat de contactar amb la família, absència de familiars o sospita de disfunció sociofamiliar. En aquest cas cal, derivar el o la pacient a treball social perquè realitzi un estudi social de la situació i en funció del seu informe, fer-ne

l'avaluació final.

- Sospita de psicopatologia tributària de tractament farmacològic. En aquest cas, cal derivar el o la pacient a psiquiatria per efectuar un tractament, si escau. Quan s'arribi a la remissió estable del procés, la persona serà novament avaluat per fer l'informe corresponent.
- Falta de consciència de trastorn. Factor essencial per al manteniment de l'abstinència a llarg termini, l'absència de la qual enfosqueix el pronòstic toxicològic. La causa de la falta de consciència definirà l'informe com a favorable o desfavorable per al trasplantament.
- Falta de consciència per desconeixement (no tractaments toxicològics previs, no avisos previs d'abstinència): informe favorable i vinculació a un centre de tractament, si és possible abans del trasplantament i si no, a posteriori.
- Falta de consciència lligada a altres trastorns psicopatològics (per exemple, trastorns de personalitat) i/o altres processos: informe desfavorable, vinculació a un centre de tractament i revaluació futura segons l'evolució.

3) Patologia dual

És freqüent el diagnòstic de patologia dual en els o les pacients avaluats/des per a trasplantament, la qual es defineix com l'existència d'una altra patologia psiquiàtrica associada a un trastorn per consum de substàncies.

En aquests casos, es considerarà una contraindicació absoluta d'acceptació en la llista de trasplantament l'existència de les circumstàncies següents (Rothenhausler, H., et al., 2002; Krahn, L. E., DiMartini, A., 2005):

- Esquizofrènia quan es trobi en descompensació aguda. S'haurà d'iniciar un tractament farmacològic i un seguiment, bé al propi centre, bé realitzant una derivació a un centre especialitzat. (DiMartini, A., et al., 1994; Coffman, K., et al., 1997; DiMartini, A., et al., 2006).
- Trastorn bipolar quan es trobi en descompensació aguda. S'haurà d'iniciar un tractament farmacològic i un seguiment, bé al propi centre, bé realitzant una derivació a un centre especialitzat (Mamah, D., et al., 2004)
- Trastorn mental orgànic crònic: retard mental, demència, deteriorament cognitiu greu (sense suport sociofamiliar que pugui corregir el dèficit) (Gish, R. G., et al., 2001)

Per als o les pacients amb contraindicació relativa, el Comitè de Trasplantament haurà de valorar la capacitat de la persona per seguir adequadament els controls mèdics i la presa de medicació després del trasplantament (Carlson, J., et al., 2000). Es considerarà una contraindicació relativa d'acceptació en la llista de trasplantament l'existència de les circumstàncies següents: (Coffman, K., et al., 1997; Huffman, J.

7

C., et al., 2003).

- Trastorn de personalitat (en especial, trastorn antisocial). S'haurà d'iniciar un tractament farmacològic i un seguiment, bé al propi centre, bé realitzant una derivació a un centre especialitzat.
- Depressió greu. S'haurà d'iniciar un tractament farmacològic i un seguiment, bé al propi centre, bé realitzant una derivació a un centre especialitzat.
- Trastorn de la conducta alimentària. S'haurà d'iniciar un tractament farmacològic i un seguiment, bé al propi centre, bé realitzant una derivació a un centre especialitzat.
- Trastorn mental orgànic crònic: retard mental, demència, deteriorament cognitiu (amb suport sociofamiliar que pugui corregir el dèficit).

PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

- És especialment important avaluar el consum d'alcohol en aquells grups que per la seva vulnerabilitat mereixen una atenció especial, com ara dones embarassades, adolescents, gent gran i persones que necessiten un trasplantament hepàtic.

DONES EMBARASSADES

- El consum d'alcohol durant l'embaràs pot tenir repercussions greus en el desenvolupament i la salut del fetus i, per tant, la recomanació és de mantenir una abstinència absoluta d'alcohol durant l'embaràs.
- La prevalença de consum d'alcohol en les dones embarassades que s'atenen a un hospital general és més elevada que en la població general de dones gestants, per tant l'hospitalització constitueix una oportunitat única per realitzar un cribatge i una intervenció breu per tal de potenciar la salut de la dona i de l'infant durant la gestació i més enllà. En aquest sentit, cal vetllar per incrementar la motivació de la dona en la seva cura personal després del part, ja que les dones amb un consum de risc d'alcohol solen disminuir-lo durant l'embaràs, però després del part la majoria tornen al consum habitual.
- Els resultats dels estudis i els consensos d'experts aconsellen realitzar un cribatge del consum d'alcohol durant l'embaràs que ens permeti estratificar el

risc i actuar de manera diferencial en conseqüència. Es proposa que les dones amb baix risc rebin només un consell breu, les de risc moderat una intervenció breu basada en l'entrevista motivacional i les de risc alt siguin remeses a tractament especialitzat.

- A Catalunya s'està desenvolupant un programa específic, anomenat "Embaràs sense alcohol ni drogues", que s'emmarca en el protocol del seguiment de l'embaràs i que té com a objectius principals sensibilitzar a la població dels riscos del consum d'alcohol durant l'embaràs i afavorir que els professionals realitzin un bon cribatge i intervenció breu sobre el consum.

JOVES I ADOLESCENTS

- El consum d'alcohol en adolescents i joves sol presentar-se en forma d'episodis de consum intensiu especialment concentrats en els caps de setmana. Aquest patró de consum comporta situacions de risc per a la seva salut com són les intoxicacions o els problemes relacionats com els accidents de tràfic. De fet, un percentatge important de les consultes hospitalàries dels joves estarien relacionades amb les intoxicacions, sobretot d'alcohol en el nostre medi, i les lesions degudes a accidents.
- Quan un jove acudeix a l'hospital és fonamental avaluar-ne el consum d'alcohol per poder conscienciar i prevenir situacions de risc futures. Cal fer un cribatge amb un instrument validat i realitzar una mínima intervenció per iniciar-ne la sensibilització. Els resultats de les intervencions breus en la població jove i adolescent són positius, sobretot pel que fa a les basades en l'entrevista motivacional. De totes maneres, donat que la mida de l'efecte és petita, en els darrers temps es proposa afegir altres estratègies com un contacte terapèutic posterior a la primera intervenció, la col·laboració dels pares o grups d'iguals o la inclusió de les noves tecnologies.

GENT GRAN

- La prevalença del consum de risc d'alcohol en gent gran ingressada a un hospital general és més elevada que en la comunitat, fet que s'associa a una incidència més alta de múltiples patologies.
- En la gent gran el consum d'alcohol sovint és infradiagnosticat i infratractat.
- Per afavorir la realització d'un bon cribatge del consum d'alcohol en aquesta població és fonamental la coordinació entre tots els recursos que s'encarreguen de l'atenció i el seguiment del o la pacient.

7

- En la gent gran es recomana que la intervenció breu estigui integrada dins de la seva rutina assistencial i no vinculada únicament a un dispositiu especialitzat en drogodependències per raons lògiques de desplaçament i multiplicitat de visites mèdiques

PACIENTS AMB CONSUM D'ALCOHOL DINS D'UN PROTOCOL DE TRASPLANTAMENT HEPÀTIC

- L'hepatopatia alcohòlica és la primera causa de trasplantament hepàtic (THO) a Espanya
- La selecció de candidats/es a THO ha de ser al més acurada possible i englobar les persones amb una probabilitat raonada més alta de supervivència després del THO i, per tant, amb menys probabilitat de recaiguda en el consum d'alcohol. Els equips de THO ha d'incloure un especialista en salut mental que faci una valoració de cada candidat abans de la inclusió en llista d'espera de THO amb l'objectiu de determinar-ne la idoneïtat. S'han identificat un conjunt de factors que podrien actuar com a predictors de major risc de recaiguda en el consum d'alcohol, entre els quals hauríem de destacar la manca de suport familiar, la menor durada de l'abstinència abans del trasplantament, la presència de trastorns psiquiàtrics comòrbids, el diagnòstic de dependència de l'alcohol, els antecedents de consum d'altres substàncies, el fet d'haver realitzat tractaments previs per tractar el consum d'alcohol i la puntuació elevada a l'escala High Risk Alcoholism Relapse (HRAR)
- A Catalunya, els equips de trasplantament hepàtic existents, en el marc de l'Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT), han establert com a contraindicacions específiques per THO: el deteriorament cognitiu moderat-greu, les circumstàncies sociofamiliars desfavorables i un temps d'abstinència de consum d'alcohol inferior a sis mesos (l'abstinència s'ha de confirmar mitjançant controls analítics)

BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 7: ALCOHOL I POBLACIONS ESPECIALS

Ahangari A, Stewart Williams J, Myléus A. Pain and alcohol consumption among older adults: findings from the World Health Organization Study on global AGEing and adult health, Wave 1. *Trop Med Int Health*. 2016 Jul 22. doi: 10.1111/tmi.12757

Berks J, McCormick R. Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr*. 2008 Dec;20(6):1090-103. doi: 10.1017/S1041610208007497. Epub 2008 Jun 9.

Bień B, Bień-Barkowska K, Wojskowicz A, Kasiukiewicz A, Wojszel ZB. Prognostic factors of long-term survival in geriatric inpatients. Should we change the recommendations for the oldest people? *J Nutr Health Aging*. 2015 Apr;19(4):481-8. doi: 10.1007/s12603-014-0570-9.

Bieniek J, Wilczyński K, Szewieczek J. Fried frailty phenotype assessment components as applied to geriatric inpatients. *Clin Interv Aging*. 2016 Apr 22;11:453-9. doi: 10.2147/CIA.S101369. eCollection 2016.

Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of alcohol use disorders and subthreshold dependence in a middle-aged and elderly community sample. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(8):685-94.

Bjornsson E, Olsson J, Rydell A, Fredriksson K, Eriksson C, Sjoberg C, et al. Long-term follow-up of patients with alcoholic liver disease after liver transplantation in Sweden: impact of structured management on recidivism. *Scand J Gastroenterol*. 2005 Feb;40(2):206-16.

Bosque-Prous M, Brugal MT, Lima KC, Villalbí JR, Bartroli M, Espelt A. Hazardous drinking in people aged 50 years or older: a cross-sectional picture of Europe, 2011-2013. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Jul 7. doi: 10.1002/gps.4528

Caputo F1, Vignoli T, Leggio L, Addolorato G, Zoli G, Bernardi M. Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol*.

7

2012 Jun;47(6):411-6. doi: 10.1016/j.exger.2012.03.019. Epub 2012 Apr 10.

Carlson J, Potter L, Pennington S, Nour B, Sebastian A, Paris W. Liver transplantation in a patient at psychosocial risk. *Prog Transplant*. 2000 Dec;10(4):209-14.

Coffman K, Crone C. Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. *Curr Opin Organ Transplant* 1997;7:385-388.

Cuadrado A, Fabrega E, Casafont F, Pons-Romero F. Alcohol recidivism impairs long-term patient survival after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transpl*. 2005 Apr;11(4):420-6.

De Gottardi A, Dumortier J. Transplantation for alcoholic liver disease. *Gut*. 2007 May;56(5):735-6.

DiMartini A, Twillman R. Organ transplantation and paranoid schizophrenia. *Psychosomatics* 1994;35:159-161.

DiMartini A, Day N, Dew MA, Javed L, Fitzgerald MG, Jain A, et al. Alcohol consumption patterns and predictors of use following liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transpl*. 2006 May;12(5):813-20.

Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014. Madrid: Observatorio español sobre drogas (DGPNSD), 2014.

Enquesta de salut a la població institucionalitzada de Catalunya 2006. Residències i centres de llarga estada (ESPI). Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010.

Floyd RL, Decouflé P, Hungerford DW. Alcohol use prior to pregnancy recognition. *Am J Prev Med* 1999;12:101-107.

Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NM, Moreira MT. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jul 18;7:CD007025.

Gedaly R, McHugh PP, Johnston TD, Jeon H, Koch A, Clifford TM, et al. Predictors of relapse to alcohol and illicit drugs after liver transplantation for alcoholic liver disease.

Transplantation. 2008 Oct 27;86(8):1090-5.

Gish RG, Lee AH, Brooks L et al. Long-term follow-up of patients diagnosed with alcohol dependence or alcohol abuse who were evaluated for liver transplantation. *Liver Transpl.* 2001; 7: 581-7.

González, G. et al. Patología y morbimortalidad en una Unidad de Reanimación Obstètrica. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2005; 52: 71-74.

Groß C, Kraus L, Piontek D, Reis O, Zimmermann US; RISCA Group. Prediction of Long-Term Outcomes in Young Adults with a History of Adolescent Alcohol-Related Hospitalization. *Alcohol Alcohol.* 2016 Jan;51(1):47-53.

Grup de treball pel consens. Comissió Assessora de Trasplantament Hepàtic de l'Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 5ª revisió. 2012

Hallgren, M., Högberg, P. i Andréasson, S. (2009) Alcohol consumption among elderly European Union citizens Health effects, consumption trends and related issues. Expert Conference on Alcohol and Health, 21–22 September 2009, Stockholm, Sweden https://www.researchgate.net/publication/234057043_Alcohol_consumption_among_elderly_European_Union_citizens_Health_effects_consumption_trends_and_related_issues

Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev.* 2014 Apr;25(1):126-56.

Huffman JC, Popkin MK, Stern TA. Psychiatric considerations in the patient receiving organ transplantation: a clinical case conference. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003; 25: 484-91.

Jauhar S, Talwalkar JA, Schneekloth T, et al. Analysis of factors that predict alcohol relapse following liver transplantation. *Liver Transpl.* 2004;10: 408-411.

Jones, K.L. and Smith, D.W. (1973) Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet* 302: 7836, 999-1001.

Kelly, T.M., Donovan, J.E., Chung, T., Bukstein, O.G. i Cornelius, J.R. (2002) Brief

7

Screens for Detecting Alcohol Use Disorder Among 18–20 Year Old Young Adults in Emergency Departments: Comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. *Addict Behav.* 34(8): 668–674.

Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. (2002) Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*;156:607–614.

Kohler S, Hofmann A. Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *Alcohol Alcohol.* 2015 Mar;50(2):107-17

Krahn L.E, DiMartini A. Psychiatric and psychosocial aspects of liver transplantation. *Liver Transplantation*, 2005; 11: 1157-1168.

León-Muñoz LM, Galán I, Donado-Campos J, Sánchez-Alonso F, López-García E, Valencia-Martín JL, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F. Patterns of alcohol consumption in the older population of Spain, 2008-2010. *J Acad Nutr Diet.* 2015 Feb;115(2):213-24.

Le Roux C, Tang Y, Drexler K. Alcohol and Opioid Use Disorder in Older Adults: Neglected and Treatable Illnesses. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Sep;18(9):87. doi: 10.1007/s11920-016-0718-x.

Lobo A, Esquerria J, Gomez Burgada F, et al. Cognitive mini-test (a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1979;7(3):189-202.

Lucey MR, et al. The influences of age and gender on blood ethanol concentrations in healthy humans. *J Stud Alcohol.* 1999 Jan;60(1):103-10.

Mamah D, Hong BA, Chapman WC. Liver transplantation in a patient with undiagnosed bipolar disorder. *Transplant Proc.* 2004; 36: 2717-19.

Mc Callum, Masterton G. Liver transplantation for alcoholic liver disease: a systematic review of psychosocial selection criteria. *Alcohol Alcoholism* 2006;41:358-363.)

Merz V, Baptista J, Haller DM. Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-

related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Sep;69(9):912-7. doi: 10.1136/jech-2014-204824. Epub 2015 Apr 3.

Miguet M, Monnet E, Vanlemmens C, Gache P, Messner M, Hruskovsky S, et al. Predictive factors of alcohol relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Gastroenterol Clin Biol*. 2004 Oct;28(10 Pt 1):845-51.

Neuberger J, Schulz K-H, Day C, et al. Transplantation for alcoholic liver disease. *J Hepatol*. 2002;36:130-137.

Undersma SJ, Beatty JR, Svikis DS, Strickler RC, Tzilos GK, Chang G, Divine GW, Taylor AR, Sokol RJ. Computer-Delivered Screening and Brief Intervention for Alcohol Use in Pregnancy: A Pilot Randomized Trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015 Jul;39(7):1219-26.

Undersma SJ, Svikis DS, Thacker LR, Beatty JR, Lockhart N. A randomised trial of a computer-delivered screening and brief intervention for postpartum alcohol use. *Drug Alcohol Rev*. 2016 Mar 23. doi: 10.1111/dar.12389.

Organización Nacional de Trasplantes. Memoria 2015. <http://www.ont.es>

Pageaux GP, Bismuth M, Perney P, Costes V, Jaber S, Possoz P, et al. Alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease: does it matter? *J Hepatol*. 2003 May;38(5):629-34.

Peles E, Sason A, Bloch M, Maslovitz S, Dollberg S, Many A, J Kuperminc M, Adelson M. The Prevalence of Alcohol, Substance and Cigarettes Exposure among Pregnant Women within a General Hospital and the Compliance to Brief Intervention for Exposure Reduction. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2014;51(4):248-56.

Perney P, Bismuth M, Sigaud H, et al. Are preoperative patterns of alcohol consumption predictive of relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease?. *Transplant International* 2005;18:1292-97.

Picozzi M. HIV in liver transplantation, legal medicine and bioethics aspects. *Transplant Proc*. 2003;35:1007-9.

7

Rosón B, Monte R, Gamallo R, Puerta R, Zapatero A, Fernández-Solá J, Pastor I, Girón JA, Laso J and on behalf of the ASMI Study. Group Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *European Journal of Internal Medicine* 21 (2010) 458–464.

Rothenhausler H, et al. Psychiatric and psychosocial outcome of orthoptic liver transplantation. *Psychother Psychosomat* 2002;71:285-297

Rubio DM, Day NL, Conigliaro J, Hanusa BH, Larkby C, McNeil M, Cohen E, Jones B, Watt-Morse M, Gilmour C, Lancet M, Kraemer KL. Brief motivational enhancement intervention to prevent or reduce postpartum alcohol use: a single-blinded, randomized controlled effectiveness trial. *J Subst Abuse Treat*. 2014 Mar;46(3):382-9

Segura L, Palacio-Vieira J, Colom J and Scafato E (2010). Best practices on preventing the harmful use of alcohol amongst older people, including the transition from work to retirement – Vintage Project WP5 Report.

Senecky Y, Weiss N, Shalev SA, Peleg D, Inbar D, Chodick G, Nachum Z, Bar-Hamburger R, Shuper A. (2011) Alcohol consumption during pregnancy among women in Israel. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 18:e261-272.

Servei Català de Trànsit (2018). Anuari estadístic d'accidents de trànsit de Catalunya del 2017. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Staufer K, Andresen H, Vettorazzi E, Tobias N, Nashan B, Sterneck M. Urinary ethyl glucuronide as a novel screening tool in patients pre- and post-liver transplantation improves detection of alcohol consumption. *Hepatology*. 2011 Nov;54(5):1640-9.

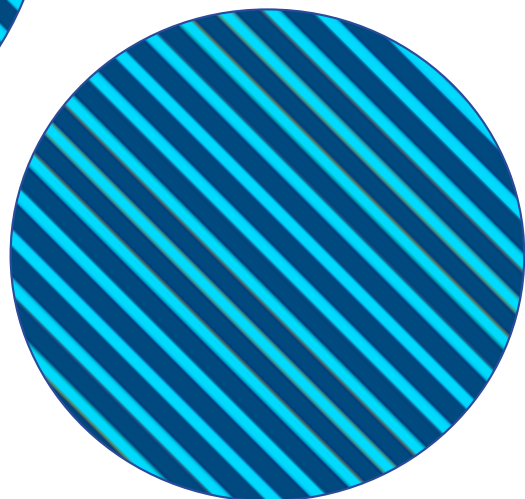
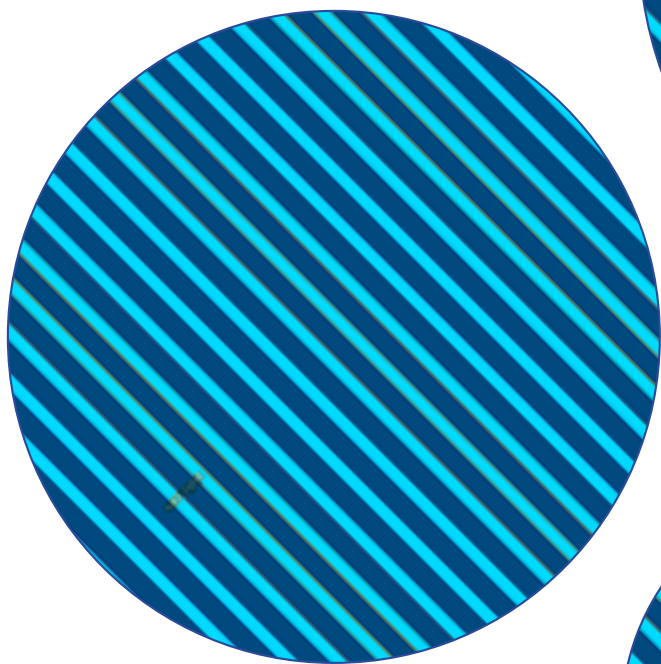
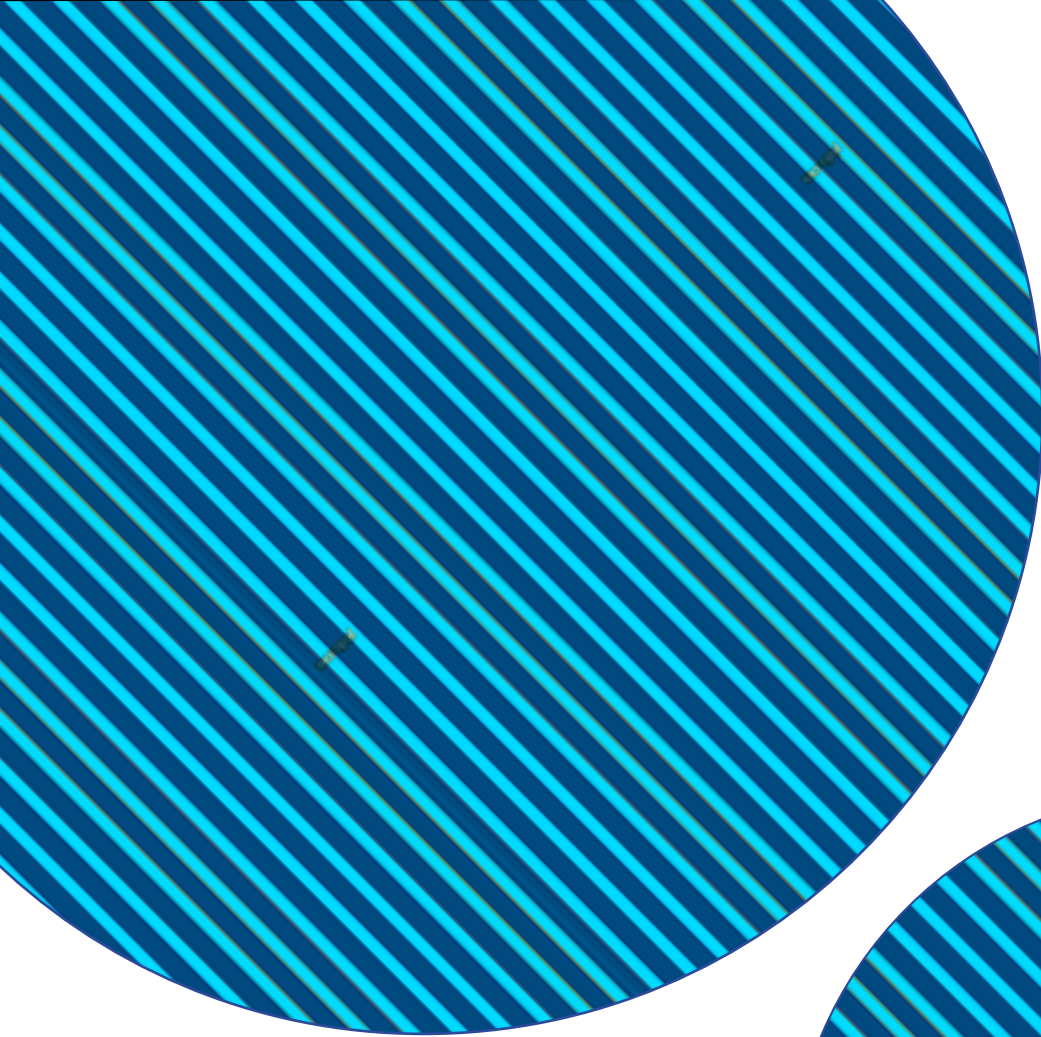
Swedish National Institute of Public Health (2009) Alcohol consumption among elderly European Union citizens.

Tandon P, Goodman KJ, Ma MM, Wong WW, Mason AL, Meeberg G, et al. A shorter duration of pre-transplant abstinence predicts problem drinking after liver transplantation. *Am J Gastroenterol*. 2009 Jul;104(7):1700-6.

Vaillant GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*. 2003 Aug;98(8):1043-51.

Villiers-Tuthill A1,2, Copley A3, McGee H4, Morgan K3,5. The relationship of tobacco and alcohol use with ageing self-perceptions in older people in Ireland. *BMC Public Health*. 2016 Jul 22;16:627. doi: 10.1186/s12889-016-3158-y.

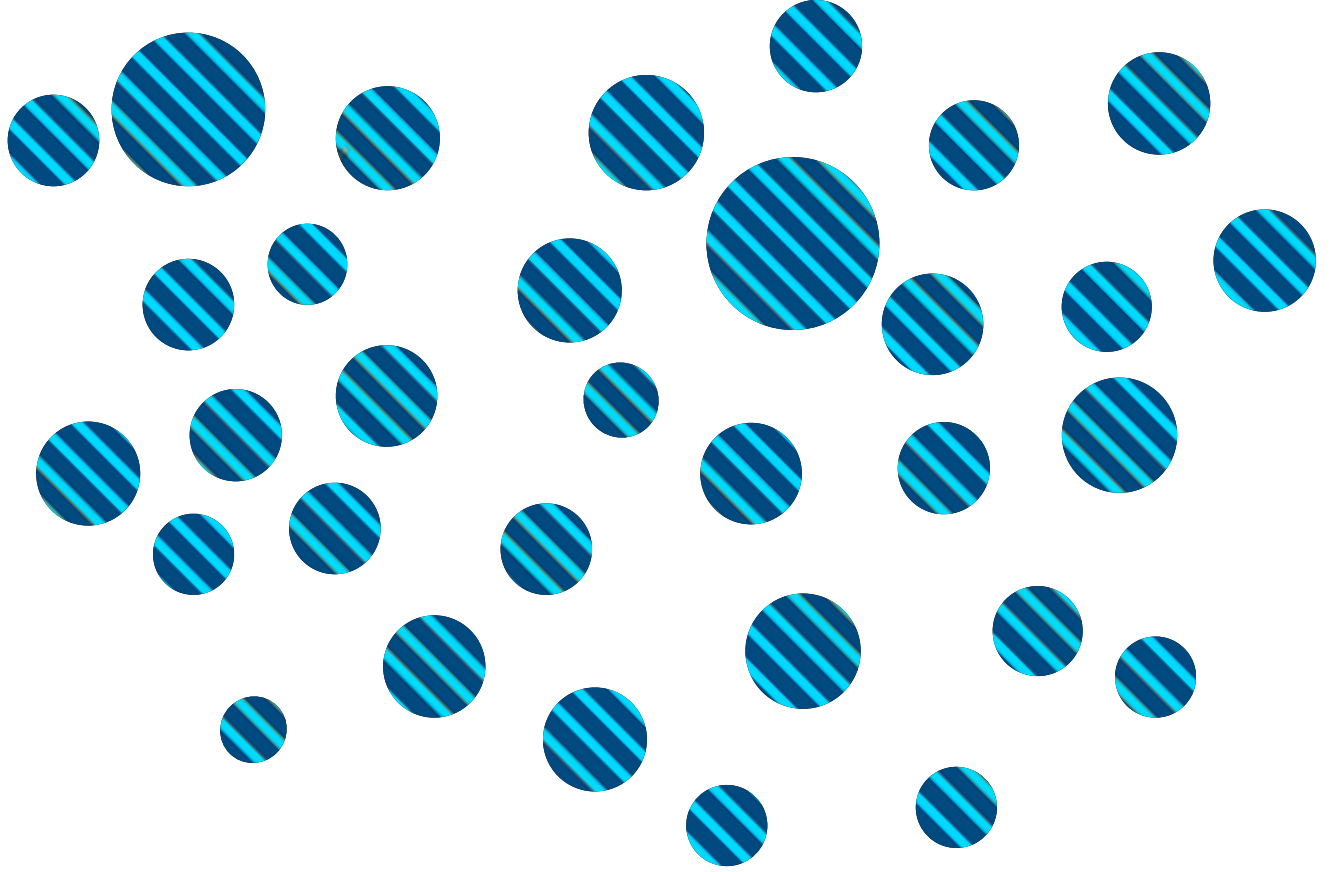
Wright TE, Terplan M, Ondersma SJ, Boyce C, Yonkers K, Chang G, Creanga AA. The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jul 1. pii: S0002-9378(16)30383-0. doi: 10.1016/j.ajog.2016.06.038.





8

ABORDATGE DELS
PROBLEMES
D'ALCOHOL EN
EL MARC DE LA
INTERCONSULTA
HOSPITALÀRIA →



ABORDATGE DELS PROBLEMES D'ALCOHOL EN EL MARC DE LA INTERCONSULTA HOSPITALÀRIA

Autors/es: Eugeni Bruguera, Anna Lligoña,

En aquest capítol es descriuen les peculiaritats de la interconsulta psiquiàtrica en el/la pacient alcohòlic/a hospitalitzat/da. Es revisen els factors que influeixen en la relació terapèutica, tant els derivants del/la pacient i del personal sanitari, com de les característiques físiques i organitzatives de les sales d'hospitalització. Es fa èmfasi en les característiques diferencials que inclouen l'entorn, la derivació i l'abordatge de la família. Es detallen també les implicacions eticolegals de la psiquiatria d'interconsulta i d'enllaç.

