

MANUAL DE CONSENSO SOBRE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA



SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



MANUAL
DE CONSENSO
SOBRE
**ALCOHOL
EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

© SOCIDROGALCOHOL

Edita: SOCIDROGALCOHOL

Barcelona, junio de 2016

Maquetación e impresión: MARTÍN IMPRESORES S.L.

martin@martinimpresores.com

ISBN: 978-84-945737-0-5

ÍNDICE DE AUTORES

ARBESU, José Angel

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud La Eria. Oviedo.
Coordinador Área Neurociencias SEMERGEN.

ARMENTEROS DEL OLMO, Lorenzo

Médico de Familia. Centro de Salud Islas Canarias. Lugo.
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

CASQUERO, Rafael

Médico de Atención Primaria. Psiquiatra. Miembro del Grupo Salud Mental SEMERGEN.
Centro de Salud Las Cortes Madrid.

GONÇALVES, Fernando

Médico de familia. Responsable del grupo de Salud Mental de la SEMG.

GUARDIA SERECIGNI, Josep

Consultor senior en Psiquiatría. Unidad de Conductas Adictivas.
Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Vicepresidente de SOCIDROGALCOHOL.

LÓPEZ SANTIAGO, Asensio

Grupo de Intervención en Drogas, SEMFyC. Director médico Área Salud IX.
Servicio Murciano de Salud.

PASCUAL PASTOR, Francisco

Coordinador médico UCA Alcoi. Conselleria Sanitat. Generalitat Valenciana.
Presidente de SOCIDROGALCOHOL. Asesor de CAARFE.

REPRESAS CARRERA, Francisco Jesús

Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
Presidente de la Asociación Gallega de Enfermería Familiar y Comunitaria – AGEFEC.

RUZ FRANZI, Ignacio

Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. EAP Olivillo. Cádiz.
Grupo de Intervención en Drogas de la SEMFyC.

SALA AÑÓ, Carmen

Enfermera Máster en Drogodependencias. Hospital de la Plana. Castellón.
Junta Directiva SOCIDROGALCOHOL.

07	1 / PRÓLOGO Francisco de Asís Babín Vich (PNSD)
09	2 / PRESENTACIÓN Francisco Pascual
11	3 / EPIDEMIOLOGÍA — JUSTIFICACIÓN
15	4 / PROMOCIÓN DE LA SALUD Y HÁBITOS SALUDABLES Francisco J. Represas — Carmen Sala
25	5 / CONSUMO EXCESIVO – DE RIESGO Ignacio Ruz — Francisco Pascual
31	6 / CONSUMO PROBLEMÁTICO José Angel Arbesu — Francisco Pascual
43	7 / TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL (O ALCOHOLISMO) Fernando Gonçalves — Josep Guardia
63	8 / SITUACIONES ESPECIALES
63	A / ALCOHOL Y EMBARAZO Asensio López — Francisco Pascual
79	B / ALCOHOL Y MENORES Rafael Casquero — Josep Guardia
95	C / ALCOHOL Y PATOLOGÍA ORGÁNICA Y/O PSIQUIÁTRICA Lorenzo Armenteros — Josep Guardia
113	9 / MEDICIÓN DE CONSUMOS
115	10 / MARCADORES BIOLÓGICOS / PRUEBAS DE LABORATORIO
117	11 / ANEXOS
117	I / AUDIT C
118	II / CAGE
119	III / AUDIT
122	IV / CBA
124	V / MALT
127	VI / CIWA

1 / PRÓLOGO

Francisco de Asís BABÍN VICH
Delegado del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Aunque parezca obvio señalarlo, conviene resaltar, una vez más, que el consumo excesivo de alcohol, provoca importantes consecuencias negativas tanto en lo que atañe al ámbito de la salud de los consumidores, como en lo que se refiere a su vida familiar, social, laboral, etc.

De igual modo, conviene recordar algunos datos sobre la extensión del uso de alcohol en la población española. De acuerdo con las encuestas que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas lleva a cabo, de forma periódica, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España, tanto por la población general, de 15 a 64 años, como por los jóvenes de 14 a 18 años.

En lo que se refiere a la población general, de 15 a 64 años, el 64,4% ha consumido alcohol en los 30 días anteriores a ser encuestados (Encuesta EDADES, 2013/2014), siendo la edad media de inicio al mismo de 16,7 años, edad que se ha mantenido prácticamente igual desde finales de los años 90.

Por lo que atañe a los jóvenes (estudiantes de 14 a 18 años), la proporción de aquellos que han tomado alcohol en los 30 días anteriores a la encuesta asciende a 68,2% (Encuesta ESTUDES, 2014/2015). Se trata de una prevalencia muy elevada, máxime si tenemos en cuenta que, salvo en el caso de aquellos jóvenes que han cumplido los 18 años, para el resto, el alcohol es una sustancia a la que no pueden tener un acceso legal.

El modo en que se lleva a cabo este consumo por parte del colectivo, hay que insistir, adolescente y juvenil, es en muchos casos especialmente preocupante. Más de uno de cada cinco jóvenes de estas edades, manifiestan haberse emborrachado en los 30 días anteriores a haber sido encuestados, mientras que, en este mismo período de tiempo, uno de cada tres afirma haber realizado binge drinking, esto es, un consumo excesivo de alcohol en un breve lapso de tiempo.

Conviene indicar, también, como muestra significativa de la evolución de los patrones de consumo de alcohol en nuestro país, la existencia de una mayor prevalencia de consumidores de alcohol entre las chicas que entre los chicos (algo que también sucede en el caso del tabaco y los hipnosedantes). Esta mayor prevalencia ha hecho que, por ejemplo, en el año anterior a la realización de la Encuesta ESTUDES, 2014/2015, de los 285.700 jóvenes que se habían iniciado en el consumo de alcohol, 131.100 fueran varones, mientras que la cifra de mujeres ascendía a 154.600.

El Plan Nacional sobre Drogas, desde su creación en 1985, siempre ha considerado el alcohol como una sustancia más dentro de las que son objeto de su atención. Es por ello que, en todas las Estrategias Nacionales sobre Drogas, así como en los Planes de Acción que las desarrollan, el alcohol ocupa un destacado lugar, tanto en lo que tiene que ver con el ámbito de la reducción de la demanda, como con el control de la oferta.

Y, sin duda, lo seguirá ocupando en la próxima Estrategia de Drogas cuya elaboración estamos impulsando desde la Delegación y en la que, como en las anteriores, vamos a contar con la colaboración de todas las Administraciones Públicas implicadas, organizaciones no gubernamentales, expertos y sociedades científicas, entre las que Socidrogalcohol ocupa un lugar relevante desde hace muchos años.

El libro que hoy tengo el honor de prologar y sobre cuyo contenido no voy a extenderme, ya que es algo que el Dr. Francisco Pascual Pastor aborda en la Presentación del mismo, se enmarca en una serie de programas, actividades, estudios y publicaciones que la Delegación lleva apoyando e impulsando desde sus comienzos, con vistas a una intervención cada vez más consistente y de mayor calidad en relación con esta sustancia.

Como podrá comprobar el lector del mismo, las aportaciones incluidas en él, son de una gran variedad y abarcan aspectos esenciales del problema, además de haber sido realizadas por un amplio espectro de profesionales muy destacados en el campo de la atención a las adicciones. Sus destinatarios principales son todos los profesionales de la Atención Primaria de nuestro país, además de aquellos de otros ámbitos interesados y, estoy seguro, de que su estudio contribuirá a mejorar la calidad del trabajo cotidiano que llevan a cabo.

Para finalizar, quiero felicitar a Socidrogalcohol y a los profesionales que han intervenido en la redacción de esta publicación por el excelente trabajo realizado, y reiterar mi compromiso personal y profesional, como Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, para seguir colaborando con ellos, con el objetivo de mejorar nuestras políticas y actuaciones en el marco de las adicciones.

2 / PRESENTACIÓN

Dr. PASCUAL, Francisco
Presidente de SOCIDROGALCOHOL

La atención primaria de salud es la puerta de entrada de muchas de las patologías cotidianas, pero en ocasiones la falta de tiempo o de habilidad clínica ante un determinado problema tiene como resultado el infradiagnóstico, y por tanto la no intervención ante alguno de ellos.

Los casos de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol son paradigmáticos, ya que se calcula que un 90% de estos no se diagnostican y no reciben tratamiento.

Es difícil que, en una nación como España, donde el consumo de alcohol es algo cultural, una persona pida ayuda para tratar sus problemas con las bebidas alcohólicas, pues normalmente ve sus consumos como algo cotidiano, no problemático, sin que llegue a relacionar algunas patologías orgánicas o alteraciones de carácter con el propio consumo de bebidas alcohólicas.

Por ello únicamente en casos en casos muy llamativos, evidentes o graves se se solicita demanda terapéutica.

Pero si, como hemos dicho, la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, y el médico de familia y enfermero son los primeros que pueden determinar y detectar algunos problemas de salud, entenderíamos que un diagnóstico precoz y una intervención temprana, incluso en los primeros estadios de un posible proceso adictivo, sería imprescindible para mejorar la salud del paciente.

Además, si se trabajan algunos aspectos de reducción de consumos y de reducción de daños, las complicaciones orgánicas y psíquicas se podrían minimizar e incluso evitar.

El manual se ha dividido en varios capítulos:

- **Promoción de la salud y hábitos saludables**, en el que se nos ofrecen consejos y medidas para hacer un correcto uso y poder detectar señales de alerta.
- **Consumo excesivo de riesgo**, ya que se sabe que a partir de ciertas cantidades de alcohol ingerido las probabilidades de padecer algún tipo de problema se multiplican, hay que evaluar pues antes de llegar al
- **Consumo problemático**, con ingestas importantes que aún sin llegar a constituir un trastorno, dan como consecuencias las primeras alteraciones de carácter, comportamiento, analíticas o sociales y por último el
- **Trastorno por consumo de alcohol**, equivalente a la dependencia o alcoholismo.

Hemos querido además resaltar tres situaciones especiales que consideramos relevantes, sobre todo en la actuación desde Atención Primaria como son la relación del

alcohol con el embarazo, con los menores y con la aparición o presencia de enfermedades orgánicas o psiquiátricas.

El manual pretende establecer vías de consenso entre SOCIDROGALCOHOL y las sociedades de profesionales de Atención Primaria, médicos y enfermeros fundamentalmente, y con ello elaborar una guía que ayude en la toma de decisiones y en la intervención en lo relativo a todos los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

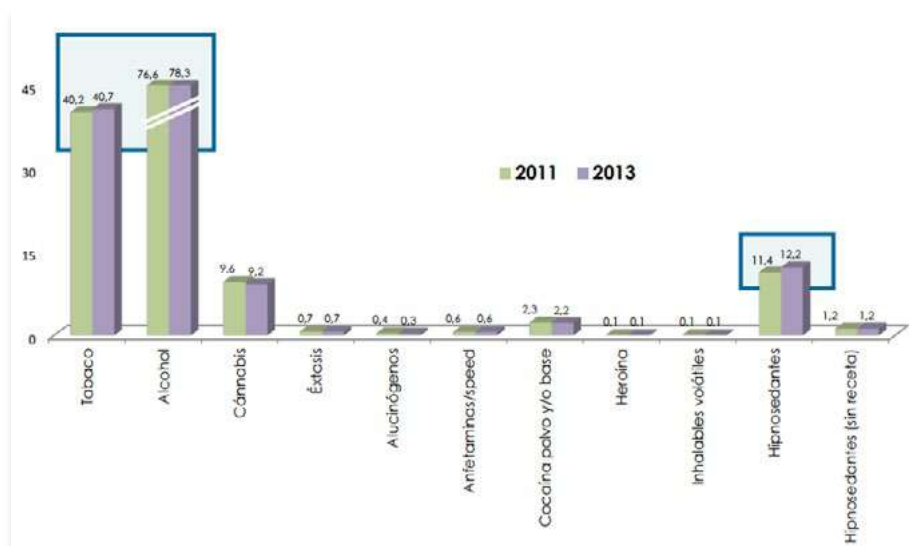
En algún capítulo puede haber conceptos, test o pruebas de laboratorio que se repitan, y es que la estratificación del problema, permite consultar directamente determinado nivel de gravedad según los consumos o consecuencias que presente la persona que estamos evaluando y atendiendo, y algunos cuestionarios y pruebas pueden ser útiles en cualquiera de ellos.

Fruto del consenso y trabajo en común es el documento que ahora tienes entre tus manos y que esperamos que sea útil en la práctica clínica diaria y que permita al menos acercarnos al diagnóstico y abordaje de ese casi 90% de personas que aun teniendo una relación patológica con el consumo de alcohol pasan por las consultas sin ser diagnosticados y mucho menos sin ofrecerles un abordaje o intervención, aunque sea mínimo que le permita mejorar su calidad de vida.

3 / EPIDEMIOLOGÍA — JUSTIFICACIÓN

La última encuesta sobre alcohol y drogas en la población española, EDADES 2013-2014, publicada en el año 2015 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad presenta que las sustancias más consumidas por un mayor porcentaje de personas son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, aumentando ligeramente desde 2011 el consumo de estas drogas legales frente a las ilegales como se puede observar en el siguiente gráfico 1.

Gráfico 1 / Proporción de consumidores de drogas en los últimos 12 meses.



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España EDADES 2013-2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015.

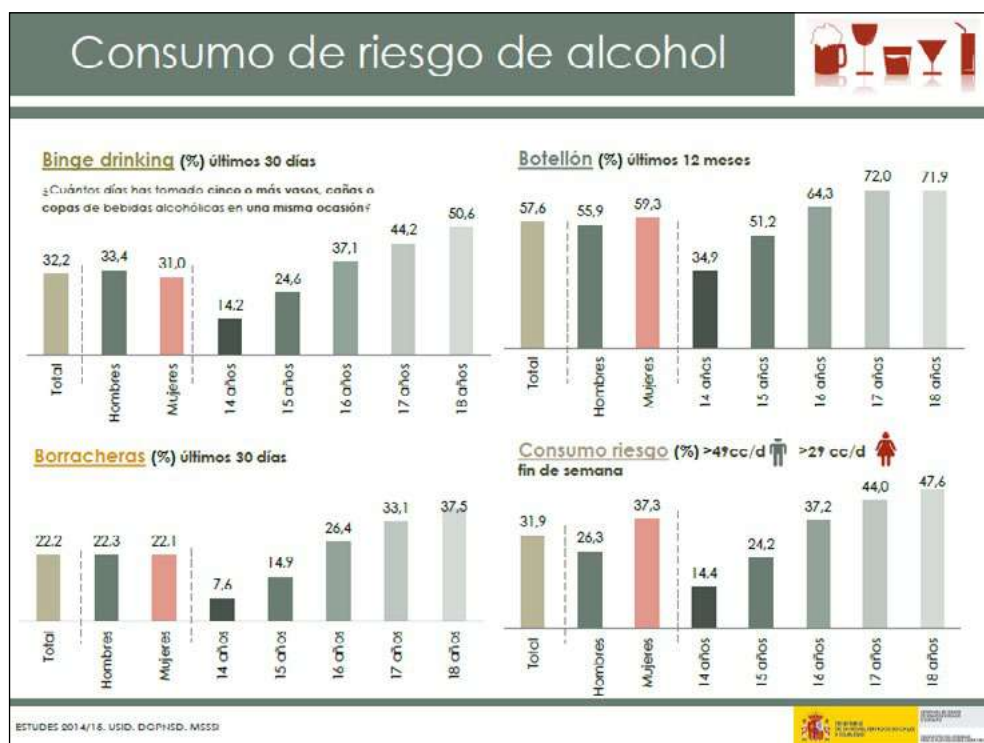
En cuanto al sexo, el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres. En comparación con estudios previos se observa un aumento del consumo de alcohol en la población más joven de 14 y 15 años.

El 44,3% de la población encuestada consume únicamente una sustancia, estando el alcohol presente en el 90% de los policonsumos, sobre todo si es de tipo intensivo (binge drinking, intoxicaciones etílicas).

Los datos publicados en Febrero de 2016 sobre la última encuesta estatal del uso de drogas en estudiantes, ESTUDES 2014-2015, refleja que la sustancia más consumida por este grupo poblacional es el alcohol y su proporción de consumo aumenta con la edad.

Entre los encuestados se observa la temprana edad de inicio en el consumo de alcohol, cifrada en la actualidad en los 13,9 años de media.

