

ORIGINALES BREVES

Intervención antialcohólica en bebedores crónicos en atención primaria

P. Larrosa Sáez, M. Vernet Vernet, M.J. Sender Palacios, E. Simó Cruzet, M. Ureña Tapia y E. Jovell Fernández

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Consorci Sanitari de Terrassa.
Centro de Atención Primaria Terrassa Nord (Barcelona).

Objetivo. Evaluar la evolución del consumo de alcohol en pacientes bebedores crónicos tras la intervención antialcohólica efectuada en atención primaria durante 2 años.

Diseño. Estudio prospectivo longitudinal de intervención.

Emplazamiento. Centro de atención primaria urbano.

Pacientes. Varones de 20-60 años de edad consumidores de 100 o más gramos de alcohol al día durante, como mínimo, los dos últimos años.

Mediciones y resultados principales. Se realizó desintoxicación (ambulatoria u hospitalaria según el grado de dependencia) y deshabituación que consistía en apoyo psicológico (técnicas de consejo breve, entrevista breve motivacional) y/o derivación al centro de atención y seguimiento (CAS) para psicoterapia individual y/o grupal. Se programaron un mínimo de 8 visitas y se valoró el grado de consumo en g/día al inicio y a los 1 (m1), 3 (m3), 6 (m6), 12 (m12), 18 (m18) y 24 meses (m24). Responden a la citación 64/129 (49,5%). Visitas control: no seguimiento (0 visitas), 6 pacientes (9%), y seguimiento excelente (≥ 9 visitas), 21 pacientes (33%). **Intervención.** tratamiento psicoterápico: apoyo psicológico, 55 pacientes (86%); derivación al CAS, 4 (6%); psicoterapia de grupo, 2 (3%), y no tratamiento, 6 (9%). Datos de consumo: medias de consumo: inicio, 131 g/día (DE, 52); m12, 31 (DE, 41), y m24, 38 (DE, 42). Porcentaje medio de reducción del consumo a los 24 meses según el seguimiento: insuficiente, -19%; aceptable, -71,1%, y excelente, -83,9% ($p = 0,001$).

Conclusiones. Baja respuesta a la citación. Evolución en el consumo de alcohol similar a la descrita en otros estudios. Clara relación entre el número de visitas y el consumo al final del estudio. Dados los resultados positivos, nos parece fundamental la intervención antialcohólica desde atención primaria.

Palabras clave: Alcoholismo; Atención primaria; Intervención antialcohólica.

PRIMARY CARE INTERVENTION AGAINST ALCOHOL IN CHRONIC DRINKERS

Objective. To evaluate the evolution of alcohol consumption in chronic drinkers after a primary care alcohol intervention over two years.

Design. Prospective intervention study.

Setting. Urban primary care centre.

Patients. Males between 20 and 60 years old who consumed 100 or more grams of alcohol per day for at least the previous two years.

Measurements and main results. Detoxification (out-patient or hospital according to the degree of dependency) and habit-breaking, which consisted of psychological support (techniques of brief counselling, brief motivating interview) and/or referral to the care and observance centre (COC) for individual and/or group psychotherapy, took place. A minimum of eight visits were programmed and consumption was assessed in gr/day at the start and at one (1m), three (3m), six (6m), twelve (12m), eighteen (18m) and twenty-four months (24m). 64 out of 129 (49.5%) responded to the appointment. Control visits: nil observance (0 visits) 6 patients (9%), and excellent observance (≥ 9 visits) 21 patients (33%).

Interventions. Psychotherapy treatment: psychological support 55 patients (86%), referral to the COC 4 (6%), group psychotherapy 2 (3%), and non-treatment 6 (9%). Data on mean consumption: start 131 g/day (SD = 52), 12m 31 (SD = 41), and 24m 38 (SD = 42). Mean reduction of consumption at 24 months according to the observance: insufficient -19%, acceptable -71.1%, excellent -83.9% ($p = 0.001$).

Conclusions. Low response to appointments. Evolution of alcohol consumption was similar to that in other studies. Clear relationship between number of visits and consumption at the end of the study. Given the positive findings, we think a primary care intervention on alcohol is essential.

(Aten Primaria 2000; 25: 489-492)

Correspondencia: Dr. Pere Larrosa Sáez.
CAP Terrassa Nord. C/ 25 de Setembre, 26. 08226 Terrassa (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 20-X-1999.

Introducción

Las toxicomanías son, cada vez más, una problemática social y sanitaria y ocupan un espacio habitual en la práctica médica diaria. De todas ellas, el alcoholismo sigue siendo en nuestro medio una de las más importantes por su elevada prevalencia e incidencia; un 15-20% de las consultas de atención primaria (AP) está relacionado con el consumo de alcohol¹.

