

Carlos Imaz-Roncero¹
Susana Redondo-Martín²
M Paz de la Puente-Martín³
Grupo de trabajo valoración
Programa Ícaro-Alcohol⁴

Resultados iniciales del Programa de prevención Ícaro-Alcohol

¹Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Servicio de Psiquiatría

²Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León

³Proyecto Hombre-Fundación Aldaba de Valladolid

⁴Grupo de trabajo (by alphabetic order): M Angeles de Álvaro-Prieto. Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León. María Natalie Campo-Fernández. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Mario Hernández-Gajate. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Río Hortega. Ana I Macías-Rodríguez. Proyecto Hombre-Fundación Aldaba de Valladolid. Siro Lleras-Muñoz. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Beatriz Martín-Pérez. Servicio de Urgencias y Toxicología Hospital Universitario Río Hortega. Rafael Martín-Sánchez. Gerencia Emergencias Castilla y León. Julián Martínez-Bausela. Gerencia Emergencias Castilla y León. Fernando Martínez-González. Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León. Carlos del Pozo-Vegas. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario. Rafael Rodríguez-Calzada. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Río Hortega. Rosario Villa-Carcedo. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

El consumo nocivo de alcohol en los jóvenes es un problema de salud pública sobre el que es necesario actuar. La intervención sobre los casos que acuden a urgencias es una actuación en crisis que puede ser efectiva. Se presentan los resultados iniciales del Programa Ícaro-Alcohol (detección de menores de 22 años atendidos en Urgencias/Emergencias por consumo de alcohol, Intervención Motivacional Breve (IMB) y derivación al Servicio de Referencia de Prevención (SRP) y a los programas preventivos, para reducir este consumo.

Participaron los Hospitales Universitarios Río Hortega (HURH) y Clínico (HCUV) y Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) de Valladolid capital. El 53,8% (n=27) de los profesionales recibieron formación sobre el programa (73,3% HURH vs 45,6% HCU) y el 17,4% (n=41) entrenamiento en IMB para realizarla in situ, aprovechando la situación "de crisis" derivada de la urgencia (26,7% HURH vs 12,6% HCUV).

Entre junio y diciembre de 2017 se atendieron 93 urgencias relacionadas con alcohol, las UME derivaron todas a los hospitales; 49 cumplían el criterio de caso, se intervino en 21 (43%) y se derivaron 8 casos al SRP (38% de los que se intervino, 16% del total de casos). La intervenciones y derivaciones fueron mayores en el hospital con mayor participación en la formación. Los casos de mayor edad acudían a horas más tardías, presentaron problemática asociada y accedieron menos a la derivación. Los tiempos de derivación a prevención indicada se cumplieron, pero no a los programas universales y selectivos.

Se mejora el protocolo de actuación centrándose en los menores 18 años, simplificando el consentimiento, mejorando la formación en IMB simplificando la intervención de los profesionales y realizando la intervención preventiva individual desde los SRP de forma inmediata. El programa se implantará progresivamente en el resto de provincias de Castilla y León.

Palabras clave: Alcohol, Prevención, Adolescentes, Intervención Motivacional, Urgencias, Emergencias

Actas Esp Psiquiatr 2020;48(2):54-63

Initial results of the preventive Ícaro-Alcohol Programme

Harmful alcohol consumption among young people is a public health problem that needs important measures. Interventions in emergency department cases, such as crisis action, could be effective. The initial results of the Icaro-Alcohol Program (detection of young people under 22 years attended in the emergency department for alcohol consumption, a Brief Motivational Intervention (BMI) and referral to a prevention reference service (PRS) and prevention programs) are presented. The program objective is to reduce the harmful use of alcohol.

Río Hortega University Hospital (HURH), Clínico Hospital (HCUV) and Medical Emergency Units (MEUs) were involved in the study developed in the city of Valladolid (Castilla y León, Spain). Training in program implementation was given to 53.8% of professionals (n=27) (73.3% HURH vs 45.6% HCUV), while 17.4% (n=41) were trained to develop BMI in the critical situation derived from the emergency (26.7% HURH vs 12.6% HCUV).

Correspondencia:
Carlos Imaz-Roncero
Servicio Psiquiatría del HURH
c/ Dulzaina, 2, 47012 Valladolid
Correo electrónico: cimaz@saludcastillayleon.es

A total of 93 cases were treated by the hospital emergency services, and all the cases treated by the MEUs were referred to the hospital, between June and December 2017. There were 49 urgent cases, and interventions were carried out in 21 of them (43%). Afterwards, 8 cases were referred to the PRS (38% of 21 intervened; 16% of the total number of cases). Interventions and referrals were greater in the hospital with more trained professionals. The older youth cases arrived last at night. They had other health problems associated and were less likely to agree to referral. The referral times to indicated prevention programs were met, but not to universal and selective programs.

The action protocol is improved by focusing on children under 18, simplifying consent, improving BMI training, simplifying the intervention of professionals and carrying out individual preventive intervention from the PRSs immediately. The program will be implemented progressively in the rest of the provinces in Castilla y León.

Keywords: Alcohol, Prevention, Adolescents, Teenagers, Motivational intervention, Emergency

INTRODUCCIÓN

Los datos de ESTUDES 2016/17¹ muestran que los estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León consumen alcohol con más frecuencia e intensidad que el promedio nacional. La edad del inicio es precoz (en torno a los 13,5 años) relacionándose con el consumo problemático de alcohol en el futuro². El 71,1% de los estudiantes han consumido alcohol en el último mes, el 36,1% tienen consumos en atracón o *binge drinking*, el 26,6% consume todos los fines de semana y el 26,1% se ha emborrachado en el último mes. Aunque la evolución de los consumos es positiva en este grupo poblacional³, los datos de prevalencia siguen siendo muy altos y algunos estudios plantean un incremento de las urgencias pediátricas⁴, incluso frente a una disminución de otras drogas⁵.