8.1 AVALUACIÓ INICIAL

La complexitat dels i les pacients atesos en el marc de la interconsulta hospitalària és un fet. En el o la pacient, el terme de patologia “dual” o fins i tot “trial” sovint queden curts i cal parlar de “polipatologia”. En primer terme, i motiu de l'ingrés, tenim la patologia orgànica a la qual afegirem la patologia addictiva, la patologia psiquiàtrica i/o la patologia sociofamiliar.

Iniciar un contacte terapèutic amb aquests/es pacients i abordar els seus problemes relacionats amb l'alcohol requereix, en primer lloc, valorar la disposició de la persona per parlar-ne, la connexió tant objectiva com subjectiva del trastorn orgànic amb el consum i les implicacions familiars o socials d'aquest consum (Hall. R.C., 1996) . Les dades obtingudes permetran marcar uns objectius globals, al marge dels farmacològics, per vincular el o la pacient al dispositiu extrahospitalari adequat. Unes expectatives d'abordatge terapèutic superiors a les possibilitats i peticions del o la pacient necessàriament porten a un fracàs en la vinculació terapèutica a l'alta hospitalària.

8.2 RELACIÓ TERAPÈUTICA

La percepció de la relació terapèutica va lligada a tres factors:

(está especificado en el documento índice)

8

8.2.1 FACTORS DERIVATS DEL O LA PACIENT

La persona amb conducta addictiva que ingressa en un hospital general sovint està subjecta a uns pensaments que poden condicionar-ne la conducta, i l'IC psiquiàtrica és l'eina per reconduir la situació (Larger, F., 2004). Entre els obstacles que trobem destaquem:

- La persona ingressada per una patologia que no li permet mantenir la seva conducta addictiva sovint genera una negativa a realitzar un ingrés perllongat. Hi ha una percepció de la malaltia orgànica com una interferència per al consum, i no com una conseqüència d'aquest, atès que viure la malaltia orgànica com a secundària de la ingesta proporciona un sentiment de culpa i malestar. En conseqüència, es pot generar una reacció de negació o minimització del consum que cal tenir en compte en l'anamnesi. No obstant això, pressionar en l'interrogatori pot generar més resistències i informacions falses. Un abordatge més motivacional i poc punitiu facilita la relació metge/ssa-pacient i l'obtenció de dades de consum més correctes. En aquests casos, utilitzar la família com a informadora pot generar conductes agressives tant envers la família com envers el personal. El o la pacient es pot sentir descobert/a, atacat en la seva intimitat, cosa que pot incrementar els conflictes familiars probablement ja existents. Així doncs, sempre és aconsellable entrevistar de manera conjunta el o la pacient i la seva família, crear un clima de seguretat i confiança que sigui viscut com l'inici d'una resolució de problemes, una eclosió dels conflictes latents.
- Desconfiança envers el personal de la sala, perquè pensa que la seva addicció no serà entesa ni tractada. Per a no estar suficientment medicat i, fins i tot, possibilitat d'abandonar l'hospital per anar a consumir. L'avaluació de consum en l'anamnesi d'entrada no sempre és prou acurada. Sovint, per evitar l'abstinència, ha de ser el o la pacient qui demani ajuda, cosa que li genera ansietat i por de no ser acceptat/da o, inclús, rebutjat/da pel personal que l'ha d'atendre.
- Poc partidari de seguir el tractament de la seva patologia orgànica. Hi ha una falta de consciència de malaltia i escassa motivació per canviar d'hàbits. La persona amb trastorn per consum d'alcohol vol resoldre al més ràpidament possible el problema agut que ha generat l'ingrés. No obstant això, sap que el tractament a llarg termini comporta un abordatge del seu alcoholisme, i no sempre hi està disposat. El grau de motivació per resoldre ambdues patologies no s'acostuma a trobar en un mateix estadi, tot i que el o la terapeuta pot caure en la temptació de donar-ho per fet.
- De vegades la persona amb trastorn per consum d'alcohol reclama una atenció diferent de la resta de pacients. La inquietud generada pel "craving", poc

objectiu i valorable, es manifesta en demanda d'atenció i petició de medicació. Una identificació, un abordatge i un tractament correctes faciliten l'estada a la sala d'hospitalització.

- Dificultats per complir les normes del servei (més deambulació, petició de fumar, etc.). El consum d'alcohol comporta habitualment una pèrdua d'horaris, de normes, d'hàbits higiènics i alimentaris i de conductes normatives que en el decurs de l'ingrés es tenen tendència a reproduir. De vegades la persona estableix un respecte per les jerarquies sanitàries en funció del benefici que en pot treure. Això pot generar actituds poc respectuoses i, a vegades, intimidadores, tant envers alguns/es professionals sanitaris com envers la resta de pacients. Amb això es tendeixen a establir les mateixes relacions de força, d'agressivitat verbal o, fins i tot, física que es tenia al carrer per aconseguir la satisfacció immediata de les demandes. Reconduir la situació és imprescindible, però sempre en el temps i el context adequats per garantir el màxim d'èxit i disminuir les tensions que es poden generar entre el personal sanitari i els i les pacients.
- Relacions familiars distòniques. En el cas de les persones amb dependència de l'alcohol cal actuar amb precaució alhora de parlar amb la família, ja que les relacions interfamiliars poden estar danyades i, a més, el seu entorn també pot haver emmalaltit. Així, la família pot, en ocasions, descarregar sobre el personal sanitari totes les seves angoixes i esperar de l'ingrés la solució no només del trastorn orgànic motiu de l'ingrés, sinó, i sobretot, del problema amb l'alcohol. D'altra banda, no és infreqüent que la parella o la família del o la pacient participi de la seva addicció de manera directa o indirecta i presenti actituds i/o conductes similars a la de la persona amb el trastorn.
- Tendència a l'automedicació. El consum concomitant d'altres fàrmacs, en especial de benzodiazepines, en pacients amb trastorn per consum d'alcohol es produeix en una freqüència elevada i oscil·la entre el 17% i el 50%, segons els estudis (Serrano, L., et al., 1999; Lligoña, A., et al., 1998; Monras, M., et al., 2003 i 2008). Per aquest motiu, a vegades la persona intenta guardar-se medicació per acumular una dosi que tingui un efecte similar al que té al carrer, i pot fer-ne una demanda exagerada. L'exploració del consum de benzodiazepines i la seva quantificació són essencials per un abordatge correcte, tant farmacològic en la desintoxicació com de seguiment en la deshabitució.
- En pacients amb síndrome de dependència a l'alcohol no és infreqüent la demanda d'alta voluntària en contra del criteri mèdic, tant per continuar el consum com perquè toleren malament l'ingrés, principalment si aquest és perllongat i requereix aïllament o immobilització o si la seva condició de salut els impedeix una deambulació normal. Cal tenir en compte que la discontinuïtat

8

del tractament pot representar un risc per a la mateixa persona, així com també plantejar un problema ètic als i les professionals que han de valorar si respectar la seva llibertat individual i concedir-li l'alta voluntària en front del risc que pot suposar per al seu entorn i, fins i tot, per a la comunitat. En alguns casos molt particulars s'ha realitzat un ingrés involuntari per ordre judicial i s'ha requerit vigilància policial (Ministerio de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales, 1986).

8.2.2 SUPORT A PROFESSIONALS NO ESPECIALISTES

De vegades, alguns comportaments de la persona ingressada (amenaces, desqualificacions, imposicions, etc.) poden ser molt problemàtics (no s'ajusten al perfil de malalt/a habitual) i provocar por i rebuig entre els i les professionals amb menys experiència en el maneig de persones amb aquestes patologies. La manca d'eines per part de la institució a fi de limitar aquests comportaments pot fer que el o la professional se senti desprotegit i que el treball a la sala sigui veritablement estressant i difícil.

Així, quan es fa la interconsulta, també s'ha de valorar quina està sent l'actitud del o la pacient i dels o les professionals, no especialistes en addiccions, que l'atenen. En especial perquè si els o les professionals perceben el o la pacient com una persona manipuladora, demandant, que no es vol curar, poc col·laboradora, el que pot passar és que els o les professionals responguin de manera defensiva, poc acollidora i poc empàtica, i s'acabi generant una situació de confrontació que empitjori l'evolució durant l'ingrés i dificulti la derivació a l'alta. El resultat final serà molt probablement una mala praxi, una negativa en l'abordatge del trastorn per consum d'alcohol i un increment de la síndrome d'esgotament professional (burn out) en el personal sanitari.

L'abordatge de la persona amb trastorn per consum d'alcohol en el marc de la interconsulta s'ha de realitzar de manera que permeti una actitud relaxada i positiva per a ambdues parts (Cibanal, L., 2004).

- Observació en profunditat: estudiar objectivament el comportament del o la pacient i la relació entre pacient i professionals per ajudar a millorar la situació a la sala i, així, rebaixar el component i la tensió emocional i potenciar les actituds empàtiques.
- Anamnesi: tenir en compte que no és una simple recollida de dades, sinó que cal establir una aliança terapèutica que faciliti el tractament. Per a aquesta finalitat cal observar unes normes d'acostament i d'abordatge.
 - o Presentar-se a l'iniciar l'entrevista.
 - o Respectar el ritme del o la pacient i no aclaparar-lo a preguntes.

- o Ser acollidor/a. Començar escoltant i no preguntant.
 - o No confrontar el o la pacient de manera brutal.
 - o No preocupar-se més per la resposta que s'ha de donar que per escoltar el que demana.
 - o Respectar els silencis.
 - o Estar atent/a al llenguatge no verbal que ens pot donar informació sobre angoixa o tensió.
 - o No adoptar una actitud de judici o crítica davant la situació.
 - o Animar el o la pacient a verbalitzar els seus sentiments, preocupacions i dubtes.
- Diagnòstic/objectius: en aquests/es pacients, de la mateixa manera que parlem de multimorbiditat, caldrà establir pluridiagnòstics i, per tant, establir objectius diversos. Sovint és necessària la intervenció i coordinació d'un equip multidisciplinari compost pel personal de la sala, psiquiatria i treball social. Tot l'equip assistencial ha de tenir els mateixos criteris d'actuació, que han d'anar encaminats a:
 - o Identificar ràpid el consum per evitar possibles abstinències.
 - o Informar el o la pacient que la seva addicció serà tractada correctament.
 - o Explicar clarament les normes.
 - o Reconduir les respostes inadequades i recordar la necessitat de respectar les normes i els altres.

Sempre que sigui possible, cal facilitar una educació sanitària: dieta, son. Els mals hàbits en aquestes àrees són molt freqüents i sovint es tracten amb medicacions inadequades (benzodiazepines).

S'han de valorar les reaccions de la família i promoure que mantinguin una col·laboració. També s'han de prioritzar les entrevistes conjuntes amb el o la pacient. La informació obtinguda sense la seva presència és difícil d'utilitzar i pot col·locar el o la pacient en contra del tractament, ja que veurà el o la professional sanitari com un aliat de la família i en contra seu. La persona es pot sentir "caçat" per la seva malaltia orgànica, cosa que el posarà en guàrdia i en contra d'iniciar un possible tractament de la dependència.

- Intervenir/registrar: és convenient que la intervenció es basi en protocols estandarditzats d'actuació, en què han de constar tant el tractament com les normes de conducta, en especial en cas de situacions difícils com la transgressió

8

de normes, agressions, demandes continuades d'atenció, etc. Les persones responsables de la sala s'han d'assegurar que tot el personal en conegui l'existència i l'aplicació. També han de servir per avaluar-ne l'eficàcia.

Sistema de registre de la informació: tant les incidències com els pactes establerts han de quedar registrats per ser transmesos a tot el personal que incidirà en el o la pacient. Això permet evitar manipulacions i conflictes tant amb el o la pacient com entre el personal implicat. És sempre indispensable en aquests/es pacients amb més intervencions, amb més professionals implicats i amb patologia més bigarrada una bona coordinació per evitar duplicar feines o, el que és més greu, intervencions oposades que porten a la confusió del o la pacient i de la seva família, així com a una baixa rendibilitat de la intervenció.

Cal crear un espai per a la reflexió i la valoració del treball realitzat coordinat per un responsable referent. Aquests espai permet corregir actuacions o decisions, augmentar el coneixement i la informació, compartir els dilemes ètics i els aspectes psicològics que genera aquest trastorn, augmentar la motivació i la seguretat, unificar procediments i donar cohesió a l'equip. En definitiva, l'espai permet disminuir l'estrès i la tensió dels i les professionals.

8.2.3 FACTORS DERIVATS DE L'ENTORN

És evident que l'entorn on es troba ingressada la persona pot influir en el seu procés terapèutic. Les característiques físiques i organitzatives de la sala d'hospitalització poden facilitar o dificultar l'evolució i l'abordatge del consum alcohòlic de la persona.

Si el o la pacient es troba en situació d'immobilització (traumatologia), d'aïllament (infeccioses, cures intensives) o connectat a aparells (respiradors...), l'abordatge és més difícil, i són sovint aquestes situacions les que desencadenen trastorns com les crisis convulsives, el delírium trèmens o l'ansietat.

Una anamnesi correcta ha d'evitar aquestes situacions. Establir un tractament substitutiu de la nicotina en pacients fumadors, facilitar la comunicació amb familiars (proporcionar un telèfon) o adequar la quantitat dels aliments (dieta hipercalòrica) són algunes de les accions que poden ajudar a disminuir l'angoixa i facilitar l'estada.

Mantenir una il·luminació adequada i evitar la deprivació lumínica en les hores nocturnes ajuda a mantenir el nivell de consciència i l'orientació.

8.3 L'ENTREVISTA CLÍNICA EN EL MARC DE LA INTERCONSULTA: CARACTERÍSTIQUES DIFERENCIALS

8.3.1 ENTORN (SETTING)

El context en què es realitza l'entrevista clínica, en general, i la psiquiàtrica, en particular, és importantíssim. Facilitar un ambient agradable, amb el mínim de distraccions; intimitat, i concentració han de ser la prioritat a l'hora d'abordar el o la pacient alcohòlic/a. Cal recordar que la persona no ha ingressat per tractar alcohòlica el seu trastorn per consum d'alcohol, no té cap interès a parlar amb un/a psiquiatre/a i, en cas que en tingués, n'espera plena confidencialitat. En molts casos serà la primera vegada que la persona es trobarà davant d'algú amb qui pot parlar del seu secret. En els llibres de la bona praxi per realitzar una entrevista psiquiàtrica trobem una descripció acurada sobre els elements que cal tenir en compte: lloc, il·luminació, despatx, taula, cadires, silenci, etc. (Benítez, M. M., León, J., 2003). No obstant això, les limitacions de l'entorn hospitalari exigeixen un alt grau d'adaptabilitat. Són precisament la comoditat, la tranquil·litat i la privacitat les característiques absents en les unitats mèdiques i quirúrgiques.

La privacitat és l'element que més dificulta l'aproximació a la persona i malaltia al seu trastorn. Les interrupcions per part del personal sanitari, de visitants o del company/a d'habitació són una constant.

Sempre que el o la pacient pugui deambular és convenient realitzar l'entrevista en un espai més íntim (sala d'espera, despatx mèdic...) i evitar situacions altament compromeses, com poden ser les intervencions (sempre amb bona intenció) del company/a d'habitació.

Encara que el metge o metgessa responsable hagi cursat una interconsulta a psiquiatria per abordar el consum d'alcohol, moltes vegades no s'avisava a la persona de la visita i, malgrat això, s'espera que aquesta cooperi. És important que a l'inici de l'entrevista es tingui en compte aquesta circumstància, es demani excuses a la persona i es facin algunes maniobres físiques d'acostament, com poden ser seure a la seva alçada, ajudar-lo a posar-se còmode per a l'entrevista o evitar que hi hagi més gent a l'habitació (Smith, F. A., et al., 2006).

8.3.2 DIFICULTATS EN L'ABORDATGE

Tenir clar els objectius de la intervenció facilitarà l'abordatge i possibilitaran un seguiment a l'alta hospitalària.

Una de les dificultats que sorgeixen és determinar si existeix consum d'alcohol i conseqüències derivades d'aquest. Les preguntes directes sobre aquest tema, a diferència d'altres patologies, poden posicionar el o la pacient a la defensiva i conduir-lo a una negació o a una minimització. La persona amb trastorn per consum d'alcohol freqüentment es desconeix com a tal o no pot acceptar la importància del problema, i difícilment en un abordatge en el marc de la interconsulta podem trencar tots els prejudicis. És aconsellable d'introduir les preguntes sobre el consum en un global de preguntes sobre hàbits alimentaris i de consum en general. Voler avaluar quantitativament la ingesta d'una manera massa incisiva no acostuma a

8

donar respostes gaire adequades, atès que la persona se sent jutjada (Negrete, J. C., 2001). Les dades sobre la quantitat de substància consumida es poden obtenir a través d'informació d'acompanyants, informes clínics o analítiques, i permetran adequar la medicació.

No és objectiu de la interconsulta que el o la pacient accepti que és alcohòlic/a, sinó que entengui que l'alcohol representa un problema en la seva vida i que necessita una ajuda per determinar la magnitud del problema i el seu possible tractament.

La presència d'un trastorn cognitiu derivat del consum no és infreqüent i condicionarà tant l'entrevista com el tractament i el seguiment. Avaluar el dany neurològic i la seva correlació clínica han de permetre establir un diagnòstic diferencial amb els mecanismes de defensa esmentats prèviament. La dificultat per recordar dates, problemes previs, relacions, etc. porta la persona a la fabulació, a omplir buits mitjançant dades inventades que el o la pacient creu. És de rigor, doncs, una avaluació de les funcions cognitives: memòria, atenció, comprensió, etc.

També des de la interconsulta caldrà conèixer la situació social i els recursos de suport de què disposa el o la pacient. D'això dependrà la possible derivació a l'alta. El treball amb l'entorn, la resolució d'obstacles per iniciar el tractament (horari de feina, transport...) o l'abordatge de les situacions de crisi que paralitzen el o la pacient (ruptura de parella, pèrdua de feina, de casa, problemes judicials...) han de permetre una derivació a l'alta efectiva (Benítez, M. M., León, J., 2003) .

8.3.3 DERIVACIÓ

La derivació des de la interconsulta no sempre és fàcil. Els problemes poden ser diversos: trastorn cognitiu, manca de suport sociofamiliar, negació del problema, baixa motivació al canvi, prejudicis del tractament. Malgrat tot, la por al trastorn orgànic sovint ajuda la persona a acudir, en el primer contacte, al centre ambulatori, ja que el considera com una part integrant del tractament mèdic, tot i que, en moltes ocasions, la manca de motivació real a l'abstinència impedeix l'adherència a un tractament de la dependència a més llarg termini. Per minimitzar al màxim aquesta manca d'adherència, el primer contacte, és a dir, la interconsulta, ha de ser molt motivacional, tot i que s'utilitza el trastorn orgànic com a punt de partida per a la vinculació. El o la pacient es troba en una etapa de motivació molt més avançada pel que fa a la seva malaltia orgànica que pel que fa al seu trastorn per consum d'alcohol.

Cal, doncs, consensuar i negociar amb el o la pacient la derivació, explicar-li en què consistirà, les possibles dificultats en què es trobarà i els objectius que en pot esperar.

D'altra banda, sempre que sigui possible, s'aconsella contactar amb el centre o el o la professional al qual es remet el cas i informar-lo perquè la persona visqui al màxim la derivació com un procés de continuació de l'ingrés.

8.3.4 ABORDATGE DE LA FAMÍLIA

L'alcoholisme ocasiona també gran malestar en l'entorn familiar i la interconsulta és

una ocasió excel·lent perquè el o la professional que la realitza proveeixi la família d'estratègies que l'ajudin a respondre d'una manera positiva davant del problema d'alcohol de la persona familiar i per motivar-la a buscar ajuda o tractament.

És un mite que la família no pugui influenciar en la persona bevedora perquè canviï. La família no pot fer que la persona deixi de beure, però sí que pot canviar-ne el comportament, de manera que pot ajudar el o la pacient a reconèixer que el seu consum d'alcohol és perjudicial (Departament de Salut, 2007).

La interconsulta és un moment idoni per explicar a la família el seu paper en el procés de recuperació del o la pacient, per desangoixar-lo davant de la situació i, sobretot, per transmetre-li que no està sol/a i que té solucions a l'abast.

8.4 ASPECTES ÈTICS I LEGALS DEL TRACTAMENT EN EL MARC DE LA INTERCONSULTA

Atès que, en línies generals, el tractament psicofarmacològic i psicològic no variarà dels que s'han explicat en el capítol quatre, en aquesta secció ens referirem amb més detall als aspectes de tipus legal i ètic.

La psiquiatria d'interconsulta i enllaç s'enfronta constantment a molts problemes relacionats amb aspectes mèdics i legals que cal repassar. Per exemple, la competència per prendre decisions d'un/a pacient té un paper molt rellevant a l'hora de decidir acceptar o rebutjar un procediment mèdic o quirúrgic (signar o no un consentiment informat), i és clau quan aquestes decisions poden implicar una situació de risc vital per a la persona. Igualment, el o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç es pot veure exposat a situacions de risc davant de pacients violents i també a peticions i problemes legals relacionats amb l'avaluació i el tractament d'aquests tipus de pacients.

Portar a terme avaluacions de risc adients davant d'aquests/es pacients, així com davant dels o les pacients amb risc de suïcidi, pot reduir molt les possibilitats que un cas potencial de mala pràctica mèdica es resolgui negativament per als o les psiquiatres d'interconsulta i enllaç (Simon, R. I., 1992).

Els o les psiquiatres d'interconsulta i enllaç ben formats en els aspectes legals es troben molt més ben preparats per recomanar una bona pràctica clínica sense haver de recórrer a una pràctica defensiva de la medicina, amb les pors i els riscos que poden derivar d'aquesta pràctica defensiva. Això també implica un augment evident de les possibilitats d'èxit en el tractament d'aquests/es pacients.

8.4.1 ASPECTES ÈTICS

Aspectes de tipus ètic apareixen constantment en la pràctica diària del psiquiatra d'interconsulta i enllaç en tractar pacients amb malalties mèdiques. Més encara, allò

8

que avui considerem relacionat amb l'ètica pot esdevenir un requeriment legal demà.

A finals dels anys cinquanta i a principis dels anys seixanta la professió mèdica va anar abandonant el rol autoritari en la relació amb el o la pacient per treballar d'acord amb una relació de col·laboració mútua metge/ssa-pacient. Això implica que els i les pacients competents tenen el dret legal per decidir el tractament mèdic amb una autonomia total.

És degut a això que els i les psiquiatres expliquen als o les pacients informació mèdica rellevant, si no està contraindicat, per afavorir l'aliança terapèutica (Simon, R. I., 1987).

Així, seran els principis ètics de beneficiar, no perjudicar i respectar la dignitat i l'autonomia del o la pacient els que marcaran la base ètica i moral per a la relació metge/ssa-pacient. Per tant, serà un deure legal i ètic per al o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç (o el metge/ssa responsable) obtenir el consentiment de les persones adequades quant el o la pacient no sigui capaç de prendre una decisió informada. Els drets de tots els i les pacients són els mateixos, només el com són portats a terme és diferent (Parry, J. W., Beck, J. C., 1990).

Serà, doncs, molt important que el o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç tingui molt clar el significat dels termes següents, així com la seva implicació en el tractament clínic dels i les pacients:

Competència: tenir la capacitat mental per entendre la naturalesa d'un acte.

Consentiment informat: l'acceptació voluntària, per part d'una persona competent, basada en el coneixement de tots els fets necessaris per prendre aquesta decisió.

Drets per rebutjar un tractament: el dret de cada pacient per decidir què es fa o no al seu cos.

Confidencialitat: la confidencialitat fa referència a l'obligació ètica del o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç de no explicar la informació obtinguda en el decurs d'una avaluació o tractament d'un/a pacient sense el seu permís exprés . Aquest dret està protegit per la llei.

Hospitalització voluntària: fa referència a l'hospitalització informal d'un/a pacient. Li abandonar l'hospital si ho vol.

Hospitalització involuntària: normalment fa referència a l'hospitalització d'un/a pacient amb malaltia mental, que pot representar un risc per a ell mateix o per a terceres persones, contra la seva voluntat i per un període de temps concret.

Aïllament i contenció física: tractaments que inclouen l'aïllament i la immobilització física dels o les pacients.

Voluntats anticipades: decisions preses per persones competents amb relació a

tractaments mèdics futurs (o nomenar persones responsables de decidir per elles) en el cas que esdevinguin incompetents.

Tots aquests termes representen implicacions ètiques i morals que el o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç ha de tenir molt en compte quan valori els o les pacients.

8.4.2 LES IMPLICACIONS DE LA UTILITZACIÓ DE TRACTAMENTS PER A FINALITATS NO APROVADES OFICIALMENT

Un/a psiquiatra d'interconsulta i enllaç pot prescriure un tractament per a un ús no aprovat pel Ministeri de Sanitat. Per exemple, no existeix cap tractament aprovat per a l'agressivitat (Yudofsky, S. C., et al., 1995), però es fan servir diferents tractaments amb neurolèptics, benzodiazepines, betabloquejadors, anticòmics i liti, de manera efectiva, per tractar episodis d'agressivitat (Hazelton, L. D., et al., 2003).

La decisió de fer servir tractaments no aprovats oficialment per un ús concret es basa en coneixements adquirits per l'elaboració d'estudis mèdics i científics, portats a terme per grups d'investigadors/es de prestigi i publicats a revistes també de prestigi reconegut en l'àmbit de la psiquiatria (Linda Gancini, M. D., et al., 2003; Glaser, F. B., 1988; Kremer, G., et al., 2004).

De totes maneres, és important recordar en aquest punt que la prescripció d'un tractament és responsabilitat del metge/ssa que el prescriu i que, per tant, qualsevol problema serà responsabilitat seva, independentment de si està aprovat o no.

PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

- Durant la pràctica clínica diària del o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç sorgeixen molts problemes diferents relacionats amb aspectes legals. És important, doncs, que aquest/a entengui bé els aspectes legals en relació amb la competència dels o les pacients quant aquests han de decidir sobre temes de la seva salut. Dilemes amb relació al consentiment informat, persones substituïdes per prendre decisions quan el pacient no és competent, tutors/es legals i voluntats anticipades són àrees en què freqüentment el o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç ha d'intervenir.
- És molt important que el o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç tingui clars els conceptes relacionats amb els punts següents:
 - o Capacitat per decidir i competència per fer-ho no són el mateix.
 - o L'assumpció que el o la pacient no presenta cap capacitat per decidir quan no està d'acord amb un consell mèdic no és un axioma automàtic.
 - o Sempre esdevé necessari assegurar que el o la pacient presenta la capacitat per decidir, i no únicament quan no accepta la recomanació

8

mèdica.

- o La capacitat del o la pacient per decidir no és mai un fenomen del “tot o res”.
 - o Problemes cognitius no impliquen que el o la pacient no tingui capacitat per decidir.
 - o La manca de capacitat per decidir no és una condició permanent.
 - o El fet de no haver rebut tota la informació rellevant sobre el tractament no implica una manca de capacitat per decidir.
 - o Tots els o les pacients amb problemes de salut mental no presenten necessàriament mancances en la capacitat per decidir.
 - o No és cert que els o les pacients ingressats de manera involuntària no presenten capacitat per decidir.
 - o No és cert que únicament els o les psiquiatres poden decidir sobre la capacitat d'un/a pacient per decidir.
- Tot i que el o la psiquiatra d'interconsulta i enllaç no necessita ser un advocat/da, un coneixement profund dels aspectes mèdics i legals amb què normalment es trobarà és essencial per poder portar a terme una pràctica clínica efectiva.

BIBLIOGRAFIA CAPITOL 8: ABORDATGE DELS PROBLEMES D'ALCOHOL EN LA INTERCONSULTA

Benítez M. M, León J. Entrevista con el paciente con problemas relacionados con el alcohol. Relación psicólogo-paciente. En Manual SET de Alcoholismo. Médica Panamericana 2003, pp278-309.

Cibanal L. La relación con la persona que sufre de toxicomanía. (Puntos a tener en cuenta antes de relacionarme con el paciente). Revista española de drogodependencias. Vol. 29. Num. 1 i 2. 2004 pp 53-61

Gancini, L. (2003) M.D. : Pitfalls in Assessment of Decision – Making Capacity. Psychosomatics 44, June.

Gancini L. (2004) Ten myths about decision – making capacity. J Am Med Dir Assoc. Jul - Aug.

Glaser FB et al. (1998) Alcohol and Drug problems : a challenge to consultation-liaison psychiatry. Can J Psychiatry

Hall RC. (1996) The value of consultation – liaison interventions to the General Hospital. Psychiatry Serv. 47(4):418-20.

Hazelton LD, Sterns GL, Chisholm T. : Decision – making capacity and alcohol abuse: clinical and ethical considerations in personal care choices. Gen Hosp Psychiatry, 2003 Mar – Apr.

Kremer G. (2004) Alcohol – related interventions in general hospitals in Germany: public health and consultation- liaison psychiatry perspectives. Adv Psychosom. Med

Larger F. Actuación de enfermería en el proceso de recuperación de las drogodependencias. Revista española de drogodependencias. Vol. 29. Num. 1 i 2. 2004. pp 127-136

8

Lligoña A, Costa S, Gual A. Benzodicepinas en el tratamiento del enfermo alcohólico. Indicaciones y contraindicaciones. *Psiquiatría Biológica* 1998; 5 (supl.1): 61-69.

