

3
2
1
0



CÓMO ACTUAR ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL: GUÍA DE REFERENCIA PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA



Financiado por:



SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SIN ALCOHOL



* GRUPO DE EDUCACIÓN SANITARIA DEL PAPPS

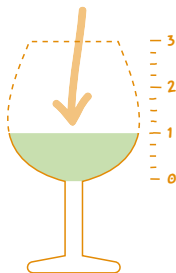
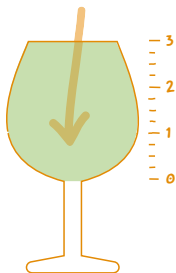
La prevención e intervención sobre el consumo abusivo de alcohol es una actividad que necesitan los pacientes, que funciona y que es de fácil aplicación.

* RECOMENDACIÓN PAPPS

Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 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 utilizar una encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, compuesta por unas preguntas básicas "blandas" que analizan el consumo en días laborables y festivos. El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente empleando la cuantificación en unidades (unidad de bebida estándar [UBE]; 1 UBE = U =10 gramos de alcohol puro).

LA DETECCIÓN DEL ABUSO DE ALCOHOL DEBE HACERSE:

- Como parte de un examen preventivo rutinario
- Antes de prescribir fármacos que interaccionen con el alcohol
- En respuesta a problemas que pueden estar relacionados con el abuso de alcohol



* DEFINICIONES

Consumo de bajo riesgo o consumo objetivo:

Se consideran límites "poblacionalmente de bajo riesgo" los inferiores a **17 U/semana** para hombres y **11 U/semana** para mujeres, y cero en el caso de personas menores de 18 años.

Consumo peligroso:

Se considera que entre **17 y 28 U/semana** en los hombres y entre **11 y 17 U/semana** en mujeres el consumo es peligroso. Es una zona gris, en que los efectos no están tan claros como en el consumo de riesgo.

Consumo de riesgo:

Hablamos de bebedor de riesgo cuando el consumo de alcohol es igual o mayor a **28 U/semana** para los hombres y **17 U/semana** para las mujeres. Como criterio complementario, también se considera consumo de riesgo la ingesta de 5 U en 24 horas con una frecuencia de al menos una vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado. También se considera de riesgo cualquier grado de consumo en caso de antecedentes familiares de alcoholismo, menores, embarazo y lactancia.

* DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL. PASOS A SEGUIR

La actitud ante el consumo de alcohol en Atención Primaria (AP) pasa por plantearse una serie de respuestas a algunas preguntas.

→ PASO 1	Preguntar. ¿Estamos ante un paciente sometido a un probable riesgo derivado de su consumo de alcohol?
→ PASO 2	Evaluar. ¿Presenta el paciente consecuencias biológicas relacionadas con un abuso de alcohol? ¿Estamos ante un paciente con desviaciones conductuales sugestivas de dependencia alcohólica?
→ PASO 3	Aconsejar y tratar. ¿Debemos recomendar la moderación en el consumo o la abstinencia absoluta?
→ PASO 4	Acordar un seguimiento. ¿Hay que derivar al paciente? ¿Cuál es el plan de seguimiento?

→ PASO 1

* EXPLORACIÓN DEL CONSUMO

Se recomienda la cuantificación del consumo mediante entrevistas semiestructuradas que valoren la cantidad y la frecuencia de las bebidas alcohólicas consumidas.

* CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES

1 UBE		2 UBE	
1 caña o 1 quinto de cerveza (200 ml)		1 copa de coñac (50 ml)	
1 vaso pequeño de vino (100 ml)		1 combinado (50 ml)	
1 vaso de vino generoso (jerez) (50 ml)		1 vermut (100 ml)	
1 copa de cava (50 ml)		1 whisky (50 ml)	
1 carajillo de licor (25 ml)			

Tipo de bebida	Volumen	Nº de unidades
Vino	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1
	1 litro	5
Whisky, ron, coñac...	1 copa (50 ml)	2
	1 carajillo (25 ml)	1
	1 combinado (50 ml)	2
	1 litro	40
Jerez, vermut, cava	1 copa (50 ml)	1
	1 vermut (100 ml)	2
	1 litro	20

→ PASO 2

* EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS. CUESTIONARIOS

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**. Otros expertos recomiendan el test **AUDIT**.

* CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO¹ (CUESTIONARIO GENERAL SOBRE HÁBITOS DE VIDA)

- 1 ¿Piensa usted que come demasiados dulces?
- 2 ¿Le han ofrecido alguna vez un porro o una dosis de cocaína?
- 3 **¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?**
- 4 ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente?
- 5 ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?
- 6 **¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?**
- 7 ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?
- 8 ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?
- 9 **¿Se ha sentido en alguna ocasión mal o culpable por su costumbre de beber?**
- 10 ¿Le han comentado alguna vez que debería fumar menos?
- 11 **¿En alguna ocasión lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?**
- 12 ¿Se ha planteado alguna vez cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?

Dos o más respuestas afirmativas a estas preguntas indican posible dependencia del alcohol.

¹ Fuente original del cuestionario CAGE: Mayfield D (1974).
Versión española del cuestionario CAGE: Rodríguez Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R (1986).
Versión "camuflada" de 12 ítems de Delgado MT, Córdoba R y Altisent R (1998).

Las preguntas 3, 6, 9 y 11 configuran el test de cage. (Cuestionario general sobre hábitos de vida)

* DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

El diagnóstico de síndrome de dependencia alcohólica (SDA) puede establecerse según los criterios incluidos en el manual de diagnóstico de la American Psychiatric Association, el DSM-IV, código 303.90.

* CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV PARA LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

→ TOLERANCIA

Necesidad de consumir cantidades crecientes de alcohol para lograr el efecto deseado o disminución del efecto tras la ingesta de la misma cantidad.

→ DEPRIVACIÓN

Síndrome de abstinencia característico del alcohol o la ingesta de alcohol o sustancia relacionada para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

→ ALTERACIÓN DE CONTROL

Deseo persistente o bien uno o más intentos de reducir o controlar el consumo de alcohol; ingesta de mayores cantidades o durante períodos de tiempo más prolongados que los planteados.

→ DESCUIDO DE LAS ACTIVIDADES

Abandono o disminución importante de las actividades sociales, laborales o recreativas por causa de la bebida.

→ TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL

Mucho tiempo utilizado en actividades necesarias para obtener alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

→ CONSUMO DE ALCOHOL A PESAR DE LOS PROBLEMAS QUE OCASIONA

Consumo continuado de alcohol a pesar de los persistentes problemas físicos o psicológicos que pueden deberse a ello.

Se considera que hay un problema de alcoholismo si se cumplen tres o más criterios durante el último año.

Como alternativa a la utilización de los criterios DSM-IV, puede utilizarse el test de MALT. Es un protocolo diagnóstico de alcoholismo, concebido para establecer tres categorías según la puntuación obtenida: 0-5 puntos: no alcohólico; 6 -10 puntos: sospecha de alcoholismo; 11 o más puntos: alcoholismo. La versión española del test, para estos puntos de corte, obtiene una elevada especificidad (82-99%), sensibilidad extrema (100%) y valor predictivo del 87%.

* MARCADORES BIOLÓGICOS. 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, glutámico-oxalacético transaminasa (GOT o AST), glutámico-pirúvico transaminasa (GPT o ALT), cociente GOT/GPT mayor de 1, y volumen corpuscular medio (VCM).
- ➔ El marcador biológico más sensible (33-52%) y específico (81-89%) para el abuso de alcohol en AP sería la GGT. Después de la GGT, los de mayor rendimiento serían el VCM y la GOT. La determinación conjunta de los tres parámetros elevados mejora el rendimiento, pero no sustituye la exploración del consumo mediante entrevista. Su principal utilidad es la monitorización de los cambios en el seguimiento.

* EVALUACIÓN DE LA DISPOSICIÓN AL CAMBIO

ESTADIO	CARACTERÍSTICAS / EJEMPLOS
➔ Precontemplación	La gente no ve problema en su conducta. "A mí el alcohol me sienta muy bien."
➔ Contemplación	La persona ve inconvenientes en su hábito. "Últimamente noto que me sienta peor."
➔ Preparación	El paciente toma una serie de decisiones para superar su problema. "Algo tendré que hacer."
➔ Acción	Las personas toman el control para hacer un cambio. "Hace una semana que no bebo."
➔ Mantenimiento	La persona persiste en su nueva conducta. Está presente la tentación de recaer. "Me resulta difícil, pero pienso que vale la pena."
➔ Recaída	El paciente vuelve a su conducta anterior. "No sé cómo ha sucedido, pero vuelvo a beber."

