

El papel de la Atención Primaria de Salud en los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos adictivos

Dr. Francisco Pascual Pastor 

Máster en Drogodependencia y otros Trastornos Adictivos. Presidente de SOCIDROGALCOHOL. Profesor de la Universidad de Alicante. España.

Buen día. Sabemos que la Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta de entrada a la asistencia sanitaria y, por lo tanto, el primer nivel asistencial. Posiblemente durante mucho tiempo no se le ha dado la importancia que tiene el hecho de asumir la responsabilidad de hacer un diagnóstico, orientación terapéutica, tratamiento y seguimiento de los pacientes y, también, de las familias.

El equipo de atención primaria asume la responsabilidad de estar al lado de las personas de forma constante, continuada y, por lo tanto, de conocer los problemas y situaciones que se generan en el propio paciente y en su entorno. La cercanía, accesibilidad y capacidad de respuesta integral define las características principales de su quehacer diario. En este sentido, los trastornos adictivos como patologías o alteraciones con componentes tanto físicos, psíquicos como sociales, pueden y deben ser abordados en primera instancia en las consultas de atención primaria.

Se sabe que un diagnóstico precoz y un abordaje temprano ayuda al pronóstico, reduce los daños y motiva a la persona a seguir un proceso terapéutico. Para ello, es tan importante la tarea del médico, del personal de enfermería o de trabajo social, pues el acompañamiento necesario a lo largo del proceso se debe tutelar desde la APS y, es que, aunque el paciente requiera ser remitido a un recurso específico, el seguimiento será parte primordial para la prevención de recaídas, control de las comorbilidades o de la reducción de daños.

¿Quién mejor que los sanitarios más cercanos? ¿Quién mejor que la Atención Primaria de Salud?

Atención Primaria de Salud (APS)

La OMS define la Atención Primaria de Salud como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

La OMS también define de forma clara cuáles son las estrategias en APS. Con una coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada.

- Desde la salud pública.
- La promoción de la salud.
- La prevención de la enfermedad.
- El diagnóstico.
- El tratamiento.
- La rehabilitación del paciente en todos los aspectos: biológico, psicológico y social.

Como podemos observar, todas las estrategias y facetas marcadas por la OMS, son aplicables a los trastornos adictivos. Comentado ya los objetivos de diagnóstico y tratamiento, podemos reseñar, especialmente, la importante labor desde la Salud Pública, en cuanto a la educación sociosanitaria, el informar y formar, el poder empoderar a los pacientes y a las familias en la toma de decisiones, Estos complementos son básicos para poder establecer estrategias preventivas y de mejora en la calidad de vida.

Tareas y características de la APS en relación con los trastornos adictivos

En primer lugar, podemos considerar la APS como el lugar idóneo para hacer un correcto cribado en los trastornos adictivos, por un lado, por la información que se va recogiendo, por las pruebas analíticas y controles de distintos parámetros de salud y, por otro, por la posibilidad de hablar con los familiares.

Al ser, como ya hemos comentado, la puerta de entrada al sistema sanitario, permite ser los primeros en acceder a la información sobre distintos aspectos de la salud del paciente.

Así pues, será primordial realizar una correcta anamnesis en la que podamos recoger todos los antecedentes personales y familiares, relacionados con la salud y con el ambiente, los hábitos y la forma de vida, aspectos laborales y sociales, enfermedades anteriores, alergias, hábitos de consumo y de higiene, corporal y alimentaria, ejercicio, peso, talla y datos sobre consumo de distintas sustancias y fármacos que pudiese estar tomando.

Cuando se sospeche un hábito tóxico habría que pedir un análisis de sangre y de orina estandarizado, que pueda incluir hemograma y bioquímica básica, además, de un perfil hepatobiliar y lipídico, así como un control de metabolitos de drogas en orina, como forma de *screening*. Hay que tener en cuenta que la droga más consumida es el alcohol etílico y que su eliminación es muy rápida, por lo que pediremos etilenglucurónido (ETG) en orina, como digo siempre en caso de sospecha, pudiendo también solicitar si nos fuese posible la Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT), sobre todo para el seguimiento



en el consumo de alcohol. Así mismo es conveniente añadir un control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), pudiendo incluir, hepatitis C, hepatitis B, VIH y sífilis (RPR). Con todas estas pruebas vamos definiendo la posible patología a tratar.

