

Detección e intervención sobre el consumo excesivo de alcohol por los médicos de familia de tres centros de salud

F. Barrera^a, M.L. Rodríguez^b, M. Blasco^c y R. Córdoba^d

Médicos de Familia. ^aCS Santisteban del Puerto. Jaén. ^bCS Irún Norte. Irún. ^cCS Humanes. Madrid. Área 9. ^dCS Delicias Sur. Zaragoza.

OBJETIVO: Evaluar la detección del consumo de alcohol en las consultas de atención primaria y la intervención de los médicos de atención primaria ante el consumo excesivo de alcohol.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo, basado en la auditoría de historias clínicas, mediante criterios explícitos y normativos, en los centros de salud Irún Centro (Guipúzcoa), Humanes (Madrid) y Calatayud Norte (Zaragoza).

RESULTADOS: Se revisaron un total de 799 historias, 349 (43,7%) varones y 450 (56,3%) mujeres. El porcentaje de historias en las que aparecía registrado el consumo de alcohol fue del 70,7% (n = 565). De éstos, 176 (31,1%) consumían alcohol y 389 (68,9%) declaraban no hacerlo. El consumo se cuantificó en el 63,1% (n = 111) de las historias. De los pacientes a los que se cuantificó el consumo de alcohol, 28 (25,2%) tenían un consumo de riesgo o mayor, y, de éstos, a 13 (46,4%) se les realizó algún tipo de intervención a fin de disminuir el consumo de alcohol.

CONCLUSIONES: En los centros de salud evaluados, el interrogatorio sobre consumo de alcohol se realiza de manera generalizada. Aun así, hace falta extender el uso de métodos de cuantificación del consumo para detectar el mayor número de bebedores de riesgo posible. El registro en la historia clínica del consejo o intervención, elemento fundamental en la lucha contra los problemas derivados del consumo de alcohol, debería hacerse con más frecuencia, ya que el no registrarlo disminuye su efectividad.

Palabras clave:

Alcohol. Alcoholismo. Detección. Atención primaria.

DETECTION AND INTERVENTION ON THE EXCESSIVE ALCOHOL CONSUMPTION BY FAMILY DOCTORS IN THREE HEALTH CARE CENTERS

OBJECTIVE: To evaluate the detection of alcohol consumption in primary care clinics and physicians intervention facing an excessive alcohol consumption.

MATERIAL AND METHODS: Cross-sectional, descriptive study, based upon an audit of clinical records by means of explicit and normative criteria at the Center Irún (Gipuzkoa), Humanes (Madrid), and North Calatayud (Zaragoza) health care centers.

RESULTS: A total of 799 clinical records were reviewed, 349 (43.7%) from males and 450 (56.3%) from females. The percentage of clinical records with alcohol consumption recorded was 70.7% (N = 565). A total of 176 (31.1%) individuals in this latter group consumed alcohol and 398 (68.9%) reported not to do so. Alcohol consumption was quantitated in 63.1% (N = 111) of clinical records. Among patients with quantitated alcohol consumption, 28 (25.2%) had a risk consumption or higher; thirteen (46.4%) in this latter group had some type of intervention performed aimed at decreasing alcohol consumption.

CONCLUSIONS: In the evaluated health care centers, questioning on alcohol consumption is made on a routine basis. However, spreading the use of quantitation methods to detect the highest number of risk drinkers is essential. Recording the advice or intervention in the clinical record –a crucial element in the fight against problems derived from alcohol consumption- should be made more frequently, as non-recording of this issue decreases its effectiveness.

Key words: Alcohol. Alcoholism. Detection. Primary Care.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es un hábito muy extendido y aceptado en nuestra sociedad. Está claramente establecido que su consumo excesivo es causa importante de pro-

blemas de salud. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1997, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el 58% de los españoles realiza un consumo ligero-moderado de alcohol, mientras que en el 4% dicho consumo es alto-excesivo¹. Se calcula que el alcohol origina unos 13.000 fallecimientos al año, con un considerable número de años de vida potenciales perdidos². A pesar de la magnitud del problema, la actitud de las distintas administraciones e incluso de los profesionales de

Correspondencia: Dr. F. Barrera Linares.
Centro de Salud Santisteban.
Dr. Frías, s/n. 23250 Santisteban del Puerto. Jaén.

