

Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria

J.A. Fernández García^a, R. Ruiz Moral^b, L.A. Pérua de Torres^c, L. Campos Sánchez^d, N. Lora Cerezo^e
y J. Martínez de la Iglesia^e, por el Grupo Cordobés de Investigación en Atención Primaria (GCIAP)¹

<p>Objetivo. Comprobar la efectividad del consejo médico antialcohólico que se da en las consultas de atención primaria.</p> <p>Diseño. Estudio cuasi-experimental de tipo «antes-después», abierto, multicéntrico.</p> <p>Emplazamiento. Catorce consultas médicas de atención primaria (7 rurales y 7 urbanas) de la provincia de Córdoba (España).</p> <p>Participantes. Un total de 306 pacientes de ambos性, captados mediante búsqueda de casos, que presentaban un consumo de alcohol ≥ 35 (varones) y 21 (mujeres) U a la semana, y/o síndrome de dependencia alcohólica (SDA) (MALTS-O ≥ 11).</p> <p>Intervenciones. A todos se les ofreció consejo médico breve antialcohólico y se les hizo un seguimiento para valoración de su estado a los 3 meses, 1 y 2 años.</p> <p>Mediciones principales. La variable de respuesta fue la suma del consumo autorreferido, más valores normales de GGT, y la confirmación del familiar. El análisis del estudio fue por «intención de tratar».</p> <p>Resultados. De los 306 pacientes incluidos, en un 95,1% de los casos se trataba de varones y un 78,4% presentaba SDA. Al cabo de 2 años, el 38,89% (IC del 95%, 32,2-44,3%) había alcanzado el objetivo terapéutico: un 23,85% se encontraba en abstinencia total y el 15,0% presentaba un consumo moderado de alcohol, por debajo del límite de riesgo. El comienzo del consumo excesivo antes de los 16 años (<i>odds ratio</i> [OR], 3,0885), vivir en un barrio marginal (OR, 3,2103), consumir tabaco (OR, 1,7187) y un test de CAGE positivo (OR, 1,9949) se asociaron al fracaso de la intervención ($p < 0,05$).</p> <p>Conclusiones. Se demuestra la alta efectividad del consejo antialcohólico impartido por el médico de familia en condiciones habituales de consulta, tanto en bebedores excesivos como en aquellos con SDA.</p> <p>Palabras clave: Alcoholismo. Consejo médico. Efectividad. Atención primaria.</p>	<p>EFFECTIVENESS OF MEDICAL COUNSELING FOR ALCOHOLIC PATIENTS AND PATIENTS WITH EXCESSIVE ALCOHOL CONSUMPTION SEEN IN PRIMARY CARE</p> <p>Aim. To determine the effectiveness of medical counseling for alcohol abuse, when it is provided in primary care centers.</p> <p>Design. Quasi-experimental, open, multicenter before-after study.</p> <p>Setting. 14 primary care physician's practices (7 rural, 7 urban) in the province of Córdoba (Spain).</p> <p>Participants. 306 patients of both sexes, recruited with a case-finding strategy, who consumed ≥ 35 (men) or ≥ 21 (women) IU per week, or who had alcohol dependence syndrome (ADS) (MALTS score O ≥ 11).</p> <p>Interventions. All patients were offered brief counseling to reduce drinking, and all were followed to evaluate their status 3 months, 1 year and 2 years later.</p> <p>Main measures. The response variable was self-reported alcohol consumption together with normal GGT values or confirmation of alcohol consumption by a relative. The results were subjected to intention-to-treat analysis.</p> <p>Results. Of the 306 patients included in the study, 95.1% were men and 78.4% had ADS. After 2 years 38.89% (95% CI, 32.2%-44.3%) had attained their treatment goal: 23.85% were in complete abstinence, and 15.0% consumed moderate amounts of alcohol below the limit considered to indicate risk. Starting excessive consumption at less than 16 years of age (<i>odds ratio</i> [OR], 3.0885), living in a slum (OR, 3.2103), smoking (OR, 1.7187), and a positive CAGE test (OR, 1.9949) were associated with failure of the intervention ($P < 0.05$).</p> <p>Conclusions. Counseling provided by the family doctor was highly effective under the usual conditions of general practice, both for patients with excessive alcohol consumption and for patients with con ADS.</p> <p>Key words: Alcoholism. Medical counseling. Effectiveness. Primary care.</p>	<p>English version available at www.atencionprimaria.com/51.774</p> <p>A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 153)</p> <p>¹Miembros del Grupo Cordobés de Investigación en Atención Primaria (GCIAP): J.A. Fernández García^a, R. Ruiz Moral^b, L. Pérua de Torres^c, L. Campos Sánchez^d, N. Lora Cerezo^e, J. Martínez de la Iglesia^e, J. Fonseca del Pozo^e, J.J. García Gallego^e, M. Muñoz Alamo^e, C. Aguado Taberné^e, A. Yun Casalilla^e, B. Ranz Garijo^e, J. Espejo Espejo^e, M.J. Fernández Fernández^e, J.M. Bueno Cobo^e, J. Almazán Rubio^e, S. Gascón Veguín^e y R. Santos Godoy^e</p> <p>Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. España.</p> <p>Centros de Salud de Occidente, Guadalquivir, Huerta de la Reina, Levante Norte, Montoro, Cabra y Puente Genil. Córdoba. España.</p> <p>^aMédico de Familia. Investigador principal.</p> <p>^bMédico de Familia. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba.</p> <p>^cMáster en Epidemiología.</p> <p>^dMédico de Familia.</p> <p>^eMédico de Familia.</p> <p>Correspondencia: Roger Ruiz Moral. Unidad Docente de Medicina de Familia. C/ Dr. Blanco Soler, 4. 14004 Córdoba. España. Correo electrónico: med021013@nacom.es</p> <p>Este trabajo ha sido financiado por el FIS (expte. 95/0623) y por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (expte. 94/498-82).</p> <p>Manuscrito recibido el 6 de mayo de 2002. Manuscrito aceptado para su publicación el 8 de julio de 2002.</p>
--	---	---

Introducción

En España, unos 4 millones de personas son bebedores excesivos y casi 2 millones presentan criterios de dependencia alcohólica¹. El consumo excesivo de alcohol conlleva un aumento importante de problemas, tanto de salud como sociales^{2,3}, y un incremento del uso de los servicios sanitarios, especialmente en el nivel de atención primaria^{1,4,5}, donde se estima que un 15-20% de las consultas atendidas por el médico de cabecera son atribuibles al alcohol y otras drogas⁶.

