

## ORIGINALES

# Uso inadecuado de fármacos junto con alcohol en un consultorio rural

I. Robles Gómez y J.L. Sánchez Ramos

Consultorio Local de Trigueros (Huelva). Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de uso conjunto de alcohol y medicación con riesgo de interacción con el alcohol, las características sociodemográficas de los sujetos con más probabilidad de este uso conjunto y la prevalencia de consejo médico antialcohol en los citados sujetos.

**Diseño.** Estudio de prevalencia.

**Emplazamiento.** Atención primaria. Consultorio local rural de Trigueros (Huelva).

**Participantes.** El total de 581 historias de pacientes mayores de 14 años, abiertas en el período de octubre de 1993 a diciembre de 1996.

**Mediciones y resultados principales.** Obtuvimos de las historias clínicas las características sociodemográficas, hábitos tóxicos, tipo y número de fármacos prescritos y si hubo o no consejo médico sobre el consumo de alcohol. Se realizó la búsqueda de potenciales interacciones a través del listado proporcionado por Mengual Sandra y Gila Azañedo. Un 10,15% (IC del 95%, 7,8-12,9%) de los sujetos historiados consume conjuntamente alcohol y medicación de riesgo de interacción. Los varones (OR, 7,1), mayores de 65 años (OR, 4,9) casados (OR, 3,1) y fumadores (OR, 2,3) tienen más probabilidad de combinar medicación de riesgo y alcohol. El consejo antialcohol se realizó en un 6,8% de los sujetos historiados con riesgo potencial de interacción.

**Conclusiones.** El uso concurrente de alcohol (como componente de medicación o bebidas) y fármacos de riesgo es una realidad frecuente en atención primaria. Los varones, mayores de 65 años, fumadores y casados presentan mayor riesgo. El consejo médico a pacientes con riesgo potencial de interacción es muy poco habitual, aunque más que en bebedores que no consumen fármacos de riesgo.

**Palabras clave:** Alcohol; Atención primaria; Interacciones medicamentosas..

## IMPROPER COMBINED USE OF MEDICINES AND ALCOHOL AT A RURAL CLINIC

**Objectives.** To determine the prevalence of the joint use of alcohol and medication with the risk of interaction with alcohol, the social and personal features of patients most likely to use the two combined, and the extent of anti-alcohol medical counselling of these patients.

**Design.** Prevalence study.

**Setting.** Primary care. Rural local clinic at Trigueros (Huelva).

**Participants.** 581 histories of patients over 14, started between October 1993 and December 1996.

**Measurements and main results.** From the clinical histories we obtained the social and personal features, toxic habits, type and number of medicines prescribed, and whether or not there was medical counselling on alcohol consumption. Potential interactions were looked for through the list provided by Mengual Sandra and Gila Azañedo. 10.15% (95% CI, 7.8-12.9) of the subjects consumed at the same time medication with risk of interaction and alcohol. Males (OR = 7.1), over-65s (OR = 4.9), married people (OR = 3.1) and smokers (OR = 2.3) were more likely to combine alcohol and at-risk medication. 6.8% of the patients with potential risk of interaction were counselled against alcohol.

**Conclusions.** The simultaneous use of alcohol (as drinks or a component of medicine) and at-risk drugs is a common reality in primary care. Men, the over-65s, smokers and married people are at greater risk. Medical counselling of patients at potential risk of interaction is quite rare, although it is greater than of drinkers who do not take at-risk medicines.

(Aten Primaria 2000; 25: 320-325)

Correspondencia: Inmaculada Robles Gómez.  
C/ Puerto, 20, 2.º B. 21003 Huelva.

Correo electrónico: udhuelva@samfyc.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 29-IX-1999.

## Introducción

El consumo de alcohol y medicamentos es un hábito común en nuestra población. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España de 1993 revelan que el 9,8% de los españoles toma alguna medicina diariamente y alcohol<sup>1</sup>. Este uso conjunto puede dar lugar a una interacción farmacológica perjudicial para la salud por pérdida del efecto o aumento de la toxicidad del fármaco<sup>2</sup>.

