

# PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN ADICCIONES EN EL HOSPITAL GENERAL

LIAISON PSYCHIATRY IN ADDICTIONS AT THE GENERAL HOSPITAL

DR. DANIEL SEIJAS (1)

(1) Departamento de Psiquiatría Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: dseijas@clc.cl

## RESUMEN

El presente artículo revisará la epidemiología general de las adicciones para mostrar la carga de enfermedad que ellas le endosan a la población y los servicios de salud, mostrando los factores de riesgo más importantes en salud hoy en Chile y en el mundo. Asimismo, busca actualizar algunos conceptos sobre el enfrentamiento integral del problema de las adicciones en el ambiente hospitalario. Sus diferentes puertas de entrada, el proceso de tamizaje, diagnóstico intervención breve y derivación en coordinación con equipos especializados, hoy presentes en varios servicios de salud del país y algunas clínicas privadas. Veremos también ejemplos en el extranjero como en Chile y en particular en Clínica Las Condes de coordinación integral multiprofesional que ha mejorado la atención de nuestros enfermos y los resultados de los tratamientos.

*Palabras clave:* Adicciones, intervención en crisis, hospital general.

## SUMMARY

The present article will show the general epidemiology of addictions showing the burden of disease on the people and health system, how these risk factors are some of the most important ones in health in Chile and the rest of the world.

Likewise, it looks to update some concepts regarding how to face in a more integrated way the problems of addictions at the hospital level on its different "way ins", inpatient units, emergency services looking at a process of Screening, brief intervention and referral to coordinated

specialist teams in addictions, nowadays available on several hospitals and a few private clinics.

We will see some successful approaches from abroad and from Chile were coordinated multiprofesional teams improve the care of the patients and hence the results obtained.

*Key words:* Addictions, brief interventions, general hospital.

## EPIDEMIOLOGÍA

"El consumo de sustancias psicoactivas se encuentra ligado a las culturas tanto como los alimentos y otras costumbres" (Lewis 1901). Sin embargo, es también el uso de alcohol, tabaco y otras drogas importante causa morbimortalidad a nivel global y su impacto genera costos sanitarios, sociales y económicos.

El consumo de sustancias en población de 12 a 64 años medido en las encuestas del Observatorio de Sustancias del SENA (Servicio Nacional Drogas y Alcohol) en el 2015, muestra en el tabaco una detención del descenso mostrado a lo largo de la década pasada. No obstante, se observa un aumento significativo en mujeres pasando de un 20.1% en 2012 a un 22.2% en 2014, equiparándose las prevalencias de consumo respecto a hombres (1).

Sin embargo, el estudio ENCAVI (Encuesta de Calidad de Vida y Salud) reciente ha mostrado una reducción del consumo de tabaco del año 2000 a 40%, 2006 un 39.1 y en el 2016 de un 30.1%. (36)

En el caso de la marihuana se observa un cambio en nivel independiente del sexo, edad y nivel socioeconómico, pasando de un 7.1% en 2012 a un 11.3% en 2014, es decir al menos aumentó un 60% en dos años, probablemente coincidente con los proyectos de “despenalización/legalización” del consumo de marihuana y la baja percepción de riesgo en adolescentes, facilitado por el lobby de varias organizaciones (1).

La prevalencia de consumo de alcohol aumentó 8.1 puntos porcentuales respecto a 2012 y es el mayor reporte en la serie de estudios desde 2008. El aumento se da en mayor medida en mujeres respecto a hombres (10 frente a 6.1 puntos porcentuales), a pesar de lo anterior, el consumo continúa siendo significativamente mayor en hombres (1).

Para cocaína, el aumento en la prevalencia año se explica por un aumento significativo en hombres (1.3% a 2.2%) y en niveles socioeconómicos medios (0.6% a 1.3%), interesantemente en la misma cuantía mostrado para la marihuana 60%. Por otro lado, la prevalencia de consumo de pasta base se mantiene en un 0.5% variando sólo 0.1 puntos porcentuales respecto al 2012 (1).

La tasa de mortalidad atribuible al alcohol y otras drogas ilícitas es de aproximadamente 39 por cada 100000 habitantes a nivel mundial, de las cuales el 90% son por alcohol. Asimismo, producen una pérdida de 13 años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) por cada 1000 habitantes en el mundo (1).

Los costos económicos asociados al consumo de drogas se han estimado en aproximadamente 500 millones de dólares al año, equivalente al 0.45% del producto interno bruto del año 2006 (7). Por su parte, en un estudio publicado recientemente se estimó que el 9.8% del total de muertes ocurridas en la población de 15 años y más en Chile son atribuibles al consumo de alcohol (3).

El alcohol es factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos y responsable del 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones, siendo más crítico el uso en edades entre 20 a 39 años, donde un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol (4). El alcohol es también el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15-49 años de edad, franja etaria en la que el hombre y la mujer suelen ser más productivas económicamente (5).

El alcohol es el **primer factor de riesgo** que causa más muerte y discapacidad en Chile. Según el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible para nuestro país (6), el consumo de alcohol como factor de riesgo, se relaciona con el 12.4% de los años de vida saludables (AVISA) perdidos por muerte o disca-

pacidad. Esto es el doble de los AVISA producidos por obesidad (6.3%) o por presión arterial (5.6%). El consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para la salud en nuestro país (8).

Chile se sitúa en el primer lugar en Latinoamérica en cantidad de consumo de alcohol per cápita al año, con un total de 9.6 litros de alcohol puro per cápita en adultos (8), lo que hace un volumen de 1099000 de litros anuales y alcanza los 61.3 litros por persona. En estudios nacionales se ha visto un consumo diario **55grs.** de alcohol puro por persona al día. (9) El patrón de consumo promedio sería de atracones de consumo, focalizados en un día o dos a la semana, patrón ya descrito como “*Binge Drinking*”, en edades de 18-29 años, llegando en adolescentes a un promedio de 80 grs. de alcohol puro al día de consumo (9). Esto se ejemplifica en los adolescentes que en “las previas” antes de las fiestas consumen su “media promo” consistente en media botella de pisco (destilado) más bebida cola en un periodo no mayor de dos horas, agregándole la gravedad de la intoxicación en corto plazo, con el descontrol consecuente y superando así la capacidad de metabolización hepática, aumentando los riesgos y daños (2).