El papel del médico de familia en la atención a este tipo de pacientes se considera crucial debido a la elevada prevalencia del problema, su alta asociación familiar, la accesibilidad para los pacientes y al hecho de que muchos de ellos acepten mejor las intervenciones desde este nivel de atención⁷⁻⁹. La actuación del profesional se centraría en el diagnóstico precoz (búsqueda activa de casos) y la intervención, mediante el consejo educativo encaminado a la modificación del patrón de consumo⁶. La eficacia de la intervención se ha evaluado en varios ensayos clínicos realizados fuera y dentro de nuestro país que, en conjunto, demuestran que los bebedores excesivos pueden reducir su ingesta de alcohol en un 35% tras un breve consejo por parte del médico¹⁰⁻²⁶. Sin embargo, la mayoría de estos estudios son de marcado carácter experimental, en los que los criterios de inclusión son muy restrictivos y se alejan en muchas ocasiones de las condiciones habituales de la consulta. Para conocer la efectividad real de este tipo de intervenciones es preciso indagar acerca de qué factores condicionan el pronóstico, su impacto en variables clínicas significativas como mortalidad o morbilidad, o sus efectos en la utilización de los servicios sanitarios. Si bien algunas de estas áreas han sido igualmente objeto de estudio, el grado de evidencia no está tan fuertemente demostrado, y es preciso realizar más estudios específicamente diseñados para estos fines^{13,14,22}.

Un primer paso importante para valorar el impacto de la intervención del médico de familia sería conocer si, además de eficaz, también resulta efectivo cuando el resultado se valora en las condiciones habituales de trabajo en la consulta de atención primaria, algo a lo que el modelo de ensayo clínico con su enfoque explicativo tradicional no parece dar adecuada respuesta, utilizando para ello un diseño más pragmático (estudios naturalísticos)²⁷⁻²⁹. Este es el objetivo principal del presente trabajo. Un segundo objetivo fue identificar qué características o condicionantes presentan aquellos pacientes en los que el consejo médico antialcohólico tiene menores probabilidades de éxito, para incidir sobre ellos en la medida de nuestras posibilidades.

Material y métodos

Población de estudio

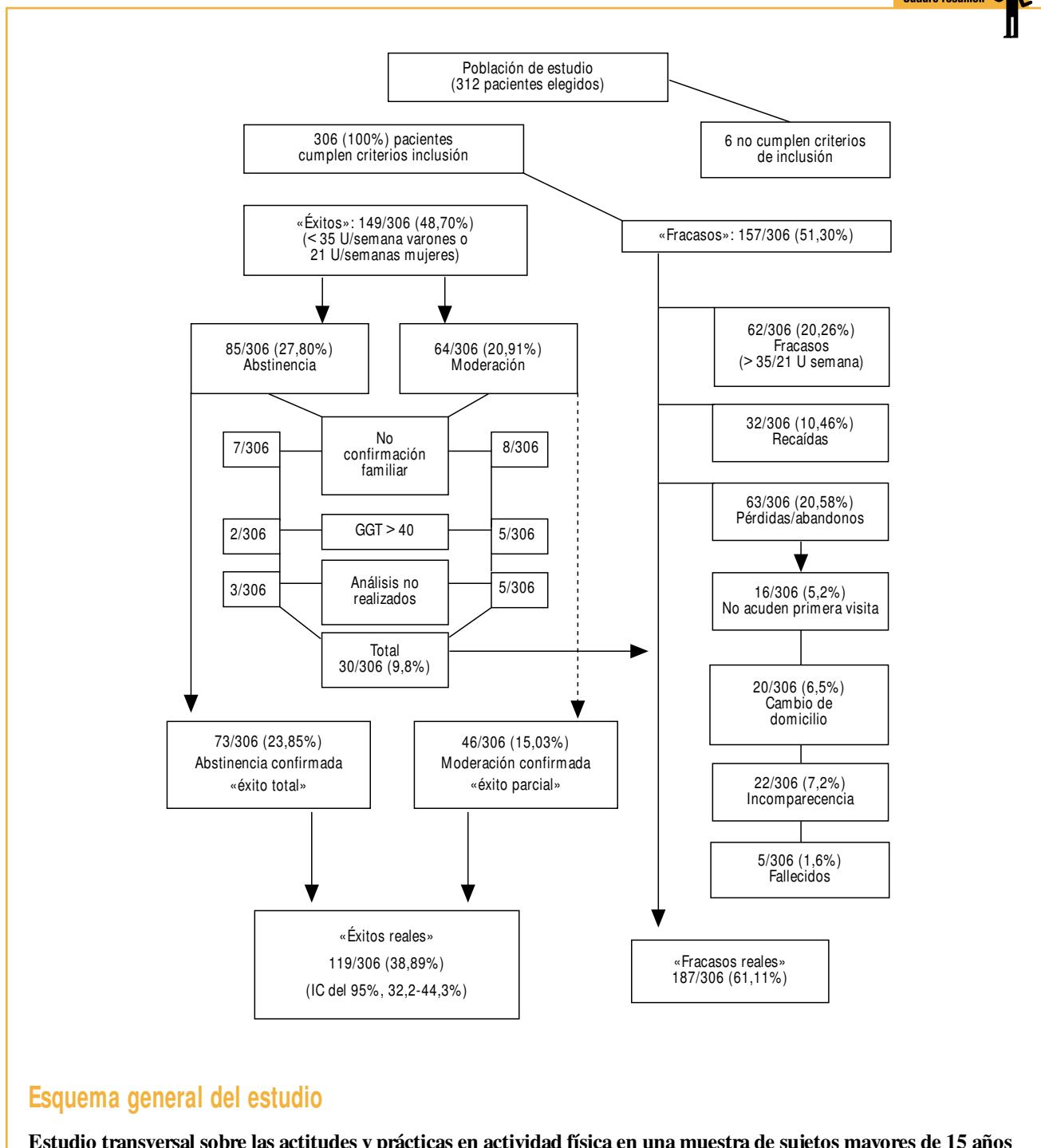
Se diseñó un estudio cuasi-experimental de tipo «antes-después», abierto, multicéntrico, de evaluación de la efectividad de una intervención (consejo antialcohólico del médico de familia). La población de estudio estuvo constituida por pacientes con síndrome de dependencia alcohólica (SDA) y/o bebedores excesivos, que fueron detectados por su médico de familia en 14 consultas (7 rurales y 7 urbanas) de 7 centros de salud situados en la provincia de Córdoba.

