

Evaluación del cribado y la efectividad de una intervención breve en bebedores de riesgo atendidos en consultas de atención primaria

V. López-Marina^a, G. Pizarro Romero^a, R. Alcolea García^a, P. Beato Fernández^a, E. Galindo Montané^a y N. Montellà Jordana^b

Objetivos. Evaluar el cribado y la efectividad de una intervención breve antialcohólica, el grado de aceptación y la evolución de los parámetros biológicos asociados con el consumo de alcohol tras la intervención.

Diseño. Estudio prospectivo longitudinal de intervención de 1 año de duración.

Emplazamiento. Cinco consultas de atención primaria urbanas.

Participantes. De una muestra aleatoria de 681 sujetos de ambos sexos y de edad de 18-65 años, se seleccionó a 78 bebedores de riesgo. Los que cumplían criterios de exclusión (n = 10), no aceptaban participar (n = 24) y presentaban sospecha de síndrome de dependencia alcohólica (n = 11) no participaron en el estudio.

Intervenciones. Se ofrecía un breve consejo antialcohólico apoyado con soporte escrito, y se realizaba un seguimiento a los 2 y 12 meses mediante la cuantificación del consumo de alcohol y un control analítico.

Mediciones principales. Se estimó la prevalencia de bebedores de riesgo, el grado de aceptación a participar en el estudio, la disminución del consumo de alcohol y de bebedores de riesgo a los 2 y 12 meses, y la evolución de los parámetros analíticos tras la intervención.

Resultados. La prevalencia de bebedores de riesgo fue del 11,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 8,3-14,7%). El grado de aceptación a participar en el estudio fue del 64,7%. Se observó un decremento significativo ($p < 0,05$) en el consumo de alcohol a los 2 y 12 meses, así como una disminución de los bebedores de riesgo, que a los 2 meses fue del 57,6% (IC del 95%, 50,3-64,9%; $p = 0,01$) y a los 12 meses del 42,4% (IC del 95%, 35,9-48,9%; $p = 0,003$). Asimismo, se produjeron disminuciones significativas en las concentraciones de GGT, VCM, colesterol y triglicéridos.

Conclusiones. Se observa una baja prevalencia de bebedores de riesgo sin sospecha de síndrome de dependencia alcohólica en nuestro medio, así como una elevada efectividad del consejo breve antialcohol y del grado de aceptación a participar en el estudio. Se apreció una disminución de las concentraciones de GGT, VCM, colesterol y triglicéridos tras la intervención.

Palabras clave: Alcoholismo. Bebedor de riesgo. Intervención breve. Cribado. Atención primaria de salud

SCREENING AND EFFECTIVENESS EVALUATION OF A BRIEF INTERVENTION IN RISK DRINKERS SEEN IN PRIMARY HEALTH CARE

Aims. To evaluate the screening, the effectiveness of an antialcoholic brief intervention for risk drinkers, the acceptance level to participate in this study, and the analytical parameters evolution associated to the alcohol consumption after of the intervention.

Design. Longitudinal prospective intervention study of 1 year of duration.

Setting. 5 urban primary care physician's practices.

Participants. Of an aleatory pattern of 681 patients, men and women of 18-65 years old, were selected 78 risk drinkers. Patients with exclusion criteria (n=10), didn't wanted to participate (n=24) and had suspicion of alcoholic dependence syndrome (ADS) (n=11), didn't participated in this intervention.

Interventions. Were offered antialcoholic brief counselling with written supporter and were followed with alcohol consumption rate and analytical control at 2 and 12 months.

Main measures. Was estimated the prevalence of risk drinkers, the acceptance level to participate in this study, alcohol consumption and risk drinkers decreased at 2 and 12 months, analytical parameters evolution after of the intervention.

Results. Prevalence of risk drinkers: 11.5% (95% confidence interval [CI], 8.3%-14.7%). Acceptation level to participate in this study: 64.7%. Significant alcohol consumption decreased at 2 and 12 months ($P < .05$). Risk drinkers decreased: at 2 months were 57.6% (95% CI, 50.3%-64.9%; $P = .01$) and at 12 months were 42.4% (95% CI; 35.9%-48.9%) ($P = .003$). GGT, MCV, cholesterol, and triglycerides significant decreased.

Conclusions. Low prevalence of risk drinkers without suspicion of ADS in our setting; high effectiveness of antialcoholic brief counselling and high acceptance level to participate in this study; reduction of the GGT, MCV, cholesterol, and triglycerides after of the intervention.

Key words: Alcoholism. Risk drinker. Brief intervention. Screening. Primary health care.

^aÁrea Básica de Salud Badalona-6 Llefia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Barcelonès Nord-Maresme. Institut Català de la Salut. Badalona. Barcelona. España.

^bCentro de Atención Primaria Doctor Robert. Institut Català de la Salut. Badalona. Barcelona. España.