Por otro lado, el indicador nacional de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas que se recoge anualmente en el Complejo Hospitalario de León, en el Hospital Río Carrión de Palencia y en los Hospitales Universitarios de Valladolid Río Hortega y Clínico, indica que en 2017 de las 1.945 urgencias relacionadas con el consumo de alcohol, el 5,8% (n=115) fueron en menores de 18 años⁶.

Hay revisiones⁷ que plantean que la intervención motivacional en Urgencias puede reducir el consumo de alcohol en gente joven, indicándose⁸ que el contexto de Urgencias/Emergencias, puede ser una oportunidad para llegar a los adolescentes con consumos de alcohol mediante intervenciones breves⁹, siendo insuficiente el aporte de informa-

ción para generar cambios en dichos consumos¹⁰. Además la atención de un adolescente en Urgencias/Emergencias, supone una "situación de crisis" que puede aumentar la sensibilidad y preocupación en la familia y con ello facilitar el cambio de hábitos¹¹.

Estudios en adultos también proponen las urgencias para realizar intervenciones breves y reducir el consumo de alcohol¹²⁻¹⁶, siendo costo-efectivas^{7,17}, factibles y aceptables^{18,19}. Sin embargo, hay estudios que plantean la necesidad de mayores investigaciones para valorar sus efectos a medio y largo^{20,21}, concretar el cribado en función de los diferentes perfiles²², definir mejor la intervención²³, e incluso hay estudios que plantean que prevenir en Urgencias es una utopía²⁴.

Por otro lado, en Castilla y León, la Red de prevención del consumo de drogas, desarrolla intervenciones de prevención familiar, en función de nivel de riesgo, tal y como plantean los organismos internacionales (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, 2017). Incluyen programas multicomponente de intervención familiar que han demostrado ser los más efectivos²⁵⁻²⁷: prevención universal (Programa Moneo), selectiva (*Programa Dédalo*), 11 programas de prevención indicada, un taller de sensibilización para adolescentes que consumen alcohol de 15 a 17 años (Taller *OH.com*).

El sistema sanitario a través de las urgencias y emergencias, a pesar de trabajar con familias cuyos hijos e hijas presentan problemas con el consumo de alcohol, realiza pocas intervenciones y derivaciones a los programas específicos de prevención. Por este motivo el programa Ícaro alcohol pretende desde la intervención en urgencias/emergencias iniciar una actuación preventiva y reforzarla con la derivación a los SRP y a los programas.

El objetivo del presente trabajo es realizar un pilotaje que defina la propuesta de intervención en base a la evidencia y la adapte a la realidad de Castilla y León, para su implantación progresiva en el resto de las provincias.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de la evaluación del protocolo y del proceso de implantación del Programa Ícaro-Alcohol en los Hospitales públicos (Hospital Universitario Río Hortega-HURH y Hospital Clínico Universitario-HCUV) y en los Servicios de Emergencias sanitarias-Unidades Medicalizadas (UME) de Valladolid capital, mediante el protocolo de intervención realizado por el grupo de trabajo entre las Consejería de Sanidad y el Comisionado Regional para la Droga. En los casos en los que ha sido posible se ha utilizado la Chi² con o sin corrección de Yates o un ANOVA para la comparación de proporciones con valor de significación p<0,05.

El Programa plantea la detección, intervención en crisis y derivación de los casos de menores de 22 años atendidos por los Servicios de Urgencias y Emergencias sanitarias cuya urgencia esté relacionada con el consumo de alcohol (siendo suficiente con que el clínico detecte signos y síntomas de este, sin necesidad de confirmación analítica: fetor alcohólico, pérdida de estabilidad, alteraciones de la articulación del lenguaje, etc.).

Población de referencia

La provincia de Valladolid tiene dos áreas de salud y según los datos del INE de 2017 tienen una población de 10 a 21 años de 54.402 (hombres 27.751 y mujeres 26.651), siendo la edad entre 14 a 18 años de 17.856 (hombre 9.136 y mujeres 8.720).

Población diana

Población intermedia: los profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias y de las UME que necesitaban formación sobre los objetivos del programa y las Intervenciones Breves Motivacionales que se plantean.

Población final: se consensuó en el grupo de trabajo valorando la edad y la gravedad de los mismos de manera que la intervención fuera compatible con la carga de trabajo asistencial. Definición de caso (Tabla 1): todos los menores de 16 años y los casos de entre 16 y 21 años con intoxicaciones graves por alcohol, o con intoxicación moderada y algún factor de riesgo (Tabla 2).

Tabla 1	Definición de caso: urgencias graves y moderadas relacionadas con el consumo de alcohol
TIPO DE CASO	CRITERIOS
GRAVE	TODOS LOS < de 16 años independientemente de la gravedad de la intoxicación por alcohol Jóvenes de 16 a 21 años con: INTOXICACIÓN POR ALCOHOL GRAVE y al menos 1 FACTOR DE RIESGO INTOXICACIÓN POR ALCOHOL MODERADA con > 1 FACTOR DE RIESGO
MODERADO	Jóvenes de 16 a 21 años con: INTOXICACIÓN POR ALCOHOL GRAVE, sin FACTORES DE RIESGO. INTOXICACIÓN MODERADA y sólo 1 FACTOR DE RIESGO