Monras M, Ortega L, Mondon S, Gual A. Alcoholismo en el hospital general: detección y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2003; 121 (19): 733 .

Monras M, Mondon S, Jou J. Consumo de tranquilizantes en pacientes alcohólicos y su relación con los trastornos de personalidad y el deterioro neuropsicológico. *Med Clin (Barc)* 2008, 130 (18): 693-5.

Negrete, J.C. Reconocimiento y evaluación clínica del alcoholismo 2001. Disponible en URL: <http://users.rcn.com/icps/Medico/MEDICO98/SETEMBER/reconocimiento.html>

Parry JW, Beck JC : Revisiting the civil commitment / involuntary treatment stalemate using limited guardianship, substituted judgement and different due process considerations : a work in progress. *Medical and Physical Disability Law Reporter* 14 : 102 – 114, 1990

Programa Beveu menys. Alcohol i Atenció Primària de Salut. 2007. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Serrano L. Costa S. Lligoña A. Monràs M. Gual A. Estudio descriptivo de pacientes consumidores de benzodicepinas. *Adiciones*. Vol 11, sup. 2. 1999. 45-6.

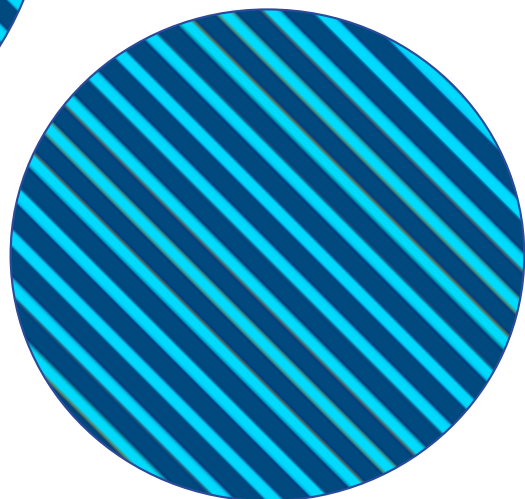
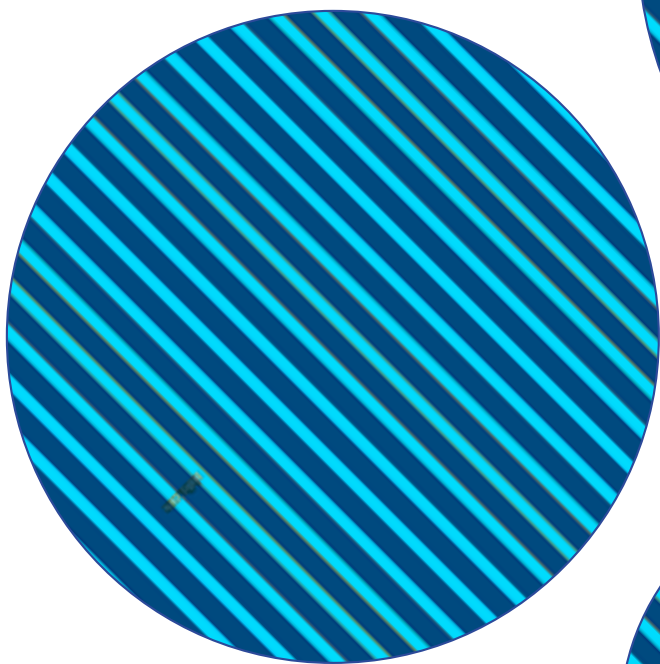
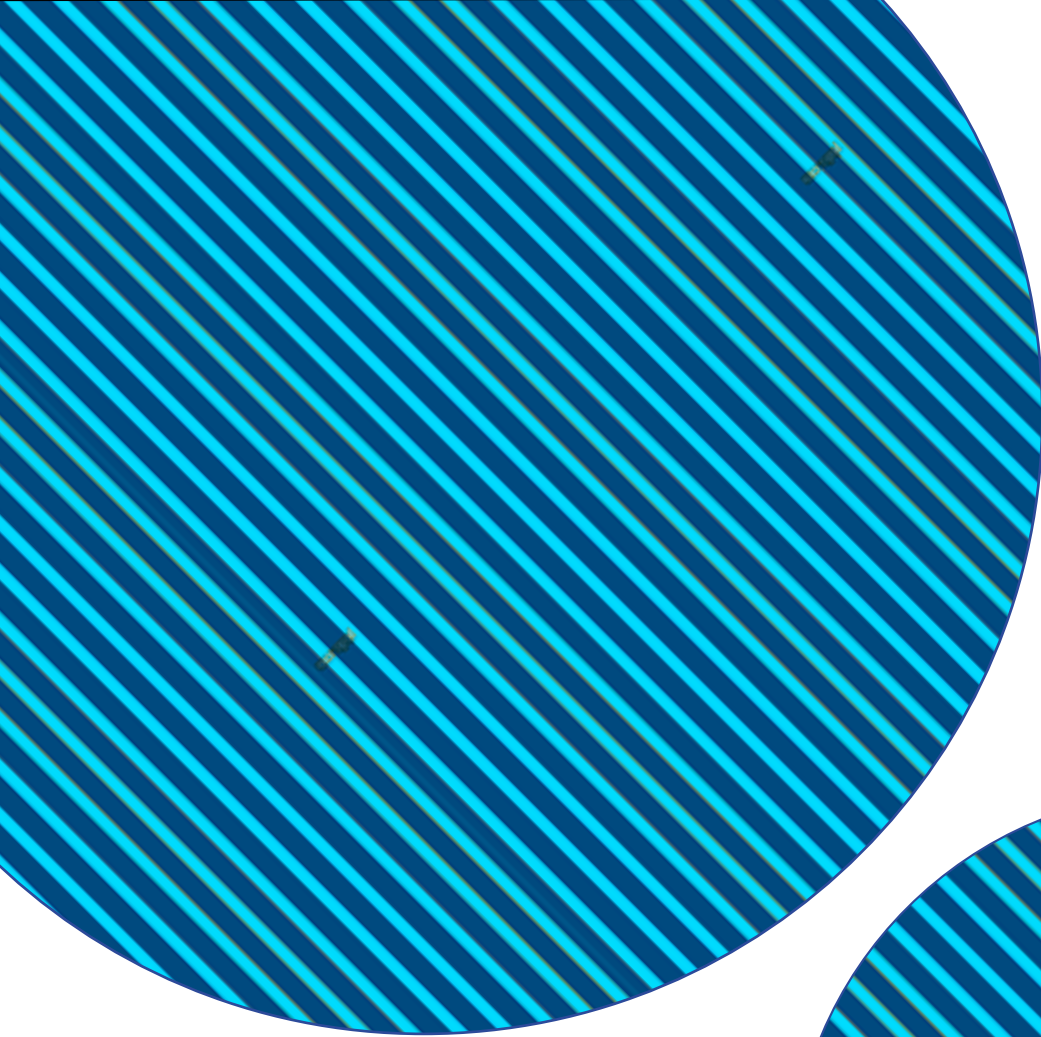
Simon RI. Beyond the doctrine of informed consent ---a clinician's perspective. *The Journal for the Expert Witness, The Trial Attorney, The Trial Judge* 4:23-25, 1989.

Simon RI. *Clinical Psychiatry and the Law*, 2nd edition. Washington, DC, American Psychiatry Press, 1992.

Simon RI. The psychiatrist as a fiduciary : avoiding the double agent role. *Psychiatryc Annals* 17 : 662 – 626, 1987.

Smith F.A, Querques J, Levenson J.L, Stern T.A. Evaluación y consulta psiquiátricas. En *Tratado de Medicina Psicosomática*. *Ars Medica* 2006, pp: 3-14.

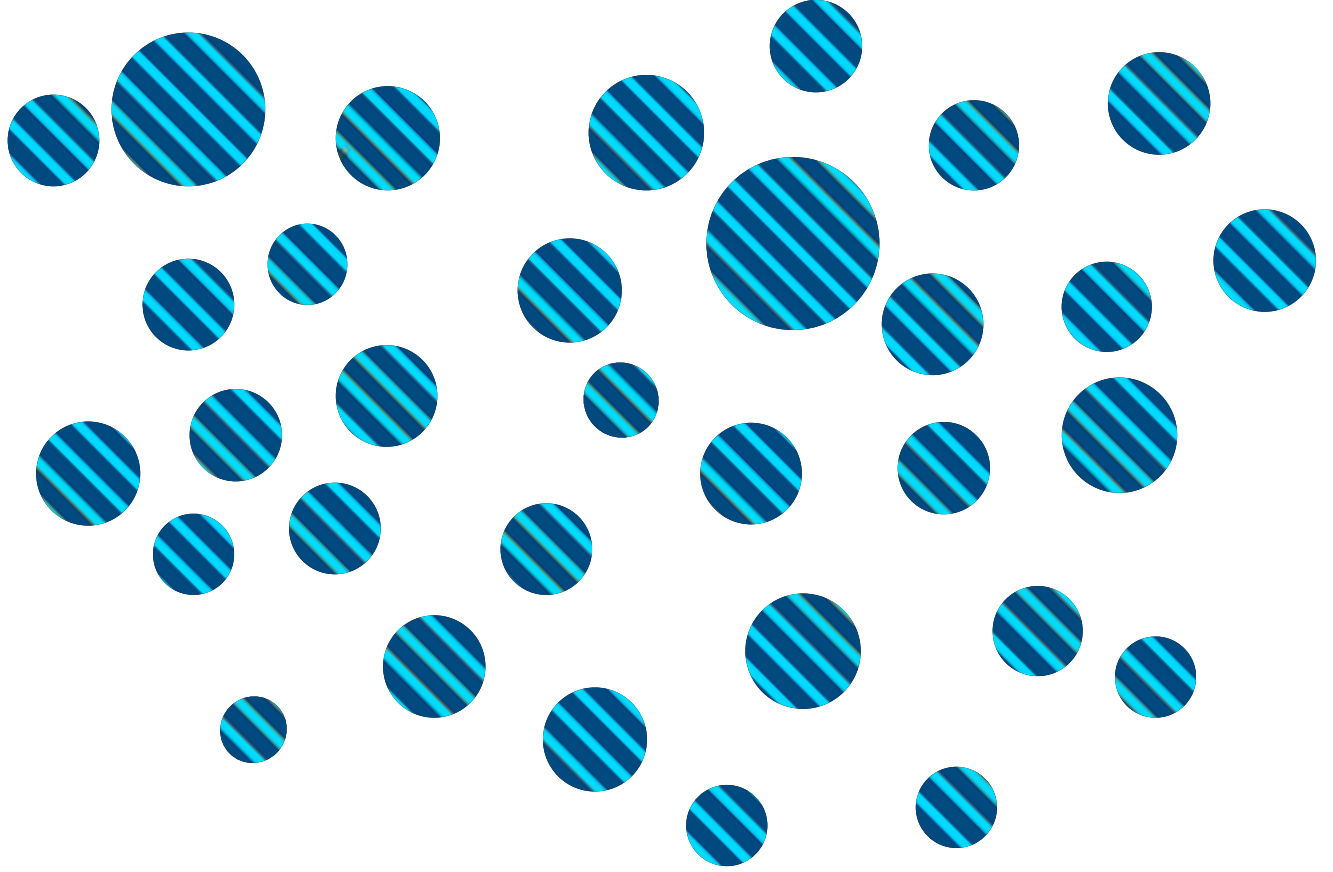
Yudofsky SC, Silver JM, Hales RE : Treatment of aggressive disorders, in The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology. Edited by Schatzberg AF, Nemeroff CB. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 735 – 751.





9

EL PAPER DE LA
INFERMERIA AMB
PACIENTS AMB
CONSUM DE RISC,
PERJUDICIAL O
DEPENDÈNCIA
ALCOHÒLICA EN
L'ÀMBIT HOSPITALARI →



EL PAPER DE LA INFERMERIA AMB PACIENTS AMB CONSUM DE RISC, PERJUDICIAL O DEPENDÈNCIA ALCOHÒLICA EN L'ÀMBIT HOSPITALARI

Autora: Ana Belén Martínez Gonzalo

En aquest capítol es revisa el paper de la infermeria amb els o les pacients hospitalitzats amb consum de risc, perjudicial o dependència de l'alcohol: les pautes de valoració infermera, els diagnòstics d'infermeria més freqüents amb valoració de les necessitats físiques i emocionals, els resultats objectius i la interrelació entre els diagnòstics, criteris de resultats i intervencions d'infermeria.

La Margarida ha ingressat al servei de traumatologia per a tractament d'una fractura subcapital de fèmur arrel d'una caiguda casual (veure cas clínic capítol 2). S'ha realitzat l'acollida a la planta amb el cribratge del consum d'alcohol i la valoració posterior. Presenta criteris de dependència de l'alcohol, i l'avaluació de la gravetat del trastorn ha estat de trastorn per ús d'alcohol moderat. La infermera de la planta, després de la valoració del test AUDIT i la observació del tremolor distal fa la valoració de la CIWA-ar. Observa mínim tremolor distal, neguit i els palmells suats.

El resultat de la CIWA-Ar és de 3 punts. La infermera truca al traumatòleg per a avaluar la necessitat de tractament o profilaxi per a l'abstinència alcohòlica (desenvolupat al capítol 2). A continuació es procedeix a realitzar la valoració mèdica integral (desenvolupada a capítol 3) i el pla de cures d'infermeria adient.

La prevalença del consum perjudicial d'alcohol en l'àmbit hospitalari al nostre país és superior a la de la població general (Rosón, B., et al., 2010). Per tant, el marc hospitalari ens ofereix l'oportunitat de realitzar la identificació precoç del patró del consum d'alcohol i una intervenció breu dirigida a la reducció o l'abstinència del mateix consum. Quan parlem d'intervenció breu ens referim a totes les intervencions limitades en el temps i amb una durada inferior a un tractament, normalment proactiva, oportunista o programada, que es realitzen amb l'objectiu de mobilitzar els recursos personals del o la pacient per aconseguir un canvi d'hàbits saludable (vegeu el capítol 6).

9

Com s'ha dit amb anterioritat, els i les pacients amb un consum de risc, perjudicial o dependència a l'alcohol poden ingressar per diversos motius, tant per patologia aguda com crònica, relacionada o no amb el consum d'alcohol. La valoració integral de la infermeria és fonamental per prevenir, identificar i tractar tant el consum perjudicial com la síndrome d'abstinència alcohòlica, i permet realitzar una intervenció dirigida a afavorir els hàbits saludables.

Els plans de cures d'infermeria segueixen un procés sistematitzat i complet que consta de diverses etapes (Alfaro, R., 1992):

1. Recollir dades mitjançant l'entrevista, l'observació i l'examen físic.
2. Validar i organitzar l'entrevista segons el model infermer adoptat, l'observació i l'examen físic.
3. Registrar les dades, tant objectives com subjectives, en un instrument de valoració estandarditzat en el qual quedin recollides, organitzades i classificades, de manera que ens orientin cap a l'obtenció de diagnòstics d'una manera integradora i no lineal i, a la vegada, ens indiquin problemes que hagin de ser tractats en col·laboració amb un altre professional o per aquest. Els diagnòstics d'infermeria s'han de definir mitjançant la taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) per poder classificar de manera sistemàtica els judicis clínics infermers.
4. Registrar un objectiu o diversos dirigits al o la pacient i amb un temps determinat, un cop establert el diagnòstic d'infermeria.
5. Enumerar les intervencions relacionades amb el diagnòstic que hem definit, que haurien de ser molt precises, i, en tot cas, trobar-ne el referent en les intervencions.
6. Fer una avaluació en cada diagnòstic que ens permeti estimar si l'objectiu s'ha complert. L'avaluació en el pla de cures correspon a l'evolució del o la pacient.

Aquest procés és dinàmic i està subjecte a canvis en funció de si s'han aconseguit o no els objectius plantejats.

Els plans de cures estandarditzats són un suport d'informació que agrupa els mateixos elements del pla de cures (etiqueta diagnòstica, factors relacionats i intervencions), però que es preestableixen respecte a un diagnòstic infermer concret.

El projecte ARGOS, programa de modernització de l'Institut Català de la Salut, inclou l'estació de treball infermer GACELA CARE per a pacients hospitalitzats. Els plans de cures estandarditzats que formen aquesta estació de treball han estat elaborats en el marc del projecte d'harmonització d'estàndards (ARES), i tenen com a funció

garantir la qualitat i la seguretat en la planificació i la utilització d'estàndards de cures. Dins d'aquesta estació de treball es poden trobar el pla de cures de la síndrome d'abstinència alcohòlica, dirigit als i les pacients que ingressen per aquesta síndrome o que presenten una simptomatologia abstinencial durant l'ingrés, i el pla d'addicció a drogues, per a les persones que ingressen per fer la desintoxicació alcohòlica (Grup d'infermeres del programa ARES, 2009). Infermeria ha d'individualitzar i adequar l'estàndard al o la pacient en funció de la valoració.

9.1 VALORACIÓ D'INFERMERIA AL O LA PACIENT AMB PROBLEMES D'ALCOHOL INGRESSAT A UN HOSPITAL GENERAL

La valoració d'infermeria a pacients hospitalitzats amb problemes d'alcohol té com a objectiu principal conèixer les possibles complicacions derivades del consum d'alcohol o de la seva cessació.

Un dels punts més importants a l'hora de realitzar la valoració infermera és la comunicació terapèutica, entesa com la comunicació específica per a una relació d'ajuda. L'eina principal per aconseguir una comunicació eficaç és l'empatia (Valverde, C., 2007), a la qual hem d'afegir elements de la comunicació verbal, la no verbal i la paralingüística per poder obtenir més informació.

L'actitud davant del pacient amb consum de risc, perjudicial o dependència alcohòlica constitueix un altre dels punts fonamentals de la valoració d'infermeria, i s'ha de caracteritzar per ser objectiva i sense judicis de valor. Per tant, durant l'anamnesi és convenient evitar la utilització de termes que puguin ser interpretats com a ofensius (bevedor/a, alcohòlic/a...), ja que poden disminuir la col·laboració del o la pacient. Un altre aspecte que cal tenir en compte és saber escoltar tant el o la pacient com la família o les amistats, per explorar les diferents esferes (orgànica, psicològica, social i familiar) i poder obtenir una visió holística.

Dins de la valoració d'infermeria que es proposa en aquesta guia s'ha inclòs l'interrogatori sistematitzat de consums alcohòlics (ISCA) (Colom, J., et al., 2001), i la quantificació del consum d'alcohol s'ha mesurat amb les unitats bàsiques estàndard (UBE). Per mesurar la gravetat i l'evolució de la síndrome d'abstinència alcohòlica (SAA) s'aconsella la utilització d'eines d'avaluació normalitzades o estandarditzades, com l'escala CIWA-Ar (Puz, C. A., Stokes, S. J., 2005) ([taula 2.7](#)).

La valoració d'infermeria es pot realitzar seguint els diferents models infermers, segons la validació de cada centre. En aquesta guia s'ha seguit el model de les necessitats de Virginia Henderson (Henderson, V., 1994).

La [taula 9.1](#) mostra les dades més específiques que s'haurien de reflectir en la valoració d'infermeria focalitzada al o la pacient amb un consum d'alcohol.

9

Taula 9.1. Valoració d'infermeria a pacients amb consum d'alcohol ingressats/des a un hospital general

NECESSITATS	MANIFESTACIONS CLÍNiques	DADES QUE CAL CONSIDERAR																																																								
Respiració	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Addicció al tabac ▪ Infeccions respiratòries ▪ Tos i expectoració 																																																									
Alimentació i hidratació	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultats en la masticació, la deglució i la digestió ▪ Nàusees i vòmits ▪ Caquèxia, sobrepès <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ISCA</th> <th>UBE/dia</th> <th>Nre. de dies</th> <th>UBE x nre. de dies</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dies</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>la</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>bo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ra</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>bles</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cap</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>de</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>set</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ma</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>na</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>UBE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ISCA	UBE/dia	Nre. de dies	UBE x nre. de dies	Dies				la				bo				ra				bles				Cap				de				set				ma				na				TO				TAL				UBE				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hàbits alimentaris ▪ Dieta especial i complements alimentaris ▪ Pes ▪ Ingesta de líquids <ul style="list-style-type: none"> ▫ No alcohòlics quantitat: ▫ Alcohòlics: <p style="margin-left: 40px;">Inici del consum</p> <p style="margin-left: 40px;">Tipus de beguda</p> <p style="margin-left: 40px;">Període d'abstinència abans de l'ingrés</p>
ISCA	UBE/dia	Nre. de dies	UBE x nre. de dies																																																							
Dies																																																										
la																																																										
bo																																																										
ra																																																										
bles																																																										
Cap																																																										
de																																																										
set																																																										
ma																																																										
na																																																										
TO																																																										
TAL																																																										
UBE																																																										

Eliminació	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diarrea ▪ Estrenyiment ▪ Poliúria ▪ Diaforesi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ènemes
Mobilització	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activitat i mobilitat: ▪ Dolor: parestèsies ▪ Tremolors ▪ Alteració de l'equilibri ▪ Atàxia ▪ Falta de sensibilitat a les extremitats ▪ Debilitat ▪ Estat de consciència: letargia, obnubilació, estupor, coma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat actual ▪ Activitats físiques ▪ Motricitat
Repòs i son	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hiperactivitat ▪ Insomni / somnolència diürna 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hores (també migdiada) i característiques del son ▪ Medicació per dormir
Vestir-se i desvestir-se	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessitat d'ajuda 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspecte: cuidat o descuidat
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipersensibilitat-hiposensibilitat fred-calor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normotèrmia, hipotèrmia, hipertèrmia,

9

Higiene i protecció de la pell	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat de la pell i les mucoses: hidratada, deshidratada, ictèrica i pal·lidesa ▪ Lesions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hàbits d'higiene: corporal i dental
Seguretat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presència de la síndrome d'abstinència (escala CIWA-Ar). ▪ Agitació ▪ Agressivitat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemes legals ▪ Violència social i/o familiar ▪ Accidents de trànsit ▪ Accidents laborals ▪ Altres addiccions: heroïna, cocaïna, cànnabis, metadona, fàrmacs, joc...
Comunicació	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemes sexuals ▪ Oral: barrera idiomàtica, problemes d'expressió o de comprensió ▪ Visió. Alteracions visuals: microzoòpsies ▪ Actitud del pacient i de la família: negadora, minimitzadora, reconeixement, sobreprotecció o altres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entorn social ▪ Sistema de suport familiar o social
Creences i valors		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendències religioses

Treballar i realitzar-se	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estat anímic: depressiu o irritable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professió ▪ Situació laboral: absentisme laboral ▪ Situació econòmica
Activitats lúdiques		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hobbies ▪ Finalitat del consum
Adquirir coneixements		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivell d'instrucció ▪ Memòria

9.1.1 DIAGNÒSTICS D'INFERMERIA (NANDA)

Seguint la metodologia d'un pla de cures infermer, el pas següent a la valoració és identificar els diferents diagnòstics d'infermeria. Un diagnòstic infermer es defineix com un "judici clínic sobre la resposta de la persona, família i comunitat a problemes de salut reals o potencials o a processos vitals. Els diagnòstics infermers proporcionen la base per a la selecció de les intervencions infermeres per aconseguir els resultats del quals l'infermer/a és responsable" (North American Nursing Diagnosis Association, 1999).

El motiu d'ingrés hospitalari prioritzarà els diferents diagnòstics infermers. Atès l'ampli ventall de necessitats físiques i emocionals del o la pacient amb problemes relacionats amb l'alcohol, podem trobar múltiples diagnòstics que prioritzarem en funció de les manifestacions clíniques. En la [taula 9.2](#) es resumeixen els diagnòstics més freqüents en pacients amb problemes d'alcohol ingressats a un hospital general.

9

Taula 9.2. Diagnòstics d'infermeria més freqüents en pacients amb consum d'alcohol ingressats/des a un hospital general

DIAGNÒSTICS: NANDA	
Diagnòstics aplicables a l'estat físic	Risc de dèficit de volum de líquids (00028)
	Risc de desequilibri hidroelectrolític (00195)
	Risc d'aspiració (00039)
	Risc de caigudes (00155)
	Risc de lesió (00035)
	Risc de deteriorament de la integritat cutània (00047)
	Desequilibri nutricional: ingesta inferior a les necessitats (00002)
	Dèficit autocura: alimentació (00102)
	Dèficit autocura: bany (00108)
	Dèficit autocura: ús de l'inodor (00110)
	Deteriorament del patró del son (00095)
	Trastorn de la percepció sensorial (00122)
Diagnòstics aplicables a l'estat emocional	Ansietat (00146)
	Coneixements deficients (00126)
	Negació ineficaç (00072)
	Afrontament ineficaç (00069)
	Processos familiars disfuncionals (00063)

9.1.2 CRITERIS DE RESULTATS/OBJECTIUS (NOC) I INTERVENCIONS (NIC)

Un cop definit el diagnòstic, el pas següent és planificar quina evolució esperem del problema de salut o, el que és el mateix, definir el nostre objectiu o criteri de resultat (Nursing Outcomes Classification, NOC) respecte a aquest problema (Johnson, M., et al., 2005).

Aquests criteris de resultats no són d'infermeria, sinó que estan centrats en el o la pacient i van dirigits a aquest/a, amb un criteri temporal determinat. Els criteris de resultat (NOC) han de ser mesurables, basats en la valoració i realistes.

Les intervencions d'infermeria (Nursing Intervention Classification, NIC) són les accions encaminades a aconseguir un objectiu predeterminat, de manera que en el procés d'atenció d'infermeria hem de definir les intervencions necessàries per assolir els criteris de resultats establerts prèviament.

Les intervencions són genèriques i cadascuna portarà aparellades diverses activitats. Les intervencions d'infermeria es defineixen com "tot tractament basat en el coneixement i el judici clínic que realitza un/a professional d'infermeria per afavorir el resultat esperat del o la pacient" (McCloskey, J. C., Bulechek, G. M., 2005).

En funció de l'estat somàtic i cognitiu de la persona amb consum de risc, perjudicial o dependència alcohòlica es prioritzaran uns objectius i intervencions determinades.

En la **taula 9.3** es detalla la relació del diferents diagnòstics possibles amb els objectius i les intervencions més freqüents en pacients amb un consum de risc, perjudicial o dependència alcohòlica en l'àmbit hospitalari.

Taula 9.3. Interrelació entre els diagnòstics, els criteris de resultats i les intervencions d'infermeria en pacients amb consum d'alcohol ingressats/des a un hospital general.

Codi	DIAGNÒSTICS (NANDA)	Codi	CRITERIS DE RESULTATS (NOC)	Codi	INTERVENCIONS (NIC)
00028	Risc de dèficit de volum de líquids	0601	Equilibri hídric	4180	Control de la hipovolèmia
		0600	Equilibri electrolític i àcid base	2000	Control d'electròlits
00195	Risc de desequilibri electrolític			4120	Control de líquids

9

00039	Risc d'aspiració	1918	Prevenició de l'aspiració	1570	Control del vòmit
				3200	Precaucions per evitar l'aspiració
		0403	Estat respiratori: ventilació	3140	Control de les vies aèries
00155	Risc de caigudes	1909	Conducta de prevenció de caigudes	6490	Prevenició de caigudes
		1620	Control de les convulsions	2690	Precaucions pel que fa a les convulsions
00035	Risc de lesió	1902	Control del risc	6840	Control ambiental
		0912	Estat neurològic: consciència		
00047	Risc de deteriorament de la integritat cutània	1101	Integritat tissular: pell i membranes mucoses	3500	Vigilància de la pell
00146	Ansietat	2108	Severitat en la retirada de substàncies	5820	Disminució del nivell d'ansietat
		1211	Nivell d'ansietat		
00002	Desequilibri nutricional: ingesta inferior a les necessitats	1004	Estat nutricional	1240	Ajuda per guanyar pes
00122	Trastorn de la percepció sensorial	1403	Autocontrol del	6510	Control de les al·lucinacions
			pensament distorsionat	6440	Control del deliri
				6840	Control ambiental

		0901	Orientació cognitiva	4820	Orientació en la realitat
00095	Deteriorament del patró del son	2103	Severitat dels símptomes	1850	Millorar el son
00102	Dèficit d'autocura: alimentació	0300	Autocures: activitats de la vida diària	1803	Ajuda amb les autocures: alimentació
				1100	Control de la nutrició
00108	Dèficit d'autocura: bany			1801	Ajuda amb les autocures: bany/higiene
00110	Dèficit d'autocura: ús de l'inodor			1804	Ajuda en l'eliminació
00126	Coneixements deficients	1812	Coneixement: control	5510	Educació sanitària
			de consum de substàncies	4500	Prevenició del consum de substàncies nocives
		1209	Motivació	4360	Modificació de la conducta
00072	Negació ineficaç	1300	Acceptació: estat de	5240	Assessorament
			salut	4480	Facilitació de l'autoresponsabilitat
				5390	Potenciació de la consciència de si mateix
00069	Afrontament ineficaç	1903	Control del risc: consum d'alcohol	4510	Tractament de substàncies nocives
				5240	Assessorament
00063	Processos familiars disfuncionals: alcoholisme	2602	Funcionament de la família	4510	Tractament de substàncies nocives
				7140	Suport familiar

9

9.2 EL PAPER DE LA INFERMERIA EN UNA UNITAT HOSPITALÀRIA DE DESINTOXICACIÓ

El tractament de desintoxicació hauria d'anar seguit d'un programa de tractament per a la deshabitació, que inclou una intervenció psicosocial especialitzada orientada cap a la prevenció de recaigudes i la intervenció farmacoterapèutica específica de la dependència de l'alcohol (Guardia, J., et al., 2007). L'objectiu del tractament de la síndrome d'abstinència alcohòlica és evitar-ne els símptomes i prevenir les complicacions associades, a més de facilitar la participació del o la pacient amb problemes relacionats amb l'alcohol en programes de deshabitació i rehabilitació (Ozdemir, V., et al., 1994).

