

Identificación temprana del bebedor de riesgo

Antoni Gual^a y Joan Colom^b

^aUnidad de Alcoholología. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona.

^bÓrgano Técnico de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa el alcohol como la tercera causa de discapacidades en el mundo occidental¹. Al mismo tiempo, en nuestro entorno recibimos constantemente estímulos que nos incitan al consumo de bebidas alcohólicas y la bibliografía científica que hay acerca del consumo moderado de alcohol no siempre se interpreta de forma objetiva². En ese contexto contradictorio, el médico se ve obligado a enfrentarse al consumo de alcohol de sus pacientes, sabiendo que en su mayoría realizan un consumo no problemático, incluso saludable, pero sabiendo también que una proporción notable realizan consumos que pueden perjudicar su salud: un 16,4% de la población española (un 22,1% en varones y un 10,6% en mujeres) son bebedores de riesgo³.

El concepto de consumo de riesgo no se halla todavía muy implantado entre los profesionales sanitarios. De hecho, una de las prioridades de la OMS en este campo es conseguir un cambio de paradigma: frente a la concepción dicotómica clásica, donde sólo los alcohólicos presentan problemas provocados por el alcohol, se impone un nuevo modelo sin solución de continuidad en el que, salvo raras excepciones, los riesgos asociados al consumo son directamente proporcionales a la intensidad y la frecuencia de este consumo. En este modelo, el bebedor de riesgo es la diana prioritaria en la que se deben centrar los esfuerzos preventivos.

A caballo entre la evidencia científica y las preconcepciones sociales, el médico, y especialmente el médico de atención primaria, se enfrenta al dilema de a quién, cuándo y cómo debe preguntar sobre el consumo de bebidas alcohólicas.

Aunque la práctica totalidad de guías clínicas recomiendan el cribado sistemático del consumo de alcohol, esta opción no es realista en muchos ámbitos donde la sobrecarga asistencial la hace imposible y en los que el cribado selectivo aparece como una alternativa lógica. En colectivos con prevalencia mayor de consumos etílicos (jóvenes varones) y en presencia de trastornos como hipertensión, depresión, insomnio, hepatopatías, anemias y todo tipo de accidentes, debe explorarse siempre el consumo de alcohol⁴.

A pesar de que hay un acuerdo unánime en cuanto a la utilidad de las intervenciones breves para la reducción de los consumos en bebedores de riesgo, la cuestión acerca de a quién hay que interrogar sigue suscitando debates polémicos y acalorados, de los que el metaanálisis de Beich⁵, rechazado por la práctica totalidad de los autores de los estudios incluidos en él, es el mejor ejemplo. Los detractores del cribado sistemático sostienen que el número de pacientes que hay que cribar para conseguir que uno reduzca significativamente su consumo es demasiado alto, mientras que

los defensores del cribado argumentan que sólo mediante este método puede identificarse a los bebedores de riesgo, puesto que su principal característica es la de ser asintomáticos.

En cuanto a la cuestión de cómo interrogar sobre el consumo de alcohol; la práctica totalidad de las guías clínicas reconocen la conveniencia de explorarlo mediante instrumentos fiables, estandarizados y validados que permitan evitar que, a la pregunta: «¿Cuánto bebe?», el paciente responda: «Lo normal».

Los múltiples intentos realizados para encontrar marcadores biológicos fiables del consumo excesivo de alcohol han sido infructuosos, y la baja sensibilidad de la práctica totalidad de ellos sigue aconsejando la utilización de cuestionarios como instrumentos más válidos de cribado. Esto no significa que marcadores como la gammaglutamiltranspeptidasa, el volumen corpuscular medio o la desialotransferrina sérica no puedan ser clínicamente muy útiles cuando se hallan elevados, pero su uso como instrumentos de cribado está claramente desaconsejado.

De entre los cuestionarios existentes, el AUDIT^{6,7}, el ISCA⁸ y el AUDIT-C⁹ están traducidos y validados al castellano. Producto de un estudio iniciado por la OMS en 1982, el AUDIT es un cuestionario de diez ítems que permite el cribado simultáneo de la dependencia alcohólica y de los consumos de riesgo. Esto supone un avance notable, puesto que en el ámbito de la atención primaria hay que hacer hincapié en la detección de los consumos de riesgo y los instrumentos más conocidos como el CAGE sólo permiten el cribado de la dependencia.

De hecho, es probable que en los próximos años veamos cómo en el ámbito de la atención primaria de salud se generaliza el uso de versiones abreviadas del AUDIT. En este sentido, cabe mencionar el AUDIT-C, que con sólo tres preguntas permite el cribado eficiente de los bebedores de riesgo, y la tercera pregunta del AUDIT¹⁰ («¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?»), que puede utilizarse independientemente como único instrumento de cribado y, de hecho, es la opción recomendada por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism de EE.UU. en la edición 2005 de su guía para clínicos¹¹.