Sin embargo, la anamnesis y los análisis no nos terminarán de dar el diagnóstico de certeza y será conveniente, cuando refiera o bien consumo excesivo de sustancias, valorar por un lado los criterios DSM-% e, incluso, pasar algún *test*, cuestionario, de los cuales para el alcohol disponemos de varios y muy sencillos como puede ser el CAGE, el AUDIT o el CBA, incluso un MALT si disponemos de tiempo para con todo ello afinar el diagnóstico y poder actuar en consecuencia.

Para completar la información siempre es conveniente poder contrastar la información con los familiares, siempre previo consentimiento del paciente si es mayor de edad y no está formalmente incapacitado. En ocasiones la información no es del todo coincidente y nos informa un extra para poder redondear el diagnóstico.

¿Cómo abordar al paciente y cómo definir el problema?

Con la ventaja de la cercanía con la persona y el conocimiento de su medioambiente. La primera actuación consistiría en desdramatizar la situación y no intentar juzgar ni estigmatizar, no es momento de reproches, ni tampoco de lo deben hacer los familiares. En todo momento el paciente debe sentirse comprendido, acompañado y apoyado y, una vez hecha la valoración previa y contrastada, se intenta empatizar, analizar la situación con calma y se ofrecen distintas alternativas terapéuticas para que junto con el paciente se valore la más adecuada.

- 1.- Preguntar al usuario sobre sus estilos de vida y registrarlo.
- 2.- Aconsejarle un cambio: información-motivación.
- 3.- Entregarle información por escrito.
- 4.- Ofrecerle apoyo si lo necesita.

¿Y la familia?

Los familiares nos ofrecerán información complementaria y, también, haremos un ejercicio de apoyo y empatía con ellos. Analizamos la situación desde su punto de vista y se generan estrategias de afrontamiento

Es muy importante ofrecer información sobre el trastorno adictivo, que conozcan en qué consiste y que podamos transmitirles el concepto enfermedad.

Finalmente se valora el proceso a seguir.



Diagnóstico

Para diagnosticar un Trastorno por Uso de Sustancia (TUS), hemos remarcado que lo más importante es realizar una correcta anamnesis, pero hay que ir siempre un poco más lejos, profundizar en el análisis de la problemática, de la situación real de la persona. Y, claro, valorar la demanda. Ver si el paciente es consciente de su problema, si lo identifica, ya que si no es así debemos intentar incrementar la motivación para que pueda solicitar una ayuda que sea efectiva. Si cuando valoremos la demanda, el paciente está ambivalente, debemos ayudarlo a despejar sus dudas y darle la información que requiera. Pero en el caso de que la demanda sea la de petición de ayuda directa, con su problema definido y asumido, estableceremos de forma conjunta un proceso terapéutico que le lleve a una recuperación integral.

Independientemente de la demanda siempre será positivo y le ayudará a posicionarse el poder explicarle las consecuencias de su consumo o conducta.

En el caso de las adicciones sin sustancia, buscaríamos un abordaje más psicosocial, con un análisis ambiental y analizando las repercusiones económicas, conductuales y los distintos conflictos generados por la conducta atendiendo a que la adicción más frecuente es la ludopatía en este tipo de conductas.

Estadios de cambio (Prochaska y DiClemente)

Muy importante es situarnos en el momento de la rueda de cambio, saber en qué estadio se encuentra la persona nos permitirá definir el abordaje de ese momento.



Abordaje motivacional

De forma clara, este abordaje basado en la Entrevista Motivacional (EM) de Rollnick y Miller va a constituir el eje para el mejor acercamiento al paciente.

Por medio de una información que se caracteriza por:

- a) Exactitud, veracidad y adecuación a la evidencia científica del momento.
- b) Se expresa de una manera práctica.
- c) Se centra en el usuario: conocimientos previos, nivel sociocultural, situación, necesidades, decisiones.
- d) Es comprendida, bidireccional y participada, y es preciso verificar su claridad y si se ha entendido.
- e) Es biopsicosocial.
- f) Por medio de la motivación que se caracteriza por:
 - Propuesta de cambio concreta y personalizada.
 - Se trata de una orientación más que de una prescripción, dada a partir del interés por el usuario.
 - Motivación positiva: valorar, animar y reforzar.