España ocupa el primer lugar de la Unión Europea en oferta y accesibilidad al consumo de bebidas alcohólicas con un bar por cada 169 habitantes². En 1996 España ocupaba el quinto lugar en el mundo en consumo de alcohol, con 10,2 litros de alcohol puro per capita, y el 61% de la población mayor de 16 años se declaraba consumidora habitual de alguna cantidad de alcohol³.

El consumo crónico de alcohol tiene graves consecuencias en cuanto a mortalidad, morbilidad y deterioro de la calidad de vida de los afectados (accidentes de tráfico y laborales, polipatología, malos tratos a la familia, marginación y abandono)⁴. Dado que se sabe que un 61,9 % de la población acude cada año a la consulta del médico de AP⁵, ésta se convierte en un ámbito idóneo para la detección e intervención antialcohólica de los bebedores de riesgo.

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar la evolución del consumo de alcohol en pacientes bebedores crónicos, tras la intervención antialcohólica efectuada en atención primaria durante 2 años.

Material y métodos

Se trata de un estudio prospectivo longitudinal de intervención a lo largo de 2 años en un centro de atención primaria

urbano con un censo de 34.000 habitantes.

Criterios de inclusión

De los factores de riesgo del registro de edad y sexo de nuestro centro en 1995, se seleccionaron todos los varones de 20-60 años de edad consumidores de 100 o más gramos de alcohol al día (g/día) durante, como mínimo, los dos últimos años.

Intervenciones

Se citó a los pacientes mediante carta y/o llamada telefónica. Se realizó anamnesis en relación al consumo de alcohol (cantidad de g/día, año de inicio del consumo e intentos de deshabituación previos) y antecedentes familiares y personales (hábitos tóxicos, consumo de fármacos, antecedentes de diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión arterial, hepatopatía y psiquiátricos). Se solicitó analítica que incluía hemograma, función hepática y creatinina. Se realizó intervención antialcohólica ambulatoria, excepto en aquellos pacientes en que, por su grado de dependencia, estaba indicada la desintoxicación en nuestro centro especializado de referencia, al cual fueron derivados. Posteriormente se continuó con la deshabituación de todos los pacientes, que incluía apoyo psicológico (técnicas de consejo breve dirigidas al bebedor de riesgo y entrevista breve motivacional dirigida al bebedor perjudicial) y/o derivación al centro de atención y seguimiento (CAS) para psicoterapia individual y/o grupal. Para realizar el consejo breve se utilizó el modelo de Richmond y Anderson⁶, según el cual sus componentes básicos son la exploración física, la personalización de los efectos físicos del alcohol, el asesoramiento sobre los límites de consumo deseables, estrategias para reducir el consumo alcohólico, la monitorización de los consumos alcohólicos, el uso de folletos informativos o manuales de autoayuda y las visitas de seguimiento. Todos estos conceptos se administraron en sus cuatro partes: enunciación, en la que el médico introduce el tema del alcohol; consejo general; consejo personalizado, y finalización. Por lo que se refiere a la entrevista motivacional, se utilizó la técnica desarrollada por Rollnick^{6,7} y basada en la teoría transteórica del cambio de Prochaska y Di Clemente, en la que se proponen distintas estrategias (estilo de vida y uso de alcohol, salud y uso de alcohol, descripción de un día típico, facilitar información, ayudar en la toma de decisiones, etc.) que el clínico puede elegir dependiendo de la etapa del cambio en la que se halle el paciente. En todos los casos, también, se valoró la indicación de tratamiento farmacológico; los fármacos utilizados en la desintoxicación fueron el tetrabamato y el clormetiazol, mientras que para la deshabituación se utilizaron únicamente interdictores. Durante los 2 años de seguimiento se programaron un mínimo de 8 visitas

y se valoró el grado de consumo en g/día al inicio, al mes (m1), a los 3 meses (m3), a los 6 (m6), a los 12 (m12), a los 18 (m18) y a los 24 meses (m24) de la inclusión en el estudio. Se practicó alcoholuria en algunos pacientes ante la posible existencia de consumo subrepticio de alcohol sospechada por el médico u obtenida a través de la familia.