La desintoxicació hospitalària amb un ingrés programat en una unitat de desintoxicació està indicada quan coexisteixen malalties mèdiques, risc de suïcidi, símptomes greus d'abstinència (antecedents de delírium tràmens o convulsions), dependència d'altres substàncies i no es pot realitzar una seguiment ambulatori i/o no es disposa de suport familiar (Wojnar, M., et al., 1999).

En un hospital general es realitzen, de manera oportunista, desintoxicacions hospitalàries en unitats assistencials convencionals als o les pacients amb un motiu d'ingrés diferent al procés de desintoxicació i que requereixen un tractament per evitar la morbiditat associada a la SAA.

Les actuacions d'infermeria vers els i les pacients ingressats/des per un procés de desintoxicació han d'anar dirigides a controlar i tractar la síndrome d'abstinència alcohòlica. Per aquest motiu, el personal d'infermeria ha d'estar entrenat en la utilització d'eines com l'escala CIWA-Ar, per valorar la gravetat de la SAA i la seva evolució (**vegeu la taula 2.7**).

Durant l'ingrés es realitzaran intervencions dirigides a augmentar la motivació per continuar amb el tractament de deshabitació als centres de seguiment i tractament de les drogodependències, i per mantenir l'abstinència (Martínez, M., Rubio, G., 2002).

RESOLUCIO DEL CAS AL FINAL DEL CAPÍTOL

A continuació es plantejarà el pla de cures infermer realitzat en el moment d'ingrés de la pacient a la unitat de traumatologia, previ a la cirurgia. S'especificarà la valoració infermera, els Diagnòstics d'infermeria, resultats (NOC) i intervencions (NIC)

Valoració segons V. Henderson.

1. **Respiració:** Hàbit tabàquic de 10 cig/dia. Refereix tenir tos al matí
2. **Alimentació /Hidratació:** No al•lèrgies conegudes. No requereix ajut per menjar ni dificultats en la masticació. Desorganització en els horaris dels menjars.

Consum de 8 UBE/dia (vi) i els caps de setmana 12 UBE (vi i cava). Última ingesta d'alcohol (12 UBE) fa 24 hores.

3. **Eliminació:** Patró miccional i intestinal sense alteracions significatives. Precisa suport.
4. **Mobilitat/postura:** Mobilitat reduïda degut al motiu d'ingrés. Pendent d'intervenció quirúrgica .
5. **Dormir/ descansar:** son no reparador, precisa medicació somnífera
6. **Vestir-se/ Desvestir-se:** Sense alteracions
7. **Temperatura corporal:** Sense alteracions
8. **Higiene/ Integritat pell i mucoses:** Aspecte cuidat.
9. **Seguretat:** Lleu tremolor distal. No agitació.
10. **Comunicació:** Refereix nerviosisme. Separada. Té dues filles que viuen fora de l'entorn familiar, bona relació.
11. **Valors i creences:** Sense alteracions
12. **Autorealització:** Cuinera, actualment de baixa laboral.
13. **Activitats lúdiques:** Lectura.
14. **Adquirir coneixements:** sense alteracions

Diagnòstics d'infermeria , resultats (NOC) i intervencions (NIC)

Els diagnòstics, objectius (NOC) i intervencions (NIC) es defineixen segons unes característiques específiques i uns factors relacionats; i es determinen segons els seus propis indicadors. En el desenvolupament dels diagnòstics, NOC i NIC, inclourem els enunciats de cadascuna de les parts sense especificar-ne els indicadors, que es poden consultar a les classificacions: NANDA Diagnòstics Infermers (Definicions i classificacions, 2015-2017 Ed ELsevier) , Classificació d'Intervencions Infermeres (NIC. Bulechek, G.M , 6 Edició), i Classificació de resultats d'infermeria (NOC. Moorhead, Sue. Johnson, Mass, Swanson, 5 Edició).

Diagnòstic: (00146) Ansietat

NOC: 2108 Severitat a la retirada de substàncies

9

NIC: 5820 Disminució del nivell d'ansietat

Diagnòstic: (00195) Risc de desequilibri electrolític

NOC: 0600 Equilibri electrolític i àcid base

NIC: 2080 Maneig Líquids/electròlits

Diagnòstic: (00002) Desequilibri nutricional: ingesta inferior a les necessitats

NOC: 1004 Estar nutricional

NIC: 1240 Ajut guanyar pes

Diagnòstic: (00069) Afrontament ineficaç

NOC: (1903) Control del risc: consum d'alcohol

NIC: (4510) Tractament de substàncies nocives

NIC: (5240) Assessorament

En aquest cas el pla de cures s'ha centrat en la vigilància de la simptomatologia d'abstinència alcohòlica, que en aquest cas es caracteritzava per una intensitat lleu, destacant símptomes com el tremolor distal i el nerviosisme. La pacient precisa tractament farmacològic pel síndrome d'abstinència alcohòlica.

De forma genèrica l'estat nutricional és un factor important abans i després de la realització d'una intervenció quirúrgica. En aquest cas, a més, existeixen alteracions com la desorganització dels horaris d'ingesta i el consum d'alcohol que fan encara més important tenir cura d'aquest aspecte. Per tant es realitzen activitats dirigides a millorar la ingesta durant l'ingrés que afavoriran la recuperació.

A més i paral·lelament a aquestes activitats i durant tota l'estada hospitalària s'aniran realitzant activitats dirigides al tractament del consum d'alcohol centrades sobretot en l'assessorament per tal d'afavorir un canvi d'hàbit i en l'educació sanitària. La pacient manifesta voluntat de mantenir abstinència alcohòlica després de l'alta, per aquesta raó la infermera assistencial es coordina amb equip mèdic per abordar aquest aspecte a l'alta hospitalària.

PUNTS CLAU I RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

- Es recomana fer una valoració integral d'infermeria per detectar el consum d'alcohol i les seves repercussions, seguint la metodologia d'un pla de cures

infermer amb l'ús dels diagnòstics infermers (NANDA), definint-ne els objectius (NOC) i les intervencions (NIC).

- S'ha de realitzar, a més, la valoració de la síndrome d'abstinència alcohòlica, objectivar-ne la gravetat i controlar-ne l'evolució mitjançant eines d'avaluació estandarditzades (CIWA-Ar).
- L'establiment del pla de cures global es farà tenint en compte les necessitats tant físiques com emocionals.

9

BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 9: PAPER DE LA INFERMERIA...

Alfaro, R. (1992). Aplicación del Proceso de Enfermería. Barcelona: Ediciones Doyma.

Colom, J., Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A., (2001). The ISCA (Systematic Interview of Alcohol Consumption), a new instrument to detect risky drinking. *Med Clin (Barc)*, 117(18), 685-689.

Guardia, J., Jiménez, M.A., Flórez, G. (2007). Guía Clínica de alcoholismo. Valencia: Martin Impresores.

Henderson, V. (1994). La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S. (2005). Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). (3ra Ed). Madrid: Mosby.

Juvé- Udina i cols. (2013). Síndrome d'abstinència alcohòlica/Addicció a drogues. Programa ARES, d'harmonització d'estàndards de cures dels hospitals de l'ICS. Barcelona: ICS.

Martínez, M., Rubio, G. (2002). Manual de drogodependencias para enfermería. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. (2005). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). (4ta Ed). Madrid: Síntesis.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (1999). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000. Madrid: Harcourt Brace.

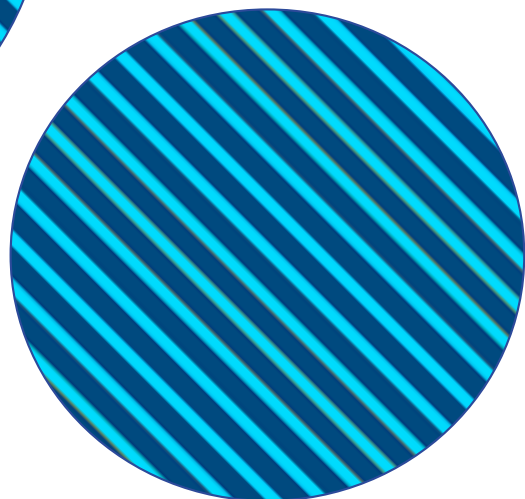
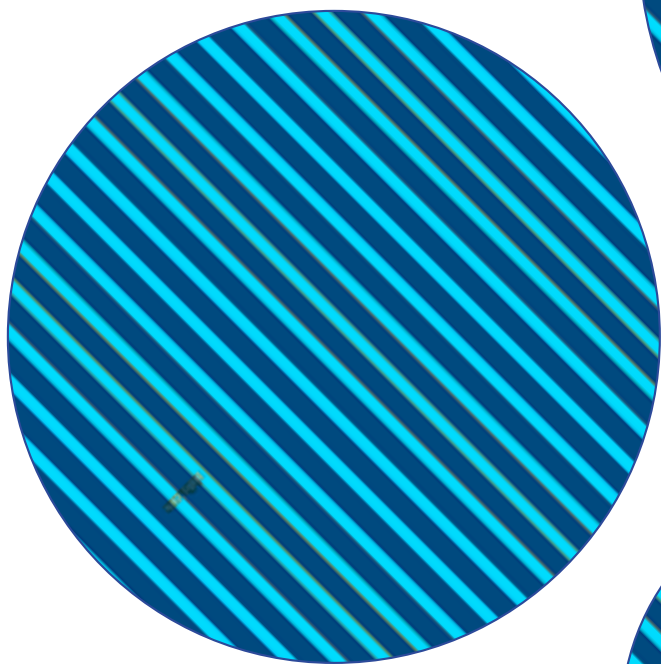
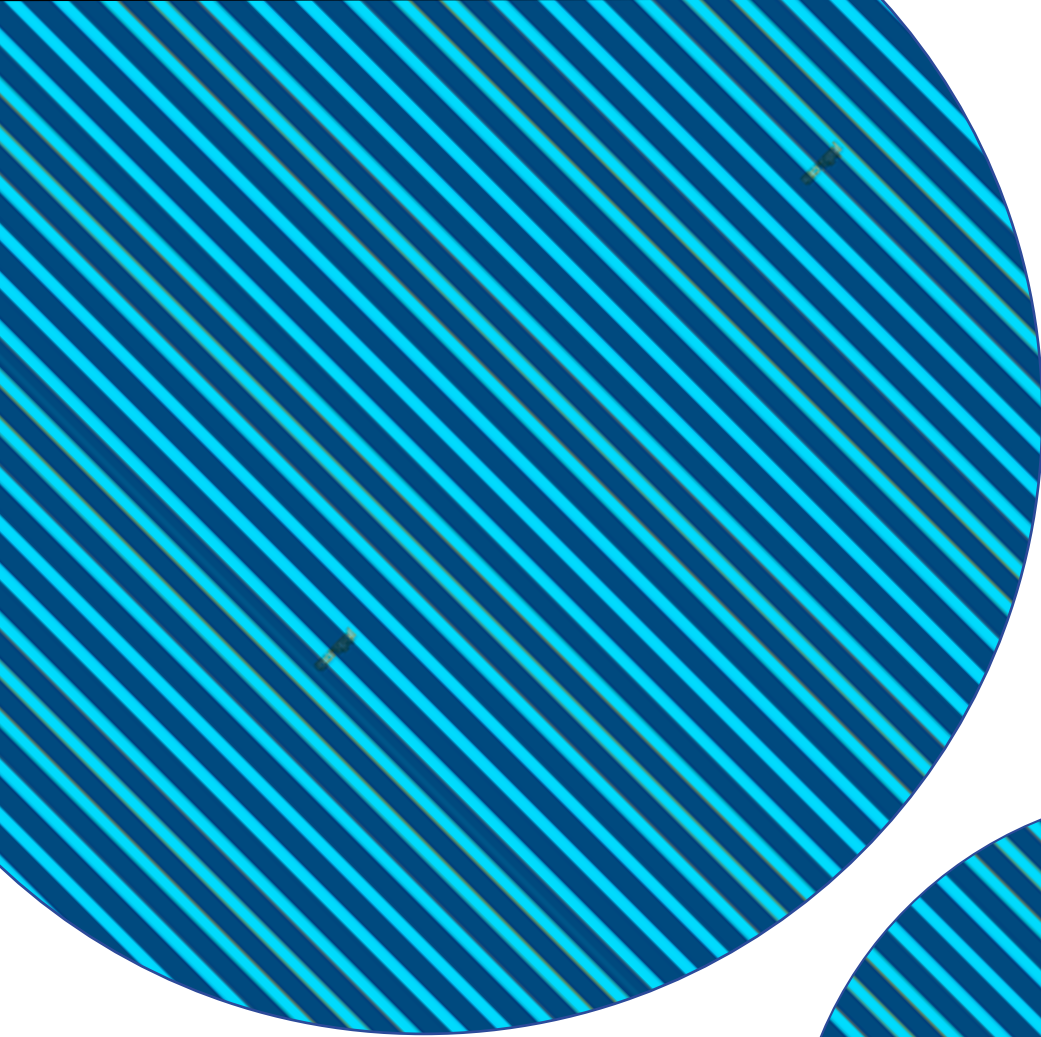
Ozdemir, V., Bremner, K.E., Naranjo, C.A. (1994). Treatment of alcohol withdrawal syndrome. *Ann Med*, 26(2), 101-105.

Puz, C.A., Stokes, S.J., (2005). Alcohol withdrawal syndrome: assessment and treatment with the use of the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-revised. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 17(3), 297-304.

Rosón, B., Monte, R., Gamallo, R., Puerta, R., Zapatero, A., Fernández-Solá, J., Pastor, I., Girón, J.A., Laso J, ASMI Study Group. (2010). Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *Eur J Intern Med*, 21(5), 458-64.

Valverde, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Difusión Avances Enfermería. S.L.

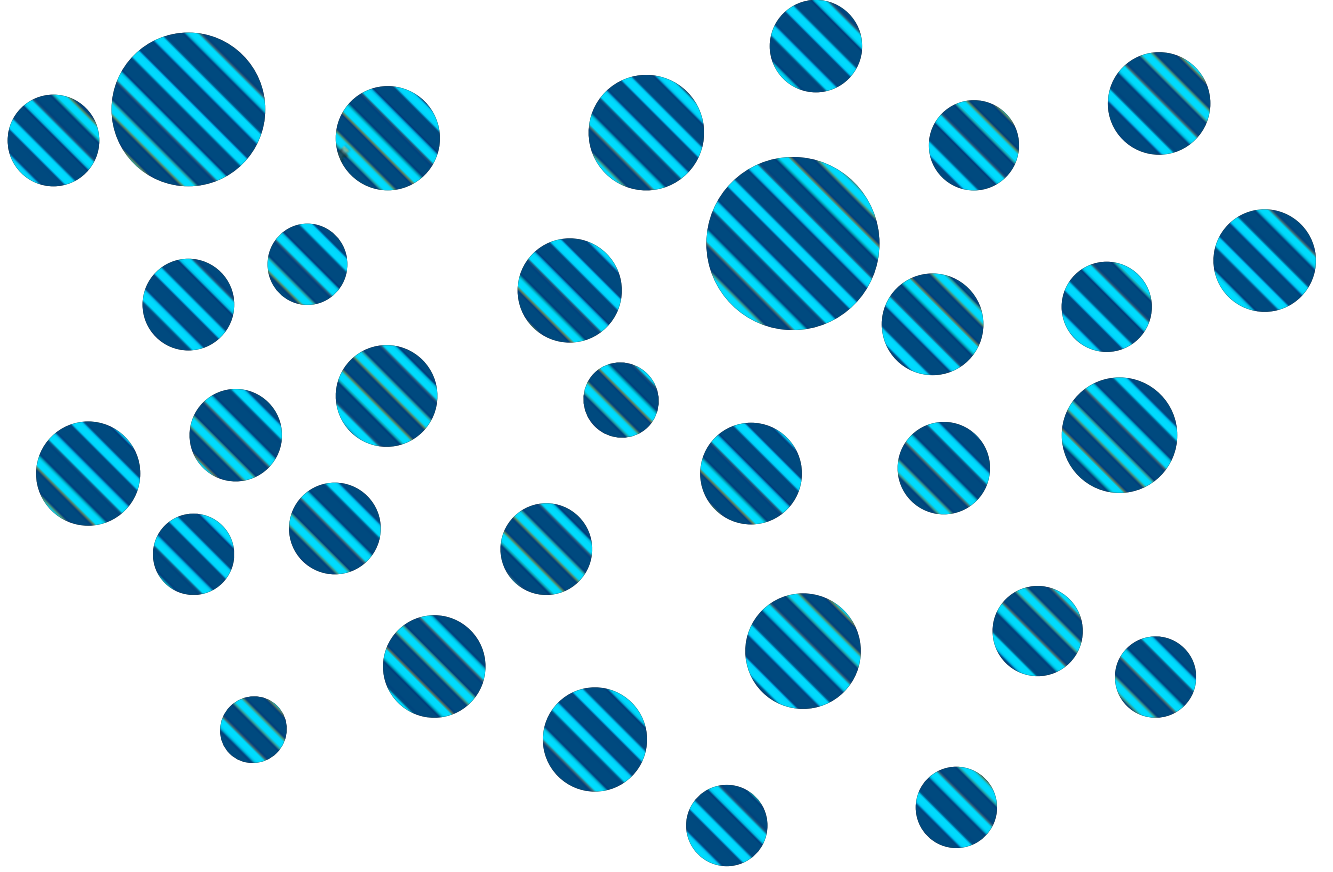
Wojnar, M., Bizoń, Z., Wasilewski, D. (1999). Assessment of the role of kindling in the pathogenesis of alcohol withdrawal seizures and delirium tremens. *Alcohol Clin Exp Res*, 23(2), 204-208.





10

URGÈNCIES I
ALCOHOL →



URGÈNCIES I ALCOHOL

10.1. L'ALCOHOL ALS SERVEIS D'URGÈNCIES: PREVENCIÓ, INTERVENCIÓ I DERIVACIÓ

Autores: Rosa Hernández-Ribas, Ana Belén Martínez Gonzalo, Alicia Rodríguez-Martos

En aquest capítol es revisa l'impacte del consum d'alcohol als serveis d'urgències hospitalaris. Es revisen les intervencions breus i la seva implementació en aquest context específic, així com la patologia orgànica i psiquiàtrica urgent directament relacionada amb el consum d'alcohol.

10.1.1 EPIDEMIOLOGIA DE L'ALCOHOL ALS SERVEIS D'URGÈNCIES

La prevalença del consum de risc i perjudicial d'alcohol als dispositius d'atenció urgent és superior a la descrita en la població general. És difícil estimar-ne la prevalença global, atesa la influència de factors com les característiques geogràfiques i culturals o les polítiques institucionals, que poden condicionar els motius de la consulta, els patrons de consum i/o els percentatges d'identificació precoç als serveis d'urgències (Adams, W. L., et al., 1992; Bernstein, E., et al., 1997 i 2009; Lapham, S. C., et al., 1999; Hungerford, D. W., et al., 2003; Andreuccetti, G., et al., 2012; Cheriptel., C. J., et al., 2012 i 2016). De manera orientativa, segons un estudi recent realitzat al Regne Unit, la prevalença del consum d'alcohol se situa entorn del 12% i el 15% de les visites realitzades al Servei d'Urgències (Parkinson, K., et al., 2016).

Respecte a les característiques dels i les pacients que presenten un patró patològic de consum d'alcohol en situació d'urgència, s'ha descrit un percentatge més alt associat al sexe masculí i la prevalença més alta entre els pacients que hi acudeixen per lesions, tant accidentals com intencionades, malgrat que es pot detectar associat a múltiples patologies generals, com les crisis hipertensives o els quadres gastrointestinals aguts (Cheriptel, C.J., 2006). De fet, alguns estudis han proposat que el 50% de les visites a urgències degudes a lesions es poden relacionar amb el consum d'alcohol (O'Connor, P. G., Schottenfeld, R. S., 1998; Nilsen, P., et al., 2008).

Mereix una menció especial el cas de les lesions intencionades amb una finalitat autolesiva o autolítica. En aquestes situacions s'ha observat un increment del risc de gestos/temptatives repetides i de mortalitat per suïcidi consumat quan s'associen a intoxicació alcohòlica o a consum d'alcohol crònic (Ness, J., et al., 2015; Martiniuk, A. L., et al., 2015; Bergen, H., et al., 2014). Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el consum de risc d'alcohol definit per indicador de volum, els episodis de consum intensiu i el consum fora dels àpats i als espais públics prediuen

10

la probabilitat que quan es produeixi una lesió, aquesta sigui atribuïble a l'alcohol (Rehm, J., et al., 2003). Entre el 10% i el 18% dels i les pacients amb lesions han presentat un consum d'alcohol agut el mateix dia que han acudit al Servei d'Urgències (WHO, 2007).

Dels resultats de treballs vinculats a l'OMS i de grups internacionals d'investigadors, s'ha determinat l'existència d'una relació entre el consum d'alcohol i un risc més alt de patir accidents, una probabilitat elevada de reincidència i gravetat de les lesions, més complicacions, més nombre d'ingressos des d'urgències, estades hospitalàries més llargues i mortalitat més elevada (Korcha, R. A., et al., 2013; Cheriptel, C. J., et al., 1988, 2004 i 2012; Valencia-Martín, J. L., et al., 2008; Rivara, F. P., et al., 1993; Vardy, J., et al., 2016). En dades obtingudes en tres talls transversals realitzats als serveis d'urgències de vuit hospitals de Catalunya durant l'any 2006, es va descriure l'alcohol com la droga més prevalent entre els lesionats atesos a urgències per qualsevol causa, i la seva presència va ser sobretot elevada en les agressions, les caigudes i els accidents de trànsit (Pérez, K., et al., 2009).

Situant-nos més enllà del tema de les consultes per lesions, i de manera francament interessant, s'ha descrit que els i les pacients no traumàtics atesos a urgències presenten igualment més probabilitats de ser bevedors/es de risc i de mostrar més problemes amb l'alcohol que la població general de la qual procedeixen (Cheriptel, C. J., 1993; Blow, F. C., et al., 2011).

Ateses aquestes xifres de prevalença, resulta evident que l'atenció urgent representa una oportunitat única d'identificar persones que consumeixen alcohol per sobre dels límits aconsellables i, per tant, ens ofereix la possibilitat d'iniciar de manera precoç programes de prevenció i intervenció per reduir-ne els riscos, així com la derivació per inici de tractament. Aquests programes, tal com s'ha desenvolupat en el **capítol 1** i el **capítol 6** del manual, s'anomenen en anglès Screening Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) i constitueixen un enfocament de salut pública dirigit a la prestació de serveis d'intervenció precoç i tractament de persones amb trastorns per ús de substàncies, així com de les que estan en risc de desenvolupar-les. És important destacar que els programes SBIRT han d'incloure sempre la identificació precoç, perquè no és possible realitzar cap intervenció breu si abans no s'ha realitzat una identificació i orientació diagnòstica correctes dels casos positius. L'objectiu global d'aquests programes és posar en marxa el procés de canvi que el o la pacient necessita, promovent la consciència de risc per incrementar-ne la motivació per iniciar i mantenir el canvi. La literatura científica avala la intervenció breu com una de les estratègies més efectives i recomanables per reduir els danys relacionats amb l'alcohol, i es disposa d'una àmplia experiència emmarcada sobretot en l'àmbit de l'atenció primària (**vegeu el capítol 6**) (Kaner, E. F. S., et al., 2007; Saitz, R., 2010; Angus, C., et al., 2014; Berger, D., et al., 2015; Keurhorst, M., et al., 2015).

Malgrat que la literatura centrada en els resultats en l'atenció urgent no és tan àmplia

com en la comunitària, s'observa un increment progressiu de la recerca al respecte. Sobretot en la darrera dècada, s'han realitzat treballs que estudien les possibilitats d'implementació de programes SBIRT als serveis d'urgències i que avaluen tant l'eficàcia com les dificultats i les barreres per a la implementació (Hungerford, D. W., et al., 2003; Mello, M. J., et al., 2005; Walton, M. A., et al., 2008). A més, recentment, diverses revisions sistemàtiques i metanàlisis (Havard, A., et al., 2012; Schmidt, C. S., et al., 2015; Meredith, S. H., et al., 2016) han analitzat aquests estudis, fet que ens confereix una base científica suficientment sòlida com per extreure'n algunes conclusions, així com realitzar recomanacions per la pràctica clínica, aspectes que desenvoluparem al llarg d'aquest capítol.

10.1.2 QUI, QUAN, COM, CONDICIONANTS PER A UNA IDENTIFICACIÓ CORRECTA

No tractar el problema de l'alcohol quan s'atén un/a pacient a urgències té repercussions no només per a la salut de la persona, sinó també econòmiques i de sobrecàrrega assistencial (McCabe, S., 2006). Oferir una intervenció preventiva a urgències és viable i exigeix unes condicions mínimes (Dunn, C. W., et al., 1997):

- Cal disposar de professionals (des d'infermeria fins a la gerència de l'hospital) sensibilitzats i conscients que la tasca preventiva és també idònia i pertinent en els actes d'intervenció reparadora.
- Cal capacitar professionals (personal mèdic i d'infermeria, de treball social o altres agents de salut) per oferir la intervenció preventiva pertinent.
- Cal disposar d'un espai mínim d'intimitat per dialogar amb el o la pacient.
- Cal disposar d'un mínim de deu minuts per a l'activitat preventiva.
- Cal que els i les professionals coneguin l'efectivitat d'aquestes intervencions i els avantatges, fins i tot econòmics (reducció de recidives i noves atencions), que comporta la seva utilització.

A qui s'ha de cribrar

La situació ideal seria que el cribratge per determinar el consum de risc d'alcohol és realitzés a totes les persones que acudeixin al Servei d'Urgències. Si no és assumible identificar-los tots, cal donar prioritat al col·lectiu amb més probabilitat de presentar-lo, que, tal com s'ha esmentat en la introducció, serien les persones que presenten lesions. Dins d'aquestes, les involucrades en episodis de violència i en accidents de trànsit són les que presenten més possibilitats de ser bevedores de risc.

Qui ha de fer el cribratge

10

El més operatiu i, probablement, el més ben acceptat pel o la pacient seria que el propi personal sanitari d'atenció urgent sigui el que realitzi el cribratge i la intervenció breu, fet que inclouria tant al personal mèdic com d'infermeria. Si ens fixem en els estudis realitzats fins a la data actual, veurem que la intervenció ha estat realitzada amb el mateix resultat per diferents professionals, com medicina i infermeria d'urgències, psicologia i/o treball socials que han rebut un entrenament variable en intervenció breu que oscil·la entre les 2 hores i els 5 o 6 dies (Schmidt, C. S., et al., 2015; Meredith, S. H., et al., 2016).

L'abordatge a urgències

L'abordatge s'ha d'ajustar en funció de les circumstàncies mèdiques i psicològiques del o la pacient i també de la situació i la càrrega de feina que hi hagi a urgències. En la mesura que sigui possible, es recomana aplicar les eines habituals (comentades en els capítols anteriors) d'identificació precoç i intervenció breu i valorar la necessitat de derivació a tractament (IPIBDT, de la sigla en anglès SBIRT).

El cribratge

Sol ser útil explicar a la persona que a part de tractar el motiu d'ingrés a urgències, també es fa una valoració de la seva salut en global per iniciar estratègies de prevenció que siguin adients a cada situació individual. Per aquesta raó, direm al o la pacient que, si li sembla bé, revisarem alguns factors de risc per a la seva salut que sovint s'associen amb les visites a urgències, com ara el consum d'alcohol, que tal vegada pot haver estat relacionat amb el motiu de consulta actual.

El cribratge hauria d'incloure l'exploració del consum les hores prèvies a la visita a urgències, és a dir, el consum habitual mitjançant l'autoinforme de la persona, que en conjunt s'ha mostrat vàlid i fiable (Field, C., et al., 2014). La manera més ràpida i senzilla de fer una anamnesi del consum és emprar el qüestionari AUDIT C (Bush, K., et al., 1998; Gual, A., et al., 2002), que és el que fan servir la majoria d'estudis (Schmidt, C. S., et al., 2015; Meredith, S. H., et al., 2016; Rodríguez-Martos, A., et al., 2007). Si es disposa de més temps, es pot passar l'AUDIT complet (38), amb les deu preguntes, i s'hi pot afegir una exploració més exhaustiva, incloent-hi hàbits del o la pacient, atribució de causa de la lesió i estadi del canvi (Rodríguez-Martos, A., et al., 2006).

Si el dispositiu té la possibilitat de fer una determinació de saliva rutinària, aquest és un mètode d'anàlisi que es podria realitzar afegit al cribratge, ja que reflecteix la presència actual d'alcohol i no comporta problemes legals, en cas que sigui positiu.

Com fer el consell/intervenció

L'anomenada "intervenció breu" aplega una varietat d'intervencions, de més o menys durada. Si no es disposa de més de 5 o 10 minuts, el més recomanable és realitzar l'anomenat "consell simple" o "intervenció mínima", que hauria d'incloure els

elements actius recollits amb l'acrònim FRAMES (feedback, responsibility, advice, menu, empathy i self-esteem) (**vegeu les intervencions breus**).

D'entrada, cal tenir en compte que un consell o una intervenció no s'imposa; s'ofereix. Tot i que la visita a urgències pot actuar com a motor d'un canvi i la intervenció acostuma a ser ben acollida, sempre és important demanar permís abans de donar un consell, ja que algun/a pacient pot no estar interessat a ser explorat o rebre cap recomanació. En aquest cas, convindria no confrontar-lo, mantenir l'actitud empàtica i intentar obtenir-ne més informació, com per exemple demanar quin és el seu objectiu un cop li donem l'alta o què voldria modificar i/o quines serien les seves raons per iniciar un canvi (Miller, W. R., et al., 2013).