Hoy día asistimos a una estabilización en la cantidad de alcohol consumida en niveles de 10 litros por habitante y año<sup>3</sup>. Sin embargo, el uso de fármacos de riesgo sigue una escala ascendente a causa del incremento de enfermedades crónicas. Por esta razón, no se debería dejar de valorar el riesgo de una potencial interacción fármaco-alcohol, incluso en el caso de consumos moderados de alcohol (inferiores a 40 g/día en varones y 24 g/día en mujeres)<sup>4</sup>.

A pesar de ello, el riesgo de interacción fármaco-alcohol pasa desapercibido tanto para el bebedor que se automedica como para el médico que le prescribe medicación de riesgo o que utiliza fármacos que contienen etanol<sup>5</sup>. La mayoría de las interacciones son farmacocinéticas y farmacodinámicas, siendo muy poco relevantes las interacciones farmacéuticas<sup>6</sup>. Se sabe que el consumo agudo de alcohol se asocia a una disminución del metabolismo del fármaco, mientras que un consumo crónico produce un aumento de su biotransformación por estímulo del sistema microsomal oxidante de alcohol (MEOS)<sup>7</sup>.

El riesgo de estas interacciones es difícil de prever y muchas veces vendrá determinado por ciertas características individuales de los sujetos y de los tipos de fármaco y la cantidad de medicamentos y alcohol consumidos. Así, presentan mayor riesgo las mujeres<sup>8</sup>, los menores de 18 años y ma-

iores de 65<sup>9</sup>, los consumidores de mayor número de fármacos<sup>10</sup> y mayor cantidad de alcohol<sup>11</sup> y los que toman fármacos de margen terapéutico estrecho<sup>12</sup>. Independientemente del riesgo, nuestra actitud debe ser el consejo de abandono de alcohol, o el uso de medicación sin riesgo de interacción con el alcohol. La mayoría de los estudios realizados hasta ahora se centran en la prevalencia del consumo de alcohol<sup>13</sup> y en la eficacia del consejo médico en bebedores excesivos<sup>14</sup>. En cambio, en nuestro ámbito no son habituales las investigaciones que informen de la magnitud del problema del uso conjunto de alcohol y fármacos<sup>15</sup>. El médico de atención primaria está en una situación privilegiada para evitar, detectar e intervenir sobre este problema<sup>16</sup>. De ahí el interés de nuestro estudio en determinar: *a)* la prevalencia de consumo conjunto de alcohol, ya sea como bebida o como componente de un fármaco, y medicación con riesgo de interacción con el alcohol; *b)* las características sociodemográficas de los sujetos que tienen más probabilidad de combinar alcohol y medicamentos, y *c)* la prevalencia de consejo médico a pacientes con riesgo de interacción fármaco-alcohol.

## Material y métodos

Se ha realizado un estudio de prevalencia sobre las primeras 581 historias clínicas que se abrieron a pacientes mayores de 14 años en el consultorio local de Trigueros (Huelva), desde su conversión en centro de atención primaria en octubre de 1993 hasta diciembre de 1996. Los criterios para la apertura prioritaria de historias en el centro incluían la selección de consultantes para los programas del adulto, del anciano y de la mujer. En el consultorio se atiende a una población rural de 7.000 habitantes. Del apartado destinado a hábitos de las historias personales estudiadas, se obtuvo el consumo de alcohol en gramos por día detectado en el momento de apertura de la historia, codificado en grupos: 0, < 40, < 60, < 80 y 80 y más, así como el consumo de cigarrillos por día, codificado en grupos de 10. De la primera visita médica registrada en la hoja de seguimiento (de la misma fecha que la apertura de la historia) se recabó el número y tipo de fármacos utilizados, así como si hubo o no intervención del médico aconsejando la reducción o cese del consumo de alcohol. Los fármacos se clasificaron, según el listado proporcionado por Mengual Sendra y Gila Azañedo<sup>17</sup>, en medicamentos con o sin riesgo potencial de interacción con el alcohol. También se dividieron los medicamentos utilizados en