Los resultados de la intervención antialcohólica se agrupan en tres apartados:

1. Datos de seguimiento: a) visitas control, y b) fallos en el seguimiento (0 visitas, no seguimiento; 1-4 visitas, insuficiente; 5-8 visitas, aceptable, y > 8 visitas, excelente).
2. Datos de intervención: a) tratamiento farmacológico, y b) tratamiento psicológico.
3. Datos de consumo al inicio y a los 1, 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Según su consumo, se agrupan en pacientes abstinentes, consumidores de < 40 g/día y consumidores de > 100 g/día. El porcentaje de reducción del consumo se calcula mediante la siguiente fórmula: porcentaje de reducción = consumo final - consumo inicial / consumo inicial \times 100.

El análisis estadístico descriptivo se presenta como media y desviación estándar para las variables cuantitativas y como porcentajes para las variables cualitativas. Se ha utilizado la mediana en el caso de valores extremos. En el análisis bivariado se ha utilizado el análisis de la variancia de un factor. El nivel de significación estadística considerado ha sido del 5%.

Resultados

Cumplían criterios de inclusión 129 pacientes, de los cuales 64 (49,5%) acudieron a la citación. La media de edad era de 42 años (DE, 9). Estaban casados 45 pacientes (70%) y 54 (84%) referían tener una familia estructurada. Su situación laboral era la siguiente: 39 pacientes (61%) trabajaban, 16 (25%) estaban en paro y 9 (14%) eran pensionistas.

Los factores de riesgo cardiovascular se muestran en la **tabla 1**. El consumo medio de alcohol al inicio era de 131 g/día (DE, 52) y la media de años de consumo era de 23 (DE, 9). Tenían algún familiar bebedor, predominantemente el padre, 37 pacientes (58%). Negaban ingesta de fármacos 57 (89%) y uno (1,5%) refería haber tomado interdictores.

En la **tabla 2** se describen los antecedentes patológicos relacionados con el consumo de alcohol. Manifestaban haber realizado algún intento previo de deshabituación durante el último año 11 pacientes (17%). Los resultados de la analítica fueron los siguientes: volumen corpuscular medio (VCM) > 98 fl en 13 pacientes

TABLA 1. Factores de riesgo cardiovascular

	N.º pacientes (%)
Tabaquismo	53 (82)
Diabetes mellitus	4 (6)
Dislipemia	20 (31)
Hipertensión arterial	7 (11)

TABLA 2. Antecedentes patológicos relacionados con el consumo de alcohol

	N.º pacientes (%)
Alteración biología hepática	22 (34)
Cirrosis hepática	1 (1,5)
Ansiedad	7 (11)
Depresión	4 (6)
Demencia alcohólica	1 (1,5)

(20%), gammaglutamil transferasa (GGT) > 50 UI en 34 pacientes (53%), aspartato amino transferasa (AST) > 40 en 18 pacientes (28%) y creatinina > 190 UI en 8 pacientes (12,5%).

En la **figura 1** se muestran los *datos de seguimiento*. Se produjeron fallos de seguimiento en el mes 1 en 17 pacientes (27%), en el mes 3 en 27 (42%), en el mes 6 en 32 (50%), en el mes 12 en 34 (53%), en el mes 18 en 28 (44%) y en el mes 24 en 34 (53%).

Datos de intervención. Diferenciando:

1. Tratamiento farmacológico: a) desintoxicación: tetrabamato en 8 pacientes (12,5%), clormetiazol en 5 (8%), benzodiazepinas en 4 (6%), y b) deshabituación: cianamida en 7 pacientes (11%).
2. Tratamiento psicoterápico (una o más opciones): apoyo psicológico, 55 pacientes (86%); derivación al CAS, 4 (6%); psicoterapia de grupo, 2 (3%); no tratamiento, 6 (9%), que corresponde a los pacientes que no realizaron seguimiento.

Datos de consumo. Las medianas de consumo (g/día) fueron: al inicio, 100; m1, 60; m3, 10; m6, 30; m12, 0; m18, 10, y m24, 25. La media de consumo de los pacientes al inicio fue significativamente superior a la de los controles posteriores, tal y como se representa en la **figura 2**. En la **tabla 3** se muestra que a los 24 meses el porcentaje medio de reducción del consumo fue significativa-