Y, como hemos dicho, se trata de orientar, no de imponer un tratamiento o un proceso terapéutico y no solo al paciente, también, a la familia. Se deben ofertar distintas vías de recuperación y dejar que el paciente elija. Luego, hay que acompañar y evitar confrontar.

Derivación a otros recursos

La primera premisa es que muchos casos se pueden llevar desde la Atención Primaria de Salud.

Se debería derivar en caso de comorbilidades graves: tanto psiquiátricas, física u orgánicas y sociales. Los cuadros psiquiátricos severos deben ser vistos por especialistas en el tema o incluso poder acceder en caso de necesidad a una hospitalización; lo mismo ocurre con los cuadros orgánicos provocados o agravados por la adicción. En cuanto a los problemas sociales, cuando estamos ante casos graves de marginalidad, sin hogarismo o carencia de las necesidades básicas, debe entrar en concurso la figura del trabajador social y poner a su alcance todos los recursos disponibles en la comunidad.

En aquellas personas que sufren un síndrome de abstinencia severo o cuando la patología comórbida lo requiere se debería de disponer y remitir a una unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH).

Una vez iniciado el proceso rehabilitador y con un seguimiento terapéutico para la deshabitación de la conducta o del hábito tóxico y, ante la carencia de otro tipo de recursos sociales, de tiempo libre u ocupacionales, uno de los estamentos adecuados son los denominados Centros de Día (CD).

Pero, también, el recurrir a una interconsulta con el hospital para hacer un seguimiento por parte de una especialidad concreta, como para gestionar un ingreso, debe estar al alcance del médico de APS.



Y como no, por último, y no por ello menos importante, están los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), sistema útil para la reinserción, resocialización, mantener la abstinencia y prevenir recaídas.

Tratamiento

El tratamiento siempre debe estar centrado en la persona, independientemente de la sustancia o la conducta adictiva, aunque habrá que tener estas en cuenta para poder individualizar al máximo el proceso terapéutico, ya que de ello va a depender el enfoque hacia el trastorno adictivo, así como la posibilidad de usar alguno de los fármacos disponibles en nuestro arsenal farmacológico.

Se puede actuar según la gravedad para poder valorar las necesidades de un seguimiento ambulatorio o la hospitalización, en los casos antes comentados.

Y, también, podemos establecer un enfoque según la comorbilidad, lo que ayudaría a valorar la prioridad y el uso de fármacos coadyuvantes.

Estructura sanitaria

En cada, país, en cada territorio o, incluso, dentro de los mismos límites geográficos, la estructura sanitaria para la atención a los trastornos adictivos puede variar y tener dependencia institucional dispar.

La estructura asistencial puede depender de la APS propiamente dicha o los recursos ser Unidades de Apoyo a la misma, en todo caso se convierte en la primaria atención.

En otros casos se pueden crear programas específicos insertados en la APS y llevar como seguimiento a la hipertensión, la diabetes o la osteoporosis.

Estos programas suelen tener buen resultado, pues se especializa la atención, se hace más cercana y se individualiza, pudiendo ser más frecuente o intensiva dentro del mismo.

Centro de salud

Otro modelo es el de la existencia Centros de Adicciones, específicos y personal formado para ello, con una visión global del problema, en relación a lo que podríamos denominar adictología.

Por último, la atención se puede dar desde las Unidades de Salud Mental (USM), lo que estaría bien si existiese una independencia al tiempo que coordinación por parte de los profesionales, al estilo de las unidades de salud mental infantil o de las unidades de trastornos alimenticios y teniendo en cuenta que el enfoque debe cubrir no solo lo



psiquiátrico y el trastorno adictivo. No hay que olvidar las complicaciones orgánicas y sociales.

Cualquiera de las formas estructurales debe perseguir siempre que esté todo integrado y que se dé una atención gratuita y universal desde la sanidad pública.

Equipos en APS

Volvemos con la idea del tratamiento integral e integrador; para conseguirlo necesitamos el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinar formado al menos por un médico, una enfermera y un trabajador social. El enfoque se completaría si contásemos con el trabajo de un psicólogo, ya que el cambio de hábitos será finalmente la parte que permita mantener objetivos y cambiar conductas.