Mediante muestreo consecutivo, se incluyó en el estudio a todos los pacientes de ambos性, de 10 o más años de edad, que bebían más de 35 U/semana (en varones) o 21 U/semana en mujeres (1 U = 10 g de alcohol), y/o que cumplían criterios de SDA, diagnosticados al obtener una puntuación ≥ 11 puntos con el cuestionario MALT^{30,31}. Se excluyó a los pacientes que estaban tratados por el nivel especializado o que presentaban procesos orgánicos severos (sida, hepatopatía avanzada, adicción a heroína o cocaína, cánceres, trastornos psicóticos o grave deterioro del estado cognitivo).

Se calculó el tamaño muestral sobre la base de que el criterio de evaluación principal era el consumo autorreferido por el paciente. Se deseaba detectar una diferencia mínima, clínicamente relevante, del 10% entre el porcentaje de pacientes bebedores antes ($p_{antes} = 100\%$) y después ($p_{después} = 90\%$) de la intervención. Para un error alfa del 5%, una potencia estadística del 90% (error beta, 0,10), y para una hipótesis bilateral, el tamaño mínimo necesario se estimó en 98 sujetos. Se asumió una tasa de pérdidas del 65% al final del estudio, y aplicando la fórmula $Na = N \times 1/(1 - R)^{32}$, siendo R el porcentaje de pérdidas esperadas = 35%, el número mínimo de sujetos necesarios para comenzar el estudio se estimó en 150. Por razones de factibilidad, y con el fin de aumentar la precisión del estudio, se decidió reclutar a 306 pacientes en total.

Método

El factor de estudio principal fue el consejo médico y la variable resultado, el consumo de alcohol. El resultado del tratamiento se clasificó en dos tipos: «éxito total» (abstinencia) y «éxito parcial» (moderación efectiva de la ingesta). Para que un caso fuese considerado como «éxito total» se requería que el paciente manifestara estar en abstinencia total durante un período superior a 3 meses, y se exigía además la confirmación de esta situación por parte de un familiar directo, de un valor de GGT por debajo del percentil 95 de la normalidad según los límites aceptados (45 U). Se tipificó como «éxito parcial» cuando se logró una disminución del consumo de alcohol por debajo de los límites de riesgo (< 35 U/semana en el varón o 21 U/semana en la mujer) mantenido durante un período superior a 3 meses. Otras variables consideradas en el estudio fueron: edad del paciente, lugar de residencia (urbano/rural/marginal), clase social (en función de la clasificación propuesta por Alonso et al³³), edad de inicio del consumo de alcohol, tipo de bebedor (según la clasificación de Alonso-Fernández³⁴), puntuación en el test de CAGE para detección de abuso de alcohol (este cuestionario se recomienda de forma complementaria a la entrevista de cuantificación del consumo⁶), consumo de alcohol al inicio del estudio, antecedentes familiares de alcoholismo, presencia de problemas familiares o laborales relacionados con el alcohol, valores de GGT, AST, ALT y VCM, y hábito tabáquico.



Esquema general del estudio

Estudio transversal sobre las actitudes y prácticas en actividad física en una muestra de sujetos mayores de 15 años de los países de la Unión Europea. Comparación de los resultados de España con los del resto de países.

Intervenciones y seguimiento

Se procedió a la formación de los médicos participantes mediante la realización de 6 talleres prácticos de 2 horas de duración cada uno, que incluyeron discusión de casos, puesta en común sobre líneas de actuación y entrega de material didáctico. Se

consensuó un programa de intervención común adaptado a la práctica habitual del médico de familia en todos los centros de salud. La intervención se iniciaba con la captación y detección del paciente en la consulta habitual mediante estrategia de búsqueda de casos (*case finding*)¹⁶. Se le solicitaba su consentimiento infor-

mado y se le impartía un consejo breve de 3-5 minutos de duración. Posteriormente, y dentro del primer mes, tenía lugar una consulta de unos 20 minutos de duración en la que se cumplimentaba el cuestionario M ALT, además de una hoja de recogida de datos donde constaba una valoración clínica completa que incluía el grado de deterioro y/o apoyo psico-socio-familiar del individuo. En esta entrevista, el médico ofrecía al paciente continuidad en la atención y si la rechazaba su disponibilidad para atenderle cuando éste lo considerase oportuno. A continuación se realizaban 1-3 visitas breves (de no más de 15 minutos) de refuerzo según cada caso, y se programaban 3 visitas de seguimiento para la valoración de la situación y refuerzo de la intervención a los 3, 12 y 24 meses desde el momento de la captación. Cada una de estas intervenciones tenía una duración de 65-75 minutos. El período de seguimiento de cada paciente fue de 2 años, comenzándose el reclutamiento en diciembre de 1997.

