

TRATAMIENTO

Alcohol y reducción de daño: la intervención desde la atención primaria de salud

Alcohol and damage reduction: intervention from the primary health care

CÓRDOBA GARCÍA, R.

Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud.

RESUMEN: *Objetivo:* España es en la actualidad el quinto país del mundo en cuanto a consumo *per cápita* con 10,2 litros por habitante y años en 1996. En general el alcohol es responsable del 3,8% de la mortalidad total y de un considerable número de años de vida potenciales perdidos. En España, el 17,4% de la población mayor de 16 años consume más de 14 unidades de alcohol a la semana. Existen numerosos estudios epidemiológicos que demuestran que a partir de este límites aparece lesión orgánica y riesgos objetivos para la salud.

Material y métodos: Disponemos *a priori* de tres tipos de instrumentos para cuantificar el riesgo relacionado con el consumo de alcohol: 1) Estimación de la ingesta por entrevista; 2) Cuestionarios de medición de conducta dependiente, y 3) marcadores biológicos.

Resultados: El test de AUDIT ha sido validado en España por diversos grupos con buenos resultados para la detección del consumo problemático de alcohol. La indicación más adecuada de los marcadores biológicos (GGT entre otros) es la monitorización de la respuesta al tratamiento o el consejo médico.

Conclusiones: Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada dos años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Esto debería hacerse al abrir una historia de primer día, al actualizar la historia clínica, o ante cualquier indicio de sospecha. Para esta exploración se recomienda el manejo de una encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, compuesta por unas preguntas básicas que analizan el consumo en días laborables y festivos.

Correspondencia:

RODRIGO CÓRDOBA GARCÍA.
Bellas Ates, 4, casa 16-B.
50012 Zaragoza.
e-mail: rcordobag@correo.meditex.es

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo. Atención primaria de salud. Problemas relacionados con el alcohol.

ABSTRACT: *Objective:* Spain is presently the fifth country in the world in regards to alcohol consumption *per capita* with 10.2 liters per inhabitant and year in 1996. In general, alcohol is responsible for 3.8% of the total mortality and for a considerable number of potential years of lost life. In Spain, 17.4% of the population over 16 years of age consume more than 14 units of alcohol a week. There are many epidemiological studies that show that organic lesions and objective risks for health appear above these limits.

Material and methods: We have three types of instruments *a priori* to quantify the risk related with alcohol consumption: 1) Estimation of intake by interview; 2) Questionnaires to measure the dependent behavior and 3) biological markers.

Results: The AUDIT test has been validated in Spain by several groups with good results for the detection of problematic consumption of alcohol. The most adequate indication of the biological markers (GGT among others) is the monitoring of the response to treatment or medical advice.

Conclusions: The systematic examination of alcohol consumption at least every 2 years in all persons over 14 years of age with upper age limit is recommended. This should be done when the clinical history is opened on the first day, when it is updated, or when there is any sign of suspicion. For this examination, the management of a semistructured survey of amount/frequency, made up of some basic questions that analyze the consumption on workdays and holidays is recommended.

KEY WORDS: Alcoholism. Primary health care. Alcohol-related disorder.

Evidencia científica

España es en la actualidad el quinto país del mundo en cuanto a consumo *per cápita* con 10,2 litros por habitante y años en 1996¹. En general el alcohol es responsable de unos 13.000 fallecimientos al año, lo que suponen el 3,8% de la mortalidad total, y de un considerable número de años de vida potenciales perdidos (cerca de 200.000 en 1996). Por otra parte sabemos que del 15 al 20% de las consultas recibidas por los médicos de cabecera son atribuibles al alcohol y otras drogas (excepto el tabaco). El coste social del consumo de alcohol supone alrededor de 0,6 billones de pesetas/año en nuestro país debido sobre todo a enfermedad, accidente laboral y absentismo.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1995, el 17,4% de la población mayor de 16 años consume más de 14 unidades de alcohol a la semana. Precisamente este es el límite de riesgo para la salud que han fijado las evidencias científicas según el *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) de Estados Unidos.

Criterio de definición

Se considera en nuestro medio *bebedor de riesgo* a un individuo que consume alcohol por encima de la «franja de riesgo», es decir, 28 «unidades» en el varón y 17 en la mujer². Podemos también considerar bebedor de riesgo, con independencia del nivel de alcohol ingerido, a los individuos con antecedentes familiares de alcoholismo y a los que hacen uso de alcohol en determinadas situaciones (embarazo, conducción de vehículos a motor o maquinaria peligrosa). Entre un 20,2-22,8% de los varones y un 1,9-2,5% de las mujeres serían bebedores de riesgo (término equivalente al *harmful drinking* anglosajón). El término «unidades» equivale al inglés *drinks* y corresponde al contenido de un vaso de vino (100 cc), una caña de cerveza (200 cc) o medio whisky (25 cc), es decir, aproximadamente 10 g de alcohol puro por Unidad si nos atenemos a la graduación de las bebidas más consumidas, es decir: cinco grados para cerveza, 11 para vino y 37 para licores³. Cuando se precise una cuantificación más exacta debe aplicarse la fórmula: graduación alcoholica cantidad de bebida en cc / 0,79. Hay que llamar la atención porque se han utilizado otras magnitudes de «unidad» p.e. 8 g en Reino Unido y Australia, 12 g en USA, 14,5 en Canadá ó 20 g en Japón.