Tabla 2	Clasificación de las intoxicaciones por alcohol y factores de riesgo considerados
TIPO INTOXICACIÓN POR ALCOHOL	CARACTERÍSTICAS
LEVE	Ligera alteración del juicio, desinhibición, relajación, sedación leve, alteraciones de la coordinación, euforia, pseudo excitación, optimismo y aumento de sociabilidad.
MODERADA	Estupor de corta duración (obnubilación incipiente, respuesta lenta a estímulos, bajo estado de alerta...), ataxia, alteración psicomotriz; alteración de la percepción y juicio, agresividad; confusión; o una conducta irresponsable, deterioro de funciones físicas o intelectuales.
GRAVE	Alcoholemia >1,5 g/dl o riesgo evidente de coma etílico; depresión respiratoria (<10 resp/min, SO2<90), broncoaspiraciones; hipoglucemia/Shock; glasgow <10 (estuporoso, comatoso...); abolición del reflejo tusígeno o nauseoso; acidosis metabólica; TA sistólica <90 mmHg; necesidad de emplear medicación sedante y/o contención mecánica; focalidad neurológica (no incluye ataxia, disartria ni nistagmus); patología somática asociada (dolor torácico, abdominal, disnea...) o embriagueces atípicas (por su calidad o intensidad: con manifestaciones psicóticas, agresividad, agitación, alucinatoria, maniaco-depresiva, delirante, convulsiva...).
FACTORES DE RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> · Reiteración de la conducta: dos o más intoxicaciones/mes, considerando el mes como tiempo entre intoxicaciones. · Asociada al consumo de otras sustancias (declaradas o confirmadas por analítica). · Antecedentes personales y/o familiares de trastorno por abuso de sustancias u otros trastornos mentales. · Todos los que conlleven parte judicial: accidentes de tráfico, agresiones, accidentes laborales, gestos e intentos autolítico. · Traumatismos graves: aquellos que "no se puedan dar de alta inmediatamente". · Precisa ingreso en observación/planta. · Repercusiones sociales con incumplimiento o abandono en el ámbito: académico / laboral / familiar / ocio. 	

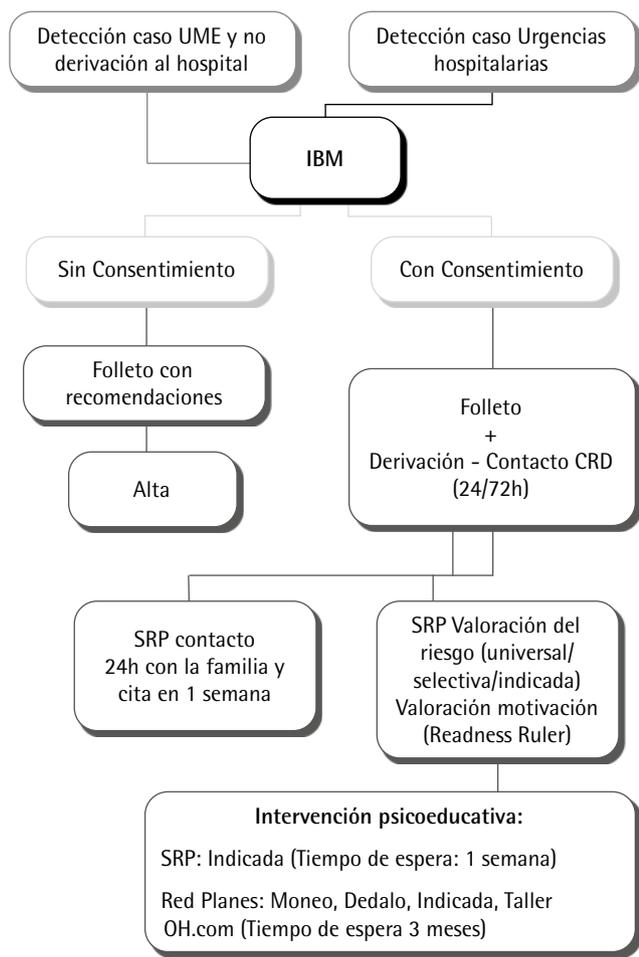


Figura 1

Algoritmo del Programa Ícaro

Descripción del Protocolo de intervención

El programa plantea que además de intervenir clínicamente sobre las consecuencias indeseables del consumo de alcohol (intoxicación, lesiones, pérdida de conciencia, desorientación...), se incorpore una Intervención Breve Motivacional (IBM) en un momento de crisis que es la atención en Urgencias. Esta IBM pretende aumentar, en las familias y sus hijos e hijas, la percepción del riesgo en relación con el consumo de alcohol y favorecer la derivación a través del consentimiento informado al Servicio de Referencia de Prevención (SRP) para su valoración por parte de un psicólogo y posterior participación en los programas de prevención disponibles en función de su nivel de riesgo.

El consentimiento informado se precisa para poder establecer la relación y el traspaso de datos entre Sanidad y los SRP que dependen en Castilla y León del Comisionado Regional para la Droga que está en la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

1. Intervención en Urgencias/Emergencias

La intervención se realiza en el tiempo en el que el paciente está en el Servicio de Urgencias y/o Emergencias y durante el proceso de asistencia, implementándose como una actividad asistencial complementaria. El profesional sanitario interviene con las familias, y con los casos siempre y cuando tengan un nivel de conciencia adecuado para la comunicación. Realiza la IBM a través de la metodología recomendada por la OMS y descrita según el acrónimo FRAMES (Tabla 3), teniendo en cuenta la resistencia o no a la derivación a los SRP y la firma del consentimiento informado.

Se entrega a todas las familias, incluidas las que no firman la autorización a participar, un folleto informativo realizado como material psicoeducativo, elaborado por el grupo de trabajo (disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/icaro-alcohol/familiar/informacion-drogas-familias-adolescentes>) con información sobre los riesgos del consumo y los datos de contacto con el SRP por si las familias que no han dado el consentimiento posteriormente decidieran acudir.

2. Derivación y valoración de los casos por el SRP

Un responsable de cada centro hospitalario o de las UME notifica los casos al Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León (CRD) en un máximo de 24 horas (si no es fin de semana o festivo) o 72 horas (fines de semana y festivos) y desde el CRD se derivan ese mismo día al Servicio de Referencia de Prevención (SRP) a través de la aplicación informática y con confirmación de la recepción por teléfono. Desde el SRP se realiza el contacto en las siguientes 24 horas, con las familias, para citarles en la siguiente semana y valorar la motivación tanto de la familia como del menor de 22 años (mediante *Readiness ruler*) y el nivel de riesgo identificado (casos universales, selectivos e indicados), lo que permite seleccionar los programas de prevención en los que podrían participar. Se establecen los siguientes plazos máximos para que las familias o el menor sean convocados: menos de 3 meses para los casos universales (Programas Moneo, Dédalo, Taller OH.com de la Red de prevención) y selectivos y de 1 semana para los indicados (en el propio SRP).