Correspondencia:
Victor López Marina.
Montaña, 1, Parcela 39.
Urbanización Can Bonastre-Piera.
08784 Barcelona. España.
Correo electrónico:
victor_lopezmarina@yahoo.com

Manuscrito recibido el 25 de mayo de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de enero de 2005.

Este trabajo ha sido expuesto en 3 Congresos Nacionales de SEMERGEN como comunicación oral con los siguientes títulos:
Alicante 2001: Propuesta de intervención en bebedores de riesgo en un centro de salud.
Salamanca 2002: Intervención en bebedores de riesgo en atención primaria.
Santander 2003: Factores sociodemográficos y culturales relacionados con los bebedores de riesgo atendidos en atención primaria.

Introducción

El consumo excesivo de alcohol es en la actualidad un importante problema de salud pública, sobre todo en los países del área occidental, y genera un elevado número de enfermedades orgánicas y/o psicosociales. Así, el abuso del alcohol aumenta el riesgo de enfermedades de la cavidad bucal, la faringe, el esófago y la laringe¹; se relaciona con las arritmias cardíacas y con la miocardiopatía dilatada²; se asocia con esteatosis hepática, hepatitis aguda alcohólica, pancreatitis aguda y crónica, y cirrosis hepática³; provoca accidentes de todo tipo (laborales, de tráfico, causados por fuego, ahogamientos por sumersión y caídas)⁴; un 30% de los suicidios están precedidos del consumo de alcohol en pacientes predispuestos a ello⁵; el consumo crónico de bebidas alcohólicas puede causar un amplio abanico de enfermedades psicóticas graves e irreversibles, como la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakoff y el *delirium tremens*⁴.

La elevada morbimortalidad que conlleva la dependencia alcohólica, el hecho de que en España haya alrededor de 4 millones de bebedores excesivos y 2 millones presenten criterios de dependencia alcohólica⁶, y que en diversos ensayos clínicos se haya constatado la eficacia del consejo breve en la reducción de pacientes con consumo excesivo de alcohol⁷⁻¹⁵ nos llevó a realizar un estudio de intervención de 1 año de duración en bebedores de riesgo, siguiendo el ritmo habitual de la consulta a demanda y sin alterarlo. Los objetivos principales fueron los siguientes:

1. Evaluar la prevalencia de bebedores de riesgo en nuestro medio.
2. Analizar el grado de aceptación a participar en un estudio de intervención mediante consejo breve apoyado con material escrito para reducir el consumo de alcohol de los pacientes bebedores de riesgo.
3. Estudiar la efectividad de esta intervención en la disminución del consumo de alcohol y de bebedores de riesgo a los 2 y 12 meses.
4. Conocer los cambios en los parámetros biológicos asociados con el consumo de riesgo tras la intervención.

Material y método

Se trata de un estudio prospectivo longitudinal de intervención en el que la población de estudio estaba constituida por pacientes de ambos sexos, con una edad de 18-65 años, que acudieron a consulta a demanda en régimen de cita previa durante los meses de selección (octubre-noviembre de 2000) en 5 consultas de un centro de atención primaria urbano localizado en el barrio de Llefiá de Badalona (Barcelona), con una población censada en enero de 2000 de 35.410 habitantes.

Mediante un muestreo aleatorio se administraba a los pacientes seleccionados un cuestionario breve de hábitos y estilos de vida donde se recogían la edad, el sexo, el hábito tabáquico, los hábitos dietéticos, la realización de ejercicio físico, la duración y la calidad del sueño y el patrón de consumo de alcohol. Éste se cuantificaba en unidad de bebida estándar (UBE), que equivale a 10 g de alcohol puro¹⁶, y se registró el consumo de bebidas alcohólicas de lunes a viernes, sábado y domingo, y el consumo total semanal.

A los pacientes que presentaban consumo de riesgo sin criterios de exclusión se les proponía participar en el estudio y, en caso afirmativo, se les solicitaba una analítica general. Se consideró de riesgo un consumo semanal en los varones > 28 UBE, un consumo semanal > 17 UBE en las mujeres e, independientemente del sexo, consumos > 8 UBE en 1 día al menos 1 vez al mes¹⁷ y/o 5 UBE en 1 día al menos 4 veces al mes¹⁸. El consumo moderado se definió como el que no sobrepasa los límites de riesgo, y la abstinencia, como la nula ingesta de bebidas alcohólicas. Se establecieron los siguientes criterios de exclusión: síndrome de dependencia, alcohólica (SDA) y/o trastornos relacionados con el alcohol (TRA) ya conocidos, consumo de otras drogas, gestación, hepatopatías, epilepsia, psicopatías y tratamiento con fármacos de acción central.

A los 15 días y en visita programada de 15 min se revisaban los resultados de la analítica, se rellenaba un breve cuestionario de factores sociodemográficos, se administraba un test que contenía preguntas sobre problemas relacionados con el alcohol, en el que estaba integrado el test CAGE, y se hacía un breve consejo para la reducción del consumo de alcohol con soporte escrito mediante un díptico informativo.

