



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Medikuntza eta Odontologia Fakultatea
Facultad de Medicina y Odontología

Trabajo Fin de Grado

Grado en Medicina

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL, QUE PRECISAN CIRUGÍA DE OTL O MAXILO-FACIAL

Autora:

ESTHER ROMERO KHOURY.

Director:

KARMELO JOSÉ ARALUZE ITURBE.

© 2017 Esther Romero Khoury.

Leioa, 31 de Marzo de 2017

ÍNDICE.

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUCCIÓN. | 1 |
| 2 | OBJETIVOS. | 2 |
| 3 | MATERIAL Y MÉTODOS. | 2 |
| 4 | ASPECTOS GENERALES. | 2 |
| 4.1 | CONCEPTOS GENERALES DEL ALCOHOL | 2 |
| 4.1.1 | Alcohol y afectación del SNC y otros órganos..... | 2 |
| 4.1.2 | Complicaciones quirúrgicas del alcohol y complicaciones intraoperatorias. | 3 |
| 4.2 | CONCEPTOS DE USO PERJUDICIAL-CONSUMO DE RIESGO Y OTROS CONCEPTOS. | 5 |
| 4.3 | EPIDEMIOLOGÍA. | 6 |
| 4.4 | SCREENING Y MÉTODOS DE MEDIDA. | 6 |
| 4.4.1 | Entrevista clínica y cuestionarios. | 7 |
| 4.4.2 | Unidades de bebida estándar..... | 8 |
| 4.4.3 | Marcadores biológicos..... | 9 |
| 4.5 | SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA. | 10 |
| 4.6 | TIPOS DE INTERVENCIONES PREQUIRÚRGICAS. | 11 |
| 5 | MANEJO DE LOS PACIENTES PREQUIRÚRGICOS CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL. | 12 |
| 5.1 | MANEJO PREQUIRÚRGICO. | 12 |
| 5.1.1 | Intervenciones breves. | 12 |
| 5.1.2 | Manejo médico. | 15 |
| 5.2 | MANEJO POSTQUIRÚRGICO. | 16 |
| 6 | RESULTADOS Y CONCLUSIONES. | 17 |
| 7 | BIBLIOGRAFÍA. | 21 |

1 INTRODUCCIÓN.

Los pacientes con consumo perjudicial de alcohol que precisan de cirugía corren muchos riesgos en el período periquirúrgico. Tienen un elevado riesgo de presentar problemas tanto de tipo médico como psiquiátrico que pueden complicar su evolución clínica.

El consumo de alcohol puede interactuar con diferentes medicaciones utilizadas previa, durante y posteriormente a la intervención quirúrgica y además puede complicar la adherencia o cumplimiento terapéutico durante todo el proceso periquirúrgico.

En los pacientes con un mayor consumo de alcohol, aquellos que presentan una dependencia fisiológica del mismo, corren un riesgo aún mayor al poder presentar un síndrome de abstinencia con el consiguiente aumento de la morbilidad periquirúrgica.

Aquellos pacientes en los que esté indicada una intervención quirúrgica de cierta entidad y previamente a la misma, es necesario hacer una evaluación del consumo de alcohol. En aquellos en los que se encuentre, o se sospeche si no es posible evaluar, un consumo perjudicial de alcohol debe de monitorizarse su evolución para poder tratar el síndrome de abstinencia si se presenta y, si fuera posible, previamente a la intervención quirúrgica. Si no fuera posible demorar la intervención quirúrgica y el síndrome de abstinencia del alcohol se manifestase o hubiera gran riesgo de que lo hiciera debe de tratarse profilácticamente con benzodiazepinas.

En aquellos pacientes con consumo perjudicial de alcohol y que precisen de cirugía además de las intervenciones medicamentosas también se deberían de implementar medidas de tipo psicoeducativo como las del modelo de intervención breve.

Si bien lo descrito anteriormente es aplicable a cualquier tipo de intervención quirúrgica en la revisión presente haremos especial énfasis en las intervenciones quirúrgicas del ámbito otorrinolaringológico y maxilo-facial donde el impacto del consumo del alcohol, tanto en la etiopatogenia de la propia patología que requiere la intervención quirúrgica, como en las complicaciones de la misma, son mayores. Además, habitualmente este tipo de intervenciones quirúrgicas no admiten demora

por lo que las intervenciones sobre el consumo de alcohol del paciente y las posibilidades de que este afronte la cirugía en mejores condiciones se ven limitadas.

El objetivo final de la presente revisión es elaborar un protocolo de intervención en el consumo de alcohol en pacientes que precisen de cirugía, generalmente a corto plazo de tiempo, del ámbito otorrinolaringológico y maxilo-facial.

2 OBJETIVOS.

Los objetivos de este trabajo son crear un protocolo de identificación de los pacientes con consumo de riesgo de alcohol que requieren una cirugía de OTL o de Maxilo-Facial, para disminuir así las complicaciones periquirúrgicas y la morbi-mortalidad de los pacientes.

3 MATERIAL Y MÉTODOS.

Se ha realizado una búsqueda electrónica de las publicaciones pertinentes utilizando los siguientes recursos: Ovid Medline, Ovid Embase, Uptodate y Cochrane.

4 ASPECTOS GENERALES.

4.1 CONCEPTOS GENERALES DEL ALCOHOL

4.1.1 Alcohol y afectación del SNC y otros órganos.

Se ha constatado que los pacientes con consumo de riesgo de alcohol presentan un elevado riesgo de complicaciones tanto médicas y psiquiátricas en el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Estas complicaciones se deben al efecto del alcohol a nivel de distintos órganos y aparatos.

El etanol afecta a un amplio número de neurotransmisores y vías de señalización. Su principal acción en el SNC está mediada por el glutamato y el GABA, que son las principales vías de excitación e inhibición en el SNC. (1).

La exposición al etanol activa los receptores GABA-a, resultando en una depresión del SNC. También inhibe la capacidad del glutamato de activar los receptores de NMDA. Esto resulta en una alteración de muchas funciones cognitivas, incluido la capacidad de aprendizaje, la memoria a corto y largo plazo, la capacidad de atención, ansiedad, visión espacial e impulsividad. (1).

El etanol no sólo afecta al SNC, sino que también se ha relacionado con la patogénesis de ciertos tumores, entre los que destacan los tumores de cabeza y cuello entre otros.

