



EDITORIAL

Paciente traumatizado recuperado: buena suerte y... ¡hasta la próxima!

Recovered trauma patient: Good luck and... until next time!

E. Fernández Mondéjar^{a,b,*}, F. Guerrero López^a y S. Cordovilla Guardia^c



^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS), Granada, España

^c Departamento de Enfermería y Terapia Ocupacional, Extremadura, Cáceres, España

Los traumatismos generalmente son considerados como incidentes puntuales con un alto componente de azar e inconexos unos de otros. Sin embargo, desde hace tiempo se sabe que en determinados grupos de pacientes los traumatismos constituyen una situación crónica y recurrente en la que podemos identificar factores de riesgo modificables¹. Prácticamente todos los estudios confirman que casi la mitad de los traumatizados están relacionados con el consumo de alcohol, drogas ilegales y/o psicofármacos^{2,3}. Una característica de este grupo de pacientes es su elevada tasa de reincidencia³ lo que les confiere una trascendencia socio-sanitaria de primera magnitud y se traduce en una mayor mortalidad a corto-medio plazo⁴. En nuestro entorno, la tasa de reincidencia de los traumatizados asociados a alcohol y drogas llega al 61,5%³, cifra que obliga a reflexionar y buscar alternativas que permitan reducir este fenómeno. Desde un punto de vista ético no parece aceptable una actitud pasiva ante este problema.

La herramienta propuesta para disminuir la reincidencia consiste en la realización de una Intervención Motivacional Breve (IMB) durante el ingreso hospitalario con o sin refuerzo

posterior⁵. Esta intervención puede ser llevada a cabo por personal de enfermería con entrenamiento específico y cuyo fin último es el de hacer reflexionar a los pacientes sobre su conducta, facilitando que el propio paciente encuentre argumentos que le anime a modificar sus hábitos. Nosotros hemos estudiado la eficacia de la IMB en la reducción de la reincidencia de nuevos traumatismos, y tras un periodo de seguimiento de entre 10 y 52 meses, el resultado ha sido un descenso en la tasa de incidencia de nuevos traumatismos del 50% (de 25,4 a 13,0 por 100 pacientes/año)⁶; cifra que coincide con la encontrada en estudios previos⁷ y añade argumentos para llevar a cabo esta actividad. Los centros que reciben traumatizados deben implicarse en este campo y establecer mecanismos para, en primer lugar, identificar qué pacientes traumatizados están asociados al consumo de alcohol y drogas u otros factores de riesgo y en segundo lugar, buscar el momento idóneo durante el ingreso hospitalario para llevar a cabo la intervención motivacional.

La realización de la IMB consiste en una entrevista semi-estructurada que suele durar unos 30 o 45 min y que trata de fomentar cambios de hábitos o conductas nocivas resolviendo las ambivalencias que puedan existir y siempre con un estilo no confrontativo. Sin duda, la situación emocional tras un trauma grave constituye una oportunidad excelente y coloca al paciente en una situación receptiva que facilita el éxito de este tipo de iniciativas. La actividad en España en este campo es prácticamente nula⁸, y en nuestra opinión,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

enrique.fernandez.mondejar.sspa@juntadeandalucia.es

(E. Fernández Mondéjar).

la única vía para revertir esta situación sería una apuesta decisiva por parte de la administración sanitaria. Se trata de una actividad sin ningún interés comercial pero esto, lejos de ser una ventaja, parece que pueda suponer un hándicap ya que no hay ninguna empresa comercializadora que la promueva⁹. Es por tanto la administración sanitaria la que debe tomar la iniciativa de difundir su utilidad y proveer los escasos medios necesarios para llevarla a cabo. Creemos que se trata de un asunto trascendente y con importantes repercusiones socio-sanitarias por lo que ha de abordarse con decisión.

En sistemas sanitarios organizados y bien estructurados, el perfil de la mortalidad de los pacientes traumatizados muestra un patrón muy característico. La mitad de las muertes ocurren en el escenario del accidente, y de los que fallecen en el hospital, el 80% lo hacen en las primeras 24-48 h como consecuencia de lesiones extremadamente graves y prácticamente incompatibles con la supervivencia¹⁰. Apenas un 2,5% pueden considerarse muertes evitables por lo que se puede concluir que, desde el punto de vista asistencial, la reducción en la mortalidad puede haber tocado fondo, dado que para conseguir mejoras casi marginales la inversión requerida sería desproporcionada. Sin abandonar la ambición por reducir la mortalidad en el plano asistencial, deben explorarse otras vías que arrojen un balance coste-efectivo más favorable. En este sentido, no hay dudas de que potenciar la prevención constituye la alternativa más eficaz.