**TABLA 1. Características sociodemográficas y hábitos tóxicos**

Sexo	n (%)
Mujeres	379 (69,4)
Varones	138 (30,6)
Edad (años)	
15-44	211 (37,5)
45-65	196 (34,8)
> 65	156 (27,7)
Estado civil	
Casados	408 (77, 9)
No casados	126 (22, 1)
Nivel de estudios	
Hasta primarios	403 (89,7)
Mayor primarios	46 (10,3)
Situación laboral	
Jubilados	111 (24,5)
No jubilados	342 (75,5)
Tabaco	
No fumadores	337 (63,7)
Fumadores	192 (36,3)
Consumo de alcohol	
Abstiemos	405 (80,2)
Bebedores moderados	50 (9,9)
Bebedores excesivos	50 (9,9)
Consumo de medicamentos	
No	119 (20,6)
Sí	460 (79,4)

función de que contuviesen o no alcohol en su composición<sup>18,19</sup>.

Otras variables recogidas de la historia personal fueron: edad del paciente, sexo, estado civil, nivel de instrucción y situación laboral en la fecha de apertura de la historia.

Para facilitar el manejo de los datos en la fase final de análisis multivariante, los sujetos fueron clasificados por grupos de edad en 15-44, 45-65 y mayores de 65 años; por estado civil, en casados y otros; por nivel de estudios, en inferiores a primarios y superiores a primarios; por situación laboral, en jubilados y otros; por consumo de tabaco, en fumadores y no fumadores, y por consumo de alcohol, en nulo, moderado (< 40 g/día) y excesivo (40 o más g/día).

Se definió la posible interacción como la presencia simultánea en la historia clínica de uso de al menos un fármaco de riesgo potencial de interacción con el alcohol y alcohol, ya sea como bebida o como componente de otra medicación. Se ha considerado consejo médico la presencia, en la primera consulta médica, de alguna referencia a recomendaciones de reducción o cese de la ingestión de alcohol.

El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de ji-cuadrado para la relación entre variables cualitativas, o el test de Fisher cuando no se cumplían las condi-

ciones requeridas por la anterior. Se realizó un análisis mediante regresión logística múltiple para determinar las características sociodemográficas que estaban asociadas de forma independiente con el riesgo potencial de interacción alcohol-fármaco. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 8.0. El cálculo de intervalos de confianza para las prevalencias se realizó con el método binomial exacto del módulo Epitable del paquete Epi-Info.

## Resultados

Se estudiaron 581 historias de pacientes mayores de 14 años. Sus características sociodemográficas y hábitos de consumo se resumen en la **tabla 1**. El consumo de alcohol, tabaco y fármacos no estaba registrado en todas las historias. De hecho, de las 581, en 72 (12,39%) no constaba la referencia al consumo de alcohol, en 52 (8,95%) no constaba la del consumo de tabaco y en 2 (0,34%) la del uso de fármacos.

### Consumo de alcohol

Un 80,2% de los sujetos eran abstiemos. La distribución del consumo

**TABLA 2. Consumo de alcohol y fármacos en los diferentes grupos**

	Alcohol			Fármacos				
	No beben, n (%)	Bebedores moderados, n (%)	Bebedores excesivos, n (%)	$\chi^2$	p	Consumen fármacos, n (%)	$\chi^2$	p
<b>Sexo</b>								
Mujeres	353 (96,2)	5 (1,4)	9 (2,5)	216,15	< 0,0001	328 (81,6)	3,7	0,054
Varones	52 (37,7)	45 (32,6)	41 (29,7)			132 (74,6)		
<b>Edad (años)</b>								
15-44	156 (83,4)	14 (7,5)	17 (9,1)	2,75	0,25	155 (73,8)	12,99	0,0015
45-65	131 (76,6)	17 (9,9)	23 (13,5)			154 (78,6)		
> 65	114 (61,4)	17 (12,1)	9 (6,4)			138 (89)		
<b>Estado civil</b>								
Casados	286 (77,9)	40 (10,9)	41 (11,2)	4,35	0,036	332 (81,6)	3,79	0,05
No casados	119 (86,2)	10 (7,2)	9 (6,5)			128 (74,4)		
<b>Nivel de estudios</b>								
Hasta primarios	290 (80,6)	38 (10,6)	32 (8,9)	0,1	0,75	326 (81,3)	2,73	0,098
Mayor primarios	115 (79,3)	12 (8,3)	18 (12,4)			134 (75,3)		
<b>Situación laboral</b>								
Jubilados	61 (62,2)	25 (25,5)	12 (12,2)	24,68	< 0,0001	96 (86,5)	4,17	0,041
No jubilados	344 (84,5)	25 (6,1)	38 (9,3)			364 (77,8)		
<b>Tabaco</b>								
No fumadores	312 (94)	11 (3,3)	9 (2,7)	115	< 0,0001	176 (72,7)	11,50	0,0006
Fumadores	93 (53,8)	39 (22,5)	41 (23,7)			284 (84,3)		