El consell sempre s'hauria de relacionar amb la situació analitzada del o la pacient, el més important, doncs, seria personalitzar-lo. El retorn de la informació que ens ha donat la persona mitjançant l'escolta reflexiva ha d'aportar els elements que l'ajudin a adonar-se de quines conseqüències poden derivar de mantenir l'hàbit actual.

Si ens hem de limitar a un consell breu, cal recomanar al o la pacient els canvis que podrien eliminar-ne o reduir-ne el risc per incrementar la probabilitat d'una modificació de la conducta.

Si es disposa de més temps (de 15 a 20 minuts), es pot fer una intervenció breu basada en l'entrevista motivacional (**vegeu IB motivacional**) (Miller, W. R., et al., 2013), acompanyant el o la pacient en l'anàlisi de les seves pròpies raons, tant les afavoridores del canvi de conducta com les afavoridores del manteniment d'aquesta. La conversa sobre aquest balanç decisional pot mobilitzar i incrementar la probabilitat que el canvi es produeixi. Finalment, caldrà identificar quins són els objectius del subjecte i deixar la porta oberta per a futures intervencions, si s'escauen, a càrrec del o la mateix/a professional o d'un altre. Cal tenir també en compte les estratègies bàsiques descrites per Miller i Rollnick:

1. preguntes de resposta oberta;
2. respostes en forma d'afirmació;
3. escolta reflexiva retornant al o la pacient la part de la seva informació que sigui important per afavorir el canvi, i resums dels punts més rellevants,
4. a més de no oblidar mai el clima d'empatia, l'esperit col·laborador i l'establiment del vincle terapeuta-pacient.

El més important serà mostrar empatia, manifestar interès en comprendre el o la pacient en profunditat, retornar-li la informació pròpia dins de l'escolta reflexiva i lligar-la a un consell que s'hauria de donar demanant permís previ.

Quan s'ha de fer la intervenció

Quan el o la pacient hagi superat la fase més aguda o crítica de la lesió/malaltia que

ha motivat la visita a urgències; quan no estigui clínicament intoxicat ni anímicament alterat.

Reforç o booster de la intervenció a urgències

Tal com s'ha explicat en la revisió de la literatura, en el moment actual s'ha intentat reforçar la intervenció realitzada a urgències amb trucades telefòniques i/o missatges electrònics personalitzats fins que els resultats en la data actual siguin concloents (Schmidt, C. S., et al., 2015; Meredith, S. H., et al., 2016).

10.1.3 EFICÀCIA DE LA INTERVENCIÓ BREU ALS SERVEIS D'URGÈNCIES

En la revisió de la literatura observem que els instruments d'identificació precoç utilitzats als serveis d'urgències són els que s'han explicat en el **capítol 2** del manual, en què el més freqüent és l'Alcohol Use Disorders Identification Test, en la versió original (AUDIT), o la reduïda (AUDIT C) (Bush, K., et al., 1998; Gual, A., et al., 2002), i, en segon lloc, es fa servir el Drug Abuse Screening Test (DAST-10) (Skinner, H. A., 1982), o el CAGE (Mayfield, D., et al., 1974; Park, B. K., et al., 2000), i altres instruments com el Timeline Follow-Back (TLFB) (Sobell, L. C., et al., 1992) per als seguiments a mitjà i llarg termini. Pel que fa als tipus d'intervenció realitzada, veurem que s'ajusten als explicats en el **capítol 6** del manual, que es basen en el model transteorètic del canvi (Prochaska, J., DiClemente, C., 1986) i l'abordatge motivacional (Miller, W. R., et al., 2013), incloent-hi modalitats presencials, telefòniques i/o basades en el suport informàtic (Miller, W. R., et al., 2013; Roy-Byrne, P., et al., 2014; Nair, N. K., et al., 2015). L'avaluació de l'eficàcia d'aquestes intervencions s'ha realitzat amb estudis cas-control, que han utilitzat com a variables de seguiment els canvis en el consum, l'aparició o no de noves lesions o de conductes de risc relacionades, el nombre de visites a urgències o els dies d'hospitalització, i s'han realitzat talls temporals des dels primers tres mesos fins als sis i dotze mesos postintervenció (Meredith, S. H., et al., 2016). Des del principi s'han detectat dificultats per integrar i generalitzar els resultats de tots els estudis, atesos diferents factors com l'heterogeneïtat de la clínica i les intervencions realitzades, així com el fet que gran part dels estudis s'han dut a terme en àrees en què es realitza atenció traumatològica per raons òbvies de concurrència de lesions i consum d'alcohol, i aquest fet pot esbiaixar-ne els resultats.

Malgrat aquesta dificultat de generalització, dels resultats dels primers estudis es desprèn que la intervenció afavoreix una reducció del consum d'alcohol així com de les seves conseqüències, i de manera molt interessant s'ha definit un increment de la probabilitat d'inici de tractament especialitzat (Hungerford, D. W., et al., 2000; Bernstein, E., et al., 1997; Gentilello, L. M., et al., 1999; Monti, P. M., et al., 1999; Longabaugh, R., et al., 2001; Sommers, M. S., et al., 2006). En aquest punt és important destacar l'aspecte temporal, ja que si l'eficàcia a curt termini es basa en múltiples estudis, aquesta té menys evidència quan ens allunyem a més de tres mesos de la intervenció (Hungerford, D. W., et al., 2000; Bernstein, E., et al., 1997;

Gentilello, L. M., et al., 1999; Monti, P. M., et al., 1999).

El 2008, amb la intenció d'ordenar els resultats obtinguts fins aleshores, van sorgir les primeres revisions respecte a això (Nilsen, P., et al., 2008; Havard, A., et al., 2008), amb resultats no del tot concloents sobre l'eficàcia real de la intervenció breu en dispositius d'atenció urgent. En aquest sentit, mentre que la revisió sistemàtica del grup de Nielsen, després d'analitzar dotze estudis, informava d'una eficàcia real tant en la reducció del consum d'alcohol com en les seves conseqüències, el metanàlisi de Havard i col•laboradors (2008), que tenia en compte només els estudis controlats i aleatoritzats, detectava una disminució del nombre de lesions noves, però no observava cap efecte significatiu sobre la reducció global del consum d'alcohol.

Aquests resultats poc definitius van motivar que s'intentés aclarir quins factors podrien estar interferint en l'eficàcia correcta dels programes SBIRT als dispositius d'urgències. En aquest sentit, s'ha determinat que les modalitats d'intervenció presencial o cara a cara es poden veure entorpidides a l'hora d'implementar-se per raons d'organització assistencial, financeres o d'actitud del personal sanitari (Havard, A., et al., 2015). Per aquesta raó, a més de continuar realitzant estudis aleatoritzats d'eficàcia de la intervenció versus la situació control (Cheriptel, C. J., et al., 2010; Drummond, C., et al., 2004; Merchant, R. C., et al., 2015), s'ha intentat buscar alternatives després d'estudiar l'efecte que podria tenir una trucada telefònica, un missatge de text o un missatge electrònic personalitzats després de la intervenció presencial realitzada a urgències (Havard, A., et al., 2015; Suffoletto, B., et al., 2012; Field, C., et al., 2014; Rhodes, K. V., et al., 2014; Mello, M. J., et al., 2016), o modalitats de cribratge per ordinador a urgències i missatge de text posterior. S'ha observat una disminució del consum d'alcohol i de les seves conseqüències a curt/mitjà termini en algun dels estudis (54, 55, 58, 59, 60), però també destaquen treballs amb resultats negatius (Havard, A., et al., 2015; Cheriptel, C. J., et al., 2010; Suffoletto, B., et al., 2012; Field, C., et al., 2014; Rhodes, K. V., et al., 2014), entre els quals destacaria els de l'estudi multicèntric de Drummond i col•laboradors (2004), que conclou un efecte molt moderat de la intervenció i no recomana una actuació sistematitzada més enllà del cribratge i el consell clínic habitual. En consonància amb aquests resultats, recentment s'han publicat dos metanàlisis (Schmidt, C. S., et al., 2015; Meredith, S. H., et al., 2016), cadascun dels quals analitza més de 30 estudis. El primer, que inclou 33 publicacions, conclou una eficàcia significativa de la intervenció breu a urgències, però determina també una mida de l'efecte petita, sobretot en variables com la reducció del consum d'alcohol. Quant a la modalitat de la intervenció, conclou que les modalitats no presencials mostren alguns resultats positius, però que és necessària més recerca per delimitar-ne l'efecte real. L'altre metanàlisi publicat recentment, amb 34 estudis inclosos, descriu l'existència d'una reducció significativa en el consum d'alcohol i lesions relacionades al cap de tres mesos de la intervenció. Segons el resultat d'aquest treball, i tal com s'havia esmentat en el metaanàlisi de grup de Havard (Havard, A., et al., 2008), al cap de 6-12 mesos de la intervenció no s'observa aquest

10

efecte de disminució del consum, però sí que continua estant present la reducció del nombre de lesions, fet que aconsellaria mantenir les intervencions per reduir algunes de les conseqüències relacionades amb l'alcohol, com lesions/accidents/violència.

Per afegir encara més complexitat a la interpretació dels resultats, cal esmentar la controvèrsia que existeix sobre el que fa realment eficaç la intervenció en aquests/es pacients, ja que s'ha descrit que tant el fet de ser atès a un servei d'urgències (Rodríguez-Martos, A., et al., 2006) com el mateix cribratge (Bertholet, N., et al., 2005) o el consell habitual (Monti, P. M., et al., 1999) poden promoure una disminució del consum d'alcohol per ells/es mateixos/es, sense la realització de cap intervenció estandarditzada. Es podria, doncs, apuntar que probablement l'eficàcia final d'un programa SBIRT en un dispositiu d'atenció urgent seria el resultat de la combinació de tots els factors descrits abans, en què la intervenció breu constituiria un dels esglaons, però que només es podria entendre en el context d'un abordatge global que inclogui també tots els altres conceptes i que, de manera oportunista, aprofitaria un entorn on la persona podria ser més receptiva al canvi, ja que la preparació per al canvi constituiria un factor pronòstic clau en aquest punt (Barnett, N. P., et al., 2010).

10.1.4 IMPLEMENTACIÓ DELS PROGRAMES D'INTERVENCIÓ BREU ALS SERVEIS D'URGÈNCIES HOSPITALARIS

Segons l'evidència científica es pot concloure que el model d'intervenció SBIRT als serveis d'urgències pot ser útil a l'hora de reduir el consum d'alcohol a curt termini i per minimitzar-ne les conseqüències. S'ha de destacar, a més, que és una intervenció fàcil i sense efectes adversos coneguts. No obstant això, aquesta pràctica no s'ha estès en els hospitals del nostre entorn a causa d'un seguit de barreres.

Barreres relacionades amb els conceptes

Manca de conceptes i algorismes d'intervenció harmonitzats. Cal disposar d'una definició única i harmonitzada del consum de risc d'alcohol i algorismes d'intervenció. A Catalunya, s'ha establert el límit de risc de consum en >28 unitats de beguda estàndard (UBE)/setmana en l'home, i >170 g UBE/setmana en la dona. Es considera igualment de risc la presència d'episodis de consum intensius, entenent com a tal el consum de 6 UBE/ocasió de consum en l'home, i de més de 4 UBE/ocasió de consum en la dona (Rodríguez-Martos, A., et al., 2008).

Barreres relacionades amb l'actitud dels i les professionals sanitaris

Només el 27% del personal que atén als dispositius d'urgències realitzarien un cribratge i aconsellarien respecte al consum d'alcohol, i el 85% pensa d'entrada, sense preguntar-ho, que els o les pacients no tenen prou motivació per realitzar cap canvi (Indig, D., et al., 2009). En preguntar als i les professionals el perquè d'aquestes idees preconcebudes, aquests argumenten una manca de formació específica (Kelleher, S., Cotter, P., 2009) i la necessitat d'incrementar la dotació de personal a

urgències per millorar-ne l'atenció assistencial (Sorsdahl, K., et al., 2014).

Barreres relacionades amb l'actitud del o la pacient

Hi ha referències a una actitud de poca col·laboració per part dels i les pacients (Cheriptel, C. J., et al., 2004) i al fet que aquesta percepció és variable segons qui la valori (Rodríguez-Martos, A., et al., 2007). No obstant això, l'experiència a Catalunya indica, en general, una bona acceptació del cribratge i de l'entrevista (Rodríguez-Martos, A., et al., 2006). És important que la persona vegi garantida la confidencialitat i que la intervenció s'orienti com un interès en la millora global de la salut i en evitar noves lesions. Tant ell com el personal d'urgències haurien de tenir clar que l'objectiu del programa SBIRT no és fiscalitzador ni coercitiu, sinó que es pretén revisar els factors que poden haver contribuït a la lesió o dolència que ha portat la persona a urgències. Amb aquesta actitud i aquesta orientació del discurs professional la col·laboració del o la pacient serà més fàcil i la probabilitat que canviï l'hàbit molt més elevada (Miller, W. R., et al., 2013).

Barreres operacionals

Si es tracta d'identificar les persones bevedores de risc en un servei d'urgències, el centre ha de ser capaç d'identificar tota la població diana que s'hagi seleccionat (p. ex.: totes les persones lesionades, totes les agredides, totes les lesionades de trànsit, etc.). No es pot confiar que el cribratge es faci en una segona fase (en una propera visita, en la consulta del metge/ssa de capçalera...), així que cal disposar d'un operatiu que permeti identificar, si més no, la població diana a la qual s'ha donat prioritat, tot i sabent que alguns/es pacients es perdran per motius logístics (Nair, N. K., et al., 2015) (alta o trasllat abans d'haver fet la intervenció, etc.) i que en d'altres la intervenció s'haurà de posposar fins que remeti la gravetat de la lesió (intervenció en sala) (Rodríguez-Martos, A., et al., 2006)

Barreres relacionades amb el lideratge

Perquè un protocol es pugui implementar adequadament, cal dissenyar-lo de manera consensuada amb els responsables territorials i hospitalaris, seleccionar els agents que hi intervindran, realitzar formació específica, fer-ne la supervisió, sobretot inicialment, així com una avaluació periòdica del procés i dels resultats. És recomanable que, dins l'hospital, el programa, a part de ser conegut, acceptat i vinculat a la direcció assistencial i de gerència, sigui coordinat en proximitat per una persona responsable dins del Servei d'Urgències.

Barreres econòmiques

Moltes iniciatives en aquest àmbit s'han dut a terme en forma d'estudis i a càrrec de subvencions per a la recerca. No obstant això, la implementació rutinària d'aquestes estratègies hauria de formar part de les activitats habituals de salut pública. Així, el cribratge i el consell s'haurien de fer, si pot ser, les 24 hores cada dia de la setmana i dirigir-se a totes les persones que acudeixen al Servei d'Urgències (Cheriptel, C. J., et al., 2004), o a grups diana, i no només com a resultat d'un estudi temporal en una població determinada.

10

Entre les solucions que s'han proposat per superar aquestes barreres destaquen:

- La decisió de política sanitària d'incorporació d'objectius preventius en els serveis d'urgències.
- La dotació de personal per fer la intervenció. Es pot considerar la possibilitat de contractar personal específic a aquest efecte, per fer el cribratge i la intervenció presencial o telefònica i, d'aquesta manera, reforçar la dotació de personal d'urgències, tal com suggereixen els i les professionals (Sorsdahl, K., et al., 2014). En el context d'ajustament pressupostari aquesta mesura sembla poc realista.
- La sensibilització i formació dels i les professionals d'urgències. És probablement més rendible seguir el model de formació de formadors, i no que un/a sol/a formador/a hagi de preparar equips de diferents serveis d'urgències.

10.2. URGÈNCIES MÈDIQUES

Autor i autora: Ramón Pujol Farriols, Beatriz Rosón Hernández

L'alcohol està relacionat amb múltiples causes de consulta als serveis d'urgències, particularment les lesions. Seguidament revisen els motius mèdics de consulta urgent que deriven directament del seu consum.

10.2.1 INTOXICACIÓ ALCOHÒLICA AGUDA

La intoxicació etílica és freqüent en la nostra societat, en gran part a causa de l'àmplia disponibilitat de les begudes alcohòliques.

En alguns estudis, més de la meitat de tots els i les pacients amb traumatismes estan intoxicats amb etanol en el moment de l'arribada a l'hospital. A més, l'etanol és un tòxic acompanyant comú en els intents de suïcidi.

Fisiopatologia: l'alcohol etílic (etanol, $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) és una molècula de baix pes molecular que es mou amb facilitat a través de les membranes cel·lulars i que equilibra ràpidament els nivells entre la sang i els teixits. Els efectes aguts del seu consum depenen en part de la quantitat consumida per pes corporal i del seu metabolisme.

L'etanol s'absorbeix ràpidament a través de la mucosa gàstrica i l'intestí prim, i assoleix un pic de concentració de 20-60 minuts després de la ingestió, amb l'estómac buit.

Els factors que augmenten l'absorció d'alcohol són el buidament gàstric accelerat; l'absència de proteïnes, greixos o carbohidrats; la carbonatació (cava), i una dilució baixa d'etanol (absorció màxima amb un 20% volum).

Un cop absorbit, es converteix en acetaldehid, primàriament mitjançant la metabolització hepàtica. Aquesta conversió implica la participació de tres enzims:

el citocrom P450 isoenzim CYP2E1 microsomal, l'enzim alcohol deshidrogenasa (ADH) citosòlica i el sistema de peroxisoma catalasa. L'acetaldehid es convertirà, llavors, en acetat, que es converteix en acetil CoA i, en última instància, en diòxid de carboni i aigua. La velocitat del metabolisme es veu afectada per factors genètics, la quantitat d'alcohol consumit i la freqüència en què l'etanol es consumeix. Les persones alcohòliques cròniques i les que tenen una malaltia hepàtica greu tenen augmentades les taxes de metabolisme. Tanmateix, com a regla general, l'etanol es metabolitza a un ritme de 20-25 mg/dL en la persona no alcohòlica, però en una taxa més alta en persones amb alcoholisme crònic.

A més del fetge, altres teixits contribueixen a la metabolització de l'etanol. A la mucosa gàstrica hi ha alcohol deshidrogenasa, aquest "primer pas del metabolisme" està disminuït en les dones. Aquesta circumstància, juntament amb un volum efectiu més baix, fa que les dones siguin més vulnerables a la intoxicació enòlica (Frezza, M., et al., 1990).

Manifestacions clíniques: els símptomes de la intoxicació per etanol dependran de la concentració sèrica, així com de la freqüència amb què un individu ingereix etanol. Per tant, una persona que consumeix grans quantitats d'etanol sobre una base diària pot semblar sobria, amb el mateix nivell d'etanol en sèrum amb què una persona bevedora novell presenta disfunció cerebel·losa (**vegeu la taula 10.1**). Com a regla general, els nivells de menys de 25 mg/dL s'associen amb una sensació d'entusiasme i benestar. L'eufòria i l'alteració del judici es produeixen en nivells que oscil·len entre 25-50 mg/dL. La incoordinació, la disminució del temps de reacció/reflexos i l'atàxia es produeixen a nivells de 50-100 mg/dL. La disfunció cerebel·losa (és a dir, atàxia, trastorns de la parla, nistagme) és comuna en els nivells de 100-250 mg/dL. A nivells superiors a 250 mg/dL pot haver-hi coma, mentre que la depressió respiratòria, la pèrdua de reflexos de protecció i la mort es produeixen a nivells superiors a 400 mg/dL. Pot haver-hi hipotensió secundària a la vasodilatació perifèrica induïda per l'etanol o secundària a la pèrdua de volum.

Taula 10.1. Manifestacions clíniques de la intoxicació alcohòlica aguda d'acord amb l'alcoholèmia i la història d'enolisme

Nivells sanguinis d'etanol (mg/dL)	Símtomes	
	Bevedor/a esporàdic/a	Bevedor/a crònic/a
50-100	Eufòria Incoordinació Loquacitat	Poc efecte

10

100-200	Atàxia Disàrtria Somnolència Nistagme, diplopia	Certa incoordinació Eufòria
200-300	Letargia Agressivitat Nàusees, vòmits Llenguatge incoherent	Alteracions emocionals i motores lleus
300-400	Coma Hipoventilació Hipotèrmia Arrítmies cardíques	Somnolència
> 500	Depressió respiratòria Mort	Letargia Estupor

En els nens i nenes petits, la tríada clàssica de signes d'intoxicació d'etanol inclou el coma, la hipoglucèmia i la hipotèrmia. Aquests signes se solen produir quan el nivell d'etanol a la sang és superior a 50-100 mg/dL. Tanmateix, la hipoglucèmia es pot detectar amb nivells sèrics de 50 mg/dL. En persones adultes i adolescents la intoxicació aguda per etanol pot causar els símptomes següents: depressió de l'SNC, pèrdua de control del motor fi, desinhibició, hipotensió, hipotèrmia, taquicàrdia, envermelliment de la pell, urticària, depressió miocàrdica, resposta pupil·lar variable, depressió respiratòria, broncoplegia i hipoglucèmia (Levine, M. D., et al., 2012).

Diagnòstic: després del consum de qualsevol tipus d'alcohol, el plantejament diagnòstic dependrà en part de la història clínica. No obstant això, atès que el nivell de consciència del o la pacient és probable que estigui alterat i la història clínica pot ser inabastable o inexacte, l'examen físic minucios serà molt important per avaluar possibles lesions ocultes. Les troballes de laboratori també poden ser de gran valor. En aquestes circumstàncies s'ha d'obtenir una història del personal dels serveis d'emergències mèdiques, dels pares o mares, parents o qualsevol altra persona que acompanyi el o la pacient a l'hospital. Una història mèdica compatible i la presència de fetor enòlic ajuden amb freqüència a fer la sospita diagnòstica. No obstant això, cal recordar que la presència o l'absència de fetor enòlic no es pot utilitzar per diagnosticar o descartar la intoxicació per etanol.

Els lactants i nens i nenes petits/es tenen un curs clínic sensiblement diferent al de les persones adolescents i adultes. La ingestió d'etanol i la intoxicació pot donar

lloc a una hipoglucèmia marcada. L'etanol té també un efecte sedant, que produeix depressió de l'SNC en general i depressió respiratòria. Els nens i nenes petits/es se solen presentar al Servei d'Urgències per intoxicació accidental després de beure begudes alcohòliques que s'han deixat al seu abast, durant o després de festes o celebracions, o després d'ingerir un líquid que conté etanol. La intoxicació per etanol és sovint difícil de diagnosticar en lactants i nens i nenes petits/es. Algunes preguntes importants per al pare i la mare són les següents: Hi ha alguna beguda alcohòlica fàcilment disponible per al nen/a? Per exemple, es va deixar alguna beguda alcohòlica oberta al seu abast després d'una festa? Les begudes alcohòliques a la casa estan en un lloc tancat? Les begudes alcohòliques estan en un lloc on el nen o nena pot arribar fàcilment? El seu fill o filla podria haver consumit alguna medicació que conté alcohol, com xarops per a la tos i el refredat? Els germans/es grans de la casa podrien haver donat alcohol al nen o nena? El pare o la mare han banyat el nen o nena amb alcohol o li han fet fregues? El nen o nena té accés a algun líquid que contingui etanol (per exemple, perfums, líquids de neteja) (no significa que els hagi d'ingerir)? Els nens o nenes petits comunament ingereixen etanol quan beuen un líquid que no està indicat per al seu consum, com el perfum o els agents de neteja. En aquestes circumstàncies, amb freqüència, altres productes químics ingerits són més tòxics que l'etanol. Per tant, un examen físic detallat és important per avaluar tots els signes i símptomes causats per aquestes altres toxines. Així mateix, s'ha de parar especial atenció a l'examen de la cavitat oral i les vies respiratòries, a causa de les substàncies dels agents de neteja que poden causar cremades químiques a aquestes zones (Doty, C. I., et al., 2008).

Els nens o nenes més grans i els i les adolescents se solen intoxicar sabent que prenen begudes alcohòliques, per la pressió del grup d'amistats o, menys freqüentment, com a part d'un intent de suïcidi. La intoxicació per etanol en nens o nenes grans i adolescents es presenta normalment amb signes de depressió de l'SNC amb una disminució del nivell de consciència, i en casos més greus amb depressió respiratòria. La hipoglucèmia és menys comuna en aquest grup.

Pel que fa a les persones adolescents i adultes, la ingestió d'etanol fa que el o la pacient sigui més propens al trauma a causa d'accidents o la delinqüència. Els i les adolescents en estat d'embriaguesa són molt més propensos a veure's afectats per la violència, fins i tot després de beure només una beguda alcohòlica. Estudis recents descriuen l'ús de fàrmacs sedants combinats amb alcohol per propiciar la violació. Per tant, s'ha de descartar la violència sexual en pacients adolescents amb intoxicació alcohòlica. Tingueu en compte que els i les pacients adolescents solen subestimar la quantitat d'etanol que ingereixen.

En situacions d'estupor o coma cal plantejar-se el diagnòstic diferencial amb la resta de les causes de coma. Hipòxia, traumatisme cranioencefàlic, convulsions i altres alteracions metabòliques. Tanmateix, si acceptem que estem davant d'una intoxicació

10

aguda alcohòlica, hem de descartar que tingui una complicació o un altre trastorn concomitant, especialment hipoglucèmia, aspiració broncopulmonar, traumatisme cranioencefàlic o, a altres nivells, infeccions, arrítmies cardíques, cetoacidosi, convulsions (rars en la intoxicació aguda) o consum simultani de fàrmacs o altres drogues.

La prova de laboratori més important en un/a pacient que sembla intoxicat/da amb etanol és un nivell de glucosa en sang. Les determinacions i proves complementaries que sol·licitem dependran de la gravetat de la intoxicació.

En una intoxicació lleu no es necessiten altres proves diagnòstiques ni mesures terapèutiques especials, excepte la vigilància fins que disminueixin els nivells d'alcohol. Si es planteja la possibilitat d'un intent de suïcidi, s'ha de realitzar un electrocardiograma i un cribratge bàsic toxicològic, inclosa la determinació de les concentracions de paracetamol.

En una intoxicació moderada-greu sol·licitarem:

- Glucèmia capil·lar al metge/ssa de capçalera del malalt/a, per descartar hipoglucèmia.
- Hemograma. Ens permetrà detectar manifestacions hematològiques de l'alcoholisme o de l'afectació d'altres òrgans.
- Estudi de coagulació. Alterat en cas d'afectació hepàtica o d'infecció severa.
- Bioquímica rutinària: comprovar si hi ha alteracions iòniques, de la funció renal i, sobretot, nivells de glucosa.
- Gasometria arterial basal: ens permet avaluar les complicacions respiratòries i de l'equilibri àcid-base. És important calcular l'anion gap i descartar la cetosi alcohòlica o la participació d'altres alcohols (metanol, isopropanol).

La determinació dels nivells d'alcohol en sang és controvertida. Mentre alguns la consideren l'estàndard de referència (gold standard) del tractament i recomanen mesures repetides (Malone, D., Friedman, T., 2005), altres consideren que canvia poc l'actitud en pacients amb un nivell de consciència adequat. L'etanol es metabolitza a un ritme fix en una persona, però el metabolisme de les taxes d'alcohol varia àmpliament i la predicció d'una persona de la taxa de metabolisme és impossible. Si els nivells d'etanol s'obtenen en dos moments, un pot predir amb fiabilitat en quin nivell d'etanol estarà un/a pacient en un punt determinat en el futur. Tanmateix, un no pot predir si el o la pacient estarà "intoxicat/da" sense conèixer la tolerància del o la pacient a l'etanol.

Una concentració d'alcohol a la sang que podria fer una persona apneica pot ser un

nivell en què una altra persona patiria deprivació. Així mateix, s'observa una propietat farmacodinàmica, anomenada efecte Mellanby (o tolerància aguda), que consisteix en el fet que quan la taxa d'alcoholèmia va augmentant, s'observa un deteriorament neurològic més gran a una determinada taxa d'alcoholèmia que el deteriorament observat amb la mateixa taxa d'alcoholèmia quan aquesta està disminuint.

- Mostra d'orina a toxicologia per descartar consum d'altres tòxics.
- ECG: descartar la presència d'arrítmies.
- Radiografia de tòrax: aparició d'infiltrats en cas d'aspiració broncopulmonar o de pneumònia concomitant. Descartar traumatisme toràcic.
- TC cranial: indicat quan hi ha signes externs de traumatisme cranioencefàlic (ferides, hematomes...), signes de focalitat neurològica o evolució atípica del quadre.

Tractament: el pilar del tractament mèdic de pacients amb toxicitat de l'etanol és el tractament de suport. S'han intentat moltes modalitats per al tractament de la intoxicació i la millora de l'aclariment d'etanol. En general, es recomana un enfocament conservador. S'ha d'evitar la temptació de minimitzar el quadre en pacients tranquils o d'accelerar l'alta hospitalària en aquells més indisiplinats o rebels. En els nens i nenes, la hipoglucèmia i la depressió respiratòria són les dues complicacions més immediates i potencialment mortals derivades de la intoxicació d'etanol.

- Col·loqueu el o la pacient en la postura de seguretat en decúbit lateral per evitar aspiracions per vòmits.
- Si el o la pacient no és capaç de mantenir una bona ventilació, o si hi ha un risc d'aspiració significatiu, assegureu la via aèria amb un intubació endotraqueal i proporcioneu suport respiratori i ventilació mecànica.
- Obteniu un accés venós i substituïu qualsevol dèficit de líquids o administreu una infusió de manteniment de fluids. Utilitzeu expanders del plasma i fàrmacs vasopressors per tractar la hipotensió, si n'hi ha.
- Assegureu-vos que el o la pacient manté una temperatura corporal normal.
- Administreu oxigen sempre que existeixi hipoxèmia.
- Corregiu ràpidament la hipoglucèmia. En els nens i nenes, generalment s'administren 2-4 ml/kg de glucosa al 25%. Sovint cal mantenir una infusió de manteniment de sèrum glucosat intravenós i corregir les anomalies d'electròlits que apareguin en els resultats de laboratori. No és útil el reemplaçament

10

d'electròlits empíric de rutina, només s'han de corregir les anomalies electrolítiques documentades.