“Parece existir un claro consenso de la asociación que hay entre el hábito alcohólico y tabáquico, y el desarrollo de distintas neoplasias, entre ellas las localizadas en el área de la cabeza y el cuello. Asimismo, en relación a esto, queda reflejado en la literatura el efecto sinérgico que presentan ambos, potenciando el riesgo de aparición de cánceres en pacientes con el consumo concomitante” (2).

El consumo de alcohol se considera el segundo factor de riesgo más importante en los cánceres de cavidad oral, faringe y laringe, después del tabaco, incrementando el riesgo de cáncer en la VAS (vía aérea superior), aunque a menudo es difícil separar los efectos del tabaco y del alcohol. Se considera responsable, por sí solo, de aproximadamente el 41% de los cánceres de cabeza y cuello en hombres y del 15% en mujeres, en todo el mundo. Al igual que el tabaco, el riesgo relativo de desarrollar un cáncer de cabeza y cuello relacionado con el alcohol parece ser dosis dependiente. (2).

4.1.2 Complicaciones quirúrgicas del alcohol y complicaciones intraoperatorias.

El consumo no saludable de alcohol contribuye a la aparición de complicaciones operatorias y postoperatorias. Estos pacientes tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades comórbidas que pueden complicar la cirugía, como, por ejemplo, enfermedades hepáticas o demencias que pueden aumentar el riesgo de delirium.

Se ha observado que el riesgo de complicaciones quirúrgicas debido al consumo de alcohol es dosis dependiente, siendo mayor el riesgo cuanto más grave sea el consumo.

Algunas de estas complicaciones incluyen:

- Infecciones: Se ha asociado el consumo de riesgo de alcohol como un factor independiente para el desarrollo de infecciones. Así mismo se conoce que el consumo de riesgo de alcohol induce inmunodepresión al disminuir la actividad de los linfocitos T y su proliferación. (3).
- Alteraciones de la cicatrización. (4).

- Sangrados. (3, 5).
- Alteraciones cardiopulmonares: Se ha observado que los trastornos por consumo de alcohol inducen cardiomegalias, depresión de la fracción de eyección, arritmias (normalmente fibrilación auricular) e isquemias cardíacas. (3, 6, 7).
- Alteraciones hepáticas: los trastornos por consumo de alcohol favorecen la aparición de patologías hepáticas como, hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis alcohólica que pueden contribuir al riesgo quirúrgico. (8).
- Aumento de la estancia hospitalaria. (8).

El consumo no saludable de alcohol, además, puede complicar la administración de medicamentos que se utilizan para la anestesia y la analgesia durante la cirugía.

Estudios han demostrado la necesidad por parte de estos pacientes de dosis superiores de anestesia y de analgesia que la población general.

Se ha demostrado que los pacientes que consumen más de 40g de etanol al día durante al menos dos años, requieren mayores dosis de propofol en la fase de inducción anestésica, comparado con la población general. (9, 10).

El consumo agudo de alcohol antes de una cirugía puede prolongar el efecto de algunos medicamentos como el propranolol o el fenobarbital. En cambio, el consumo crónico de alcohol acorta la duración de acción de algunos medicamentos debido al efecto inductor sobre el citocromo P-450.

Se ha observado que en este tipo de pacientes se ve incrementada la respuesta fisiológica de estrés que hay durante la cirugía. Esta respuesta de estrés se produce por la activación del eje hipotálamo-hipófisis glándula suprarrenal, produciendo un aumento de los niveles séricos de cortisol. Esta respuesta se traduce en un aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial y un aumento de los niveles de catecolaminas. (8).

4.2 CONCEPTOS DE USO PERJUDICIAL-CONSUMO DE RIESGO Y OTROS CONCEPTOS.

Según los criterios de la ICD- 10⁹ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) hay varios patrones de consumo de alcohol, que se deben diferenciar:

Consumo no saludable de alcohol: engloba el espectro de consumo de alcohol, que puede dar lugar a problemas relacionados con la salud, pero no necesariamente los produce. Dentro de este término se incluyen el consumo de riesgo, y los trastornos por consumo de alcohol. (8).

Consumo de riesgo de alcohol: se define como aquel patrón de consumo en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol, pero sí daño futuro social, psíquico y físico. Algunas de estas consecuencias son: depresión, mayor riesgo de sangrados gastrointestinales, enfermedades de transmisión sexual, infartos, cáncer, alteraciones hepáticas y cardíacas, alteraciones embrionarias, complicaciones quirúrgicas. (11, 8).

Trastornos por consumo de alcohol: Este término ha reemplazado en el DSM-V el término de trastornos por abuso de alcohol y dependencia alcohólica del DSM-IV. Hace referencia a un patrón de consumo de alcohol caracterizado por un deterioro clínicamente significativo manifestado por alteraciones del comportamiento, sociales o psíquicas. (12).

Consumo compulsivo (binge drinking): este término se ha definido como aquel consumo de alcohol, en el cual, a las dos horas de la ingesta, la concentración de alcohol en sangre alcanza los valores de 0.08g/dl. En los hombres se ha definido después de ingerir 5 UBE (unidades de bebida estándar) y en las mujeres 4 UBE. (8, 13).

Dependencia alcohólica: es el patrón más grave de consumo. Consiste en una serie de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los que el consumo del alcohol supone para el individuo una prioridad mucho más elevada que otras conductas que antes tenían mayor valor. Una característica central es el deseo poderoso y difícil de controlar de beber alcohol. (11).

Consumo perjudicial de alcohol: se define como aquel patrón que causa daño para la salud. Puede ser físico (ejemplo: cirrosis hepática) o mental (ejemplo: depresión asociada al consumo). (11).

4.3 EPIDEMIOLOGÍA.

El alcohol es la segunda sustancia psicotrópica más usada en el mundo y el tercer factor de riesgo para muerte prematura y discapacidad. Su uso nocivo es un problema de salud pública mundial, dado su impacto personal, laboral, familiar, económico y social.

Esta sustancia se ha asociado a 1.8 millones de muertes al año en todo el mundo, y a pesar de ello su consumo sigue incrementando. (14).

En Europa, la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en pacientes que se van a someter a cirugía oscila entre 7% y el 49%. (15,16,17).