Proceso de implantación

1. *Fase de formación:* Con carácter previo (en los meses de marzo a junio de 2017) al inicio del pilotaje se desarrolló un proceso de sensibilización, formación y capacitación de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de los centros de referencia implicados. A través de una sesión clínica inicial para explicar el protocolo de actuación y un taller posterior para el aprendizaje de las IBM cuyos

Tabla 3	FRAMES
FEEDBACK o RETRO-ALIMENTACIÓN	<p>Información personalmente relevante y Comunicación <i>objetiva</i>. Datos objetivos de la urgencia y del impacto del consumo de alcohol sobre el desarrollo de los adolescentes y jóvenes. <i>"Lo que ha ocurrido es... (Diagnóstico)</i></p> <p><i>El causante de tu problema (pérdida de conocimiento/ accidente/ lesión...) ha sido el alcohol"</i></p> <p><i>¿qué piensas tú?</i></p>
RESPONSIBILITY RESPONSABILIDAD	<p>Se implica a la familia y el menor en el proceso. Reconocer y aceptar que ellos son responsables de su conducta y los que tomarán las decisiones sobre el consumo futuro. No utilizar <i>"Creo que..." / "Es preocupante..."</i>: puede causar resistencia, con mantenimiento y defensa de actuales hábitos de consumo.</p> <p><i>"¿Te preocupa lo que ha sucedido? ¿Sabes por qué ha sucedido?"</i></p> <p><i>¿Quieres hacer algo para que no vuelva a ocurrir? Tú decides"</i></p>
ADVICE CONSEJO	<p>Se les pide permiso para comentar la importancia de la prevención para evitar problemas. Consejo claro, objetivo e imparcial. Facilitar folleto informativo.</p> <p><i>"La mejor manera de evitar que ocurra de nuevo es que aceptes hablar con un profesional. Ellos te pueden ayudar a conseguir que esto no te vuelva a ocurrir."</i></p> <p><i>Si estás de acuerdo, ellos te llamarán para concertar una cita.</i></p> <p><i>Si no quieres ahora y cambias de opinión, esta información te puede ser útil".</i></p>
MENU OF OPTIONS OPCIONES DE CAMBIO	<p>Tienes alternativas: quizás no quieras hacer nada, o darle una charla en casa y "leerle la cartilla" (prohibirle salir en un tiempo o retirarle el móvil, etc.), o buscar apoyo en médico de familia o en algún profesor, pero ahora, si firmas la autorización, también puedes ir a un Programa de Prevención.</p>
EMPATHY EMPATÍA	<p>Se evita la confrontación, las etiquetas y culpar o criticar. Con un enfoque comprensivo frente a la situación y los sentimientos del joven y de su familia:</p> <p><i>"Entiendo que te encuentres mal y que igual ahora no es el mejor momento, pero esta puede ser una oportunidad para cambiar."</i></p> <p><i>Entiendo que es difícil aceptar que el alcohol es un problema, y que no quieras que tus padres se enteren... Tranquilo la entrevista será confidencial."</i></p> <p><i>Para unos padres es difícil aceptar estas situaciones, pero al final es motivo de satisfacción saber que se ha tomado la decisión adecuada".</i></p>
SELF-EFFICACY AUTOEFICACIA	<p><i>"Puedes tomar medidas para evitar que vuelva a pasar"</i> y reconocer capacidades y logros, así como habilidades personales y recursos. Aspectos que luego se reforzarán en el SRP.</p>

formadores fueron profesionales del Servicio de Psiquiatría y del SRP. Se realizaron unos videos demostrativos de situaciones típicas, diferenciando por grupos de edad y por actitud de colaboración, con el objetivo de utilizarlos en la formación (están accesible para todos los profesionales de Castilla y León en la web www.icaroalcohol.es).

2. *Fase de pilotaje*: Durante el segundo semestre del año 2017 (1 junio al 31 de diciembre), se realizó la detección de casos el Programa Ícaro-Alcohol en los Servicios de Urgencias de los Hospitales Universitarios de Valladolid y la UME de Valladolid capital.

Sistemas de registro y grupos de trabajo para la evaluación del proceso

1. *Indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas*. Este indicador, establecido por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), recoge todas las urgencias relacionadas con el consumo de cualquier sustancia psicoactiva, incluyendo el alcohol. Desde el CRD se han revisado todas las urgencias por consumo de alcohol los Hospitales Universitarios Clínico y Río Hortega de Valladolid de menos de 22 años.

2. *Sistema de información de la Gerencia de Emergencias Sanitarias.* Proporciona los datos sobre los casos atendidos y codificados por un médico del 112 como intoxicación por alcohol, tanto por las UME, que cuentan con profesionales de enfermería y medicina.
3. *Sistema de información del Proyecto Ícaro.* Para la realización del seguimiento del proyecto se cuenta con una aplicación informática, en la que se recogen las siguientes variables más relevantes:
 - Datos de la urgencia/emergencia: sexo, día y hora de la urgencia (se definió como mañana de 8:00-14:00 h; tarde de 14:00-21:00 h; noche de 21:00-2:00 h y madrugada de 2:00-8:00 h), gravedad, pruebas básicas solicitadas, resolución de la urgencia, realización de la intervención breve y consentimiento informado (firma o no firma) para la derivación al SRP.
 - Datos de la valoración por el SRP: fecha de contacto y otros de la entrevista inicial.
4. *Grupos de trabajo.* Mixtos entre el Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León y de los Servicios Centrales de Sistema sanitario de Castilla y León (Sacyl) y de Emergencias, con profesionales de los Servicios implicados de ambos centros hospitalarios: Urgencias/Emergencias, Pediatría y Psiquiatría, especialmente de las áreas de Infante-Juvenil y el Servicio de Referencia de Prevención de Valladolid. Han mantenido reuniones periódicas para elaborar el protocolo y posteriormente recoger los datos cuantitativos, analizar los procesos, identificar los puntos críticos y posteriormente adaptar el protocolo de intervención, mejorando los procesos de coordinación.