→ PASO 3

a) Para los pacientes sin criterios de dependencia de alcohol

Pacientes con **consumo de riesgo** pero **CAGE < 2** o **AUDIT < 13**:

* BASES DEL CONSEJO BREVE PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO

La intervención consiste en el consejo médico encaminado a la modificación del patrón de consumo. Este consejo debe ser personalizado e incluir:

- Información positiva sobre los beneficios de la moderación.
- Información sobre el peligro de la ingesta excesiva de alcohol.
- Negociar la reducción, llegando a un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (11-17 unidades/semana, según sexo).
- Puede añadirse material educativo de apoyo, para reafirmar el consejo, si disponemos de él.

Consejos prácticos de reducción del consumo en el bebedor de riesgo no dependiente:

Defina un límite por día, por semana y por ocasión

Monitorice los hábitos de bebida para saber qué cantidad bebe

No beba nunca en ayunas

Intente restringir la bebida a sólo algunas ocasiones, por ejemplo, beba sólo durante las comidas

Beba lentamente. No mantenga el vaso en la mano entre cada sorbo

No deje la botella a mano para la próxima copa

Cambie de tipo de bebida de vez en cuando (bebidas no alcohólicas)

Utilice bebidas de poca graduación en lugar de bebidas fuertes

Disfrute de las bebidas no alcohólicas de vez en cuando

Evite beber antes de las comidas

Si bebe diariamente, haga "pausas" en el consumo y no beba nada de alcohol durante 4 o 5 días cada mes

Practique el hábito de rechazar bebidas y decida no beber en algunas ocasiones

No se sume a todas las "rondas" ni fuerce a beber a los demás

No sobrepase diariamente el consumo de alcohol equivalente a 1/4 litro de vino

No beba en situaciones de riesgo (embarazo, lactancia, en el trabajo, conducción, tomando medicamentos)

No beba para solucionar problemas personales (angustia, nerviosismo, etc.) Identifique las motivaciones para beber y no beba como alivio o escape

No apague nunca la sed bebiendo alcohol

* ESTILO DE INTERVENCIÓN

- Utilizar un estilo **empático** y evitar la confrontación.
- Ofrecer al paciente **alternativas** sobre el mejor modo de hacer los cambios.
- Enfatizar la **responsabilidad** del paciente para realizar los cambios en la conducta de bebida.
- Reforzar la **confianza** de los pacientes en su capacidad para desarrollar los cambios necesarios.

b) Para los pacientes con criterios de dependencia del alcohol

Pacientes con **consumo de riesgo** pero **CAGE** ≥ 2 o **AUDIT** ≥ 13 : será necesario valorar criterios DSM-IV o test MALT para confirmar si existe dependencia.

* TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

El tratamiento tiene dos fases: desintoxicación y deshabituación.

1. Desintoxicación

- Es muy recomendable la baja laboral durante una semana, el reposo domiciliario con un ambiente tranquilo y una adecuada hidratación con agua y zumos, mayor cuanto mayor sea la gravedad del cuadro. Vitaminas del grupo B (B1 + B6 + B12). En ocasiones se debe reponer ácido fólico y/o hierro.
- La intensidad del síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) debe orientar sobre la dosis que se debe utilizar de los fármacos sedantes.

Fármacos sedantes. Es útil la prescripción de fármacos tranquilizantes desde el mismo momento del cese del consumo, como prevención del SAA. No son necesarios si consta una interrupción brusca en el consumo sin síntomas de abstinencia, siempre que sea reciente. Los fármacos más utilizados en nuestro medio son:

Clormetiazol: es un fármaco seguro. Además de sedante es anticonvulsivante, lo que lo hace aconsejable cuando se prevé la aparición de convulsiones por privación. Sus principales efectos indeseables son su capacidad adictiva y su efecto depresor respiratorio.

Tiaprída: también es seguro, pero su potencia es menor.

Clorazepato: tiene tolerancia cruzada con el alcohol, eliminación hepática, efecto depresor central y capacidad adictiva. Para esta indicación, se usa más en Estados Unidos que en la Unión Europea.

2. Deshabitación

El tratamiento con **fármacos anticraving e interdictores** ocupa un lugar importante. Estos fármacos tienen una función disuasiva, que no merma la libertad del sujeto, pues su toma es voluntaria. Su principal función es evitar la recaída por un consumo compulsivo (craving). Existen dos tipos de fármacos. El acamprosato, que tiene un efecto anticraving, y el disulfiram, que posee un efecto interdictor. Se pueden usar por separado o combinados.