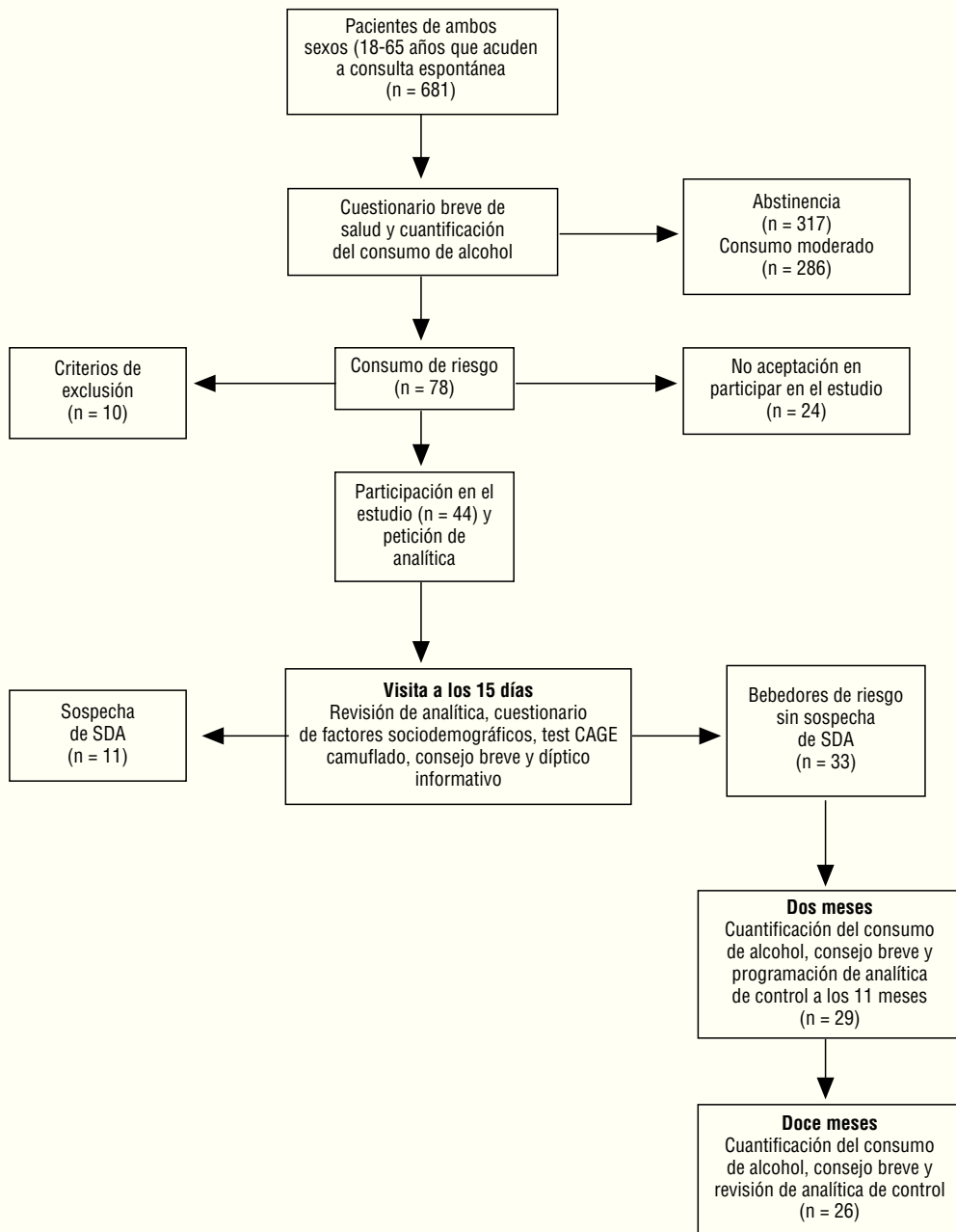
La metodología del consejo breve antialcohol que se siguió fue informar objetivamente sobre el nivel de riesgo y los beneficios que obtendría el paciente con la reducción del consumo, se investigaba si el paciente tenía la percepción de que el alcohol estaba perjudicando su salud y en qué medida estaba dispuesto a disminuir el consumo modificando su conducta, se ofrecían recomendaciones para la reducción y se pactaba una cantidad concreta de consumo de bebidas alcohólicas (consumo moderado), según el patrón habitual de ingesta alcohólica.

Los sujetos que tenían un CAGE < 2 continuaban en el estudio, con 2 fases de seguimiento: a los 2 meses y en una cita previa de 5-7 min se les interrogaba sobre el consumo de alcohol, se volvía a realizar un consejo breve y se programaba una analítica de control 1 mes antes de la siguiente cita; ésta se realizaba a los 12 meses y en ella se revisaba y cuantificaba de nuevo el consumo alcohólico y se volvía a realizar consejo breve, también en cita previa de 5-7 min de duración.