La prevención de los traumatismos es una tarea compartida por muchas administraciones, pero en España, el esfuerzo realizado en este campo por las instituciones sanitarias no es comparable al efectuado por otras administraciones, dando la impresión de que hay organismos mucho más sensibles que otros a la hora de llevar a cabo sus responsabilidades.

La reducción de la siniestralidad en España se debe a varios factores entre los que cabe destacar el cambio experimentado por las infraestructuras viarias y la seguridad de los vehículos en los últimos 20 años, junto a las múltiples campañas educativas en los medios. En el terreno de la Justicia los cambios también han sido significativos con la promulgación de normas eficaces para perseguir o sancionar conductas de riesgo tanto en el ámbito de la seguridad vial, como en el laboral, doméstico, etc. Podríamos seguir enumerando logros de la prevención, pero siempre centrados en lo que se considera prevención primaria, en el que las instituciones sanitarias no han tenido ninguna influencia. Donde la administración sanitaria puede y debe intervenir es en el campo de la prevención secundaria, la cual es responsabilidad exclusiva del personal sanitario, y además, constituye un aspecto inseparable de su actividad. Hemos de reconocer que en esta materia no estamos a la altura⁸. En el

ámbito sanitario se ha realizado un extraordinario esfuerzo para mejorar la atención de los traumatizados, sin escatimar inversiones tendentes a la recuperación de los pacientes¹¹, pero no hemos controlado la «puerta giratoria» que supone la reincidencia; de ahí que, en la actualidad, tras la recuperación del paciente traumatizado, parece que nuestro consejo se centra en desearle *buena suerte* aunque, lamentablemente, lo que en realidad estamos diciendo es *hasta la próxima*.

Bibliografía

1. Sims DW, Bivins BA, Obeid FN, Horst HM, Sorensen VJ, Fath JJ. Urban trauma: A chronic recurrent disease. *J Trauma*. 1989;29:940-6.
2. Soderstrom CA, Dischinger PC, Kerns TJ, Kufera JA, Mitchel KA, Scalea TM. Epidemic increases in cocaine and opiate use by trauma center patients: Documentation with a large clinical toxicology database. *J Trauma*. 2001;51:557-64.
3. Cordovilla-Guardia S, Vilar-López R, Lardelli-Claret P, Guerrero-López F, Fernández-Mondéjar E. Alcohol or drug use and trauma recidivism. *Nurs Res*. 2017;66:399-404, <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0000000000000231>
4. Strong BL, Greene CR, Smith GS. Trauma Recidivism Predicts Long-term Mortality: Missed Opportunities for Prevention (Retrospective Cohort Study). *Ann Surg*. 2017;265:847-53, <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000001823>
5. Dunn C, Ostafin B. Brief interventions for hospitalized trauma patients. *J Trauma*. 2005;59:S88-93.
6. Cordovilla-Guardia S, Fernández-Mondéjar E, Vilar-López R, Navas JF, Portillo-Santamaría M, Guerrero-López F, Lardelli-Claret P. Effect of a brief intervention for alcohol and illicit drug use on trauma recidivism in a cohort of trauma patients. *PLoS One*. 2017;12:e0182441.
7. Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW, et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg*. 1999;230:473-80.
8. Fernández Mondéjar E, Guerrero López F, Quintana M, Alted E, Miñambres E, Salinas Gabiña I, Rivera Fernández R, Galdos Anuncyabay P. Prevención secundaria en traumatizados asociados a alcohol y drogas. Resultados de una encuesta nacional. *Med Intensiva*. 2009;33:321-6.
9. Fernández-Mondéjar E, Guerrero López F. La prevención secundaria en patología traumática ¿Influye el interés comercial en la implementación de la evidencia científica? *Med Clin (Barc)*. 2012;4:62-3.
10. Stewart RM, Myers JG, Dent DL, Ermis P, Gray GA, Villarreal R, et al. Seven hundred fifty-three consecutive deaths in a level I trauma center: The argument for injury prevention. *J Trauma*. 2003;54:66-70.
11. Chico-Fernández M, Llompарт-Pou JA, Guerrero-López F, Sánchez-Casado M, García-Sáez I, Mayor-García., et al. Epidemiología del trauma grave en España. REGistro de TRAuma en UCI (RETRAUCI). Fase piloto. *Med Intensiva*. 2016;40:327-47.