Y con los siguientes patrones de consumo:



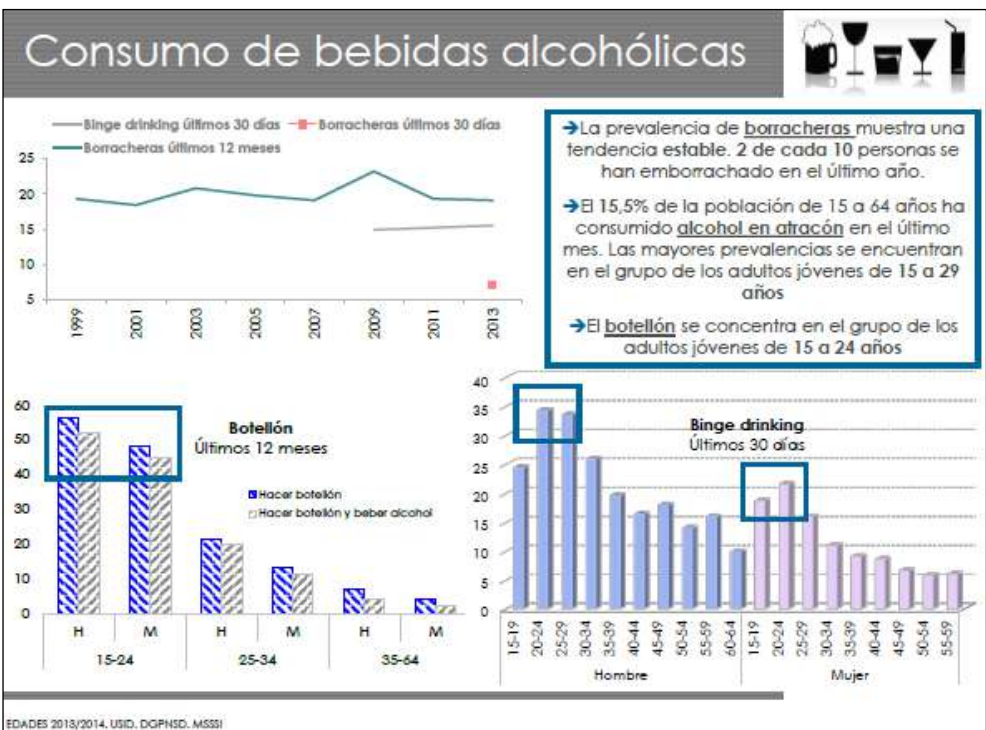
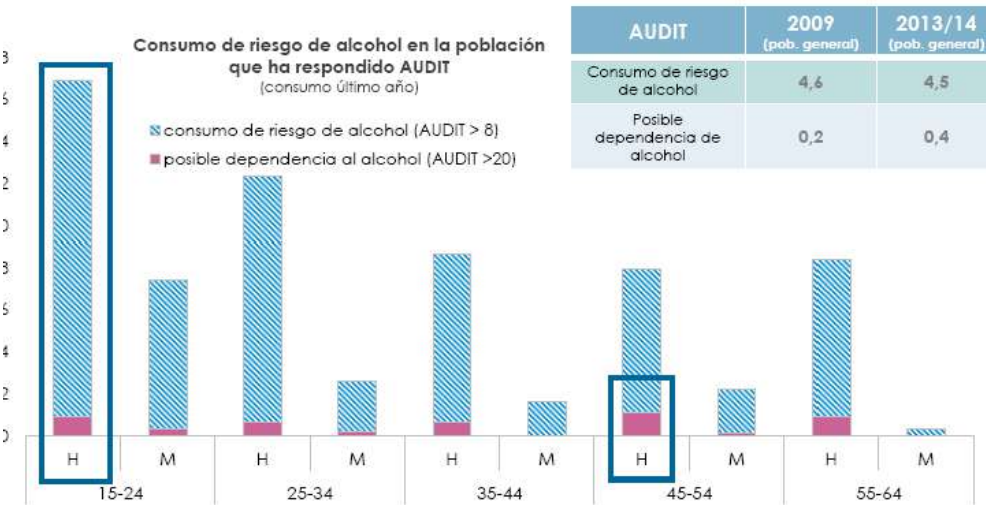
Los datos de esta encuesta revelan un importante aumento del consumo de alcohol, así el 78,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol, el 76,8% ha consumido en el último año y el 68,2% ha consumido alcohol en el último mes. La frecuencia y la intensidad del consumo de alcohol aumentan con la edad, con 14 años el 14,2% se han emborrachado en el último mes y con 18 años el 50,6%.

Desde el año 1995, el Plan Nacional de Drogas realiza, cada dos años, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Los últimos datos que nos proporciona la Encuesta EDADES 2013-2014 (2), el alcohol es la droga más consumida por los españoles en los últimos doce meses. Dicha encuesta también refleja que en nuestro país existe un consumo de riesgo/problema de alcohol del 4,5%. Considerando un promedio de 1.500 pacientes por cada cupo médico en AP, esta cifra supone que alrededor de 67 pacientes tendrán un consumo de riesgo/problema. (Fig. 1).

La alta prevalencia en el consumo de bebidas alcohólicas, la variabilidad en la forma de consumo, la cada vez más frecuente aparición de borracheras y la incorporación de la mujer en el consumo habitual, han sido los motivos más importantes para elaborar el pre-

sente manual.

Figura 1 / Consumo de riesgo de alcohol en la población española según la Encuesta sobre alcohol y drogas en España del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2014.



4 / PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

REPRESAS CARRERA, Francisco Jesús. Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Presidente de la Asociación Gallega de Enfermería Familiar y Comunitaria – AGEFEC.

SALA AÑÓ, Carmen. Enfermera. Máster en Drogodependencias. Hospital de la Plana. Castellón. Junta Directiva SOCIDROGALCOHOL.

1 / INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de la Conferencia Internacional de Atención Primaria (Alma Ata, 1978), subrayó el papel de la atención primaria como elemento nuclear del Sistema Nacional de Salud que presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios y comprende actividades de educación sobre los principales problemas de salud y sus métodos de prevención.

Es conocido que los factores condicionantes de las enfermedades prevalentes son los relacionados con los estilos de vida y las condiciones socioambientales, por lo que se hace necesario priorizar las actuaciones de promoción y prevención por parte de las diferentes Comunidades Autónomas las cuales elaboran diversos planes de salud orientados a la protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante estrategias a desarrollar principalmente desde atención primaria. Realizando actuaciones de tipo intersectorial con la participación conjunta de otros profesionales, además de los sanitarios, en el campo de la promoción y prevención.

La OMS (1998) define el estilo de vida como “la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”. El estilo de vida refleja las formas típicas, estables y repetidas de la actividad vital de las personas, comprendiendo creencias, valores, actitudes y comportamientos en relación con la dieta, el ejercicio físico, el tabaco, el alcohol o las emociones.

El alcohol es sin duda la sustancia de mayor penetración en la sociedad española, y junto al tabaco son las drogas más usadas y las que generan con diferencia mayores problemas de salud pública en la actualidad. Pero el alcohol además de ser una droga es también, en nuestra sociedad, un elemento cultural de primer orden lo que hace que su prevención no sea una cuestión de fácil abordaje y resolución.

Este manual se presenta como una guía de consenso para lograr un abordaje y manejo del alcoholismo de la forma más eficaz y eficiente posible dirigida a todos los médicos y enfermeros/as de atención primaria.

2/ IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

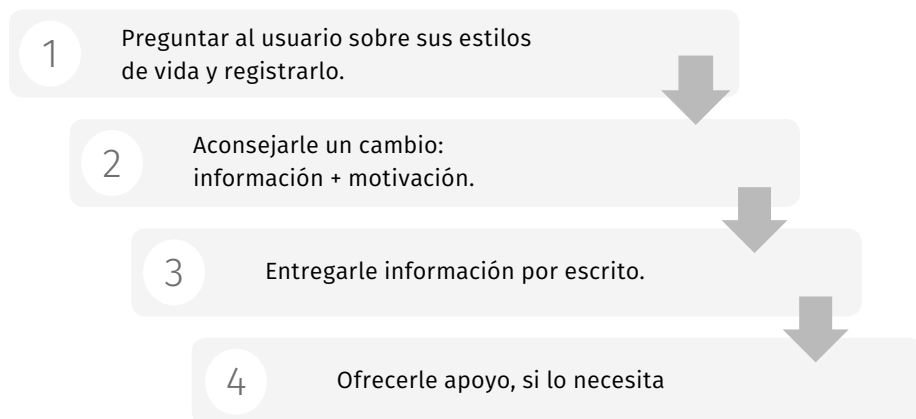
- El consumo de alcohol se relaciona con más de 200 enfermedades, incluyendo cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer.
- El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España tanto por la población general como por los jóvenes.
- La mayor parte de los daños y costes sociosanitarios asociados al alcohol, se producen en sujetos consumidores aparentemente no dependientes.
- Aproximadamente, el 10 % de los bebedores de alcohol desarrollan adicción, y de ellos el 4% lo harán a los 5 años de haberlo iniciado.
- En España se producen al año unas 20.000 muertes relacionadas con el consumo excesivo de alcohol.
- La adolescencia es una etapa de máxima vulnerabilidad frente a las adicciones. Cuanto antes se empieza a consumir alcohol, más pronto aparecen los efectos tóxicos de esta sustancia y su pronóstico empeora.
- Aproximadamente el 15% de las personas que acuden a una consulta en atención primaria presentan un consumo de alcohol considerado de riesgo.
- El consumo nocivo de alcohol hace que las personas sean más susceptibles a enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la neumonía.

3 / PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

La promoción de la salud es un concepto complejo en el que se ponen en relación factores individuales, ambientales y sociales con el fin de lograr mejorar el estado de salud y bienestar de la población. El principal objetivo que persiguen todas las estrategias de promoción de estilos de vida saludables entre la población es el “empoderamiento”, que se define como el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, consiguiendo el aumento de su calidad de vida como consecuencia de las conductas generadoras de salud que adquieren.

El consejo breve sobre estilos de vida es la intervención más eficaz y de mayor evidencia, siendo habitual en la práctica profesional con los objetivos de promover el desarrollo de estilos de vida saludables y favorecer que los usuarios avancen en sus procesos de cambio.

ETAPAS DEL CONSEJO:



CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA MOTIVACIÓN:

Información

- Exactitud, veracidad y adecuación a la evidencia científica del momento.
- Se expresa de una manera práctica.
- Se centra en el usuario: conocimientos previos, nivel sociocultural, situación, necesidades, decisiones, ...
- Es comprendida, bidireccional y participada, y es preciso verificar su claridad y si se ha entendido.
- Es biopsicosocial.

Motivación

- Propuesta de cambio concreta y personalizada.
- Se trata de una orientación más que de una prescripción, dada a partir del interés por el usuario.
- Motivación positiva: valorar, animar y reforzar.

El consejo es más eficaz si se realiza con respeto, aceptación, empatía y estableciendo un proceso de comunicación (escuchando y emitiendo mensajes verbales y no verbales).

- Rol del profesional: Facilitador, de ayuda y de apoyo.
- Rol del usuario que recibe el consejo: participa activamente, moviliza sus recursos y toma sus propias decisiones.

Dada la brevedad del consejo, entregar el folleto facilita que se incremente el tiempo de contacto entre la información y el usuario atendido, lo cual permite reducir la pérdida de información durante el mensaje y disminuir el olvido.



CONSEJO PARA DEJAR DE FUMAR

“¿Fuma?”

“Para su salud es importante que deje de fumar. ¿Ha pensado en dejarlo?”

“Este folleto trata sobre cómo dejar de fumar: si lo lee quizá le resulte útil”.

“Si necesita ayuda, podemos quedar otro día con más tiempo. Además, en el centro hacemos talleres en grupo para dejar de fumar”.

Dejar de fumar



CONSEJO SOBRE LA ALIMENTACIÓN

“La alimentación tiene una gran influencia en la salud.

¿Cómo es su dieta? ¿Qué comió ayer?”

“En su caso, una alimentación con menos grasas puede reducir el riesgo de sufrir enfermedades del corazón ¿Podría intentar reducir las grasas de su dieta?”

“En este folleto encontrará información sobre la alimentación saludable: le servirá para valorarla y decidir algunos cambios”.

“Si tiene alguna duda, podemos quedar otro día para resolverla más tranquilamente”.

Restringir las grasas saturadas. Favorecer la ingesta de pescado, fibra, aceite de oliva, fruta y verdura



CONSEJO SOBRE EJERCICIO FÍSICO

“¿Hace ejercicio físico?”

“Le conviene hacer treinta minutos de actividad física todos los días ¿Lo ve posible?”

“En este folleto encontrará información sobre cómo llevar una vida activa para mejorar la salud: le propongo que lo lea y que piense si puede mejorar algo”.

“Cualquier duda que tenga, podemos comentarla en la consulta”.

Caminar rápido al menos treinta minutos diarios durante cinco días a la semana.



CONSEJO PARA EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL

“¿Considera que su consumo de alcohol es preocupante?, ¿cree que necesita ayuda?”

“Es importante que usted reduzca su consumo o lo evite por completo?”

“Este folleto trata sobre los problemas relacionas con el alcohol”.

“Mucha gente puede hacer cambios en su consumo. ¿Desea intentarlo?”.

Evitar el consumo de alcohol.

RELACIÓN DE AYUDA:

Una herramienta fundamental en el rol de la ayuda es la comunicación. En este proceso hay dos elementos básicos que debemos tener en cuenta:

Recoger el mensaje: Escuchar, recibir y comprender la situación del usuario (necesidades, demandas, intereses o emociones). Para conseguirlo conviene seguir las siguientes indicaciones:

- Practicar conductas no verbales de acogida y de escucha: guardar un silencio atento, no interrumpir al usuario, permitir un vaciado inicial, hacer movimientos corporales y expresiones faciales, y mantener el contacto visual.
- Utilizar conductas verbales de acogida y de escucha: expresiones breves (“sí”, “ya”, “mhm”, “ajá”) y algunas frases que se consideran estímulos de la comunicación (“parece que esto es importante para usted”, “me gustaría ayudarle, qué espera de mí”).
- Aplicar una escucha activa y empática con el usuario.
- Ponerse en su lugar y partir de su punto de vista ¿Qué quiere decirme?”, “¿Qué significado tiene para usted?”.
- Recoger el mensaje completo (lo que el usuario dice y su estado de ánimo).
- Verbalizar la comprensión de la situación y la carga emotiva: “Por lo que dice, entiendo que se siente confuso/a y preocupado/a porque no sabe exactamente qué le pasa y se siente que no puede controlar bien su vida. ¿Es así?”.

Emitir mensajes:

- Seleccionar y proporcionar información útil a su situación y a las necesidades, e intentar conectar con el usuario.
- Articular mensajes claros, precisos y útiles. Aportar solamente la información necesaria.

- Comunicarse de manera descriptiva y participativa. Describir la situación y el comportamiento, pero no juzgarlos.
- Preguntar antes de ampliar información: “En su caso convendría reducir las grasas, ¿sabe qué se entiende por alimentación grasa?”; Le conviene hacer un poco más de actividad física ¿sabe cuál es la actividad física que mejora la salud?; En el centro ofrecemos diferentes tipos de apoyo, ¿los conoce?
- Valorar, animar y reforzar: “puede conseguirlo”, “tiene muchas habilidades que puede utilizar”, “su pareja le puede ayudar”.

4 / PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

La prevención del consumo de alcohol es uno de los retos más atractivos para los profesionales de atención primaria porque los médicos y enfermeros de familia, junto a los trabajadores sociales tienen delante de sí un enorme campo de actuación, en el que pueden modular sus iniciativas y su nivel de implicación dependiendo de la profundidad de sus conocimientos en materia de prevención, de los perfiles de población atendida o de las demandas recibidas.

La estrategia mundial para reducir el consumo perjudicial y/o nocivo de alcohol, y el “*European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*” de la OMS, inciden en los beneficios de la implantación del cribado y la intervención breve en ámbito de la atención primaria.

A continuación, se exponen una serie de actuaciones indicadas para la prevención del consumo de alcohol desde atención primaria:

- Actividades de prevención de carácter individual, realizadas en la consulta, y generalmente orientadas a adolescentes y pacientes nuevos. Encaminadas a conocer las conductas de salud del paciente y las posibles prácticas de riesgo, mediante el establecimiento de un diálogo sobre las necesidades de salud y utilizando herramientas de escucha activa y consejo (counselling) como estrategia de orientación ante una posible presencia de comportamientos de riesgo.
- Actividades de prevención de carácter comunitario, dirigidas a la infancia y a la adolescencia y realizadas en colaboración con sus mediadores habituales y mediante la aplicación de programas para la prevención del consumo de drogas. Estos programas son la medida de mayor eficacia para la prevención del alcoholismo, y se desarrollan generalmente con la colaboración de los centros escolares y la participación de docentes, con asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONGs), así como la posible participación de los padres.
- Actividades para la detección en las familias y en el contorno social de factores de riesgo que pueden influir en los niños y adolescentes a la hora de adoptar conductas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol.
- Realizar el cuestionario de AUDIT-c (anexo I) y/o CAGE (anexo II) como complemento a la entrevista clínica para la detección precoz del abuso de alcohol.

- Actividades de prevención dirigidas a las enfermedades de mayor prevalencia en morbilidad y mortalidad atendidas en los centros de salud, como son las patologías cardiovasculares que están claramente relacionadas con el consumo de alcohol.
- Actividades orientadas a la merma de los daños y al control de los factores de riesgo para la salud en los consumidores habituales de alcohol, que pueden o no estar atendidos por otros dispositivos asistenciales.
- Actividades de refuerzo de las conductas con estilos de vida saludables relacionados con las drogas.

Por lo tanto, los Equipos de Atención Primaria (EAP) están en condiciones de actuar como agentes esenciales en la prevención del consumo de drogas, tanto con la gente joven como con la población adulta. Estas intervenciones pueden abarcar diferentes ámbitos de actuación y desarrollarse con distinta intensidad, dependiendo del contexto y de las circunstancias de cada centro de salud.

En conclusión, la identificación precoz de los consumidores de riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas sobre el alcohol desde el ámbito sanitario de la atención primaria.

5 / LA LABOR DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los profesionales de atención primaria se encuentran en una situación idónea para abordar los problemas relacionados con el consumo de alcohol por ser los más accesibles del sistema sanitario, estar en contacto directo con la unidad familiar y tener una visión biopsicosocial del paciente, además de tener fácil acceso a los centros escolares, con la posibilidad de realizar intervenciones multidisciplinares.

En los programas formativos vigentes de las especialidades de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria se contempla un área competencial específica para el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de drogas, entre ellas el alcohol.

El médico y enfermero/a de familia deben abordar el consumo de alcohol desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral, evitando los juicios de valor y huyendo de los estereotipos. El abordaje de este tipo de pacientes requiere de buenas habilidades de comunicación, entrevista clínica y técnicas de motivación para el cambio.

Las últimas recomendaciones publicadas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) sobre el cribado de alcohol en atención primaria, recomiendan la exploración sistemática del consumo de alcohol como mínimos cada 2 años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad.