SEMERGEN 2001; 27: 462-465.

la salud respecto al consumo de alcohol es, cuando menos, de franca tolerancia, como lo señala el hecho de que España ocupe el primer lugar dentro de la Unión Europea en oferta y accesibilidad al consumo de bebidas alcohólicas³.

Las características propias de la consulta de atención primaria (AP), accesibles a la población general y con una continuidad en el tiempo de la atención médica, hacen de ésta el lugar idóneo para llevar a cabo los distintos programas de detección de consumo excesivo de alcohol. Esto es aplicar actividades de prevención secundaria, mediante una búsqueda activa de casos (*case finding*) en los que se supere el nivel de consumo de alcohol a partir del cual el riesgo de desarrollar algún proceso patológico se incrementa de manera importante. Este nivel, aceptado de manera general, se sitúa en 280 y 168 g semanales para los varones y las mujeres, respectivamente³.

Son numerosos los estudios que demuestran la importancia de una buena entrevista clínica para la detección de

alcoholismo, siendo más efectiva que los tests de laboratorio⁴⁻⁹.

Asimismo, se ha demostrado la eficacia del consejo médico en AP sobre la reducción del consumo de alcohol de sus pacientes¹⁰⁻¹².

Basándose en esto, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) aconseja, dentro de las actividades mínimas de prevención en el adulto, la investigación sobre el consumo de alcohol cada dos años, mediante encuesta semiestructurada, valorando la frecuencia y la cantidad, en todas las personas mayores de 14 años, recomendando como intervención el consejo médico-sanitario encaminado a la modificación del patrón de consumo y el seguimiento del paciente^{2,3}.

El objetivo de este trabajo es comprobar hasta qué punto se trabaja en los centros de salud de acuerdo con estas recomendaciones respecto a la detección del bebedor excesivo y de riesgo.

Tabla 1. Criterios de evaluación

Criterios	Aclaraciones	Excepciones
1. Se ha registrado el consumo de bebidas alcohólicas	Ninguna	Registrado en informe de urgencias o en informe de alta hospitalaria
2. Se ha cuantificado el consumo diario o semanal de alcohol	Preferible en gramos de alcohol puro o unidades de bebida. Se admite enumeración de las bebidas y su cantidad	Registrado en informe de urgencias o en informe de alta hospitalaria
3. Si el consumo semanal es mayor de 35 U (280 g) en varones o de más de 21 U (168 g) en mujeres, o hay un consumo en un día del último mes de más de 10 U (80 g) para ambos sexos, constará en la historia clínica el diagnóstico de "bebedor de riesgo" o "bebedor problema"	Se aceptan diagnósticos equivalentes: bebedor excesivo, enolismo, etc.	Ninguna
4. Si el consumo semanal supera el límite de riesgo, constará en la historia clínica el consejo antialcohol	El consejo debe ser la abstinencia con/sin derivación en los "bebedores problema" y de moderación en la ingesta en los "bebedores de riesgo"	Ninguna

Modificado de Delgado et al¹⁴.

Tabla 2. Criterios operativos ante el consumo de alcohol

Categoría diagnóstica	Criterio Diagnóstico	Actuación
Abstremio	Sin consumo habitual	Advertir del riesgo de fuertes consumos, aun siendo muy esporádicos
Bebedor moderado	Consumo semanal < 280 g (35 U ^a) en varones < 168 g (21 U) en mujeres	Informar sobre los beneficios de la moderación y sobre los peligros potenciales del abuso del alcohol
Bebedor de riesgo	Consumo semanal > 280 g (35 U) en varones > 168 g (21 U) en mujeres Ingesta de una cantidad importante de alcohol (> de 80 g o 10 U) en un corto período de tiempo (p. ej. un día festivo), al menos una vez al mes	Consejo que incluya: Recalc当地 aspectos positivos de la disminución de la ingesta alcohólica Informar sobre el peligro potencial de una ingesta excesiva de alcohol Resaltar los beneficios de la moderación
Bebedor problema	MALT ^b > 11 Presencia de Trastorno Relacionado con Alcohol (TRA)	Posteriormente, proponer reducción de consumo mediante pacto o negociación Aconsejar abstinencia Programas de desintoxicación y deshabituación

