

EDITORIAL

Equidad asistencial: Por qué la interconsulta en adicciones debe estar presente en todos los centros hospitalarios

Equity in healthcare: Why addiction consultation-liaison services should be present in all hospitals

LAURA BUENO-SANYA^{*,**,***}; NÉSTOR ARBELO^{****}; MERCÈ BALCELLS^{*,**}; MERCÈ CÀMARA^{****}; ÒSCAR DE JUAN^{*****}; LAIA MIQUEL^{*,**}; LUIS PINTOR^{****}; MARÍA TERESA PONS^{*,**,***}; LUIS OLIVIER^{*,**}; HUGO LÓPEZ-PELAYO^{*,**,****}.

* Grupo de Investigación en Salud y Adicciones (Grupo de Investigación Emergente), Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi I Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.

** Unidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Cataluña, España.

*** Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

**** Unidad de Psiquiatría de Enlace. Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Cataluña, España.

***** Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

La prevalencia de los trastornos por uso de sustancias (TUS) entre pacientes hospitalizados constituye un problema de salud pública de primera magnitud. Entre el 20 y el 45% de los pacientes hospitalizados por una razón médica o quirúrgica tienen un TUS. En Estados Unidos y Canadá hasta el 44% de los pacientes hospitalizados tienen un TUS. En Reino Unido, uno de cada cinco pacientes hospitalizados tiene un trastorno por consumo de alcohol (Department of Health and Social Care, 2025; Donroe et al., 2025). En nuestro entorno europeo mediterráneo, se evaluaron 800 pacientes ingresados por patología médica, identificándose un consumo de riesgo alto o moderado de alcohol en el 8% y de tabaco en el 35%. Los que consumían alcohol con un patrón de riesgo moderado o alto (según la escala ASSIST) presentaban peor funcionalidad y una estancia más prolongada (Pons-Cabrera et al., 2025).

La hospitalización constituye una oportunidad clínica privilegiada para intervenir en el TUS. En nuestra cohorte retrospectiva de 96 pacientes evaluados durante su ingre-

so hospitalario por parte de la interconsulta hospitalaria de adicciones en el año 2023 observamos que el 71,9% ingresó por motivos directamente relacionados con el consumo, el 62,5% presentaba comorbilidad psiquiátrica y el 42,7% cumplía criterios de TUS grave. A pesar de esta complejidad, la aceptación de la derivación al dispositivo especializado fue muy elevada (89,6%) y el 73,3% acudió a la primera visita con psiquiatría. Aunque la retención disminuyó a los seis (44,2%) y doce meses (32,6%), las tasas de abstinencia (análisis por protocolo) se mantuvieron altas: 82,5% en la primera visita, 81,6% entre 0-6 meses y 64,3% entre 6-12 meses. Esos datos sugieren que el ingreso hospitalario constituye un período de máxima receptividad al cambio, donde la intervención temprana podría modificar la trayectoria clínica del paciente y permite acceder a pacientes que no solicitarían tratamiento de forma espontánea.

Estas conclusiones coinciden con las recomendaciones de un grupo de expertos (metodología Delphi incluyendo profesionales y usuarios) para el abordaje del consumo de sustancias en hospitales, que propone 84 estrategias para

estandarizar el cribado, manejo y seguimiento de estos pacientes (Donroe et al., 2025). En estas recomendaciones destaca la necesidad de incluir un especialista en adicciones en el manejo de los pacientes ingresados con TUS, la creación de un grupo multidisciplinar para tratar a pacientes con este problema de salud y la participación activa de psiquiatras en el proceso asistencial.

La presencia de comorbilidad psiquiátrica (depresión, ansiedad, trastorno de personalidad) y de trastornos adictivos severos que impactan en la calidad de vida y en el funcionamiento de los pacientes hace necesario una aproximación estructurada e integrada (Lozano et al., 2017).

Tulloch et al. mostró que factores médicos (como la presencia de psicosis o comorbilidad física), demográficos (como el género) y organizativos (incluyendo las altas voluntarias o el tamaño del hospital) influyen de forma consistente en la duración de la estancia (Tulloch et al., 2011). Esto sugiere que factores organizativos y clínicos —entre ellos la integración de equipos de enlace especializados en psiquiatría de la adicción— pueden optimizar las estancias y mejorar los resultados asistenciales.