Tabla 1 / Cribado del alcoholismo en atención primaria

El cribado del consumo de alcohol debe realizarse:
Al actualizar la historia clínica
Al abrir una historia clínica de primer día
Ante cualquier indicio de sospecha de consumo

El cuestionario AUDIT-C (anexo I) y el cuestionario CAGE (anexo II) son dos test que se recomiendan utilizar para este cribado de forma complementaria a la entrevista clínica, dado que ambos presentan una alta sensibilidad. Las preguntas del cuestionario CAGE no se deben aplicar directamente una tras otra, sino que es convenientemente “camuflarlo” dentro de la propia entrevista clínica para mantener una aceptable especificidad y sensibilidad del test. El de mayor facilidad y utilidad en atención primaria es el AUDIT-C por su fiabilidad y sencillez, y en caso de dar positivo se pasaría el test de AUDIT (anexo III), que es el que recomienda la OMS como primera opción para realizar este screening en atención primaria por los siguientes motivos:

- Corto, fácil de utilizar y flexible, proporcionando a la vez información útil para dar feedback a los pacientes.
- Consistente con las definiciones de la CIE-10 de consumo y dependencia del alcohol.
- Centrado en el consumo reciente de alcohol.
- Validado en muchos países y disponible en diversos idiomas.

El AUDIT contiene 10 preguntas y sobre esta base, ha sido validada en España la versión reducida AUDIT-C (anexo I), que no sería adecuada para el diagnóstico de dependencia del alcohol, siendo útil para una aproximación diagnóstica, previo al AUDIT, como hemos comentado.

Los marcadores biológicos no deben ser utilizados como instrumento de cribado, aunque pueden ser útiles en el manejo clínico de los pacientes.

El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente empleando la cuantificación en unidades (unidades de bebida estándar [UBE]; 1 UBE = 10 gr de alcohol puro).

6 / RESUMEN DE LAS EVIDENCIAS Y DE LAS RECOMENDACIONES.

- Cuanto más restrictivas son las leyes y normas sobre el consumo de alcohol menor es su consumo. **Evidencia I.**
- Un bajo precio, junto a un fácil acceso a las bebidas alcohólicas, está relacionado con un elevado consumo per cápita de alcohol. **Evidencia I.**
- Los adolescentes que abusan del alcohol tendrán un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de esta sustancia en el inicio de su vida adulta. **Evidencia I.**
- El personal sanitario debería ser adiestrado para poder utilizar las técnicas de la entrevista motivacional cuando tienen que intervenir con pacientes que se encuentran en estadios de precontemplación o contemplación. **Recomendación A.**
- Las políticas de prevención han demostrado ser eficaces para el abordaje del alcoholismo. **Evidencia I; Recomendación A.**
- Realizar el cribado del consumo de alcohol de forma sistemática con el test de AUDIT-C y/o CAGE, como mínimos cada 2 años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. **Evidencia I; Recomendación B.**
- Los cuestionarios AUDIT-C y/o AUDIT y/o CAGE aplicados en la entrevista clínica son más efectivos que los test de laboratorio para identificar en atención primaria a los bebedores de riesgo. **Evidencia I; Recomendación A.**
- Las intervenciones breves o muy breves para reducir los consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol, son las que pueden incorporarse con mayor facilidad y viabilidad a las condiciones rutinarias de atención primaria. **Evidencia I; Recomendación A.**
- A toda persona bebedora de riesgo se le realizará una intervención breve como mínimo con una periodicidad anual. **Recomendación A.**
- Es fundamental el diagnóstico precoz de los trastornos relacionados con el alcohol porque permite disminuir los daños y favorece los cambios conductuales. **Evidencia I; Recomendación A.**

7 / BIBLIOGRAFÍA

Actuar es posible. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela. 2010.

Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. SOCIDROGALCOHOL. Barcelona. 2013.

- Córdoba García R, Camarelles Guillema F, Lizarbe Alonso V, Jiménez Muñoz M. Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria. *Aten Primaria*. 2012; 44(11): 635-637.
- Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias ESTUDES 2014-2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; Febrero 2016.
- Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España EDADES 2013 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015.
- Guía para prevenir los problemas relacionados con el alcohol. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León. 2007.
- Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2014; 46 (Supl 4):16-23.
- Pérez de Corcho Rodríguez MA, Mármol Sónora L, García Díaz G, Vizcay Castilla M. Prevención de los problemas relacionados con el alcoholismo en adolescentes. *MEDICIEGO* 2013; 19 (2).
- World Health Organization (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf
- World Health Organization Regional Office for Europe (2012). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1

5 / CONSUMO EXCESIVO — DE RIESGO

RUZ FRANZI, Ignacio. Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. EAP Olivillo. Cádiz. Grupo de Intervención en Drogas de la SEMFyC.

PASCUAL PASTOR, Francisco. Coordinador médico UCA Alcoi. Conselleria Sanitat. Generalitat Valenciana. Presidente de SOCIDROGALCOHOL. Asesor de CAARFE.

1 / INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es una conducta habitual en la mayoría de las personas de nuestra sociedad. ¿Por qué algunas personas van a tener problemas con el alcohol y otras no? Se considera que algunas personas pueden tener una mayor predisposición biológica hacia los trastornos por consumo de alcohol. Sin embargo, atribuir el alcoholismo a un único factor de vulnerabilidad sería una simplificación equivocada de una enfermedad en la cual concurren múltiples factores de vulnerabilidad. Entre ellos destacan factores socio-culturales, familiares, eventos vitales estresantes y la accesibilidad al tratamiento especializado.

En el estudio de Nutt et al. (Nutt, 2010) se presentan los resultados de las valoraciones realizadas por un conjunto de expertos británicos sobre posibles consecuencias derivadas del consumo veinte sustancias tóxicas. No solo se evalúan consecuencias biológicas, sino también variables psicosociales y de posibles daños causados a terceros. Concluye que el alcohol es la sustancia que causa más daño biopsicosocial sobre el consumidor y su entorno.

Según el Informe Mundial de Situaciones sobre Alcohol y Salud 2014 de la OMS (OMS, 2014), el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Además de estas consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol **provoca pérdidas sociales y económicas importantes**, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

Según la Primera edición del estudio “Percepción y conocimiento del Alcoholismo en España” (Lundbeck, 2016), un 17,1 % de la población española realiza un consumo de alcohol de riesgo. Es de destacar la gran distorsión existente entre el consumo de alcohol real y su percepción, ya que un 76% de los bebedores de riesgo no percibe que beban demasiado alcohol.

La mayor parte de las demandas por problemas de alcohol, se inician en Atención Primaria (AP), ya sea por un problema de salud que la persona atribuye al alcohol o porque al realizar la historia clínica éste aparece implicado. Así, en los centros de AP se observa una alta prevalencia de patologías relacionadas con el consumo de alcohol, estando relacionado con un volumen importante de consultas en el ámbito de la Medicina de Familia.

Entre las principales dificultades descritas para un abordaje adecuado y efectivo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en Atención Primaria de Salud, se encuentran:

- La falta de tiempo por la sobrecarga asistencial.
- La inadecuada formación en drogodependencias por parte del médico de familia.
- Las actitudes negativas del médico de familia hacia el paciente con problemas de alcohol, que rehúyen de éstos por considerarlos complicados y de mal pronóstico.
- El escepticismo por parte del médico de familia acerca de la efectividad del tratamiento en trastornos relacionados con el consumo de alcohol.
- La percepción de que el alcoholismo no es un tema del médico de familia.
- La falta de consideración del consumo excesivo de alcohol como problemático por parte del médico de familia.
- En el ámbito de la estructura sanitaria, no hay una clarificación de las funciones de la AP en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

2 / CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONSUMO DE RIESGO

El *consumo de riesgo* es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como un consumo regular de 20-40 gr diarios de alcohol en mujeres (superior a 140 gr a la semana) y de 40-60 gr diarios en hombres (superior a 280 gr a la semana).

Se describe un tipo especial de bebedores de riesgo. Son aquellas personas que consumen alcohol, incluso en pequeñas cantidades, en situaciones de peligro (conducción, actividad laboral de riesgo, etc) o en aquellos casos que lo contraindiquen las circunstancias personales (embarazo, lactancia, tratamientos farmacológicos donde esté contraindicado alcohol).

Ahora bien, sin que en principio lleguen a presentar problemas por el consumo, pero que podrían llegar a tenerlo si los consumos persisten en el tiempo o se incrementan las cantidades consumidas.

3 / DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE RIESGO

No existen evidencias acerca de la frecuencia con que debe de realizarse la evaluación de un posible consumo de riesgo de alcohol. Si no hay factores clínicos que lo justifiquen, probablemente no debería de realizarse más de una vez al año.

La posibilidad de sufrir consecuencias negativas por el alcohol se incrementa proporcionalmente con la cantidad consumida. Los patrones de consumo de riesgo, así como perjudicial, son estadios previos a la dependencia, susceptibles de ser identificados e intervenidos para su disminución en atención primaria.

Para la detección del consumo de riesgo en Atención Primaria contamos con instrumentos o cuestionarios de detección, así como con marcadores biológicos. No obstante, el

primer paso para la detección de consumo de riesgo debe ser una *adecuada historia clínica* del paciente mediante la entrevista (cantidad de alcohol consumido, posibles consecuencias del consumo, relación entre consumo y consecuencias, tiempo de evolución del consumo).

Instrumentos de detección

Múltiples y variados son los instrumentos de detección utilizados en Atención Primaria en estos últimos años. La opción por un instrumento de detección vendrá marcada por el tiempo del que se disponga para la prueba, la extensión y comprensibilidad del test, y las cualidades psicométricas de la misma (sensibilidad y especificidad).

En aras de una óptima detección del consumo de riesgo, el cuestionario *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* (Saunders,1993) es la herramienta más útil en Atención Primaria. Cuenta con 10 ítems que exploran el consumo en el último año. Cada pregunta puntúa entre 0 y 4; las dos últimas preguntas puntúan por pares (Anexo 3). Las puntuaciones oscilan entre 0 y 40 y aporta tres patrones diferenciados en cuanto al consumo como al género: sin problemas relacionados con el alcohol, consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. Las 3 primeras se refieren al consumo de riesgo de alcohol, las preguntas 4 a 6 interrogan sobre síntomas de dependencia y las últimas 3 preguntas valoran el consumo perjudicial de alcohol. En España, dependiendo del punto de corte, la sensibilidad del instrumento oscila entre 80-89% y la especificidad entre 81-93%. Concretamente, la validación realizada por Contel Guillamón y cols (Contel, 1999), sugiere un punto de corte de **7** para varones (sensibilidad 86,8% y especificidad 81,1%) y de **5** para mujeres (sensibilidad 72,7% y especificidad 95,73%).

Existe una versión abreviada del instrumento AUDIT, denominado *AUDIT-C* (Bradley, 2007), y está constituido por los tres primeros ítems (Anexo 1). Para los hombres el mejor punto de corte para la detección de consumo de riesgo fue 5 (sensibilidad 92,4 %; especificidad 74,3 %), y entre las mujeres el mejor punto de corte fue 4 (sensibilidad 90,9 % y especificidad 68,4 %) (Gual,2002).

Otros cuestionarios también son de utilidad en atención primaria,. Entre ellos cabe destacar:

- *CAGE (Cutting Down, Annoyance, Guilty, Eye-opener)* (Anexo II)
La sensibilidad oscila entre el 49% y 100% y la especificidad entre 79% y 100%, en función del punto de corte propuesto y de la gravedad del problema relacionado con el alcohol (Escobar, 1995).
- *CBA (Cuestionario breve para alcohólicos)* (Anexo IV)
Instrumento autoaplicado que consta de 22 ítems de respuesta dicotómica. Contempla información acerca de síntomas físicos de abstinencia, intentos de abandonar o reducir el consumo de alcohol, sentimientos de culpa y consecuencias biopsicosociales del consumo. El punto de corte en la adaptación española para determinar dependencia al alcohol fue de cinco puntos, con una sensibilidad y especificidad del 98% (Rodríguez Martos Dauer, 1986)
- *MALT (Münchener Alkoholismus Test)* (Anexo V)
Cuestionario de 34 ítems con respuesta dicotómica que consta de dos partes inseparables. Una subjetiva (MALT-S) con 27 ítems autoadministrados al paciente

y otra objetiva (MALT-O) con 7 ítems que complementa el profesional. La versión validada en España muestra una sensibilidad entre 96-100% y especificidad entre 80-88%. Entre 6 y 10 puntos indica sospecha de alcoholismo y por encima de 10 puntos orienta hacia problemas de dependencia (Rodríguez Martos, 1984).

En resumen, para una óptima evaluación del consumo de riesgo a través de instrumentos de detección en Atención Primaria, aconsejamos primeramente la realización del cuestionario AUDIT-C. Si se obtiene en hombres una puntuación de 5 o más y en mujeres de 4 o más, debería realizarse el cuestionario AUDIT de diez preguntas, para una valoración más completa de dicho consumo de riesgo según recomendación del PAPPS SEMFyC, 2014.

Marcadores biológicos

Los marcadores biológicos de alcoholismo son una serie de pruebas de laboratorio que presentan una cierta sensibilidad y especificidad en relación con el consumo de alcohol. Son relativamente inespecíficos, y considerados aisladamente, sin tener en cuenta la historia clínica y los cuestionarios, no pueden ser considerados técnicas de primera línea en la detección de bebedores de riesgo (Marín, 2011). Se emplean para ayudar al diagnóstico de sospecha y son especialmente útiles en controles de seguimiento y cumplimiento de la abstinencia.

En la actualidad, y en el ámbito de la Atención Primaria, se utiliza marcadores biológicos indirectos, principalmente GGT, AST (GOT) y ALT (GPT) Y VCM. Los marcadores directos, como la CDT (transferrina deficiente en carbohidratos) y concentración de alcohol en sangre, son escasamente utilizados en Atención Primaria. (ver capítulo sobre marcadores biológicos).

En conclusión, los marcadores tradicionales del alcoholismo como el VCM, la GGT y la AST y ALT, siguen útiles en el diagnóstico del consumo de riesgo de alcohol. Sin embargo, ninguno de estos marcadores permite detectar a la totalidad de los pacientes con consumo de riesgo, lo que obliga a utilizarlos de manera combinada con otras pruebas como la historia clínica y los instrumentos de detección (Aalto, 2005).

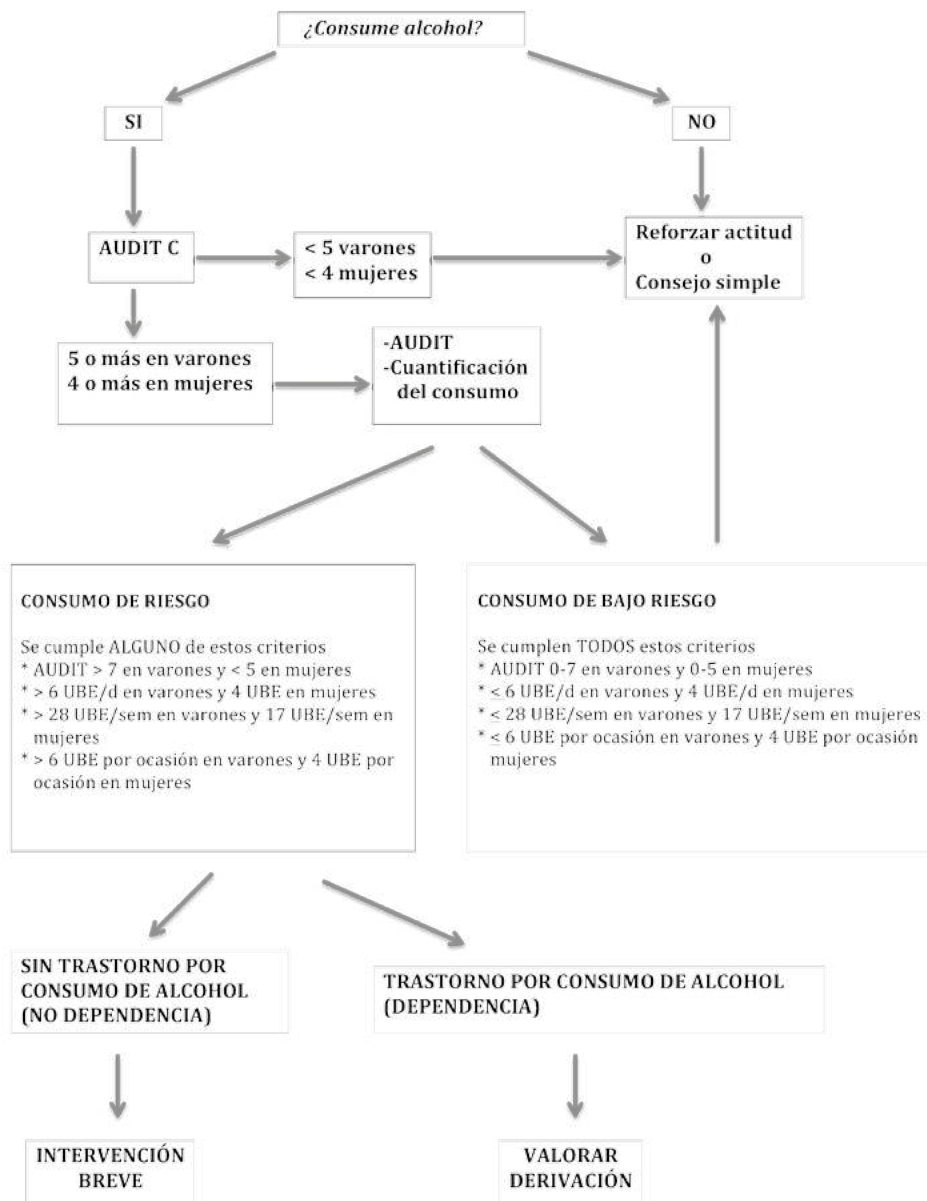
4 / INTERVENCIÓN

A través del **consejo breve**. Su tiempo de duración es de unos cinco minutos. Su finalidad principal es informar al paciente del riesgo detectado, contrastando su consumo con los límites de riesgo establecidos. Suele facilitarse material informativo de apoyo o de autoayuda. No suelen realizarse visitas de seguimiento, aunque se recomienda un control anual.