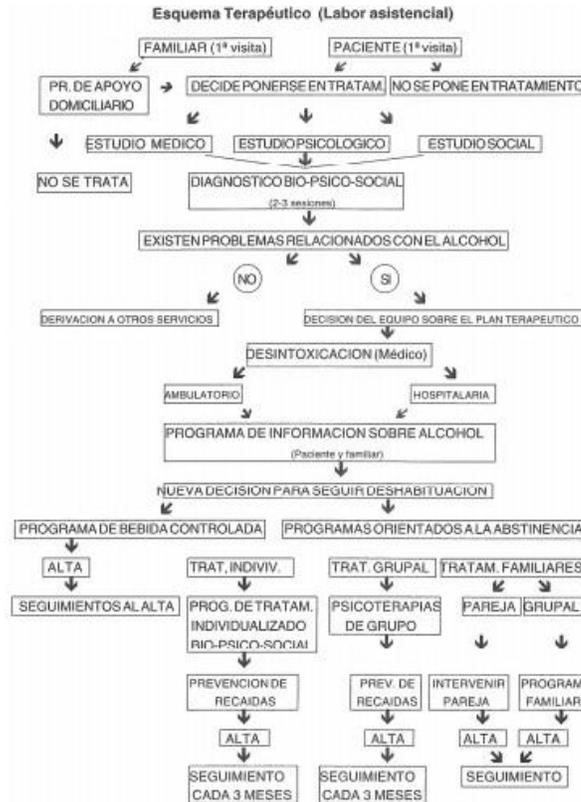
El alcohol como paradigma

El alcohol es la droga más importante, la que más se utiliza y la que más problemas causa y, además, será la que mayor demanda genere desde la APS; por ese motivo, desde SOCIDROGALCHOL y con la colaboración de sociedades médicas y de enfermería de APS elaboramos un manual de consenso sobre alcohol en APS del cual les dejo el enlace. (<https://sodidrogalcohol.org/wp-content/pdf/publicaciones/manuales-guias/manualde-consenso-sobre-alcohol-en-atencion-primaria.pdf>). En este manual se abordan temas genéricos y específicos para que la APS sea un punto de resolución de problemas de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

En la comunidad valenciana (España) las unidades de conductas adictivas se constituyeron como unidades de apoyo a la APS y, dentro de ellas, unas unidades específicas para el tratamiento del alcoholismo, denominadas unidades de alcoholología.

En el algoritmo siguiente pueden ver el esquema terapéutico o labor asistencia la realizar en una de ellas. (Pascual, F.; Cortés).

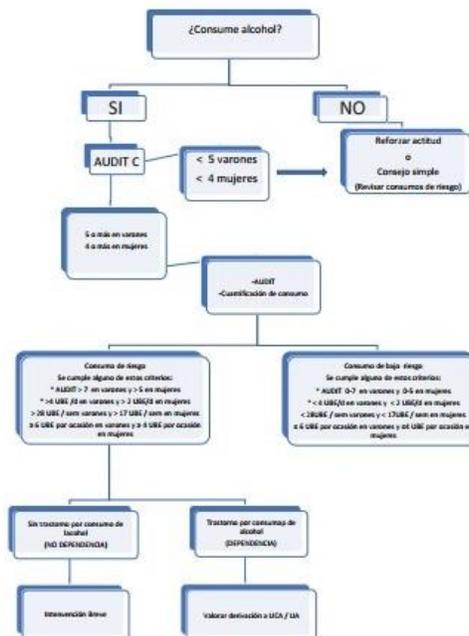




Así como las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (SEMFC) para el abordaje del consumo de alcohol.

Algoritmo de decisión Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA)

Recomendaciones PAPPS (adaptado de la semfyc)



Tabaco

También el abordaje al tabaco debería hacerse desde la APS. Planteamos los esquemas de trabajo publicados en la revista española de drogodependencias.

Otras drogas

Resulta un poco más complicado desde APS hacer un seguimiento de las otras drogas, pero sí que se puede hacer con los parámetros indicados un correcto diagnóstico. En cambio, se puede hacer una excelente labor en cuanto al cannabis, especialmente en adolescentes y, también, en los opioides de prescripción, controlando la duración y posología y haciendo una buena *praxis* a la hora de prescribir.

A otro nivel queda la cocaína, la heroína o los estimulantes, tales como: las anfetaminas, el éxtasis y el cristal (drogas de diseño); pero la educación sanitaria y la orientación se puede y se debe hacer en todos los casos.