La evidencia más robusta sobre el impacto de la intervención de un/a especialista en adicciones durante una hospitalización procede del ensayo START que mostró que los pacientes que recibieron consulta especializada durante la hospitalización duplicaron la probabilidad de iniciar medicación para el trastorno por uso de opioides e incrementaron significativamente su vinculación al seguimiento ambulatorio tras el alta (Ober et al., 2025). La *American Hospital Association* subraya que las transiciones asistenciales son uno de los puntos más críticos para garantizar la continuidad del tratamiento y reducir la mortalidad asociada al TUS (American Hospital Association, 2025). Iniciar medicación para el trastorno por uso de alcohol (MAUD) en el momento del alta se asoció a una reducción del 42% del riesgo combinado de reingreso o mortalidad a 30 días, pero solo el 2% de los pacientes recibía este tratamiento al alta, lo que evidencia una brecha terapéutica importante (Bernstein et al., 2024). Además, recibir la visita de un psiquiatra especializado en adicciones durante la hospitalización por un episodio de hepatitis por alcohol se asoció a menor mortalidad (Durkin et al., 2025).

Existen intervenciones novedosas a nivel hospitalario en el paciente con enfermedad hepática asociada al alcohol que están mostrando resultados prometedores. El ensayo clínico aleatorizado MyWayUp (R) demostró que una intervención digital gamificada, complementada con entrevista motivacional, triplicó la probabilidad de mantener al paciente en tratamiento de adicciones a los seis meses, mejoró la adherencia en un 50%, redujo significativamente el consumo de alcohol en el primer mes en aquellos con uso activo y mejoró parámetros hepáticos pronósticos como el MELD-Na (Oliveras et al., 2026). Estos resultados sugieren que las intervenciones digitales pueden superar barreras tradicionales como el estigma y las dificultades logísticas.

La revisión de estrategias de transición asistencial (Krawczyk et al., 2023) muestra que las intervenciones que combinan cribado en urgencias o hospitalización, navegación por pares (pacientes expertos que ayudan al paciente que debuta con el trastorno) y seguimiento temprano se asocian a mayores tasas de vinculación terapéutica lo que es coherente con la cohorte de 96 pacientes descrita más arriba.

La guía clínica británica sobre tratamiento del alcohol recomienda estrategias concretas de cuidado de pacientes con consumo de alcohol en hospitalizaciones agudas y la utilización de los llamados “alcohol care teams (ACTs)”. Los ACTs son equipos multidisciplinarios especializados en el manejo de trastorno por consumo de alcohol en el medio hospitalario (Department of Health and Social Care, 2025). Por otra parte, durante la pandemia de COVID-19 se evidenció que los equipos de interconsulta en adicciones constituyen un elemento central para la correcta atención de los pacientes con TUS en un contexto de crisis sanitaria y social (López-Pelayo et al., 2020).

La integración de toda esta evidencia demanda un cambio estructural. La hospitalización no debe considerarse solo un episodio asistencial agudo, sino una ventana de oportunidad terapéutica para pacientes que ingresan con patología médica con comorbilidad psiquiátrica, especialmente para pacientes con enfermedades médicas graves o riesgo elevado de recaída. De cara a optimizar esta oportunidad, proponemos:

- Cribado universal de TUS y comorbilidad psiquiátrica en pacientes hospitalizados. Por ejemplo, con instrumentos estandarizados administrados por enfermería (AUDIT-C, ASSIST).
- Consultas de adicciones integradas en los servicios médicos y de psiquiatría de enlace, junto con la creación de equipos multidisciplinarios. Y que estos servicios sean considerados en la distribución presupuestaria por parte de la administración.
- Intervenciones breves protocolizadas durante el ingreso, basadas en evidencia científica como entrevista motivacional.
- Sistematización en la valoración de inicio de fármacos para el trastorno por consumo de alcohol, opiáceos y nicotina cuando esté indicado desde la hospitalización.
- Modelos estructurados de transición, con seguimiento intensivo tras el alta.
- Integración de herramientas digitales, como por ejemplo MyWayUp, para mejorar la adherencia y dar continuidad a la atención.
- Integrar la perspectiva de género con el objetivo de mejorar la detección de determinadas enfermedades en las mujeres y reducir las barreras de acceso al tratamiento.
- Garantizar una atención basada en los derechos humanos (Quality Rights OMS) y respetando los principios de bioética incluyendo autonomía, privacidad

