



ACCIÓN 8: Proyecto de mejora de los procesos detección e intervención breve en bebedores de riesgo en Atención Primaria y Urgencias (especial atención a los jóvenes)

Resumen de la evaluación de la situación actual y de las necesidades en las diferentes CCAA

Grupo de Trabajo

Líder: Joan Colom Farrán (Subdirector General Drogodependencias. GENCAT)

Coordinadora: Lidia Segura García (Subdirección General Drogodependencias. GENCAT)

Secretaria: Subdirección General Drogodependencias. GENCAT

Comunidades Autónomas

Canarias: Baltasar Fernández da Ponte Mato y Marta Artiles Hernández.

Castilla- La Mancha: Olaia Fernández Fernández, Isabel Montoya Creus.

Castilla y León: M^a Ángeles de Álvaro Prieto

Extremadura: Victoria Boticario Villarroel, María del Mar Sánchez Fernández

Navarra: Raquel González Eransus.

Administración General del Estado

M^a Victoria Librada Escribano y Vicenta Lizarbe: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad

ONG

OSASUN EKINTZA: Patricia Insúa Cerretani

Personas Expertas

Rodrigo Córdoba García (Médico de Familia, Zaragoza)

María Falcón (Universidad de Murcia)

José Ramón Fernández Hermida (Colegio Oficial de Psicólogos)

Antonio Gamonal García (Ayuntamiento Collado-Villalba)

Rosa Freixedas Casaponsa (ICS, GENCAT)

Antoni Gual i Solé (Hospital Clínico, Barcelona)

Gorka Moreno (Proyecto Hombre , Navarra)

Beatriz Rosón (Hospital de Bellvitge, Barcelona)

Gabriel Rubio (Hospital Universitarios 12 de Octubre, Madrid)

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Jesús Morán Iglesias (Jefe de Servicio de Estadística en Drogodependencias)

Resumen de la evaluación de la situación actual y necesidades en las diferentes CCAA

Introducción

En el marco de la Acción 8 “PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCESOS DE DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN BREVE EN BEBEDORES DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN URGENCIAS HOSPITALARIAS (ESPECIAL ATENCIÓN A JÓVENES) de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, hemos realizado una evaluación del estado actual de la implementación de dichos programas en todo el Estado Español y un análisis de necesidades en dicho ámbito.

Metodología

El presente documento contiene un resumen de los principales resultados de la evaluación que se ha realizado a través de la elaboración de un cuestionario semi-estructurado de 19 preguntas, adaptado del cuestionario utilizado en el Proyecto Europeo “Optimizing Delivery of Health care Interventions” (ODHIN), el cual recoge información sobre dimensiones clave para el éxito de la implementación del cribado y la intervención breve.

El cuestionario fue enviado a todas las CCAA, y las listadas a continuación fueron las que respondieron: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Extremadura, Galicia, La Rioja, Melilla, Murcia, Navarra, País Vasco.

Resultados

Sección i- infraestructuras facilitadoras en el sistema de salud

En el 75% (N=12) de las CCAA analizadas existe una entidad encargada u organismo formal o informal encargado de implementar programas de detección/atención al consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. La primera entidad fue constituida el año 1983 y la última en 2011.

En todas las CCAA se realizan actividades relacionadas con la implementación de la atención del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en el sistema de salud. Las comunidades valoraron el grado de implementación de la atención incluyendo la coordinación entre los servicios de atención primaria, hospitalaria y especializada en una escala del 0 al 10. La media fue de 5.5 siendo la nota máxima otorgada un 10 y la mínima un 0.

En general, las actividades específicas de implementación de la atención al consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en el colectivo de jóvenes en el sistema de salud de las CCAA son menos frecuentes que las destinadas a población general. La valoración (en una escala del 0-10) media que hicieron las comunidades de dichas actividades fue de 5.3 siendo la nota máxima otorgada un 10 y la mínima un 1.