Un añadido, los alucinógenos: la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la ayahuasca, el peyote o el sapo bufo, mejor derivar en estos casos debido a la difícil actuación terapéutica.

Otras adicciones comportamentales

Sí que se debe intervenir en APS ante los problemas de juegos (ludopatía), las nuevas tecnologías, la adicción al trabajo (*work alcoholic*) o a las compras (oniomanía), etc. Aunque la prioridad en estos casos será el diagnóstico y derivación a centros específicos para tratamiento fundamentalmente psicológico.

Coordinación con otros niveles

- Atención Primaria de Salud (primer nivel).
- Recursos especializados (adicciones).
- Especialidades ambulatorias (segundo nivel).
- Hospitalización (tercer nivel).

Coordinación con otros recursos

- Otros recursos de adicciones.
- Otras especialidades: Medicina Interna/ Digestivo/ Hepatología. Neurología o Psiquiatría.
- Hospitalización.



Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

Los grupos de ayuda mutua tienen distintos enfoques terapéuticos y filosofías de trabajo dispares; en estos casos, para hacer una derivación a los mismos, habría que hacer una correcta valoración de las características personales del paciente y remitirlo al recurso que más se adapte a su personalidad.

- Con o sin profesionales.
- Apoyo familiar.
- Con o sin carga espiritual.

Los objetivos son conseguir apoyo, compromiso, incrementar la abstinencia y disminuir las recaídas. Tenemos los ejemplos de: Alcohólicos Anónimos (AA), Al-Anon, Alateen, Narconon y de CAARFE, esta, última, en España.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria de Salud con la consulta diaria, la elaboración de programas específicos para los trastornos adictivos en general pero, especialmente, para el alcohol y el tabaco, la posible creación de unidades de apoyo, las unidades de conductas adictivas, la correcta coordinación con los distintos niveles asistenciales y con otros servicios y especialidades, más el apoyo de las organizaciones no gubernamentales, son uno de los recursos más válidos eficaces y eficientes para el abordaje de los trastornos adictivos.

Precisamos una correcta formación de equipos profesionales completos, una efectiva dotación de personal y de material y, por supuesto, un reconocimiento a su excelente trabajo durante estos años.

La Atención Primaria de Salud no es el pasado, ni siquiera es el presente, realmente es el futuro.

Normalizar la atención a estos pacientes es también una forma de luchar contra el estigma.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Atención primaria de salud. www.who.int. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [citado 2 Nov 2020]; Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/#:~:text=La%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud,la%20comunidad%20y%20el%20pa%C3%ADs



2. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. 3ed. [Internet]. Paidós ibérica; 2015. [citado 2 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libros-ebooks/william-r-miller/20096194>
3. Cortés PF. Unidad de Alcoholología Unidad de apoyo a la Atención Primaria. Rev Esp Drogodep. 1997; 22(1): 45-48.
4. Arbesu, José A, Pascual Pastor F, Armenteros del Olmo L, Casquero R, Gonçalves F, Guardia Serecigni J, *et al.* Manual de Consenso sobre alcohol en Atención Primaria [Internet]. Barcelona: Socidrogalcohol; 2016. [citado 2 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/210-manual-de-consenso-sobre-alcohol-en-atencion-primaria>
5. La semFYC en tiempos de coronavirus. www.semfyc.es; 2017. [citado 2 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2017/02/Alcohol-semFYC-PAPPSRecomendaciones.pdf>
6. Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García, J. Alcoholismo. Guías Clínicas. 3ª ed. Barcelona: Socidrogalcohol; 2013.
7. Pascual F, Cortes MT, Sastre J. Utilización de la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) en el diagnóstico y seguimiento de la dependencia alcohólica. Adicciones. 2002; 14(1):47-55.
8. Pascual F, *et al.* Estructura sanitaria de atención al tabaquismo. Rev Esp Drogodep. 2010; 35(4): 481-496.
9. Caarfe. La Adicción. www.caarfe.org. España: Caarfe; 2015. [citado 2 Nov 2020]. Disponible en: www.caarfe.org
10. Estigma. socidrogalcohol.org. Barcelona: Socidrogalcohol; 2020. [citado 2 Nov 2020]. Disponible en: <http://socidrogalcohol.org/estigma>
11. Pereiro Gómez C, Fernández Miranda JJ. Guía de adicciones para especialistas en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2018. p: 524.