- Generalment el rentat gàstric no és necessari. Només es practicarà si la ingestió és molt recent (dins de la primera hora) o si hi ha sospita d'ingestió d'altres tòxics que puguin retardar el buidament gàstric. Si es fa, i el o la pacient està estuporós, prèviament caldrà intubar-lo per protegir la via aèria.
- Administreu Tiamina 1 ampolla (100 mg) per via intramuscular (hi ha autors/es que advoquen per l'administració intravenosa), sobretot si s'administra sèrum glucosat. L'administració de vitamina B6, 1 ampolla 300 mg, és una pràctica habitual en els serveis d'urgències, si bé és cert que no se n'ha demostrat la utilitat en el tractament d'una intoxicació alcohòlica aguda, no és el cas de la síndrome d'abstinència.
- Es pot fer una prova diagnòstic-terapèutica amb Naloxona 1 ampolla 0,4 mg o Flumazenil 1 ampolla 1 mg (es recomana començar amb 0,25 mg) per via intravenosa, si hi ha sospita d'intoxicació per opiacis o benzodiazepines, respectivament. No es recomana l'ús dels antagonistes dels receptors GABA en la intoxicació per etanol aïllada.
- En cas d'agitació s'intentarà col·locar el o la pacient en un ambient tranquil i, si és necessari, calmar-lo amb Haloperidol 1 ampolla (5 mg) per via intravenosa o intramuscular.
- Altres tractaments:
 - o No es recomana l'administració de medicaments per provocar l'emèsi, a causa de la ràpida aparició de la depressió de l'SNC i el risc d'aspiració.
 - o El carbó activat pot ser eficaç en poliintoxicats, però no es recomana en la intoxicació etílica aïllada.
 - o La diüresi forçada no és útil, perquè el 90% d'etanol es produeix del metabolisme en el fetge, i només el 10% de la càrrega d'etanol és secretada en l'orina.
 - o Els efectes de la insulina, la glucosa, la cafeïna i altres medicaments diversos han estat estudiats, però cap augmenta el metabolisme d'etanol o alleugereix la depressió de l'SNC de manera significativa. La perfusió de fructosa pot augmentar els aclariments d'etanol en un 25%. Tanmateix, no es recomana atesos els efectes adversos significatius que es poden produir. Per exemple, la infusió de fructosa pot causar acidosi làctica, diüresi osmòtica greu i els símptomes gastrointestinals.

- o L'hemodiàlisi elimina de manera eficient l'etanol de la sang, però és un procediment invasiu, per la qual cosa el seu ús no es recomana de rutina. L'hemodiàlisi es pot utilitzar en pacients quan empitjora la depressió de l'SNC, la depressió respiratòria, la hipotensió o és refractari a la teràpia estàndard. Els o les pacients que tenen trastorns de la funció hepàtica poden requerir diàlisi per netejar una sobredosi d'etanol.
- o La metadoxina podria ser útil en el tractament de la intoxicació aguda per etanol. En els o les pacients amb intoxicació aguda per etanol la metadoxina accelera l'eliminació d'etanol, cosa que condueix a la recuperació més ràpida de la intoxicació i a la millora de la simptomatologia (Shpilenny, S. L., et al., 2002; Díaz Martínez, M. C., et al., 2002). **Evolució i pronòstic:** l'evolució és habitualment benigna i breu, i està acompanyada d'amnèsia llacunar més o menys extensa en relació amb la durada i la profunditat del coma. El pronòstic és excel·lent, sempre que el o la pacient eviti l'ús crònic d'alcohol. A curt termini les complicacions inclouen els comportaments de risc (per exemple, augment del risc de l'ús de drogues il·lícites, violència, etc.), un augment del risc de trauma i les conseqüències jurídiques.

Les complicacions del consum abusiu d'alcohol normalment es desenvolupen durant diversos anys. En els nens i nenes, les complicacions a llarg termini de l'abús crònic d'etanol no estan ben descrites en la literatura mèdica. Atès que la majoria dels i les pacients pediàtrics no comencen a abusar de l'etanol fins més tard, en l'adolescència, no es presenten amb complicacions a llarg termini, com disfunció hepàtica i problemes cardíacs, fins després de convertir-se en persones adultes.

10.2.2 CRISIS COMICIALS

Les crisis comicials secundàries a l'ús d'alcohol representen un espectre variable de processos que es presenten en pacients amb enolisme crònic. En aproximadament el 50% dels casos poden ocórrer com a resultat d'altres factors precipitants concomitants, com l'existència d'epilèpsia prèvia, lesions estructurals cerebrals (traumatismes, ictus o masses), ús de drogues il·legals (cocaïna) i, menys freqüentment, alteracions metabòliques (hipoglucèmia, hipocalcèmia). Aproximadament un 30% dels i les pacients alcohòlics/ques en situació d'abstinència presenten convulsions en almenys una ocasió. Tanmateix, en aquests/es pacients les convulsions no són exclusives de l'abstinència i poden aparèixer també en el context d'un consum d'abús important (per exemple, després de cinc o set dies d'ingesta continuada de dosis molt altes d'alcohol).

Clínica: en el cas concret de l'abstinència, les convulsions se solen presentar dins de les primeres 6-48 hores de la darrera consumició, i és més rara una presentació més tardana. Acostumen a estar precedides de la clínica adrenèrgica o les al·lucinacions o associar-se a aquestes, però també poden ser el primer i, fins i tot, l'únic símptoma

10

d'abstinència. En el 60% dels casos, els i les pacients pateixen múltiples episodis convulsius, en què l'interval entre la primera i l'última crisi és normalment inferior a 6 hores (Rathlev, N. K., et al., 2006). L'estatus epilèptic s'observa en menys del 4% de casos. No obstant això, el delírium trèmens és responsable del 10%-20% dels estatus epilèptics.

Els factors principals predictors d'aparició de crisis comicials en un/a pacient amb abstinència a l'etanol són: el consum de dosis altes d'alcohol, un consum crònic de llarga durada, el consum simultani d'altres tòxics, el fet d'haver seguit prèviament tractaments de desintoxicació o haver necessitat l'ingrés per abstinència (fenomen conegut com a kindling) i, sobretot, l'antecedent d'episodis previs d'abstinència complicats amb convulsions o delírium trèmens.

Diagnòstic: les crisis secundàries a l'abstinència solen ser convulsions tonicoclòniques generalitzades, típicament fotosensibles, úniques o amb una recurrència o dues (tren de crisis) i amb electroencefalograma (EEG) en la fase postcrítica normal en més del 90% de les ocasions. És necessari investigar i tractar els possibles desencadenants (febre, alteracions metabòliques, traumatismes...) que hagin pogut contribuir al desenvolupament de les crisis.

- La prova més important és la determinació de la glucèmia que es demanarà al metge/ssa de capçalera del o la pacient. Posteriorment, s'enviarà una mostra al laboratori per descartar altres alteracions metabòliques.
- S'haurà de realitzar una anàlisi toxicològica en sang i/o orina si se sospita d'intoxicació per altres drogues.
- Les indicacions de la TC cranial són: primer episodi, episodi amb nombre elevat de recurrències, pacients amb períodes postcrisis perllongats, la presència de focalitat neurològica, la presentació amb crisis parcials o l'entrada en estatus epilèptic (< 4% dels casos). Totes obliguen a descartar altres causes d'epilèpsia alternatives associades a l'abstinència.
- El valor de la RMN (mètode d'elecció en l'estudi de l'epilèpsia) en l'estudi de les crisis comicials relacionades amb l'alcoholisme no està encara establert. Es podria reservar per als o les pacients amb presentació atípica amb crisis parcials o estatus epilèptic.
- En absència d'epilèpsia prèvia, l'EEG és habitualment normal. Les indicacions de la pràctica de l'EEG en pacients amb crisis comicials relacionades amb l'alcoholisme no estan encara determinades. Les recomanacions actuals són similars a les de la RMN (crisis parcials o estatus epilèptic).

Tractament:

1. Administreu tiamina per via intramuscular, intravenosa o oral a tots els i les pacients amb crisis comicials per deprivació. La tiamina no té efecte en la prevenció de les crisis ni del delírium trèmens, però és el tractament preventiu de l'encefalopatia de Wernicke-Korsakoff.
2. Atès que les crisis per deprivació d'etanol tendeixen a ser aïllades o agrupades en un període curt de temps, la probabilitat de reparició ha passat sovint quan s'ha de prendre la decisió de tractar-la.
3. El lorazepam podria evitar les recurrències en les primeres sis hores. En un assaig controlat realitzat en els departaments d'urgències de dos hospitals de Boston, es va administrar lorazepam 2 mg intravenós o placebo als i les pacients alcohòlics/ques després d'una convulsió generalitzada aïllada. Durant les sis hores següents, el 3% dels i les pacients que havien rebut lorazepam havien una tingut una segona crisi en comparació amb el 24% dels que van rebre placebo. Dels no admesos en l'estudi, un pacient que està rebent el lorazepam i set que van rebre placebo tenien una segona crisi dins de les 48 hores (D'Onofrio, G., et al., 1994). D'altra banda, la fenitoïna, la carbamazepina i el valproic són probablement ineficaços en la prevenció de les crisis per deprivació (Alldredge, B. K., et al., 1989; Hilbom, M., et al., 1989).
4. Es recomana tractar amb benzodiazepines (diazepam d'elecció) els i les pacients que presenten més de sis recurrències o que entren en estatus epilèptic, afegint-hi fenitoïna en cas de necessitat per assolir el control de les crisis (aquest darrer fàrmac no prevé les recurrències).
5. La profilaxi de les recurrències amb anticomicials no sol estar indicada en les persones amb trastorn per consum d'alcohol en absència d'altra indicació.

10.2.3 ENCEFALOPATIA DE WERNICKE-KORSAKOFF

L'encefalopatia de Wernicke és un trastorn greu causat per la deficiència de tiamina (vitamina B1). Al 1881, el Dr. Carl Wernicke, un neuròleg polonès, va descriure la triada de confusió mental aguda, atàxia i oftalmoplegia. La síndrome amnèsica de Korsakoff és una manifestació tardana dels trastorns neuropsiquiàtrics de l'encefalopatia de Wernicke, que cursa amb la pèrdua de memòria i la confabulació, per la qual cosa la condició es coneix com a síndrome o psicosis de Wernicke-Korsakoff. La major part de casos s'han descrit en pacients alcohòlics/ques però, a més de l'alcoholisme, els processos associats amb l'encefalopatia de Wernicke inclouen: anorèxia nerviosa o dietes, hiperèmesi gravídica, nutrició parenteral perllongada sense suplementació adequada, malnutrició o dejú perllongat (especialment amb renutrició), cirurgia gastrointestinal (cirurgia bariàtrica), neoplàsia disseminada, trasplantaments, hemodiàlisi, diàlisi peritoneal perllongada, sida.

Les lesions cerebrals típiques de l'encefalopatia de Wernicke s'observen en l'autòpsia

del 0,8% al 2,8% de la població en general en el món occidental, i la gran majoria dels i les pacients afectats/des són alcohòlics/ques. Els estudis autòptics han posat de manifest una incidència més elevada de lesions de Wernicke en la població general, que es preveu pels estudis clínics. La prevalença de lesions en l'autòpsia pot ser fins al 12,5% en pacients amb trastorn per consum d'alcohol (Harper, C., 1983). Si bé el nombre total de casos en els homes supera el de les dones, les dones sembla que són més susceptibles al desenvolupament de l'encefalopatia de Wernicke que els homes. En diverses sèries, la relació d'encefalopatia de Wernicke entre dones i homes va ser d'1:1.7, més gran que la ràtio de dependència de l'alcohol 1:4 (Adams, R. D., Victor, M., 2005).

Manifestacions clíniques i examen físic: l'aparició de la malaltia pot ser aguda, subaguda o crònica. La triada clàssica que només està present en un terç dels casos inclou l'encefalopatia, la disfunció oculomotora i l'atàxia de la marxa. L'absència d'algun d'aquests símptomes pot portar a infradiagnosticar la malaltia.

L'encefalopatia es caracteritza per un estat de confusió, apatia, falta d'atenció o agitació. Apareix en més del 80% dels casos. L'estupor i el coma són rars inicialment, tot i que apareixeran en pacients sense tractament. Alguns/es pacients es poden presentar amb deliri per deprivació concomitant.

Les anomalies oculars són característiques de l'encefalopatia de Wernicke, tot i que estan presents en un 30% dels casos. El nistagme és el signe més freqüent i està típicament evocat amb la mirada horitzontal bilateral. També hi pot haver nistagme vertical evocat més freqüentment amb la mirada superior. Altres signes són la paràlisi del recte extern típicament bilateral i la paràlisi de la mirada conjugada. Menys freqüentment s'observen anormalitats pupil·lars, com resposta pupil·lar lenta o anisocòria (Charnes, M. E., et al., 2009).

L'atàxia de la marxa és probable que sigui secundària a una combinació de polineuropatia, dany cerebel·lós i parèsia vestibular. En casos menys greus, els i les pacients caminen lentament amb una àmplia base de sustentació. De vegades només serà evident la marxa en tàndem. No obstant això, quan l'afectació és greu, la marxa és impossible.

La disfunció vestibular sense pèrdua de l'audició és comuna i pot ser responsable de la dissociació entre l'alteració de la marxa i l'afectació de les extremitats. De fet, l'afectació cerebel·losa està generalment limitada al vermis superior i anterior, per tant, l'afectació d'extremitats i la disàrtria o parla escandida són infreqüents. Les proves dit-nas i taló-genoll realitzades al llit poden no evidenciar cap dèficit, així que per posar en evidència l'atàxia troncal és important fer-ho amb el o la pacient assegut o dret.

A més de la triada clàssica, l'estupor o el coma, la hipotensió i la hipotèrmia són símptomes prominents en casos no sospitats clínicament amb diagnòstic autòptic

(Harper, C., 1983). El coma poques vegades és l'única manifestació de l'encefalopatia de Wernicke (Salen, P. N., 2011). La hipotèrmia s'ha descrit en un 4% de pacients amb diagnòstics per autòpsia i s'atribueix a l'alteració del centre de regulació de la temperatura en el tronc cerebral.

Poden ser presents altres manifestacions de la deficiència de tiamina en el sistema nerviós perifèric i cardiovascular. Encara que el beri-beri cardíac és infreqüent, els i les pacients poden presentar disfuncions del sistema cardiovascular (taquicàrdia, hipotensió, dispnea d'esforç o alteracions electrocardiogràfiques mínimes).

La polineuropatia nutricional es troba en el 80% dels i les pacients, normalment és lleu i no és responsable de l'alteració de la marxa, però en casos greus pot impedir la deambulació i, fins i tot, la bipedestació.

Diagnòstic: el diagnòstic és primordialment clínic. Tot i que les proves de laboratori i d'imatge poden ajudar, l'inici del tractament és prioritari sobre les proves diagnòstiques. La resposta al tractament forma també part del diagnòstic. Atesa la baixa sensibilitat de la triada clàssica (20%-30%), Caine et al. (1997) proposen que l'encefalopatia de Wernicke sigui diagnosticada en presència de dos criteris o més dels següents (sensibilitat del 85%): deficiència dietètica o malnutrició, anomalies oculomotores, disfunció cerebel·losa i alteració del nivell de consciència o afectació lleu de la memòria.

No hi ha proves de laboratori diagnòstiques de l'encefalopatia de Wernicke. La determinació dels nivells de tiamina poden no ser a l'abast de molts centres o serveis d'urgències i no és necessària per fer el diagnòstic. La determinació d'altres tòxics o alteracions metabòliques és necessària per descartar altres causes de delírium.

En presència de febre o sospita d'infecció del sistema nerviós es practicarà una punció lumbar. La presència de pleocitosi o proteinorràquia suggereix un diagnòstic alternatiu.

Els estudis d'imatge poden ajudar a excloure diagnòstics alternatius. La RMN és més sensible per detectar lesions agudes diencefàliques i periventriculars. Lesions típiques inclouen àrees amb senyals hiperintenses a T2 i hipointenses a T1, al voltant de l'aqüeducte, al tercer ventricle i al tàlem medial i els cossos mamil·lars. Les anormalitats a T2 desapareixen després de 48 hores de tractament amb tiamina. L'atrofia dels cossos mamil·lars es pot detectar durant una setmana des de l'inici del quadre.

Diagnòstic diferencial: s'ha de considerar l'encefalopatia de Wernicke en tots els i les pacients que es presentin amb deliri agut o atàxia aguda. Entre els processos que mostren una superposició neuroanatòmica amb l'encefalopatia de Wernicke destaquen l'afectació de l'hipocamp després d'una aturada cardíaca, l'encefalitis per herpes simple, els tumors del tercer ventricle, la malaltia estructural en el tàlem medial

10

o lòbuls temporals inferiomedians, com passa amb l'oclusió del top de la basilar.

Tractament: l'encefalopatia de Wernicke és una emergència mèdica, tot i que s'estiguin exclouint altres diagnòstics, atès que la condició és potencialment reversible i que sense tractament la majoria dels i les pacients progressen al coma i la mort. L'administració de tractament empíric està indicada en pacients que mostren una combinació de símptomes i signes, especialment si el o la pacient es troba en una població d'alt risc.

Per a pacients amb sospita d'encefalopatia de Wernicke, es recomana de 100 mg a 500 mg de tiamina per via intravenosa o intramuscular, cada 12 hores de tres a cinc dies consecutius. L'administració de glucosa sense la tiamina pot precipitar o agreujar el quadre, per tant, la tiamina s'ha d'administrar abans que la glucosa. Alguns advoquen per altes dosis de tiamina perquè creuen que són més eficaces, però no hi ha cap prova concloent de suport a una recomanació d'una dosi superior a un altre. Afortunadament, l'administració intravenosa de la tiamina és segura, simple, barata i eficaç. Les reaccions adverses, incloses l'anafilaxi i el broncospasme, són extremadament rares. Al Regne Unit, es va informar de quatre casos per cada cinc milions de dosis intramusculars i d'una per cada un milió de dosis utilitzades per via intravenosa (Thomson, A. D., et al., 2002). Un estudi prospectiu hospitalari va mostrar que les reaccions greus són molt poc freqüents, es van observar reaccions lleus (irritació local transitòria) en un 1,02%, i reaccions greus (pruïja generalitzada) en un 0,093% (Wrenn, K. D., et al., 1989).

Com que l'absorció gastrointestinal de la tiamina és erràtica amb begudes alcohòliques i en pacients desnodrits, l'administració oral de la tiamina no es recomana per al tractament inicial. No obstant això, s'ha de continuar el tractament amb l'administració oral diària de 100 mg de tiamina després de finalitzar el tractament parenteral i després de l'alta hospitalària, fins que els i les pacients ja no es consideren en situació de risc. S'han d'administrar magnesi i altres vitamines juntament amb substitutius d'altres deficiències nutricionals, si n'hi ha.

Pronòstic: dels i les pacients que sobreviuen a l'encefalopatia de Wernicke, un gran percentatge presentaran també psicosi de Korsakoff, que es caracteritza per amnèsia retrògrada (incapacitat per recordar informació), amnèsia anterògrada (incapacitat per assimilar informació nova), disminució de l'espontaneïtat i la iniciativa i confabulació (vegeu el capítol de malaltia orgànica relacionada).

10.2.4 CETOACIDOSI ALCOHÒLICA

La cetoacidosis alcohòlica és una acidosis metabòlica greu que se sol produir en persones que abusen crònicament de l'alcohol i que tenen una història recent de borratxeres, ingestió d'aliments escassa o nul·la i de vòmits persistents. La cetoacidosis alcohòlica es caracteritza per uns nivells elevats de cetones en el sèrum i un dèficit d'anions important. És freqüent l'alcalosi metabòlica concomitant, secundària als vòmits i la

depleció de volum (Rose, B. D., 2011).

Fisiopatologia: tot i que la cetoacidosi alcohòlica s'observa més comunament en persones adultes amb enolisme crònic, també s'ha observat en persones bevedores menys experimentades de totes les edats.

La patogènia de la cetoacidosi alcohòlica és complexa. Els tres esdeveniments principals predisposants són els següents:

Retard en la secreció i la disminució de la insulina i excés en la secreció de glucagó induïda pel dejú, que indueix la conversió dels àcids grassos lliures en cetones.

Proporció elevada del fosfat dinucleòtid de nicotinamida i adenina reduït (NADH) a dinucleòtid de nicotinamida i adenina (NAD +) secundària en el metabolisme de l'alcohol, que contribueix a la formació de productes àcids.

Depleció de volum com a conseqüència de vòmits i ingesta oral de líquids pobre, que juntament amb el dèficit d'insulina contribueix a disminuir l'eliminació de les cetones.

Aquests esdeveniments comporten la ràpida acumulació dels àcids del metabolisme de l'àcid hidroxibutíric i l'àcid acetoacètic (Ansstas, G., et al., 2011).

Manifestacions clíniques: els i les pacients gairebé sempre són alcohòlics/ques que, abans del desenvolupament de la cetoacidosi, han experimentat un període d'augment de la ingesta d'alcohol durant el qual es desenvolupen les nàusees i els vòmits, per la qual cosa deixen de beure i de menjar per complet, habitualment entre 1 i 2 dies abans de la presentació (Laotepitaks, C., et al., 2011).

Els símptomes més comuns són:

Nàusees, vòmits, dolor abdominal i/o hematèmesi (cadascun es troba en un 60%-75% dels i les pacients).

Dispnea, tremolors, i/o marejos (10%-20% cadascun).

Dolor muscular, febre, diarrea, síncope, convulsions i/o melena (1%-8% cadascun).

Aquests símptomes generalment s'atribueixen a la gastritis alcohòlica o la pancreatitis.

Examen físic: l'examen físic pot revelar nombroses condicions patològiques. Els i les pacients poden presentar els estigmes de l'enolisme crònic, com ara rinofima, tremolor, hepatosplenomegàlia, neuropatia perifèrica, ginecomàstia, atròfia testicular i eritema palmar.

El o la pacient pot estar taquicàrdic/a i taquipnèic/a (30%-40% dels casos), quan el pH és inferior a 7,20 hi pot haver respiració de Kussmaul.

És freqüent la hipotensió ortostàtica o franca com a resultat de la deshidratació causada per la disminució de la ingesta, la diaforesi i els vòmits. L'alè del o la pacient

10

pot tenir l'olor afruitada de la cetosi.

La hipotèrmia és comuna, mentre que la febre pot ser signe d'un procés infecciós subjacent.

Els símptomes digestius, juntament amb el dolor abdominal a la palpació (30%-40% dels o les pacients), poden simular un abdomen agut. L'estat mental pot ser normal o estar lleugerament afectat com a resultat de les alteracions hidroelectrolítiques. Hi pot haver una disminució del nivell de consciència, pupil•les fixes i dilatades i, fins i tot, la mort.

Diagnòstic: la confirmació del diagnòstic davant d'un quadre clínic compatible requereix la demostració de cetonèmia o cetonúria. Això es realitza normalment mitjançant les tires reactives. La reacció amb el nitroprussiat pot ser negativa o dèbilment positiva per cetones en sèrum, perquè el nitroprussiat reacciona amb acetat, però no amb l'àcid β -hidroxibutíric (que pot ser fins al 90% en la cetoacidosi alcohòlica).

Un mètode indirecte de determinar la presència de cetones és afegir unes poques gotes de peròxid d'hidrogen (aigua oxigenada) a la mostra d'orina, que convertirà l'àcid β -hidroxibutíric en acetoacetat i serà detectat pel nitroprussiat.

La determinació de gasos en sang arterial pot mostrar un hipocàpnia, bicarbonat baix i la pressió parcial d'oxigen (pO_2) normal. La determinació del pH plasmàtic pot ser enganyosa, ja que el o la pacient amb freqüència presenta una barreja de trastorns de l'equilibri àcid-base; de fet, els nivells de pH poden ser gairebé normals, malgrat una greu alteració àcid-base. A més de l'acidosi metabòlica deguda a la formació d'acetona, hi pot haver una alcalosi metabòlica de contracció (a causa dels vòmits i la depleció de volum). A més, també hi pot haver una alcalosi respiratòria secundària a la hiperventilació.

L'anion gap sol ser poc important en la cetoacidosi alcohòlica. La presència d'un anion gap elevat ha de fer sospitar d'intoxicació per altres alcohols (etilenglicol, metanol, isopropanol).

El nivell de glucosa en sèrum pot ser baix, normal o lleugerament elevat, i això hauria d'ajudar al clínic a distingir la cetoacidosi alcohòlica de la cetoacidosi diabètica. El motiu pel qual en alguns casos de cetoacidosi alcohòlica els nivells de glucosa són elevats és desconegut. Si el nivell de glucosa inicial en el plasma s'eleva per sobre de 300 mg/dL, cal considerar la possibilitat de cetoacidosi diabètica.

Hi pot haver hiponatrèmia, hipopotassèmia i hipomagnesèmia. La urea plasmàtica i la creatinina solen ser elevades.

L'hemograma, la funció hepàtica i la pancreàtica poden estar alterats a causa de malalties associades (per exemple, l'hepatitis induïda per l'alcohol, la pancreatitis).

Cal considerar la possibilitat d'obtenir una radiografia de tòrax, perquè la pneumònia per aspiració és comuna en persones amb alcoholisme. La ruptura esofàgica es pot produir amb arcades perllongades, i resulta en neumomediastí o aire infradiafragmàtic. Cal fer també una radiografia abdominal urgent en pacients amb un quadre de vòmits i dolor abdominal, perquè aquests símptomes poden indicar l'obstrucció i/o la perforació visceral.

Tractament: el tractament de la cetoacidosis alcohòlica s'adreça a la inversió de les tres causes fisiopatològiques principals de la síndrome, que són la depleció de volum extracel·lular, l'esgotament de glucogen i una relació NADH/NAD⁺ elevada.

En totes les formes de cetoacidosis, l'acidosis es corregeix espontàniament, en gran mesura, amb el tractament de la malaltia subjacent, que permet la regeneració del metabolisme del bicarbonat. En la cetoacidosis alcohòlica o de dejuni, aquest objectiu es pot assolir amb l'administració de glucosa i solució salina (Palmer, J. P., 1983). La glucosa augmentarà la insulina i reduirà la secreció de glucagó, mentre que el sèrum fisiològic reemplaçarà el dèficit de fluids. La teràpia amb bicarbonat s'ha de considerar només en els casos d'acidosis greu, que amenacen la vida (és a dir, el pH <7,1) i que no responen a la teràpia amb fluids. En les persones amb trastorn per consum d'alcohol, s'ha d'administrar tiamina, 100 mg per via intravenosa o intramuscular, abans que la glucosa per disminuir el risc de precipitar l'encefalopatia de Wernicke o la síndrome de Korsakov.

La reposició de potassi està indicada en pacients hipokalèmics i normokalèmics amb acidosis. El dèficit de fosfat també és freqüent en els i les persones amb trastorn per consum d'alcohol. La concentració de fosfat en plasma pot ser normal a l'ingrés, però generalment correspon als baixos nivells d'insulina; després de la reposició de glucosa i l'augment de la insulina es pot fer manifesta la hipofosfatèmia. La hipofosfatèmia severa pot estar associada amb complicacions greus i potencialment mortals, com la disfunció miocardiàca.

S'ha d'avaluar el o la pacient per detectar signes de síndrome d'abstinència d'alcohol, que poden incloure tremolors, agitació, diaforesi, taquicàrdia, hipertensió, tremolors, agitació, convulsions, o deliri. S'han d'excloure altres causes d'hiperactivitat autonòmica i estat mental alterat. Si el diagnòstic de síndrome d'abstinència d'alcohol s'ha establert, cal considerar l'ús de benzodiazepines.

També és important descartar patologies **associades** concomitants, especialment les que comunament s'associen amb l'abús crònic d'alcohol, que inclouen pancreatitis, hepatitis, cirrosi, coagulopaties, gastritis, hemorràgia digestiva, pneumònia, cardiomiopatia, infeccions, anèmia, convulsions, accident cerebrovascular, miopatia, rabdomiòlisi, neuropatia, arítmia i intoxicació per alcohol o altres substàncies. Aquestes malalties associades poden ser una font significativa de morbiditat i mortalitat en cas que no s'abordin adequadament.

10

Pronòstic: la mortalitat és rara. La morbiditat més sovint és el resultat de les complicacions associades. Les complicacions es produeixen en menys del 20% dels pacients. No obstant això, un nivells notablement elevats d'àcid β -hidroxibutíric podrien donar lloc a la mort.

10.2.5 PARÀLISI DEL DISSABTE A LA NIT

Aquesta neuropatia es produeix per la compressió del nervi radial quan gira al voltant de l'húmer. Passa amb més freqüència quan una persona s'adorm, en estat d'embriaguesa, amb el braç situat darrere del respall d'una cadira. Les persones alcohòliques amb neuropatia perifèrica crònica generalitzada són més propensos a patir una paràlisi per compressió en múltiples llocs.

El o la pacient generalment es presenta subjectant la mà i el canell afectats amb la mà bona, queixant-se de la disminució o l'absència de sensibilitat al costat radial i dorsal de la mà i del canell, i de la incapacitat per estendre el canell, el dit polze i les articulacions interfalàngiques. Amb la mà en supinació (palmell cap amunt) la funció de la mà pot semblar normal, però quan la mà és col·loca en pronació (palmell cap avall) el canell i la mà cauen. Si la lesió del nervi radial és al colze o per sota, hi pot haver indemnitat del canell i dels extensors radials. Els grups afectats seran els extensors cubitals del canell, així com els extensors metacarpofalàngics. Quan l'afectació és més alta, a l'altura de l'aixella, implicarà tots els grups de la innervació del nervi radial, inclòs el tríceps.