Los pacientes con CAGE ≥ 2 (sospecha de SDA) y los que cumplían criterios de exclusión no siguieron en esta investigación porque en ellos se debía motivar la abstinencia y/o el tratamiento farmacológico, mientras que la finalidad del presente estudio era disminuir el consumo de alcohol por debajo de los límites considerados de riesgo y, en este sentido, reducir el número de bebedores de riesgo sin sospecha de SDA.

Considerando una prevalencia del 10%, un grado de aceptación mínimo del 60%, que de los pacientes que aceptaran participar en el estudio al menos un 50% pudiesen completarlo, un error alfa de 0,05 y una potencia estadística del 90%, la muestra debía ser de 634 sujetos.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante una base de datos de ACCESS y para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS para Windows, versión 10.0 en cas-

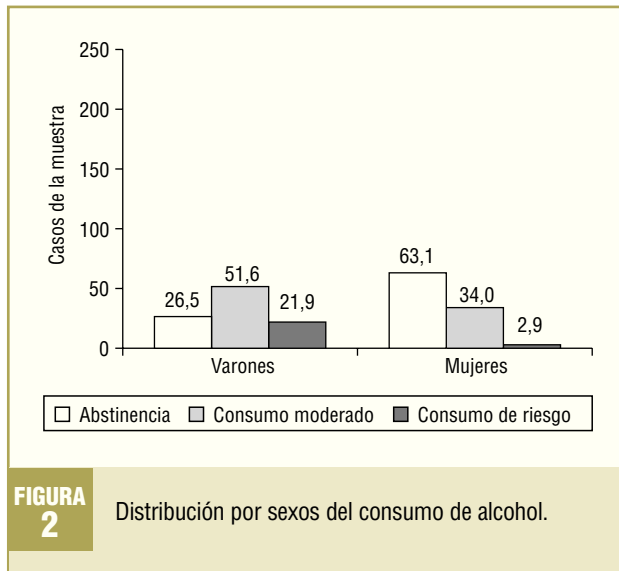
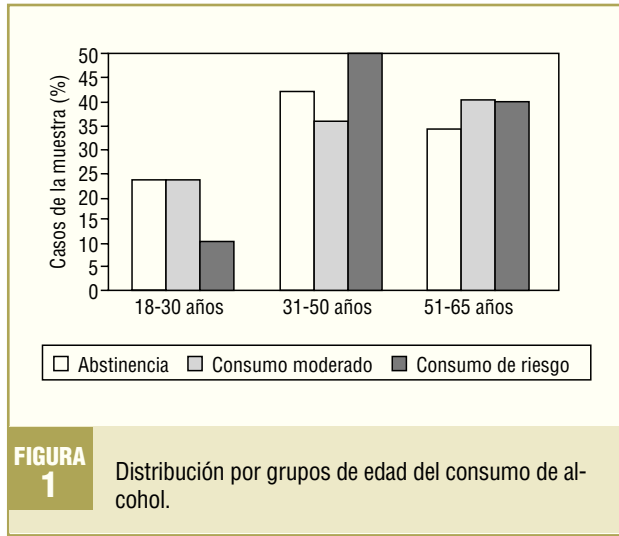


Esquema general del estudio

Estudio en el que se evalúan el cribado y la efectividad de una intervención basada en un consejo breve antialcohólico en bebedores de riesgo sin sospecha de síndrome de dependencia alcohólica, de 1 año de evolución, así como el grado de aceptación para participar en este estudio y la evolución de los parámetros biológicos asociados con el consumo de alcohol tras la intervención.

tellano. Las variables se describieron mediante la media \pm desviación estándar (DE), el intervalo de confianza (IC) del 95% y los porcentajes, dependiendo de si eran cuantitativas o cualitativas.

Se han empleado los tests de la t de Student, de la χ^2 y de McNemar, y se han considerado estadísticamente significativos los valores de $p \leq 0,05$.



Resultados

Se seleccionó a 681 pacientes, el 55,7% mujer y el 44,3% varón. El 22,2% tenía una edad de 18-30 años; el 40,3%, 31-50 años y el 37,5%, 51-65 años. En la figura 1 se ilustra la distribución por grupos de edad del consumo de alcohol y en la figura 2 la distribución por sexos.

El 46,5% (IC del 95%, 33,8-59,2%) era abstinentes y el 42% (IC del 95%, 28,9-55,1%) presentaba un consumo moderado de alcohol. La prevalencia de bebedores de riesgo fue del 11,5% (IC del 95%, 8,3-14,7%), con un 21,9% (IC del 95%, 16,7-27,1%) de varones y un 2,9% (IC del 95%, 2,2-3,6%) de mujeres.

De los 78 bebedores de riesgo detectados, 10 cumplían criterios de exclusión (tabla 1). Del resto, el 64,7% (n = 44) aceptó participar en el estudio. Sus características se presentan en la tabla 2¹⁹.

