

MESAS DE EXPERIENCIAS **03**

REINCIDENCIA EN TRAUMATIZADOS ASOCIADOS A ALCOHOL Y DROGAS. UTILIDAD DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

ENRIQUE FERNÁNDEZ MONDÉJAR

DOCTOR EN MEDICINA. PROFESOR ASOCIADO JEFE DE LA UCI NEURO-TRAUMA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA

SERGIO CORDOVILLA

ENFERMERO RESPONSABLE DEL PLAN DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN TRAUMATIZADOS, HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA,
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

FRANCISCO GUERRERO LÓPEZ

MÉDICO ADJUNTO DE LA UCI DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

RAMÓN LARA ROSALES

MÉDICO ADJUNTO DE LA UCI DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Un aspecto que caracteriza la patología traumática, es su asociación con el consumo de alcohol y drogas, ya que casi la mitad de los traumatizados están relacionados con el consumo de estas sustancias. Además, la tasa de reincidencia en estos pacientes es alta, lo que constituye un fenómeno extremadamente preocupante, tanto por efectos socio sanitarios, como por el impacto económico de los mismos. A pesar de su trascendencia, no disponemos de datos fiables sobre la reincidencia en estos pacientes y se echa en falta un registro nacional en este sentido. En un estudio realizado en nuestro centro, hemos encontrado que los pacientes reincidentes están asociados al consumo de alcohol y/o drogas hasta en un 80% y además en gran parte, no son conscientes del riesgo que implica, de forma que el 21% de los pacientes traumatizados positivos a alcohol consideran que la influencia del alcohol como factor de riesgo de accidentes es baja o nula.

Pero todavía más preocupante es el hecho de que el 91% de los pacientes traumatizados con resultados positivos a otras drogas (cannabis, cocaína, anfetaminas, metadona etc.) consideran que el riesgo de sufrir accidentes tras el consumo es bajo o nulo. En cambio, los pacientes traumatizados sin relación con estas sustancias son en su inmensa mayoría conscientes de que el consumo de las mismas implica un riesgo importante y solo un 5% considera que el riesgo es bajo o nulo. Otro dato llamativo es que los pacientes consumidores sufren el primer episodio traumático grave unos quince años antes que los no consumidores. Es decir, el consumo de alcohol y drogas reduce el periodo de vida "libre de accidentes" en casi quince años. Todo esto pone de manifiesto la magnitud del problema y la necesidad de realizar un análisis detallado de todos los aspectos epidemiológicos relacionados con los traumatismos para incidir en sus factores de riesgo.

CASI LA MITAD DE LOS TRAUMATIZADOS ESTÁN RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS.



ES PREOCUPENATE QUE EL 91% DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS CON RESULTADOS POSITIVOS A OTRAS DROGAS (DISTINTAS AL ALCOHOL), CONSIDERAN QUE EL RIESGO DE SUFRIR ACCIDENTES TRAS EL CONSUMO, ES BAJO O NULO.

CONCEPTO DE PREVENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención es una parte fundamental de la actividad sanitaria. La Prevención Primaria pretende evitar que el individuo enferme mediante la promoción de hábitos saludables y el control de los factores de riesgo. En el caso de los traumatizados, cuando el paciente acude al hospital, la prevención primaria ha fracasado y nuestra misión se centra por una parte, en recuperar la salud del paciente, y por otra en controlar los factores de riesgo para evitar nuevas recaídas (Prevención Secundaria). Esta actividad entra dentro de lo que se considera la rutina asistencial de cualquier enfermedad. Un caso frecuente puede ser el de un paciente fumador que acude al hospital con un infarto de miocardio. Además de aplicarle el tratamiento necesario, se le debe informar de la necesidad de abandonar el hábito tabáquico, ya que si no lo hace, el riesgo de sufrir una nueva crisis cardiaca es muy alto; y de hecho, la tasa de abandono del hábito tabáquico tras un infarto de miocardio es muy alta, lo que muestra la eficacia de la prevención secundaria. Sin embargo, en el ámbito de la patología traumática, la actividad en prevención secundaria es prácticamente inexistente. En España, la atención a los pacientes traumatizados es altamente eficaz y no se escatima ningún esfuerzo terapéutico para conseguir la recuperación del paciente. No obstante no se hace ningún intento por controlar el principal factor de riesgo de reincidencia que es el consumo de alcohol y/o drogas. La prevención secundaria es sin duda la asignatura asistencial pendiente en este campo. Ante esta situación surgen diversas preguntas: ¿Cómo se hace esta prevención secundaria?, ¿que datos hay que confirmen su eficacia?, ¿quién tiene que hacerla?, ¿porqué no se hace en España?. A continuación intentaré dar respuesta a estas cuestiones.

¿CÓMO SE HACE ESTA PREVENCIÓN SECUNDARIA?

El primer paso es identificar qué pacientes traumatizados están asociados a alcohol y/o drogas. Una vez que se ha identificado mediante análisis de tóxicos, interrogatorio etc., se debe elegir el momento adecuado para realizar una Intervención Motivacional Breve con la que se pretende que el paciente sea consciente del riesgo que implica seguir con esos hábitos y haga una autoevaluación de su conducta con el fin de reducir o suprimir el consumo. El objetivo sería:

1. Lograr que los pacientes sean conscientes de la relación entre el consumo de estas sustancias y el accidente sufrido.
2. Que el paciente realice una autoevaluación y compromiso de cambio de hábitos.
3. Identificar el grado de riesgo específica de cada paciente y en los que se detecte un trastorno por uso abusivo o dependencia, deberían aceptar comenzar tratamiento en algún centro especializado. Este tipo de intervención ha sido refrendada y recomendada por la Organización Mundial de la Salud en base a su eficacia y a sus amplias posibilidades de implementación.

