



## Original

# Viabilidad de la identificación e intervención sobre lesionados de tráfico admitidos en urgencias con alcoholemia positiva: ¿una utopía?

A. Rodríguez-Martos Dauer<sup>1</sup>, L. Torralba Novella<sup>1</sup>, M. Escayola Coris<sup>2</sup>, A. Plasència Taradach<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA, <sup>2</sup>ÀREA DE TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON (BARCELONA),

<sup>3</sup>UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA.

## RESUMEN

**O** *bjetivos:* Reflexionar sobre las dificultades sobrevenidas en la realización de un estudio quasi-experimental sobre la efectividad de la intervención breve sobre lesionados de tráfico admitidos en el servicio de urgencias de un hospital de traumatología. Revisar la fiabilidad de la información recogida en la fase piloto del estudio y la viabilidad de una estrategia preventiva desde un servicio de urgencias.

*Métodos:* En la etapa piloto, se ensayó un programa de formación de los profesionales encargados de realizar la intervención y se aplicó el protocolo del estudio sobre identificación precoz e intervención breve, previamente diseñado para el entorno de urgencias de traumatología. La opinión del personal de enfermería respecto a la viabilidad del cribado y de los profesionales formados (de enfermería y trabajo social) respecto a la formación recibida, su autoeficacia en la intervención y la viabilidad global del protocolo diseñado se recogieron mediante encuestas. En la etapa principal, se miden de nuevo la viabilidad del cribado de alcohol, mediante encuesta a la plantilla de enfermería de urgencias y la viabilidad de las intervenciones y del diseño global, encuestando al personal entrenado. No podemos hablar de un diseño pre-, post- porque la mitad de los profesionales son distintos, pero cabe comparar las opiniones recogidas tras las etapas piloto y central del estudio, respectivamente.

*Resultados:* En la etapa piloto se estudiaron y comprobaron: la posibilidad de capacitar al personal mediante módulos de formación teórico-práctica, la viabilidad del cribado y la utilidad del reactivo elegido (Alcohol-On-Site, test saliva), así como la viabilidad y satisfacción con el protocolo de la intervención por parte del personal formado. En la etapa principal, incontables dificultades coyunturales cuestionan la fiabilidad de las encuestas de opinión y de los ensayos piloto como predictores de la viabilidad y sostenibilidad de un protocolo diseñado para el mundo real.

*Conclusión:* Quedan patentes las dificultades del entorno de urgencias para asumir tareas preventivas.

**Palabras clave:** Alcohol. Identificación. Intervención breve. Prevención. Urgencias.

## ABSTRACT

### Feasibility of identification and intervention on traffic accident casualties admitted to an emergency service with positive blood alcohol levels: utopia?

**A** *ims and objectives:* To reflect on the difficulties encountered regarding a quasi-experimental study regarding brief intervention on traffic accident victims admitted to the Emergency Ward of a Traumatology Hospital. Furthermore, to review the reliability of the information collected during the pilot phase of a study and the feasibility to preventive strategy induced from an Emergency Service.

*Methods:* The pilot phase involved the study of a training programme for those professionals entrusted with the intervention, and applied the previously designed protocol for early identification and brief intervention that had been previously designed for Emergency Traumatology environments. The opinions of the nursing staff about the feasibility of screening and also of the professionals (both nursing and social workers) regarding their training, self-efficacy in intervention and overall training and efficacy in regard to the designed protocol were collected through surveys. In then main phase, the viability of alcohol screening was again measured through a survey of the emergency nursing staff and viability of interventions and of overall design through a survey of trained personnel. It is not possible to address a "pre-and post-" design, as one-half of the surveyed professionals were different; yet the opinions voiced during the pilot and central phases of the study may indeed be assessed.

*Results:* Over the pilot phase, the following results were assessed and established: the possibility to train the personnel through theoretical-practical training modules, the feasibility of screening and the usefulness of the selected reagent (Alcohol-on-Site, saliva test), as well as the viability and satisfaction of the trained personnel as regards the intervention protocol. In the main stage, a number of conjunctural difficulties question the reliability of the opinion surveys and of the pilot assays as predictors of the viability and supportability of a protocol designed for the "real world".