TABLA 1 Pacientes con consumo excesivo de alcohol que cumplían criterios de exclusión

	N.º pacientes (n = 78)	Porcentaje
Hepatopatías	2	2,5
Tratamiento con fármacos de acción central	2	2,5
SDA conocido	2	2,5
TRA conocido + tratamiento con fármacos de acción central	1	1,3
SDA conocido + psicopatía	1	1,3
Consumo de otras drogas + epilepsia	1	1,3
Gestación + psicopatía	1	1,3
Total de pacientes con criterios de exclusión	10	12,7

SDA: síndrome de dependencia alcohólica; TRA: trastornos relacionados con el alcohol.

De los 44 bebedores de riesgo a los que se les administró el CAGE, un 25% (n = 11) obtuvo una puntuación ≥ 2 , por lo que se le excluyó al presentar sospecha de SDA.

De esta manera, la intervención se llevó a cabo en 33 pacientes bebedores de riesgo sin sospecha de SDA. En la tabla 3 se muestra la evolución del consumo de alcohol al inicio, a los 2 y a los 12 meses de intervención; cabe destacar que todas las diferencias observadas en el decremento de la ingesta alcohólica respecto al consumo inicial son estadísticamente significativas. Así, el promedio de descenso del consumo total semanal a los 2 meses fue del 50% y a los 12 meses, del 41,4%. En la tabla 4 se ilustra la disminución del número de bebedores de riesgo, que a los 2 meses fue del 57,6% (IC del 95%, 50,3-64,9%) y a los 12 meses del 42,4% (IC del 95%, 35,9-48,9%), con una significación estadística de $p = 0,01$ y $p = 0,003$, respectivamente. El número de pérdidas a los 2 meses fue del 12,1% (4/33) y a los 12 meses del 21,2% (7/33).

En la tabla 5 se detallan las características de los pacientes que no quisieron participar en el estudio y de las pérdidas que se produjeron durante éste (se describen la edad, el sexo y el consumo de alcohol). En cuanto al consumo de alcohol, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que intervinieron en el estudio, los que no quisieron participar en él ($p > 0,3$) y las pérdidas ($p = 0,4$). En cuanto a la edad, mientras que el intervalo de edad comprendido entre los 31 y 50 años es el más frecuente en los pacientes que intervinieron en el estudio y en los que no querían participar en él ($p = 0,3$), en el grupo de pérdidas es el de 18 a 30 años ($p < 0,001$). Mientras que la relación varón/mujer no presenta diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que intervinieron en el estudio y las pérdidas ($p > 0,6$), se observa un aumento estadísticamente significativo de las mujeres respecto a los varones en el grupo que no quiso participar en el estudio ($p < 0,02$).

Se produjeron disminuciones estadísticamente significativas en los siguientes parámetros biológicos: en la VCM >

TABLA 2 Marco sociodemográfico, cultural y de estilo de vida de los pacientes bebedores de riesgo que quisieron participar en el estudio

	N.º pacientes (n = 44)	Porcentaje
Edad (años)		
18-30	3	6,8
31-50	24	54,5
51-65	17	38,7
Sexo		
Varones	38	86,4
Mujeres	6	13,6
Hábito tabáquico		
Fumadores	26	59,1
No fumadores	14	31,8
Ex fumadores	4	9,1
Realización de ejercicio físico		
Caminar como mínimo 3-4 h semanales	28	63,6
No realizar ningún tipo de actividad física	16	36,4
Presencia de una alimentación equilibrada		
Seguir una dieta mediterránea	27	61,4
No seguir una dieta mediterránea	17	38,6
Horas de sueño		
< 6 h diarias	13	29,5
7-9 h al día	30	68,2
> 10 h diarias	1	2,3
Calidad del sueño		
Buena calidad	31	70,5
Mala calidad	13	29,5
Estado civil		
Solteros	4	9,1
Casados	34	77,2
Separados o divorciados	4	9,1
Viudos	1	2,3
Pareja estable	1	2,3
Estudios		
Analfabetos	0	0
Primaria incompleta	14	31,8
Primaria completa	19	43,2
Bachillerato superior/formación profesional	6	13,6
Estudios superiores	5	11,4
Situación laboral		
Activos	33	75
Jubilados	4	9,1
En paro	3	6,8
Estudiantes	0	0
Otras situaciones laborales (amas de casa)	4	9,1
Clase social-rango laboral		
Directivos, administradores, técnicos superiores	1	2,3
Subdirectivos, técnicos medios	2	4,6
Administrativos y afines	3	6,9
Trabajadores manuales cualificados/semicualificados	25	56,6
Trabajadores manuales no cualificados	13	29,6

TABLA 3 Evolución del consumo de alcohol al inicio, a los 2 y a los 12 meses de la intervención

	Inicial (n = 33)	2 meses (n = 29)	12 meses (n = 26)	p
Consumo de lunes a viernes	25,1 ± 10,2	12,8 ± 3,7 ^a	15,7 ± 7,4 ^b	< 0,012 ^a 0,003 ^b
Consumo en sábado y domingo	14,3 ± 6,3	6,8 ± 2,5 ^c	7,3 ± 3,1 ^d	0,04 ^c 0,05 ^d
Consumo total semanal	39,4 ± 14,8	19,7 ± 5,1 ^e	23,1 ± 6,1 ^f	< 0,001 ^e 0,002 ^f

Los valores reflejan la media ± desviación estándar de las unidades de bebida estándar. Las letras superíndices corresponden a la significación estadística entre el consumo de alcohol inicial y a los 2 meses, y entre el consumo de alcohol inicial y a los 12 meses de la intervención.