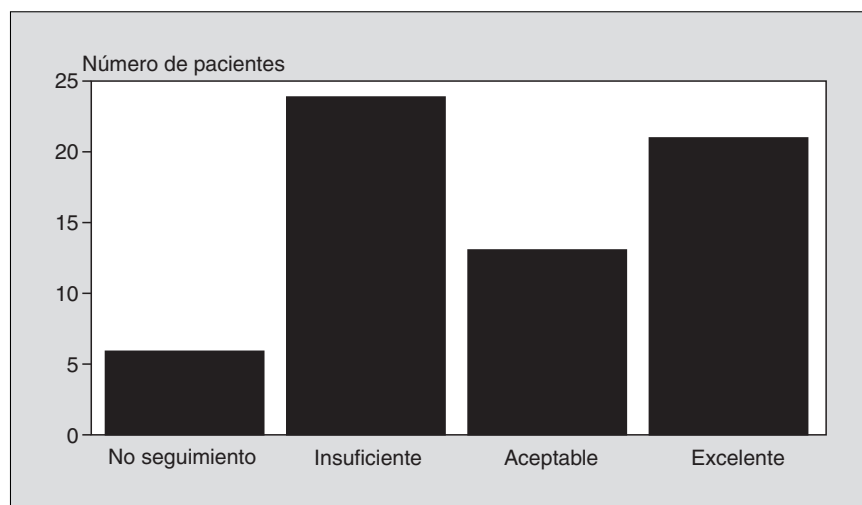


Figura 1. Datos de seguimiento visitas control.

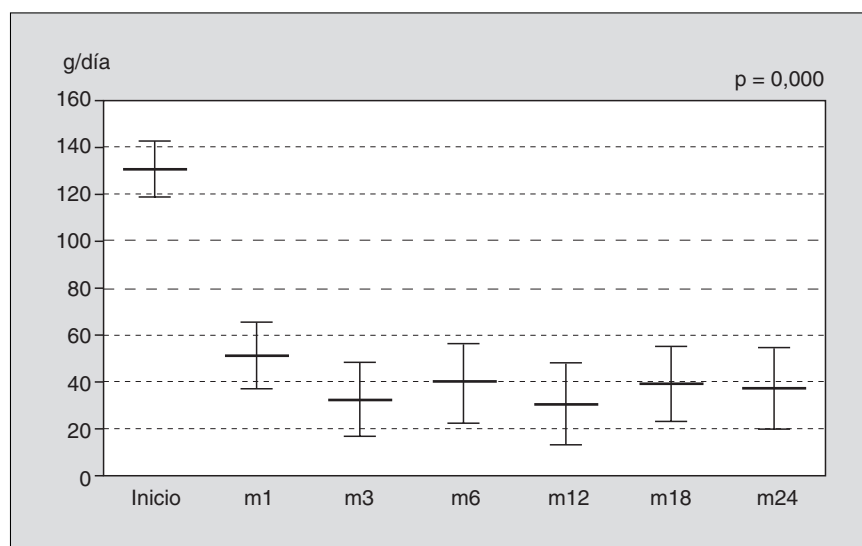


Figura 2. Medias de consumo.

TABLA 3. Porcentaje medio de reducción

Seguimiento	m12	m24
Insuficiente	-50 IC (-116,2 a 16,2)	-19 IC (-77,6 a 39,6)
Aceptable	-88 IC (-107,7 a 68,4)	-71,1 IC (-93,2 a 49)
Excelente	-73,6 IC (-91,6 a -55,6)	-83,9 IC (-96,7 a -71,1)

m12: a los 12 meses, y m24: a los 24 meses.

mente superior en los pacientes que realizaron un seguimiento excelente frente a los que realizaron un seguimiento insuficiente, mientras que a los 12 meses este porcentaje medio

de reducción no fue significativamente diferente entre los distintos grupos. En la figura 3 se muestra la distribución de los pacientes por intervalos de consumo.

Discusión

Iniciamos la discusión comentando algunas de las limitaciones del estudio. Cabe tener en cuenta un posible sesgo de selección debido a un infraregistro de los pacientes y de su consumo. Obtenemos una baja respuesta a la citación, por debajo de la tasa obtenida en la mayoría de estudios publicados⁸, probablemente debido a que se trataba de una búsqueda activa de casos en la que el paciente no manifestaba, inicialmente, el deseo de cesación en el hábito de beber. A pesar de ello, solamente 5 pacientes rechazaron la posibilidad de iniciar el tratamiento después de la primera visita. Otra limitación se debe a la irregularidad del seguimiento, inherente a las características personales de este tipo de pacientes; esta irregularidad hace más difícil la continuidad y efectividad del tratamiento. Los resultados de los datos sociodemográficos son similares a los descritos en la literatura, pero queremos destacar el elevado índice de paro, muy por encima de la media de nuestra comunidad autónoma⁹ y, también, que un alto porcentaje de los pacientes refería tener una familia estructurada, a pesar de que es de sobras conocida la problemática que el consumo de alcohol genera en el ámbito familiar¹⁰⁻¹².