La intervención breve, a diferencia del consejo breve, está orientada principalmente al bebedor con consumo perjudicial. Consiste en una intervención algo más extensa y profunda, a menudo con seguimiento posterior.

La aparición de complicaciones orgánicas, psíquicas o sociales, con complicaciones a nivel familiar, laboral, etc... nos han llevado a considerar el consumo no ya de riesgo si no problemático y a realizar acciones terapéuticas más concretas. Todo ello ya se explica detenidamente en los siguientes capítulos.

Recomendaciones PAPPS (semFyC)



5 / BIBLIOGRAFÍA

- Aalto M, Seppäk L. Use of laboratory markers and the audit questionnaire by primary care physicians to detect alcohol abuse by patients. *Alcohol Alcohol* 2005; 40(6): 520-3.
- Bobes-Bascarán MT, García Portilla MP; Marín M, Ponce G, Martínez Gras I, Rubio G. Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómes C, Bobes García J. Eds. *Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Madrid: Saned; 2013; pp. 101-140.
- Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. Audit-C as brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31(7): 1208-17.
- Contel Guillamon, M, Gual Sole, A y Colom Farran, J. Test para la identificación por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones* 1999; 11(4), 337-347.
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2013-2014). Plan Nacional de Drogas; 2015.
- Escobar F, Espi F y Canteras M. Diagnostic tests for alcoholism in primary health care: compared efficacy of different instruments. *Drug Alcohol Depend* 1995; 40(2), 151-158.
- Grupo de trabajo de alcoholismo de Socidrogalcohol. La unidad de bebida estándar a nivel del Estado Español. Instrumentos de registro del consumo de bebidas alcohólicas en población general. Aspectos metodológicos. XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. 28-30 de Marzo. Oviedo 1996. Oviedo. *Socidrogalcohol* 1996: 229-236.
- 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.
- Lundbeck. I Estudio Lundbeck: "Percepción y conocimiento del alcoholismo en España". Barcelona, Lundbeck; 2016.
- Marín, M, Ponce G, Rubio G. Alcoholismo: Síndrome de Dependencia y Trastorno por Uso de Alcohol. *Medicine* 2011; 10 (86).
- Nutt, DJ., King, LA. y Phillips, LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010, 376, 1558-65.
- Rodríguez Martos A y Suárez Vázquez RM. MALT (Münchener Alkoholismus Test). Validación de la versión española para este test para el diagnóstico de alcoholismo. 1984; *Rev de Psiq. y Psic. Med de Europa y América Latinas*, XVI(6), 421-432.
- Rodríguez Martos Dauer A, Navarro RM, Vecino C y Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. 1986; *Drogalcohol* XI(4), 132-139.
- Saunders, JB, Aasland, OG, Babor, TF, De la Fuente, JR y Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption.-II. *Addiction* 1993; 88(6), 791-804.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
- WHO. International Guide for monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, 2000. Pág. 54.

6 / CONSUMO PROBLEMÁTICO

ARBESU, José Angel. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centrod e salud La Eria. Oviedo. Coordinador Área Neurociencias SEMERGEN.

PASCUAL PASTOR, Francisco. Coordinador médico UCA Alcoi. Presidente de SOCIDROGALCOHOL. Asesor de CAARFE.

1 / INTRODUCCIÓN

El alcohol es la droga psicoactiva más consumida en España (PNsD, 2011), responsable de más de 200 enfermedades, que van desde patologías muy graves y de menor prevalencia como la cirrosis hepática, la pancreatitis, la enfermedad cardiovascular (AVC, infarto) o distintos tipos de cáncer a patologías de curso crónico y de mayor prevalencia que se detectan, tratan y controlan desde la Atención Primaria, como son la hipertensión, los problemas metabólicos, y problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad. El consumo de alcohol por parte de una embarazada puede provocar síndrome alcohólico fetal y complicaciones prenatales(Monteiro, 2008). El trastorno por consumo de alcohol se relaciona con trastornos sociales, y de comportamiento como son la criminalidad y la violencia familiar. De hecho, el consumo de alcohol no sólo va a perjudicar al consumidor, sino también a quienes le rodean: víctimas de accidentes a causa de un conductor ebrio, miembros de la familia del paciente, niños. (Steen, 2004 y Rossw, 1996) Sin embargo, a pesar del daño que representa tanto para la salud como para la sociedad, el Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada(Alonso, 2004). Por tanto, se hace necesaria una identificación e intervención precoz, que debe realizar el médico de atención primaria ante las primeras manifestaciones de un uso problemático del alcohol y consecuentemente debería ser el personal sanitario de este ámbito el encargado de identificar e intervenir cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud, e incluso en el caso en el que el paciente ha iniciado una dependencia, proporcionando el asesoramiento y tratamiento adecuado sobre dicho consumo (Arbesu, 2015).

¿Qué entendemos por consumo problemático de alcohol?

Según la OMS, los niveles de riesgo de consumo diario de bebidas alcohólicas, se podrían clasificar según la siguiente tabla:

Niveles de Riesgo	Mujer	Hombre
Riesgo alto	4 o + UBEs	6 o + UBEs
Riesgo medio	2- 4 UBEs	4 – 6 UBEs
Riesgo bajo	0-2 UBEs	0-4 UBEs

Entenderíamos pues que el consumo problemático se daría en aquellas personas que haciendo un consumo de riesgo medio o alto empiezan a tener consecuencias, físicas, psíquicas o sociales a causa del propio consumo, sin que lleguen a tener un TCA, o si lo presentan que sea leve.

2 / EPIDEMIOLOGIA

Más del 6,5% de los pacientes atendidos en AP padecen un TCA, y de ellos, solo uno de cada 10 recibe tratamiento (Khon,2004), comenzando este, generalmente transcurridos más de 10 años de iniciado el trastorno (Gual, 2015). Además, existen patrones de consumo, como el consumo intensivo ocasional o *binge drinking* (beber ≥ 6 consumiciones en una sola sesión de consumo) otros estudios proponen 4 o más UBEs para las mujeres y 5 o más para los hombres en un espacio de tiempo no superar a 2 horas, lo que permite alcanzar una alcoholemia mínima de 0'8gr /l., que pasan desapercibidos si el consumo se valora solo mediante la cuantificación. Esto es de gran importancia ya que este patrón de consumo es el habitual en jóvenes de 15 a 34 años y está estrechamente relacionado con la mortalidad por accidentes de tráfico, suicidio o agresiones violentas (Córdoba García, 2012).

Los datos procedentes de una encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y publicados en marzo de 2015 indican como en nuestro país, el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad (PNsD, 2015). En la población de 15 a 64 años, utilizando AUDIT, tenían un consumo problemático de alcohol el 4,9% de los encuestados, de los cuales presentaban un consumo de riesgo el 4,5% (1.600.000 personas, 1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) y con una posible dependencia el 0,4% (120.000).

Probablemente estas cifras no representen el número real o la complejidad del problema por un lado debido a la dificultad en el diagnóstico y por otro a causa de la baja percepción de riesgo, lo que minimizaría la respuesta en las encuestas.

En 2011 se produjeron en España 23.403 muertes directamente relacionadas con el alcohol o muertes en que el alcohol pudo ser una causa contribuyente (69,7% en varones) y de estas, 4.757 se debieron a hepatopatía crónica (72,5% en varones) y 1.807 fueron muertes

directamente atribuibles al alcohol (84,4% en varones). Lo que sí se sabe es que el 70% de toda la mortalidad atribuible al trastorno por consumo de alcohol ocurre en la población dependiente del alcohol. (Rhem, 2012)

Entre otras consecuencias habría que destacar también los accidentes de tráfico (alcohol y conducción), los accidentes domésticos las intoxicaciones etílicas agudas y comas etílicos y la relación entre los consumos de alcohol y la agresividad o la violencia.

3 / DIAGNÓSTICO

Para la CIE-10 (Dècima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) el consumo perjudicial es un consumo de alcohol que ya ha afectado a la salud física (por ej. daño hepático) y/o psíquica (por ej. cuadros depresivos secundarios a consumos masivos de alcohol) sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos de dependencia de alcohol.

En la práctica se tiende a considerar que un consumo regular por encima de 60gr/día de etanol en el hombre y de 40gr/día en la mujer es probable que llegue a provocar las consecuencias adversas características del consumo perjudicial. Tanto la CIE 10 como el DSM-V diferencian entre abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas con un orden jerárquico.

Aunque existen bastantes escalas de cribado con alta sensibilidad y especificidad para detectar un posible TCA (Indave, 2014), las más utilizadas son la *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Anexo III) y su versión reducida AUDIT C (Anexo I) recomendada para la detección de bebedores de riesgo en AP (Reinert, 2007 y Rubinsky, 2013).

La detección del abuso de alcohol debe hacerse

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

Exámenes de laboratorio:

La elevación de un buen número de parámetros analíticos se relaciona con el consumo de alcohol: los más frecuentes son ácido úrico, triglicéridos, GGT, glutámico-oxalacético transaminasa (GOT o AST), glutámico-piruvico transaminasa (GPT o ALT), cociente GOT/GPT >1 y volumen corpuscular medio (VCM).

El marcador biológico más sensible (33-52%) y específico (81-89%) para el abuso de alcohol en atención primaria sería la GGT, después 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. (SEMFyC, 2005)

Otro marcador biológico que se puede utilizar para detectar consumos de riesgo medio alto (superiores a 50 gr. De etanol/ día) es la CDT (Transferrina Deficiente en Carbohidratos) que además puede servir para seguir la evolución de los consumos del sujeto bebedor.

Los marcadores biológicos se deberán medir en cualquiera de los estadios para poder definir el nivel de problema.

4 / INTERVENCIÓN

La necesidad de intervenciones ante un consumo de riesgo o una dependencia aumenta cuanto mayor es dicho consumo (Tabla 1).

Tabla 1 / Intervención en función del tipo de consumo

Tipo de consumo	Criterios	Intervención	Papel del EAP
Consumo de bajo riesgo	≤ 16 UBE/semana (hombres). < 10 UBE/semana (mujeres). Consumo peligroso o zona gris: los efectos de ése consumo no están claros Hombres: 17-28UBS/semana Mujeres: 11-17UBS/semana (32).	Prevención primaria	Educación, apoyo y modelado
Consumo de riesgo	> 28 UBE/semana (hombres) ≥ 17 UBE/semana (mujeres)	Intervención breve	Identificación, asesoramiento, consejo breve y seguimiento
Consumo perjudicial	Daños físicos o mentales relacionados con el consumo de alcohol		
Dependencia del alcohol	CIE-10	Tratamiento en atención primaria o especializado	Identificación, asesoramiento, tratamiento o derivación y seguimiento
TCA	DSM5		

Las intervenciones breves son efectivas en entornos de atención primaria de la salud para reducir problemas relacionados con el alcohol entre personas con consumo perjudicial, pero sin dependencia. La intervención motivacional breve (IMB) es una aplicación de la técnica de la Entrevista Motivacional. Su mayor eficacia se da en la Atención Primaria (AP), para ayudar a la reducción del consumo en bebedores de riesgo o abusivos, y también para facilitar la aceptación en los bebedores más graves o dependientes de un tratamiento más especializado (Bien, 1993). Es necesario asesorar a ocho pacientes para que uno de ellos se beneficie. Las intervenciones breves son también efectivas para reducir la mortalidad.

5 / CONSEJO INTEGRAL EN ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA, VINCULADO CON RECURSOS COMUNITARIOS EN POBLACIÓN ADULTA DEL MSC

Entre dichos consejos se encuentran:

- El definir un límite por día, por semana y por ocasión,
- Monitorizar los hábitos de bebida para saber qué cantidad bebe,
- No beber nunca en ayunas,
- Intentar restringir la bebida a sólo algunas ocasiones, por ejemplo, beba sólo durante las comidas, beber lentamente sin mantener el vaso en la mano entre cada sorbo, así como no dejar la botella a mano para la próxima copa.
- También es aconsejable cambiar el tipo de bebida de vez en cuando (bebidas no alcohólicas) y beber bebidas de poca graduación en lugar de bebidas fuertes, así como disfrutar de las bebidas no alcohólicas de vez en cuando.
- En el caso de que el paciente beba diariamente, hacer “pausas” en el consumo y no beba nada de alcohol durante 4 o 5 días cada mes.
- Intentar rechazar bebidas y decidir no beber en algunas ocasiones, así como no sumarse a todas las “rondas” ni fuerce a beber a los demás y no sobrepasar el consumo diario de alcohol equivalente a 1/4 litro de vino.
- No beber en situaciones de riesgo (embarazo, lactancia, en el trabajo, conducción, tomando medicamentos).
- No beber para solucionar problemas personales (angustia, nerviosismo, etc.) Identifique las motivaciones para beber y no beba como alivio o escape.
- No apagar nunca la sed bebiendo alcohol.

Farmacoterapia

El tratamiento debe iniciarse negociando objetivos con el paciente (abstinencia vs reducción).

A / Desintoxicación

Esta fase no siempre será necesaria, se recomienda la baja laboral del paciente Y reposo domiciliario, una adecuada hidratación con agua, zumos y si fuera necesario suplementos con ácido fólico y/o hierro y vitaminas del grupo B (B1, B6 y B12 de 50 a 100 mg/8 h).

Como tratamiento farmacológico recomendado durante esta fase se encuentra la terapia con fármacos sedantes: diazepam, cloracepato, y lorazepam u oxazepam en casos de hepatopatía severa. Si se prevé la aparición de convulsiones por privación se aconseja clometiazol. El abordaje con estos fármacos se recomiendan desde el inicio del cese del consumo de alcohol, si bien es verdad que en aquellos casos en los que se ha producido una interrupción brusca del consumo sin síntomas de abstinencia (SAA), siempre que sea reciente, no es necesario el tratamiento con dichos fármacos (Robledo, 2007)). La derivación hospitalaria debería realizarse cuando no existe una persona responsable de la supervisión domiciliaria del proceso, cuando la patología psiquiátrica coexistente que precise ingreso por sí misma (psicosis aguda, ideación suicida, etc.) o bien aparece un SAA grave, a pesar del tratamiento farmacológico a dosis plenas.

Grado de Recomendación: A

Debe realizarse la desintoxicación hospitalaria cuando existan los siguientes factores: comorbilidad orgánica o psiquiátrica que requieran hospitalización, consumo de larga evolución e intenso, episodios previos de síndrome de privación alcohólica grave, fracasos terapéuticos previos, ausencia de apoyo familiar y social necesario para monitorizar ambulatoriamente al paciente.

Nivel de evidencia	Grado de recomendación
No hay criterios de evidencia sobre la superioridad en la eficacia del tratamiento de prevención del síndrome de privación a alcohol en contexto hospitalario sobre el ambulatorio en el paciente con dependencia de alcohol. Nivel 1	A1
El tratamiento en pacientes con dependencia severa es más efectivo en contexto hospitalario. Nivel 2	A2

Nivel de evidencia 1	Grado de recomendación A
Las benzodiacepinas, especialmente las de vida media larga, son los fármacos más eficaces para prevenir y tratar los síntomas del síndrome de privación a alcohol y previenen las convulsiones.	
Nivel de evidencia 2	Grado de recomendación A2
El tratamiento con benzodiacepinas con pautas adaptadas a la sintomatología en lugar de dosis fijas acorta la duración del tratamiento y la dosis total para prevenir los síntomas de privación.	
Nivel de Evidencia 1	
Aunque el clometiazol tiene mayor eficacia que el placebo en el tratamiento de la privación de alcohol, tiene mayor riesgo que las benzodiacepinas por menor tolerabilidad y mayor gravedad de las interacciones si se consume alcohol.	

Nivel de evidencia 1a	
No existen suficientes evidencias sobre el efecto de los fármacos anticonvulsivantes en el síndrome de privación a alcohol. Tampoco sobre la incidencia de convulsiones secundarias a la privación.	
Nivel de evidencia 1	Grado recomendación A1
Los neurolépticos pueden utilizarse de forma complementaria a las benzodiacepinas para el tratamiento de agitación y alucinaciones, pero disminuyen el umbral convulsivo. No deben utilizarse en monoterapia.	
Nivel de evidencia 1	Grado de recomendación A
Las benzodiacepinas son el tratamiento de elección en el delirium tremens.	

Fuente / Alcoholismo. Guía SOCIDROGALCOHOL (2013)

B / Deshabitución

Dentro de esta fase, el tratamiento más habitual incluye a los fármacos *anticraving* (acamprosato y la naltrexona) e interdictores (disulfiram, cianamida) cuya principal función es prevenir la recaída.

Cuando nos planteemos una reducción del consumo el único fármaco con dicha indicación y recientemente autorizado por la EMA, es nalmefeno, un modulador del sistema opioide que actúa sobre el circuito de recompensa del cerebro, y que reduce el deseo de beber alcohol, habiendo mostrado efectividad en la reducción de días de consumo excesivo, así como en la reducción de las cantidades totales de alcohol consumidas y manteniendo un buen perfil de seguridad. Ha sido desarrollado para su uso a demanda, cada día que el paciente percibe un riesgo de beber alcohol (EPAR, 2013). Es importante recordar que en los tratamientos orientados a la reducción de consumos no es necesaria la desintoxicación inicial, y que un elemento importante en el tratamiento es la monitorización de los consumos pactados con el paciente.

No obstante, el apoyo psicológico, la intervención breve y el enfoque motivacional serán importantes para intentar que se consiga la reducción o la abstinencia, con un seguimiento periódico, para que sea la propia persona la que genere sus propias ambivalencias y pueda tomar sus decisiones al respecto. El médico o enfermero lo acompañarán en la toma de decisiones y le facilitarán el proceso terapéutico incrementado así su adherencia.