El 50% (N=7) afirmaron tener un organismo gubernamental o entidad contratada responsable de elaborar guías para la atención del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol tanto en población adulta como en población joven. El 46.6% (N=7) afirmaron tener un organismo gubernamental o entidad contratada que monitorice los resultados de salud a nivel de la población con relación a la atención del consumo de riesgo y perjudicial del alcohol. El 30.7% (N=4) afirmaron tener un organismo gubernamental o entidad contratada que monitorice la calidad asistencial con relación a la atención del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. El 21.4% (N=3) afirmaron tener un organismo gubernamental o entidad contratada que realice análisis de coste-efectividad de las intervenciones para la atención al consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. El 23% (N=3) afirmaron tener un organismo gubernamental o entidad contratada que supervise la seguridad de los tratamientos farmacológicos para la atención de la dependencia alcohólica. El 50% (N=8) afirmaron tener un organismo gubernamental o entidad contratada que facilite formación a los profesionales de la salud acerca de la atención al consumo de riesgo y perjudicial de alcohol

El 46.6% (N=7) de las CCAA afirmaron tener programas, planes específicos para implementar el cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial en adultos y jóvenes, en el ámbito de la atención primaria y urgencias hospitalarias. En aquellas CCAA en las que existen programas específicos para la implementación del cribado e intervención breve, las estrategias de implementación más utilizadas son: intervenciones dirigidas a los profesionales (formación de los profesionales), cambios a nivel organizativo (apoyo por parte de los servicios especializados de atención a las drogodependencias así como protocolos y recomendaciones específicas de actuación).

La mayoría de CCAA (75%, N=12) no disponen de una única estructura de referencia encargada de supervisar y coordinar la implementación de los programas de cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial del alcohol. A excepción de dos comunidades, en general, no existe tampoco una dotación económica específica para la implementación de programas de cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial del alcohol.

Sección ii- mecanismos de apoyo para la prestación del servicio

La disposición de sistemas y mecanismos de apoyo para la implementación del cribado e intervención breve para la atención del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol para los profesionales de la atención primaria y urgencias hospitalarias varía entre CCAA. En general la existencia de instrumentos de cribado como la posibilidad de su registro en la historia clínica suele estar disponible. No obstante, los protocolos de ayuda a la decisión clínica, el apoyo de los especialistas y sistemas para la monitorización de los pacientes están menos implementados.

Se recogió la valoración del grado de disposición de diferentes sistemas y mecanismos en una escala del 0 al 10. En este sentido, la valoración media del grado de disposición de los Instrumentos para identificar bebedores de riesgo fue de 7.3, intervalo [2-10], la de la historia clínica en papel o informatizada que permita registrar el nivel de riesgo fue de 7.8, intervalo [1-10], la de los árboles de decisión o diagramas protocolizados de ayuda al profesional para la atención del consumo de alcohol perjudicial y de riesgo fue de 4, intervalo [0-10], la del apoyo de profesionales especialistas para la atención del consumo

de alcohol perjudicial y de riesgo fue de 5.6, intervalo [0-10] y finalmente la de los sistemas de seguimiento para la monitorización de pacientes fue de 5.6, intervalo [0-10].

En general, es poco frecuente encontrar guías propias o adaptaciones locales de las existentes, con las recomendaciones clínicas para la detección/atención del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, el 25% (N=4) disponen de una, el 18.% (N=3) la están preparando. Aun así, ninguna de ellas incluye población joven.

La existencia de datos sobre el uso/adherencia de las guías por parte de los profesionales de atención primaria o urgencias hospitalarias es poco común en la actualidad. Solo en el 12.5% (N=2) de las CCAA existen datos sobre la monitorización de los programas de cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol y en otro 12.5% (N=2) está en preparación.

Finalmente, tan solo en una comunidad, en algunos centros de Atención Primaria, a través de la dirección por objetivos, los profesionales pueden recibir un complemento salarial por su actuación en relación al cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial del alcohol.