Tradicionalmente se sigue el esquema de las 5 As:

- Assess: Averiguar, valorar el nivel y estadio de consumo.
- Advise: Dar consejo sobre la reducción del consumo de tóxicos, e información sobre su situación actual.
- Agree: Acordar objetivos individuales con el paciente.
- Assist: Ayudar a los pacientes a encontrar sus propios motivos para el cambio y a desarrollar habilidades de autoayuda y apoyos necesarios.
- Arrange: Seguimiento de su situación y evolución.

Esta Intervención debe realizarse durante el encamamiento, ya que la Intervención Motivacional (IM) pretende conseguir un cambio en el comportamiento, lo que no deja de ser una misión difícil, no obstante, la situación de convalecencia tras un traumatismo grave sitúa al paciente en unas condiciones ideales para reconocer el riesgo al que ha estado sometido. En estas circunstancias puede ser más proclive a un cambio favorable en su comportamiento. Por tanto, los Hospitales que reciben traumatizados constituyen una oportunidad perfecta para actuar en este sentido. En pacientes en los que se detecte que una adicción a estas sustancias, es muy probable que la sola realización de la Intervención Motivacional no sea un estímulo suficiente para promover un cambio del comportamiento por lo que se recomendará a los pacientes que se pongan en contacto con un centro especializado para seguir un programa de deshabituación.

**EL CONSUMO DE ALCOHOL
Y OTRAS DROGAS REDUCE
EL PERIODO DE VIDA
“LIBRE DE ACCIDENTES”
EN CASI QUINCE AÑOS.**



¿QUÉ DATOS HAY QUE CONFIRMEN SU EFICACIA?

Actualmente hay datos que nos permiten afirmar con rotundidad que una Intervención Motivacional durante el encamamiento tras un traumatismo grave, no solo disminuye significativamente el consumo de alcohol, sino que puede reducir la reincidencia de nuevos traumatismos en casi un 50%.

Ante estas evidencias, el American College of Surgeons y el U.S. Department of Health (CDC) dictó una resolución en 2005 recomendando el screening de tóxicos e Intervención Motivacional en todos los Centros de Trauma de nivel 1. Este mandato tiene carácter obligatorio desde marzo de 2007, y desde entonces, más del 70% de los centros encuestados han implantado programas de prevención y el 25% de los pacientes con resultados positivos reciben IM.

En nuestra opinión, la realización de esta IM debe considerarse una parte fundamental en la asistencia integral del paciente traumatizado y debe enmarcarse dentro de lo que se considera Prevención Secundaria.

¿QUIÉN TIENE QUE HACERLA?

La experiencia en otros países es muy variada, desde psicólogos, enfermeras previamente entrenadas, médicos, trabajadores sociales etc. Es difícil determinar quién ha de hacerse cargo de esta tarea pero cada hospital debe organizarse para conseguir realizarla de forma eficaz.

¿POR QUÉ NO SE HACE EN ESPAÑA?

Los motivos para esta falta de actividad en este campo son sin duda múltiples. Algunos parecen esperables ya que el médico hospitalario no está habituado al manejo de problemas relacionados con la conducta de pacientes consumidores de alcohol y drogas. En un estudio realizado en 74 hospitales de todo el territorio español, el 64% de los médicos encuestados reconocían desconocer la posibilidad de realizar esta prevención secundaria en traumatizados. Asimismo, se plantean problemas en un asunto que puede requerir el concurso de diversos colabo-

**LA SITUACIÓN DE CONVALECENCIA TRAS
UN TRAUMATISMO GRAVE, SITÚA AL
PACIENTE EN UNAS CONDICIONES IDEALES
PARA RECONOCER EL RIESGOS AL QUE HA
ESTADO SOMETIDO.**

radores (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras etc.). Se discuten los posibles riesgos jurídicos no bien delimitados etc. Hay un factor difícil de probar pero que sin duda puede ser trascendente, me refiero a que dado el nulo interés económico de esta actividad, no hay ninguna compañía interesada en promocionarlo. Un fenómeno similar se da con otras actividades asistenciales y su implementación depende fundamentalmente de que, tanto las administraciones públicas como sociedades científicas y otros organismos implicados, actúen en consecuencia y planteen una recomendación explícita sobre la utilidad y la necesidad de esta actividad.

EN RESUMEN:

- Existen pruebas de que la Prevención Secundaria en Traumatizados asociados a alcohol y drogas es eficaz y disminuye, no solo el consumo de estas sustancias, sino también el riesgo de nuevos accidentes.
- En España no se realiza este tipo de prevención.
- La mayoría de médicos desconoce la utilidad de la Prevención Secundaria en Traumatizados.
- Es necesario, en primer lugar, establecer acciones educativas a profesionales, tanto médicos como enfermeras para informar acerca de la eficacia de esta actividad.
- Cada hospital debe establecer los mecanismos adecuados para su implantación, y generalmente, la propia plantilla de médicos de UCI, pero sobre todo de enfermeras, con una formación previa, pueden realizar la Prevención Secundaria. ■