Tabla 1
Nuestro modelo de intervención en adicciones

Principios metodológicos	Medicina de la adicción. Entrevista motivacional e intervención breve. Gestión de casos complejos y garantizar continuidad asistencial. Atención de la complejidad: comorbilidad médica, psiquiátrica, cognitiva y social. Multidisciplinaridad y formación de equipos médicos/enfermería. Garantizar derechos humanos y una atención centrada en el paciente (modelo <i>Quality Rights</i> OMS). Actualización continuada de la evidencia para mejorar los procesos asistenciales.
Objetivos de las intervenciones	De primer orden: seguridad del paciente disminuyendo los riesgos de la abstinencia, evitar altas voluntarias, fugas o altas precipitadas, asegurar el confort del paciente. De segundo orden: conseguir la vinculación a dispositivos ambulatorios, motivar para la abstinencia, iniciar prevención de recaídas y el uso de fármacos que disminuyan el riesgo.
Fase 1: estabilización y trabajar vinculación con paciente mediante la entrevista motivacional*	Identificar el riesgo de abstinencia y prevenir la misma (incluyendo riesgo de convulsiones o alucinosis). Prevenir el síndrome de Wernicke y tratarlo. Orientar al equipo médico tratante en las complicaciones más habituales (por ejemplo, hemorragias intracraneales, enfermedades hepáticas o infecciosas). Coordinación con enfermería e integración en el abordaje de los síntomas de abstinencia y los problemas conductuales derivados: enfermería de práctica avanzada identifica prioridades y coordina con enfermería responsable del paciente.
Fase 2: diagnóstico y trabajar los focos de preocupación del paciente (enfocar en entrevista motivacional)	Diagnóstico de trastorno por uso de sustancias en base a clasificaciones diagnósticas a partir de la información del paciente, sus allegados (con consentimiento explícito) y la historia clínica. Diagnóstico de comorbilidades de salud mental, especialmente las más frecuentes (depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático). Diagnóstico de deterioro cognitivo grave o demencia. Diagnóstico de problemas sociales, relacionales, habitacionales o económicos que condicionen pronóstico y plan al alta.
Fase 3: motivación y trabajo de evocación en entrevista motivacional*	Sesiones de entrevista motivacional para trabajar la ambivalencia, explorar razones y motivaciones para cambiar más allá de la enfermedad aguda. Explorar herramientas del propio paciente, de su entorno y del sistema que le puedan ayudar en su objetivo. Explorar objetivos a corto y medio plazo del paciente.
Fase 4: asegurar continuidad asistencial y trabajar planificación en entrevista motivacional*	En un modelo de toma de decisiones compartidas decidir el mejor lugar para abordar su atención tras la hospitalización: hospitalización total o parcial (hospital de día) en psiquiatría/ unidad de desintoxicación, hospitalización domiciliaria, centro de seguimiento en adicciones o centro de salud mental, atención primaria. Considerar soporte social, gravedad del trastorno, comorbilidades médicas y psiquiátricas, estado de la desintoxicación, riesgo de recaída, preferencia del paciente, barreras logísticas y organizativas (lugar de residencia, dificultades de movilidad y transporte, etc.). Explorar dispositivos comunitarios que puedan contribuir a su bienestar.
Transversal	Trabajar con equipo médico tratante y enfermería los conceptos básicos de adicción y las contingencias que aparecen durante el ingreso. Disminuir el estigma, facilitar el trabajo de los profesionales y poder crear un equipo de trabajo multidisciplinar que facilite el proceso hospitalario y posterior del paciente. Pasar de la visión "paciente problemático" a la visión "paciente con un problema tratable". Dentro de lo posible trabajar con la familia en este mismo sentido (previa autorización del paciente). Considerar la perspectiva de género en todas las fases de la intervención.

y confidencialidad, beneficencia y no maleficencia, y justicia equitativa.

Nuestro modelo de atención hospitalaria de las adicciones en contexto de interconsulta se resume en la tabla 1 y recoge toda la evidencia disponible que hemos descrito hasta ahora. Este modelo demuestra que nueve de cada diez pacientes se plantea hacer un seguimiento tras la intervención de un equipo especializado en psiquiatría y adicción y que tres de cada cuatro acuden a una primera visita.

En conjunto, la evidencia disponible sugiere de forma consistente que la hospitalización representa una ventana óptima para intervenir en el TUS, mejorar resultados clínicos y reducir la morbimortalidad asociada. La inacción ante esta ventana supone la pérdida de la oportunidad eficaz para modificar la trayectoria del trastorno por uso de sustancias.

Conflicto de intereses

L. O. ha recibido apoyo para formación médica continuada de Rubió, Angelini, Esteve, Rovi y Otsuka-Lundbeck, y apoyo para asistencia a congresos por parte de Otsuka-Lundbeck y Rovi, sin que exista relación financiera u otra relevante con el contenido de este artículo.

L. M. ha recibido honorarios o apoyo de Lundbeck, Pfizer, Recordati, Italfarmaco, Idorsia, Viatrix y Camurus, todo ello fuera del ámbito de este artículo.

M. B.-O. ha recibido becas de viaje de Lundbeck y Camurus y honorarios relacionados con formación médica continuada de Novo Nordisk, todo ello fuera del ámbito de este artículo.

N. A. ha recibido honorarios por formación médica continuada de Janssen-Cilag, Lundbeck, Adamed, Pfizer, Ange-

lini y Boston Scientific, así como honorarios de consultoría de Orphanan, sin relación con el contenido de este artículo.