Para la medición y control de la ingesta la OMS definió UBE (Unidades Básicas Estándar) que equivalen a 1 trago de alcohol conteniendo una (UBE) o medida estándar de etanol (alcohol), 10 gramos de alcohol puro por “trago”. (10) En el caso de UK el UBE se define en 8 gramos (1), mientras que en Chile en la ENS 2010 (9) informa que el gramaje promedio de alcohol es de 15.5 grs. por trago, es decir, sería el doble que en UK y 50% más que OMS y las guías de Minsal de intervención breve define el estándar en 14grs. (11).

El **consumo de bajo riesgo**, es definido hasta 20grs. de alcohol al día, consumo que no debe repetirse por más de 5 días a la semana, recomendando al menos 2 días sin consumo (4). Las mujeres debieran consumir menores cantidades de alcohol, ya que está reportado que el consumo de más de 12 grs. de alcohol diario en mujeres se asocia a un aumento de probabilidad de cáncer de mama y por sobre estas cantidades diarias, aumenta el riesgo de ocurrencia de más de 200 enfermedades crónicas (8).

- El **consumo de riesgo** es un patrón que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de 20 a 40grs. diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60grs. diarios en varones (13).

- El **consumo perjudicial** se refiere a aquel que lleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40grs. de alcohol al día en mujeres y de más de 60grs. al día en hombres.

- El **consumo excesivo episódico o circunstancial** (también llamado “*binge drinking*”), puede resultar particularmente dañino

y generar ciertos problemas de salud. Esto es el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60 grs. de alcohol en una sola ocasión.

• La **dependencia del alcohol** es un constructo definido por Griffith Edwards & Gross en 1976 (12) y presente en el ICD 10 y DSM V en el Trastorno por uso de Alcohol cuyos criterios clínicos son (13):

El año 2014 el alcohol estuvo presente en 5654 accidentados, con 5142 lesionados y 193 fallecidos, un aumento en relación al 2013. Una vez implementada la Ley "Tolerancia Cero" el año 2012, se registró una baja importante en la mortalidad por alcohol (14).

Un 37% de los delitos tienen alguna relación con el consumo de drogas en población adulta, mientras que en los adolescentes llega al 21%. Sin embargo, cuando se realiza esta misma estimación en relación al consumo de drogas y/o alcohol, los porcentajes aumentan a 57% y 32% respectivamente, lo que evidencia que la contribución del alcohol en este tipo de acciones es de gran importancia (15).

Un 81.2% de los que cometen delitos se asocia con consumo de sustancias siendo el alcohol asociado en el 88.8% de los casos en adultos y para cocaína (clorhidrato o pasta base) del 70.6% (16).

De los costos sociales y económicos directos e indirectos para el país por consumo de drogas ilícitas y alcohol en Chile, en el año 2006, fue de \$882512 millones de pesos (en moneda de valor de ese año). Específicamente, el alcohol se lleva la mayoría del costo estimado, alrededor de \$550000 millones (16).

## SERVICIOS DE URGENCIA

Una de las puertas de entrada más importantes en todos los establecimientos hospitalarios y crecientemente en nuestra clínica, son los servicios de Urgencia. Sin embargo, el diagnóstico, intervención mínima y posterior derivación, no adquiere aún la relevancia que ha tomado en las últimas décadas en otros países como veremos a continuación.

En el año 1994 en el norte de Chile (proyecto colaborativo MINSAL y la Comunidad Económica Europea CEE) se implementó un proyecto piloto "PAM drogas" de evaluación, intervención, y vigilancia epidemiológica, que entre varias acciones estudió la consulta de pacientes en servicios de urgencia. Ahí se comparó el reporte de consumo de sustancias de los pacientes consultantes a servicios de urgencia en Arica e Iquique, el diagnóstico en la atención hecho por los profesionales y contrastando con muestras de drogas en orina (17).

**TABLA 1. Criterios diagnósticos de Trastorno por uso de Alcohol (DSM-V) 2013**

**A. Patrón problemático de uso de Alcohol que clínicamente altera en forma significativa o produce estrés manifestado por al menos dos de los siguientes hechos, en un periodo de 12 meses:**

1. A menudo usa alcohol en mayor cantidad o durante un periodo más largo del que la persona se había propuesto.
2. Deseo persistente de usar 1 o más intentos fracasados por reducir o controlarlo.
3. Usa una cantidad significativa de tiempo destinada a actividades relacionadas con conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. *Craving* o fuerte deseo o urgencia por beber alcohol.
5. Uso recurrente del alcohol resultando en falla de cumplir con obligaciones en el trabajo, colegio o en la casa.
6. Continúa usando alcohol a pesar de presentar persistentes problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol
7. Importantes actividades sociales, ocupacionales, o recreativas abandonadas o reducidas por el uso de alcohol.
8. Uso recurrente de alcohol en situaciones físicamente peligrosas
9. Persistencia del consumo pese a conocer los riesgos que el tabaco produce en la propia salud física y/o psicológica.
10. Tolerancia, definida por: aumenta la cantidad de alcohol consumida para conseguir embriaguez o el efecto deseado, o disminución del efecto al mantener la misma cantidad.
11. Síntomas de Privación: El paciente presenta síntomas característicos de privación de Alcohol o sustancias cercanas (benzodiazepinas, etc.) son usadas para reducir o evitar los síntomas de privación.

SI EL PACIENTE PRESENTA 2 O MÁS CRITERIOS SE PLANTEA LA EXISTENCIA UN "TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL". DSM-V

Se observó una asociación importante entre motivos de consulta traumáticos y violencia, consumo drogas y alcohol, sin embargo, había contradicciones entre el reconocimiento de pacientes que, teniendo una muestra positiva a drogas, negaban el haber consumido de 1 a 3, es decir que solo alrededor de un tercio reconocía haber consumido a pesar de tener una muestra positiva a drogas en el momento de la consulta (17).

En un estudio de carácter regional, que evaluó la presencia de consumo de alcohol y otras drogas en personas ingresadas a servicios de urgencia, encontró que de los 2963 participantes de 6 países latinoamericanos (Chile, Argentina, Bolivia, Perú, Uruguay y Colombia), 231 pacientes ingresaron por accidentes relacionados con algún tipo de acto de violencia, donde la prevalencia de consumo de alcohol llegó al 46% (n=106). Para el caso específico de Chile, de 56 pacientes ingresados por violencia de algún tipo, un 39% (vs. un 12% en la muestra total) lo hizo con presencia de hálito alcohólico (15).

En las pruebas toxicológicas, el 12% arrojó positivo para alcohol y el 20.9% para benzodiazepinas. La prevalencia del marihuana, cocaína, anfetaminas y opiáceos fue de 7.5%, 8.5%, 3.0% y 1.0%,

respectivamente. La prevalencia de drogas ilícitas en general fue de 15.3%.