Análisis estadístico

Se realizó por «intención de tratar» y se evaluaron todos aquellos pacientes incluidos en el estudio, independientemente de que éstos lo finalizaran o no prematuramente y acudiesen o no a la primera consulta programada. Estas pérdidas, así como las producidas durante el seguimiento y las retiradas, fueron consideradas como «fracasos» de la intervención.

Los cuadernos de recogida de datos se revisaron y depuraron antes de su procesamiento definitivo por un investigador ajeno al proceso de captación e intervención. Se realizó un estudio estadístico descriptivo y bivariado con los test de ji-cuadrado, McNemar, t de Student y ANOVA para medidas repetidas ($p < 0,05$). Para tratar de identificar qué factores predecían el fracaso de la intervención, se realizó un análisis de regresión logística múltiple no condicional con el método «paso a paso hacia atrás» (*backward stepwise*) y partiendo de un modelo máximo, en el que se incluyeron las siguientes variables independientes: edad de inicio del consumo excesivo, puntuación del GAGE y del MALT, tabaquismo, lugar de residencia, consumo de alcohol al inicio del estudio, edad, antecedentes familiares de alcoholismo, problemas familiares o laborales relacionados con el consumo de alcohol y valor de la GGT al inicio del estudio. El modelo más parsimonioso se decidió basándose en los valores obtenidos en la prueba de la razón de verosimilitud, y el criterio estadístico de exclusión de variables del modelo se fijó para una $p < 0,10$. Los datos han sido tratados estadísticamente mediante el programa SPSS para Windows, versión 6.0.1 (SPSS Inc, Chicago 1994).

Resultados

Se incluyeron 306 personas. Las características sociodemográficas y de consumo de alcohol al inicio del estudio se muestran en la tabla 1. Predominan los varones (95,1%), con una media de edad de 47,7 años.

Los «éxitos reales» oscilaron entre las consultas médicas participantes desde un 33,3% a un 49,4%. Entre los sujetos con SDA (78,4%), la proporción de pacientes en abstinencia al final del estudio fue de un 25% y la de moderaciones de consumo efectivas del 17%. Del total de «éxitos confirmados», hubo un 4,9% (15) que por su gravedad se tuvieron que derivar al nivel especializado (7 pertenecían al grupo de abstinentes y 8 al grupo de los de moderación

TABLA 1 >Características sociodemográficas y del consumo de alcohol de los pacientes al inicio del estudio

Variables cuantitativas	Media ± DE	IC del 95%	Límites
Edad (años)	47,7 ± 13,8	46,1-49,2	12-88
Parámetros analíticos			
GGT	93 ± 102	81,2-104,9	11-999
AST	39,58 ± 30,66	36,0-43,1	10-188
ALT	47,22 ± 52,81	41,1-53,3	6-573
VCM	95,63 ± 7,08	94,8-96,4	78-128
Variables cualitativas			
	n	%	
Sexo			
Varones	294	95,1	
Mujeres	12	3,9	
Nivel de instrucción			
Analfabetos	32	10,5	
Leer y escribir	121	39,5	
Estudios primarios	131	42,4	
Estudios medios	18	5,8	
Estudios superiores	4	1,3	
Clase social			
I-Superior	5	1,3	
II-Medio	25	8,7	
III-Cualificado no manual	10	1,3	
IVa-Cualificado manual	93	30,4	
IVb-Semicualificados	120	39,2	
V-No cualificados	34	11,1	
VI-Otros casos	24	7,8	
Tipo de bebedor			
1. Excesivo-regular:			
Diario	270	88,2	
Fines de semana	25	8,2	
2. Alcoholómano	6	2,0	
3. Enfermo mental	5	1,6	
Test de MALT			
≥ 11 puntos	238	78,4	
< 11 puntos	46	15,0	
No realizado	22	6,6	
Test de CAGE			
≥ 2 puntos	138	45,0	
< 2 puntos	142	46,2	
No realizado	26	8,8	
Forma de captación			
Sospecha médica	183	59,5	
Familia	58	19,0	
Ánalisis de sangre	43	14,1	
Otro nivel de atención	13	4,2	
Motu proprio	9	2,9	

Variables cualitativas	n	%
Enfermedades asociadas		
HTA	61	20,1
EPOC	59	19,5
Úlcera gastroduodenal	46	14,8
Hiperlipemia	33	10,8
Diabetes mellitus	30	9,65
Problemas laborales		
Bajo nivel ocupacional	20	32,8
Despido-paro	27	44,3
Accidente laboral	14	23,0
Número de cigarrillos		
0	88	28,8
1-10	24	7,8
11-20	97	31,7
21-40	80	26,1
≥ 40	17	5,6
Problemas familiares		
Divorcio	9	6,7
Malos tratos	19	14,2
Mala relación	85	63,5
Intento de suicidio	10	7,9
Abandono del hogar	11	8,0

DE: desviación estándar, e IC: intervalo de confianza del 95%.

efectiva). A juicio del médico investigador un 2,6% del total debería haber sido atendido en un centro especializado, pero rechazaron esa opción prefiriendo ser tratados por su médico en atención primaria. A los 3 meses del estudio, un 16,9% no acudió a la visita programada, al año esta cifra disminuyó al 7,9% y a los 24 meses a un 5,2%.