L. B.-S. ha recibido honorarios por colaboración profesional con Esteve, sin relación con el contenido de este artículo.

El resto de los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con este trabajo.

Contribución y autoría

Conceptualización: L. B.-S., H. L.-P., M. T. P.; Redacción – borrador original: L. B.-S., H. L.-P.; Redacción – revisión y edición: L. B.-S., N. A., M. B., M. C., L. M., L. P., M. T. P., L. O., Ö. J., H. L.-P.; Supervisión: H. L.-P., M. B., L. M.

Uso de inteligencia artificial

Se han utilizado herramientas de inteligencia artificial únicamente para apoyo en la redacción. El contenido científico ha sido elaborado y validado íntegramente por los autores.

Referencias

- American Hospital Association. (2025). *Bridge to care: Advancing linkage and retention for OUD/StUD*. <https://www.aha.org>
- Bernstein, E. Y., Baggett, T. P., Trivedi, S., Herzig, S. J., & Anderson, T. S. (2024). Outcomes after initiation of medications for alcohol use disorder at hospital discharge. *JAMA Network Open*, 7(3), Article e243387. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.3387>
- Department of Health and Social Care. (2025). *Clinical guidelines for alcohol treatment: Alcohol care in acute hospitals*. <https://www.gov.uk/guidance/clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/16-alcohol-care-in-acute-hospitals>
- Donroe, J. H., Calcaterra, S. L., Simon, C., Weimer, M. B., Huxley-Reicher, Z., Puglisi, L. B., Torres-Lockhart, K., Hall, O. T., Bhandary-Alexander, J., Encandela, J., & Martin, M. (2025). Recommendations for addressing in-hospital substance use: A national Delphi consensus process. *JAMA Network Open*, 8(8), Article e2528703. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.28703>
- Durkin, C., Schaubel, D. E., Kaplan, D. E., Mahmud, N., & Bittermann, T. (2025). Survival benefit from corticosteroids in severe alcohol-associated hepatitis attributed to clinical and treatment differences in a large multicenter cohort. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 16(1), Article e00791. <https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000791>
- Krawczyk, N., Rivera, B. D., Chang, J. E., Grivel, M., Chen, Y. H., Nagappala, S., Englander, H., & McNelly, J. (2023). Strategies to support substance use disorder care transitions from acute-care to community-based settings: a scoping review and typology. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1), Article 67. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00422-w>
- López-Pelayo, H., Aubin, H. J., Drummond, C., Dom, G., Pascual, F., Rehm, J., Saitz, R., Scafato, E., & Gual, A. (2020). The post-COVID era: Challenges in the treatment of substance use disorder (SUD) after the pandemic. *BMC Medicine*, 18(1), Article 241. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01693-9>
- Lozano, O. M., Rojas, A. J., & Fernández-Calderón, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 26(2), 119–126. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1177771>
- Ober, A. J., Murray-Krezan, C., Page, K., Friedmann, P. D., Anderson, J., Osilla, K. C., Ryzewicz, S., Huerta, S., Mazer, M. W., Hoskinson, R. A., Garvey, R., Peltz, A., Watkins, K. E., Nuckols, T., IsHak, W. W., Mariano, L. T., & Danovitch, I. (2025). Hospital addiction consultation service and opioid use disorder treatment: The START randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 185(6), 624–633. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.8586>
- Oliveras, C., Balcells-Oliveró, M., Bataller, R., Bruguera, P., Cabrera, N., Calomarde-Gomez, C., Caballeria, E., Freixa, N., Garcia-Pañella, Ó., Gratacós-Ginès, J., Guzman, P., Hernández-Rubio, A., Lligoña, A., Ortega, L., Pérez-Guasch, M., Pons-Cabrera, M. T., Pose, E., Zuluaga, P., & López-Pelayo, H. (2026). MyWayUp: A Digital Intervention for Alcohol Use Disorder in Patients With Alcohol-Related Liver Disease-Results From an RCT. *Liver International: Official Journal of the International Association for the Study of the Liver*, 46(2), Article e70506. <https://doi.org/10.1111/liv.70506>
- Pons-Cabrera, M. T., Caballería, E., Navarro-Cortés, L., Borràs, R., Barrio, P., Manthey, J., Batalla, A., Oliveras, C., Sagué-Vilavella, M., Balcells, M., Pintor, L., & López-Pelayo, H. (2025). Substance use and psychiatric comorbidities among medical inpatients: Associations with length of stay, health-related quality of life, and functioning, with consideration for gender. *Journal of Psychiatric Research*, 186, 322–330. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.04.006>
- Tulloch, A. D., Fearon, P., & David, A. S. (2011). Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(3), 155–168. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0310-3>