RESULTADOS

1. Fase de Formación

Se realizaron 9 sesiones clínicas formativas (1 hora) en Emergencias y Servicios de Urgencias, Pediatría, a las que asistieron 127 médicos y enfermeras de un total de 236 profesionales en dichos Servicios que supone un 53,8% del total de profesionales, Suponiendo el 73,3% en el HURH; 45,6% en el HCUV y el 18,8% en Emergencias ($p < 0,000$). Se reforzó la formación con 4 *Talleres de entrenamiento en IBM (2 horas)* en Emergencias sanitarias y Servicios hospitalarios de Urgencias y Pediatría en los que participaron 41 profesionales (17,4% del total), 27 pertenecían al HURH, 13 al HCUV y 1 Emergencias; siendo significativamente mayor el porcentaje de profesionales de urgencias del HURH 26,7% ($p < 0,01$) frente al 12,7% del HCUV o al 3,1% de emergencias y menor en que solo se produce en un profesional. También hubo sesiones informativas en los Servicios de Psiquiatría que no se tienen en cuenta ya que no intervienen en el proceso, salvo que exista comorbilidad psíquica. (Tabla 4).

		Profesionales	Reciben información	Participan taller
HURH	N	101	74	27
	%		73,3%	26,7%
HCUV	N	103	47	13
	%		45,6%	12,6%
Emergencias	N	32	6	1
	%		18,8%	3,1%
Total	N	236	127	41
	%		53,8%	17,4%

2. Casos detectados y con intervención desde Urgencias/Emergencias sanitarias

Los casos identificados han tenido una temporalidad en la aparición, el 87,5% han ocurrido en fechas significativas de periodos festivos: fin de semana de vacaciones escolares de verano y noche de San Juan, fiestas del 15 de agosto, fiestas patronales, Halloween y Navidad. El horario de atención en Urgencias de los casos sobre los que se realizó la IBM y fueron notificados por el Servicio de Urgencias del Hospital Río Hortega (n=16) variaban en función de la edad. (Figura 2).

Los Servicios de Emergencias sanitarias y las Unidades Medicalizadas de Emergencia-UME, detectaron 11 casos (el 22% de los casos captados), todos se derivaron y se intervino

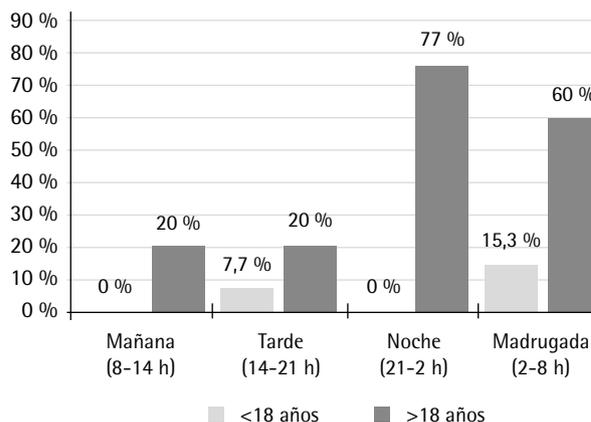


Figura 2

Distribución horaria de urgencias que cumplen criterio de caso por grupos de edad

Tabla 5		Casos detectados en los hospitales, intervenciones breves y derivación al SRP			
		Indicador de urgencias hospitalarias	Cumplen Criterio de caso	Casos con Intervención breve en urgencias	Derivaciones al Servicio de Referencia de Prevención-SRP
PEDIÁTRICOS (< 14 años)		3 (1♂ y 2♀)	3 (1♂ y 2♀)	1 ♀	1 caso (1♀, prevención selectiva)
ADULTOS	14-15 años	16 (9♂ y 7♀)	16 (10♂ y 6♀)	6 (2 ♂ y 4♀)	2 casos (1♂ y 1♀ prevención universal)
	16-17 años	23 (15♂ y 8♀)	9 (8♂ y 1♀)	8 (6♂ y 2♀)	3 casos (3♂, prevención universal)
	18-21 años	51 (32♂ y 19♀)	21 (10♂ y 11♀)	6 (1♂ y 5♀)	2 casos (1♂, prevención universal; 1♀, prevención indicada)
TOTAL		93 (57♂ y 36 ♀)	49 (29♂ y 20♀)	21 (9♂ y 12♀)	8 casos (5♂ y 3♀)

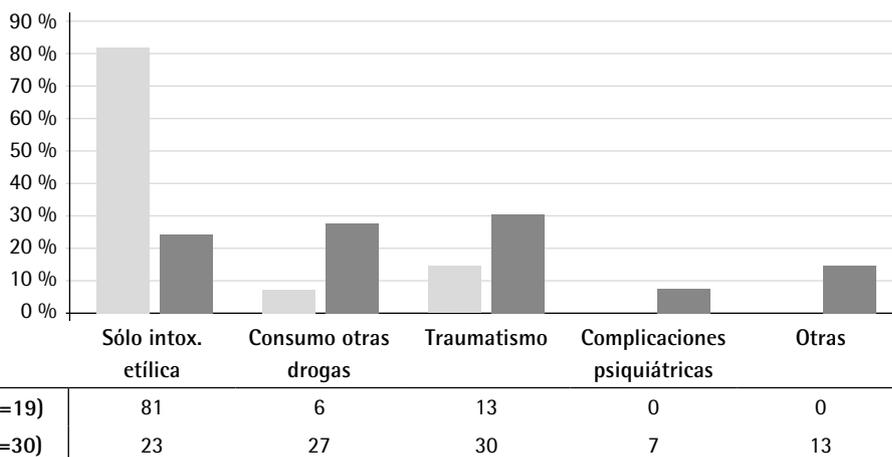


Figura 3 Presencia de otros diagnósticos en los casos de urgencias hospitalarias por edad

