

Prevenir y detectar adicciones

Módulo4. realidad asistencial ¿Dónde, cuándo y cómo pedir ayuda?



Programa financiado por el Ministerio de Educación y Formación Profesional

PROGRAMA DE ALCOHOL DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

4.2. REALIDAD ASISTENCIAL .FRANCISCO ARIAS HORCAJADAS.PSIQUIATRA DEL HGU 12 DE OCTUBRE



Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs

Summary

Lancet 2010; 376: 1558-65

Published Online
November 1, 2010
DOI:10.1016/S0140-
6736(10)61462-6

See [Comment](#) page 1524

Neuropsychopharmacology
Unit, Imperial College, London,
UK (Prof D J Nutt FRCSd); UK
Expert Adviser to the European
Monitoring Centre for Drugs
and Drug Addiction (EMCDDA),
Lisbon, Portugal (LA King PhD);
and Department of
Management, London School
of Economics and Political

Background Proper assessment of the harms caused by the misuse of drugs can inform policy makers in health, policing, and social care. We aimed to apply multicriteria decision analysis (MCDA) modelling to a range of drug harms in the UK.

Method Members of the Independent Scientific Committee on Drugs, including two invited specialists, met in a 1-day interactive workshop to score 20 drugs on 16 criteria: nine related to the harms that a drug produces in the individual and seven to the harms to others. Drugs were scored out of 100 points, and the criteria were weighted to indicate their relative importance.

Findings MCDA modelling showed that heroin, crack cocaine, and metamfetamine were the most harmful drugs to individuals (part scores 34, 37, and 32, respectively), whereas alcohol, heroin, and crack cocaine were the most harmful to others (46, 21, and 17, respectively). Overall, alcohol was the most harmful drug (overall harm score 72), with heroin (55) and crack cocaine (54) in second and third places.

- PRIMERA DROGA MAS PERJUDICIAL PARA LA POBLACIÓN (PERJUICIOS AL CONSUMIDOR Y AL ENTORNO).

Datos de morbilidad y mortalidad del consumo de alcohol

Morbilidad	Mortalidad
<ul style="list-style-type: none">•El 15-20% de las urgencias psiquiátricas.•Un tercio de los ingresos en hospitales psiquiátricos.•El 20% de los ingresos hospitalarios no psiquiátricos.•El 30% de los ingresos en los servicios de aparato digestivo.•El 5-10% de las bajas laborales.•Reyertas, violencia doméstica, violencia sexual.•El 20-50% de los accidentes laborales.•El 45% de los vagabundos son alcohólicos.•El 30% de la población reclusa.	<p>El alcohol en España causa entre 20.000 y 25.000 muertes anuales, las causas son:</p> <ul style="list-style-type: none">•El 70% de toda la mortalidad atribuible al trastorno por consumo de alcohol ocurre en la población dependiente del alcohol.•El 25-50% de los accidentes mortales de tráfico: origina daños propios y ajenos.•Presente en el 50-70% de los homicidios.•Muertes accidentales, laborales y domésticas.•Del 5 al 27% de los alcohólicos se suicidan.•El alcohol está presente en el 25-40% de los suicidios consumados.•Incrementa la tasa de mortalidad por otras enfermedades.

El consumo de alcohol se relaciona con el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades

Global Status Report on alcohol and health OMS 2014

CONSECUENCIAS GENERADAS POR EL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL

- EL ALCOHOL ES UNA SUSTANCIA QUE AFECTA A TODO EL ORGANISMO, NO PRECISÁNDOSE DE UN CONSUMO CRÓNICO E INTENSO, ES DECIR, DE UNA DEPENDENCIA PARA PRODUCIR DAÑO ORGÁNICO.
- EL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL PROVOCA ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES EN EL CEREBRO DE JÓVENES Y ADOLESCENTES.
 - DIANAS ESPECIALES SON LOS LÓBULOS FRONTALES (*PEOR RENDIMIENTO EN PROCESOS DE ATENCIÓN, RAZONAMIENTO, PLANIFICACIÓN, FLEXIBILIDAD COGNITIVA, TOMA DE DECISIONES, CONTROL COMPORTAMENTAL...*) Y EL HIPOCAMPO (*RELACIONADO CON LA MEMORIA -EJ. PEOR RENDIMIENTO EN TAREAS DE RECUERDO-*).
 - EL CONSUMO INTERMITENTE DE ALCOHOL DURANTE LA FASE ADOLESCENTE/JUVENIL PUEDE CAUSAR DAÑO Y MUERTE DE CÉLULAS NEURALES EN CIERTAS REGIONES CEREBRALES, TALES COMO CORTEZA CEREBRAL, HIPOCAMPO Y CEREBELO.
- LA TOXICIDAD DEL ETANOL PUEDE ALTERAR LA PLASTICIDAD

Treating Alcoholism As a Chronic Disease

Alcohol Research & Health 2011; 33: 356-370

Approaches to Long-Term Continuing Care

JAMES R. MCKAY, PH.D., AND SUSANNE HILLER-STURMHÖFEL, PH.D.