Con el objeto de comprobar si los pacientes que estaban en abstinencia y/o moderación modificaban su estatus a lo largo del período de seguimiento, se compararon los resultados de los pacientes a los 3 meses con los obtenidos a los

12 y 24 meses. Al comparar los pacientes en alguna de estas situaciones a los 3 meses respecto a los 12 o 24 meses, había diferencias significativas ($p < 0,05$), pero al comparar los pacientes que estaban en abstinencia y/o moderación a los 12 meses con los que lo estaban a los 24, no se obtuvo significación estadística ($p = 0,519$), por lo que se puede afirmar que los pacientes que estaban en abstinencia y/o moderación al año de seguimiento permanecían en la misma situación al final del período de estudio.

En la tabla 2 se muestran las variables que se asocian independientemente al fracaso de la intervención. Este modelo explicó un 70% del cambio en la variable resultado ($\chi^2, 23,8; p < 0,012$).

Discusión

La eficacia de la intervención del médico de familia para reducir la ingesta de alcohol en pacientes con consumos excesivos ha sido demostrada con anterioridad en varios ensayos clínicos bien diseñados¹⁰⁻²⁶. Un metaanálisis realizado con 3.946 pacientes incluidos en 12 ensayos clínicos cuantificaba la intervención como dos veces más eficaz que el placebo¹². Otros estudios aparecidos con posterioridad apuntaban resultados en la misma dirección^{11,22}. En los ensayos clínicos más relevantes donde se tuvieron en cuenta dinteles para moderación efectiva y abstinencia similares al considerado por nosotros^{16-18,20,21,23,25}, las tasas de éxito oscilaban en un 15-43%.

El presente trabajo pone de manifiesto que el consejo antialcohólico que el médico de atención primaria realiza en las condiciones habituales de su consulta resulta efectivo en 4 de cada 10 pacientes, tras un seguimiento de 2 años, lo que lo equipara con los mejores resultados obtenidos en aquellos ensayos realizados en condiciones ideales. Sin embargo, estos estudios presentan una serie de características que afectarían a la validez externa; así, no en todos el ámbito de actuación fue exclusivo de la atención primaria¹³⁻¹⁷; en otros casos se excluyó a los sujetos más graves

TABLA 2 Factores asociados al fracaso de la intervención

Variables independientes	Coeficientes	OR	IC del 95%	p
Constante	-4,6973	-	-	-
Edad de inicio de consumo de alcohol				
≥ 22 años	-	1,0	-	0,0290
17-21 años	0,6177	1,8546	0,71-4,80	0,2036
≤ 16 años	1,1277	3,0885	1,29-7,36	0,0110
Vivir en barrio marginal (sí/no)	1,1664	3,2103	1,00-10,22	0,0484
Fumador ≥ 10 cigarrillos	0,5416	1,7187	0,92-3,20	0,0892
Puntuación test de CAGE ≥ 2	0,6906	1,9949	1,08-3,66	0,0261

Variable dependiente: «fracaso» de la intervención. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza del 95% ($\chi^2, 23,8; p < 0,012$).

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Varios ensayos clínicos y metaanálisis demuestran que el consejo médico antialcohólico realizado en atención primaria resulta eficaz hasta en un 35% de los pacientes bebedores excesivos.
- Sin embargo, es preciso comprobar si la intervención del médico de familia, además de eficaz, resulta efectiva cuando se realiza en condiciones clínicas habituales, y tanto en pacientes bebedores excesivos como en aquellos con síndrome de dependencia alcohólica.

Qué aporta este estudio

- Se demuestra la alta efectividad del consejo médico antialcohólico dado por el médico de familia en condiciones habituales de consulta, tanto en pacientes bebedores excesivos como en aquellos con síndrome de dependencia alcohólica.

(con consumos superiores a 131 U/semana en el varón u 87 U/semana en la mujer en el Oxford Study²¹, 105/70 U en el estudio de la OMS¹⁶ y 50 U en el de Wisconsin²²), a aquellos que presentaban una GGT elevada^{14,15}, o a los pacientes con SDA^{11,13-21,23-26}. En nuestro estudio, los pacientes subsidiarios de este tipo de intervención presentan un consumo promedio semanal de casi el doble (101 U, 1.010 g/semana) al de los pacientes incluidos en los estudios experimentales de eficacia^{11,16-18,20-22,25,26}. Respecto a la dependencia alcohólica, el no considerar a éstos supondría la exclusión de un número importante de los pacientes (en nuestro estudio, un 78,4%) que acuden a las consultas de atención primaria, y que además son los más graves. En España se ha calculado que el 50% de los 4 millones de bebedores excesivos presenta dependencia¹. Nuestro estudio pone de manifiesto que estos pacientes pueden ser objeto de una intervención efectiva por parte del médico de familia, de la misma forma que lo son los bebedores excesivos.

Cuando de lo que se trata es de valorar el impacto «real» de un programa de salud o de una intervención sanitaria, deberían incluirse en el análisis todos los sujetos reclutados con este problema, se beneficien o no finalmente de dicha intervención, lo que incluye además las pérdidas producidas durante el seguimiento. Es decir, se trata de colocarse en la «peor situación posible frente a la hipótesis alternativa», usando una de las estrategias que se emplean mediante el análisis por intención de tratar³². Este planteamiento conservador ha sido el que hemos utilizado en el análisis de nuestros resultados. Los estudios realizados hasta la fecha en los que emplean un análisis por intención de tratar

sólo incluyeron a los pacientes que acudían a la primera visita concertada, lo que suponía un 47% y un 61% de los casos^{18,20,21,25}. Esto implica un sesgo en la selección de pacientes y nos aleja de la realidad clínica (en uno de los estudios mejor diseñados [Wallace, 1988]¹⁸ acudieron más los ancianos, las mujeres y los varones con menor nivel de consumo), lo que probablemente conduce a una sobreestimación del efecto de la intervención.