con ellos en el hospital. El indicador de urgencias hospitalarias detectó 93 urgencias de menores de 22 años, de estos 49 cumplían el criterio de caso. El grupo de edad 18 a 21 años es el más numeroso en cuando a atenciones en urgencias (N=51) pero el criterio de caso disminuye al 41,2% (N=21), en el grupo de 16-17 (N=23) se sitúa en el 39,1% (N=9), mientras que los grupos de 13-15 (N=19) y cumplen criterio en el 100%.

En 21 de los casos se realizó la intervención breve (43% de los casos) desde los Servicios de Urgencias y 8 de estas familias 38% dieron su consentimiento para ser derivadas al SRP y el equipo de prevención contactó con ellas, lo que supuso el 16% del total de casos potenciales detectados en urgencias. Los otros 13 casos rechazaron la derivación, siendo el 69,2% casos de 16 años o más. (Tabla 5).

No se detectaron diferencias significativas en el porcentaje de casos de los episodios de urgencias por hospitales 48 episodios de urgencias (32♂ y 16♀) en el HCUV de los que el 50,0% (15♂ y 9♀) cumplió criterio de caso, frente a 45 episodios de urgencias (25♂ y 20♀) en el HURH de los que cumplieron criterios el 55,6% (14♂ y 11♀). Sin embargo, sí se detectaron diferencias significativas (p<0,002) en el porcentaje de casos con intervención por parte de los profesionales: en el HCUV se intervino sobre el 20,8% (2♂ y 3♀), frente al 64% (7♂ y 9♀). Por último, destacar que el HURH no logró ninguna derivación frente a los 8 casos derivados (5♂ y 3♀: 32% de derivaciones o 50% de los intervenidos) al SRP desde el HURH.

En las urgencias atendidas en los hospitales que cumplían criterio de caso, se detectaron otros motivos relacio-

nados con la urgencia además de la intoxicación por alcohol, siendo más frecuentes en los mayores de 15 años (81% frente al 23% de los menores de 15 años o menos). Siendo más frecuente otros consumos (27% vs 6%), traumatismos (30% vs 13%), complicaciones psiquiátricas (7% vs 0%) u otras que incluye crisis comicial, taquicardias y abuso sexual (13% vs 0%). Destacando que los que presentaban policonsumos el cannabis fue la principal droga relacionada. (Figura 3).

3. Tiempos de derivación

En relación con el tiempo de demora en la transmisión de la información, se han cumplido los plazos planteados por el protocolo en 100% de los casos: notificación desde los Servicios de Urgencias/Emergencias al CRD 24-72 horas; desde el CRD al SRP en 24/48 horas y el SRP ha contactado con la familia en las siguientes 24 horas, para concretar la fecha y hora de la cita de evaluación en la semana siguiente. Sin embargo, para la participación en los programas de prevención universal y selectiva han detectado una espera de más de 5 meses, mientras que en prevención indicada ha sido de 1 semana, cumpliendo el plazo establecido.

DISCUSIÓN

En base a los datos de consumo de alcohol (ESTUDES¹) en los últimos días en atracción (♂ 32,3%; ♀ 31,0%) o borrachera (♂ 21,2%; ♀ 22,3%) podríamos esperar, en las áreas de Valladolid, 5.660 situaciones de consumo nocivo o intoxicaciones (teniendo en cuenta solo el grupo de 14 a 18 años). Sin embargo, solo se han detectado 93, lo que supone el 0,02% en el grupo de 10-13 años, el 0,22% de prevalencia en el grupo de 14-18 años y el 0,30% en el grupo de 18-21 años. Por tanto, las demandas de atención por los problemas derivados del consumo de alcohol son bajas como ya mostraban otros estudios previos⁶. Una posible explicación es que los casos más leves no lleguen a ser atendidos por los Servicios de Urgencias y/o Emergencias o sean dados de alta por las unidades no medicalizadas del 112. Además, otros estudios constatan que las intervenciones desde urgencias sólo llegan a una parte de la población de adolescentes y jóvenes con este tipo de consumos¹²⁻¹⁵, lo que plantea la necesidad de coordinar el Programa Ícaro con otras intervenciones comunitarias de prevención.

El pilotaje muestra como hasta los 15 años el porcentaje de casos es similar entre chicos y chicas (47,4% ♀), mientras que en los mayores de 15 años los casos son más frecuentes en los chicos (62,5% ♂). Estos datos son acordes con estudios que detectan mayor frecuencia de borracheras entre las mujeres más jóvenes, de 14 y 15 años²⁸.

La forma de acceso al hospital contrasta con la recogida en otros estudios⁴, en los que se observa un mayor porcentaje de los casos, hasta un 81,9%, que son trasladados en ambulancia al hospital, mientras que en el pilotaje la mayoría de los casos acudió por sus propios medios al hospital y tan sólo el 22,4% fueron derivados desde las UME.