*Conclusions:* The difficulties of an External Emergency environment if assuming preventive tasks becomes evident.

**Key Words:** Alcohol. Identification. Prevention.

**Correspondencia:** Alicia Rodríguez-Martos Dauer.

Agència de Salut Pública, Pl. Lesseps, 1.  
08023 Barcelona.

**Fecha de recepción:** 3-10-2003

**Fecha de aceptación:** 21-12-2004

## INTRODUCCIÓN

La elevada prevalencia de accidentes de tráfico en nuestro país<sup>1</sup> y la presencia en muchos de ellos del factor alcohol preocupa a la Salud Pública. La identificación e intervención precoz sobre bebedores de riesgo que son asistidos por lesiones coincidentes con el consumo de alcohol, podría modificar consumos y reducir la probabilidad de recidivas<sup>2,3</sup>, al hallarse éstos en un momento receptivo<sup>4</sup> para recibir información y consejo y plantearse un cambio de conducta.

La literatura refiere la idoneidad del personal de enfermería<sup>5,6</sup> y de trabajo social<sup>7</sup> para realizar el cribado y el consejo sobre el consumo de alcohol, si bien se encuentran más referencias a su participación en la identificación que en la intervención<sup>8</sup>. Uno de los problemas más referidos como obstáculo para desarrollar estudios e implementar estrategias preventivas en el entorno de urgencias es la falta de respaldo al personal encargado de llevarlas a cabo<sup>9</sup>, que a menudo se siente utilizado y no valorado. Por otra parte, la identificación y derivación de casos por parte de médicos es extremadamente escasa, a pesar de manifestar su disposición a hacerlo, cuando respondan a encuestas<sup>10,11</sup>. Muchas razones explican la reticencia de los médicos que trabajan en urgencias de traumatología ante las tareas de identificación y consejo a los lesionados con problemas de alcohol<sup>10</sup>.

Los centros de traumatología han sido considerados idóneos como plataforma privilegiada para la identificación e intervención sobre bebedores de riesgo y personas con problemas de alcohol<sup>12</sup> y se estima que los profesionales de urgencias podrían influir considerablemente en la concienciación de los riesgos del alcohol al volante<sup>13</sup> y en la consiguiente adopción de conductas prudentes, con reducción de la accidentalidad. En algunos estados de los EEUU esta tarea ha llegado a adquirir carácter de norma obligada<sup>14</sup>, si bien la frontal oposición de los médicos ha logrado limitar el cribado a los casos que requerían ingreso<sup>15</sup>.

Existen programas que identifican e intervienen sobre el paciente en departamentos de urgencias (ambulatorio o sala)<sup>16,17</sup>, a veces derivándolos tras una intervención negociadora<sup>18,19</sup> o citándolos para una intervención demorada<sup>20</sup> o de refuerzo, tras haber realizado una primera entrevista motivacional<sup>17</sup>. En otros casos<sup>21</sup>, la identificación e intervención se limita a los pacientes ingresados en traumatología.

De la calidad de la formación y de la fidelidad al protocolo establecido dependerá el resultado de la intervención<sup>22</sup>. La formación no puede limitarse a una mera transmisión de conocimientos, sino que debe trabajar las actitudes y habilidades<sup>23</sup>. Ha de incluir entrenamiento grupal y supervisión individualizada<sup>24</sup>.

Lógicamente, no hay intervención sin cribado. Por otra parte, el vínculo entre ambos está sujeto a múltiples avatares. El número de pacientes beneficiarios de una intervención dependerá, en efecto, de: a) la capacidad de cribado e identificación del servicio, b) de la aceptación de la intervención por

parte del paciente y de c) la oportunidad (estado y accesibilidad del lesionado) de brindarle dicha intervención por parte del personal formado.

## MÉTODOS

Al diseñar el estudio IBAT<sup>25</sup> (Intervención Breve en Accidentados de Tráfico) se tuvieron en cuenta los factores facilitadores y obstaculizadores referidos por la bibliografía. Se elaboró un programa de formación, a través del cual se intentó formar y motivar a enfermeros de urgencias y asistentes sociales de un hospital de traumatología. Se diseñó un protocolo quasi-experimental para estudiar la efectividad de las intervenciones breves en el mundo real, siguiendo la recomendación de Babor<sup>26</sup> y del CDC (*Centres for Disease Control*)<sup>27</sup> de capitalizar los estudios de eficacia (estudios experimentales aleatorios controlados) sobre identificación e intervención en bebedores de riesgo realizados en diversos contextos, y desarrollar, implementar y evaluar intervenciones en el marco de las urgencias.