Se observaron diferencias significativas por sexo en el consumo de benzodiazepinas (17.6% en hombres y 27.2% en mujeres,  $p=0.014$ ), por tramo de edad para cocaína (mayor porcentaje en grupo entre 19 y 25 años 11.6%), según situación de pareja para marihuana (sin pareja 11.9% vs. con pareja 4.7,  $p=0.005$ ) y según motivo de ingreso para alcohol, cocaína (mayor prevalencia en personas ingresadas por violencia alcohol 39.3% y cocaína 22.0% (18).

Otros estudios en la región metropolitana mostraron también altas prevalencias de consultas por alcohol en servicios de urgencia, pero sin intervenciones y escasa derivación a tratamientos especializados (19).

Los resultados de estas investigaciones confirman la alta prevalencia de problemas de consumo de sustancias adictivas y por ende la necesidad de sospecha clínica y anamnesis dirigida en casos de consultantes a servicios de urgencia por eventos traumáticos, secundarios a violencia y morbilidad general y que permitan intervenir y/o derivar correctamente los casos como en cualquier otro diagnóstico médico de urgencia.

**TABLA 2. Validación de la impresión al ingreso, auto reporte de consumo y presunción médica**

Etapa	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Correctos clasificados (%)	VPP (%)	VPN (%)	LR+	LR-
<b>ALCOHOL</b>							
Hálito alcohólico al ingreso	87.30	92.54	91.92	61.1	98.2	11.70	0.14
Auto reporte últimas 6h	93.75	92.49	92.64	63.2	99.1	12.48	0.07
Presunción Médica	96.00	89.88	90.55	53.9	99.5	9.48	0.04
<b>COCAÍNA TOTAL (INCLUYE PASTA BASE)</b>							
Auto reporte últimas 6h	23.26	99.35	92.87	76.9	93.3	35.81	0.77
Presunción Médica	20.00	98.70	93.03	54.5	94.1	15.44	0.81
<b>MARIHUANA</b>							
Auto reporte últimas 6h	18.42	99.15	93.10	63.6	44.4	21.60	0.82
Presunción Médica	26.67	97.42	92.34	93.8	94.5	10.35	0.75

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

LR+: Razón de verosimilitud positiva (Positive Likelihood Ratio)

LR-: Razón de verosimilitud negativa (Negative Likelihood Ratio)

**TABLA 3. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según motivo de ingreso al hospital**

<b>Etapa</b>	<b>Accidentes</b>	<b>Violencia</b>	<b>Otro motivo</b>	<b>p*</b>
Alcohol n (%)	12(10.6)	22(39.3)	30(8.3)	<0.001
Marihuana n (%)	7(7.7)	7(14.0)	24(6.6)	0.161
Cocaína n (%)	6(6.6)	11(22.0)	26(7.1)	0.005
Anfetaminas n (%)	1(1.1)	3(6.0)	11(3.0)	0.219
Benzodiazepinas n (%)	11(12.0)	10(20.0)	86(23.4)	0.049
Opiáceos n (%)	2(2.2)	1(2.0)	2(0.5)	0.170
<b>Total drogas n (%)</b>	<b>30(25.9)</b>	<b>33(58.9)</b>	<b>140(35.3)</b>	<b>&lt;0.001</b>

\*Prueba Exacta de Fisher.

Es importante agregar, que hoy el instrumento del tamizaje o “*screening*” de sustancias, no estaría fácilmente disponible en todos los servicios por diversas razones técnicas, legales (de requerir un consentimiento escrito en algunas instituciones), el rechazo de los pacientes y finalmente evitación de solicitar dicho examen por los mismos facultativos, quizás por lo complejo de la operativa o por falta de capacitaciones su uso e intervenciones (Figura 1 y Gráfico 1).

Todos estos puntos merecen investigación para confirmar su ocurrencia, entrenar a los equipos en la utilidad que ofrecen al igual que otros exámenes de rutina y las intervenciones del ABCD, que su uso podría abrir en la adecuada atención integral del paciente.

#### **¿Por qué debemos hacer entonces una pesquisa e intervención de adicciones en pacientes hospitalizados en una Clínica u Hospital General?**

El problema del abuso de sustancias es un problema biopsicosocial, no solo un problema médico, pero si desperdiciamos esa ventana de oportunidad única, que constituye el paciente hospitalizado o que consulta en servicios especializados, no estaremos colaborando efectivamente a nuestra labor primordial, cual es, prevenir enfermedades, salvar la vida y/o mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, sus familias y por ende la sociedad.

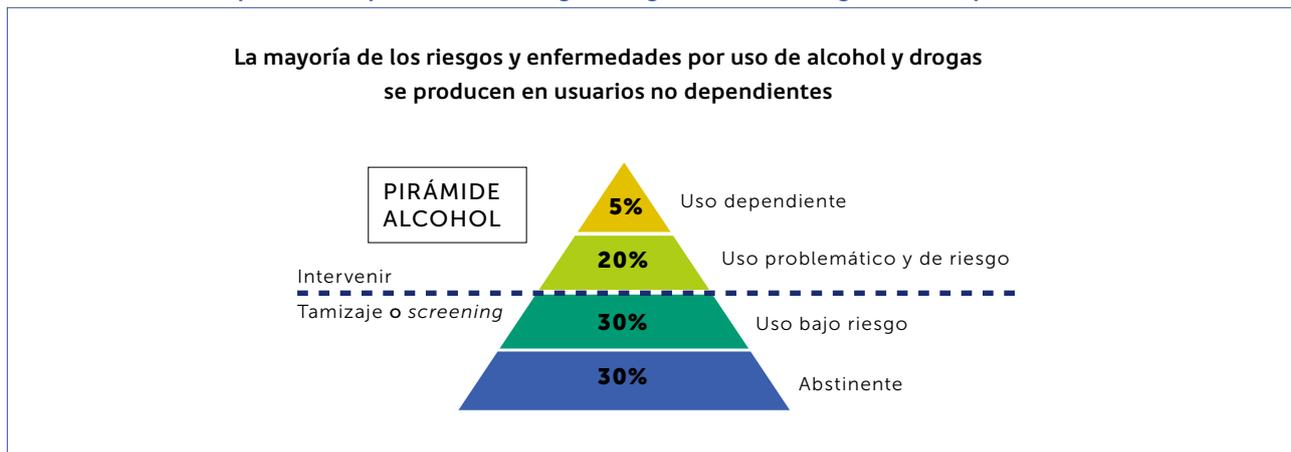
Los recursos en salud son siempre escasos y desperdiciar el recurso medico en cualquier acción de salud, sin integrar al menos una intervención mínima es malgastar recursos como perder vacunas, que se venzan medicamentos o se pierdan horas de pabellón.