La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en pacientes quirúrgicos no está bien definida, pero se sabe que es mayor que en la población general.

Un estudio ha revelado que el 23% de los pacientes ingresados en cirugía general, y el 43% de los pacientes ingresados en otorrinolaringología dieron positivo en el screening de dependencia alcohólica. (8).

Así mismo se sabe que la incidencia de síndromes de abstinencia es de 2 a 5 veces más frecuente en pacientes que van a ser sometidos a cirugía. (8).

4.4 SCREENING Y MÉTODOS DE MEDIDA.

Existen diversos métodos de medida para el screening de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Estos métodos pueden ser cualitativos o cuantitativos. En los siguientes párrafos se mencionan los métodos más utilizados.

4.4.1 Entrevista clínica y cuestionarios.

En el periodo preoperatorio es importante identificar a los pacientes con mayor probabilidad de complicaciones postquirúrgicas. Todos los pacientes que vayan a someterse a una cirugía deberían ser preguntados acerca de la frecuencia de consumo, cantidad y consumo reciente de alcohol. Esto permite a los clínicos prevenir ciertas complicaciones.

La función principal del screening en el periodo preoperatorio es la de asegurar que todos los pacientes con consumo no saludable de alcohol sean identificados.

Para llevar a cabo este screening hay distintos tipos de metodología.

Se puede preguntar directamente acerca del consumo, haciendo hincapié en la frecuencia, cuántas consumiciones toma cada día que consume alcohol, preguntar si el paciente realiza el mismo consumo días laborables y festivos, como se puede observar en la **Figura 1 del anexo**. (18).

También se puede realizar a través de cuestionarios. La ventaja de estos es que son rápidos, sencillos, la recogida de datos es estandarizada y lo puede realizar cualquier miembro del personal e incluso el propio paciente en los cuestionarios auto administrados.

El cuestionario que más se utiliza para el screening inicial y poder identificar así a los pacientes con consumo de riesgo, es el AUDIT-C. **Figura 2 del anexo**.

Consta de las tres primeras preguntas del cuestionario AUDIT en su versión completa. El punto de corte que se ha establecido es de 5 puntos para los hombres y 4 puntos para las mujeres. Superar este umbral en el año previo a la cirugía se ha asociado a un aumento de las complicaciones quirúrgicas. (18).

Si supera dicho umbral se le puede pasar el cuestionario completo u otros test para identificar así otros problemas como la dependencia alcohólica.

Para identificar la dependencia alcohólica se emplean otros cuestionarios como puede ser el CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation). Su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación. Las preguntas pueden administrarse solas o “camufladas” con otras preguntas de otra índole, para evitar el rechazo por parte del paciente. Las preguntas son la siguientes:

- ¿Ha tenido usted la impresión de que debería beber menos?
- ¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

El test se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas. Se trata de un test de cribado para la detección de la dependencia, ya que el diagnóstico de ésta se debe de basar en otras pruebas complementarias. (11).

4.4.2 Unidades de bebida estándar.

Otra opción para saber si nuestro paciente realiza un consumo de riesgo es calcular los gramos de alcohol que consume cada día. En la práctica clínica no se calculan los gramos de alcohol puro, sino que se realiza un cálculo aproximado de los gramos de alcohol consumidos, utilizando como medida la denominada unidad de bebida estándar (UBE). El valor de la UBE en España se establece en 10 g de alcohol y equivale a una consumición de vino (100 ml), cava (100 ml) o cerveza (200 ml) y a media consumición de destilados o combinados (25 ml).

Según la OMS los niveles considerados de riesgo son para mujeres y personas mayores de 65 años consumir más de 17 UBE por semana o más de 3 UBE por ocasión de consumo; para hombres más de 28 UBE por semana o más de 5 UBE por ocasión de consumo, estas cifras se corresponden con más de 40g/día en el varón y más de 24g/día en la mujer. Todo valor por encima de estas cifras es subsidiario de una intervención destinada a reducirlo. (18). Se puede observar en la **Figura 3 del anexo.** (18).

El límite de consumo prudente se ha establecido en 2 UBE/ día en la mujer y 3 UBE/día en el varón (14 y 21 UBE a la semana respectivamente). El riesgo progresa de forma continuada, como se puede observar en la **Figura 4 del anexo,** (18) y se debería educar a la población para que no se moviera en la franja que se considera prudente. Sin embargo, se ha consensuado un valor de consumo de riesgo medio (más de 24 g/día en la mujer y más de 40 g/día en el hombre), como umbral de intervención para la reducción de consumos. (18).

4.4.3 Marcadores biológicos.

Los marcadores biológicos, aunque tienen un bajo rendimiento clínico como instrumentos de detección precoz, reflejan la impregnación crónica alcohólica, ayudan a identificar el origen alcohólico de la patología orgánica y sirven para monitorizar el seguimiento. Dentro de los parámetros analíticos destacan el volumen corpuscular medio (VCM), GGT, CDT (transferrina deficiente en carbohidratos), ALT, AST. Ninguno de estos marcadores tiene la sensibilidad suficiente como para diagnosticar un consumo de riesgo. (18).

Se ha demostrado que los pacientes con episodios de consumo de riesgo de alcohol tienen mayor probabilidad de presentar síntomas de síndrome de abstinencia. En estos pacientes es preciso investigar antecedentes de síndromes de abstinencia previos.

Algunos pacientes se niegan a realizar el cuestionario de screening previo a la cirugía, o no es posible realizarlo debido a la situación funcional del paciente, por ejemplo, pacientes inconscientes o bajo sedación. En estos casos es de utilidad realizar una correcta exploración física, estudios de laboratorio que, como se ha mencionado, detectan situaciones de consumo crónico, y realizar una correcta historia clínica. (8).

Los factores de riesgo que sugieren una posible dependencia psicológica a dicha sustancia, incluyen, la presentación de una intoxicación etílica o niveles detectables (especialmente altos) en sangre periférica e historia personal de síndrome de abstinencia alcohólica previa.

El examen físico puede revelar alteraciones congruentes con consumos agudos y/o crónicos. Pueden ayudar al diagnóstico, pero no son lo suficientemente sensibles ni específicas como para identificar consumos de riesgo. (8).