La mayoría de los pacientes realizaron un seguimiento correcto, lo cual nos parece altamente positivo ya que, como hemos señalado anteriormente, se trataba de pacientes que no habían acudido por propia iniciativa y la resistencia a seguir un tratamiento podía ser mayor. Durante la desintoxicación, ninguno de los pacientes manifestó sintomatología de abstinencia y solamente una minoría requirió tratamiento farmacológico, lo cual nos hace pensar que, a pesar del consumo elevado de todos ellos, la mayoría no había desarrollado dependencia. Durante la deshabitación destacamos el rechazo de la mayoría de los pacientes a realizar psicoterapia de grupo, que se ofreció como complemento al tratamiento realizado por nuestro centro.

En cuanto a la evolución del consumo de alcohol, objetivo principal del estudio, observamos muy positivamente que con la intervención realizada obtenemos resultados similares a los descritos en otros estudios¹³, la mayoría de los cuales tienen una duración como máximo de 18 meses,

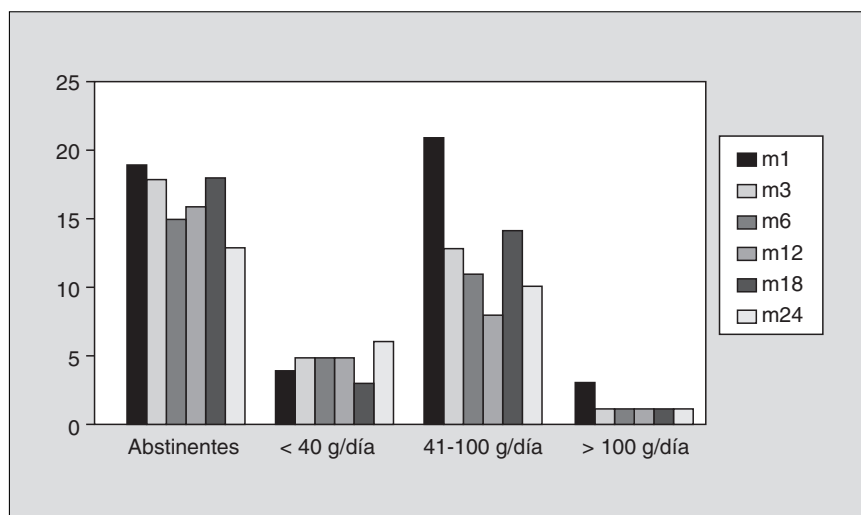


Figura 3. Distribución de los pacientes por intervalos de consumo.

mientras que el nuestro alcanza los 24 meses. Incluso con este período vemos como la media de consumo es significativamente menor que al inicio. Destacamos la importancia del seguimiento en el tratamiento deshabitador de los bebedores de riesgo, ya que constatamos una clara relación entre el número de visitas y el consumo al final del estudio.

El clásico enfoque biopsicosocial de la atención primaria la convierte en un ámbito excelente para el abordaje tanto del bebedor de riesgo como del bebedor problema o perjudicial, incluyendo no sólo la prevención, sino también el tratamiento desintoxicador y deshabitador de la dependencia alcohólica¹⁴. Nuestra experiencia

y los resultados esperanzadores en el manejo de estos pacientes vienen a corroborar esta idea. De ahí que nos parece fundamental la detección precoz de estos pacientes y una mayor concienciación de los profesionales entorno al problema del consumo de alcohol.

Bibliografía

1. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Bases per a la integració de la prevenció i la pràctica assistencial. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1993.
2. Córdoba R, Delgado MT, Picó V, Altisent R, Forés D. Estudio de la intervención breve en el consumo excesivo de alcohol.

Zaragoza: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria-INSALUD, 1996.

3. Portella E, Ridao M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1998.
4. El profesional de atención primaria de salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Actuar es posible. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1994.
5. Enquesta de Salut de Catalunya. Servei Català de la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1994.
6. Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y prevención de la salud desde la Atención Primaria. Jano 1998; 1.241: 40-46.
7. Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. J Mental Health 1992; 1: 25-37.
8. Adam GK, Rollnick E, Rollnick S. Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: the problem of lost subjects. Addiction 1997; 92 (12): 1699-1704.
9. Departament de Treball. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
10. Martín Zurro A, Cano F. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1998.
11. Picatoste Merino J. Alcoholismo. Protocolos. Madrid: Internacional de Ediciones y Publicaciones, 1996.
12. Miller N, Gold M. Alcohol. Biblioteca de Toxicomanías. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1993.
13. Brief intervention and alcohol use. Effective Health Care Bulletin n.º 7. Leeds: Nuffield Institute for Health, 1993.
14. Rodríguez-Martos A, Álvarez FJ. Tratamiento farmacológico en el síndrome de dependencia del alcohol. Jano 1998; 1.241: 63-71.