No sería una “buena práctica clínica” que ante cualquier sospecha de un tumor esperaríamos a que se manifieste clínicamente como un cáncer para derivarlo a un oncólogo, aunque ellos sean los encargados finales del tratamiento. Asimismo, tampoco lo sería con una hipertensión arterial o una diabetes, más aún sabiendo la diferencia de pronostico que tiene una intervención precoz y tratamiento oportuno en cualquiera de estas patologías.

Sin embargo, dado lo planteado epidemiológicamente, en que los problemas de alcohol, drogas y tabaco que se hacen cargo de los mayores factores de riesgo y AVISA en nuestro país, aún más que la hipertensión y obesidad, nuestra capacidad u operatividad para ofrecer intervenciones demostradamente efectivas en nuestra práctica habitual es claramente insuficiente aún.

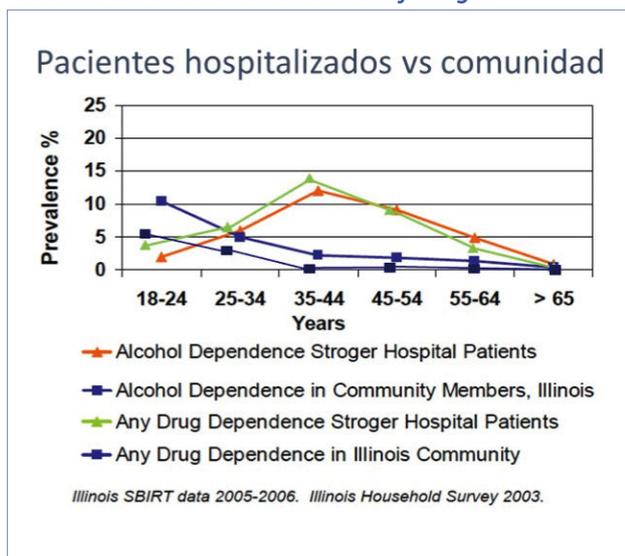
Además, como lo muestran los gráficos a continuación, la mayor parte de los problemas y enfermedades de salud los presentan los abusadores y no obligatoriamente los dependientes de sustancias, por lo que se debe intervenir antes de que lleguen a esa condición también. Esto se hace en mayor proporción a nivel primario de salud, sin embargo, las cifras de pacientes con problemas de alcohol y drogas en pacientes hospitalizados son ampliamente mayores que en APS, en las edades de 25 a 65 años. Durante la hospitalización son más accesibles y además el tiempo de exposición al tratamiento médico y la posibilidad de intervenir preventiva, motivacional o terapéuticamente es mucho mayor que en la consulta o en Atención primaria de salud (APS) dado el escaso tiempo del que se dispone para algunas de esas intervenciones.

**FIGURA 1. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según motivo de ingreso al hospital**



National Longitudinal Alcohol Epidemiology Study 1992, National Comorbidity Study, 1992.

**GRÁFICO 1. Prevalencia de alcohol y drogas**



National Longitudinal ALcohol Epidemiology Study 1992, National Comorbidity Study, 1992.

En publicaciones previas en esta misma revista (21,22) se ha mencionado “screening” e intervenciones, pero dirigido a sustancias en particular como tabaco o drogas de abuso con instrumentos como EBBA, AUDIT, Fagerström, Goldberg entre otros que apuntan a un diagnóstico o presunción precoz de problemas de sustancias o de salud mental.

En los últimos años la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un instrumento de tamizaje o screening para alcohol, tabaco y drogas de abuso llamado ASSIST, cuya aplicación en forma escalonada y coordinada por los diversos agentes de salud, enfermeras, médicos generales, médicos de diversas especialidades permite mejorar la sospecha y diagnóstico, para realizar intervenciones mínimas, entregar apoyo educativo,

realizar interconsultas más precoces a especialistas en adicciones y como tal potenciar y fortalecer un enfoque integral y multidisciplinario de los pacientes con problemas de uso, abuso y dependencia de sustancias y lograr mejores resultados de tratamiento (9).

Este instrumento se denominó ASSIST por sus siglas en inglés (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) y fue validado con un estudio multicéntrico realizado en Australia, Brasil, India, Tailandia, Reino Unido, Zimbabue y Estados (20).

El ASSIST, en su versión 3.0, es un cuestionario de ocho preguntas de aplicación breve que evalúa riesgos para la salud y otros problemas asociados al consumo de sustancias (23).

Este instrumento ha sido validado en Chile y debe ser aplicado por personal entrenado para tales efectos, como psicólogos u otros profesionales. Sin embargo hay preguntas básicas de screening inicial que permiten al clínico hacer una “sospecha inicial” para en una segunda instancia, u otro profesional en interconsulta, aplicar el instrumento y la intervención breve en el caso de un paciente hospitalizado (24).

En Clínica Las Condes hemos aplicado desde hace ya más de 10 años un modelo basado en las guías de Nueva Zelanda de intervención en Tabaco, que ha sido descrito en detalle en publicaciones anteriores (22). Este consiste en una aproximación sucesiva en el screening e intervención en tabaco, con material educativo de intervención y con un sistema de derivación que forma la base de nuestro programa “No Fumo más”. Este modelo ABC contempla Anamnesis - Breve intervención - Cesación, a lo cual agregamos una D por Derivación a equipos especializados.

Este tipo de intervenciones han mostrado también ser de utilidad para enfrentar otros tipos de adicciones tanto a nivel primario como otros “settings”.

El esquema plantea lo siguiente (Figura 2):

### **A** Anamnesis básica de una pregunta

Este primer paso contempla que todo médico pregunte por consumo de alcohol, tabaco y drogas en forma muy breve, que veremos en las tablas las preguntas básicas.

Anamnesis Básica de una pregunta (24).

#### **Alcohol:**

##### • **Cuántas veces ha bebido Ud. En el último año:**

- Hombres: 5 o más Unidades de alcohol (>3 piscolas, >4 cervezas, >3 copas de vino)?
- Mujeres: 4 o más unidades de alcohol (>2,5 piscolas, 3 cervezas, 2.5 copas de vino)?

#### **Drogas:**

##### • **En los últimos tres meses cuántas veces ha usado:**

Marihuana, cocaína, benzodiazepinas sin control médico, estimulantes, éxtasis MDMA u otras drogas?