TABLA 4 Disminución del número de bebedores de riesgo durante la intervención

	Bebedores de riesgo	Bebedores moderado + pérdidas	% de disminución del número de bebedores de riesgo (IC del 95%)	p
Inicial	33	-	-	-
2 meses	10	19 + 4	57,6 (50,3-64,9)	0,01
12 meses	12	14 + 7	42,4 (35,9-48,9)	0,003

IC: intervalo de confianza.

100 fl se pasó de un porcentaje inicial del 12,8% (IC del 95%, 10,1-15,5%) al 6,1% (IC del 95%, 3,9-8,3%) en la analítica de control (p = 0,02); en el colesterol > 250

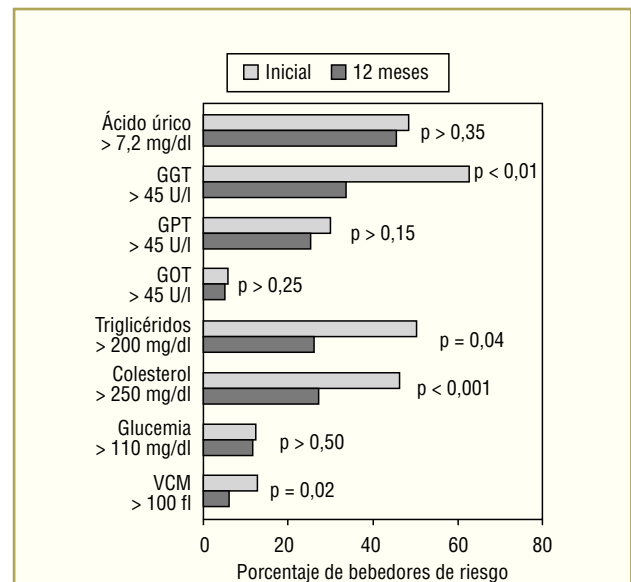


FIGURA 3 Evolución de los parámetros biológicos asociados con el consumo de alcohol con la intervención.

TABLA 5 Características de los pacientes que no quisieron participar en el estudio y de las pérdidas de éste

	N.º de pacientes	Porcentaje
Pacientes que no quisieron participar en el estudio (n = 24)		
Edad (años)		
18-30	10	41,6
31-50	12	50
51-65	2	8,4
Sexo		
Varones	15	62,5
Mujeres	9	37,5
Consumo de alcohol (UBE), media ± DE		
Consumo de lunes a viernes	22,7 ± 11,5	
Consumo en sábado y domingo	19,2 ± 9,7	
Consumo total semanal	41,9 ± 15,7	
Pacientes que fueron pérdidas en el estudio (n = 7)		
Edad (años)		
18-30	5	71,4
31-50	1	14,3
51-65	1	14,3
Sexo		
Varones	6	85,7
Mujeres	1	14,3
Consumo de alcohol (UBE), media ± DE		
Consumo de lunes a viernes	20,6 ± 10,9	
Consumo en sábado y domingo	21,5 ± 11,3	
Consumo total semanal	42,1 ± 14,9	

UBE: unidad de bebida estándar; DE: desviación estándar.

mg/dl, del 46,1% (IC del 95%, 35,7-56,5%) al 27,3% (IC del 95%, 23,9-30,7%) ($p < 0,001$); en los triglicéridos > 200 mg/dl, del 50,1% (IC del 95%, 37,4-62,8%) al 26,2% (IC del 95%, 22,3-30,1%) ($p = 0,04$) y, en el GGT > 45 U/l, del 62,5% (IC del 95%, 48,8-76,2%) al 33,7% (IC del 95%, 26,6-40,8%) ($p < 0,01$). Las reducciones obtenidas para glucosa > 110 mg/dl, GOT y GPT > 45 U/l, y ácido úrico $> 7,2$ mg/dl no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,15$) (fig. 3).

Discusión

La prevalencia de bebedores de riesgo obtenida en este trabajo (11,5%) se encuentra en los límites inferiores observados en otras investigaciones, puesto que en España oscila entre el 12 y el 25%²⁰. Por sexos, sin embargo, el porcentaje de varones consumidores de riesgo (21,9%) se corresponde con el estimado por el PAPPS (20,2-22,8%) y el porcentaje de mujeres (2,9%) es levemente superior

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El consumo excesivo de alcohol es causa de una elevada morbilidad, sobre todo en los países del mundo occidental.
- La prevalencia de bebedores de riesgo es del 12-25%.
- En algunos ensayos clínicos se ha demostrado la eficacia del consejo breve antialcohólico en bebedores de riesgo, pero son menos los estudios de efectividad.