Conclusiones (Nivel de evidencia)	Grado de Recomendación
El tratamiento con disulfiram debería administrarse de forma supervisada e integrado en un programa de tratamiento (2A)	B
Disulfiram obtuvo mejores resultados que naltrexona y acamprosato en el número de días de abstinencia (2B)	B
Cianamida cálcica consiguió un porcentaje mayor de días de abstinencia que placebo (1B)	A
Acamprosato consigue mayor número de días de abstinencia que placebo en Europa (1A)	A
La naltrexona reduce el riesgo de recaídas (1A)	A
Nalmefene ha demostrado ser eficaz en reducir el número de días de consumo excesivo (1B)	A
Oxibato sódico es eficaz en el tratamiento de la dependencia al alcohol (1B)	A
Topiramato mostró ser eficaz para reducir el craving en consumidores de alcohol (1A)	A
Otros anticonvulsivantes como oxcarbamacepina, gabapentina o pregabalina demostraron ser eficaces (1B)	A
El tratamiento con baclofeno resulta prometedor aunque de momento la evidencia es escasa (3B)	B

Fuente / Alcoholismo. Guía SOCIDROGALCOHOL (2013)

6 / RECOMENDACIONES DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE EL PAPEL DE LA AP EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol) como el Plan de Acción para reducir el uso nocivo de alcohol en la región europea de la OMS 2012/2020 (OMS, 2011). (Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. Resolución CD51.R14, 2011), marcan las líneas que deben de seguir los estados miembros. Entre ellas, la prevención

mediante la identificación temprana y la intervención breve son fundamentales para conseguir los objetivos propuestos en estas políticas, siendo los sistemas de salud, y en especial la atención primaria, un pilar esencial en su desarrollo. Por su parte el NICE (National Institute of Health and Care Excellence) CG115 recomienda que para aquellas personas que presentan un mal uso del alcohol, se realice una intervención motivacional como parte de la evaluación inicial.

7 / CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

- 1 / Atención Primaria (AP) es el nivel asistencial más accesible, al que llega la mayoría de la población: prácticamente el 95% de las personas acuden en alguna ocasión a su centro de salud en el plazo de 5 años.
- 2 / El consumo de alcohol es causa directa o contribuyente de múltiples enfermedades, suicidio y accidentes de tráfico, y por tanto constituye un importante problema de salud pública dando lugar a una notable carga clínica, social y económica.
- 3 / Por todo ello es necesario mejorar el cribado, la identificación precoz y la intervención breve, así como el tratamiento o la derivación de los pacientes con TCA en AP.
- 4 / Se estima totalmente necesario mejorar la formación continuada dirigida al abordaje integral de los trastornos por consumo de alcohol desde la AP; por otra parte, se considera imprescindible la disponibilidad de herramientas informáticas unificadas para toda España.
- 5 / Finalmente, se considera imprescindible que el médico de asistencia primaria pueda acceder a la prescripción de cualquier tratamiento farmacológico indicado para los trastornos por consumo de alcohol.

Tabla de decisión:

Consumo de bajo riesgo	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial - problemático	TCA (Dependencia)
•Prevención Primaria •Educación, apoyo y modelado	•Intervención breve •Identificación •Asesoramiento •Consejo breve •Seguimiento	•Intervención breve •Identificación •Asesoramiento •Consejo breve •Seguimiento	•Tratamiento en A.P. y Especializado •Identificación. •Asesoramiento •Tratamiento •Derivación. •Seguimiento

8 / BIBLIOGRAFÍA

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;420:47-5.
- Arbesu JA, Gual A, Casquero R, Bobes J, Ortega P. Posicionamiento de Semergen para el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol en atención primaria. *Medicina de Familia Semergen*. Elsevier. Diciembre 2015. Vol. 41. Extraordinario.
- Babor T, Higgins-Biddle J. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf?ua=1 [Visitado el 12/05/2015]: World Health Organization.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction.* 1993 Mar;88(3):315-35.
- Cordoba Garcia R, Camaralles Guillem F, Lizarbe Alonso V, Jimenez Munoz M. [Tackling the risk of alcohol consumption from primary care]. *Aten Primaria.* 2012 Nov;44(11):635-7.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf> [Visitado el 05/05/2015]. 2011-2012.
- European Medicines Agency. EPAR: Selincro. http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/002583/WC500140303.pdf [Visitado el 05/05/2015]. 2013.
- Gual A, Miquel L. [New perspectives for the treatment of alcoholism]. *Med Clin (Barc).* 2015 Jan 6;144(1):24-5.
- Indave BI, Sordo L, Pulido J, Vallejo F, Sarasa-Renedo A, Bravo MJ. [Research methods on alcohol-related harm in the population]. *Rev Esp Salud Publica.* 2014 Aug;88(4):447-68.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte 2011. Resultados nacionales. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2011/l0/&file=01000.px&type=pcaxis&L=0> [Visitado el 05/05/2015]. 2011.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004 Nov;82(11):858-66.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES 2013/2014. 2015.
- Ministerio de Sanidad SSeI, Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf [visitado el 12/05/2015].
- Monteiro M. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. Resolución CD51.R14 2011.

- Rehm J, Shield K, Rehm M, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. *Canada Cent Addict Ment Heal*. 2012.
- Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(2):185-99.
- Robledo T, Córdoba R. Cómo actuar ante el consumo de alcohol: guía de referencia para profesionales de Atención Primaria. Teresa Robledo RC, editor: Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS; 2007.
- Rosow I. Alcohol-related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*. 1996;91:1651-61.
- Rubinsky AD, Dawson DA, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. AUDIT-C scores as a scaled marker of mean daily drinking, alcohol use disorder severity, and probability of alcohol dependence in a U.S. general population sample of drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(8):1380-90.
- SEMFyC. Como actuar ante el consumo de alcohol:guia de referencia para profesionales de atencion primaria.Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la salud del PAPPS. SemFYC 2005
- Steen K, Hunskaar S. Violence in an urban community from the perspective of an Accident and Emergency department: a two-year prospective study. *Medical Science Monitor*. 2004;10:CR75-9.

7 / TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

GUARDIA SERECIGNI, Josep. Consultor senior en Psiquiatría. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Vicepresidente de SOCIDROGALCOHOL.

GONÇALVES, Fernando. Médico de familia. Responsable del grupo de Salud Mental de la SEMG.

1 / INTRODUCCIÓN

La nueva clasificación para el diagnóstico de trastornos mentales **DSM-5** tiene un capítulo dedicado a los Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, que incluye el ahora llamado “**TRASTORNO por CONSUMO de ALCOHOL**”, aunque de hecho siempre le hemos llamado “**ALCOHOLISMO**”.

En la anterior clasificación (DSM-IV), el alcoholismo se dividía en dos trastornos, el Trastorno por Abuso y el Trastorno por Dependencia del Alcohol. En el DSM-5 se funden 3 de los 4 criterios de abuso con los 7 criterios de la Dependencia (se suprime el cuarto criterio de abuso “problemas legales repetidos relacionados con el consumo de alcohol”), y se añade un nuevo criterio de “ansia o poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”. Es decir, se amplían hasta 11 el número de criterios diagnósticos (o síntomas) posibles, y, además, se reducen de 3 a 2 el mínimo necesario para poder hacer el Diagnóstico de **Trastorno por consumo de alcohol** (A.P.A., 2013).

Por lo tanto, desciende el umbral para el diagnóstico de alcoholismo y, como consecuencia de ello, se amplía la proporción de personas que pueden ser ahora diagnosticadas y, por lo tanto, también, tratadas por alcoholismo, lo cual favorece el tratamiento precoz de la enfermedad alcohólica, en pacientes de menor gravedad, que probablemente se encuentren todavía en una fase inicial de la enfermedad (Nivel de Evidencia 1).

Todo ello facilita el diagnóstico, tratamiento y remisión precoces del alcoholismo, ya que siempre resulta más sencillo tratar una enfermedad en su fase inicial, cuando todavía presenta un bajo nivel de gravedad y no se ha cronificado. Detener el proceso de alcoholización, mediante un tratamiento especializado, antes de que se complique progresivamente con otros trastornos médicos, psiquiátricos, adictivos, familiares, laborales, sociales y legales; es una de las estrategias de prevención secundaria más rentables, ya que además protege, tanto al propio paciente como a los familiares que conviven con él, de futuros trastornos psiquiátricos y adictivos. Los familiares van a sufrir un estrés traumático continuado, si el paciente sigue bebiendo en exceso, como consecuencia de sus alteraciones del comportamiento cuando se encuentra intoxicado por la bebida.

2 / EPIDEMIOLOGÍA

Utilizando los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5 se ha efectuado un gran estudio epidemiológico, con una muestra de 36.309 personas en Estados Unidos, el llamado Estudio NESARC-III, que ha detectado una prevalencia de alcoholismo del 13,9% en la población general. Es decir, una prevalencia tan elevada como todos los trastornos afectivos juntos o como todos los trastornos de ansiedad juntos y varias veces más elevada que la de todas las drogas ilegales juntas (Nivel de Evidencia 1).

Como ya se sabía, el alcoholismo es más frecuente en los hombres: 17,6% (1 de cada 6 hombres); y sobretudo en los jóvenes: 26,7%; separados: 11,4% o solteros: 25%. Y si tenemos en cuenta la prevalencia a lo largo de toda la vida, el alcoholismo afecta a un 29,1% de los hombres de EEUU, es decir, casi 1 de cada 3 hombres, tiene actualmente o bien ha tenido a lo largo de su vida, algún episodio de alcoholismo. (Nivel de Evidencia 1).

Pero lo que resulta más sorprendente es que sólo el 19,8% de las personas que han tenido algún episodio de alcoholismo, (en algún momento de su vida), han recibido un tratamiento especializado (Grant y cols., 2015). (Nivel de Evidencia 1).

El Trastorno por consumo de alcohol tiene una elevada prevalencia, una elevada comorbilidad psiquiátrica y produce una discapacidad significativa, pero no suele recibir un tratamiento especializado. Cuando el alcoholismo progresa, la salud corporal, mental, adictiva y cognitiva del paciente tiende a empeorar progresivamente. (Nivel de Evidencia 1).

Es decir que el alcoholismo afecta a una muy elevada proporción de personas, (sobretudo hombres), pero la inmensa mayoría de ellos no han recibido nunca un tratamiento especializado (ni farmacológico, ni psicoterapéutico), que por otro lado, han demostrado ser eficaces para la recuperación de esta enfermedad.

Los pacientes alcohólicos acuden con frecuencia a la Atención Primaria de Salud, a recoger sus bajas laborales o a pedir informes médicos, tras algún accidente, lesión o problemática laboral o legal, o bien, buscando tratamiento para sus trastornos médicos o psiquiátricos comórbidos. Éste un momento clave en la evolución del paciente alcohólico, que puede ser aprovechado para intervenir sobre su enfermedad alcohólica y promover su derivación a un centro de tratamiento especializado (Compton, Blanco y Wargo, 2015). (Nivel de Evidencia 2. Grado de Recomendación B).

Si el enfermo alcohólico no recibe un tratamiento especializado, va a sufrir una DISCAPACIDAD PROGRESIVA, con una gran PÉRDIDA de AUTONOMÍA, de CALIDAD de VIDA (tanto de la suya como de la de sus familiares) y GRAVES ENFERMEDADES que más adelante precipitarán INGRESOS HOSPITALIARIOS REPETIDOS, debidos a enfermedades diversas.

En España, el abuso de alcohol es la primera causa de discapacidad en hombres jóvenes de 15 a 29 años (16,4%); seguido por la depresión 10,9%; accidentes de tráfico 7,6%; adicción a drogas 7,1%; trastorno bipolar 6,9%; esquizofrenia 6,4%, asma 4%. Mientras que en las mujeres jóvenes, el abuso de alcohol representa el 4,3%, con otras causas más frecuentes de discapacidad como depresión 21,1%, migraña 14%; trastorno bipolar 7,3%; esquizofrenia 5,8%; crisis de angustia 5,5% y asma 3,2% (Catalá-López y cols., 2013). (Nivel de Evidencia 1).

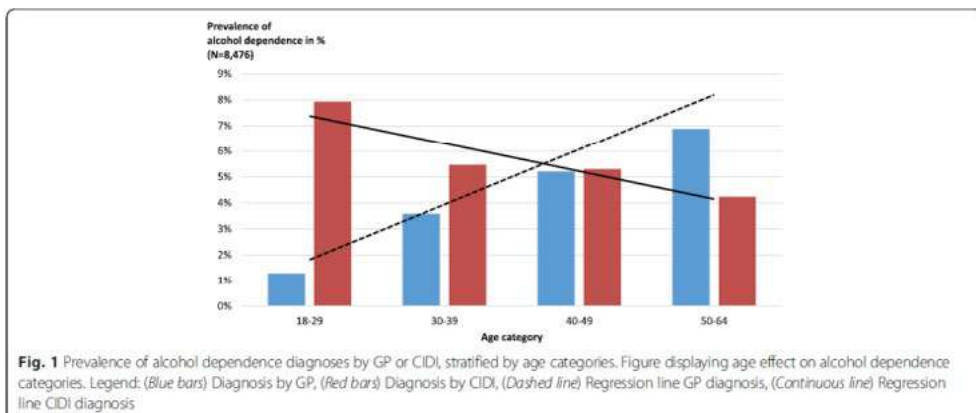
En Europa, el alcoholismo también es una enfermedad infra-diagnosticada e infra-tratada por los médicos de la Atención Primaria de Salud, los cuales diagnostican bien a los

pacientes alcohólicos mayores de 40 años, (seguramente cuando ya padecen otras enfermedades corporales), pero no a los de menos de 40 años de edad, tal vez porque su dependencia del alcohol es todavía de menor gravedad (Rehm y cols., 2015a). (Nivel de Evidencia 2).

Los médicos de primaria detectan menos el alcoholismo en los jóvenes, tal vez porque su dependencia del alcohol es de menor gravedad.

Sin embargo lo detectan bien en los pacientes de >40 años. Seguramente, cuando ya se han producido otras enfermedades corporales. (Rehm y cols., BMC Family Practice 2015)

En azul: Diagnóstico por el médico de familia
En rojo: Diagnóstico por el cuestionario CIDI



Este estudio ha detectado una prevalencia del 8,7% de alcoholismo en la Atención Primaria en Europa, (siguiendo los criterios diagnósticos previos a la nueva clasificación DSM-5). Sin embargo, sólo un 22,3% han hecho un tratamiento especializado del alcoholismo. Es decir que la gran mayoría de pacientes alcohólicos no han recibido un tratamiento especializado, a pesar de que existen diversas modalidades de tratamiento que han demostrado ser eficaces para la prevención de recaídas, que incluyen tanto determinados fármacos –que más adelante detallamos- como intervenciones psico-sociales (Rehm y cols., 2015b). (Nivel de Evidencia 2).

Otros estudios han confirmado que el tratamiento especializado del alcoholismo no se suele iniciar hasta que el paciente llega a fases avanzadas de la enfermedad, cuando ya resulta mucho más difícil la su recuperación, mientras que el tratamiento en fases iniciales de la enfermedad podría evitar la carga sanitaria y social, asociada a su cronificación, por el hecho de no haber recibido un tratamiento especializado eficaz (Rehm y cols., 2015c). Conviene destacar además que la enfermedad alcohólica de una determinada persona, produce un deterioro del bienestar y la salud de las personas de su entorno inmediato (Dussailant y Fernández, 2015). (Nivel de Evidencia 2).

3 / DIAGNÓSTICO

Detectar y diagnosticar el alcoholismo **en hombres jóvenes**, que se encuentran **en la etapa inicial de esta enfermedad**, sería el primer paso para **prevenir sus consecuencias** (médicas, psiquiátricas, adictivas, familiares, laborales, sociales, legales y económicas). Si no se detiene el curso progresivo del alcoholismo, sus consecuencias se van a ir ampliando e intensificando, lo cual acaba destruyendo, no sólo a la persona que la padece sino también a las de su entorno, y ensombrece también su pronóstico. (Nivel de Evidencia 2).

El **cuestionario AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Babor y cols., 1992; Rubio y cols., 1998) es el más utilizado en la Atención Primaria de Salud, para la **detección** del consumo de riesgo de alcohol. Consta de 10 preguntas, las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo de alcohol (cantidad y frecuencia de consumo), de la 4 a la 6 son síntomas de posible trastorno por consumo de alcohol, de la 7 a la 10 consecuencias adversas o problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Las ocho primeras preguntas tienen 5 posibles respuestas, que puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango de la puntuación global va de 0 a 40 (ver Anexo III). (Nivel de Evidencia 1).

Los marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol ayudan a la detección del consumo excesivo continuado de alcohol. Los más asequibles son la gamma-glutamilo-transpeptidasa (GGT) y el volumen corpuscular medio de los hematíes (VCM). Otro marcador más sensible y más específico, pero menos asequible, es la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT). (Nivel de Evidencia 1).

La elevación de la **GGT** responde a un consumo continuado por encima de los 60 gramos/día, más que a consumos intensivos ocasionales. Es el marcador biológico más utilizado hoy en día pero hay situaciones clínicas, ajenas al consumo de alcohol, que pueden contribuir a su elevación como son: enfermedades hepato-biliares, procesos pancreáticos, insuficiencia cardíaca, diabetes, obesidad, tabaquismo, ciertos fármacos como las benzodiazepinas o los anticonceptivos. Tiene una sensibilidad del 35-90% y una especificidad del 50-90%. La abstinencia continuada de bebidas alcohólicas produce una rápida disminución de la GGT, normalizándose entre 1-4 semanas después.

El aumento del **VCM** requiere consumos de alcohol elevados (más de 60 gramos al día) durante periodos prolongados y de forma regular. Su sensibilidad se sitúa en torno al 20-50% y su especificidad al 55-90%. El VCM requiere un período más prolongado para normalizarse, una vez que se alcanza la abstinencia continuada de alcohol.

El aumento de la **CDT** requiere consumos superiores a 60 gramos de alcohol al día durante al menos una o dos semanas. Su sensibilidad para la detección de consumos excesivos de alcohol se sitúa en torno al 75-90% (la más elevada) y su especificidad en torno al 70-100%. Con la abstinencia continuada de bebidas alcohólicas su valor se normaliza en unas dos semanas. Algunos falsos positivos pueden tener relación con enfermedades hepáticas avanzadas, embarazo y alteraciones genéticas. Su combinación con la GGT permite establecer un valor predictivo del 100% en consumos superiores a 60 gramos de alcohol al día. También puede ser utilizada para la monitorización de abstinencia y la detección de recaídas, pero requiere una extracción de sangre, que siempre es más invasiva que la determinación de etanol en el aire espirado o en la orina.