El AUDIT y su versión corta son instrumentos validados que ya forman parte de programas de intervención breve implementados en España¹². Una de las limitaciones habitualmente encontradas en los cuestionarios para la detección del consumo de alcohol es su peor rendimiento en el sexo femenino, donde la tendencia a la minimización de consumos suele ser mayor que entre los varones. Dado el progresivo incremento del número de mujeres bebedoras, tendencia que sin duda se mantendrá en los próximos años, resulta especialmente trascendente el estudio de Pérula de Torres et al¹³ publicado en este mismo número de MEDICINA CLÍNICA, que constata el buen rendimiento del AUDIT en población femenina. Esta es sin duda una buena noticia que merece una reflexión.

Correspondencia: Dr. A. Gual.
Unidad de Alcoholología. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: tgual@clinic.ub.es

Recibido el 25-8-2005; aceptado para su publicación el 9-9-2005.

Los detractores de los cuestionarios arguyen habitualmente que su fiabilidad es baja debido a la poca sinceridad de los pacientes, aunque este es un prejuicio que la literatura científica ha rebatido suficientemente incluso en población alcohol dependiente¹⁴. Entre los bebedores de riesgo, la tendencia a minimizar los consumos es todavía mucho menor, dado que en su mayoría no tienen conciencia de que su consumo pueda ser perjudicial, y por tanto no tienden a negarlo. Precisamente por ello, el uso sistemático de instrumentos de cribado como el AUDIT permite detectar tempranamente este tipo de pacientes, que pueden beneficiarse considerablemente de una intervención breve para la reducción de consumos si son detectados a tiempo.

El profesional de atención primaria se halla sometido a una importante presión asistencial, que hace del tiempo su máspreciado bien. Es por ello que se deben dirigir todos los esfuerzos a facilitarles instrumentos de cribado breves e integrados en los programas informáticos de uso habitual. En España, no disponemos todavía de versiones del AUDIT-C incorporadas a los programas de gestión de las consultas de atención primaria, y ésta es sin duda una prioridad pendiente de cumplimentar. Dado que el consumo de alcohol es un importante problema de salud pública, que llega a afectar a uno de cada cinco pacientes atendidos en la atención primaria, y teniendo en cuenta la escasa disponibilidad de tiempo de los profesionales que trabajan en este ámbito, es imprescindible que los instrumentos de cribado sean simples, de fácil uso e integrados en los programas informáticos utilizados en la atención primaria de salud.

Datos recientes indican que en España los médicos de familia dan mayor importancia que sus colegas europeos a las actividades preventivas y de promoción de la salud¹⁵, entre las que figura el consejo breve para la reducción de consumos. Es importante que los profesionales de la salud asuman que hay que interrogar sistemática y adecuadamente por el consumo de alcohol (como factor de riesgo), puesto que los bebedores de riesgo, precisamente por su condición de no dependientes, pueden abordarse con técnicas de consejo breve que han demostrado una óptima relación coste-eficacia¹⁶. Y quizá sea bueno recordar aquí que, si bien el alcohol empieza a tenerse en cuenta en el ámbito de la atención primaria, en el hospitalario sigue siendo una asignatura pendiente¹⁷⁻¹⁹, a pesar de su elevada prevalencia entre los pacientes hospitalizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Al-Ghanem R, Marco A, Callao J, Lacruz E, Benito S, Córdoba R. Consumo moderado de alcohol y mortalidad por diversas causas. *Aten Primaria*. 2005;36:104-11.
3. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 2003. Madrid: Plan Nacional de Drogas. Ministerio de Sanidad; 2005.
4. Saitz R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use. *N Engl J Med*. 2005;352:596-607.
5. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;327:536-42.
6. Contel M, Gual A, Colom J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*. 1999;11:337-47.
7. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp*. 1998;198:11-4.
8. Gual A, Contel M, Segura L, Riba A, Colom J. El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:685-9.
9. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002;37:591-6.
10. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MS, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med*. 1998;158:1789-95.
11. US Department of Health & Human Services. Helping patients who drink too much. A clinician's guide. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2005.
12. Colom J, Gual A, Segura L. El abordaje de los problemas de alcohol desde la atención primaria. Bilbao: Fundación Faustino Orbegoza; 2004.
13. Pérula de Torres LA, Fernández-García JA, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. Validez del cuestionario AUDIT para la detección de problemas relacionados con el alcohol en mujeres. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:727-30.
14. Solbergdottir E, Bjornsson G, Gudmundsson LS, Tyrfinngsson T, Kristinson J. Validity of self-reports and drug use among young people seeking treatment for substance abuse or dependence. *J Addict Dis*. 2004;23:29-38.
15. Kloppe P, Brotons C, Anton J, Ciurana R, Iglesias M, Pineiro R, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*. 2005;36:144-51.
16. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26:36-43.
17. Monras M, Ortega L, Mondon S, Balcells M, Gual A. Enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol: seguimiento a los dos años de la hospitalización. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:521-6.
18. Monras M, Ortega L, Mondon S, Gual A. Alcoholismo en el hospital general: detección y tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:733-5.
19. Laso FJ, Pastor I. Alcoholismo: asignatura pendiente. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:538-9.