Creemos, por tanto, que la aportación principal del presente trabajo al problema en cuestión es su carácter de «ensayo de efectividad» (naturalístico o pragmático) de una cohorte prospectiva seguida y evaluada durante un período relativamente dilatado (2 años), lo que representaría dar un paso más respecto a las pruebas hasta ahora existentes en torno a esta cuestión^{25,30}.

Se pueden identificar algunas fortalezas y limitaciones. A favor de la idoneidad del diseño metodológico empleado:

1. Con las evidencias ya disponibles sobre la eficacia de la intervención del consejo antialcohólico, no parecería ético plantear un estudio con grupo control sin intervención.
2. La confirmación del consumo autorreferido por el paciente mediante un familiar se ha recomendado previamente^{12,22}. Nosotros además exigíamos un nivel adecuado de la GGT, que es el marcador biológico más sensible y específico para la detección del abuso de alcohol en atención primaria⁶.
3. Es más precisa la consideración de un período mínimo de 3 meses de abstinencia como condición para considerar o no la efectividad de una intervención. Se sospecha que cuando sólo se investiga el consumo de la semana anterior a la cita^{11,15-26} puede que el paciente lo disminuya al saberse evaluado¹².
4. El médico de familia se caracteriza por ofrecer una atención continuada, pero la mayoría de los estudios revisados (salvo en uno)¹⁹ no realizan seguimientos superiores al año. Aunque un seguimiento de 2 años de duración parece más realista, los resultados de nuestro estudio señalan que la mayor parte de los pacientes que han dejado o disminuido la ingesta de bebida al año se mantienen en esa situación a los 2 años. Aunque no disponemos de datos sobre la evolución de los pacientes que abandonan el consumo de alcohol tras una intervención en atención primaria durante períodos de tiempo mayores, hemos de tener muy en cuenta que el porcentaje de recaídas, sobre todo en pacientes con SDA, suele ser alto, por lo que sería conveniente realizar estudios de seguimiento a más largo plazo. Finalmente, al médico de familia le puede resultar útil conocer qué aspectos condicionan o predicen el fracaso de la intervención antialcohólica, para tenerlos presentes de cara a individualizar la estrategia asistencial. La limitación del éxito de la intervención cuando existe otra adicción de tipo social, como es el tabaco, ya se ha comunicado en otros estudios^{10,22}, por lo que se debe tener en cuenta y pensar en el modo y el momento adecuado para plantear-

le también al paciente un abordaje de deshabituación tabáquica. Igualmente, condiciones socioeconómicas pobres disminuyen la efectividad del consejo médico; esto, por lo general, se ha relacionado con la existencia de otros problemas sociosanitarios que son vividos como más reales, amenazantes y prioritarios para la población³⁵ y que llamarían la atención sobre el limitado papel del médico y la necesidad de priorizar intervenciones comunitarias multidisciplinarias dirigidas a los problemas sociosanitarios generales. Los resultados resaltan la importancia de realizar intervenciones en edades muy tempranas, especialmente en nuestro medio, donde los datos sobre el consumo excesivo en estas edades son alarmantes³⁶⁻³⁸. Un inicio temprano del hábito enólico constituye también un factor a tener en consideración, pues cabe esperar una menor efectividad de la intervención médica, lo que se asociaría con la mayor presencia de problemas relacionados con el alcohol en este tipo de sujetos respecto a los que se inician más tarde³⁹. Finalmente, el hecho de que sea el test de CAGE y no el MALT el que predijo mejor los fracasos puede ser debido a la mayor sensibilidad de este último para detectar a los bebedores excesivos³¹. Se han comunicado para el CAGE tasas de falsos negativos del 50% en la identificación de bebedores excesivos⁴⁰, detectándose sólo ingestas superiores a 70 U/semana^{40,41}. La definición de SDA es amplia y nuestros resultados apuntan a una gradación de esta dependencia y a que lo que determinaría el éxito o el fracaso de la intervención en el nivel primario es la existencia de una dependencia grave. Si excluimos a los pacientes con síndrome de abstinencia grave, intentos de abstinencia fallidos anteriormente y problemas psíquicos y/o sociales graves, la derivación de estos pacientes a un nivel de atención especializada debería supeditarse a una valoración global del paciente en la que tendrían mucha importancia la presencia en un mismo sujeto de una edad de inicio temprana, tabaquismo, un nivel socioeconómico bajo o muy bajo, y finalmente la presencia de un SDA grave revelado por un test de CAGE positivo.