Pequignot, Norton y Klatsky entre otros, proponen límites de riesgo que se sitúan entre 20-40 g. de alcohol puro por día y existen numerosos estudios epide-

miológicos que demuestran que a partir de esos límites aparece lesión orgánica y riesgos objetivos para la salud. La mujer presenta mayor susceptibilidad hepática al alcohol, diferente distribución de la grasa y el agua corporal y, específicamente, una menor concentración de alcohol deshidrogenasa en la mucosa gástrica por lo que llega al hígado una mayor proporción de alcohol en comparación con los varones. Por este motivo el límite de riesgo es inferior al del varón y se sitúa en 20-24 g/día^{2,4}. Las *mujeres embarazadas* que sobrepasan ese límite presentan un mayor riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer, anomalías congénitas, retraso psicomotor, alteraciones del comportamiento y peores resultados en el test de APGAR⁴.

Los *jóvenes* que consumen 240 g o más de alcohol a la semana tienen un alto riesgo de fallecer por distintas causas, particularmente muertes violentas por accidentes o suicidios. La OMS recomienda la abstinencia completa de alcohol en los jóvenes menores de 18 años, puesto que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tarde sea la incorporación del joven al consumo de bebidas alcohólicas.

Los *varones adultos* que consumen 40 o más gramos por día presentan un riesgo relativo (RR) de esteatosis y cirrosis hepática de 6 frente a los que consumen 10-20 g por día. Un meta-análisis ha demostrado que por cada 20 g de alcohol (desde un consumo de 0) ingeridos diariamente el riesgo se incrementa en un 19% para cáncer de cavidad oral, en un 24% para cáncer de faringe, en una 30% para el de laringe, un 10% para el de esófago, un 7% para el colorrectal, un 10% para el de mama y un 14% para el hepático. Con consumos elevados se observan incrementos del 50% de riesgo para cáncer de boca y laringe y de un 75% para cáncer de esófago. El RR para éste último es de 18 a partir de 80 g/día y de 44 si además se fuman 20 cigarrillos al día. No existen por tanto umbral de seguridad en el consumo de alcohol con relación al cáncer².

Existe una relación lineal entre consumo de alcohol y prevalencia de HTA. Diversos estudios observan un incremento significativo de la prevalencia de HTA a partir de 24-30 g de alcohol/día. El consumo de más de 30 g/día supone una diferencia en la presión arterial diastólica de al menos 4 mmHg. El consumo de dosis moderadas de alcohol se ha asociado a un menor riesgo de cardiopatía isquémica del que presentan los abstemios. Existen al menos una docena de estudios que han evaluado la relación entre consumo de alcohol y cardiopatía isquémica pero no son homogéneos en sus criterios y esto dificulta su interpretación. Ninguno de estos estudios muestra

una relación dosis-respuesta positiva ni en varones ni en mujeres. En seis de ellos la asociación es negativa y en cuatro se observa una curva en U². Un estudio, reveló que un consumo de 30 g/día se asocia a una disminución de la mortalidad por cardiopatía isquémica, por ictus aterotrombótico y por síndromes cardiovasculares inespecíficos. Pero las mismas dosis se asociaron a un incremento de riesgo de mortalidad por hipertensión arterial, ictus hemorrágico, miocardíopatía y cirrosis hepática. En ningún estudio se ha demostrado este beneficio en varones menores de 40 años y en mujeres premenopáusicas². Por lo tanto resulta peligroso ser *socialmente* tolerantes con el consumo moderado porque se ha observado que estos mensajes pueden incrementar el consumo *per cápita* y, por consiguiente, el número de alcohólicos a nivel poblacional.

Intervención

El objetivo de la prevención secundaria es el diagnóstico precoz. La estrategia será la búsqueda de casos (*case finding*), mediante la detección oportunista de los bebedores de riesgo que no han llegado todavía a desarrollar dependencia³.

La intervención consiste en el consejo o asesoramiento encaminado a la modificación del patrón de consumo. Este consejo debe ser personalizado e incluir, al menos, información, pacto de consumo y posibilidad de seguimiento. Disponemos *a priori* de tres tipos de instrumentos para cuantificar el riesgo relacionado con el consumo de alcohol³: 1) *Estimación de la ingesta por entrevista*; 2) *Cuestionarios de medición de conducta dependiente*, y 3) *marcadores biológicos*.