El diagnòstic de la malaltia neurològica relacionada amb el consum d'alcohol depèn, en gran mesura, de la cerca de símptomes i signes característics de l'abús d'alcohol en aquests/es pacients. La neuroapràxia és més comuna que l'axonotmesi, i la recuperació sol ser la norma, tot i que els i les pacients d'edat avançada poden evolucionar pitjor. S'ha de documentar en detall tota l'afectació motora i sensitiva. Si la paràlisi és completa o hi ha anestèsia, s'ha de disposar d'una avaluació neurològica urgent i instaurar el tractament immediatament. Les lesions incompletes poden ser remeses per avaluació, rehabilitació i seguiment ambulatori. Per al tractament inicial s'ha de col·locar una fèrula des de l'avantbraç proximal fins a poc més de les articulacions metacarpofalàngiques (deixant lliure el polze), amb el canell en extensió a 90°. Això i un cabestrell ajudaran a protegir la mà de l'edema i també a prevenir la distorsió dels tendons, els lligaments i les càpsules articulars, que poden resultar en la pèrdua funcional de la mà després de recuperar la força muscular. S'ha d'explicar al o la pacient la naturalesa de la lesió, la taxa i la velocitat de regeneració, així com la importància de dur la fèrula i d'iniciar la rehabilitació física perquè sigui possible preservar la funció.

10.2.6 MIOPATIA ALCOHÒLICA AGUDA, RABDOMIÒLISI

La miopatia alcohòlica aguda és una de les causes més comunes de rabdomiòlisi no traumàtica i insuficiència renal aguda. S'ha de considerar en pacients que, després

d'una ingesta important d'alcohol, es presenten amb dolor muscular que implica principalment les extremitats, debilitat i mioglobinúria. La precipitació de mioglobina en els túbuls renals pot produir necrosi tubular aguda i conduir a la insuficiència renal aguda.

Manifestacions clíniques: el quadre es caracteritza per debilitat, dolor espontani i a la palpació, i inflor dels músculs afectats. L'afectació muscular sol ser generalitzada, tot i que els músculs proximals són sovint els afectats més greument, però la distribució de l'afectació pot ser focal o asimètrica. Pot estar acompanyada de disfàgia i insuficiència cardíaca congestiva.

Examen físic: pot mostrar dolor i inflor dels músculs afectats. En ocasions és difícil fer el diagnòstic diferencial amb la trombosi venosa profunda.

Diagnòstic: la miopatia alcohòlica aguda es pot diagnosticar mitjançant la cerca de mioglobina en l'orina i l'augment de la creatina cinasa i altres enzims alliberats del múscul lesionat. L'electromiografia (EMG) pot mostrar trets característics de miopatia alcohòlica o neuropatia. La biòpsia quirúrgica pot mostrar necrosi de les fibres musculars amb degeneració i regeneració subseqüent.

S'han d'excloure altres possibles causes amb les proves apropiades, que poden incloure les proves de funció tiroïdal, la RMN cerebral o la TC i/o l'anàlisi de líquid cefalorraquidi, si s'escau.

Diagnòstic diferencial: s'han de descartar altres causes adquirides de miopatia aguda i de rabdomiòlisi, que inclouen l'ús de drogues com heroïna, cocaïna o amfetamines, o lesions traumàtiques per compressió perllongada, la hipofosfatèmia i la hipokalièmia, o un defecte en el metabolisme dels carbohidrats o lípids. En la miopatia alcohòlica crònica, hi pot haver atròfia i debilitat progressiva, que sol implicar les cintures pelviana i escapular, la creatina-quinasa en sèrum sovint és normal, i la biòpsia muscular demostra atròfia o la pèrdua de les fibres musculars.

Tractament: el tractament inicial està dirigit a corregir arrítmies cardíques, insuficiències renals per rabdomiòlisi i alteracions electrolítiques, com la hipokalèmia o hipofosfatèmia. S'ha de procedir a la hidratació agressiva; i, de vegades, l'administració de furosemda i manitol per augmentar la diüresi són essencials per mantenir la funció renal.

Pronòstic: el curs típic de la miopatia alcohòlica aguda inclou la plena recuperació dels músculs i la funció renal després de la interrupció de la ingesta d'alcohol i el tractament de les complicacions de qualsevol rabdomiòlisi. Amb nous episodis de binge drinking hi pot haver episodis recurrents de miopatia aguda. La recuperació de la força muscular es produeix de dies a setmanes, fins i tot en persones amb atacs recurrents.

“La síndrome del cor de vacances” més comunament fa referència a l’associació entre l’ús de l’alcohol i les alteracions del ritme, en particular taquiarrítmies supraventriculars en persones aparentment sanes. Estudis recents indiquen que l’ús recreatiu de la marihuana pot tenir efectes semblants. El més comú és el trastorn del ritme de fibril·lació auricular (FA), que generalment es converteix en un ritme sinusal normal dins les 24 hores. La FA es produeix en un màxim del 60% dels binge drinkers, amb miocardiopatia alcohòlica subjacent o sense. La majoria dels casos tenen lloc durant les vacances i després d’aquestes o els caps de setmana, quan la ingesta d’alcohol s’incrementa, un fenomen que s’ha anomenat “la síndrome del cor de vacances”. Tanmateix, fins i tot quantitats modestes d’alcohol poden desencadenar FA en alguns/es pacients.

Manifestacions clíniques: els i les pacients amb una exposició aguda a l’alcohol poden presentar una varietat de símptomes. Les palpitations són el símptoma més comú. Aquestes poden ser intermitents o persistents. Els pacients amb resposta ventricular ràpida poden presentar símptomes presincopals, dispnea d’esforç o angor.

Examen físic: el pacient pot mostrar signes d’intoxicació per alcohol i fetor enòlic. Depenent del ritme cardíac, el pacient pot tenir un pols irregular. L’auscultació cardíaca sol ser normal a excepció del ritme irregular o ràpid.

Diagnòstic: s’ha de considerar especialment com un diagnòstic en pacients sense malaltia cardíaca estructural i amb l’aparició de FA de debut. L’ECG de dotze derivacions és essencial per excloure altres patologies cardíques com la isquèmia, l’infart, l’embòlia pulmonar o la hipertròfia ventricular. S’han d’avaluar els nivells sèrics d’electròlits, especialment potassi, en tots els pacients amb arrítmies.

Després de resoldre el quadre i els efectes aguts de l’alcohol, i quan el o la pacient ha tornat a un ritme sinusal, és raonable practicar una prova d’esforç en alguns/es pacients per cercar arrítmies relacionades amb l’exercici o en pacients en situació de risc per malaltia arterial coronària.

L’ecocardiografia s’ha convertit en l’estàndard de diagnòstic per avaluar les mides de les cavitats i la paret del ventricle esquerre (LV), els segmentarismes, la hipertròfia, la malaltia valvular i disfunció sistòlica.

Diagnòstic diferencial: la ingesta moderada d’alcohol es pot identificar com un estímul en alguns/es pacients amb FA paroxística. A més de la patologia cardíaca, s’han de descartar altres processos que es produeixen amb les arrítmies supraventriculars, com l’hipertiroïdisme o el tromboembolisme pulmonar.

Tractament: els i les pacients que presenten taquiarrítmies secundàries a la toxicitat aguda de l’alcohol en general es poden observar amb monitoratge electrocardiogràfic. El tractament amb un bloquejador AV nodal (per exemple, el betablocador, verapamil,

dialitzem) pot ser necessari si la freqüència ventricular és excessiva. Si la durada de la FA s'apropa a les 24-48 hores, s'ha de considerar la cardioversió per evitar la necessitat d'anticoagulació. En general, és necessària l'anticoagulació pericardioversió per a la FA de durada superior a 48 hores.

Per a pacients amb FA paroxística, persistent o permanent i factors de risc de tromboembolisme estaria indicada l'anticoagulació amb dicumarínics. No obstant això, s'ha de ser especialment cautelós a l'hora d'anticoagular pacients amb una història de toxicitat aguda per alcohol, especialment si hi ha una possible història de traumatisme. Un enfocament raonable pot ser proporcionar a curt termini l'anticoagulació amb heparina en pacients amb factors de risc de tromboembolisme (per exemple, història d'accident cerebrovascular, hipertensió, insuficiència cardíaca congestiva, diabetis, edat superior a 65-75 anys), sempre que no hi hagi contraindicacions. Molts/es d'aquests/es pacients són candidats/es a llarg termini d'anticoagulació amb dicumarínics.

Pronòstic: tot i que la síndrome es pot repetir, el seu curs clínic és benigne i, en general, no és necessària la teràpia específica amb antiarrítmics.

10.3. URGÈNCIES PSIQUIÀTRIQUES RELACIONADES AMB EL CONSUM D'ALCOHOL

Autora: Rosa Hernández Ribas

Segons dades de l'Observatori Nacional sobre Drogues (informe de novembre del 2003), del total de les urgències relacionades amb el consum d'alcohol, un 69% estarien motivades per una intoxicació alcohòlica, un 15,4% per una reacció psicopatològica aguda, un 7,4% per una síndrome d'abstinència i un 7,2% per una reacció orgànica aguda. D'aquests resultats es pot inferir una incidència gens menyspreable d'urgències en les quals poden aparèixer símptomes com alteracions de la conducta, del pensament o de la sensopercepció, que seran els que es tractaran al llarg d'aquest capítol, englobats en el nom genèric d'urgències psiquiàtriques. Es descriuran la intoxicació patològica, alguns aspectes de la síndrome d'abstinència alcohòlica, els trastorns psicòtics, l'agressivitat i el suïcidi relacionats amb el consum d'alcohol i la síndrome de Korsakoff.

10.3.1 INTOXICACIÓ PATOLÒGICA (EMBRIAGUESA PATOLÒGICA)

El terme "reacció patològica a l'alcohol" s'atribueix a Krafft-Ebing, que al segle XIX el va descriure com un efecte caracteritzat per presentar una qualitat diferent a una "intoxicació normal", pel fet d'anar acompanyada de descoordinació de moviments i d'una amnèsia total. Segons aquest autor, la intoxicació patològica era independent del volum d'alcohol ingerit i podia aparèixer després d'una ingesta alcohòlica lleu o després d'aturar-la (Banay, R. S., 1944).

10

La literatura del segle XX l'anomenava intoxicació idiosincràtica i la descrivia com una situació poc freqüent que es produïa després de la ingesta d'una petita quantitat d'alcohol, que es caracteritzava per agressivitat, alteració de la consciència, al·lucinacions, il·lusions i deliris transitoris, i que finalitzava amb somnolència marcada i amnèsia global, que podia durar des de pocs minuts fins a unes hores. Per al diagnòstic era essencial considerar la idea de canvi, ja que l'alteració de la conducta es definia com totalment imprevisible i impròpia de la persona que la presentava, tant en la magnitud com en la qualitat agressiva (Mann, K. F., 2003).

En general, es tracta d'un terme que considera la presència de ràbia i agressivitat incontrolables amb capacitat potencial d'ocasionar danys greus a altri. En aquest sentit, la delimitació de la consistència d'aquest canvi de comportament és realment important en el camp legal, atesa la seva implicació en l'àmbit forense, pel possible paper que té com a atenuant o com a eximent en un hipotètic delictes amb violència (Perr, I. N., 1986).

En el moment actual no es considera una entitat clínicament diferenciada i se n'ha anat diluint la utilitat en l'àmbit clínic i/o legal, ja que les proves empíriques i l'evidència científica que en reforcen l'existència es consideren insuficients. D'aquesta manera, mentre que el diagnòstic d'intoxicació idiosincràtica es va incloure en el sistema més utilitzat de classificació nosològica en psiquiatria (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en la tercera edició (DSM-III), no es menciona en les versions posteriors (DSM-IV, DSM-IV-TR i DSM-5).

10.3.2 SÍMPTOMES “PSIQUIÀTRICS” DE LA SÍNDROME D'ABSTINÈNCIA ALCOHÒLICA

Els símptomes propis de la síndrome d'abstinència alcohòlica solen aparèixer al cap de 4-12 hores de la darrera ingesta, tot i que a la intensitat simptomàtica més alta arriba al cap de 24-48 hores. La clínica de l'abstinència a alcohol es caracteritza per hiperactivitat autonòmica, alteracions del son, alteracions gastrointestinals, crisis comicials i manifestacions que es podrien considerar com a “psiquiàtriques”, com l'ansietat, la inquietud, la irritabilitat, l'agitació, la distracció, les alteracions de la concentració i la memòria i/o les alteracions sensoperceptives. La presentació més greu per aparatositat clínica i risc vital és el delírium trèmens, que pot aparèixer com a fase evolutiva final d'una abstinència simple, però també es pot presentar de manera aïllada al cap de 48-72 hores de la darrera ingesta enòlica, sense haver estat precedida per cap altra simptomatologia, i sovint de manera relativament sobtada. És important esmentar que només en un 5% dels i les pacients amb abstinència simple els símptomes s'agreugen fins a desembocar en un delírium trèmens (Hospital Universitari de Bellvitge, 2007; Santo-Domingo, J., et al., 2010).

Si ens centrem en les manifestacions “psiquiàtriques” del delírium trèmens (DT) existeixen símptomes que es poden englobar dins de diferents àrees

psicopatològiques. Centrant-nos en l'esfera afectiva, es podria destacar la labilitat emocional, amb diferents respostes que fluctuen des de l'ansietat, el pànic i la por fins a la tristesa, l'angoixa o l'apatia. El o la pacient amb DT pot experimentar reaccions de por extrema íntimament relacionades amb les alteracions sensoperceptives. Pel que fa a l'àrea del pensament i el llenguatge, el pacient amb DT pensa de manera desorganitzada i els seus raonaments són anòmals. La severitat d'aquesta desorganització pot variar des de la tangencialitat i la circumstancialitat a la pèrdua completa de la capacitat associativa. Quan la desorganització del pensament és molt severa, l'alteració de la parla pot recordar a una afàsia. Les alteracions del llenguatge presenten una gradació que oscil·la des de la lleugera disàrtria fins al mutisme. Quant al contingut del pensament, és habitual l'aparició de deliris, generalment de contingut paranoide, molt poc sistematitzats i incongruents amb l'estat d'ànim. El o la pacient pot mal interpretar les situacions o els estímuls, però la confusió mental dificulta que aquestes interpretacions se sistematitzin i conformin un deliri ben estructurat. Són característics els deliris de tipus ocupacional en els quals el o la pacient gesticula i realitza tasques consonants amb la seva activitat professional. En l'esfera sensoperceptiva caldria destacar els falsos reconeixements, les il·lusions i les al·lucinacions. Les al·lucinacions i les il·lusions són viscudes intensament, es caracteritzen per ser caòtiques i extravagants, i poden ser auditives o visuals. Les al·lucinacions visuals clàssiques solen ser terrorífiques, i inclouen típicament animals petits que ataquen o amenacen el o la pacient. Pel que fa a la psicomotricitat, el o la pacient amb DT se sol mostrar hipervigilant, agitat i amb una activitat motora intensa. Aquesta situació, en combinació amb la desorientació, pot exposar el o la pacient a un alt risc de caigudes i d'altres accidents.

El tractament de l'abstinència simple es basa en mesures de suport i de control de les possibles complicacions i l'administració de tiamina i benzodiazepines, com el diazepam o el lorazepam (aquesta última aconsellada en pacients amb hepatopatia), que són les més utilitzades. La pauta clàssica recomana administrar diazepam 10 mg per via oral cada 6 o 8 hores el primer dia, reduir la dosi a 5 mg cada 6 o 8 hores l'endemà i anar baixant la dosi de manera gradual els dies posteriors, fins a retirar el fàrmac en 5 o 6 dies. En el cas del DT, s'aconsella l'administració inicial d'una dosi de càrrega endovenosa de diazepam (de 5 mg a 15 mg en bolus lent) cada 5 o 15 minuts fins que s'aconsegueixi mantenir el o la pacient endormiscat/da, però amb resposta a estímuls. Posteriorment, s'ha d'instaurar una pauta de manteniment per via oral o endovenosa, segons el que sigui més aconsellable per a l'evolució del o la pacient (Hospital Universitari de Bellvitge, 2007).

Durant tot el procés de tractament de l'abstinència s'hauria de realitzar un seguiment estricte dels canvis en intensitat d'aquesta mitjançant l'escala CIWA-AR ([taula 2.7](#)).

10.3.3 TRASTORNS PSICÒTICS INDUÏTS PER ALCOHOL

Clàssicament, s'han considerat trastorns psicòtics associats al consum d'alcohol: l'al·lucinosi alcohòlica, la zelotípia alcohòlica, la paranoia alcohòlica i la psicosi

10

alcohòlica sense especificació. En les últimes edicions de la Classificació estadística internacional de malalties (CIE-10) i del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), tots aquests trastorns s'engloben sota la categoria de "trastorn psicòtic induït per una substància". Així, els trobarem com a:

- F10.51 Trastorn psicòtic induït per l'alcohol amb deliris.
- F10.52 Trastorn psicòtic induït per l'alcohol amb al•lucinacions.

Un trastorn psicòtic induït es caracteritza perquè els símptomes (al•lucinacions o idees delirants), que no compleixen criteris de trastorn primari ni apareixen exclusivament en el transcurs d'un delírium, es consideren efectes directes de la substància i apareixen durant una intoxicació o l'abstinència de substàncies o en el mes següent a aquesta. A més, els símptomes són excessius en relació amb els associats amb la intoxicació o l'abstinència i són de gravetat suficient com per merèixer atenció clínica independent.

El nivell de consciència sol ser normal, tot i que també hi pot haver un cert grau d'obnubilació sense arribar a la gravetat d'un estat confusional. Habitualment són de curta durada (se solen resoldre parcialment en un mes i d'una manera completa en sis mesos), llevat que es reiniciï la ingesta d'alcohol.

És important tenir en compte que quan avaluem un/a pacient amb un consum perjudicial d'alcohol amb simptomatologia psicòtica, hauríem de realitzar un diagnòstic diferencial ampli, el qual hauria de considerar, a més del trastorn induït per alcohol, la simptomatologia associada a la síndrome d'abstinència alcohòlica i la presència d'un trastorn psicòtic o afectiu primari en el qual el consum d'alcohol hagi precipitat o empitjorat la simptomatologia de base.

Els trastorns psicòtics induïts per l'alcohol es caracteritzen per al•lucinacions auditives, idees delirants, falsos reconeixements, alteracions psicomotores i estats emocionals anormals. El nivell de consciència sol ser normal, tot i que també hi pot haver un cert grau d'obnubilació sense arribar a la gravetat d'un estat confusional. Habitualment són de curta durada (se solen resoldre parcialment en un mes i d'una manera completa en sis mesos), llevat que es reiniciï la ingesta d'alcohol. És molt important no confondre-ho amb un trastorn psiquiàtric més greu. D'altra banda, hem de considerar la possibilitat que el consum de la substància pot precipitar o empitjorar un altre trastorn mental, com una esquizofrènia, un trastorn afectiu o un trastorn paranoide o esquizoide de la personalitat (Romero-Mohedano, C., et al., 2011).

A continuació, atès l'interès evident que presenten, es descriuran les dues entitats psicòtiques clàssicament relacionades amb el consum d'alcohol: l'al•lucinosi i la zelotípia alcohòliques.

Al•lucinosi alcohòlica

L'al•lucinosi alcohòlica és una de les formes clàssiques de la psicosi orgànica i es

caracteritza per la presència de simptomatologia al·lucinatòria generalment auditiva, sense alteració de la consciència associada i que es produeix de manera subaguda. Sol aparèixer en persones que presenten un consum d'alcohol important durant anys i es pot iniciar durant la ingesta aguda d'alcohol o després d'haver interromput o, almenys reduït, el consum (entre 2 o 15 dies després). És més freqüent en homes i se sol resoldre en una setmana, tot i que s'ha descrit algun cas d'evolució crònica. El diagnòstic diferencial s'hauria de realitzar sobretot amb la síndrome d'abstinència alcohòlica, de la qual es diferenciaria per l'absència d'alteracions de la consciència i d'hiperactivació autonòmica i amb quadres psicòtics primaris, dels quals es diferenciaria per l'absència de trastorn del curs o contingut del pensament, tot i que en alguns casos poden aparèixer interpretacions delirants secundàries a la simptomatologia al·lucinatòria (Santo-Domingo, J., et al., 2010; Romero-Mohedano, C., et al., 2011).

El tractament indicat en aquests casos serà proporcionar informació al o la pacient i la família, prevenir la síndrome d'abstinència i prescriure vitamines, benzodiazepines i antipsicòtics (Romero-Mohedano, C., et al., 2011; Correas, J., Ramírez, A., 2011).

Gelosia patològica i alcohol

La gelosia és una emoció complexa que forma part de la “normalitat emocional”. De fet, és una emoció tan comuna i tan complicada de definir que, de vegades, resulta difícil determinar quin és el punt exacte en què passa a ser patològica. En general, parlem de trastorn delirant de gelosia quan apareixen un conjunt d'emocions i pensaments irracionals juntament amb un comportament extrem i inacceptable, en el qual domina una preocupació desmesurada per una infidelitat de parella “hipotètica” que es basa en evidències poc fonamentades (Cobb, J., 1979).

La primera menció d'una associació entre el consum d'alcohol i la gelosia patològica es pot situar al segle XIX i s'atribueix a autors com Marcel i Krafft-Ebing (Stankovic, M., Daragan-Saveljic, J., 2008).

Posteriorment, a la meitat del segle XX Bleuler va concretar més el concepte, i va descriure la paranoia alcohòlica o deliri de gelosia de les persones alcohòliques. Bleuler definia que en la majoria dels casos no es tractava d'una ideació delirant pròpiament dita, sinó de temors i idees sobrevalorades que es podien rebatre, però comentava que en una minoria de casos es podia formar un deliri sistematitzat. Igualment, descrivia com a manifestacions clíniques habituals la irritabilitat i l'agressivitat verbal i/o física (Leal, C, et al., 2003).

Si ens centrem en la gelosia patològica en pacients amb consum d'alcohol, els estudis realitzats descriuen una prevalença que oscil·la entre el 27% i el 34% dels i les pacients consumidors/es, xifres gens menyspreables que han estat objecte de controvèrsia en els estudis (Shrestha, K., et al., 1985; Michael, A., et al., 1995). Malgrat que la prevalença del deliri de gelosia és similar en ambdós gèneres, en els

homes se sol acompanyar de conductes més violentes, més aparatoses, i per tant ha rebut més atenció de la literatura especialitzada (Leal, C, et al., 2003).

Existeixen opinions contràries sobre si la gelosia patològica és causada o no pel consum d'alcohol; així, mentre alguns/es autors/es manifesten que l'alcohol només exacerba una gelosia patològica preexistent (Shepherd, M., 1961; Langfeldt, G., 1961), d'altres la descriuen com a secundària al consum (Michael, A., et al., 1995). En el primer dels supòsits es podria considerar que la gelosia existeix normalment en un estat "inhibit", com amagat, i que quan s'arriba a la intoxicació per alcohol, amb la desinhibició que comporta, sorgeix de manera molt més evident. Segons aquesta hipòtesi, la gelosia patològica apareixeria en personalitats predisposades, com la paranoide o el límit, que dotarien el o la pacient de certa vulnerabilitat individual (Kingam, M., Gordon, H., 2004). Aquest supòsit no considera els i les pacients que en període de sobrietat continuen presentant simptomatologia de gelosia patològica ni els que presenten una ideació delirant persistent en el temps, casos en què probablement el rol etiològic de l'alcohol podria ser més evident (Michael, A., et al., 1995).

A l'igual que succeeix en la intoxicació alcohòlica idiosincràtica, el deliri de gelosia no apareix com a trastorn psicòtic relacionat amb l'alcohol en les classificacions actuals, sinó que s'inclou en l'apartat dels trastorns delirants crònics, ja que no se n'ha pogut confirmar amb evidències científiques l'etiologia vinculada al consum d'alcohol (Santo-Domingo, J., et al., 2010).

En aquest moment, doncs, els i les pacients que consumeixen alcohol i que presenten un deliri sistematitzat amb contingut gelós s'haurien de diagnosticar de trastorn delirant crònic i de dependència de l'alcohol.

Per finalitzar aquest apartat és rellevant considerar quin seria el tractament per a aquests/es pacients, que consisteix en indicar abstinència absoluta de begudes que continguin alcohol i pautar antipsicòtics (Jimenez-Arriero, M. A., et al., 2007).

10.3.4 ALCOHOL I AGRESSIVITAT

Molt s'ha escrit i parlat sobre la relació entre drogues i violència, de manera que en el moment actual resulta una vinculació pràcticament indiscutible. La presència d'un/a pacient amb inquietud, agitació i agressivitat als serveis d'urgències molt freqüentment s'associa a intoxicació o abstinència de substàncies i, de fet, els estudis realitzats als serveis d'urgències psiquiàtriques han establert un perfil característic d'home jove remès per agitació i que, en moltes ocasions, presentaria consum d'alcohol i/o d'altres substàncies i que arribaria portat per les forces de l'ordre públic (FOP) en contra de la seva voluntat (Pajonk, F. G., et al., 2008).

Les raons d'aquesta interacció entre consum de tòxics i agressivitat són múltiples, però les poden distingir entre les que són més directes, com els efectes farmacològics de les substàncies, i d'altres d'indirectes, com la violència per aconseguir-les. Es

considera que en aquesta interacció tan complexa hi participen elements vinculats a la intoxicació, als símptomes abstinencials o als possibles efectes neurotòxics de les substàncies, i de vegades és difícil diferenciar tots aquests elements.

L'alcohol és clarament la droga amb més evidències que relaciona l'estat d'intoxicació i la violència. La relació és tan evident que s'ha determinat que el 62% dels delinqüents empresonats per un crim violent havien estat consumint alcohol un temps curt abans de cometre'l (Murdoch, D., et al., 1990), i s'ha descrit que en delinqüents sexuals, l'estat d'intoxicació pot ser un determinant important a l'hora de cometre l'agressió (Abbey, A., 2011).

Malgrat aquestes evidències, no s'ha pogut delimitar en el moment actual quins serien els factors que actuen com a precipitants o protectors perquè aparegui o no la conducta agressiva en el context de consum d'alcohol. Les dades fins a la data actual no permeten explicar el perquè de tanta variabilitat individual, però sí que sembla que es podria vincular amb diversos factors interrelacionats entre ells (Chermack, S. T., Giancola, P. R., 1997; Hoaken, P. N., Stewart, S. H., 2003), que se situarien entorn a la vulnerabilitat individual, a factors situacionals i de context ambiental, a la quantitat del consum i als efectes farmacològics de la substància (Hoaken, P. N., Stewart, S. H., 2003).

10.3.5 ALCOHOL I SUÏCIDI

El consum crònic d'alcohol i drogues és un dels factors de risc més descrits per la realització de conductes autoagressives i per cometre suïcidi. La intoxicació aguda en el moment del gest o l'intent autolític pot indicar un intent impulsiu que s'afavoreix per la desinhibició que té inclosa la intoxicació, però la seva associació amb problemes crònics de consum s'hauria d'explorar detingudament i prendre's seriosament per la seva implicació clínica. S'ha descrit que entre el 50% i el 60% dels i les pacients que acudeixen a urgències per una temptativa autolítica d'alt risc compleixen criteris per abús i/o dependència de substàncies (Ries, R. K., et al., 2009).

La taxa de suïcidi al llarg de la vida del o la pacient amb consum d'alcohol se situa entre el 3% i el 15%, de manera que el risc de suïcidi es considera entre 60 i 100 vegades més alt que el de la població general (Santo-Domingo, J., et al., 2010).

Segons dades d'un estudi europeu que inclou 1.921 intents d'autòlisi, l'alcohol presentava un rol central en una tercera part de les temptatives, ja que un 17% es produïen en el context d'un trastorn relacionat amb l'alcohol i un 32% es realitzaven en situació d'intoxicació per alcohol (Boenisch, S., et al., 2010). Es considera que els i les pacients amb consum d'alcohol amb més risc de realitzar conductes autoagressives serien els que consumeixen alcohol d'alta graduació, els de gènere masculí, els que presenten patologia depressiva comòrbida, els que han realitzat temptatives prèvies, els que pateixen una malaltia greu, els que tenen un suport social escàs o nul i els que viuen sols (Boenisch, S., et al., 2010; Lopez-Castroman, J., et al., 2010).

10

En sentit contrari, existeixen elements que contribueixen a disminuir el risc suïcida i que actuen com a factors protectors. En aquest sentit destacarien algunes creences culturals o religioses del subjecte, una assistència clínica eficaç que atengui els trastorns físics i psiquiàtrics i la presència d'intervencions basades a enfortir les connexions familiars, les xarxes socials i la comunitat, així com reforçar les habilitats de resolució de problemes del o la pacient (Romero-Mohedano, C., et al., 2011).

S'ha descrit que els i les pacients amb trastorns relacionats amb el consum d'alcohol utilitzen mètodes de risc suïcida baix, que es caracteritzen per menys planificació, més impulsivitat i menys letalitat dels intents autolítics. De manera aparentment paradoxal, aquestes característiques no li confereixen un risc suïcida inferior, sobretot perquè s'observa una clara tendència a la recurrència, i és molt habitual la realització de múltiples temptatives, fet que incrementa el risc suïcida de manera exponencial.

Totes aquestes dades ens permeten concloure que és fonamental avaluar el risc de suïcidi dels i les pacients amb consum perjudicial d'alcohol de manera periòdica i es poden considerar un grup diana per a programes de prevenció de suïcidi (Boenisch, S., et al., 2010).