En la *etapa piloto*, los profesionales encargados de realizar las intervenciones fueron formados en técnicas de intervención breve mediante un módulo teórico-práctico (4 horas de una sesión docente interactiva y 4 horas de práctica), incluyendo instrucciones prácticas para la aplicación del protocolo y *role-playing*. Tanto la formación del personal colaborador como la puesta en práctica del diseño y las supervisiones se adaptaron plenamente a las posibilidades horarias del personal.

Se seleccionó un reactivo para el cribado de la presencia de alcohol en saliva, en cuyo manejo se entrenó al personal y se implementó el algoritmo de intervención diseñado<sup>25</sup> (Fig. 1). A través de encuestas se evaluó la opinión sobre la formación recibida, sobre las dificultades planteadas para la determinación de alcohol en saliva y sobre la viabilidad de la intervención.

El personal investigador supervisó con regularidad la aplicación del cribado y de las intervenciones, tanto con respecto a las habilidades del personal como a la adherencia al protocolo.

La implicación personal de los investigadores se consideró imprescindible para crear un clima de colaboración y el compromiso de los colaboradores.

En la *etapa principal* del estudio se desplegó la misma estrategia, empezando por un módulo de formación al que asistieron tanto nuevos colaboradores (3 enfermeras y 1 trabajadora social) como quienes ya habían participado en el estudio piloto (4 enfermeros), que refrescaban conceptos y aportaban su experiencia al *role playing*. Se reanudaron asimismo las supervisiones.

El resto del personal de enfermería volvió a recibir instrucciones para el manejo del reactivo en saliva, procedimiento que se repitió periódicamente en función de cambios en la plantilla.



Acabada la inclusión de pacientes (cribado de los elegibles e intervención en los casos positivos que la aceptaron), se recogió de nuevo la opinión sobre la viabilidad del cribado encuestando a la plantilla general de enfermería, inclusive la del personal formado para la intervención (N=30: 24±6), así como la opinión sobre la viabilidad del proyecto por parte de las personas formadas (N=6) que realizaron las intervenciones.

No cabe hablar de un diseño pre-, post- porque las personas encuestadas no son necesariamente las mismas en las fases piloto y principal del estudio. Tampoco es posible analizar estadísticamente las diferencias, dado el tamaño reducido de la muestra, especialmente en algunas preguntas poco contestadas. No obstante, se estima oportuno comparar dichas opiniones recogidas mediante la escala de Likert a fin de comprobar, de una forma más objetiva, el cambio de actitud percibido a medida que se desarrollaba el estudio.

## RESULTADOS

En la fase piloto<sup>25</sup>, desarrollada entre diciembre de 2000 y marzo de 2001, se detectaron cerca del 20% de pacientes elegibles (de 18 o más años y que sufrieron el accidente en las 6 horas precedentes) y se intervino en casi el 60% de los casos positivos. La opinión de la plantilla de enfermería en general y la del personal específicamente formado para las intervenciones fue, en líneas generales, favorable. De acuerdo con las respuestas a las encuestas cumplimentadas, el diseño era viable y los colaboradores formados se sentían capacitados para realizar las intervenciones, teniendo la percepción de que éstas serían útiles. Por lo que respecta al cribado por parte de la plantilla en general, su actitud presentaba amplias variaciones individuales, aunque predominaba la opinión de que el cribado era viable.

Los pacientes aceptaron muy bien tanto el cribado en saliva como la intervención ofrecida.

Partiendo del mismo supuesto teórico que en la fase piloto, la etapa central del estudio<sup>28</sup> (1 julio 2001 a 30 abril 2003) estuvo llena de tropiezos.

La captación de pacientes comenzó el 1 de julio de 2001, en principio con la misma dinámica que durante la fase piloto. Sin embargo, en el primer trimestre de 2002 empezaron a aparecer obstáculos de todo tipo: obras en urgencias, reivindicaciones laborales, desplazamiento de personal formado sin ser sustituido por nuevo personal estable...