Los marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol, especialmente la combinación de la CDT y la GGT, pueden ser de gran utilidad para la detección, sobre todo cuando van asociados a cuestionarios de detección del consumo de riesgo (Guardia Serecigni y cols., 2008).

Tomar más de 40 gramos de alcohol al día (más de 20 gramos/día para mujeres) se considera un consumo excesivo de alcohol o **consumo de riesgo**, ya que va asociado a un mayor riesgo de sufrir diversas enfermedades. (Nivel de Evidencia 1).

Niveles de Consumo de Riesgo (OMS, 2004)

Categoría	Niveles de Riesgo	Consumo en gramos/día	
		Hombres	Mujeres
	Bajo riesgo	1-40	1-20
I	Riesgo medio	40-60	20-40
II	Alto riesgo	60-100	40-60
II	Riesgo muy alto	> 100	> 60

Consecuencias médicas del consumo excesivo de alcohol)

Aparato digestivo TÓXICA	Esofagitis, Sd. Mallory-Weiss Gastritis (aguda o crónica) Pancreatitis (aguda o crónica) Esteatosis hepática, hepatitis, cirrosis
Cardiovasculares ARRITMOGÉNICA	Miocardiopatía alcohólica Hipertensión arterial Accidente vascular cerebral Arritmias cardíacas
Hematológicos	Anemia macrocítica, neutropenia, trombopenia
Ósteo-musculares	Osteoporosis
Metabólicas	Hipoglucemias Hiperlipoproteínemias (tipo IV y V) Hipovitaminosis Alteraciones iónicas Diabetes secundaria a pancreatitis

Infecciones INMUNODEPRESORA	Neumonías Meningitis Tuberculosis pulmonar
Neoplasias CARCINOGENÉTICA	Cavidad oral Faringe Laringe Esófago Hígado Recto Colon Mama
Trastornos neurológicos TERATOGENICA	Intoxicación alcohólica aguda Amnesias circunscritas Neuropatía periférica Síndrome de Wernicke Trastorno amnésico persistente (Korsakoff) Pelagra Enfermedad de Marchiafava-Bignami Mielinólisis pontina central Cerebelopatía Ambliopía alcohólica-tabáquica Deterioro cognitivo Síndrome Alcohólico Fetal Demencia alcohólica
Trastornos dermatológicos	Psoriasis Eccema discoide Acné rosácea Porfiria cutánea tarda
Accidentes y traumatismos	De tráfico Víctimas de violencia Laborales Domésticos Incendios en el domicilio Personas ahogadas

En nuestro país, las consumiciones más habituales y su contenido en gramos de alcohol puro son la lata o caña de cerveza (12-14 gramos); la copa o vaso de vino (12-14 gramos); la copa o combinado de destilados (14-15 gramos). Es decir que las consumiciones que se consumen con mayor frecuencia en nuestros medios suelen contener entre 12 y 15 gramos de alcohol puro.

Un **“atracón” de bebida** o **consumo intensivo de alcohol** se define como la ingesta de 60 gramos o más de alcohol para un hombre y de 50 gramos o más para una mujer, en poco rato, unas 2 horas. Por lo tanto equivaldría a la ingesta de 5 o más consumiciones para un hombre y 4 o más para una mujer, en poco rato. (Nivel de Evidencia 1).

Estos “atracones” de bebida (que los anglosajones denominan “binge drinking”) son un patrón de consumo de riesgo alto, que va asociado a consecuencias negativas inmediatas (en el transcurso de las horas siguientes a la ingesta masiva de alcohol). (Nivel de Evidencia 2).

Las personas **menores de 40 años** que padecen alcoholismo es posible que todavía no hayan tenido consecuencias médicas de su consumo de alcohol, pero es probable que si hayan tenido otras consecuencias de sus **“atracones” de bebida** y la presencia de este patrón de consumo perjudicial de alcohol permite su **detección** en la atención primaria de salud. (Nivel de Evidencia 3).

El consumo en forma de “atracones” de bebida (“binge drinking”) resulta más predictivo del daño ocasionado por el alcohol (tanto al bebedor como a las personas de su entorno inmediato), que la frecuencia de beber o incluso que el consumo continuado pero en menores cantidades. Y parece ser el factor determinante del deterioro para desarrollar las actividades de la vida diaria (Antai, López, Antai y Anthony, 2014). (Nivel de Evidencia 2).

Los **“atracones” de bebida** producen **consecuencias negativas inmediatas**, que pueden aparecer a distintos niveles. Por ejemplo, debido a la incoordinación motora, aumenta el riesgo de accidentes, caídas y lesiones. Debido a la desinhibición de impulsos agresivos hay más probabilidades de tener conflictos, discusiones, peleas y agresiones. Cuando la agresividad se lanza contra la propia persona intoxicada, se pueden producir imprudencias, conductas de riesgo, auto-lesiones, intentos de suicidio y suicidio consumado. Y, debido a la desinhibición de los impulsos sexuales, aumenta la probabilidad de tener actividad sexual sin protección, lo cual incrementa el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (sida, hepatitis víricas, gonorrea, clamidia, sífilis) y también de embarazos no deseados. (Nivel de Evidencia 2).

También aumentan la probabilidad de sufrir problemas LABORALES (bajas, accidentes, bajo rendimiento, absentismo), LEGALES (delitos de tráfico, delitos por violencia de género, delitos por agresión o abuso sexual) de ALOJAMIENTO (pérdida del domicilio conyugal, sinhogarismo) y PSIQUIÁTRICOS (insomnio, ansiedad, depresión, estrés). (Nivel de Evidencia 2).

Según el estudio EDADES, del Ministerio de Sanidad, casi un 30% de los hombres jóvenes (menores de 35 años) hacen “atracones” de bebida. Conforme la edad avanza, la proporción disminuye progresivamente, pero entre los 55 y los 65 años de edad todavía un 11% de los hombres siguen haciendo “atracones” de bebida. (Estudio EDADES, Ministerio de Sanidad 2010). (Nivel de Evidencia 1).

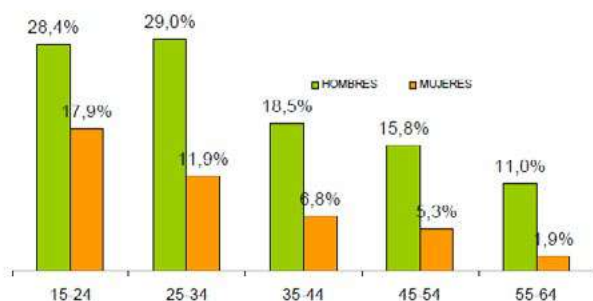
La transición desde los “atracones” de bebida hasta la Adicción al Alcohol es un proceso que suele ser imperceptible para el propio bebedor. En un principio la persona hace “atracones” de manera voluntaria, sólo cuando ella decide hacerlo y sin consecuencias. En una segunda fase empieza a tener alguna consecuencia negativa o empieza a perder la libertad de hacerlo, de manera que cuando toma una primera copa experimenta un intenso deseo de seguir bebiendo rápidamente y acaba haciendo un consumo excesivo de alcohol por ocasión, incluso cuando él no deseaba hacerlo. Finalmente, cuando la persona ya ha

Consumos intensivos de alcohol : **Atracones (binge drinking)**

En 2009, el 14,9% de la población de 15 a 64 años hizo binge drinking (70% hombres y 30% mujeres).

El binge drinking se da fundamentalmente en hombres de 15 a 34 años.

Atracones o binge drinking* en los últimos 30 días de 15 a 64 años por edad y sexo.



COADES 1997-2009/10 Dr. Josep Guardia Serecigni
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

* Binge drinking: ingesta de 5 o > bebidas alcohólicas (hombres) y 4 o > (mujeres) en la misma ocasión (en el plazo de un par de horas)

tenido problemas como consecuencia de sus “atracones” de bebida, a pesar de que él ya es consciente de que a veces no puede controlar su consumo de alcohol, no puede evitar seguir haciéndolo y es entonces cuando podemos confirmar el diagnóstico de **Trastorno por Consumo de Alcohol**, (o Alcoholismo, o Adicción al alcohol). (Nivel de Evidencia 2).

La Asociación Americana de Psiquiatría define el Trastorno por consumo de Alcohol, en su clasificación diagnóstica DSM-5, como un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar significativos y que se manifiesta al menos por dos de los síntomas conductuales siguientes, en los últimos de doce meses:

- 1 / Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- 2 / Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
- 3 / Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- 4 / “Ansia” o poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- 5 / Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- 6 / Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

- 7 / El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- 8 / Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- 9 / El paciente continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
- 10 / Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a / Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b / Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
- 11 / Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a / Presencia de síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - b / Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como benzodiazepinas) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Cuando una persona hace “atracones” de bebida, que ya le han ocasionado consecuencias negativas de manera reiterada durante los 12 meses previos, sólo requiere un segundo síntoma de los 10 restantes, para poder efectuar el diagnóstico de Trastorno por Consumo de Alcohol Leve. (Nivel de Evidencia 3).

El DSM-5 establece 3 niveles de gravedad del alcoholismo. Leve, cuando sólo se cumplen 2 o 3 criterios diagnósticos; moderado, cuando se cumplen 4 o 5 y grave, cuando se cumplen 6 o más.

La **abstinencia del alcohol** se puede diagnosticar si el paciente presenta un mínimo de 2 de los 8 criterios, tras un cese (o reducción sustancial) de un consumo de alcohol, que haya sido intenso y prolongado:

- 1 / Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (sudoración o ritmo cardíaco superior a 100 latidos por minuto).
- 2 / Incremento del temblor de las manos.
- 3 / Insomnio.
- 4 / Náuseas o vómitos.
- 5 / Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
- 6 / Agitación psicomotora.
- 7 / Ansiedad.
- 8 / Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

Sin embargo, para hacer el diagnóstico de Trastorno por consumo de alcohol no se requiere que el paciente presente ni abstinencia, ni tolerancia, ya que el mínimo de 2 criterios puede ser cualquiera de los 9 restantes.

La mayoría de pacientes alcohólicos tienen un nivel de gravedad *leve* o *moderada* y no suelen presentar abstinencia del alcohol. Los pacientes graves, que presentan abstinencia del alcohol, predominan en los hospitales y en los centros especializados de tratamiento

de alcoholismo. Sin embargo en los centros de Atención Primaria predominan los pacientes alcohólicos de baja gravedad. (Nivel de Evidencia 3).

Los “atracones” de bebida reiterados producen cambios adaptativos en determinados sistemas de neurotransmisión y en los circuitos cerebrales que gobiernan el control sobre la conducta de beber alcohol. Debido a fenómenos de neuroplasticidad, el cerebro se adapta al impacto repetido de elevadas concentraciones de alcohol, convirtiéndose en un cerebro hiperexcitado, cuyas manifestaciones clínicas pueden ser (1) los síntomas de abstinencia del alcohol, (2) la necesidad biológica de beber alcohol en determinadas situaciones (o “craving” de alcohol) y (3) el llamado Efecto de Deprivación que consiste en, que tras unos días o semanas sin beber alcohol, es probable que la persona que tiene una adicción al alcohol se des controle con la bebida, el día que pruebe a tomar una copa (Guardia y cols., 2011). (Nivel de Evidencia 2).

Los “atracones” de bebida pueden ser un primer síntoma del Trastorno por consumo de alcohol (o alcoholismo), es decir, de la **DIFICULTAD para CONTROLAR** el consumo de alcohol, que es el síntoma cardinal del alcoholismo, que puede aparecer ya desde la juventud. (Nivel de Evidencia 3).

A partir de la nueva clasificación diagnóstica psiquiátrica de los trastornos mentales DSM-5, la persona que, además de la DIFICULTAD para CONTROLAR tiene -por lo menos- un segundo criterio diagnóstico o síntoma de alcoholismo, que se han mantenido presente durante los últimos 12 meses, ya puede ser diagnosticada de TRASTORNO por CONSUMO de ALCOHOL leve. (Nivel de Evidencia 3).

El trastorno por consumo de alcohol, al cual habitualmente llamamos “alcoholismo”, es más frecuente en los hombres jóvenes. Por lo tanto, cuando atendamos a un paciente joven deberíamos hacernos las siguientes preguntas:

¿Es un hombre que tiene menos de 40 años de edad?

¿Hace “atracones” de bebida?

¿Hace un consumo excesivo regular que supera los 40 gramos de alcohol puro al día, o los 250 gramos a la semana?

¿Alguno de sus familiares padece o ha padecido alcoholismo?

¿Ha tenido algún problema médico o psiquiátrico que podría estar relacionado con el consumo excesivo de alcohol?

¿Ha presentado alteraciones del comportamiento o conflictos con otras personas que podrían estar relacionados con el consumo excesivo de alcohol?

¿Consume otras sustancias como tabaco, tranquilizantes, marihuana o cocaína?

¿Presenta elevación de las transaminasas, GGT o VCM, en los análisis?

Las respuestas afirmativas nos ponen sobre la sospecha diagnóstica de alcoholismo. (Nivel de Evidencia 3).

4 / INTERVENCIÓN SOBRE EL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

El trastorno por consumo de alcohol (o alcoholismo) es una enfermedad adictiva que requiere un tratamiento especializado. El síntoma conductual característico es la **dificultad para controlar** el consumo de alcohol, que lleva a beber en exceso, lo cual acarrea consecuencias negativas reiteradas. El tratamiento especializado del alcoholismo es eficaz, cuando el paciente sigue las instrucciones del equipo de profesionales que le atienden. (Nivel de Evidencia 3).

Esta **dificultad para controlar** el consumo de alcohol tiene un trasfondo neurobiológico, relacionado con determinados sistemas de neurotransmisión (opioide, gabaérgico, dopaminérgico, glutamatérgico y otros). El consumo de alcohol induce liberación de **opioides** endógenos que, de manera indirecta, producen una gran liberación de dopamina en áreas límbicas y todo ello guarda relación con el deseo intenso de beber y la pérdida de control con la bebida. (Nivel de Evidencia 1).

Los pacientes **alcohólicos de baja gravedad**, que corresponderían al perfil del paciente joven que se encuentra en las primeras etapas de su enfermedad alcohólica y que ha empezado a presentar “problemas” reiterados, de tipo familiar, laboral, legal u otros, (como consecuencia de algún episodio de consumo excesivo de alcohol); son los que mejor responden al tratamiento con fármacos antagonistas de los receptores opioides, como nalmefeno o naltrexona, los cuales han demostrado ser eficaces para neutralizar este impacto del alcohol sobre el cerebro, en personas que presentan un trastorno por consumo de alcohol de baja gravedad, con la finalidad de mantener un consumo de bajo riesgo y evitar nuevos episodios de consumo excesivo (de alcohol) (Guardia Serecigni, 2015). (Nivel de Evidencia 3).

Detener el curso progresivo de la enfermedad alcohólica, mediante un tratamiento especializado, evitaría las graves consecuencias posteriores de esta enfermedad, que van a afectar tanto al propio paciente como a los familiares que conviven con él. Por tanto:

- La **detección** y el **diagnóstico** precoces del alcoholismo, desde la Atención Primaria.
- La **intervención motivacional** para favorecer la toma de conciencia de los pacientes.
- Y la **derivación a los Centros de Tratamiento Especializado** del Alcoholismo.

Podrían generar un gran beneficio, tanto a los pacientes como a sus familiares, como a la sociedad en general, ya que las graves consecuencias, como los accidentes (de tráfico o de trabajo), la violencia y otros “problemas” asociados al consumo excesivo de alcohol repercuten, económica y socialmente, sobre toda la población.

Diversas intervenciones tanto psicoterapéuticas como fármaco-terapéuticas han demostrado ser **eficaces** para el tratamiento del alcoholismo. La sinergia terapéutica de unas y otras puede optimizar los resultados del tratamiento. Pero para ello se requiere la intervención simultánea de diversos profesionales que actúan de manera coordinada, en el marco de un equipo especializado en el tratamiento del alcoholismo (Guardia Serecigni y cols., 2008) (Nivel de Evidencia 2).

Por otro lado, **desde la Atención Primaria de Salud** se puede hacer una importante labor a distintos niveles:

- Detección y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol.
- Intervención motivacional, orientada hacia la toma de conciencia del paciente.
- Derivación a y coordinación con la Unidad especializada en Alcoholismo.
- Tratamiento de las patologías médicas asociadas (al alcoholismo).
- Derivación y coordinación con los demás especialistas que atienden sus diversas patologías médicas y psiquiátricas.
- Racionalización y actualización frecuente de los diversos fármacos que toma el paciente, sobre todo cuando se trata de una persona de edad avanzada o con salud precaria.
- Evitar la prescripción y promover la retirada de fármacos potencialmente adictivos, o bien de aquellos que, asociados al consumo excesivo de alcohol, podrían precipitar una sobredosis, tales como benzodiazepinas, analgésicos opiáceos o psicoestimulantes.
- Y seguimiento evolutivo del paciente alcohólico, hasta la remisión de las diversas patologías médicas, psiquiátricas y adictivas, asociadas al alcoholismo.

Promover la toma de conciencia del paciente, sobre la relación que existe entre su consumo excesivo de alcohol y las consecuencias negativas o “problemas” asociados, puede resultar decisivo para que el paciente acepte, tanto su adicción al alcohol, como la necesidad de efectuar un tratamiento especializado. (Nivel de Evidencia 2. Grado de Recomendación B).

Si el paciente hace “atracones” de bebida, que ya le han acarreado consecuencias negativas que él preferiría evitar, y no ha desarrollado todavía una adicción al alcohol, es probable que intente reducir su consumo por ocasión y que lo consiga. Por el contrario, si ya presenta una adicción al alcohol, es probable que no consiga reducir su consumo, aunque se lo proponga seriamente. O, por lo menos, no en todas las ocasiones en las que él se lo proponga.