Qué aporta este estudio

- Tendencia a la baja de la prevalencia de bebedores de riesgo (11,5%) por diversos motivos.
- Elevada aceptación para participar en una intervención breve de 1 año de duración, que fue muy efectiva en la reducción de bebedores de riesgo y en el consumo total semanal de alcohol.
- Se obtiene una disminución de las concentraciones de GGT, VCM, triglicéridos y colesterol tras la intervención.

(1,9-2,5%)²¹. Una de las posibles causas que explica esta disminución de la prevalencia es que la proporción de población abstemia española ha aumentado en los últimos años, pasando del 30,7% en 1987 al 37% en 2001²², siendo en nuestro estudio ligeramente superior (46,5%). Por tanto, es previsible que este incremento derive en los próximos años en prevalencias de bebedores de riesgo parecidas a la nuestra, es decir, menores que las halladas en estudios previos^{7,23-25}. Este incremento de abstemios y el decremento de pacientes con consumo excesivo se puede deber a la difusión por los medios de comunicación de los potenciales peligros para la salud de la ingesta excesiva de alcohol, las campañas de la Dirección General de Tráfico antialcohólicas y antidrogas a la hora de conducir, la percepción de la población de que el alcohol es uno de los principales factores negativos para la salud²⁶ y que los profesionales de atención primaria integran cada vez más las actividades preventivas a su práctica habitual. Además, el tipo de población atendida y los usuarios que demandan asistencia sanitaria en los centros de salud, junto con las diferencias regionales y estatales, y la definición establecida para bebedor de riesgo, serían otros de los motivos por

los que se obtienen diferentes prevalencias según los estudios²³.

El grado de aceptación a participar en la intervención que hemos encontrado es alto, inferior al de algunas investigaciones^{7,27} pero superior al de otras^{14,15}. Creemos que es un aspecto importante que se debe considerar, ya que la mayoría de los bebedores de riesgo que participaron en el estudio eran trabajadores manuales (86,2%), en los que las horas de citación coincidían con su horario de trabajo. En el mismo sentido, obtuvimos un porcentaje de pérdidas relativamente escaso (21,2%), similar al de algunos trabajos^{7,8,10,11,28} e inferior al de otros^{12,14,15}.

La efectividad conseguida en la reducción de bebedores de riesgo y en el descenso del consumo total semanal de alcohol ha sido alta, con porcentajes de descenso al año de la intervención superiores a los obtenidos por algunos estudios^{10,14,29,30} y similares a los de otros⁷⁻⁹.

En diferentes estudios se ha constatado que un consumo moderado de alcohol ejerce un efecto preventivo y disminuye la morbimortalidad de causa cardiovascular, pero no la total; este efecto se atribuye a un incremento en las concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y al descenso del colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (cLDL)³¹. El consumo excesivo parece invertir esta protección y aumentar los triglicéridos³². Nuestros hallazgos corroboran esta hipótesis, ya que con la intervención se produjeron reducciones significativas de la proporción de pacientes con colesterol > 250 mg/dl y triglicéridos > 200 mg/dl. El PAPPS ya considera como marcadores de consumo excesivo de alcohol las concentraciones de GGT, VCM y triglicéridos²¹, pero no de colesterol. A raíz de los resultados de nuestro estudio (elevada frecuencia de hipercolesterolemia en bebedores de riesgo y disminución significativa de los pacientes hipercolesterolemicos tras la intervención antialcohólica), sugerimos una posible línea de investigación en la que se analice la potencial relación entre las concentraciones plasmáticas de colesterol elevadas y el enolismo, ya que nuestro trabajo no puede asegurar esta asociación puesto que los resultados obtenidos son datos secundarios de un estudio que no ha sido diseñado para evaluar este tipo de relación. Creemos que esta hipótesis de trabajo sería interesante para poder incorporar en el futuro la hipercolesterolemia como marcador de enolismo y formar parte del estudio integral del paciente alcohólico.

Esta investigación presenta algunos sesgos y limitaciones:

- En el grupo de pacientes que no quisieron participar en el estudio, el número de mujeres es significativamente mayor que en el de los pacientes que intervinieron en él, por lo que constituye un sesgo de selección. Se ha intentado minimizar utilizando una muestra poblacional grande.
- En el grupo de pérdidas, el intervalo de edad más frecuente es 18-30 años y en el grupo de intervención del estudio es 31-50 años, lo que constituye un sesgo de infor-

mación y es posible que haya afectado a la validez interna del estudio.

- Los datos de seguimiento y los resultados de los pacientes bebedores de riesgo que participaron en la intervención son agregados de varones y mujeres, con los posibles sesgos que se hayan podido producir.