Cuantificación de la ingesta

Se ha criticado tradicionalmente la dudosa validez de la declaración verbal pensando más en el paciente con SDA que en el consumidor de riesgo. Sin embargo, el *bebedor de riesgo* sin desviaciones conductuales no tiene percepción de estar transgrediendo un límite y no suele ocultar el consumo a su médico o enfermera de cabecera en el contexto de una entrevista en un clima de confianza y cordialidad. Por otra parte, en el *paciente alcohólico (SDA)* existen diversas oportunidades para averiguar la naturaleza del problema. Aunque estos pacientes (más aún en mujeres) tienden a ocultar o minimizar su consumo, el médico de familia en base a la continuidad asistencial de la

atención primaria, acaba conociendo la situación a través de un familiar o por otras circunstancias como accidentes, traumatismos, consultas al trabajador social o bajas laborales³.

Se aconseja la cuantificación semanal por la tendencia a que el consumo se concentre o aumente en los fines de semanas tanto en bebedores ocasionales como en bebedores diarios⁵.

Cuestionarios de conducta dependiente

El cuestionario cerrado para detectar abuso de alcohol que recomiendan diversos organismos como el *US Preventive Task Force* y el *National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism* es el *CAGE*⁶. Este cuestionario se recomienda de forma complementaria a la entrevista de cuantificación y no como un sustituto de la misma. No tiene una sensibilidad adecuada para detectar el consumo de riesgo moderado, porque está pensado para detectar a «bebedores problema» con consumos mayores de 60-80 g/día. Se trata más bien de un test de cribado para posibles casos de SDA que, por otra parte, presenta diversos inconvenientes. En primer lugar, presenta muchos falsos negativos para detectar, *per se*, consumos excesivos que pueden llegar a ser hasta el 50%⁷. En segundo lugar, este cuestionario no se debería aplicar directamente una pregunta tras otra, sino que habría de ser convenientemente «camuflado» en un cuestionario mayor para que mantenga una aceptable sensibilidad y especificidad. El punto de corte más rentable para el diagnóstico de posible dependencia está en dos puntos.

Otros cuestionarios más complejos están pensados para confirmar el diagnóstico de SDA y no tanto para el cribado de la dependencia. Entre ellos recomendamos el *Münchener Alkoholismus Test (MALT)*. La versión española del test, para estos puntos de corte, obtiene una elevada especificidad (82-99%), sensibilidad extrema (100%) y valor predictivo del 87%⁸. Existen otros cuestionarios como el *MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)* y *CBA (Cuestionario Breve para Alcohólicos)*. Ambos sirven para la detección de alcohólicos, con menor rendimiento que el MALT, y han sido poco empleados en nuestro medio. Otro cuestionario de amplia difusión internacional en los últimos años es el *AUDIT* (Diez preguntas; original en inglés). Ha sido validado en España por diversos grupos con buenos resultados⁹. Sin embargo algunos autores han señalado que este cuestionario incluye sólo tres ítems para cuantificar el consumo lo que supone una importante limitación para detectar bebedores de riesgo no dependientes⁷.

Test de laboratorio

La elevación de un buen número de parámetros analíticos se relaciona con el consumo de alcohol; los más frecuentes: ácido úrico, triglicéridos, GGT, GOT (AST), GPT (ALT), cociente GOT/GPT mayor de 1, y volumen corporcular medio (VCM). Estos datos deben formar parte de la *exploración global* en un paciente con problemas por el alcohol estando en discusión su empleo en la *detección* de los bebedores de riesgo o los bebedores problema.

La diferente prevalencia del problema en distintas poblaciones explica los diferentes resultados obtenidos por los tests de laboratorio: los estudios sobre pacientes ingresados (muy altos porcentajes de SDA o graves TRA) encuentran mayor rendimiento, mientras que revisiones en APS (predominio de bebedores de riesgo y menor número de bebedores problema) muestran resultados peores¹⁰. El marcador biológico más sensible (33-52%) y específico (81-89%) para el abuso de alcohol en AP es la GGT. Al determinarla en poblaciones con una prevalencia de bebedores problema del 10% ofrece cifras de VPP = 25% y VPN = 93%⁷. Su rendimiento aumenta en grupos con prevalencias mayores. Después de la GGT, los de mayor rendimiento serían el VCM y la GOT. La determinación conjunta de los tres parámetros elevados mejoraría el rendimiento. Aún así, diversos autores concluyen que la entrevista clínica es más efectiva que los tests de laboratorio para identificar en APS a los bebedores de riesgo y bebedores problema^{7,10}. La indicación más adecuada de la GGT en AP sería sobre todo la *monitorización de la respuesta al tratamiento o el consejo médico* y el efecto de retroalimentación que puede suponer para el paciente.