Coincidiendo con esta difícil situación, a comienzos de marzo se produjo la retirada cautelar transitoria del reactivo Alcohol-On-Site. Tras esta parada forzosa de 4 meses de duración, se hizo una nueva demostración sobre el manejo del reactivo para toda la plantilla de enfermería, así como una sesión de reciclaje del personal encargado de hacer las intervenciones. Se reanudaron las supervisiones, dificultadas por la

frecuente inaccesibilidad (cambios de turno, de servicio, bajas...) de los colaboradores.

La captación de pacientes, que ya había venido cayendo lentamente antes de la suspensión del reactivo, sólo mejoró durante el verano de 2002 (contrato temporal renovado a antiguos colaboradores) para caer posteriormente de forma irrecuperable, coincidiendo con la dispersión de colaboradores y el cansancio de la plantilla de enfermería con respecto a un cribado entendido como trabajo adicional en un momento en que sus reivindicaciones laborales exacerbaban su susceptibilidad.

Al finalizar la captación de pacientes para el estudio de la efectividad, se había explorado a un 12% de los pacientes elegibles (de 18 o más años lesiones en las 6 horas precedentes) e intervenido en el 67,5% de los que reunían criterios de inclusión (saliva u otra prueba biológica del alcohol positiva).

Entre la etapa piloto (3,5 meses) y la fase definitiva del estudio (17 meses) el porcentaje de casos captados, lejos de aumentar, se había reducido casi a la mitad.

La opinión de la plantilla de enfermería, inclusive de los agentes formados para la intervención, queda recogida en las encuestas realizadas tras la fase principal del estudio (tablas 1-3). En el caso de las tablas 1 y 3, se pueden comparar las respuestas actuales con las de la etapa piloto, entre paréntesis.

El conjunto del personal (N=30) que ha participado en el cribado (test saliva, en general) responde a la encuesta sobre la viabilidad del test de saliva sin diferencias notables con respecto a la encuesta de la etapa piloto (tabla 1). Sin embargo, sólo el 16% discrepa ahora de la afirmación de que diversos problemas han dificultado el cribado en los últimos 12 meses.

Acabada la inclusión de pacientes, se apuntan diferencias entre el personal formado para las intervenciones y el resto de la plantilla de enfermería (tabla 2) con respecto a la prueba de saliva, sobre todo en el sentido de que el personal no formado ve más problemas para hacer el cribado, tiene más escrúpulos deontológicos, cree que hay cosas más importantes en las que pensar y no se acuerda de pedirlo. En cambio, es el personal formado el que se queja más de falta de apoyo (100% *versus* 60%) y el que más subraya las dificultades habidas durante el último año (100% *versus* 28%).

Por lo que respecta al personal formado que realizó las intervenciones (tabla 3), su opinión acerca de la viabilidad del programa y de las intervenciones ha variado, entre la etapa piloto y la principal del estudio, en el sentido de haber aumentado el porcentaje de quienes dicen sentirse capacitados y cómodos con la intervención (83,3% frente al 67%). Sin embargo, ahora discrepan más que antes de la opinión de que este programa podría ser implementado en la práctica habitual del servicio de urgencias (50% frente a 33%) y se sienten menos valorados por sus compañeros (83% frente a 33%). Aunque el 100% de ellos no cree que su trabajo haya sido más difícil en esta etapa, la mayor parte de respuestas a la pregunta abierta “¿qué cambiarías para un mejor rendimiento del pro-

**TABLA 1. Opinión de los profesionales del servicio sobre las dificultades planteadas para la determinación del alcohol en saliva (N=30, resultado en porcentajes)**