Acamprosato (efecto anticraving): es un fármaco bastante seguro del que no se ha descrito que pueda producir daños hepáticos y que ha demostrado tener un efecto independiente de la dosis en el comportamiento de los alcohólicos. Puede asociarse a disulfiram en caso necesario. Deben administrarse 6 comprimidos al día (2-2-2) durante un período de 6-12 meses. Otro anticraving es la naltrexona, pero existen dudas de su eficacia real y es hepatotóxico.

Disulfiram (efecto interdictor): a dosis iniciales de 250 mg/día (1 comprimido/día) tiene múltiples efectos secundarios (hepatitis) e interacciones (anticoagulantes, etc.). (La cianamida es un fármaco con un nivel C de evidencia científica y no se recomienda.)

Otros fármacos: la **fluoxetina** a dosis habituales ha demostrado que ayuda a reducir el consumo de alcohol, aunque en menor medida que el acamprosato. Sus efectos antidepresivos demostrados ayudan en el tratamiento de la depresión comorbida en los alcohólicos (muy frecuente).

Existe una red de centros de atención a las drogodependencias con la que es posible coordinarse para la atención a personas alcohólicas. En la página Web del Plan Nacional sobre Drogas se puede encontrar el listado de estos centros:

www.pnsd.msc.es/Categoria1/directorio/home.htm



→ PASO 4

* SEGUIMIENTO Y DERIVACIÓN

- El seguimiento del paciente debería practicarse con visitas sucesivas, para reforzar y mantener el pacto, ya que el número de visitas parece guardar relación con mejores resultados, aunque el consejo durante una visita única también ha demostrado una reducción en el consumo de alcohol.
- En la monitorización de la respuesta al tratamiento es muy útil la determinación de la GGT, sobre todo por el efecto de refuerzo positivo que significa para el paciente la normalización de las cifras después de unas pocas semanas de la abstinencia. La abstinencia debe recomendarse al menos durante 4 semanas en todo tipo de pacientes con o sin criterios de dependencia.
- Las indicaciones para la derivación hospitalaria son: a) falta de una persona responsable de la supervisión domiciliaria del proceso. No sería necesario el ingreso si la intensidad esperada es poca; b) patología psiquiátrica coexistente que precise ingreso por sí misma (psicosis aguda, ideación suicida, etc.), y c) aparición de un SAA grave, a pesar del tratamiento farmacológico a dosis plenas.
- Descartado el ingreso para esta fase, la desintoxicación ambulatoria se puede realizar en AP. Se recomienda un seguimiento exhaustivo para una reevaluación continua de la gravedad del SAA, incluyendo una visita domiciliaria al segundo día si fuera necesario. Al paciente se le debe dar apoyo motivacional, sobre todo, ante las dificultades surgidas durante el proceso. Es muy importante valorar elogiosamente los esfuerzos realizados por el paciente, para favorecer una mejor opinión de sí mismo y, por tanto, ayudarle a percibir una mayor autoeficacia.
- En la fase de deshabitación en que debe consolidarse la conducta de no consumir alcohol, se debe actuar en múltiples aspectos del paciente y de su entorno. Como en todo el proceso, hay que seguir trabajando la motivación: evitar las situaciones o lugares en los que se producía el consumo, utilizar el apoyo de familiares y amigos, valorar el cambio de conducta producido, desarrollar conductas alternativas, etc. Es muy importante que la autoeficacia percibida por el sujeto para realizar el cambio de conducta sea elevada. Es ineludible un adecuado examen mental que diagnostique la llamada patología dual o coexistencia de otros trastornos psiquiátricos con el de dependencia alcohólica.

* BIBLIOGRAFÍA

Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. Med Clin (Barc) 1992;99:584-8.

Grupo Alcohol semFYC. Recomendaciones semFYC. ALCOHOL. semFYC, 2000.

National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients with alcohol problems. A Health Practitioner's Guide. 2003.

Rodríguez Martos A. Manual de alcoholismo para el medico de cabecera. Salvat, Barcelona, 1989.

Autores: Teresa Robledo y Rodrigo Córdoba

Grupo de Educación Sanitaria y Promoción
de la Salud del PAPPS

Redactores: Teresa Robledo, Rodrigo Córdoba

©2005 Sociedad Española de Medicina de Familia
y Comunitaria (semFYC)
Portaferriera, 8, pral. 08002 Barcelona

www.semfyces

Segunda edición, 2007

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Diseño: ALEHOP

ISBN: 84-96216-71-3