10.3.6 SÍNDROME DE KORSAKOFF (TRASTORN AMNÈSIC ALCOHÒLIC)

La síndrome de Korsakoff (SK) es defineix com un deteriorament desproporcionat de la memòria, que s'acompanya d'una preservació més alta de la resta de les funcions cognitives i que es deu a un dèficit nutricional de tiamina, el qual és molt habitual en pacients amb consum perjudicial d'alcohol. La SK es produeix en el 80% dels i les pacients amb encefalopatia de Wernicke i consisteix en la desorientació, l'amnèsia anterògrada i la retrògrada, el deteriorament de la memòria recent i fabulacions. L'afectació característica de la SK és la que afecta la memòria de treball (Mirin, S. M., 2000).

Centrant-nos en l'amnèsia anterògrada, els i les pacients amb SK no poden recordar fets que han tingut lloc en la darrera hora i mitja, però sí que mantenen l'aprenentatge implícit, per tant poden aprendre noves habilitats motores o desenvolupar reaccions condicionades a estímuls. Pel que fa a l'amnèsia retrògrada, la memòria d'esdeveniments que han succeït durant les setmanes o els mesos abans de l'aparició de la SK està severament afectada. La confabulació acompanya el dèficit de memòria en els primers estadis de la síndrome, però acaba sent menys aparent després de mesos/anys d'evolució. A més, es produeixen una sèrie de canvis emocionals com l'apatia, l'eufòria lleu amb una reacció poca o nul·la davant els esdeveniments, fets que ens porten a un diagnòstic diferencial obligat amb altres alteracions de la conducta i l'emoció, tant de causa somàtica com psiquiàtrica primària (Sechi, G., Serra, A., 2007).

Les troballes neuropatològiques i de neuroimatge que acompanyen la SK són la degeneració dels cossos mamil·lars i del tàlem i l'atròfia del lòbul frontal, que s'han

atribuït al dèficit vitamínic i a l'efecte tòxic de l'alcohol.

Pel que fa a l'abordatge terapèutic, mentre que el tractament precoç amb tiamina per via parenteral de l'encefalopatia de Wernicke pot prevenir el desenvolupament de la SK, quan la SK ja s'ha instaurat, respon molt poc a la tiamina (Sechi, G., Serra, A., 2007) i, ara com ara, no disposem de tractaments alternatius que millorin la taxa de resposta a la tiamina.

PUNTS CLAU

- Els serveis d'urgències tenen una probabilitat elevada de rebre pacients bevedors/es de risc que hi acudeixen per motius diversos, especialment lesionats.
- L'ingrés al servei d'urgències constitueix una oportunitat única per realitzar un cribratge, una intervenció i una derivació per a tractament (SBIRT) en les persones bevedores de risc, atès que la visita urgent pot actuar com un element motivador de primer ordre que permeti iniciar el procés de canvi.
- La intervenció als dispositius d'urgències ha mostrat la seva eficàcia a curt termini, en el sentit que afavoreix una reducció del consum d'alcohol i de les seves conseqüències, com l'aparició de noves lesions o de reingressos hospitalàries. A més, de manera francament interessant, la IB incrementa la probabilitat que el o la pacient iniciï un tractament especialitzat, fet que ens donaria una persistència de l'efecte més perllongada.
- .No tractar el problema de l'alcohol al servei d'urgències té repercussions no només per a la salut del o la pacient, sinó també econòmiques i de sobrecàrrega assistencial.

RECOMANACIONS PER A LA PRACTICA CLÍNICA

- Cal recordar que la intoxicació alcohòlica aguda és una urgència mèdica i que pot ser letal. Les mesures terapèutiques inicials s'han de prendre abans de les exploracions complementàries i al mateix temps que es fa la valoració diagnòstica. El pic de concentracions tòxiques es produeix en les primeres dues hores després de l'últim consum, per tant, durant aquest període s'han d'intensificar els controls clínics.
- La presència o l'absència d'alè en etanol no es pot utilitzar per diagnosticar o descartar la intoxicació per etanol.
- Els nivells d'alcohol en sang són útils per confirmar el diagnòstic i per les

possibles implicacions legals o forenses, però no es correlacionen bé amb els símptomes de la intoxicació aguda, particularment en els i les pacients amb tolerància.

- En qualsevol intoxicació greu i, particularment, en la pediàtrica cal descartar que el o la pacient pugui haver ingerit altres substàncies que poden ser tòxiques. Si acceptem que el o la pacient té una intoxicació alcohòlica, cal tenir en compte sempre la possibilitat d'hipoglucèmia, aspiració broncopulmonar, traumatisme cranioencefàlic o, en altres nivells, infeccions, arrítmies cardíagues, cetoacidosis, convulsions (rars en la intoxicació aguda) o consum simultani de fàrmacs o altres drogues.
- El diagnòstic de l'encefalopatia de Wernicke és primordialment clínic. S'ha de mantenir un alt índex de sospita, sobretot en aquells/es pacients que no presenten la triada clàssica.
- L'inici del tractament en l'encefalopatia de Wernicke és prioritari sobre les proves diagnòstiques. La resposta al tractament forma també part del diagnòstic.
- La determinació de cetones mitjançant la tira reactiva pot donar resultats falsos negatius; afegir unes gotetes d'aigua oxigenada a la mostra d'orina pot posar de manifest la presència de cetonúria.
- Tant en la cetoacidosi alcohòlica com en la intoxicació alcohòlica aguda s'ha de mantenir un alt índex de sospita d'intoxicació per altres alcohols (etilenglicol, metanol, isopropanol). El càlcul de l'anion gap pot ser útil per identificar els casos.
- En el tractament de les arrítmies en pacients alcohòlics/ques s'ha de ser especialment cautelós a l'hora d'anticoagular pacients amb una història de toxicitat per alcohol, especialment si hi ha una possible història de traumatisme.
- És fonamental la realització d'un bon procés d'abordatge, diagnòstic i tractament de les urgències psiquiàtriques relacionades amb el consum d'alcohol, ja que inclouen processos d'urgència vital com la síndrome d'abstinència alcohòlica o la ideació suïcida, així com altres trastorns que poden afectar de manera directa l'activitat quotidiana i relacional, com els trastorns psicòtics, la síndrome de Korsakoff o l'agressivitat vinculada al consum.
 - o L'embriaguesa patològica i la celopatia alcohòlica són dos conceptes clàssics que no s'inclouen en els sistemes actuals de classificació per la manca d'evidències científiques.

- o Davant d'un/a pacient amb consum perjudicial d'alcohol i simptomatologia psicòtica s'ha de realitzar un bon diagnòstic diferencial entre la síndrome d'abstinència alcohòlica, la reagudització d'un trastorn psicòtic primari i la presència d'un trastorn psicòtic vinculat al consum o d'una síndrome de Korsakoff, per d'aquestad. D'aquesta manera es podrà decidir quin és el millor abordatge i tractament que permeti millorar el pronòstic d'aquests pacients.
- o Els i les pacients amb consum perjudicial d'alcohol presenten un risc important de realitzar conductes autoagressives i heteroagressives, per tant, és fonamental avaluar el risc suïcida i la tendència a l'agressivitat verbal i/o física per poder actuar en conseqüència.

10 BIBLIOGRAFIA CAPITOL 10: URGÈNCIES I ALCOHOL

Abbey, A. (2011). Alcohol's role in sexual violence perpetration: theoretical explanations, existing evidence and future directions. *Drug Alcohol Rev*, 30(5), 481-9. Doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00296.x

Adams W.L., Magruder-Habib K., Trued S., i Broome HL. (1992). Alcohol abuse in elderly emergency department patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 40(12), 1236-4.

Ropper, A. H., & Brown, R. H., (2005). Diseases of the nervous system due to nutritional deficiency. Brown R. Adams and Vectors Principles of Neurology. 8th ed. New York: McGraw-Hill, 983-1003.

Allredge B.K., Lowenstein D.H., i Simon R.P. (1989). Placebo-controlled trial of intravenous diphenylhydantoin for short-term treatment of alcohol withdrawal seizures. *The American Journal of Medicine*; 87(6), 645-8. DOI: 10.1016/S0002-9343(89)80397-3

Andreuccetti G., Carvalho H.B., Korcha R., Ye Y., Bond J., i Cherpitel C.J. (2012). A review of emergency room studies on alcohol and injuries conducted in Latin America and the Caribbean region. *Drug and Alcohol Review*, 31(6), 737-46. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2012.00419.x

Angus C., Latimer N., Preston L., Li J., i Purshouse R. (2014). What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. *Front Psychiatry*, 5, 114. DOI: 10.3389/fpsy.2014.00114

Ansstas G., Robinson I., Rubinchik S.M., i Schade D.S. (2011) Alcoholic Ketoacidosis. Recuperat de <https://emedicine.medscape.com/article/116820-overview>

Banay R.S. (1944) Pathologic Reaction to Alcohol. I. Review of the Literature and Original CaseReport. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4(4), 580-605

Barnett, N. P., Apodaca, T. R., Magill, M., Colby, S. M., Gwaltney, C., Rohsenow, D. J., i Monti, P. M. (2010). Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department. *Addiction*, 105(3), 452-465. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02814.x.

Bergen, H., Hawton, K., Webb, R., Cooper, J., Steeg, S., Haigh, M., ... i Kapur, N. (2014). Alcohol-related mortality following self-harm: a multicentre cohort study. *JRSM open*, 5(8), 2054270414533326. DOI: 10.1177/2054270414533326

Berger, D., i Bradley, K. A. (2015). Primary care management of alcohol misuse. *Medical Clinics*, 99(5), 989-1016. DOI: 10.1016/j.mcna.2015.05.004.

Bernstein, S. L. (2009). The clinical impact of health behaviors on emergency department visits. *Academic emergency medicine*, 16(11), 1054-1059. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2009.00564.x

Bernstein, E., Bernstein, J., i Levenson, S. (1997). Project ASSERT: an ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Annals of Emergency Medicine*, 30(2), 181-189. DOI: 10.1016/S0196-0644(97)70140-9

Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., i Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 165(9), 986-995. DOI: 10.1001/archinte.165.9.986

Blow, F. C., Walton, M. A., Barry, K. L., Murray, R. L., Cunningham, R. M., Massey, L. S., ... i Booth, B. M. (2011). Alcohol and drug use among patients presenting to an inner-city emergency department: a latent class analysis. *Addictive behaviors*, 36(8), 793-800. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.12.028

Boenisch, S., Bramesfeld, A., Mergl, R., Havers, I., Althaus, D., Lehfeld, H., ... i Hegerl, U. (2010). The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts—A secondary analysis of 1921 suicide attempts. *European Psychiatry*, 25(7), 414-420. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.11.007

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., i Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*, 158(16), 1789-1795. DOI: 10.1001/

Caine, D., Halliday, G. M., Kril, J. J., i Harper, C. G. (1997). Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernicke's encephalopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 62(1), 51-60.

Charnes ME, So YT. Wernicke's encephalopathy. www.uptodate.com. Last updated Nov 4, 2009.

Chermack, S. T., i Giancola, P. R. (1997). The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clinical psychology review*, 17(6), 621-649. DOI: 10.1016/S0272-7358(97)00038-X

Cherpitel, C. J., Ye, Y., i Kerr, W. (2016). Relationship of usual volume and heavy consumption to risk of alcohol-related injury: racial/ethnic disparities in four US national alcohol surveys. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(1), 58-67. DOI: 10.15288/jsad.2016.77.58

Cherpitel, C. J., i Ye, Y. (2012). Trends in alcohol-and drug-related emergency department and primary care visits: data from four US national surveys (1995–2010). *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73(3), 454-458. DOI: 10.15288/jsad.2012.73.454

Cherpitel, C. J., Bond, J., i Ye, Y. (2006). Alcohol and injury: a risk function analysis from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *European addiction research*, 12(1), 42-52. DOI: 10.1159/000088582

Cherpitel, C. J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., Room, R., Poznyak, V., i Hao, W. (2006). Multi-level analysis of causal attribution of injury to alcohol and modifying effects: Data from two international emergency room projects. *Drug and alcohol dependence*, 82(3), 258-268. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2005.10.002

Cherpitel, C. J., Korcha, R. A., Moskalewicz, J., Swiatkiewicz, G., Ye, Y., i Bond, J. (2010). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): 12-month outcomes of a randomized controlled clinical trial in a Polish emergency department. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(11), 1922-1928. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2010.01281.x

Cherpitel, C. J., Ye, Y., i Bond, J. (2004). Alcohol and injury: multi-level analysis from

the emergency room collaborative alcohol analysis project (ERCAAP). *Alcohol and Alcoholism*, 39(6), 552-558. DOI: 10.1093/alcalc/agh091

Cherpitel, C. J. (1993). Alcohol consumption among emergency room patients: comparison of county/community hospitals and an HMO. *Journal of studies on alcohol*, 54(4), 432-440. DOI: 10.15288/jsa.1993.54.432

Cherpitel, C. J. S. (1988). Drinking patterns and problems associated with injury status in emergency room admissions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(1), 105-110. DOI: 10.1111/j.1530-0277.1988.tb00141.x

Cobb, J. (1979). Morbid jealousy. *British journal of hospital medicine*, 21(5), 511.

Correas-Laufer, J., i Ramírez-García, A. (2011) El paciente alcohólico. En Chinchilla Moreno, Correas-Laufer, Quintero Gutiérrez del Álamo, Vega Piñero, coordinadores. *Breviario de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Elsevier Masson;

Díaz Martínez MC, Díaz Martínez A, Villamil Salcedo V, Cruz Fuentes C. Efficacy of metadoxine in the management of acute alcohol intoxication. *J Int Med Res*. 2002 Jan-Feb;30(1):44-51.

D'Onofrio G, Rathlev NK, Ulrich AS, et al. Lorazepam for the prevention of recurrent alcohol withdrawal seizures. *Ann Emerg Med* 1994;23:513-518

Doty CI, Wiener SW, Shah BR. Toxicity, Ethanol. In www.emedicine.com. Article Last Updated: Feb 8, 2008

Drummond C, Deluca P, Coulton S, Bland M, Cassidy P, Crawford M, Dale V, Gilvarry E, Godfrey C, Heather N, McGovern R, Myles J, Newbury-Birch D, Oyefeso A, Parrott S, Patton R, Perryman K, Phillips T, Shepherd J, Touquet R, Kaner E. (2004) The effectiveness of alcohol screening and brief intervention in emergency departments: a multicentre pragmatic cluster randomized controlled trial. *Plos One*. 9(6):e99463. doi: 10.1371.

Dunn CW, Donovan DM, Gentilello LM. (1997) Practical guidelines for performing alcohol interventions in trauma centers. *J Trauma*. 42: 299-304

Field C, Walters S, Marti CN, Jun J, Foreman M, Brown C. (2014) A multisite randomized controlled trial of brief intervention to reduce drinking in the trauma care setting: how

10

brief is brief? *Ann Surg.* 259(5):873-80.

Frezza M, di Padova C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieber CS. High blood alcohol levels in women. The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *N Engl J Med.* 1990 Jan 11;322(2):95-99.

Gentilello, L.M., Rivara, F.P., Donovan, D.M., Jurkovich, G.J., Daranciang, E., Dunn, C.H., Villaveces, A., Copass, M. & Ries, R.R. (1999) Alcohol Interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery.* 230, 473-483.

Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol.* 37(6):591-6

Harper C The incidence of Wernicke's encephalopathy in Australia--a neuropathological study of 131 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983 Jul;46(7):593-8.

Havard A, Shakeshaft AP, Conigrave KM. (2015) Randomized Controlled Trial of Mailed Personalized Feedback for Risky Drinkers in the Emergency Department: The Impact on Alcohol Consumption, Alcohol-Related Injuries, and Repeat Emergency Department Presentations. *Alcohol Clin Exp Res.* 39(7):1260-6.

Havard A, Shakeshaft AP, Conigrave KM, Doran CM. (2012) Randomized controlled trial of mailed personalized feedback for problem drinkers in the emergency department: the short-term impact. *Alcohol Clin Exp Res.* 36(3):523-31.

Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R. (2008) Systematic review and metaanalyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: Interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction.* 103: 368-376.

Hilbom M, Tokola R, Kuusela V, et al. Prevention of alcohol withdrawal seizures with carbamazepine and valproic acid. *Alcohol* 1989;6:223-226.

Hoaken PN, Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addict Behav.* 2003 Dec;28(9):1533-54.

Hungerford DW, Williams JM, Furbee PM, Manley WG 3rd, Helmkamp JC, Horn

K, Pollock DA. (2003) Feasibility of screening and intervention for alcohol problems among young adults in the ED. *Am J Emerg Med.* 21(1):14-22.

Hungerford, D.W., Pollock, D.A. & Todd, K.H. (2000). Acceptability of emergency department-based screening and brief intervention for alcohol problems. *Academic Emergency Medicine.* 7 (12), 1383-1392.

Indig D, Copeland J, Conigrave KM, Rotenko I. (2009) Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. *Int Emerg Nurs.* 17(1):23-30.

Jiménez-Arriero, Hernández, Marin-Manrique, Rodríguez-Jiménez, Jiménez-Giménez, Ponce-Alfaro. Celopatía alcohólica: un antiguo y actual dilema. *Adicciones* 2007;19(3):267-72.

Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger © et al. (2007) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic reviews.* issue 2, art no.:CD004148 DOI: 10.1002/14651858.CD004148.

Kelleher S, Cotter P. (2009) A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *Int Emerg Nurs.* 17(1):3-14.

Keurhorst M, van de Glind I, Bitarello do Amaral-Sabadini M, Anderson P, Kaner E, Newbury-Birch D, Braspenning J, Wensing M, Heinen M, Laurant M. (2015) Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction.* 110(12):1877-900.

Kingham M and Gordon H. Aspects of morbid jealousy. *Advances in psychiatric treatment.* 2004;10:205-15

Korcha RA, Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Andreuccetti G, Borges G, Bazargan-Hejazi S. (2013) Alcohol use and injury severity among emergency department patients in six countries. *J Addict Nurs.* 24(3):158-65.

Langfeldt G. The erotic jealousy syndrome. A clinical study. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1961;36(151):7-68.

10

Laoteppitaks, C, Wiener MW, Schraga ED. Emergent Treatment of Alcoholic Ketoacidosis. In www.emedicine.com. Last updated: Jun 8, 2011.

Lapham SC, Brown P, Suriyawongpaisal P, Skipper BJ, Chadbunchachai W, Paisarnsilp S. (1999) Use of AUDIT for alcohol screening among emergency room patients in Thailand. *Alcohol Use Disorders Identification Test. Subst Use Misuse.* 34(13):1881-95.

Leal C, Balanzá V, Lacruz M. Paranoia y otros trastornos delirantes. En: Vallejo J, Leal C. Editores. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica; 2003. p. 1013-39.

Levine MD, MD, Barker TD. Toxicity, Alcohols. In www.emedicine.com. Article Last Updated: Mar 12, 2012.

Longabaugh, R., Woolard, R.F., Nirenberg, T.D., Minugh, A.P., Becker, B., Clifford, P.R. et al. (2001) Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol.* 62: 806-816.

Lopez-Castroman J, Perez-Rodriguez Mde L, Jaussent I, Alegria AA, Artes-Rodriguez A, Freed P, et al. Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *J Psychiatr Res.* 2010 May;45(5):619-25.

Malone D, Friedman T. Drunken patients in the general hospital: their care and management. *Postgrad Med J* 2005;81:161-166.

Mann KF. Alcohol y trastornos psiquiátricos y físicos. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica; 2003. p. 583-584.

Martiniuk AL, Chen HY, Glozier N, Patton G, Senserrick T, Williamson A, Woodward M, Ivers R. (2015) High alcohol use a strong and significant risk factor for repetitive self-harm in female and male youth: a prospective cohort study. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 5:1-9

Mayfield D, McLeod G, Hall P. (1974) The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 131:1121-1123.

McCabe S. (2006) Substance use and abuse in trauma: implications for care. *Crit care Nurs Clin North Am.* 18: 371-385.

Mello MJ, Baird J, Lee C, Strezsak V, French MT, Longabaugh R. (2016) A Randomized Controlled Trial of a Telephone Intervention for Alcohol Misuse With Injured Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med.* 67(2):263-75

Mello MJ, Nirenberg TD, Longabaugh R, Woolard R, Minugh A, Becker B, Baird J, Stein L. (2005) Emergency department brief motivational interventions for alcohol with motor vehicle crashes patients. *Ann Emerg Med.* 4: 620-625.

Merchant RC, Baird JR, Liu T. (2015) Short-term Efficacy of a Brief Intervention to Reduce Drug Misuse and Increase Drug Treatment Utilization Among Adult Emergency Department Patients. *Acad Emerg Med.* 22(10):1172-80

Meredith S.H. Landy, Caitlin J. Davey, David Quintero, Amanda Pecora, Kelly E. McShane. (2016) A Systematic Review on the Effectiveness of Brief Interventions for Alcohol Misuse among Adults in Emergency Departments. *Journal of Substance Abuse treatment.* 61: 1-12

Michael A, Mirza S, Mirza KA, Babu VS, Vithayathil E. Morbid jealousy in alcoholism. *Br J Psychiatry.* 1995 Nov;167(5):668-72.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013) *Motivational Interviewing: Helping People Change.* New York: The Guilford Press.

Mirin SM. Trastornos por abuso de sustancias. Autoevaluación y actualización en psiquiatría. Barcelona: Medical Trends; 2000.

Monti P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M. et al. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 67, 989- 994

Murdoch D, Pihl RO, Ross D. Alcohol and crimes of violence: present issues. *Int J Addict.* 1990 Sep;25(9):1065-81.

Nair NK, Newton NC, Shakeshaft A, Wallace P, Teesson M. (2015) A Systematic Review of Digital and Computer-Based Alcohol Intervention Programs in Primary Care. *Curr Drug Abuse Rev.* 8(2):111-8.

10

Ness J, Hawton K, Bergen H, Cooper J, Steeg S, Kapur N, Clarke M, Waters K. (2015) Alcohol use and misuse, self-harm and subsequent mortality: an epidemiological and longitudinal study from the multicentre study of self-harm in England. *Emerg Med J.* 32(10):793-9.

Nilsen P, Baird J, Mello MJ, et al. (2008) A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *J Subst Abuse Treat.* 35:184–201

O'Connor PG, Schottenfeld RS. (1998) Patients with alcohol problems. *N Engl Med.* 338: 592-602.

Palmer JP. Alcoholic ketoacidosis: clinical and laboratory presentation, pathophysiology and treatment. *Clin Endocrinol Metab.* Jul 1983; (2):381-9.

Pajonk FG, Schmitt P, Biedler A, Richter JC, Meyer W, Luiz T, et al. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008 Jul-Aug;30(4):360-6.

Park BK, Kim JS, Lee DB. (2000) Comparison of four alcoholism screening tools based on sensitivity and specificity for DSM-IV criteria. *J Korean Acad Fam Med.* 21:1427–1435.

Parkinson K, Newbury-Birch D, Phillipson A, Hindmarch P, Kaner E, Stamp E, Vale L, Wright J, Connolly J. (2016) Prevalence of alcohol related attendance at an inner city emergency department and its impact: a dual prospective and retrospective cohort study. *Emerg Med J.* 33(3):187-93.

Pérez K, Santamariña-Rubio E, Rodríguez-Martos A, Brugal MT, Ricart I, Suelves JM, de la Torre R, Pujadas M, Ariza C, Díez E, Nebot M, Ramos P, Martínez Beneyto V, Plasència A. (2009) Substance use among non-fatally injured patients attended at emergency departments in Spain. *Drug Alcohol Depend.* 105(3):194-201.

Perr IN. Pathological Intoxication and Alcohol Idiosyncratic Intoxication--Part I: Diagnostic and Clinical Aspects. *Journal of Forensic Sciences, JFSCA.* 1986;Vol. 31(3):806-11.

Prochaska, J. i DiClemente, C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In Miller, W.R.& Heather, N. (eds). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change.* New York: Plenum.

Protocol de Diagnòstic i Tractament de la Síndrome d'Abstinència a l'Alcohol. 2na edició. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Hospital Universitari de Bellvitge, 2007

Rathlev NK, Ulrich AS, Delanty N, D'Onofrio G. Alcohol-related seizures. *J Emerg Med.* 2006 Aug;31(2):157-63.

Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan DH, Frick U. (2003) The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *Eur Addict Res.* 9 : 147-156.

Rhodes KV, Rodgers M, Sommers M, Hanlon A, Crits-Christoph P. (2014) The Social Health Intervention Project (SHIP): protocol for a randomized controlled clinical trial assessing the effectiveness of a brief motivational intervention for problem drinking and intimate partner violence in an urban emergency department. *BMC Emerg Med.* 18;14:10.

Ries RK, Yuodelis-Flores C, Roy-Byrne PP, Nilssen O, Russo J. Addiction and suicidal behavior in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry.* 2009 Mar-Apr;50(2):93-9.
Rivara FP, Koepsell TD, Jurkovich GJ, Gurney JG, Sodeberg R. (1993) The effects of alcohol abuse on readmission for trauma. *JAMA.* 270 (6): 1962-4.

Rodríguez-Martos A, Rosón B. (2008) Definición y terminología En: Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2008. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica. 39-48.

Rodríguez-Martos, A, Santamariña, E. (2007) Does short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at a trauma emergency department? *Substance Use & Misuse.* 46: 923-932

Rodríguez-Martos A, Castellano Y, Salmeron JM, Domingo G. (2007) Simple Advice for Injured Hazardous Drinkers: An Implementation Study. *Alcohol Alcohol.* 42 (5): 430-435

Rodríguez-Martos, A, Santamariña E, Escayola M, Martí J. (2006) Brief intervention in alcohol-positive traffic casualties: is it worth the effort? *Alcohol Alcohol.* 41: 76-83

10

Romero-Mohedano, Espárrago-Llorca, Carrión-Expósito. Comorbilidad psiquiátrica en la dependencia alcohólica: Alucinosis alcohólica, celotipia y otros trastornos. *Revista Adicción y Ciencia: Monográfico Alcohol*. 2011;1(3).

Rose BD. Alcoholic and fasting ketoacidosis. In www.UptoDate.com. Last updated: Ago 2, 2011.

Roy-Byrne P, Bumgardner K, Krupski A, Dunn C, Ries R, Donovan D, West II, Maynard C, Atkins DC, Graves MC, Joesch JM, Zarkin GA. (2014) Brief intervention for problem drug use in safety-net primary care settings: a randomized clinical trial. *JAMA*. 312(5):492-501

Saitz R. (2010) Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev*. 29(6):631-40

Salen PN. Wernicke encephalopathy. www.emedicine.com. Last updated Sept 23, 2011.

Santo-Domingo Carrasco J, Gual Solé A, Rubio Valladolid G. Adicciones a sustancias químicas (I). Alcohol. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, directores. *Tratado de psiquiatría*, vol. I; 2ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2010: p. 816-837.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. and Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption — II. *Addiction*. 88, 791–804

Schmidt CS, Schulte B, Seo H, Kuhn S, O'Donnell A, Kriston L, Verthein U, Reimer J. (2015) Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction*. 111,783-794

Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2007 May;6(5):442-55.

Shepherd M. Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric symptom. *Journal of Mental Science*. 1961;107:688-704.

Shpilnyaya, Leonid S.; Muzychenko, Alexander P.; Gasbarrini, Giovanni; Addolorato,

Giovanni. Metadoxine in Acute Alcohol Intoxication: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Diagnosis and Treatment Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 26(3):340-346, March 2002

Shrestha K, Rees DW, Rix KJ, Hore BD, Faragher EB. Sexual jealousy in alcoholics. *Acta Psychiatr Scand*. 1985 Sep;72(3):283-90.

Skinner HA. (1982) The drug abuse screening test. *Addict Behav*. 7(4):363-71.

Sobell LC, Sobell MB. (1992) Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. R.Z. Litten, J. Allen (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*, Humana Press, New Jersey. 41-72

Sommers, M.S., Dyehouse, J.M., Howe, S.R., Fleming, M.F., Fargo J.D. & Schafer, J.S. (2006) Effectiveness of brief interventions after alcohol-related vehicular injury: A randomized controlled trial . *J Trauma*. 61:523-533.

Sorsdahl K, Myers B, Ward C, Matzopoulos R, Mtukushe B, Nicol A, Stein DJ. (2014) Screening and brief interventions for substance use in emergency departments in the Western Cape province of South Africa: views of health care professionals. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 21(3):236-43.

Stankovic, Daragan-Saveljic. Patological jealousy among alcoholics - a case report *Annals of General Psychiatry*. 2008;7(Suppl 1):S188.

Suffoletto B, Callaway C, Kristan J, Kraemer K, Clark DB. (2012) Text-message-based drinking assessments and brief interventions for young adults discharged from the emergency department. *Alcohol Clin Exp Res*. 36(3):552-60.

Thomson AD; Cook CC; Touquet R; Henry JA. The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the accident and Emergency Department. *Alcohol Alcohol* 2002 Nov-Dec;37(6):513-21.

Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. (2008) The joint association of average volume of alcohol and binge drinking with hazardous driving behaviour and traffic crashes. *Addiction*. 103:749-757.

Vardy J, Keliher T, Fisher J, Ritchie F, Bell C, Chekroud M, Clarey F, Blackwood L,

10

Barry L, Paton E, Clark A, Connelly R. (2016) Quantifying alcohol-related emergency admissions in a UK tertiary referral hospital: a cross-sectional study of chronic alcohol dependency and acute alcohol intoxication. *BMJ Open*. 6(6):e010005.

Walton,MA, Goldstein AL, Chermak ST, McCammon RJ, Cunningham RM, Barry KL, Blow FC. (2008) Brief intervention in the emergency department: moderators of effectiveness. *J Stud Alcohol Drugs*. 69: 550-560.

World Health Organization (2007) Collaborative Study on Alcohol and Injuries: Final Report. World Health Organization: Geneva, Switzerland (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5y79jTVtL>)

Wrenn KD; Murphy F; Slovis CM. A toxicity study of parenteral thiamine hydrochloride. *Ann Emerg Med* 1989 Aug;18(8):867-70.