Respuestas según escala de Likert (0-4), agrupadas (1-3')	1	2	3	NS/NC
No existen demasiados problemas para hacerlo	30 (35)	13 (10)	37 (55)	20 (0)
Tengo escrúpulos deontológicos	50 (55)	10 (10)	20 (30)	20 (5)
No hay tiempo para hacerlo	33,3 (30)	13,3 (15)	30 (35)	23,4 (20)
Hay cosas más importantes en las que pensar	30 (35)	7 (10)	40 (40)	23 (15)
No me acuerdo de pedirlo	30 (45)	17 (5)	23 (20)	30 (30)
Distorsiona la dinámica de trabajo	30 (48)	13 (5)	37 (37)	20 (10)
No hay bastante apoyo	17 (26)	10 (10)	53 (53)	20 (10)
El procedimiento es complicado	60 (79)	7 (0)	10 (10)	23 (10)
En general, el paciente lo acepta bien	10 (21)	30 (21)	40 (53)	20 (5)
Diversos problemas en los últimos 12 meses han dificultado llevar a cabo las determinaciones	16	27	30	27

<sup>1</sup>1: absolutamente en desacuerdo o en desacuerdo; 2: no estoy seguro; 3: de acuerdo o absolutamente de acuerdo. NS/NC: no sabe/no contesta. (Entre paréntesis los porcentajes recogidos en la etapa piloto).

grama?" son en el sentido de pedir una mayor implicación, interés y colaboración del personal y disponer de tiempo extra para las intervenciones.

La percepción del porcentaje de lesionados de tráfico personalmente cribados, recogida mediante una pregunta de respuesta triple (< 10% - 10-20% > 20%) a todo el personal de enfermería de urgencias, se acerca bastante con el porcentaje real cribado durante el período: el 54% cree haber cribado la saliva de menos del 10% de pacientes lesionados de tráfico que acudían a urgencias (cribado real: 12%).

## DISCUSIÓN

A pesar de que el estudio no pretendió en ningún momento establecer la prevalencia de lesionados de tráfico por alcohol, ni la muestra tenía por qué ser representativa de la que acudía al hospital por accidentalidad viaria, el cribado en busca de la posible presencia de alcohol debía hacerse, en principio, de forma rutinaria.

Por lo que respecta a la intervención, ofrecida a los casos en los que se detectase presencia de alcohol, cada turno de guardia debía contar con algún profesional formado para realizarla. De forma consensuada, se había decidido formar al personal de plantilla habitual en aras a una mayor adherencia a la situación real (estudio de efectividad) y a la sostenibilidad del diseño, una vez comprobada la utilidad de la intervención.

Sin embargo, un clima laboral conflictivo, por cualesquiera sean los motivos (obras, cambios de personal, reivindicaciones

salariales o laborales...) no es el más idóneo para realizar tareas que no forman parte del protocolo del hospital, especialmente si el entorno inmediato no las valora o considera relevantes, como suele ocurrir por parte de los profesionales de traumatología, más preocupados por reparar las lesiones que por ahondar en los factores que ayudaron a producir las.

La desmotivación favorece el olvido. El cribado de alcohol en saliva se fue descuidando por parte de la plantilla general (sólo el 29% discrepa de la opinión de "no me acuerdo de pedirlo") y relegando a las personas formadas para hacer la intervención, lo que limitaba la captación de casos a aquellos días en que estaba presente un agente colaborador y explica la caída en cascada en el ritmo de incorporaciones al estudio.

En cuanto al personal formado, se queja especialmente de falta de reconocimiento y apoyo (100%) y subraya las dificultades habidas durante el último año del estudio, si bien no consideran que su trabajo haya sido especialmente difícil en esta etapa respecto de la anterior. Esta aparente incongruencia puede explicarse porque, en un caso, se refieren a la dificultad de cribar a los pacientes, ligada al entorno y, en el otro, a la dificultad intrínseca de su tarea (intervención). Es de destacar, en cualquier caso, que el 50% no comparte actualmente la opinión de que el procedimiento sea viable en la práctica diaria.

El presente artículo pretende promover una doble reflexión: la reflexión sobre el poder "predictivo" de los estudios pilotos, en un terreno tan vulnerable a incidentes intercurrentes como es un servicio hospitalario de urgencias de traumatología, y la reflexión sobre el aparente divorcio entre asistencia y prevención, que de forma más o menos explícita flota en la



**TABLA 2. Opinión de los profesionales formados y no formados sobre las dificultades planteadas para la determinación del alcohol en saliva**