#### **Tabaco:**

##### • **¿En los últimos tres meses ha fumado Ud., cuántos al día?**

### **B** Las intervenciones breves (IB) en atención de salud reducen el uso riesgoso de alcohol

Existen evidencias provenientes de diversos estudios aleatorizados, controlados en diversos settings de salud como pacientes hospitalizados, atención primaria de salud y consultas privadas, servicios de Urgencia y centros de trauma que muestran resultados que validan el efecto de las IB en:

- Bajan el consumo de alcohol
- Bajan las enzimas hepáticas (gamaglutamiltranspeptidasa)
- Reducen las licencias y ausentismo laboral
- Bajan el beber y conducir
- Reducen las lesiones por beber y conducir
- Bajan los días de hospitalización.

Sin embargo, es importante plantear que los estudios de metanálisis nos plantean que si bien la efectividad de intervenciones breves en bebedores problema está establecida, los resultados para atención primaria no son concluyentes y así también para pacientes hospitalizados (37).

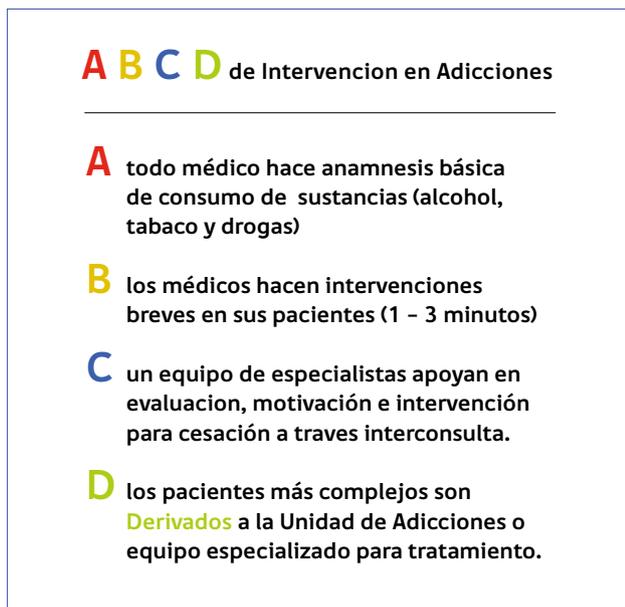
Cabe mencionar que en estos estudios las intervenciones mínimas fueron efectuadas en pacientes con diferentes niveles de enfermedad adictiva o trastorno por uso de alcohol, por lo que el efecto de la intervención debiera diferenciarse de acuerdo al estadio de avance de la enfermedad, así como en la hipertensión arterial u otras enfermedades crónicas, donde el simple consejo pudiera no ser suficiente para producir grandes cambios.

Existe además evidencia de la utilidad de las IB para Cannabis (26,27), Benzodiazepinas (28), marihuana y tabaco (30), Cocaína y Heroína (29).

Todos estos factores tienen alta influencia en la salud de la población y calidad de vida, pero también en los costos directos e indirectos que producen estas conductas y los AVISA (años de vida perdidos por defunción o discapacidad). Esto refuerza nuestra aseveración de que no podemos desperdiciar el valioso recurso de salud profesional, la atención médica, perdiendo la oportunidad de salvar vidas y recursos de salud, siempre escasos, con un mínimo de tiempo y una eficaz coordinación en salud.

Un dato relevante de las revisiones en el tema es que las intervenciones breves en pacientes hombres son tan efectivas como intervenciones más prolongadas y específicas (25). De ahí se desprende que la intervención inicial, precoz y dirigida por el médico tratante y apoyada por otros profesionales en “un equipo común integral de apoyo al paciente” cobran sentido y dan mejores resultados como veremos más adelante.

FIGURA 2.



Fuentes. 22) Seijas D., El ABCD de la cesación de fumar: de la evidencia a la práctica clínica en medicina preventiva, Revista Médica Clínica Las Condes, 2010 Volumen 21, Numero 5, Septiembre, Páginas 719-731.

### **C Enlace hospitalizado: Intervenciones integrales Interconsulta (IC)**

El diagnóstico intervención y tratamiento precoz resulta importante pues los pacientes con problemas adictivos, en general tiene dificultades de motivación al cambio de conducta, percepción de riesgo y muestran mecanismos de defensa de negación y minimización que no favorecen una pedida de ayuda a su médico tratante. Los pacientes pueden además no estar motivados a dejar de consumir sustancias, aunque eso sea muy importante para recuperarse de su cuadro médico o adictivo. Incluso algunos pacientes se muestran muy dispuestos, pero al ser dados de alta y volver a las mismas condicionantes personales, psicológicas, familiares, ambientales y psiquiátricas anteriores, retornan al uso de sustancias en breve tiempo.

### **D DERIVACIÓN**

Como en toda patología médica, cuando un paciente es diagnosticado y tratado inicialmente en atención primaria u hospitalizado, puede requerir la intervención de especialistas en el tema de adicciones. Así entonces surgen una serie de condiciones que de cumplirse deberían llevar a una interconsulta y derivación efectiva. Los Criterios de derivación son (22):

- Cuando tiene síntomas de ansiedad, stress, depresión (Goldberg >4).
- Diagnosticar y tratar Comorbilidad (Depresión, Ansiedad, Stress) o Abuso de otras sustancias (marihuana, Cocaína).
- Cuando el médico no se siente con las herramientas o apoyos necesarios para tratarlo solo.
- Cuando el médico no se siente cómodo con el paciente (contratransferencia).
- Cuando el paciente ha tenido recaídas múltiples.
- Para apoyo y seguimiento grupal al paciente que logró dejar.
- Para Intervención Intensiva especializada de una Unidad de Adicciones o Tabaco (individual o grupal).
- Grandes fumadores de más de 20 cigarrillos.
- Ha tenido o está en tratamiento por cuadro psiquiátrico o con psicofármacos.
- Cuando por recarga laboral no da el tiempo para hacer B y C.

En 1984 ya había un estudio nacional que mostraba altas prevalencias de problemas de alcohol en pacientes hospitalizados, pero un bajo diagnóstico y en aquella época casi nula derivación a tratamiento (31).

En otro estudio del 2002, considerando todos los cuadros de abuso o dependencia actual o de curso de vida para todas las sustancias descritas, 37.9% de los hombres y 6.4% de las

mujeres de la muestra de pacientes de un Servicio de Medicina Interna hospitalizado en Hospital de Santiago, presentó algún trastorno de esta clase. La diferencia por género, fue significativa,  $p < 0.00000$ , y se explica por la alta acumulación de trastornos por uso de alcohol en hombres. Así, el diagnóstico más frecuente fue la dependencia a alcohol como cuadro de prevalencia de vida en 22.7% de los hombres seguido por dependencia actual (12.3%) y mayor prevalencia de benzodiazepinas en mujeres (32).