Los datos del pilotaje indican una baja intervención desde los Servicios de Urgencias, ya que el 57% de los casos no recibieron ningún tipo de intervención específica. Son múltiples las barreras para la implementación de este tipo de intervenciones en los Servicios de Urgencias, más preparados para tratar intoxicaciones que para promocionar salud⁸. Existen diferencias significativas en la participación en la formación entre los hospitales que se corresponden con menores porcentajes de intervención y de derivación, identificándose como un elemento clave de cara a la efectividad de la intervención⁸. En este sentido los profesionales han planteado que esta menor implicación también está definida por la implicación de los equipos directivos que ha sido mayor en el hospital con mejor intervención; por lo que este aspecto también es un elemento a tener en cuenta en el programa. Por otro lado, el bajo porcentaje de familias que dan su consentimiento para ser derivados al SRP tras la intervención (38%) puede ser debido, a que existe una baja percepción del riesgo frente al consumo de alcohol en las familias y/o a que la IBM no se ha realizado con la calidad suficiente, ya sea por falta de implicación en el proyecto de los profesionales, por falta de tiempo o por falta de habilidades, tal y como indican diversos estudios^{29,8}. Los profesionales del grupo de trabajo han planteado la necesidad de simplificar la intervención, así como el consentimiento informado para reducir resistencias. Estos problemas podrían solucionarse mejorando la formación sobre las IBM de los profesionales, simplificando la intervención y el consentimiento y mejorando el conocimiento de los SRP.

Los casos que no han dado el consentimiento o que posteriormente no han querido acudir al SRP eran mayores de 15 años, lo que podría indicar una disminución de la efectividad de la intervención en edades superiores, una de las posibles causas identificadas por los profesionales de urgencias es la menor sensibilidad hacia la intervención en edades superiores al percibirse como menos graves. Estas valoraciones de los profesionales han planteado que el programa sería más eficiente si la población diana se redujera a los menores de 18 años, aunque otras intervenciones lleguen hasta los 21 años^{30,31}.

Por último, la lista de espera para participar en los Programas de Prevención familiar universal y selectiva y en los talleres de sensibilización para adolescentes ha superado lo establecido por lo que se hace necesario realizar una intervención preventiva precoz adecuada a las necesidades de cada familia que aproveche la oportunidad de intervenir en la si-

tuación de crisis, realizando posteriormente la derivación a los programas y talleres de prevención de forma complementaria.

Como resultado de la primera fase del pilotaje del Proyecto Ícaro-Alcohol los grupos mixtos de trabajo han mejorado el protocolo de actuación haciéndolo más factible para su incorporación en los Servicios de Urgencias/Emergencias: se ha centrado en los menores 18 años, se ha estructurado y protocolizado la formación, se ha planteado la implicación de los equipos directivos, se ha mejorado el folleto informativo, se ha simplificado el consentimiento informado y la intervención (sólo FRAE). La reducción del FRAME al FRAE disminuye el tiempo de aplicación, se facilita la implicación de los profesionales y no afecta a la esencia de la intervención, dado que ésta es una intervención inicial que está dirigida a ofrecer el contacto con el SRP, que es desde donde se plantean las opciones de cambio.

Por último, se ha reforzado el papel del SRP para realizar una intervención educativa inmediata con las familias derivadas, cuya intensidad dependerá del riesgo detectado.

Dentro de las limitaciones del trabajo de campo se encuentra la rotación del personal de Urgencias y Emergencias, que dificulta la tarea de concienciación para incorporar este tipo de actuaciones en los Servicios de Urgencias y/o Emergencias, así como su control. Además, no se han incluido los casos detectados por las Unidades de Soporte básico del Servicio de Emergencias que resuelven casos de intoxicaciones leves o moderadas in situ. La experiencia y la necesidad de atender más allá del riesgo vital es un cambio de mentalidad para el sistema sanitario y es un cambio de tendencia hacia un modelo de asistencia más integral y preventivo, que este estudio ha permitido perfilar y definir para nuestro contexto cultural, mejorando cribados e intervenciones.^{22,23}

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a la participación del Comisionado Regional para la Droga y del Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental del SACYL, así como al desarrollo del proyecto de investigación GRS 1668/A/17.

Agradecemos la colaboración al resto de las personas del grupo de trabajo implicadas en la elaboración del protocolo del Programa Ícaro-Alcohol: Jorge Carranza Ferrer (Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario), Fernando Centeno Malfaz (Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega), María Fernández Caballero (PIR Psicología Clínica. Hospital Universitario Río Hortega), Mercedes García Hernán (Plan Municipal sobre Drogas del Ayuntamiento de Valladolid), Soraya Geijo Uribe (Servicio de Psiquiatría de Niño y Adolescente. Hospital Clínico Universitario), Leticia González Martín. (Servicio de Pediatría. Hospital Universi-

tario Río Hortega), Guillermo Isidro García (MIR Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario), M^a Luisa López Lucas (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DGAS), Isabel Pérez Arranz (Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega), M^a Asunción Pérez Madrigal. Servicio de Pediatría (Hospital Universitario Río Hortega), Eduardo Pérez Mulet (Plan Provincial sobre Drogas de la Diputación Provincial de Valladolid), Isabel Sevillano Benito (MIR Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario), Eva M^a Sotelo Martín (Servicio de Psiquiatría. Psicología Clínica. Hospital Clínico Universitario), Fernando Uribe Ladrón de Cegama (Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario), M^a Concepción Velasco Velado (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. DGAS).

Así como a las personas que recogen y analizan los datos del indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas Ana Sánchez-Sánchez, Margarita Stole-Arranz.

CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) [Internet]. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016. Available in: http://www.pnsd.msrebs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
2. Hernández López T, Roldán Fernández J, Jiménez Frutos A, Mora Rodríguez C, Escarpa Sánchez-Garnica D, Álvarez P, et al. La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosoc Interv*. 2009;18(3):199-212.
3. Kraus L, Leifman H, Vicente J, Guttormsson U, Molinaro S, Arpa S. ESPAD Report 2015: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. 99 p. (ESPAD Report). Available in: <http://www.espad.org/report/home/>
4. Sanz Marcos N, Arias Constantí V, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Matalí Costa J, Luaces Cubells C. Consultas por intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias pediátricas. *An Pediatr*. 2009;70(2):132-6.
5. Supervía Caparrós A, Clemente Rodríguez C, Aguirre Tejedó A, Iglesias Lepine M, Puente Palacios I, Cirera Lorenzo I, et al. Cambios en las intoxicaciones entre dos periodos de tiempo en un Servicio de Urgencias. *Rev Toxicol*. 2014;31(1):63-7.
6. Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León. Informe anual del Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León [Internet]. Servicios Sociales: Comisionado Regional para la droga. Castilla y León; 2017. Available in: http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1193641915217/_/_/_
7. Kohler S, Hofmann A. Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis. *Alcohol Alcohol*. 2015; 50(2):107-17.