^aU: unidades drink; 1 unidad = 8 g de alcohol al 100%.

^bMüncher Alkoholismus Test. Modificada de Altisent et al¹⁵.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado mediante revisión de historias clínicas, según criterios explícitos y normativos, en un esquema de Audit médico¹³.

La población de estudio la constituyen los usuarios con historia clínica abierta en tres centros de salud urbanos de distintas poblaciones del Estado español: Madrid, Irún y Calatayud. De esta población se extrajo una muestra de manera aleatoria, según un muestreo sistemático.

Se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones del PAPPS valorando si aparecían recogidos en las historias clínicas de los pacientes de la muestra el consumo de alcohol, su cuantificación y la posible intervención realizada, siguiendo las recomendaciones de Delgado et al¹⁴, modificadas según los criterios de Altisent et al¹⁵⁻¹⁷ (tablas 1 y 2).

RESULTADOS

Para obtener los datos hemos utilizado como medida de centralización la media aritmética en las variables cuantitativas y los porcentajes en las variables cualitativas, separado este último con el intervalo de confianza correspondiente.

Se revisaron un total de 799 historias, de las cuales 349 (43,7%) pertenecían a varones y 450 (56,3%) a mujeres. La edad media de los pacientes seleccionados era de 42,27 años, con un rango de 14 a 96 años.

El porcentaje de historias en las que aparecía registrado el consumo de alcohol fue del 70,7% (n = 565; IC del 95%: 67,55-73,85), frente a un 29,3% (n = 234) en las que no constaba.

De los interrogados, había 176 (31,1%; IC del 95%: 27,3-34,9), que consumían alcohol y 389 (68,9%; IC del 95%: 65,1-72,7), que declaraban no hacerlo. En los que consumían alcohol, se cuantificó en el 63,1% (n = 111) de las historias (IC del 95%: 55,9-70,22), y no constaba la cantidad en el 36,9% (n = 65; IC del 95%: 29,8-44) (tabla 3).

De los pacientes a los que se cuantificó el consumo de alcohol, 28 (25,2%; IC del 95%: 17,1-33,3) tenían un consumo de riesgo o mayor y, de éstos, a 13 (46,4%) se le realizó algún tipo de intervención a fin de modificar o disminuir el consumo de alcohol (fig. 1).

DISCUSIÓN

El primer dato que llama la atención es el hecho de que el porcentaje de historias en las que se registra el consumo de alcohol de los pacientes es elevado, estando a un nivel