El tiempo necesario para la primera entrevista, incluyendo cuantificación del consumo, exploración, resultados analíticos, si los hubiera, test de cribadodiagnóstico de dependencia y asesoramiento oscilaría entre los 15 y 20 minutos. Las sesiones de seguimiento no excederían los 10 minutos y en ellas se reiteraría el «pacto» de consumo establecido, un *feedback* con los resultados clínicos y analíticos obtenidos y asesoramiento sobre los problemas surgidos. Se prevén controles anuales finalizado el primer año de seguimiento, en el caso de tratarse de bebedores de riesgo.

La intervención muy breve se diferenciaría de la breve en una mayor concisión en la primera entrevista de identificación y asesoramiento, y en la posibilidad de reiteración mediante nuevas entrevistas no programadas. En general se acepta que intervenciones aisladas de unos 10 minutos, reforzadas con un folleto pueden reducir la ingesta de alcohol en un 35% y conseguir que el 45-50% de los pacientes reduzcan su consumo por debajo del límite de riesgo¹¹. En España hay dos expe-

riencias controladas que apoyan la eficacia y efectividad de estas intervenciones en atención primaria^{17,18}.

El grado de evidencia de la efectividad no resulta tan concluyente como en el caso del tabaco. El principal problema de los estudios de intervención es la falta de homogeneidad en el criterio diagnóstico, debido a la falta de consenso en el valor de los criterios cuantitativos (nivel de consumo/ marcadores biológicos) y cualitativos (cuestionarios de conducta dependiente). El *Canadian Task Force on The Periodic Health Examination* le atribuye un grado IB en calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación. El último informe (1996) del *US Preventive Services Task Force* le atribuye un grado B de efectividad¹¹.

Recomendación

Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada dos años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Esto debería hacerse al abrir una historia de primer día, al actualizar la historia clínica, o ante cualquier indicio de sospecha. Esta actividad puede hacerse indistintamente en la consulta médica o de enfermería. Para esta exploración se recomienda el manejo de una encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, compuesta por unas preguntas básicas que analizan el consumo en días laborables y festivos. El uso de marcadores biológicos no se recomienda de forma rutinaria.

El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente empleando la cuantificación en unidades. La tabla de equivalencias en unidades según los tipos y volumen de bebida, debe adaptarse para recoger las costumbres de nuestro entorno.

Debe considerarse consumo peligroso o de riesgo e intervenir cuando la ingesta semanal sea superior a 280 g en el varón (28 U) ó 170 g en la mujer (17 U). *Se considera deseable reducir el consumo por debajo de límites más seguros como 170 g en el varón (17 U) y 110 g en la mujer (11 U).*

También debe considerarse peligroso consumir 50 g (5 U) en 24 horas, una o más veces al mes. Las mujeres embarazadas, los adolescentes y los usuarios de maquinaria peligrosa o vehículos a motor deben ser persuadidos de abstenerse de bebidas alcohólicas.

Los pacientes clasificados como bebedores de riesgo deberán someterse a un cuestionario de dependencia (MALT o similar).

El personal de enfermería debe derivar al médico cuando haya síntomas relacionados con el consumo de alcohol o el test de dependencia sea positivo.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la salud de los españoles: 1998. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
2. Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner Ch, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction* 1993;88:1493-508.
3. Altisent R, Córdoba R, Martín Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)* 1992;99:584-8.
4. The Royal College of Physicians of London. A great and growing evil?: the medical consequences of alcohol abuse. London: Tavistock, 1987.
5. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315-36.
6. Rodríguez-Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat, 1989.
7. Kitchens JM. Do this patient have an alcohol problem? *JAMA* 1994;272:1782-7.
8. Rodríguez-Martos A. Utilidad del Münchner Alkoholismus Test (MALT) en el diagnóstico de alcoholismo. *Aten Primaria* 1993;11:185-93.
9. 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;198:111-4.
10. 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;37:268-76.
11. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2 ed. New York: Williams & Wilkins, 1996.
12. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief Physician Advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community based care practices. *JAMA* 1997;277:1039-45.
13. Hayward RS, Steinberg EP, Ford DE, Roizen MF, Roach KW. Preventive Care guidelines: 1991. *Ann Intern Med* 1991;114:758-83.
14. Rodríguez-Martos A. El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. *Aten Primaria* 1994;14:896-904.
15. Richmond R, 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.
16. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988;297:663-8.
17. Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Melús E, Aranguren F, et al. Estudio multicéntrico para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Med Clin (Barc)* 1997. p. 109-24.
18. Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Forés D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on nondependent alcohol drinkers (EBIAL): a spanish multicentre study. *Fam Pract* 1998;15:562-68.