En un estudio en España, de interconsultas en hospitalizados a una unidad de adicciones, mostro que la mayoría se generan en Hepatología (30%), Medicina Interna (22%) y Psiquiatría (11%). El 83.5% son por alcohol y de ellas un 72% de éstas presentaron trastornos psicosociales que interfieren gravemente en los tratamientos médicos de ingreso.

El 47% de IC tienen antecedentes de ingresos y el 22% de IC previas. El 49% acepta visitas ambulatorias post-alta, derivándose 18% a otros centros, 14% rechaza tratamiento y el resto mueren o no se indica seguimiento ambulatorio.

Se detecta así a los consumidores más graves y cronificados, en estadios finales de su enfermedad y no en los primeros ingresos, cuando las IC serían más eficaces (33) (Tabla 4, 5 y 6).

Una consideración sería que además de un subdiagnostico a los enfermos consumidores de alcohol y drogas, lo hacemos tarde, precisamente con los más graves orgánica y psicológicamente, de mayor edad y que están en fases muy avanzadas de su proceso de deterioro psíquico y social (33), lo que hace más difícil que se beneficien de una ayuda terapéutica.

Este tipo de enfermos crónicos en el futuro generaran un elevado número de atenciones médicas con los consiguientes costos sociales y de salud indirectos (34).

Estos pacientes complejos, presentan múltiples patologías orgánicas y psiquiátricas que provocan, incluso en el caso de seguir tratamiento adictológico, un 7% de muertes a los 5 años de seguimiento (34).

Quizás debido a que algunas manifestaciones de la dependencia alcohólica son inespecíficas o porque se cree que el miedo y el consejo son suficientes para cambiar (la mera "voluntad"), o porque creen que el paciente se va a molestar si le tocan el tema, muchos médicos se abstienen de intervenir. No es cierto que la detección precoz provoque mayor rechazo, pues los pacientes rechazadores tienen una edad similar y cuentan también con un amplio historial de ingresos y sobretodo IC previas que los no rechazadores.

TABLA 4. Tipo de derivación en función de antecedentes de interconsultas, ingresos y urgencias de los pacientes

Tipo de derivación	IC previas Chi <sup>2</sup> =8.2; p=n.s	Número de Ingresos previos F=1.4; p=n.s	Pacientes con Ingresos previos Chi <sup>2</sup> =10.6; p=n.s	Número de Urgencias previas F=0.6; p=n.s	Pacientes con Urgencias previas Chi <sup>2</sup> =10.1; p=n.s
UA-HCB	26.5 (%)	1.5±2	49.7 (%)	5±8	76.9 (%)
Otro CAS	16.4 (%)	1.2±2	38.2 (%)	3.7±5	63.6 (%)
Rechaza tratamiento	14.3 (%)	1.7±3	50 (%)	5.6±8	71.4 (%)
Otros recursos	23.8 (%)	0.8±1	42.9 (%)	3.4±5	47.6 (%)
Alta antes de visitarse	6.7 (%)	0.5±1	28.6 (%)	6.9±15	63.3 (%)
No derivado	18.8 (%)	2.6±4	62.5 (%)	4±4	81.3 (%)
Muerto	42.9 (%)	0.5±0.7	42.9 (%)	2.2±2	71.4 (%)
<b>Total</b>	<b>21.8 (%)</b>	<b>1.4±2</b>	<b>46.7 (%)</b>	<b>4.7±7</b>	<b>71.2 (%)</b>

Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. (1996) *Alcohol & Alcoholism.*; 31: 393-396.

TABLA 5. Duración del ingreso, demora en la petición de la interconsulta y tiempo hasta el alta posterior a la interconsulta, en función del tipo de derivación

Tipo de derivación	Ingreso p=0.000	Hasta petición IC *p=n.s.	Desde IC hasta alta p=0.000	Porcentaje de IC urgentes \$ p=0.000
UA-HCB	11±6	4±4	7±5	8.8%
Otro CAS	14±12	5±5	9.8±9.8	30.9%
Rechaza tratamiento	14±15	4±6	9.5±13	4.8%
Otros recursos	18±14	5.7±6	12.6±11	14.3%
Alta antes de visitarse	6±3	4±4	2.5±3	0
No derivado	17±22	3±3	14±20	18.8%
Muerto	25±19	8±13	17.4±18	0
<b>Total</b>	<b>13±11</b>	<b>4.6±5</b>	<b>8.7±9.8</b>	<b>12.5%</b>

Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. (1996) *Alcohol & Alcoholism.*; 31: 393-396.

TABLA 6. Dificultades objetivas/subjetivos para realizar un tratamiento

Tipo de derivación	Presencia de dificultades	Deterioro	Marginación	Falta de soporte familiar	Fuga o alta voluntaria	Trastorno psiquiátrico	Negación de problemas	Cronicidad de tratamientos
UA-HCB	95/147/ (64.6%)	24	3	1	0	28	21	18
Otro CAS	50/55/ (90.9%)	4	2	0	2	9	0	33
Rechaza tratamiento	40/42/ (95.2%)	4	3	0	3	11	16	3
Otros recursos	20/21/ (95.5%)	6	4	0	0	8	1	1
<b>Total</b>	<b>205/265 (77%)</b>	<b>38</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>56</b>	<b>38</b>	<b>5</b>

Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. (1996) *Alcohol & Alcoholism.*; 31: 393-396.

TABLA 7. Derivación UA, IPA

Derivación Unidad de Adicciones	IPA hasta 10	IPA>10 y 20	IPA>20 y 30	IPA>30 o más	Total
No n	75	87	61	70	293
%	82.42	74	71	71	74.37
Si n	16	31	25	29	101
%	17.58	26.27	29.07	29.29	394
Total n	91	118	86	99	394
%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

La IC por lo tanto cumple distintos objetivos en función de las características de los pacientes, no solamente en cuanto a la sustancia que consumen sino respecto al momento del proceso de su dependencia.

En los pacientes que debutan en su patología orgánica es una oportunidad única para encauzar el tratamiento de su dependencia de sustancias, en un momento en que las ganancias de orden físico, psíquico y social pueden ser muy importantes.

En los pacientes cronificados, que repiten ingresos y que presentan deterioro psicosocial importante tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, la IC puede permitir un objetivo de disminución de daños y minimización de los ingresos, mediante el establecimiento de una buena relación terapéutica y de controles externos, más adecuados a sus capacidades cognitivas y sociales (35).