N= 30 (personal formado: 6; personal no formado: 24). Porcentajes válidos

	Calif <sup>a</sup>	Formados	No formados
1. No existen demasiados problemas para hacerlo	1	50	35
	2	25	15
	3	25	50
2. Tengo escrúpulos deontológicos	1	100	55
	2		15
	3		30
3. No hay tiempo para hacerlo	1	75	37
	2		21
	3	25	42
4. Hay cosas más importantes en las que pensar	1	75	32
	2		10
	3	25	58
5. No me acuerdo de pedirlo	1	100	29
	2		29
	3		42
6. Distorsiona la dinámica de trabajo	1	25	40
	2	25	15
	3	50	45
7. No hay bastante apoyo	1		25
	2		15
	3	100	60
8. El procedimiento es complicado	1	100	74
	2		10
	3		16
9. En general, el paciente lo acepta bien	1	25	10
	2	25	40
	3	50	50
10. Diversos problemas en los últimos 12 meses han dificultado llevar a cabo las determinaciones	1		28
	2		44
	3	100	28

Respuestas según escala de Likert (0-4), agrupadas (1-3)  
1: absolutamente en desacuerdo o en desacuerdo; 2: no estoy seguro; 3: de acuerdo o absolutamente de acuerdo.

atmósfera de trabajo y pone trabas al pleno desarrollo de un proyecto abiertamente preventivo.

La percepción de que la tarea no es de su competencia y el escepticismo acerca de la efectividad de la intervención son los principales factores predictivos de la ausencia de cribado en urgencias quirúrgicas<sup>29</sup>, junto con la creencia<sup>30</sup>, sobrevalorada por parte de los profesionales, de su capacidad de identificar clínicamente a los sujetos con problemas<sup>31,32</sup>.

La valoración de la tarea realizada es otro elemento importantísimo de la sostenibilidad, ya evidenciado en otros estudios. La implicación y proximidad del personal investigador (externo, en este caso) puede evitar el sentimiento de ser utilizado, pero la falta de reconocimiento por parte de los interlocutores cotidianos, genera desánimo y reduce el rendimiento.

En el estudio de Barcelona, la progresiva dejación del cribado cabría interpretarla como resultado de un triple obstácu-

lo: a) reducción y cambios en la plantilla no resueltos, b) actitud negativa de la enfermería por su descontento laboral y c) la falta de reconocimiento y soporte a su tarea por un entorno médico suspicaz ante el cribado y escéptico frente a una práctica considerada más bien como una pérdida de tiempo que distrae al personal de funciones más prioritarias.

La falta de preparación y respaldo<sup>33</sup> es una queja recurrente, incluso entre quienes manifiestan su disposición a intervenir. En 1999, Brooker et al.<sup>34</sup> publicaban el abandono de un estudio aleatorio controlado sobre bebedores “problema” admitidos en urgencias por el bajo número de pacientes cribados. Los autores atribuyeron el fracaso a factores generales ambientales generadores de estrés, al bajo estado de ánimo de las enfermeras, a la escasa valoración de su tarea y, en conjunto, a la infraestructura del Servicio Nacional de Salud.

En el entorno de la Medicina de urgencias, y más concre-

**TABLA 3. Evaluación de la experiencia por parte del personal formado que ha realizado las intervenciones**

N = 6 (resultado en porcentajes)

Respuestas según escala de Likert (0-4) agrupadas (1-3) <sup>1</sup> , en porcentajes	1	2	3
¿Consideras que este programa piloto ha representado una sobrecarga de trabajo para tí?	33 (17)	0 (17)	67 (67)
¿Tienes la impresión de que la intervención realizada servirá para algo?	0 (17)	33 (17)	67 (67)
¿Te has sentido capacitado/a y cómodo/a al hacer la intervención?	0 (0)	17 (42)	83 (67)
¿Crees que tus compañeros de trabajo han valorado tu tarea?	83 (33)	0 (50)	17 (17)
¿Consideras que tu trabajo ha sido más difícil en la etapa principal del estudio de lo que fue la fase piloto?*	100	0	0
¿Consideras que este programa piloto podría ser implementado en la práctica habitual del servicio de urgencias?	50 (33)	17 (33)	33 (33)

1: absolutamente en desacuerdo o en desacuerdo; 2: no estoy seguro; 3: de acuerdo o absolutamente de acuerdo.  
\*Esta pregunta no existía en la etapa piloto, por tanto no hay datos comparables, y sólo la debían contestar los que participaron en ambas etapas del estudio N= 3.