5. Magruder-Habib K, Durand AM, Frey KA. Alcohol abuse and alcoholism in primary health care settings. *J Fam Practice* 1991;32:406-13.
6. Actualización del PAPPS 2001. *Aten Primaria* 2001;28(Supl 2): 27-30.
7. Van Meter RA. Physician advice for problem alcohol drinkers. *J Fam Practice* 1997;45:17-8.
8. Stockwell T, Bolt S, Hooper J. Detoxication from alcohol at home managed by the general practitioner. *Br Med J* 1986;292:733-5.
9. Anderson P. Effectiveness of general practice for patients with harmful alcohol consumption. *B J Gen Prac* 1993;43:386-9.
10. Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Picó MV, Aranguren F, Alvira U, et al. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EM-PA). *Med Clin (Barc)* 1997;109:121-4.
11. Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Montreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract* 1998;15:562-8.
12. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst ts. Meta-analysis of randomized Control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997;12:274-83.
13. Kristenson H, Ohlin H, Hulten-Nosslin MB, Trell E, Hood B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1983; 7:203-9.
14. Nillsen O. The Tromso study: identification of and a controlled intervention on a population of early-stage risk drinkers. *Prev Med* 1991;20:518-28.
15. Pearson J, Magnusson PH. Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol* 1989; 6:403-8.
16. Babor TF, Acuda W, Campillo C, Del Boca FK, Grant M, Hodgson R, et al. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Public Health* 1996;86:948-55.
17. Saunders JB, Reznik RB, Hanratty S. Early intervention for harmful alcohol consumption. Canberra: Department of Community Services and Health, 1991.
18. Wallace PG, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988;297:663-8.
19. Burge SK, Amodei N, Elkin B, Catala S, Rodriguez Andrew S, Lane PA, et al. An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican-American patients. *Addiction* 1997;92:1705-16.
20. Scott E, Anderson P. Randomized controlled trial of general practitioner in women with excessive alcohol consumption. *Australian Drug and Alcohol Review* 1990;10:313-21.
21. Andersson P, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Br J Addict* 1992;87:891-900.
22. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997;277:1039-45.
23. Heather N, Campiόn PD, Neville RG, Maccabe D. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *J R Coll Gen Prac* 1987;37:358-63.
24. Romelsjö A, Andersson L, Barner H, Borg S, Granstrand C, Hulman O, et al. A randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care. *Br J Addict* 1989;84:1319-27.
25. Richmond RD, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995;90:119-22.

Bibliografía

1. Portella E, Rida M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998.
2. O'Connor PG. Patient with alcohol problems. *N Engl J Med* 1998;26:592-602.
3. Prada C, Del Río MC, Yáñez JL, Álvarez F. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1981-1990. *Gac Sanit* 1996;10:161-8.
4. Roche A, Guray C, Saunders J. General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *Br J Addit* 1991;86:263-75.

26. Fernández MI, Bermejo CJ, Alonso M, Herreros B, Nieto M, Novoa A, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Aten Primaria* 1997;19:127-32.
27. Green L, Arbor A. On studying effectiveness. *J Fam Practice* 1999;48:423-4.
28. Badia X, Bigorra J. La investigación de resultados en salud: de la evidencia a la práctica clínica. En: Badia X, editor. *La investigación de resultados en salud. De la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona: Edimac, 2000; p. 13-34.
29. Chick J. Estudios naturalísticos versus estudios controlados en las recientes investigaciones sobre el tratamiento de la dependencia de alcohol. *Adicciones* 1999;11-3:257-60.
30. Fuerlein W, Ringer CH. Diagnose des Alkoholismus: der Münchner Alkoholismus Test (MALT). *Münchn. Med Wo chenschr* 1977;119:1275-82.
31. Rodríguez-Martos A, Suárez R. MALT (Münchener Alkoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Rev Psiq Psicol Med* 1984;6:421-32.
32. Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 2.a ed. Madrid: Harcourt, 1999.
33. Alonso J, Pérez P, Sáez M, Murillo M. Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General. *Gac Sanit* 1997;11:205-13.
34. Alonso-Fernández F. *Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico*. 3.ª ed. Barcelona: Masson, 1992.
35. Kemp J, Korenblat P, Scherer J, Minkowitz M. Zafirlukast in clinical practice. Results of the Accolade Clinical Experience and Pharmacoepidemiology Trial (ACCEPT) in patients with asthma. *J Fam Practice* 1999;48:423-4.
36. Péru L, Ruiz R, Fernández JA, Herrera E, De Miguel MD, Bueno JM. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Rev Esp Salud Pública* 1998;78:331-42.
37. Gascón FJ, Jurado A, Lora N, Navarro B, Gascón JA, Romanos A. Consumo de alcohol e influencia del entorno entre escolares de EGB. *An Esp Pediatr* 1997;47:42-5.
38. Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Med Clin (Barc)* 1995;104:784-8.
39. Schuckit MA, Russell JW. Clinical importance of age at first drink in a group of young men. *Am J Psych* 1993;140:1221-3.
40. Wallace PG, Brennan PJ, Haines AP. Drinking patterns in general practice patients. *J R Coll Gen Pract* 1987;37: 354-7.
41. Kitchens JM. Does this patient have an alcohol problem. *JAMA* 1994;272:1782-7.

COMENTARIO EDITORIAL

Intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol en atención primaria

J. Aubà Llambrich

Unitat d'Avaluació Sanitària i Recerca. Àmbit d'Atenció Primària Barcelonès Nord i Maresme. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Los problemas de salud relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas son alarmantes, tanto desde una perspectiva sanitaria como económica o social. La oportunidad de plantear intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria está ampliamente aceptada, y se ha demostrado su eficacia. El primer paso consiste en identificar a los sujetos con un consumo considerado de riesgo (>28 unidades de bebida estándar [UBE] semanales en el varón; > 17 UBE semana en el caso de la mujer; ingestión concentrada de 5 UBE o más en una sola ocasión, al menos una vez en el último mes; 1 UBE 10 g de alcohol puro), seguido de una intervención educativa orientada a reducir el consumo en los bebedores clasificados como de riesgo o a la abstinencia en el caso de los individuos con dependencia alcohólica¹. El estudio de Fernández et al² confirma, coincidiendo con otros, que la intervención realizada en consultas de atención primaria, a cargo de médicos de familia con habilida-

Puntos clave

- En las consultas de atención primaria la intervención antialcohólica en bebedores de riesgo es eficaz, efectiva y eficiente.
- La intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol es una línea de investigación propia de atención primaria.
- La cartera de servicios de atención primaria debe incluir, además de la actuación sobre los sujetos con problemas evidentes, la detección del consumo de alcohol y el consejo educativo a los individuos bebedores de riesgo.

des suficientes para realizar una intervención breve, ofrece a los 2 años una reducción del consumo en un 38,9% de los pacientes de riesgo: el 23,8% presentaba abstinencia y el 15% consumo moderado. La mayoría de los casos incluidos eran varones, y los factores desfavorables: inicio del consumo antes de los 16 años, consumo asociado de tabaco o test de CAGE negativo.