entre los distintos grupos se refleja en la [tabla 2](#).

#### **Consumo de fármacos con riesgo potencial de interacción con el alcohol**

No consumían fármacos de riesgo 226 sujetos (39%). Utilizaban algún fármaco de riesgo 213 (36,8%) y más de uno 140 sujetos (24,4%). Se prescribió un promedio de 1,98 ( $s = 1,07$ ) fármacos de riesgo por paciente. Entre los abstemios se indicaron 2,03 ( $s = 1,04$ ) fármacos de riesgo. En bebedores moderados, el promedio fue de 1,94 ( $s = 1,08$ ) fármacos de riesgo. En los bebedores excesivos, 1,9 ( $s = 1,22$ ). No hubo diferencias significativas en la prescripción de fármacos de riesgo en función del consumo de alcohol.

#### **Consumo de medicación de riesgo junto con alcohol**

De los 581 sujetos estudiados, 56 (9,6%; IC del 95%, 7,4-12,3) consumían alcohol junto con algún fármaco que puede interaccionar con él, siendo el grupo de los analgésicos-antiinflamatorios el más empleado (3,2%), seguido de los antihipertensivos (2,5%), antidiabéticos (2,5%) y de los

antiarrítmicos y antianginosos (2,4%).

De entre los 100 bebedores de nuestro estudio, 52 consumían algún fármaco de riesgo. Los fármacos de riesgo más utilizados por los bebedores pertenecían igualmente al grupo de los analgésicos-antiinflamatorios (18), seguido de los antihipertensivos (15), antidiabéticos (15) y antiarrítmicos (14).

Se prescribieron 200 medicamentos a pacientes que consumían alcohol. De ellos, 92 (46%) eran fármacos con un potencial riesgo de interacción con el alcohol, por lo que podían considerarse prescripciones incorrectas. De éstas, más de la mitad (65%) correspondían a la suma de analgésicos-antiinflamatorios, antihipertensivos, antidiabéticos y antiarrítmicos-antianginosos.

#### **Consumo de medicamentos que contienen alcohol**

El 0,7% (4/579) de los sujetos estudiados consumía fármacos que contienen etanol, ya sea como principio activo o como excipiente. De los 4, 3 consumían concomitantemente fármacos de riesgo (0,5%), con peligro, pues, de una potencial interacción. En suma, un 10,15% de los sujetos

(59/581) (IC del 95%, 7,8-12,9%) estaba en riesgo potencial de presentar interacción farmacológica, ya sea por usar un fármaco de riesgo junto con alcohol o un medicamento con alcohol en su composición más un fármaco de riesgo.

#### **Características sociodemográficas de los sujetos y riesgo de interacción fármaco-alcohol**

La [tabla 3](#) recoge las frecuencias de riesgo de interacción en cada uno de los grupos sociodemográficos. Destaca el riesgo alto en los varones en relación con el de las mujeres (riesgo relativo, 8,06) y el de los jubilados frente a las otras situaciones laborales (riesgo relativo, 3,34).