Como ya se ha mencionado algunos parámetros bioquímicos pueden ayudar al diagnóstico, pero por sí mismos no identifican consumos de riesgo.

Todos los pacientes con sospecha o confirmación de consumo de riesgo de alcohol deberían ser evaluados para identificar síntomas de abstinencia, con una herramienta validada como es la escala de CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol), que nos permite evaluar la gravedad de los síntomas de abstinencia

alcohólica. Con el fin de disminuir la morbi-mortalidad asociada al síndrome de abstinencia.

4.5 SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA.

Cualquier tipo de ingreso hospitalario o incluso el periodo preoperatorio requiere por parte del paciente abstinencia alcohólica, lo que puede dar lugar a un síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia consta de una serie de signos y de síntomas de intensidad variable que aparece al suspender o reducir el consumo de alcohol.

Esta sustancia debe de haberse ingerido de forma repetida y habitualmente en dosis altas y /o durante un periodo prolongado de tiempo. Es uno de los indicadores de síndrome de dependencia.

Los síntomas moderados incluyen:

- Insomnio.
- Temblor.
- Ansiedad.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Anorexia.
- Cefalea.
- Diaforesis.
- Palpitaciones.
- Taquicardia.
- Hipertensión.

Dentro de los síntomas severos se encuentran:

- Desorientación.
- Hipertermia.
- Agitación.
- Alucinaciones.
- Convulsiones.

El inicio del cuadro puede variar en el tiempo. Los síntomas moderados pueden comenzar hasta dos horas después del cese del consumo. Los síntomas severos

pueden comenzar desde cuatro días después del cese del consumo hasta una semana después. (8).

4.6 TIPOS DE INTERVENCIONES PREQUIRÚRGICAS.

El ejercicio físico, el estado nutricional y algunos factores como el consumo de tabaco y de alcohol y otras comorbilidades, son factores pronósticos para el desarrollo de eventos adversos durante la cirugía, aumentando el riesgo de mortalidad de los pacientes. De tal forma, que, si se consigue alcanzar un buen estado basal se pueden disminuir la tasa de eventos adversos posteriores a la intervención quirúrgica. (19).

La mayoría de los estudios están focalizados en las intervenciones prequirúrgicas en cirugías electivas no urgentes, pero hay muy pocos estudios de este tipo de intervenciones en pacientes con cáncer. Este tipo de pacientes tienen un periodo ventana entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica de menos de seis semanas, por lo que las intervenciones tienen que estar ajustadas a este corto periodo de tiempo. (19).

La mejor intervención prequirúrgica no está bien establecida. Debe de ser multicomponente que incluya una serie de aspectos, entre los que destacan: (19).

- Realización de ejercicio físico.
- Dieta que incluya la pérdida de peso en los pacientes que así se considere necesario o aporte nutricional en pacientes con déficits vitamínicos y de algún nutriente.
- Intervenciones psicológicas como puede ser la intervención cognitivo conductual.
- Intervenciones médicas con el fin de alcanzar el estado óptimo basal del paciente, monitorizando la glucemia, la tensión arterial, tratamiento de las anemias, optimización de la medicación.
- Intervenciones de detoxificación de sustancias perjudiciales como el tabaco, el alcohol u otro tipo de drogas que promuevan el cese de consumo de dichas sustancias.

5 MANEJO DE LOS PACIENTES PREQUIRÚRGICOS CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL.

El manejo de estos pacientes persigue varios objetivos.

- Reducir el consumo de alcohol.
- Prevenir, detectar y tratar el síndrome de abstinencia.
- Anticipación y manejo de las complicaciones perquirúrgicas por consumo de alcohol.

5.1 MANEJO PREQUIRÚRGICO.

Este apartado se va a dividir en dos subapartados. El manejo prequirúrgico puramente médico, y el manejo psicológico por medio de intervenciones breves.

5.1.1 Intervenciones breves.

Este tipo de intervenciones tienen su base en la entrevista motivacional propuesta por William Miller y Stephen Rollnick. Es un enfoque de terapia breve para abordar y tratar la ambivalencia hacia el cambio, muy característica en las personas con comportamientos adictivos. (20).

Las intervenciones breves tienen el objetivo de reducir y/o evitar el consumo de alcohol previo a la cirugía, determinar el riesgo de síndromes de abstinencias y desarrollar un plan para minimizar las complicaciones perquirúrgicas relacionadas con el consumo de alcohol.

Se trata de intervenciones limitadas en el tiempo, de duración siempre inferior a la de un tratamiento específico. Son intervenciones precoces, proactivas en el sentido de que se adelantan a la demanda del paciente porque intentan identificar situaciones de riesgo e intervenir sobre ellas. Su objetivo es promover un cambio en la conducta problema identificada, concienciando al paciente y activando sus propios recursos.

Incluyen una evaluación global, un consejo o asesoramiento y un cierto grado de seguimiento. (18). Consta de una serie de elementos abreviados bajo el acrónimo FRAMES. (Figura 5) (18).

| ELEMENTOS ACTIVOS DE LAS INTERVENCIONES BREVES: FRAMES. |
|---|
| F: feedback (evaluación de vuelta). |
| R: responsibility (responsabilidad). |
| A: advice (consejo). |
| M: menú (menú de opciones). |
| E: empathy (empatía). |
| S: self-efficacy (autoeficacia). |

Figura 1 Distintos Elementos Activos de las Intervenciones

Conociendo la situación, el paciente ha de asumir su propia responsabilidad de aprovechar el consejo que se le ofrece, pudiendo elegir entre diversas opciones para cambiar su conducta.

Es importante en esta relación médico-paciente que éste muestre empatía y comprensión ante la situación, así como que apoye al paciente en su avance, reforzándole su confianza en sí mismo.

Los elementos del FRAMES derivan de la integración de los modelos del cambio de Prochaska y DiClemente y del abordaje motivacional, en los que se fundamenta la intervención breve.

Prochaska y DiClemente describieron los estadios que ha de recorrer una persona para cambiar. El primer estadio es la precontemplación, donde el paciente no cree tener ningún problema, y, por tanto, no es necesario ningún cambio. El segundo estadio es la contemplación, “donde el paciente intuye que algo va mal y puede modificarlo, pero se siente ambivalente frente al cambio”⁽¹⁸⁾. El tercer estadio es la preparación en donde se ha resuelto la ambivalencia. El cuarto estadio es la acción, en donde se decide actuar y se empieza a cambiar. El quinto estadio es el mantenimiento, en donde se consolida el cambio. El sexto estadio es la recaída que siempre es posible, incluso algunos pacientes requieren reiniciar el circuito varias veces. Esto se puede observar en la **Figura 6.** (18).