Un aspecto primordial lo constituye el momento en que solicita la interconsulta dada la importancia de poder intervenir, educar, motivar al paciente y a sus familiares.

En la práctica es habitual solicitar la interconsulta poco antes o el mismo día del alta, lo que no da pie para una intervención y además no permite un trabajo en conjunto. Particularmente en casos en que los cuadros de privación de sustancias oscurecen o complican el diagnóstico, tratamiento y aumentan la aparición de delirium con el consiguiente alargamiento del tiempo de hospitalización y costos.

En el Departamento de Psiquiatría de Clínica Las Condes desde junio 2015 a mayo 2017 se recibieron 89 interconsultas e pacientes hospitalizados con problemas adictivos con la siguiente distribución:

• Dependencia de alcohol	48%
• Dependencia de drogas	18%
• Dependencia de benzodiazepinas	5.6%
• Dependencia de nicotina	28%

Considerando que Clínica Las Condes tiene cerca de las 500 camas con alta rotación en 730 días cama y aplicando las cifras que hemos mencionado, podemos suponer que nuestros argumentos de subdiagnóstico e intervención son reales y eso nos da un amplio margen y espacio para mejorar nuestras intervenciones de salud y la coordinación necesaria para reducir esta brecha.

Esta realidad es mayor aún en varias instituciones en nuestro país e incluso más grave dado la escasez de recursos profesionales especializados o de Unidades de Adicciones estructuradas en esta área en muchos servicios de salud e incluso clínicas privadas.

Unos de los factores a considerar es como utilizar mejor los recursos de salud y como tal como coordinar las acciones profesionales para satisfacer la demanda de los pacientes, sea está abierta o encubierta.

En Clínica Las Condes, hay una historia de tratamiento de fumadores de más 15 años y desde hace 3 años existe una experiencia exitosa de intervención integral multidisciplinaria, desarrollada en el programa "No Fumo Más", que ha unido al Centro Clínico del Cáncer, el Departamento de Enfermedades Respiratorias y la Unidad de Adicciones del Departamento de Psiquiatría.

El programa es de carácter ambulatorio (aunque nuestras intervenciones a nivel del paciente hospitalizado han ido en aumento) y parte con una evaluación inicial de enfermería que realiza un *Screening* inicial con historia clínica, antecedentes clínicos médicos, de fumar e intentos previos, Índice Paquete Año y aplican escalas de dependencia de Fagerström, de Salud Mental Goldberg (GHQ), de motivación para Fumar y dependencia DSM V. Si en el "triage" el paciente no presenta antecedentes de patología psiquiátrica pasada o actual es derivado a broncopulmonares para cesación.

Esta coordinación centralizada por el equipo de enfermería ha permitido una derivación a la unidad de Adicciones en un mayor porcentaje al históricamente proveniente de la clásica referencia a psiquiatría, con un seguimiento y apoyo al paciente fundamental en el logro de las cifras obtenidas en el tratamiento.

El tratamiento de cesación integra consejería, tratamiento farmacológico, seguimiento telefónico y atención médica

interdisciplinaria, incluyendo médicos broncopulmonares, (en el caso del tabaco) psiquiatras y nutriólogos.

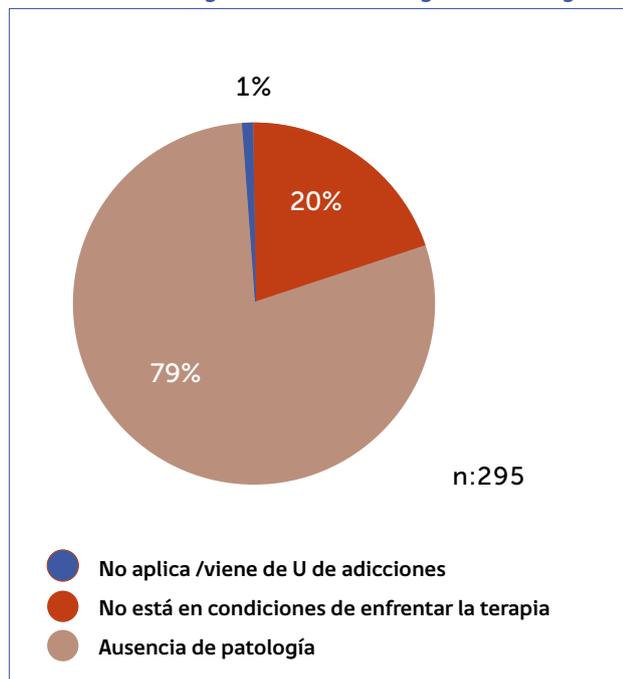
Desde el inicio del Programa integral en el año 2014, 380 pacientes han solicitado atención en el Programa. De estos, 333 pacientes cumplen con los criterios de análisis ya que son pacientes que iniciaron tratamiento y recibieron recomendación médica para cesación. La probabilidad de

mantenerse sin fumar tras un año de la primera evaluación fue de 52% (0).

Los fumadores con nivel medio y alto de dependencia tienen un riesgo significativamente mayor de recaída en el modelo univariado. El índice paquete año y el riesgo de psicopatología no resultan significativos en relación al riesgo de recaída en el modelo univariado. Esto último es importante, pues plantea que pacientes bien evaluados y tratados de sus problemas de salud mental tienen las mismas posibilidades de dejar de fumar que la población general, confirmando nuevamente nuestra experiencia de *triage* presentada en publicaciones anteriores (21,22).

El Programa “No Fumo Más” logra una efectividad igual o superior de cesación al año a lo reportado en otras experiencias, creemos por el nivel de atención integral. Es relevante analizar si experiencias como esta pueden ser aplicables en otros contextos clínicos y sociales.