Uno de los hechos más importantes del diseño de nuestra investigación ha sido la corta duración de las visitas, tanto las de captación de bebedores de riesgo como las de seguimiento. Creemos que esto ha sido esencial para el elevado grado de aceptación para participar, el mínimo número de pérdidas y el elevado porcentaje de pacientes que terminaron el estudio, además de ser una intervención muy efectiva en la reducción del consumo total semanal de alcohol, del número de bebedores de riesgo y de los parámetros analíticos, a pesar de la brevedad de las visitas que se efectuaron. Esta brevedad de la intervención y el hecho de que nuestros resultados son similares o superiores a los de otros estudios nos hacen sugerir la necesidad de incorporar de forma sistemática el cribado del consumo de alcohol y el consejo breve antialcohólico en pacientes bebedores con consumo de riesgo o perjudicial como una estrategia de prevención secundaria de base comunitaria.

Bibliografía

1. Doll R, Peto R, May E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994;309:911-8.
2. Spies CD, Sander M, Stangl K, Fernández-Sola J, Preedy VR, Rubin E, et al. Effects of alcohol on the heart. *Curr Opin Crit Care*. 2001;7:337-43.
3. Xie X, Mann RE, Smart RG. The direct and indirect relationships between alcohol prevention measures and alcoholic liver cirrhosis mortality. *J Stud Alcohol*. 2000;61:499-506.
4. Abdel-Kader ML, Nieto GM, Conde HM, Rosado MM. Mortalidad atribuible al alcohol en Andalucía. *Semergen*. 2004;30:4-9.
5. Sjogren H, Eriksson A, Alm K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all death in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24:1050-6.
6. Portella E, Ridao M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
7. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ*. 1988;297:663-8.
8. Romelsjö A, Anderson L, Barner H, Borg S, Granstrand C, Hultman O, et al. A randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care. *Br J Addict*. 1989;84:1319-27.
9. Scott E, Anderson P. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug Alcohol Rev*. 1990;10:313-21.
10. Anderson P, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Br J Addict*. 1992;87:891-900.

11. 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.
12. 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 (EM-PA). *Med Clin (Barc)*. 1997;109:121-4.
13. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*. 1997;277:1039-45.
14. Fernández SM, Bermejo CC, Alonso PM, Herreros TB, Nieto CM, Novoa A, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Aten Primaria*. 1997;19:127-32.
15. Larrosa SP, Vernet VM, Sender PM, Simó CE, Ureña TM, Jovell FE. Intervención antialcohólica en bebedores crónicos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;25:489-92.
16. Rodríguez-Martos DA, Gual SA, Llopis LJ. La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:446-50.
17. Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)*. 1992;99:584-8.
18. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alc*. 1995;56:423-32.
19. López-Marina V, Pizarro RG, Alcolea GR, Beato FP, Rama MT, Galindo ME. Factors socio-demogràfics i culturals relacionats amb els pacients bebedors de risc que s'atenen a l'atenció primària de salut. *Butlletí de la societat catalana de medicina familiar i comunitària*. En prensa.
20. Del Río MC. Consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol en España. *Jano*. 1998;54:197-203.
21. Robledo DT, Ortega SP, Cabezas PC, Forés GD, Nebot AM, Córdoba GR. Recomendaciones sobre el estilo de vida. En: *Actualización 2003 del PAPPS*. *Aten Primaria*. 2003;32 Supl 2:30-44.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud 2001. Avance de resultados.
23. Fernández SM, Herreros TB, Bermejo CC, Bautista M, Rojo M, Herrera B. Prevalencia de bebedores de riesgo y factores asociados en varones que acuden a las consultas de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;17:182-6.
24. Wilson P. *Drinking in England and Wales: an enquiry on behalf of the Department of Health and Social Security*. London: HMSO; 1980.
25. Espinás J, Salla RM, Alonso L, Pomar AJ, Llor JL, Custodi J, et al. Estudio de la prevalencia del consumo de alcohol en la comarca del Baix Ebre (Tarragona). *Aten Primaria*. 1989;6:488-92.
26. Martín-Almendros MI, Martínez-González MA, De Irala-Estévez J, Gibney M, Kearney J, Martínez JA. Percepciones de la población adulta española sobre factores determinantes de la salud. *Aten Primaria*. 1999;24:514-22.
27. Chik J, Ritson B, Connaughton J, Stewart A, Chik J. Advice versus extended treatment for alcoholism: a controlled study. *Br J Addict*. 1988;83:159-70.
28. Fernández GJ, Ruiz MR, Pérula TL, Campos SL, Lora CN, Martínez IJ, Grupo Cordobés de Investigación en Atención Primaria (GCIAP). Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:146-55.
29. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J, US Preventive Services Task Force. Behavioral counselling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:557-68.
30. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Efectividad del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit*. 2003;17:116-22.
31. Savolainen MJ, Kesaniemi YA. Effects of alcohol on lipoproteins in relations to coronary heart disease. *Curr Op Lipidol*. 1995;6:243-50.
32. Valimaki M, Taskinen MR, Ylikahri R, Roine R, Kuusi T, Ehnholm C, et al. High density lipoprotein subfractions and postheparin plasma lipases in alcoholic men before and after ethanol withdrawal. *Metabolism*. 1982;31:112-9