La mejor manera de evidenciar estos hechos es pedirle que monitorice su consumo de alcohol, es decir:

- Que anote cada día cuántas consumiciones ha tomado.
- Y que nos lo traiga a cada vista, para que podamos verificar si está consiguiendo o no, reducir su consumo de alcohol.

Si promovemos que el paciente tome conciencia de que no consigue reducir su consumo de alcohol y, lógicamente, tampoco consigue evitar las consecuencias negativas asociadas, resultará más sencillo que acepte la necesidad de un tratamiento especializado. (Nivel de Evidencia 3. Grado de Recomendación B).

Día	Número de consumiciones
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Tratamiento especializado del Alcoholismo:

Los pacientes alcohólicos que presentan un síndrome de abstinencia matutina del alcohol, o bien comorbilidades médicas, psiquiátricas o adictivas (graves o descompensadas), requieren un tratamiento orientado a la abstinencia continuada, el cual se inicia con el **tratamiento de desintoxicación**, con la ayuda de medicación tranquilizante y vitaminoterapia del grupo B (B1+B6+B12 y Ácido fólico). (Nivel de Evidencia 1. Grado de Recomendación A).

La **escala CIWA-Ar**, de Sullivan y colaboradores (1989) permite evaluar y monitorizar la intensidad de la abstinencia aguda del alcohol, cuando el paciente interrumpe su consumo de alcohol (Anexo IV). (Nivel de Evidencia 1).

Cuando el paciente presenta abstinencia matutina del alcohol, es más seguro hacer el tratamiento de desintoxicación en régimen de hospitalización completa o parcial. La hospitalización facilita el seguimiento intensivo del posible **síndrome de abstinencia del alcohol** y también la **evaluación diagnóstica multidimensional** de las diversas comorbilidades médicas, psiquiátricas y adictivas, asociadas al alcoholismo, así como también de sus “problemas” familiares, laborales, sociales, económicos, legales, de alojamiento y otros.

El consumo previo de benzodiazepinas (BZD) aumenta la gravedad de la abstinencia previsible y aumenta también el riesgo de crisis convulsivas. En la prevención y el tratamiento de la abstinencia aguda del alcohol, las BZD que tienen buenas propiedades anti-convulsivantes, como el clonazepam, disminuyen el riesgo de convulsiones. En Europa se ha utilizado también el clometiazol. (Nivel de Evidencia 2. Grado de Recomendación B).

Pero tanto las BZD como el clometiazol tienen riesgo de **sobredosis**, que pueden llegar a ser mortales cuando su consumo va asociado al de elevadas cantidades de alcohol. Un incidente grave y relativamente frecuente en los pacientes alcohólicos que reciben un tratamiento ambulatorio. Por tanto, la única prescripción segura de dichos fármacos sería en régimen de hospitalización completa y con garantías de que el paciente no tiene acceso a las bebidas alcohólicas, es decir, en una Unidad de Hospitalización Especializada en Conductas Adictivas.

Las dosis iniciales de clonazepam deben ser más elevadas durante las primeras 24-48 horas y van en proporción a la gravedad de la abstinencia previsible, que puede ser al mismo tiempo de alcohol y de BZD. Por tanto requieren un tanteo, en función de la intensidad de la abstinencia, evaluada cada hora, durante las primeras 24 horas, mediante la escala CIWA-Ar, hasta conseguir la estabilización del paciente. A partir del tercer día sin tomar alcohol, si el paciente ya no presenta síntomas de abstinencia aguda del alcohol, se puede iniciar una pauta de retirada lenta y progresiva del clonazepam o de clometiazol. (Nivel de Evidencia 2. Gado de Recomendación B).

Cuando tenemos la evidencia de que un paciente que inicia tratamiento ya lleva más de cinco días sin tomar bebidas alcohólicas, ya no presenta síntomas de abstinencia aguda del alcohol y tampoco estaba tomando BZD, no es necesario utilizar medicación tranquilizante, aunque siempre es recomendable la vitaminoterapia del grupo B y sobre todo tiamina, para prevenir un posible síndrome de Wernicke (Guardia Serecigni, 2008).

Otro importante riesgo, tanto del **clometiazol** como de las **BZD** para los pacientes alcohólicos, es que su consumo continuado puede llevar a una **adicción** a dichos fármacos, que vendrá a añadirse a la del alcohol y acabará configurando una adicción todavía más grave, que tiene un mayor riesgo de convulsiones, el día que el paciente interrumpe su consumo. Por tanto, además de la hospitalización del paciente, es importante que la pauta decreciente de clometiazol o de BZD llegue a su retirada completa y conviene evitar su prescripción una vez finalizada la hospitalización del paciente.

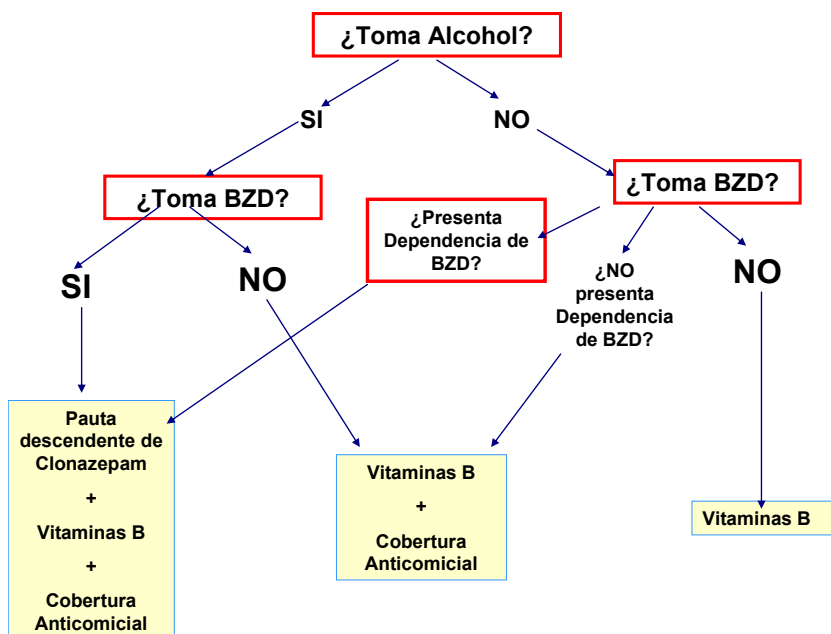
Si persisten síntomas de ansiedad o de trastorno del sueño, su tratamiento ambulatorio se puede efectuar con otros fármacos, como los anticomiciales de perfil sedativo, como pregabalina o gabapentina y con fármacos hipnoinductores, como antihistamínicos, trazodona u otros.

Cuando los pacientes alcohólicos dicen que sufren “ansiedad” con frecuencia se refieren a “craving”, es decir, deseo intenso o necesidad imperiosa de ingerir alcohol. Dicho síntoma no sólo no mejora con BZD sino que puede incluso intensificarse. Otro tipo de fármacos anticomiciales, como topiramato, pueden ser de ayuda para algunas personas, cuando presentan este estado de necesidad de beber alcohol, que a veces se manifiesta también en forma de descontrol con la comida.

En resumen, prescribir **clometiazol** o **benzodiazepinas**, en régimen ambulatorio a un paciente alcohólico, conlleva un elevado riesgo de **sobredosis** y también de **adicción** a dichos fármacos. La opción alternativa es efectuar el tratamiento de desintoxicación en régimen de hospitalización completa o parcial, en una Unidad de Conductas Adictivas; o bien evitar la prescripción de dichos fármacos y utilizar otros fármacos alternativos como los anticomiciales de perfil sedativo (tipo pregabalina o gabapentina). (Nivel de Evidencia 2. Gado de Recomendación B).

Una vez superada la abstinencia aguda, los objetivos del tratamiento son favorecer la **abstención continuada** de bebidas alcohólicas y prevenir las recaídas. Diversos fármacos han demostrado ser eficaces para la **prevención de recaídas**, mediante estudios controlados.

Naltrexona es el fármaco que probablemente tiene un mayor número de estudios controlados que demuestran su eficacia para la prevención de recaídas, pero en los últimos años se han utilizado dosis más elevadas, de hasta 100 mg/día, en Estados Unidos. **Acam-**



prosato ha demostrado también su eficacia mediante algunos estudios controlados, pero el estudio COMBINE, no ha confirmado que acamprosato sea superior a placebo, para la prevención de recaídas (Anton y cols., 2006). **Disulfiram** ha demostrado su eficacia en un número de estudios más reducido y parece que su administración supervisada (por la enfermera o por un familiar responsable) podría resultar decisiva para que el fármaco resulte eficaz. (Nivel de Evidencia 1. Grado de Recomendación A).

También diversas **intervenciones psico-sociales**, como la **Intervención Motivacional** o la **Terapia Cognitivo Conductual** (TCC), guiadas por manual, a cargo de profesionales entrenados, grabadas en vídeo y supervisadas posteriormente, han demostrado ser eficaces para la prevención de recaídas. Se trata de técnicas de intervención especializadas, que requieren un entrenamiento previo y que tienen unas directrices predeterminadas. Dicho de otra manera, cualquier psicoterapia no va a resultar eficaz para el tratamiento del alcoholismo y determinadas psicoterapias pueden resultar incluso contraproducentes. (Nivel de Evidencia 2. Grado de Recomendación B).

La intervención de **trabajo social** requiere también de profesionales especializados que evalúan primero las complejas problemáticas socio-económicas, laborales y legales de cada paciente y que intervienen después, con la finalidad de ayudarle a superar las dificultades que contribuyen al desbordamiento del paciente y de su familia, las cuales van a ser un importante factor de recaída, si no quedan resueltas.

Las intervenciones de familia, pareja, grupo de pacientes o grupo de familiares, pueden jugar también un papel complementario en la prevención de recaídas y los grupos de

ayuda mutua han demostrado su utilidad para el mantenimiento de la abstinencia continuada de alcohol.

Si bien sería recomendable que naltrexona, acamprosato o disulfiram, se prescriban asociados a intervenciones psico-sociales, el estudio COMBINE concluyó que tanto la naltrexona como la terapia cognitivo-conductual son eficaces para la prevención de recaídas por separado, pero que añadir TCC al tratamiento con naltrexona no mejora los buenos resultados de naltrexona simplemente acompañada de una breve pero estructurada intervención del médico especializado, que ellos denominan “manejo médico” (Guardia Serecigni, 2011b).

Un nuevo enfoque en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad es el que tiene por objetivo la **reducción del consumo de alcohol**. El único fármaco que ha demostrado ser eficaz para conseguir dicho objetivo y que tiene la autorización de la Agencia Española del Medicamento es el **nalmefeno**. Sólo requiere la administración de 1 comprimido al día, aquellos días en los que el paciente se disponga a tomar alguna bebida alcohólica, pero se puede omitir su toma, aquellos otros días en los que el paciente se mantiene si tomar alcohol. Requiere además una intervención médica de un profesional especializado o experto, tanto en el manejo de dicho fármaco como en la intervención motivacional con pacientes alcohólicos. (Nivel de Evidencia 2. Grado de Recomendación B).

Una vez alcanzada la remisión estable, cuando el paciente ya no presenta “atracones” de bebida, (aunque siga haciendo un consumo de bajo riesgo de alcohol, es decir siempre por debajo de los 40 gramos de alcohol al día, -si es un hombre- y de los 20-25 gr/día -si es una mujer-); tomar alguna consumición de contenido alcohólico deja de ser un problema, pero el paciente tendrá que seguir haciendo la oportuna toma de un comprimido de nalmefeno todos los días en los que tome alguna bebida alcohólica. Aunque puede que, cuando el tratamiento se encuentre en fases más avanzadas, se reduzca sólo a determinadas temporadas del año, de manera parecida a lo que sucede en el tratamiento de otras enfermedades médicas (Guardia Serecigni, 2015).

Con frecuencia, las personas que sufren alcoholismo presentan además **otros síntomas psiquiátricos** (afectivos, de ansiedad, de angustia, estrés, del sueño, ...). Estos síntomas van a interferir en el proceso de recuperación del alcoholismo, ya que el paciente suele recurrir a beber o a tomar tranquilizantes, creyendo equivocadamente que esto les ayuda a neutralizar dichos síntomas psiquiátricos, cuando en realidad producen efectos de rebote que incrementan progresivamente la intensidad de los síntomas psiquiátricos que pretendían aliviar con el alcohol (Guardia Serecigni y cols., 2012).

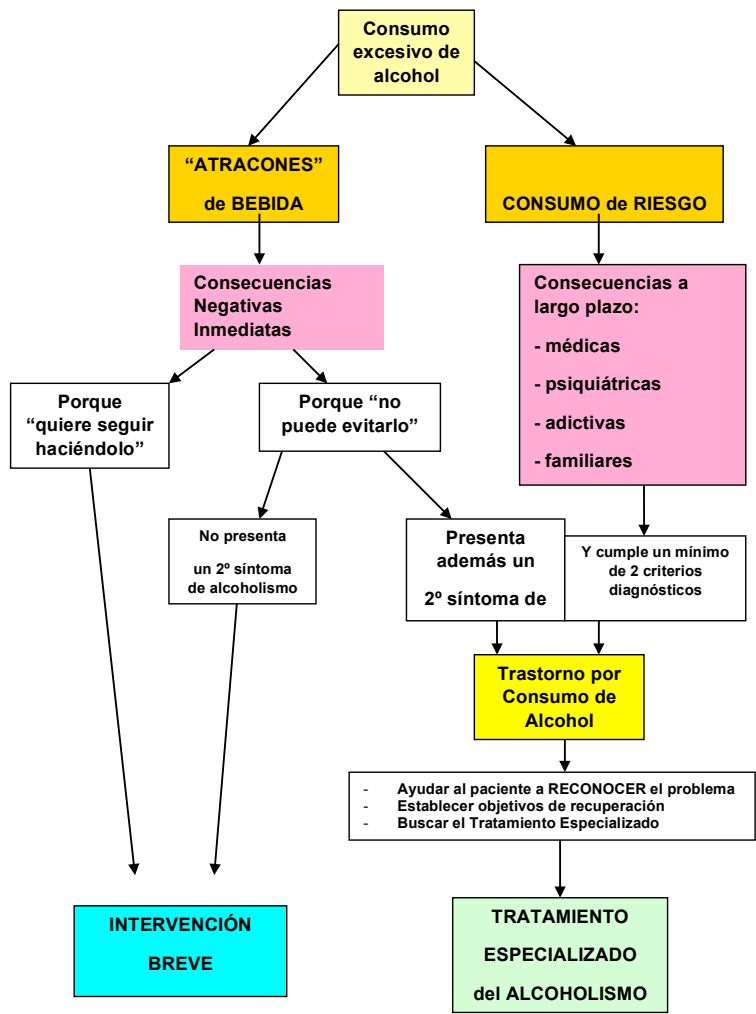
Por tanto, el **diagnóstico psiquiátrico preciso** y el **tratamiento psiquiátrico indicado** -de acuerdo con el diagnóstico-, **añadido al tratamiento especializado del alcoholismo**, y evitando los fármacos que tengan cierto riesgo adictivo; son muy necesarios también para la prevención de recaídas y para alcanzar la completa recuperación del paciente alcohólico. (Nivel de Evidencia 3. Grado de Recomendación B).

Determinados fármacos antidepresivos pueden ser de utilidad cuando el paciente presenta un trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, fobia social o trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, pueden resultar contraproducentes cuando el paciente sufre una depresión bipolar, ya que pueden empeorar la sintomatología bipolar mixta y pueden contribuir al viraje hacia un episodio hipomaniaco.

Las benzodiazepinas tienen graves inconvenientes para los pacientes alcohólicos ya que, asociadas a un posible consumo excesivo de alcohol, incrementan el riesgo de accidentes, caídas, lesiones y sobredosis, potencialmente mortales. Y además, tienen un elevado potencial adictivo para los pacientes alcohólicos. Es preferible utilizar fármacos anticomiciales de perfil sedativo, tales como pregabalina o gabapentina, para el tratamiento de la ansiedad, y también fármacos inductores del sueño, como trazodona u otros. (Nivel de Evidencia 3. Gado de Recomendación B).

Un tratamiento correcto de determinados trastornos psiquiátricos como un trastorno psicótico, bipolar, depresivo mayor, crisis de angustia o trastorno del sueño, pueden resultar decisivos para la recuperación del paciente que padece alcoholismo.