tamente de las traumatológicas, se plantea un desafío logístico, pero sobre todo la necesidad de promover un cambio de actitud de los profesionales y especialmente de los responsables de los servicios. De ahí la necesidad de: 1) promocionar estudios sobre la prevalencia de problemas de alcohol en lesionados y de la efectividad de intervenciones preventivas; 2) dar a conocer instrumentos de cribado eficaces y sencillos; 3) comunicar los resultados de los estudios en las revistas y foros habituales de los profesionales de traumatología y urgencias; 4) alertar a la opinión pública y a los responsables de la política sanitaria de la dimensión del problema.

Los servicios de urgencias tienen un importante papel dentro de la respuesta social a este problema<sup>35</sup>. En lugar de vivirlo como un lastre, la prevención debería ser entendida como un valor añadido<sup>30</sup>. Sin embargo, justo es reconocer que, para cambiar su actitud, los profesionales necesitan, además de información y formación, una sustancial ampliación de recursos, bien en forma de colaboración externa, bien de mayor disponibilidad de tiempo por parte de la plantilla para estos menestres<sup>35</sup>.

En cualquier caso, los departamentos de urgencias se hallan en una posición estratégica para alertar tanto a la opinión pública como a los responsables de política sanitaria acerca de la prevalencia de problemas de alcohol<sup>36</sup> y deberían reivindicar este papel más que intentar zafarse del mismo.

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio está parcialmente financiado por Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 01/0903) y por el Servei Català de Trànsit. Agradecemos al equipo de enfermería del servicio de urgencias del Àrea de Traumatología, Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona) y especialmente a las personas que han realizado las intervenciones: Raquel Benedit, Jordi Capilla, Fanny Galeano, Carolina Gómez, Miguel López, Helena Quesada, Tania Rodríguez-Martos y Aurora Vilella. Agradecemos también la ayuda de Elena Santamariña en el análisis de resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Instituto de Toxicología. Memoria Análisis Toxicológico. Muertes en Accidentes de Tráfico Año 2000. Madrid, Ministerio de Justicia.
- 2- Plasencia A. Bases epidemiológicas para las políticas de prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol en España. Adicciones 1999;11:229-36.
- 3- Gentilello LM, Donovan DM, Dunn C, Rivara FP. Alcohol interventions in level I trauma centers: Current practice, future directions. JAMA 1995;274:1043-8.
- 4- Longabaugh R, Minugh A, Nirenberg TD, Clifford PR, Becker B, Woolard R.

- 5- Injury as a motivator to reduce drinking. Acad Emerg Med 1995;2:817-25.
- 5- Israel Y, Hollander O, Sánchez-Craig M, Booker S, Miller V. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. Alcoholism 1996;20:1443-50.
- 6- Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. Addiction 1995;90:119-32.
- 7- Heather N: Brief Intervention Strategies. En Hester RK, Miller WR