Wallace publicó en 1988 el primer estudio sobre la utilidad del consejo antialcohólico realizado por médicos en consultas de atención primaria³. Desde entonces se han publicado nuevos estudios que confirman que la efectividad del consejo breve para la reducción del consumo de alcohol es de un 25%⁴. Estudios publicados en nuestro país también confirman resultados similares⁵. La mayoría de estudios también coinciden en que el grupo control, que únicamente ha participado en cuantificar su propio consumo, también presenta una disminución de éste, prueba que sugiere que la simple anamnesis sobre la ingesta de bebidas alcohólicas tiene efectos sobre dicho consumo, valorado por el paciente, hasta ese momento, como «normal».

A partir de diferentes estudios hay aspectos perfectamente identificados, aunque sobre otros debemos seguir investigando. Sabemos que el diagnóstico precoz, mediante detección oportunista, seguido de una intervención educativa, es capaz de modificar el patrón de consumo en varones. La intervención breve, de unos minutos de duración, acompañada de algún material educativo, ofrece resultados comparables a intervenciones de mayor intensidad. Son efectivas las intervenciones realizadas tanto por médicos como por enfermería. Entre los aspectos poco evaluados, que merecerían futuros estudios, podríamos considerar:

- ¿Qué tipo de intervención es útil en mujeres, ancianos o adolescentes?
- ¿Guardan relación los resultados con el número de sesiones que recibe un sujeto?
- ¿Cuánto tiempo persisten los efectos del consejo educativo sobre el consumo de alcohol?
- A largo plazo, ¿son necesarias intervenciones de refuerzo para consolidar el estilo de vida?
- ¿Qué material educativo de apoyo ofrece mejores resultados?
- Una intervención educativa adaptada al estadio del cambio que presenta cada individuo ¿ofrecerá mejores resultados?
- ¿Debemos intervenir únicamente en sujetos que presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol o debemos realizar una intervención oportunista, precisamente en sujetos que no consultan por el problema del alcohol?

Estas y otras cuestiones sólo tendrán respuesta si continuamos realizando estudios de investigación en esta área del conocimiento propia de atención primaria. No podo-

mos pensar que otros niveles asistenciales se ocupen de responder preguntas propias de nuestro entorno. Los sujetos con problemas de alcohol atendidos en unidades especializadas, igual que sucede en otros temas, presentan un perfil diferenciado respecto a los que nos ocupan. Esta línea de investigación nos corresponde desarrollarla.

A pesar de los buenos resultados obtenidos cuando realizamos intervenciones sobre el consumo de riesgo, superiores a otras intervenciones más habituales en consultas de atención primaria, podemos constatar que no forman parte del abanico de la cartera de servicios de atención primaria, como demuestran las evaluaciones mediante auditorías de las actividades incluidas en los objetivos de los equipos de atención primaria. Este aspecto nos lleva a plantearnos otros interrogantes:

- ¿Qué factores son responsables de la escasa implantación de actividades preventivas relacionadas con el abuso del alcohol en las consultas de atención primaria?
- ¿Qué instrumento de detección del consumo de riesgo de alcohol ofrece mejor rendimiento o es mejor aceptado por los pacientes?
- ¿Qué elementos facilitarían una mayor oferta a cargo de los profesionales sanitarios?
- Desde el punto de vista económico, ¿resulta eficiente la intervención⁶?

En la práctica, los profesionales encuentran obstáculos para realizar la detección y la modificación de estilos de vida poco saludables. Algunos están relacionados con las infraestructuras disponibles (tiempo, unidades especializadas, formación), otros guardan relación con las dudas sobre la efectividad de la intervención sanitaria que podemos realizar en nuestras consultas⁷. La presión asistencial, la escasa formación o la insuficiente coordinación con los servicios especializados serían los obstáculos más evidentes para un papel más activo por parte de los profesionales de atención primaria, médicos de familia y personal de enfermería, en este grave problema de salud pública. En el ámbito social no hay un debate claro sobre los beneficios y riesgos del consumo de alcohol, al cual los sanitarios no somos ajenos, que probablemente impida la existencia de propuestas claras. Por un lado, se proponen medidas legislativas que pretenden promover el consumo de vino. Por otro, se cuantifican las muertes en accidente de circulación provocados por la ingesta de alcohol durante los fines de semana, o el elevado número de años potenciales de vida perdidos.

Finalmente, una aproximación concreta a nuestro entorno sobre las consecuencias de incluir, entre los servicios facilitados desde atención primaria, la intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol. En España se estima que unos 4 millones de personas son consumidores de riesgo de alcohol; de ellas, considerando los resultados de los diferentes estudios, un 25% podría reducir dicho riesgo si los profesionales de atención primaria realizan la detección

del consumo y ofrecen una intervención breve. En pocas palabras, un millón de personas resultaría beneficiado anualmente.

Bibliografía

1. Aubà J, Barranco JR, Córdoba R, Ledesma A, Mosquera J, Pico MV, Ribas A. Recomendaciones semFYC ALCOHOL. Barcelona: semFYC, 2000.
2. Fernández García JA, Ruiz Moral R, Péruela de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J, por el Grupo Cordobés de Investigación en Atención Primaria (GCIAP). Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consulta de atención primaria. Aten Primaria 2003; 31:146-55.
3. Wallace PG, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol comsumption. Br Med J 1988;297:663-8.
4. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. Preventive Medicine 1999;28:503-9.
5. Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Montreal A, et al. A. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. Fam Pract 1998;15:562-8..
6. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. Med Care 2000; 38:7-18.
7. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ 2002;325:870-4.