8. Falcón M, Navarro-Zaragoza J, García-Rodríguez RM, Nova-López D, González-Navarro MD, Mercadal M, et al. Barreras percibidas contra la implementación en los servicios de urgencias hospitalarios en España de un protocolo de cribado de consumo de alcohol e intervención breve en adolescentes. *Adicciones*. 2017;30(3):189.
9. Diestelkamp S, Arnaud N, Sack P-M, Wartberg L, Daubmann A, Thomasius R. Brief motivational intervention for adolescents treated in emergency departments for acute alcohol intoxication—a randomized-controlled trial. *BMC Emerg Med*. 2014;14(1):13.
10. Calafat A, Fernández-Hermida JR, Becoña E, Juan M, Duch M, Fernández del Río E, et al. Blood alcohol level tests in nightlife recreational settings as a preventive tool. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(1):10-6.
11. Weinberg L. Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. *Emerg Med J*. 2006;23(10):774-6.
12. D'Onofrio G, Fiellin DA, Pantalon MV, Chawarski MC, Owens PH, Degutis LC, et al. A Brief Intervention Reduces Hazardous and Harmful Drinking in Emergency Department Patients. *Ann Emerg Med*. 2012;60(2):181-92.
13. Mello MJ, Nirenberg TD, Longabaugh R, Woolard R, Minugh A, Becker B, et al. Emergency Department Brief Motivational Interventions for Alcohol With Motor Vehicle Crash Patients. *Ann Emerg Med*. 2005;45(6):620-5.
14. Patton R, Deluca P, Kaner E, Newbury-Birch D, Phillips T, Drummond C. Alcohol Screening and Brief Intervention for Adolescents: The How, What and Where of Reducing Alcohol Consumption and Related Harm Among Young People. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(2):207-12.
15. Suffoletto B, Kristan J, Callaway C, Kim KH, Chung T, Monti PM, et al. A Text Message Alcohol Intervention for Young Adult Emergency Department Patients: A Randomized Clinical Trial. *Ann Emerg Med*. 2014;64(6):664-672.e4.
16. Walton MA, Goldstein AL, Chermack ST, McCammon RJ, Cunningham RM, Barry KL, et al. Brief Alcohol Intervention in the Emergency Department: Moderators of Effectiveness. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69(4):550-60.
17. Neighbors CJ, Barnett NP, Rohsenow DJ, Colby SM, Monti PM. Cost-Effectiveness of a Motivational Intervention for Alcohol-Involved Youth in a Hospital Emergency Department. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71:384-94.
18. Linakis JG, Bromberg J, Baird J, Nirenberg TD, Chun TH, Mello MJ, et al. Feasibility and Acceptability of a Pediatric Emergency Department Alcohol Prevention Intervention for Young Adolescents. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(11):1180-8.
19. Woolard R, Baird J, Longabaugh R, Nirenberg T, Lee CS, Mello MJ, et al. Project Reduce: Reducing alcohol and marijuana misuse: Effects of a brief intervention in the emergency department. *Addict Behav*. 2013;38(3):1732-9.
20. Taggart IH, Ranney ML, Howland J, Mello MJ. A Systematic Review of Emergency Department Interventions for College Drinkers. *J Emerg Med*. 2013;45(6):962-8.
21. Wojnar M, Jakubczyk A. Brief Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption in Accident and Emergency Departments. *Front Psychiatry*. 2014 Nov 3;5:152.
22. Sanjuan PM, Rice SL, Witkiewitz K, Mandler RN, Crandall C, Bogenschutz MP. Alcohol, tobacco, and drug use among emergency department patients. *Drug Alcohol Depend*. 2014; 138:32-8.
23. Fairlie AM, Chun TH, Hernández L, Sindelar-Manning H, Eaton CA, Lewander W, et al. Alcohol Use History Differentiates Adolescents Treated in the Emergency Department After an Alcohol-Related Incident: *Pediatr Emerg Care*. 2010;26(6):417-23.
24. Rodríguez-Martos DA, Torralba Novella L, Escayola Coris M, Plasencia Taradach A. Viabilidad de la identificación e intervención sobre lesionados de tráfico admitidos en urgencias con alcoholemia positiva: ¿una utopía? *Emergencias*. 2005;17:3-9.
25. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas [Internet]. Publicación de las Naciones Unidas; 2015. Available in: <http://www.unodc.org/wdr2015/>
26. Kumpfer KL, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am Psychol*. 2003;58(6-7):457-65.
27. Kumpfer KL, Fenollar J, Jubani C. Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas. *Pedagog Soc Rev Interuniv*. 2013;(21):85-108.
28. Sánchez Sánchez A, Redondo Martín S, García Vicario M, Velázquez Miranda A. Episodios de urgencia hospitalaria relacionados con el consumo de alcohol en personas de entre 10 y 30 años de edad en Castilla y León durante el período 2003-2010. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86(4):409-17.
29. Boekeeloo BO, Novik MG. Clinical Approaches to Improving Alcohol Education and Counseling in Adolescents and Young Adults. *Adolesc Med State Art Rev*. 2011 Dec;22(3):631-48.
30. Guitart AM, Bartroli M, Villalbí JR, Guilañá E, Castellano Y, Espelt A, et al. Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86(2):189-98.
31. Newton AS, Dong K, Mabood N, Ata N, Ali S, Gokiart R, et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(5):673-84.