Figura 2 Modelo del cambio. (Modificado de Prochaska y Di-Clemente, 1988)

Se han propuesto distintas estructuras de la entrevista motivacional breve, debe constar de una serie de preguntas.

- Preguntar por el consumo de alcohol en general
- Preguntar por el consumo habitual.
- Preguntar sobre el estilo de vida o situación vital (estrés, problemas) y su asociación con el consumo.
- Preguntar o valorar primero la salud del paciente y la posible relación de su deterioro con el consumo de alcohol.
- Evocar las cosas buenas y las menos buenas o malas asociadas al consumo de alcohol en el paciente.
- Averiguar el consumo pasado y el actual, y el significado de éste.
- Ofrecer información y pulsar la opinión del paciente al respecto.
- Aclarar las posibles preocupaciones del paciente relacionadas con el consumo de alcohol.
- Preguntar al paciente cuál es, a su juicio, el próximo paso a dar.

En resumen, el modelo de entrevista motivacional trata de que, el paciente haciendo balance de su situación, decida lo que más conviene a su salud, siendo necesario

algunas veces implementar un tratamiento médico para que el paciente lleve a cabo el objetivo de abandonar o disminuir el consumo de alcohol, por lo menos hasta la cirugía.

5.1.2 Manejo médico.

Se ha visto que la abstinencia se ha relacionado con un menor número de complicaciones postquirúrgicas. El objetivo primordial es lograr la abstinencia previa a la cirugía en todos los pacientes con consumo no saludable de alcohol que se vayan a someter a algún tipo de cirugía.

En algunos pacientes es necesario a parte de las intervenciones breves, tratamiento médico previo a la cirugía. Se utiliza disulfiram o acamprosato en el periodo previo a la cirugía junto con la terapia psicológica para tratar a los pacientes con consumo perjudicial de alcohol o dependencia alcohólica, en los que se espera que la terapia psicológica no sea suficiente para lograr la abstinencia. (8).

Los pacientes con historia conocida o sospecha de consumo perjudicial de alcohol requerirán monitorización en busca de síntomas de abstinencia, y tratamiento profiláctico.

Para llevar a cabo la monitorización es necesario disponer de un instrumento validado como es la escala CIWA-Ar, que se utiliza para medir la severidad de los síntomas de abstinencia, como se puede ver en **la Figura 7 del anexo.** (8).

La presentación del síndrome de abstinencia puede ser similar a las manifestaciones de la respuesta al estrés de la cirugía, lo que retrasaría el reconocimiento y el diagnóstico del síndrome de abstinencia, aumentando la morbimortalidad del paciente. La evaluación preoperatoria acerca del tipo de consumo, así como el riesgo de desarrollar un síndrome de abstinencia es lo que va a marcar la diferencia, inclinando el diagnóstico hacia uno u otro lado. (8).

La profilaxis se da a pacientes asintomáticos, pero en los que se sospeche una alta probabilidad de desarrollar un síndrome de abstinencia. En este apartado también se incluyen a los pacientes que se van a someter a cirugía, y que no se conoce su consumo de alcohol, porque el paciente está intubado o sedado. En estos casos es importante preguntar a la familia acerca del consumo.

Para la profilaxis es preferible utilizar benzodiazepinas de vida media larga a dosis bajas en vez de otros agentes, ya que se ha demostrado que disminuyen la incidencia de síndromes confusionales y de convulsiones de una forma más segura y más efectiva. (21).

La profilaxis debe comenzar desde el inicio de la abstinencia o en su defecto, desde el ingreso del paciente para cirugía.

5.2 MANEJO POSTQUIRÚRGICO.

Dentro de las complicaciones postquirúrgicas las más graves son: síndrome de abstinencia (aunque puede ocurrir en cualquier fase de la cirugía), delirium tremens, agitación, síndrome de Wernicke-Korsakoff.

En caso de que se produjera un síndrome de abstinencia, tendría que evaluarse la severidad de los síntomas con un instrumento validado como es la escala CIWA-Ar, como se ha mencionado anteriormente.

Dependiendo de la gravedad de los síntomas se administrarán distintas dosis de fármacos. En general se utilizan benzodiazepinas intravenosas o por vía oral, dependiendo de la capacidad del paciente para tomar medicación por vía oral. Las benzodiazepinas que más se utilizan son diazepam y lorazepam. (8).

La complicación más temida del síndrome de abstinencia es el delirium tremens. Es una patología infrecuente, pero si se presenta puede comprometer seriamente la vida del paciente.

Se caracteriza por la presencia de alucinaciones, temblor corporal, agitación, confusión irritabilidad, desorientación, delirios, convulsiones, estupor, pudiendo llegar incluso al coma y la muerte. Se debe a una privación brusca de alcohol. La vida puede verse comprometida si existe hipertermia, arritmias, convulsiones o alteraciones médicas concomitantes.

El delirium tremens se produce 3 días después de la aparición de los síntomas de abstinencia, y puede durar de 1 a 8 días.

Es importante descartar que el delirium se deba a una patología orgánica como pueden ser alteraciones metabólicas, infecciones, alteraciones cardiacas. Por ello hay

una serie de indicadores que orientan a que el delirium pueda ser debido a la privación del alcohol.

La presencia de delirium tremens se puede prever por una puntuación en la escala CIWA-AR de más de 15 puntos (especialmente si hay una presión arterial sistólica de más de 150mmHg o una frecuencia cardiaca de más de 100 latidos por minuto), convulsiones debido a la abstinencia, episodios anteriores de delirium tremens, edad avanzada, uso reciente de otros agentes depresores del sistema nervioso central o patologías médicas concomitantes. (22).

El principal objetivo en el tratamiento del delirium tremens es disminuir el riesgo de convulsiones, controlar la agitación y la desorientación. Es preferible que el tratamiento se realice en una unidad de cuidados intensivos.