Como evidentemente estas variables no son independientes entre sí (el consumo de alcohol está íntimamente asociado al del tabaco, y ambos al hecho de ser varón), es preciso analizar más profundamente las relaciones entre estos fenómenos. El modelo de regresión logística permite calcular estimaciones no confundidas de la magnitud de la relación entre cada uno de los factores y la variable dependiente, la situación de riesgo de interacción, es decir, estimaciones

**TABLA 3. Distribución de la frecuencia de posible interacción fármaco-alcohol en función de las características sociodemográficas y consumo de tabaco**

Grupo	Riesgo de interacción (%)	$\chi^2$	p
<b>Sexo</b>			
Varones	25,8	66,76	< 0,0001
Mujeres	3,2		
<b>Edad (años)</b>			
15-44	3,8	15,534	< 0,0001
45-65	12,8		
> 65	15,4		
<b>Estado civil</b>			
Casados	12,7	9,145	0,002
No casados	4		
<b>Estudios</b>			
Hasta primarios	10,9	0,589	0,443
Mayor primarios	8,4		
<b>Situación laboral</b>			
Jubilados	23,4	24,71	< 0,0001
No jubilados	7		
<b>Tabaco</b>			
Fumadores	16,8	19,143	< 0,0001
No fumadores	5,3		

**TABLA 4. Variables que predicen la pertenencia al grupo de riesgo de interacción fármaco-alcohol**

Variable	b	ee	gl	p	OR	IC del 95% (OR)
<b>Sexo</b>						
Varones/mujeres	1,9537	0,3831	1	< 0,0001	7,0547	3,3297 14,9467
<b>Edad (años)</b>						
45-65/15-44	1,0281	0,4490	1	0,022	2,7958	1,1597 6,7401
> 65/15-44	1,5943	0,4678	1	0,0007	4,9248	1,9686 12,3201
<b>Estado civil</b>						
Casados/no casados	1,1420	0,4391	1	0,0093	3,1331	1,3250 7,4090
<b>Tabaco</b>						
Fumadores/no fumadores	0,8112	0,3655	1	0,0265	2,2506	1,0994 4,6072

b: pendiente; ee: error estándar de la pendiente; gl: grados de libertad; OR: odds ratio, e IC: intervalo de confianza para la odds ratio.

ajustadas por la presencia de las demás variables.

En el análisis de regresión logística multivariante, los varones tenían 7,05 veces más probabilidad de ser clasificados como sujetos con riesgo potencial de interacción farmacológico con el alcohol que las mujeres. Los sujetos de 45-65 años, 2,8 veces más, y los mayores de 65 años, 4,9 veces más respecto a los de 15-44; los casados, 3,13 veces más respecto a los no casados; y los fumadores, 2,25 veces más que los no fumadores (tabla 4).

El modelo de regresión construido tiene una capacidad de detectar el riesgo de interacción (sensibilidad) del 28,07% y una capacidad de descartarlo (especificidad) del 98,22%.

#### *Consejo antialcohol en sujetos de riesgo*

El consejo antialcohol se realizó en el 6,8% de los sujetos con riesgo potencial de interacción y en el 0,6% de sujetos sin riesgo, siendo la diferencia en el consejo estadísticamente signifi-

cativa ( $p = 0,003$ ). El consejo antialcohol fue 11,75 veces más frecuente (IC del 95%, 2,70-51,24) entre aquellas personas que estaban en una potencial situación de riesgo que en los bebedores habituales que no consumían fármacos.

De los 7 sujetos a los que se dio consejo, 4 estaban en un estado de potencial riesgo de interacción y 3 sin riesgo. De los 4 sujetos con riesgo a los que se hizo prevención secundaria, 2 eran bebedores excesivos y los otros 2 moderados. Uno de los bebedores excesivos tomaba antihipertensivos, antianginosos y antiinflamatorios y estaba diagnosticado de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. El otro bebedor excesivo seguía tratamiento con anticoagulantes y antiarrítmicos por su fibrilación auricular. Uno de los bebedores moderados correspondía a una embarazada a la que se le había prescrito tratamiento con vitaminas y el otro se trataba de un paciente cirrótico que estaba en tratamiento con antihipertensivos y antitusígenos.

De los 3 sujetos bebedores que no estaban en tratamiento con fármacos con riesgo de interacción con el etanol que recibieron consejo, 2 eran bebedores moderados (uno diagnosticado de una hepatopatía crónica y el otro diagnosticado de un infarto lacunar talámico derecho) y uno era bebedor excesivo (diagnosticado de hepatopatía crónica).

#### **Discusión**

El consumo de fármacos que pueden interaccionar con el alcohol y la ingestión de alcohol, ya sea como parte habitual de la alimentación o como componente de un medicamento es una realidad frecuente en atención primaria<sup>12</sup>.