**FIGURA 3. Estado general de salud según Goldberg**



## CONCLUSIONES

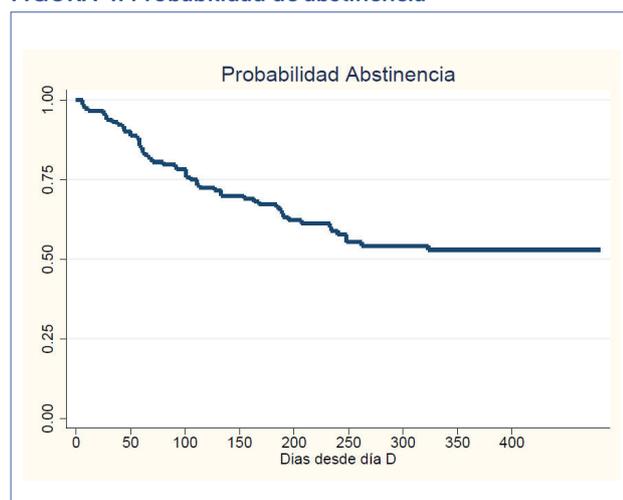
En este artículo he intentado puntualizar la necesidad imperiosa de cambiar muestras prácticas clínicas en el diagnóstico precoz, intervención mínima, intermedias y finalmente derivación a equipos especializados en las etapas precoces de las enfermedades adictivas, ofreciéndole a los pacientes mejores posibilidades de rehabilitarse, reducir daños, riesgos secundarios afectaciones familiares y sociales.

Los recursos en salud son escasos y vemos cómo pequeñas intervenciones, tienen impacto en el largo plazo, un buen “*triage*”, derivación eficiente, oportuna y accesible, utilizando el recurso valioso de la atención médica y de los profesionales de la salud pueden hacer cambios en esta patología.

Experiencias que confluyen diversos agentes, de distintas especialidades en coordinación y trabajo en equipo, dan mejores resultados en Servicios de Urgencia, pacientes hospitalizados y pacientes de atención primaria.

Nuestro país necesita cambios en nuestro accionar en base a estos aspectos si queremos realmente disminuir la curva de crecimiento constante de uso y dependencia de sustancias.

**FIGURA 4. Probabilidad de abstinencia**



Última actualización Kaplan Meier, mayo 2015.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Senda-Minsal 2016 El consumo de alcohol en Chile: situación epidemiológica documento. Senda MINSAL
2. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. 2015. Décimo Estudios Nacional de Drogas en Población Genera de Chile. Santiago.
3. Castillo-Carniglia, Kaufman y Pino, Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Chile in 2009. *Alcohol and Alcoholism*, 2013, 48, 729-36.
4. Organización Mundial de la Salud - OMS. Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. 2014 WHO, Library Cataloguing in Publication Data.
5. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Situación regional del consumo de alcohol y la salud en las Américas. 2015 Washington, D.C.
6. Organización Panamericana de la Salud - OPS Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción. 2007 Washington, D.C.
7. Fernandez, M. El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile. *Revista CEPAL*, 2012 107, 93-114.
8. Margozini P., Sapag J. Drogodependencias: Reducción de Daños y Riesgos. 2000 Comunidad Autónoma del País Vasco.
9. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. 2010 Ministerio de Salud, Chile.
10. Encuesta nacional de salud. ENS Chile 2009-2010 Minsal, 2010 Gobierno de Chile.
11. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción. 2007 Washington, D.C.
12. Ministerio de Salud. Intervenciones Breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. 2011 Ministerio de Salud, Chile
13. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition 2013* Edited by American Psychiatric Association.
14. CONASET. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito -Informe anual Siniestros de tránsito asociados a la presencia de alcohol. 2014 Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, Chile.
15. Castillo, A. Inequidad de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Chile: Estudio ecológico del período 2004-2009. 2014 Tesis para optar al grado de doctor, Universidad de Chile.
16. Valenzuela y Larroulet. La relación droga y delito: Una estimación de La fracción atribuible, iniciativa científica Milenio del Ministerio de Planificación Nacional. *Estudios Públicos*, 2010, 119.
17. Proyecto PAM-drogas servicio de salud Iquique: Taller de Prevención en el Uso Indebido de Alcohol y Drogas. 1995 En CONACE: Manual de Prevención de Drogas, Santiago de Chile.
18. UNODC, CONACE, Estudio sobre de drogas en consultantes de salas de urgencia informe final Chile diciembre 2010 UNODC, CONACE.
19. Florenzano R, Pemjean A, Seijas D, Manzi J, Orpinas P, et al M. Prevalencia del uso de alcohol y de otros problemas relacionados con el beber. Problema en Servicios de Urgencia de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 1987; 115: 825-9
20. WHO ASSIST Working, 2011 Organización Mundial de la Salud.
21. Seijas D. "Adicciones y depresión en la salud del hombre". *Revista médica CLC*, Volumen 25, número 1, enero 2014, paginas 79-98
22. Seijas D., El ABCD de la cesación de fumar: de la evidencia a la práctica clínica en medicina preventiva, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volumen 21, Numero 5, Septiembre 2010, Paginas 719-731
23. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. 2002 *Addiction*, 97, 1183-1194.
24. Gonzalo Soto-Brandt\*, Rodrigo Portilla Huidobro, David Huepe Artigas, et al Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) 2014 *ADICCIONES*, · VOL. 26 NÚM. 4
25. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews . *Alcohol and Alcoholism* 13 November 2013 Vol. 49, No. 1, pp. 66-78, 2014
26. Ronald M. Kadden, et Abstinence Rates Following Behavioral Treatments for Marijuana Dependence *al Addict Behav.* 2007 Jun; 32(6): 1220-1236.
27. Copeland J1, Swift W, .Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Rees V 2001 J Subst Abuse Treat.* Jan; 20(1):45-52.
28. Jennifer Brodie, Steve Parrott, Heather Ashton, Mcavoy Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: *Addiction Research and Theory* August 2008; 16(4): 309-317.
29. Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., et al . Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroine use. 2005 *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 49-59
30. J McCambridge, J Strang - The efficacy of single session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug related risk and harm among young people: results ... *Addiction*, 2004 - Wiley Online Library
31. Pemjean A, Torres R, Jaar E, et al. Alcoholismo oculto: Prevalencia de bebedores problema entre los pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Méd Chile* 1986; 114: 298-308.
32. Hernández G, Olga Montino R1, Mónica Kimelman J, et al Prevalencia de trastornos siquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 651-660
33. Monras M. Cambios en la edad de inicio del tratamiento de la dependencia alcohólica. ¿Debemos cambiar la oferta asistencial? *Adicciones* 2001, 13: 139-146.
34. Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. *Alcohol & Alcoholism*. 1996; 31: 393-396.
35. Gual A; Lligona A; Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol & Alcoholism* 1999; 34: 183-192.
36. MINSAL, Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015 - 2016 División de Planificación Sanitaria Departamento de Epidemiología Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, Febrero de 2017.
37. Holloway A, Watson H, et al. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. *Addiction*, 102. 1762-1770.
38. Clavero j, Silva-Illanes N, Itriago L, Seijas D, Gil R. (2014) "Implementation and preliminary results of a tobacco cessation program in a private clinic" Poster presentado en World Conference on Lung Cancer.