- (eds.): Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. Boston, London Allyn and Bacon, 1995:105-122.
- 8-** Deehan A, Templeton L, Taylor, Drummond C, Starng J. Are practice nurses an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995. *J Adv Nurs* 1998;28:592-7.
- 9-** Peters J, Brooker CH, McCabe C, Short N. Problems encountered with opportunistic screening for alcohol-related problems in patients attending an Accident and Emergency Department. *Addiction* 1998;93:589-4.
- 10-** Mello MJ, Nirenberg TD, Lindquist D, Cullen HA, Woolard R. Physician's attitudes regarding reporting alcohol-impaired drivers. Paper presented at the American College of Emergency Physicians Scientific Assembly research Forum on October 16, 2001 in Chicago, IL.
- 11-** Huntley JS, Touquet R. Attitudes of Accident & Emergency senior house officers to the detection of alcohol misuse. Paper presented at the pre-symposium workshop on Prevention of alcohol of alcohol-related traffic crashes: how to cut them down. XXIX Kettil Bruun Symposium, Krakow, 1-7 June 2003.
- 12-** Welte J, Perry P, Longabaugh R, Clifford PR. An outcome evaluation of a hospital-based early intervention program. *Addiction* 1998;93:573-81.
- 13-** Girasek DC, Gielen AC, Smith GS. Alcohol's contribution to fatal injuries: A report on public perceptions. *Ann Emerg Med* 2002;39:622-30.
- 14-** U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: Hospital and Emergency Department Referrals. Washington (DC): U.S. Government Printing Office; 2000.
- 15-** Degutis L. Comments on implementing preventive interventions in emergency medicine: strategic considerations. En Hungerford DW, Pollock DA: Alcohol Problems Among Emergency Department Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2002; 158-9.
- 16-** Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, et al: Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:989-94.
- 17-** Longabaugh E, Woolard RF, Nirenberg TD, Minough AP, Becker B, Clifford PR, et al: Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *J Stud Alcohol* 2001;62: 806-16.
- 18-** Bernstein E, Bernstein J, Levenson S. Project ASSERT: an ED based intervention to increased access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Ann Emerg Med* 1997;30:181-9.
- 19-** D'Onofrio G, Bernstein J, Woolard R, Brewer Ph, Craig SA et al. Patients with alcohol problems in the emergency department, part 2: Intervention and referral. *Acad Emerg Med* 1998;5:1210-7.
- 20-** Patton R, Crawford MJ, Touquet R. Impact of health consequences feedback on patients acceptance of advice about consumption. *Emerg Med J* 2003;20:1-2.
- 21-** Gentilello, LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Darancing E, Dunn CH, et al. Alcohol Interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999;230:473-83.
- 22-** Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152:851-9.
- 23-** Rodríguez-Martos A. Educación médica sobre alcohol: perspectiva de futuro. *Adicciones* 2002;14:91-105.
- 24-** Ockene JK, Wheeler EV, Adams A, Hurley TG, Hebert J. Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Arch Intern Med* 1997;157:2334-41.
- 25-** Rodríguez-Martos A, Plasencia A, Escayola M, Martí J, Torralba LI. Intervención breve sobre accidentes con alcoholemia positiva desde un centro de traumatología. *Adicciones* 2001;13:371-83.
- 26-** Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000;95:677-86.
- 27-** Hungerford DW, Pollock DA (eds.): Alcohol Problems Among Emergency Department Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2002.
- 28-** Rodríguez-Martos A, Santamariña E, Martínez X, Torralba L, Escayola M, Martí J, Plasencia A. Identificación precoz e intervención breve en lesionados de tráfico con presencia de alcohol: primeros resultados. *Adicciones* 2003;15:191-202.
- 29-** Danielson PE, Rivara FP, Gentilello LM, Waier RV. Reasons why trauma surgeons fail to screen for alcohol problems. *Arch Surg* 1999;134:564-8.
- 30-** Gentilello, L. Implementing preventive interventions in emergency medicine: Strategic considerations. En Hungerford DW, Pollock DA (eds.): Alcohol Problems Among Emergency Department Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2002;133-55.
- 31-** Moore RD, Bone LR, Geller G, Wamon JA, Stokes EJ, Levine DM. Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA* 1989;261:403-7.
- 32-** Gentilello LM, Villaveces A, Ries RR, Nason KS, Darancing E, Donovan DM, et al. Detection of acute alcohol intoxication and chronic alcohol dependence by trauma center staff. *J Trauma* 1999;47:1131-9.
- 33-** Anderson S, Eadie DR, MacKintosh AM, Haw S. Management of alcohol misuse in Scotland: the role of A&E nurses. *Accid Emerg Nurs* 2001;9: 92-100.
- 34-** Brooker Ch, Peters J, McCabe Ch., Short N. The views of nurses to the conduct of a randomised controlled trial of problem drinkers in an accident and emergency department. *Int J Nursing Studies* 1999;36:33-9.
- 35-** Mario R, Cunningham R. The spectrum of alcohol problems and the scope of emergency medicine practice. En: Hungerford DW, Pollock DA (eds.): Alcohol Problems Among Emergency Department Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2002;21-31.
- 36-** Hargarten SM. Response to Dr Larry Gentilello's presentation. En: Hungerford DW, Pollock DA (eds.): Alcohol Problems Among Emergency Department Patients: Proceedings of a Research Conference on Identification and Intervention. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention 2002;152-4.