El tratamiento se basa fundamentalmente en la administración intravenosa de benzodiazepinas, monitorización exhaustiva, hidratación y medidas de soporte hasta controlar los síntomas. (22).

Otra complicación que se puede presentar es el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Se debe a un daño cerebral debido al déficit de vitamina B1, común en pacientes con consumo de riesgo de alcohol. Todos los pacientes con trastornos por consumo de alcohol deberían recibir tiamina durante el periodo peroperatorio y perioperatorio.

6 RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Como se ha expuesto anteriormente el consumo de riesgo, perjudicial o dependencia de alcohol es causa de una importante morbilidad y mortalidad tanto médica como quirúrgica.

Los pacientes con consumo de riesgo, perjudicial o dependencia de alcohol manifiestan muchos problemas en el periodo periquirúrgico, tanto desde el punto de vista médico como psiquiátrico, destacando entre otros la posibilidad de presentar un síndrome de abstinencia de alcohol en cualquier momento.

En el caso específico de patología quirúrgica otorrinolaringológica y maxilo-facial lo dicho es especialmente cierto puesto que la prevalencia de consumidores abusivos o dependientes de alcohol es especialmente alta. Por ello es importante diseñar un programa de cribado de consumo de riesgo, perjudicial o dependencia de alcohol en

los pacientes que requieran cirugía de OTL o Maxilo-facial para intervenir en ellos y minimizar la morbi-mortalidad periquirúrgica. En nuestro caso, se trata de pacientes que precisan Cirugía Urgente (en el plazo de un mes) debido a que su patología es grave, generalmente de tipo tumoral y no admite demoras, lo cual condiciona las intervenciones prequirúrgicas.

Programa de cribado de Consumo de Riesgo, Perjudicial o Dependencia de Alcohol en los pacientes que requieran Cirugía Urgente de OTL o Maxilo-facial

1. Todos los pacientes en su valoración previa a la cirugía deberían de ser evaluados con respecto a la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol reciente utilizando las medidas estandarizadas actuales: Unidades de Bebida Estándar (UBE). Además, se les debería de administrar la escala AUDIT-C y de examinar los marcadores biológicos de consumo abusivo de alcohol disponibles como el Volumen Corpuscular Medio (VCM) y si estuviera disponible la Gamma-Glutamil-Transpeptidasa (GGT).
2. A los pacientes que sean detectados como positivos en primer lugar se les debería de evaluar médicamente para evidenciar las complicaciones derivadas del consumo de alcohol como el deterioro hepático, la supresión de la médula ósea, etc. que pudieran comprometer adicionalmente el proceso periquirúrgico.
3. Para abordar la problemática del Consumo de Riesgo, Perjudicial o Dependencia del alcohol a los pacientes positivos se les citará en unas entrevistas de tipo motivacional con el formato denominado intervenciones breves. El objetivo es cesar o disminuir el consumo del alcohol previamente a la intervención quirúrgica. Tras la cirugía podrá continuarse con dicho abordaje.
4. Estos pacientes deberán de ser monitorizados y revalorados repetidamente a lo largo del proceso periquirúrgico para detectar síntomas de un Síndrome de Abstinencia de Alcohol o bien signos de infección, alteraciones cerebrales, complicaciones de índole hematológica o metabólica, así como problemas cardiovasculares. Todos ellos pueden manifestarse clínicamente como un

Delirium (Síndrome Confusional Agudo) pero la diferente causalidad requeriría de intervenciones terapéuticas específicas.

5. En aquellos casos en los que no se requiera una cirugía urgente, esta será retrasada y se tratará al paciente de la afectación médico-orgánica provocada por el consumo de alcohol, a la vez que el objetivo a lograr sería la abstinencia del consumo de alcohol, tratando para ello el Síndrome de Abstinencia. Ello evitaría o disminuiría muchas de las complicaciones perquirúrgicas.
6. Los pacientes que manifiesten un Síndrome de Abstinencia deben de ser tratados del mismo con benzodiazepinas utilizando como instrumento guía la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised (CIWA-Ar).
7. En aquellos pacientes no motivados a dejar o reducir el consumo de alcohol y en los que se conozca o sospeche un consumo elevado del mismo y que podría presentar sintomatología asistencial se recomienda un tratamiento profiláctico con benzodiazepinas mejor que una actitud expectante.

Los pacientes con consumo abusivo de alcohol deberían de recibir tratamiento con tiamina oral o parenteral para evitar el Síndrome de Wernicke-Korsakoff, y otros preparados multivitamínicos.