Un 10,15% de los sujetos historiados en nuestro consultorio estaban en riesgo potencial de presentar una interacción fármaco-alcohol. Riesgo importante, dado que la mayoría de las veces suele ser perjudicial para la salud, a diferencia de las interacciones entre fármacos, que a veces son buscadas por el médico con algún fin terapéutico<sup>6</sup>. De hecho, se piensa que en una buena parte de los accidentes de tráfico mortales que ocurren podría haber estado implicado el alcohol en combinación con algún fármaco de riesgo, sobre todo de tipo sedante central.

En nuestro estudio los fármacos más prescritos junto con el alcohol y que pudieran estar involucrados en una interacción fueron antihipertensivos, antidiabéticos y antiinflamatorios, fármacos habitualmente usados en atención primaria.

Como era de esperar, los varones, fumadores y casados, que suelen ser los sujetos que más frecuentemente beben, son los que tienen más riesgo de interacción fármaco-alcohol. Los mayores de 65 años también presentan un riesgo superior de interacción, sobre todo por el mayor consumo de medicación, ya que el consumo de alcohol decrece a partir de 65 años, aunque sin llegar a los niveles del grupo de 15-44 años.

Es muy poco frecuente el consejo médico a pacientes con riesgo de interacción fármaco-alcohol, aunque más frecuente que a los bebedores que no consumen fármacos de riesgo. Aunque son pocos los casos de consejo de abstinencia en consumo conjunto con los que contamos, y no se puede sacar conclusiones al respecto, sí parece entreverse que este consejo estuvo más asociado a la presencia de alguna enfermedad crónica, embarazo o consumo excesivo de alcohol que al uso del fármaco en sí. Nuestro estudio también revela que a pesar de que el volumen de bebedores de riesgo es mayor en nuestra población que en otras investigaciones, el consejo médico no llegó a los niveles que podrían esperarse<sup>14</sup>. Es precisamente en estos consumos excesivos en donde está más indicado el consejo de moderación de alcohol, dados los importantes riesgos fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que pueden derivarse y la eficacia demostrada de la intervención médica en estos casos<sup>20</sup>.

El riesgo de interacción en general se produce sea cual sea la cantidad de alcohol consumida o los niveles de alcohol alcanzados en sangre<sup>21</sup>, si bien el riesgo se incrementa con la intensidad y frecuencia de consumo<sup>22</sup>. Pero como el riesgo existe y no se conoce exactamente un nivel umbral para cada fármaco en particular<sup>23</sup>, nuestra opinión es la de dar consejo médico antialcohol siempre en bebedores que están consumiendo un fármaco de riesgo, independientemente de que sean bebedores moderados, excesivos u ocasionales.

En la atención primaria es donde mejor puede detectarse este consumo conjunto de alcohol y fármacos de riesgo, y también donde se puede ad-

vertir a la población del peligro. De ahí la oportunidad de realizar nuestro estudio a partir de las historias clínicas del consultorio local de Trigueros, un trabajo del que sólo hemos encontrado precedentes en 3 estudios realizados en Milwaukee<sup>23</sup>, Nueva York<sup>5</sup> y España<sup>15</sup>. El primero se llevó a cabo en 3 residencias de jubilados, el segundo sobre personas mayores de 65 años no institucionalizadas y el tercero en población mayor de 16 años también no institucionalizada. Los dos primeros estudios concluían que los fármacos más prescritos y automedicados con riesgo de interacción con el alcohol son antihipertensivos y antiinflamatorios-analgésicos. Y éstos son, precisamente, los fármacos más usados en el tratamiento de los enfermos crónicos diagnosticados en atención primaria, circunstancia ésta que avalaba también la conveniencia de realizar nuestra investigación en un centro de salud.

Pero aún había más razones. Y es que un estudio basado en los fármacos registrados en las historias clínicas de un centro de salud es más fiable que una investigación fundada en cuestionarios, en la que se corre el riesgo del sesgo de memoria del encuestado. Nuestro estudio tiene el inconveniente de no contemplar la automedicación, inconveniente que en absoluto es baladí, si se tiene en cuenta que los analgésicos suelen ser los fármacos más automedicados<sup>24</sup> y con riesgo de interacción con el alcohol<sup>17</sup>.