Modelo Minnesota (28 días de ingreso y derivación a AA)

Fase inicial en hospital de día y después derivación a AA

Continuidad de cuidados: grupos de autoayuda, AA

Otros modelos de continuidad de cuidados

¿Por qué no hay programas de continuidad de cuidados?

¿Qué debemos entender por recuperación?

¿Qué papel juegan las Asociaciones de Mutua Ayuda?

PROGRAMA DE ALCOHOL

- EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO SE INICIÓ EN 1996.
- EL PROGRAMA ACTUAL DONDE SE INCLUYE LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS SE INICIÓ EN 2014, UN ALTO PORCENTAJE DE TODAS LAS ALTAS DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE ESTABAN RELACIONADAS CON EL CONSUMO DEL ALCOHOL Y, CON FRECUENCIA, NO ERAN DERIVADOS A PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN.

INTERCONSULTA

- AYUDA A DESINTOXICACION.
- ENGANCHE AL PROGRAMA
- DETECCIÓN DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA
- ORIENTACIÓN A PROFESIONALES EN EL MANEJO DEL PACIENTE

A 3-Year Retrospective Study of the Impact of Integrating an Addiction Liaison Team into an Outpatient Alcoholism Treatment Programme

José L. Bernal-Sobrino^{1,2}, Francisco Arias-Horcajadas^{2,3,4,5}, Carolina Varela-Rodríguez^{2,6,*},
Cristina Losada-Pérez^{2,3}, Agustín Blanco-Echevarría^{2,4,7}, María J. del Yerro Alvarez^{2,3},
Marta Martín-Mayor^{2,3,4}, and Gabriel Rubio^{2,3,4,5}

Background: The number of inpatients with alcohol and other substance-related problems (ASRP) in the general hospital population at any time is vast. To meet the needs of those patients, most hospitals have an Addiction Liaison Team (ALT) that diagnoses and initiates the treatment of the addictive disorder. In our hospital, this team is part of a more extensive and intensive Outpatient Alcoholism Treatment Programme that facilitates the continuity of care.

Aim: the main goal of this study is to evaluate the performance and effectiveness of our inpatient ALT.

Methodology: we carried out an observational cohort study of patients with ASRP admitted to the hospital from 2015 to 2017. We evaluated the performance and effectiveness of our ALT: referrals to the programme, inpatients mortality, readmissions to hospital, hospital length of stay (LOS) and medical or surgical treatment adherence.

Results: out of 133,181 admissions, 17,387 (13.14%) were positive for ASRP, and 615 (3.54%) were referred to the ALT. Referred patients had less in-hospital mortality, shorter LOS and lower risk of readmissions during the first year of follow-up. Subjects treated in the programme had better therapeutic adherence.

Conclusions: integrating the ALT into an outpatient programme facilitates an earlier detection and initiation of treatment during the hospital stay and the continuity of care. Alcohol misuse conditions affect the patient's prognosis and health outcomes, so appropriate care is needed. Inclusion in the programme was associated with less risk of hospital mortality, fewer readmissions and a lower LOS.

DERIVACIONES AL PROGRAMA

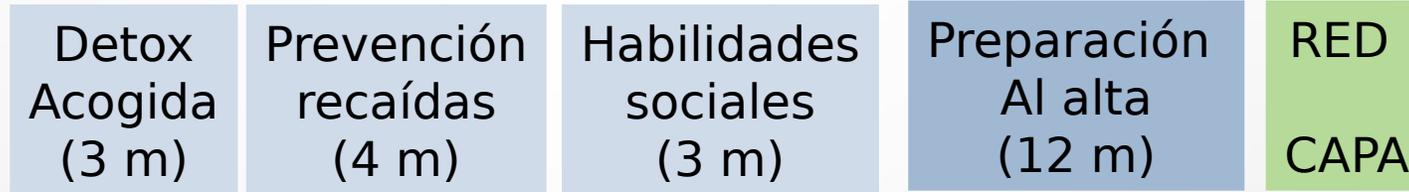
- PRIMARIA: EMAIL, SCAE, PIC A CSM O UICE
- DESDE INTERCONSULTA: INTERNA, DIGESTIVO.
- DESDE CONSULTAS DE ESPECIALIDADES
- DESDE URGENCIAS
- DESDE SALUD MENTAL
- ATENCIÓN INMEDIATA, VISITAS FRECUENTES, SEGUIMIENTO ESTRECHO