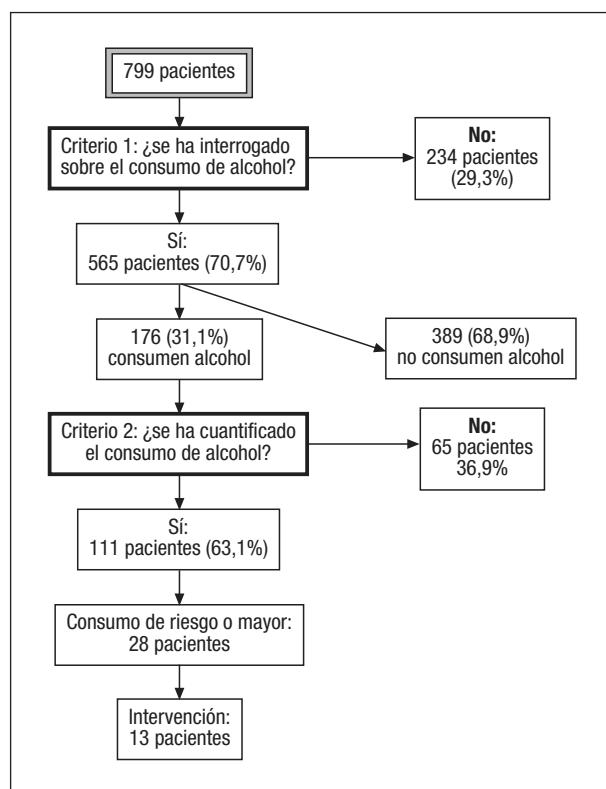


Figura 1. Esquema del desarrollo del trabajo.

similar a los datos obtenidos en la evaluación del PAPPS¹⁸, que se realiza en centros de salud que están adscritos a este Programa y que, por tanto, tienen una especial motivación; nuestro trabajo se realizó en dos centros que no están adscritos al Programa frente a uno que sí lo está.

En segundo lugar, destaca que, frente a los datos aportados por la ENS de 1997¹, en la que se afirma que más del 60% de la población española consume alcohol, en nuestro estudio los datos obtenidos son sensiblemente menores (sólo en el 31,1% de las historias aparece consumo de alcohol positivo). De las posibles explicaciones para esta amplia diferencia, una de las más probables sería que el médico de familia, cuando interroga sobre hábitos tóxicos, incluido el consumo de alcohol, sólo registra lo que desde el punto de vista clínico considera importante y es el consumo habitual, registrando probablemente como no bebedor al que refiere algún consumo esporádico, consumos que seguramente sí se registran al confeccionar la ENS.

Respecto al número de bebedores de riesgo, en nuestro estudio se encontraron 28 historias en las que cons-

Tabla 3. Cumplimentación de los dos primeros criterios por centros

Centro de salud	Criterio 1		Criterio 2	
	¿Se interroga sobre el consumo de alcohol?	n (% del total)	¿Se cuantifica el consumo?	n (% del total)
Humanes (Madrid)	258 (82,95)		53 (73,61)	
Irún (Guipúzcoa) –adscrito al PPAPS–	235 (61,51)		43 (63,26)	
Calatayud (Zaragoza)	72 (67,92)		15 (41,66)	

taba ese diagnóstico. De las 565 en las que se interrogó sobre el consumo de alcohol, supone un 4,9%, lo que es equivalente al 4% que en la ENS aparece bajo el epígrafe de consumo alto-excesivo. Sin embargo, se encuentra muy por debajo de los datos obtenidos en la evaluación del PAPPS, en la que aparecía el diagnóstico de bebedor excesivo en el 9,8% de las historias en las que constaba el registro de consumo de alcohol¹⁸. También Unzueta et al encuentran cifras mayores de prevalencia de “bebedores problema” en su estudio realizado en Bilbao, que alcanza el 11%¹⁹. Quizás influya en esa diferencia el hecho de que en nuestro estudio, más de un tercio (un 37%) de las historias en las que se registraba el consumo de alcohol, éste no se cuantificara. Es lógico pensar que en la mayoría de los casos en los que esto no se ha hecho, el médico de familia responsable habrá interrogado de alguna manera sobre la cantidad, y mentalmente habrá clasificado al paciente en alguno de los grupos que se utilizan de manera informal en todos los ámbitos sanitarios: bebedor esporádico, moderado, etc. Sin embargo, la diferencia en las cifras, nos hace pensar que este sistema puede originar errores y subestimar el consumo de nuestros pacientes.

Volviendo sobre los 28 bebedores excesivos de nuestro estudio, el hecho de que sólo a 13 de ellos (46,4%) se les realizará algún tipo de intervención (que en general consistía en consejo para disminuir el consumo), puede parecer escaso, coincidiendo, de nuevo, con los datos obtenidos en la evaluación del PAPPS –trabajo que bien nos puede servir de referencia¹⁸–, en el que un 44,7% de los bebedores excesivos había recibido consejo de reducción de consumo. Seguramente, el número de pacientes que reciben el consejo sea mucho mayor, pero el no registrarla en la historia clínica disminuye la efectividad del consejo sistematizado, elemento fundamental en la lucha contra los problemas derivados del consumo de alcohol.