También los registros de alcohol presentan alguna deficiencia. Así, y en primer lugar, desconocemos si el método empleado por el médico para detectar la ingestión de alcohol fue el más adecuado, si era el idóneo, por ejemplo, para descubrir los consumos de fin de semana. Además, el sistema de registro no permite hacer constar consumos nulos, es decir, considera del mismo modo al que consume menos de 40 g que al que no consume nada, diferenciación que no es relevante para detectar bebedores de riesgo, pero que sí lo es a nuestro efecto.

No podemos establecer comparaciones con los estudios publicados respecto a la frecuencia de uso conjunto de alcohol con medicación de riesgo por la distinta metodología utilizada. Un 9,8% de la población española mayor de 16 años toma medicación junto con alcohol, según los datos ob-

tenidos de la Encuesta Nacional de Salud Española del año 1993. Las cifras que arrojan otras investigaciones son aún más preocupantes. El 25% de los sujetos mayores de 65 años no institucionalizados<sup>5</sup> y el 38% de jubilados que viven en residencias<sup>23</sup> consumen conjuntamente fármacos de riesgo y alcohol. Este riesgo es superior en varones y cuanto mayor es el nivel de instrucción de los sujetos del estudio realizado a mayores de 65 años, a diferencia de lo aportado por nuestro estudio, en el que el nivel de educación no está asociado a un mayor riesgo de interacción.

En cuanto a la intervención del médico ante el consumo conjunto de fármaco y etanol, no hemos encontrado ninguna investigación anterior.

Nuevos trabajos deberían contemplar otros factores distintos a los aquí considerados que pueden incidir en estas interacciones. Sería deseable, por ejemplo, analizar el tiempo durante el que el sujeto viene bebiendo, por los diferentes efectos del consumo agudo y crónico sobre el metabolismo del fármaco<sup>7</sup>. También podría considerarse si el consumo crónico ha desembocado en un deterioro hepático (lo que determina una disminución del metabolismo del fármaco)<sup>25</sup> y si ha existido un consumo de alcohol y fármaco, aunque no coincidente, próximo en el tiempo, pues también éste puede ser de riesgo (se sabe que el efecto de inducción enzimática del citocromo P4502E1 puede persistir hasta 6-8 semanas después del cese de alcohol tras un consumo crónico)<sup>7</sup>.

En cuanto a las condiciones de los sujetos, futuras investigaciones deberían tener presentes ciertas enfermedades crónicas, grupos de edad, etc., que de por sí contraíndican el consumo de alcohol, aun sin asociarse a fármacos de riesgo<sup>20</sup>. También deberían estudiar la frecuencia real de interacciones, no la potencial, y examinar las dosis de los fármacos, desde cuándo los usa el sujeto, su principio activo, su liposolubilidad y su margen terapéutico, factores todos ellos que pueden intervenir en el riesgo<sup>12</sup>.

Nuestro estudio puede abrir camino a nuevas investigaciones que sirvan para concienciar a la población y a los sanitarios de que, igual que no se puede beber de forma excesiva, tampoco se puede beber cuando se recibe medicación de riesgo.

Para facilitar la actividad de prevención secundaria desde las consultas de atención primaria, sugerimos la elaboración de protocolos donde figure el listado de medicamentos con riesgo de interacción con el alcohol, y donde se contemple la necesidad de que los profesionales sanitarios señalen a los pacientes que deben abstenerse de alcohol cuando se consume un fármaco de riesgo. No basta con la indicación en menores de 18 años, en embarazadas, en bebedores problema o cuando se conducen automóviles, como dicta el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud en Atención Primaria (PAPPS)<sup>4</sup>. Se abre un nuevo campo de actuación preventiva para el médico de familia. En esta tarea es importante tener en cuenta la opinión de nuestros pacientes para un mayor cumplimiento de la prescripción médica<sup>9</sup>. Según sus preferencias, optaremos por prescribir un fármaco alternativo sin riesgo o recomendaremos la abstinencia. Deberíamos revisar continuamente la medicación y el alcohol que toman los pacientes, sobre todo a la hora de introducir un nuevo medicamento. En resumen, la prevalencia de consumo conjunto de alcohol y medicación con riesgo de interacción con el alcohol alcanza en nuestro medio a un 10,15% de los sujetos históriados. Los varones, los mayores de 65 años, los fumadores y los casados tienen más probabilidad de combinar alcohol y medicamentos. Es muy poco frecuente el consejo médico a pacientes con riesgo de interacción fármaco-alcohol, aunque más frecuente que a los bebedores que no consumen fármacos de riesgo.

## Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
2. Del Río MC, Pérez MB, Álvarez FJ. Medicamentos y alcohol. JANO 1998; 54: 29-36.
3. Gual A, Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? Addiction 1997; 92: 521-531.
4. Red de Centros Investigadores de La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de actividades preventivas y de promoción de la Salud (PAPPS). VII Reunión Anual. Barcelona: semFYC, 1990.
5. Forster LE, Pollow R, Stoller EP. Alcohol use and potential risk for alcohol-related adverse drug reactions among community-based elderly. J Community Health 1993; 18: 225-239.
6. Del Río MC, Álvarez FJ. Interacciones entre el alcohol y los medicamentos. JANO 1996; 16: 36-40.
7. Barry M. Interactions of drugs with alcohol. The Practitioner 1991; 235: 270-272.
8. Ernouf D. Interactions alcool-medicaments. Therapie 1995; 50: 199-202.
9. Hussar DA. Reviewing drug interactions. Nursing 1993; 23: 50-57.
10. Stein BE. Avoiding drug reactions: Seven steps to writing safe prescriptions. Geriatrics 1994; 49: 28-36.
11. Trovato A, Nuhlicek DN, Midtling JE. Drug-nutrient interactions. Am Fam Physician 1991; 44: 1651-1658.
12. Álvarez FJ. Interacciones medicamentosas y su repercusión clínica. Medicina Integral 1992; 20: 66-84.
13. Gutiérrez Fisac JL. Consumo de alcohol. Indicadores en España. Med Clin (Barc) 1995; 104: 544-550.
14. Bueno JM, Auba J, Altaba A, Boneu M, Cabaco C, Manzano A et al. Estudio multicéntrico sobre el abordaje del consumo de alcohol en atención primaria. Aten Primaria 1997; 19: 80-83.
15. Del Río MC, Prada R, Álvarez FJ. The use of medication and alcohol among the Spanish population. Br J Clin Pharmacol 1996; 41: 253-255.
16. Robledo de Dios T, Rubio Colavida J, Espiga López I, Gil López E. Políticas de alcohol y salud: la intervención en el campo del alcohol en atención primaria de salud. JANO 1998; 54: 53-60.
17. Mengual A, Gila JA. Interacciones del alcohol con fármacos. Inf Ter Sist Nac Salud 1994; 18: 76-81.
18. Anónimo. VII Vademécum Internacional: Especialidades farmacéuticas y biológicas. Productos y artículos de parafarmacia. Métodos de diagnóstico (38.<sup>a</sup> ed.). Madrid: MEDICOM, 1997.
19. Anónimo. Medimécum. Guía de terapia farmacológica (3.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Díaz de Santos, 1998.
20. Altisent R, Pico MV, Delgado MT, Mosquera J, Auba J, Córdoba R. Protocolo de alcohol en atención primaria. FMC 1997; 3: 5-31.
21. Thomas BA, Regan TH. Interactions between alcohol and cardiovascular medications. Alcohol Health and Research World 1990; 14: 333-339.
22. Trovato A, Nuhlicek DN, Midtling JE. Drug-nutrient interactions. Am Fam Physician 1991; 44: 1651-1658.
23. Adams WL. Potential for adverse drug alcohol interaction among retirement community residents. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 1021-1025.
24. Pollow RL, Stoller EP, Forster LE, Dunnihoo TS. Drug combinations and potential for risk of adverse drug reaction among community-dwelling elderly. Nurs Res 1994; 43: 44-49.
25. Pelkonen O, Sotaniemi E. Drug metabolism in alcoholics. Pharmac Ther 1982; 16: 261-268.