Sección iii- intervención y tratamiento

En general, la intervención en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es más elevado en adultos que en jóvenes, y más frecuente en Atención Primaria que en urgencias hospitalarias. Aun así, es en general baja.

El grado en que en las CCAA se interviene en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en jóvenes, es de mediana (en una escala del 0 al 10) de 5.5, intervalo [2-10], en atención primaria y de 3.9, intervalo [0-8], en urgencias hospitalarias. En los adultos, el grado medio es de 6.5, intervalo [3-10], en atención primaria y de 3.9, intervalo [0-8], en urgencias hospitalarias.

En general, son los profesionales de medicina de familia e enfermería los responsables de la atención al consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria, juntamente con el pediatra en jóvenes. El /la trabajador/a social y especialistas, también intervienen en el ámbito de la Atención Primaria.

En el caso de urgencias hospitalarias son los profesionales de medicina quienes más frecuentemente realizan dichas actuaciones. En una comunidad, se especifica que urgencias hospitalarias, solo interviene en intoxicaciones agudas y atención en complicaciones de estos paciente.

Sección iv: responsabilidad y servicio prestado

Se preguntó por el grado (en una escala del 0 al 10) en qué distintos profesionales del ámbito sanitario consideran que el cribado y consejo breve acerca del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol forma parte de su práctica clínica habitual.

Por orden, los especialistas que más criban y hacen consejo breve son los profesionales especialistas en adicciones (media: 8.1; intervalo: 0-10), seguidos de los profesionales de

medicina de atención primaria (media: 7.5; intervalo: 4-10), profesionales de enfermería de atención primaria (media: 7.2; intervalo: 4-10), profesionales del trabajo social de atención primaria (media: 5.4; intervalo: 0-9), profesionales de urgencias (media: 5.1; intervalo: 0-9) y por último profesionales de pediatría (media: 5; intervalo: 0-9).

Sección v: investigación

Existen escasos estudios y hallazgos sobre el cribado y consejo breve del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol realizados en las CCAA. También son escasos los estudios específicos de evaluación del uso por parte de los pacientes, de los recursos asistenciales disponibles para atender el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, aunque son más frecuentes en adultos que en jóvenes.

Finalmente, son pocas las CCAA en dónde se hayan realizado en los últimos 10 años estudios Investigaciones sobre la detección precoz y la intervención breve en consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en adultos y jóvenes con fondos asignados por el gobierno u organismos no gubernamentales (excluyendo las compañías farmacéuticas y la industria del alcohol) de las CCAA.

Sección vi: estudio piloto de ámbito nacional

Sobre el interés en participar en el estudio piloto promovido en el marco de la Acción 8 de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2020, sobre la implementación del cribado y de intervención breve en bebedores de riesgo en atención primaria y urgencias hospitalarias, con especial atención a jóvenes. Solo tres CCAA han declinado su interés en participar en dicho estudio piloto y dos no han respondido.

Se recogieron las dificultades y necesidades de cada CCAA para participar en el estudio. En cuanto a las barreras relacionadas con los profesionales se detectó poca motivación, baja formación, pocos incentivos, falta de tiempo. Respecto la organización se argumentaron sobrecargas asistenciales, falta de espacios físicos adaptados, dificultad de colaboración entre niveles asistenciales, dificultades asociadas a los sistemas de información, falta de financiación específica. Finalmente en relación con los pacientes se mencionó dificultad de acceso a la población joven, falta de percepción de riesgo por parte de los pacientes, falta de adherencia al tratamiento.

Conclusiones

Existe una considerable variabilidad en las CCAA analizadas respecto el tipo de estructuras, programas, estrategias de implementación de programas de cribado e intervención breve. Si queda patente que en la mayoría de casos se realizan acciones en este sentido y existe de forma general un interés por mejorar dichos procesos.

Aunque a través del presente análisis se han detectado algunas barreras de distinta naturaleza en las que habrá que trabajar, existe en general una voluntad para participar en el piloto y mejorar los procesos de detección precoz e intervención breve.