Para finalizar, y a modo de conclusión, nos atrevemos a afirmar que en nuestro medio, en el que el consumo de alcohol sigue gozando del beneplácito cultural y social, hace falta concienciar aún más a los médicos de atención primaria del riesgo que éste tiene para la salud. Al mismo tiempo, es fundamental hacer caer en la cuenta a estos profesionales del papel tan importante que tienen en el control de este problema de salud y de la capacidad de que disponen en sus consultas para influir positivamente sobre los pacientes con consumo de alcohol elevado.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
- Córdoba García R, Ortega Sánchez-Pinilla R, Cabezas Peña C, Fornés García D, Nebot Adell M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria 1999; 24 (Supl 1): 118-132.
- Córdoba García R, Altisent Trota R, Aubà Llambrich J. Abuso de alcohol. En: Módulo 2. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Alcohol. Curso a distancia de prevención en atención primaria; semFYC. Barcelona. Renart Edicions, 1996; 159-172.
- Díez Martínez S, Martín Moros JM, Altisent Trota R, Aznar Tejero P, Cebrán Martín C, Imaz Pérez FJ et al. Cuestionarios breves para la detección de alcoholismo en atención primaria. Aten Primaria 1991; 5: 367-370.
- Iglesias JM, Montero C, Romero A, Santos N, Concejo MJ, Cecilia J et al. Comparación entre tres cuestionarios y pruebas de laboratorio para la detección de alcoholismo en la consulta de atención primaria de salud. Aten Primaria 1991; 8: 676-680.
- Aubà J, Serrano M, Frutos D, Mira M. Rendimiento de las pruebas de laboratorio en la detección de bebedores excesivos en el medio laboral. Med Clin (Barc) 1993; 100: 5-8.
- Hoeksema HL, Bock GH. The value of laboratory test for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. J Fam Pract 1993; 37: 268-276.
- Córdoba R, Altisent R, Delgado MT, Pico MV. Consumo excesivo de alcohol. ¿Criterio cuantitativo o cualitativo? Med Clin (Barc) 1995; 104: 516-517.
- Burge S, Schneider FD. Alcohol-related problems: recognition and intervention. Am Fam Physi 1999; 59: 361-370.
- Aubà Llambrich J. El consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol. Aten Primaria 1993; 12: 166-172.
- Rodríguez-Martos Dauer A. El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. Aten Primaria 1994; 124: 896-904.
- Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Melús E, Aranguren F et al. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). Med Clin (Barc) 1997; 109: 121-124.
- Suñol R, Delgado R. El Audit médico: un método para la evaluación de la asistencia. Control de Calidad Asistencial 1986; 1: 27-30.
- Delgado MT, Altisent R, Gómez C, Vitoria A, Ferrández C, Bielsa F. Auditoría de la actuación ante el consumo de alcohol. Aten Primaria 1993; 11: 170-173.
- Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención de alcoholismo. Med Clin (Barc) 1992; 99: 584-588.
- Altisent R, Córdoba R. Definición del consumo excesivo de alcohol y sus implicaciones. Aten Primaria 1993; 11: 381-382.
- Altisent Trota R, Pico Soler MV, Delgado Marroquín MT, Mosquera Nogueira J, Aubà Llambrich J, Córdoba García R. Protocolo de alcohol en Atención Primaria. FMC 1997; 3 (Supl 4).
- Subías Loren PJ, García-Mata JR, Péruela de Torres L, por el Grupo de Evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria 2000; 25: 383-389.
- Unzueta Zamalloa L, Mendibil Crespo I, Ejalde Lorente R, Soto Beobide A, Martínez Vallejo S. Prevalencia de bebedor problema en los usuarios de un Centro de Salud. Aten Primaria 1995; 15: 566-568.