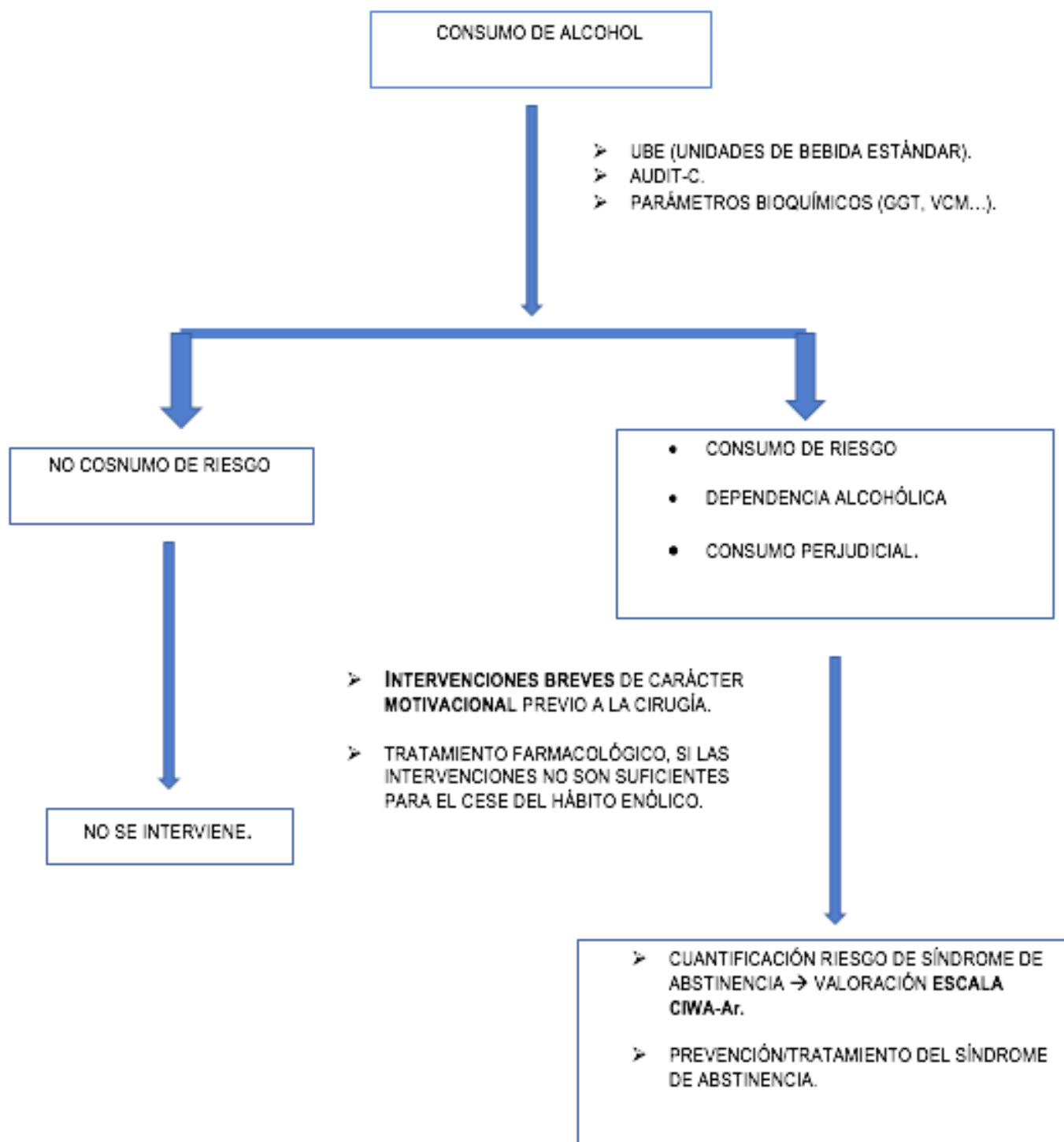


Figura 3 Protocolo de actuación.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Awissi, Don-Kelena, Yoanna MD, Fagnan, Skrobik, Mylene. Alcohol, Nicotine, and iatrogenic Withdrawals in the ICU. *Critical Care Medicine*. 2013; 41 (9): 57-68.
2. Galindo Torres B, De Miguel García F, Orte Aldea C, Rodríguez Montesdeoca I, Llano Espinosa M, Fernández Liesa R. Tabaco, alcohol y cancer de laringe. *O.R.L. Aragón*. 2014; 17 (2): 4-5.
3. Tonnesen H, Petersen KR, Hojgaard L. Postoperative morbidity among symptom-free alcohol misusers. *Lancet* 1992; 340-334.
4. Rantala A, Lehtonen OP, Niinikoski J. Alcohol Abuse: a risk factor for surgical wound infections? *Am J Infect Contrl*. 1997; 25:381.
5. Tonnesen H, Schütten BT, Jorgensen BB. Influence of alcohol on morbidity after colonic surgery. *Dis Colon Rectum* 1987; 30:549.
6. Tonnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomized controlled trial. *BMJ*. 1999: 318-1311.
7. Samokhvalov Av, Irving HM, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for atrial fibrillation: a systematic review and meta- analysis. *Eur J Cardiovasc PRev Rehabil* 2010; 17:706.
8. Uptodate.com (Internet). Richard Saitz; 2016 (citado el 10 enero 2017). Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/identification-and-management-of-unhealthy-alcohol-use-in-the-perioperative->

period?source=search_result&search=identification+and+management+of+unhealthy+alcohol+use+in+the+preoperative+period&selectedTitle=1%7E150.

9. Fassoulaki A, Farinotti R, Servin F, Desmounts JM. Chronic alcoholism increases the induction dose of propofol in humans. *Anesth Analg*. 1993; 77: 553.
10. St Haxholdt O, Krintel JJ, Johansson G. Pre-operative alcohol infusion. The need for analgesic supplementation in chronic alcoholics. *Anaesthesia*. 1984; 39:240.
11. Silla Stoel M, Rosón Hernández B. Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo. *Trastornos Adictivos*. 2009;11(3):191-199.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
13. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: A clinician's guide. NIH publication 05-3769, Bethesda, MD 2005.
14. World Health Organization. Management of substance abuse report. WHO Geneva 2008.
15. Kip MJ, Neumann T, Jugel C, Kleinwaechter R, Weiss- Gerlach, Guill MM, et al. New strategies to detect alcohol use disorders in the preoperative assessment clinic of a German university hospital. *Anesthesiology* 2008;109(2): 169–70. [PUBMED: 18648225].
16. Tønnesen H. Alcohol abuse and postoperative morbidity. *Danish Medical Bulletin* 2003;50(2):139–60. [PUBMED: 12812138]
17. Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Møller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *British Journal of*

- Anaesthesia 2009;102(3): 297–306. [PUBMED: 19218371].
18. Rodríguez Martos, A. Intervención breve en un bebedor de riesgo desde la atención primaria de salud. *Trastornos Adictivos*. 2005; 7 (4): 197-210.
 19. Perry R, Lauren J, Richard A, Haase J, Savovic J, Ness A, et al. Pre-admission interventions to improve outcome after elective surgery-protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* (2016) 5:88
 20. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. 4th edition. New York: The Guilford Press. 2002.
 21. Kosten T, O'Connor P. Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Medicine*. 2003; 348-1786.
 22. Kork F, Neumann T, Spies C. Perioperative management of patients with alcohol, tobacco and drug dependency. *Current opinion in Anaesthesiology*. 2010; 23: 384-390.

8. ANEXOS.

¿Bebe usted alguna vez bebidas alcohólicas (vino, cerveza o licores)?

1. Si bebe, en una semana típica:
 - ¿Cuántos días toma alguna bebida alcohólica?
 - El día que bebe, ¿cuántas consumiciones y de qué tipo?
2. Evocar separadamente días laborables y festivos.
3. ¿Toma alguna vez más de 5 (varón)/4 (mujer) consumiciones alcohólicas en el espacio de pocas horas?
 - En caso afirmativo, ¿cuánto bebe, en qué circunstancias y con qué frecuencia ocurre esto?