PROGRAMA DE ALCOHOL

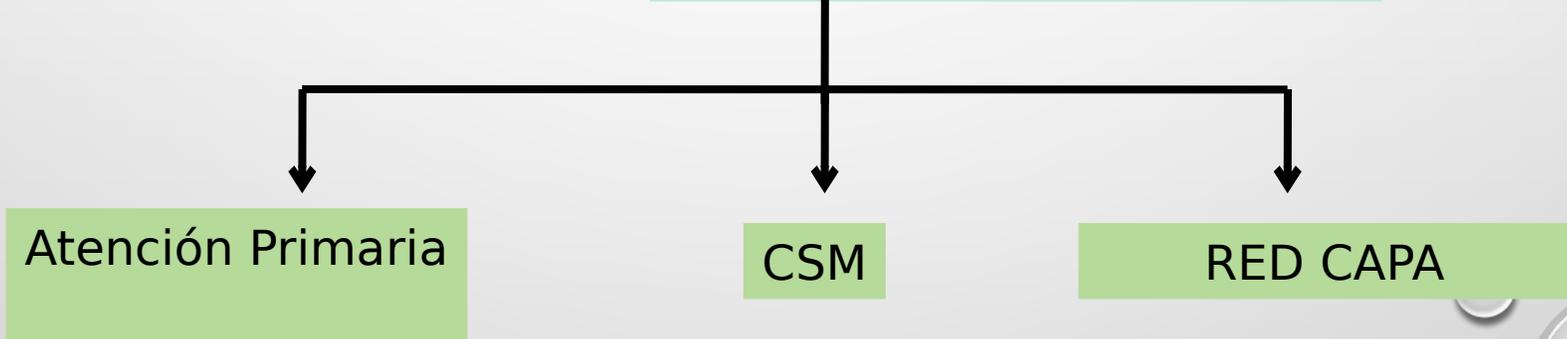
- UICE
- UTH
- CSM
- CAD DE VILLAVERDE
- INGRESOS PARA DESINTOXICACION EN INTERNA

- REUNIONES DE COORDINACIÓN BIMENSUALES

Programa terapéutico



CONTINUIDAD DE CUIDADOS



PROGRAMAS ESPECIALES

- PARA CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPATICO
- GRUPOS DE MUJERES EN EL CSM
- GRUPOS DE FAMILIAS
- PROGRAMA DE CONSUMO CONTROLADO
- LUDOPATIA

- EVALUACION COGNITIVA

Dirección y contacto

UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS

CENTRO DE ACTIVIDADES AMBULATORIAS.
PLANTA 3 MODULO B
TFNO.: 917792356 y 917792355



UNIDAD DE TRANSICION HOSPITALARIA

RESIDENCIA GENERAL SEMISOTANO
TFNO.: 913908019



Contenidos del Programa

PARA TRASTORNOS ADICTIVOS

- Evaluación clínica
- Desintoxicación: en régimen de ingreso o ambulatoria
- Deshabitación
 - Programa Psicoeducativo
 - Programa de Prevención de Recaídas
 - Programa de Habilidades Sociales
 - Programa de Preparación al Alta
 - Programa específico para Mujeres
 - Programa específico para Jóvenes

PARA DIAGNÓSTICO DUAL

- Evaluación diagnóstica de la comorbilidad psiquiátrica
- Intervención psicoterapéutica específica según comorbilidad

PROGRAMA DE COORDINACIÓN

- Coordinación con "Programa de alcoholismo" de los Centros de Salud Mental.
- Coordinación con Grupos de Autoyuda (FACOMA, AA, otros)
- Coordinación con Atención Primaria.

PROGRAMA DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

- Terapia de familiares de pacientes incluidos en nuestro programa de tratamiento
- Terapia de hijos de pacientes incluidos en nuestro programa
- Cursos de prevención para escolares en los colegios del área de influencia del Hospital.

SE PODRÍAN DESTACAR COMO CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA:

- LA RESPUESTA RÁPIDA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE, SE CITA EN UNA SEMANA TRAS LA DEMANDA.
- LA FACILIDAD DE ACCESO, SE PUEDE ACCEDER POR DISTINTAS VÍAS, INCLUIDO EMAIL ESPECÍFICO PARA CITAS PREFERENTES.
- SEGUIMIENTO ESTRECHO DE LOS PACIENTES.
- FÁCIL ACCESIBILIDAD ANTE CONSUMOS, RECAÍDAS U OTRAS CUESTIONES, CON FACILIDAD DE CONTACTO TELEFÓNICO O PRESENCIAL.
- RELEVANCIA DE TERAPIA GRUPAL.
- SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO, MÍNIMO DE DOS AÑOS.
- INGRESOS EN MEDICINA INTERNA PARA DESINTOXICACIÓN SI ES NECESARIO, CON IMPLICACIÓN IMPORTANTE DE ESTOS PROFESIONALES.
- EQUIPO AMPLIO CON EQUIPOS EN CADA CSM.
- INTENSA ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA.
- COORDINACIÓN CON EL CENTRO DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE (CAD) DE VILLAVERDE.
- REUNIONES PERIÓDICAS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROGRAMA.
- PAPEL DEL PACIENTE EXPERTO.
- ESTRECHA COLABORACIÓN CON ASOCIACIONES DE MUTUA AYUDA.

Prevenir y detectar adicciones

Módulo4. realidad asistencial ¿Dónde, cuándo y cómo pedir ayuda?



Programa financiado por el Ministerio de Educación y Formación Profesional

¡¡MUCHAS GRACIAS!!