Figura 1 Modelo de entrevista clínica semiestructurada.

| |
|---|
| <p>¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca. (1) Una o menos veces al mes. (2) De 2 a 4 veces al mes. (3) De 2 a 3 veces a la semana. (4) 4 o más a la semana.</p> |
| <p>¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2. (1) 3 o 4. (2) 5 o 6. (3) 7, 8 o 9. (4) 10 o más.</p> |
| <p>¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca. (1) Menos de una vez al mes. (2) Mensualmente. (3) Semanalmente. (4) A diario o casi a diario.</p> |

Figura 2 Test AUDIT-C.

| TIPOS DE BEBIDA (GRADUACIÓN) | CANTIDAD | UNIDADES DE BEBIDA (UBE) | GRAMOS |
|------------------------------|----------------------|--------------------------|--------|
| Vino (12°) | 1 vaso pequeño | 1 | 10 |
| Cava (11°) | 1 copa | 1 | 10 |
| Cerveza (5°) | 1 quinto | 1 | 10 |
| Cerveza (5°) | 1 mediana (333ml) | 1,5 | 13 |
| Jerez (20°) | 1 copa (50ml) | 1,5 | 10 |
| Licor (40°) | 1 copa o 1 combinado | 2 | 20 |
| Licor (40°) | 1 "carajillo" | 1,5 | 10 |

Figura 3 Equivalentes de las consumiciones en unidades y gramos de alcohol puro.

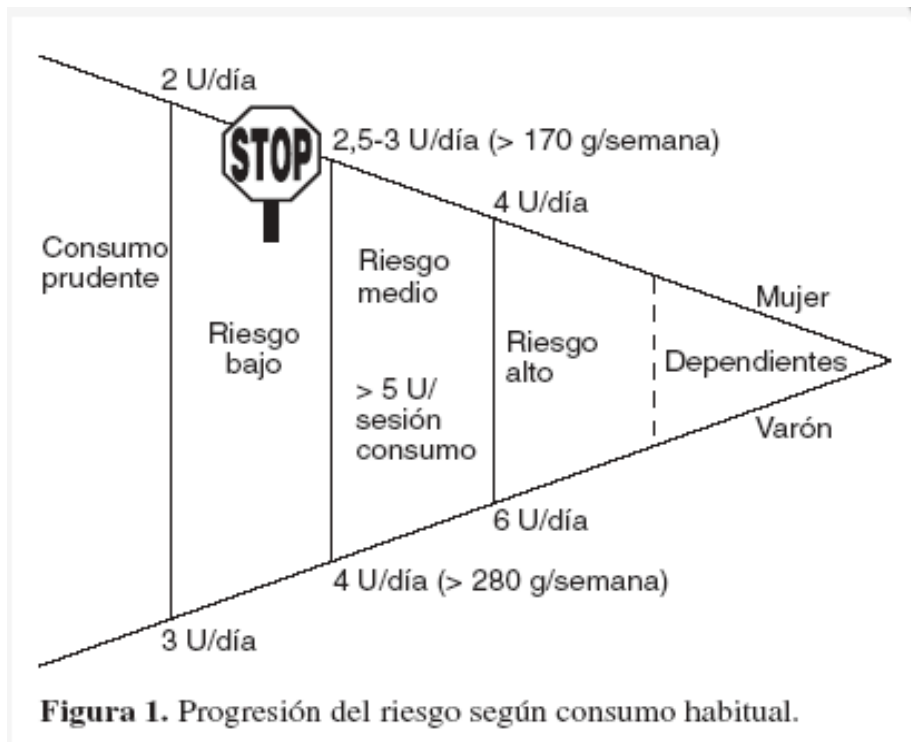


Figura 4 Progresión del riesgo según el consumo habitual.

| Nauseas y vómitos | Alteraciones táctiles |
|---|--|
| 0: Sin náuseas ni vómitos | 0: Ninguna |
| 1: Náuseas leves sin vómitos | 1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...) |
| 2 | 2: Idem suave |
| 3 | 3: Idem moderado |
| 4: Náuseas intermitentes con esfuerzos secos | 4: Alucinaciones moderadas |
| 5 | 5: Alucinaciones severas |
| 6 | 6: Alucinaciones extremas |
| 7: Náuseas constantes y vómitos | 7: Alucinaciones continuas |
| Temblores | Alteraciones auditivas |
| 0: Sin temblor | 0: Ninguna |
| 1: No visible, puede sentirse en los dedos | 1: Muy leves sonidos secos o capaces de asustar |
| 2 | 2: Idem leves |
| 3 | 3: Idem moderados |
| 4: Moderado con los brazos extendidos | 4: Alucinaciones moderadas |
| 5 | 5: Alucinaciones severas |
| 6 | 6: Alucinaciones extremas |
| 7: Severo, incluso con los brazos no extendidos | 7: Alucinaciones continuas |
| Sudor | Alteraciones visuales |
| 0: No visible | 0: Ninguna |
| 1: Palmas húmedas | 1: Muy leves |
| 2 | 2: Leves |
| 3 | 3: Moderadas |
| 4: Sudor en la frente | 4: Alucinaciones moderadas |
| 5 | 5: Alucinaciones severas |
| 6 | 6: Alucinaciones extremas |
| 7: Empapado | 7: Alucinaciones continuas |
| Ansiedad | Cefalea |
| 0: No ansioso | 0: No presente |
| 1: Ligeramente | 1: Muy leve |
| 2 | 2: Leve |
| 3 | 3: Moderada |
| 4: Moderado | 4: Moderadamente severa |
| 5 | 5: Severa |
| 6 | 6: Muy severa |
| 7: Ataque agudo de pánico | 7: Extremadamente severa |
| Agitación | Orientación y funciones superiores |
| 0: Actividad normal | 0: Orientado y puede sumar |
| 1: Algo hiperactivo | 1: No puede sumar, indeciso en la fecha |
| 2 | 2: Desorientado temporalmente (<2 días calendario) |
| 3 | 3: Mayor desorientación temporal (>2 días) |
| 4: Moderadamente inquieto | 4: Desorientación espacial y/o en persona |
| 5 | |
| 6 | |
| 7: Cambio continuo de postura | |

Figura 5 Escala CIWA-Ar.