5 / ALGORITMO



6 / BIBLIOGRAFÍA

- Antai D, Lopez GB, Antai J, Anthony DS. Alcohol drinking patterns and differences in alcohol-related harm: A population-based study of the United States. *BioMed Research International*. Volume 2014, Article ID 853410.
<http://dx.doi.org/10.1155/2014/853410>.
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, Gastfriend DR, Hosking JD, Johnson BA, LoCastro JS, Longabaugh R, Mason BJ, Mattson ME, Miller WR, Pettinati HM, Randall CL, Swift R, Weiss RD, Williams LD, Zweben A. COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence – the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2003-2017.
- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2013.
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.
- Catalá-López F, Génova-Maleras R, Alvarez-Martín E, Fernández de Larrea-Baz N, Morant-Ginestar C. Burden of disease in adolescents and young people in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013; 6:80-85.
- Compton WM, Blanco C, Wargo EM. Integrating addiction services into general medicine. *JAMA*. 2015; 314:2401-2402.
- Dussaillant F, Fernández M. Alcohol's harm to others' well-being and health: a comparison between Chile and Australia. *Alcohol Alcohol*. 2015; 50:346-351.
- Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang DS. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72:757-766.
- Guardia Serecigni J., Jiménez-Arriero M. A., Pascual P., Flórez G. y Contel M. (2008). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo (2ª ed.). Barcelona: Socidrogalcohol.
<http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/socidrogalcohol.html>
- Guardia J, Surkov S, Cardús M. (2011a) Bases Neurobiológicas de la Adicción. En Bobes, Casas y Gutiérrez (Editores). Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Edición. Enfoque Editorial. Valladolid. (p. 25-33).
- Guardia Serecigni J. (2011b) Cambio de paradigma en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *Adicciones* 23: 299-316.
<http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/126>
- Guardia Serecigni J. Trastornos Mentales y del Comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: Pascual Pastor F; Guardia Serecigni J (coordinadores) Monografía sobre el Alcoholismo. SOCIDROGALCOHOL. Barcelona. 2012a. (pp. 219- 293).
<http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/socidrogalcohol.html>
- Guardia Serecigni, J. La reducción del consumo de alcohol. Un nuevo objetivo en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *ADICCIONES* 2015. Vol 27; Nº 1.
<http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/socidrogalcohol.html>

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio EDADES 2009/10. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. 2010.
- Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, Struzzo P, Della Vedova R, Gual A, Wojnar M. Alcohol dependence and treatment utilization in europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Fam Pract*. 2015a; 16:90.
- Rehm J, Allamani A, Della Vedova R, Elkes Z, Jakubczyk A, et ali. General practitioners recognizing alcohol dependence: A large cross-sectional study in 6 European countries. *Ann Fam Med*. 2015b; 13: 28-32.
- Rehm J, Allamani A, Aubin HJ, Della Vedova R. Elekes Z, Frick U, Jabubczyk A, et ali. People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries. *Alcohol Alcohol*. 2015c; 50:310-318.
- Rubio G. Bermejo J. Cabellero 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: 11-14.
- Sullivan J.T.; Sykora K.; Schneidman, J.; Naranjo, CA. Sellers E.M.; Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale. (CIWA-Ar) *Br. J. Add* 1989; 84: 1353 – 1357.

8 / SITUACIONES ESPECIALES

A / ALCOHOL Y EMBARAZO

LÓPEZ SANTIAGO, Asensio. Grupo de Intervención en Drogas, SEMFyC.
Director médico Área Salud IX. Servicio Murciano de Salud.

PASCUAL PASTOR, Francisco. Coordinador médico UCA Alcoi. Conselleria Sanitat. Generalitat Valenciana. Presidente de SOCIDROGALCOHOL.
Asesor de CAARFE.

1 / INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos derivados del consumo abusivo de bebidas alcohólicas representa un problema de primera magnitud dentro de la sanidad. No solo la dependencia al alcohol, sino toda la morbilidad relacionada con su consumo tiene una especial relevancia en la salud de la sociedad.

Los últimos estudios revelan que la gravedad de los síntomas es mayor que los avances de los investigadores en recuperar estas alteraciones, y es que la afectación sobre todo neurológica que produce el alcohol en el cerebro fetal puede perdurar hasta la edad adulta. La causa es la alteración de los péptidos, las neurotrofinas, la exposición al alcohol durante el período de formación fetal puede ser especialmente destructiva para estas neurotrofinas. Estos péptidos juegan un papel importante en el proceso de aprendizaje y en la memoria, y aunque se sabe que actuaciones como la estimulación precoz o el entrenamiento pueden ser beneficiosas, este beneficio es menos evidente si el daño está producido por el alcohol, por lo que estos nuevos estudios inciden más si cabe en la necesidad de abstenerse de bebidas alcohólicas durante el embarazo” (Seror, 2009)

No se sabe que dosis de etanol puede ser lesiva, ni si existe una dosis lesiva de necesidad, pues cada mujer responde de forma individual, lo que sí que se sabe es que la causa es el efecto directo del alcohol sobre el feto, por lo que no se precisa que la mujer sea alcohólica para que el niño sufra un Síndrome alcohólico fetal, solo que la madre beba durante el embarazo. Por ese motivo el consejo obstétrico es el de consumo cero durante el período de gestación.

La situación es que el embrión o feto, alcanza la misma alcoholemia (gramos de alcohol por litro de sangre) que la madre, ya que el etanol pasa sin dificultad la barrera placentaria.

Sabemos, además, que no se producen alteraciones genéticas y que no es una patología hereditaria, la forma de actuar es la siguiente: el etanol, disminuye la cantidad de

Si es durante el 3er trimestre, además de la disminución peso y talla, aparecen alteraciones del hipocampo y problemas de la codificación de la información visual y auditiva

Además pueden aparecer alteraciones del S.N.C. (Guerri, 2006)

La clínica se completa con un Dismorfismo craneofacial característico y consistente en microcefalia, lesiones cerebrales, hirsutismo frontal, ptosis, estrabismo, miopía, epicantus, oblicuidad antimongoloide, nariz aplastada, silla de montar, e hipoplasia mandibular, paladar alto, boca grande y labios finos; además de un desarrollo psicomotor deficiente o límite (borderline), inquietud, hiperexcitabilidad, e insomnio. El cociente intelectual se sitúa en torno a 50 – 80, se evidencia una disminución APGAR, en el momento del nacimiento, un déficit en el crecimiento tanto intrauterino como postnatal con bajo peso y talla.

También se ha podido evidenciar que a mayor tiempo y cantidad de ingesta de alcohol por parte de la madre la clínica será más florida y las alteraciones más graves y menos reversibles, así y aunque hemos dicho que no es necesario que la madre sufra un trastorno por dependencia al alcohol, la clínica será más evidente en madres alcohólicas de larga evolución, e incluso se incrementará el número de abortos espontáneos y de mortinatos.

Para comprender la magnitud del problema hay que tener en consideración las siguientes premisas:

- El alcohol pasa fácilmente la barrera placentaria y la de lactancia.
- Las concentraciones de alcohol y sus metabolitos son mayores en el feto que en sangre materna.
- El feto tiene mayor tasa metabólica y por lo tanto mayor absorción de tóxicos.
- Las células embrionarias tienen un ciclo celular corto y por lo tanto mayor vulnerabilidad tóxica y menor tiempo de reparación.

Y repasemos:

- No hay una dosis tóxica de necesidad.
- No hay una dosis que podamos considerar No tóxica.

Por lo tanto, el consejo durante el embarazo es consumo 0 de bebidas alcohólicas.

2 / EPIDEMIOLOGÍA

Aunque muchas mujeres se abstienen del alcohol durante el embarazo, todavía hay un número importante de mujeres que siguen consumiendo bebidas alcohólicas durante la gestación, con cifras de entre un 25% en España a un 35-50% en Holanda, o incluso más en Reino Unido e Irlanda (Bruguera 1994)

Según datos CDC europe/ INE / ECEMC, la incidencia del SAF, puede llegar en España a alcanzar cifras de hasta 20 por cada 10.000 recién nacidos, aunque realmente las cifras con un correcto diagnóstico se acercan al 2- 4 por cada 1.000 recién nacidos y cuando hablamos del TEAF la incidencia rondan el 1%.

Teniendo en cuenta además que el SAF es como la punta del Iceberg de un problema que esconde otros efectos relacionados con el consumo de alcohol durante el embarazo, clínica sospechosa y cuadros subclínicos que nunca podrá demostrarse.

De cualquier forma, se trata de la principal causa de defectos congénitos del desarrollo en la Unión Europea prevenible al cien por cien. Sobre todo produciendo alteraciones a nivel de SNC ya que el alcohol además de ser un potente teratógeno, actúa directamente sobre el cerebro al ser el órgano más sensible a sus efectos provocando lesiones que en algunos casos son tan pequeñas que son indetectables pero que ocasionan importantes trastornos neurológicos y sobre todo unos rasgos faciales característicos, que serán parte del diagnóstico clínico del SAF.



3 / DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del consumo de bebidas alcohólicas en las embarazadas tiene elementos comunes al que se realiza con el resto de adultos, aunque su exploración adquiere algunas características que hacen necesario tener siempre en consideración.

La información que nos aportan los estudios que disponemos actualmente, tanto en las fases embriológicas en ensayos con animales de investigación, como los estudios epidemiológicos, confirman que no existe dosis segura en la exposición al alcohol en la gestación. Esta circunstancia condiciona la práctica clínica que ha de realizarse con las mujeres embarazadas en relación con el consumo de alcohol. Por tanto, la labor de los profesionales de Atención Primaria, matronas, médicos de familia, pediatras y enfermeros, tiene una especial relevancia, pues las recomendaciones que hay que ofrecer a las mujeres en edad gestacional son diferentes a las consensuadas para la población general (Gerard, 2003; Córdoba, 2014).

A esta situación hay que añadir que algunos estudios señalan que más del 50% de mujeres embarazadas tienen desconocimiento de los potenciales riesgos para el feto de la ingesta de pequeñas cantidades de alcohol durante la gestación (Esposito, 2015; Watkins, 2015). Identificando que, a pesar de las recomendaciones de los profesionales sanitarios, un 27% de las gestantes que beben antes del embarazo manifiestan tener intención de seguir bebiendo.

La exploración del consumo de bebidas alcohólicas es una labor compleja para los profesionales. Lo pone de manifiesto el resultado de algunos trabajos realizados con matronas, obstetras y médicos de familia, que identifican las dificultades expresadas por los profesionales cuando afrontan el consumo de bebidas alcohólicas con las gestantes. Existen temores de dañar la relación médico-paciente y manifiestan las dificultades para conseguir cambios de comportamiento en las mujeres con conductas de riesgo (Peadon, 2011). Es frecuente encontrar en la bibliografía acusaciones de paternalismo médico cuando se recomienda a las mujeres embarazadas abstención absoluta de bebidas alcohólicas

Un aspecto importante en la exploración del consumo de bebidas alcohólicas en el embarazo es el hallazgo puesto de manifiesto por varios trabajos de la baja fiabilidad de la entrevista para la detección del consumo (Manich, 2012; Esposito, 2015; Czeizel, 2004). Evaluaciones realizadas con el meconio o con la determinación de Glucurónido de etilo en el cabello, indican que un tercio de las mujeres que mantiene consumo de alcohol durante el embarazo lo niegan en la entrevista (Pichini, 2014; Manich, 2013). Este fenómeno es más acusado entre la población de un bajo nivel socio-económico y en una alta tasa de inmigrantes. Tienden a declarar erróneamente o no informar de su consumo real de etanol probablemente debido a la presión social y el sentimiento de culpa acerca de la bebida.

Estos autores han postulado que las mujeres que tienen su primer hijo están más motivadas para seguir los consejos de salud, y que las mujeres que consumieron alcohol durante un embarazo anterior, sin efectos negativos evidentes para el feto son menos propensas a dejar sus hábitos tóxico. Durante las primeras semanas del embarazo las mujeres reducen de manera espontánea del consumo de alcohol, sin embargo, cerca del 30% mantienen consumos de riesgo para el feto.

Otro hallazgo relevante es que un menor grado de planificación del embarazo se asocia con consumo excesivo de alcohol. La asociación entre un mayor grado de planificación del embarazo y menores tasas de consumo excesivo de alcohol es habitual, dado que el cumplimiento de las directrices generales antes y durante el embarazo se ve influenciada positivamente por un mayor grado de planificación del embarazo (Iversen, 2015)

Teniendo en cuenta todas estas circunstancias, el diagnóstico y la intervención han de contemplarse como una única actuación, destinada a disminuir o evitar los riesgos derivados del consumo de bebidas alcohólicas. Es preciso que la entrevista de diagnóstico se convierta en sí misma en una intervención dirigida a conseguir una abstinencia completa de bebidas alcohólicas.

Siguiendo las recomendaciones de los diferentes trabajos publicados, se proponen las siguientes recomendaciones para los profesionales de Atención Primaria:

- 1 / Generar un clima de confianza y seguridad en la entrevista. Evitar realizar juicios de valor o expresiones de culpabilización que desencadenen un clima adverso en la relación con la embarazada.
- 2 / Identificar si la mujer realiza algún consumo de bebidas alcohólicas, así como explorar los hábitos de consumo previos a la gestación. Preguntar por los hábitos de consumo de su pareja
- 3 / Cuantificar el consumo semanal y conocer sus patrones de consumo, mediante la exploración de las unidades de alcohol.

- 4 / Identificar si existen comportamientos que nos hagan sospechar una adicción al alcohol o comportamiento de riesgo. Como instrumento validado en castellano se puede utilizar el AUDIT que permite identificar los consumos (Barbor, 2001). La versión abreviada con 3 preguntas es una herramienta que ha sido validada en castellano para la detección de los consumos de riesgo; siendo positivo en hombres cuando se alcanza una puntuación de 5 y de 4 en las mujeres. En cualquier caso, como ya se ha puesto de manifiesto, al no existir dosis de alcohol segura para la salud del feto en el embarazo, cualquier consumo ha de ser considerado de riesgo.
- 5 / La entrevista para identificar los consumos de alcohol en las embarazadas ha de basarse en la confianza mutua y en la continuidad de la atención. En todos los estudios publicados se observa que la cuantificación objetiva del consumo de alcohol con diferentes métodos biológicos (análisis del glucurónido de etilo en el cabello o del meconio al nacimiento) ponen de manifiesto que un tercio de las mujeres no declaran de manera abierta los consumos de alcohol en el embarazo. Por consiguiente, es una labor y una responsabilidad de los profesionales de sanitarios utilizar la entrevista clínica como herramienta imprescindible para transmitir a la gestante la importancia de poder hablar con veracidad acerca de los consumos.
- 6 / Como cuestionario complementario para la detección de riesgo en el embarazo la Task Force de USA propone el T-ACE (Gerad, 2003), herramienta que no está validada en castellano. En cualquier caso, se trata de un cuestionario que solo se utilizaría para descartar una adicción en un embarazada que admita consumo habitual de alcohol. T (tolerance); A (annoyed); C (cut down); E (Eye-opener).
- 7 / Ante la incertidumbre sobre cuándo ocurrirá la fecundación y como en muchas mujeres el embarazo no es planificado, muchas de las intervenciones deben dirigirse a identificar las prácticas de riesgo en las mujeres en edad fértil, ofreciendo información de los riesgos en el embarazo. Dado que casi el 50% de los embarazos no son planificados, las mujeres en edad reproductiva deben consultar a su médico y tomar medidas para reducir el consumo.
- 8 / De acuerdo con las recomendaciones de las guías como la del PAPPS (Córdoba, 2014), los profesionales de la salud deben indagar constantemente acerca del consumo de alcohol entre las mujeres en edad reproductiva, informales sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo y sugerirles que se abstengan de tomar bebidas alcohólicas durante el embarazo.

T-ACE (Puntuación de 2 o más se considera positivo)

- Have you ever felt you ought to cut down on your drinking? (1 punto)
- Eye-opener: Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover? (1 punto)
- Have people annoyed you by criticizing your drinking? (1 punto)
- Tolerance: How many drinks does it take to make you feel high? (2 puntos)

4 / INTERVENCIÓN

El diagnóstico y la intervención para disminuir los riesgos derivados del consumo de alcohol en el embarazo han de contemplarse como un continuo en la atención a las mujeres en edad fértil (Melissa, 2009). Disponemos en la bibliografía publicaciones con intervenciones durante el embarazo que consiguen disminuir los riesgos del consumo de alcohol. Algunas de ellas comparan la eficacia del consejo breve (Fleming, 2000; CDC, 2003) con la entrevista motivacional (Joya, 2016; Floyd, 2007; Chang, 2005) o simplemente con la entrega de material informativo a las embarazadas.

Los resultados que aportan los diferentes estudios son desiguales, pero tal como recoge la revisión sistemática publicada por Cochrane (Stade, 2009), todas las intervenciones consiguen efectos favorables en la prevención de las consecuencias derivadas del consumo de alcohol en el embarazo. Aunque los efectos conseguidos no pueden considerarse de gran intensidad, intervenciones con la metodología de la Entrevista Motivacional han demostrado ser eficaces tanto con mujeres en edad fértil, antes de tener un embarazo, como las realizadas en las primeras semanas de la gestación.

Entre los modelos de intervención para conseguir cambios en los estilos de vida y para la promoción de comportamientos saludables, se encuentran la Entrevista Motivacional y el Modelo del Cambio (Miller, 2002; Prochaska, 1982), herramientas que han demostrado su efectividad en Atención Primaria (Colom, 2014; Eilean, 2007).

Tal como se recoge en el Documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSSSI, 2015), el problema está en que contribuir a modificar los hábitos de las personas no es tarea fácil. La conducta de las personas está determinada por múltiples factores personales, institucionales y ambientales, que operan e interactúan a diferentes niveles: individual, interpersonal y comunitario. La complejidad que conlleva abordar esta difícil tarea en un contexto de sobrecarga de trabajo, escasez de tiempo y formación, junto al desconocimiento sobre cómo influir en los individuos desde esta perspectiva ecológica, hacen que hoy por hoy los resultados de los programas de promoción de la salud realizados en APS sean relativamente modestos. Como consecuencia, la promoción de la salud dista mucho de ser un componente integrado en la práctica clínica diaria.

Una de las grandes dificultades es conseguir integrar de manera sistemática la intervención sobre estilo de vida saludable en la práctica clínica de los profesionales. El grupo de trabajo sobre intervenciones de asesoramiento y conductuales del US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda la adopción de la estrategia de intervención de **las 5 Aes** (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo.

Los diferentes tipos de intervención propuestos, se definen de manera general:

- **Consejo breve:** intervención de tipo oportunista, de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional.
- **Educación individual:** consulta educativa de al menos 20 minutos, o serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario, en las que se trabajan las capacidades de este último sobre un tema, desde una perspectiva amplia.

- **Educación grupal o colectiva:** taller de 2-3 horas o serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud.

Estas intervenciones se utilizan habitualmente en Atención Primaria por médicos de familia y matronas para la formación de las mujeres gestantes en la adopción de estilos de vida saludables que incidan en unas mejores condiciones en la salud de la embarazada y en la salud de su hijo.

Sin embargo, disponemos de pocas evaluaciones sobre su efectividad. Una nueva propuesta, denominada **la rueda del cambio del comportamiento**, intenta ser un modelo más completo, coherente, aplicable y visual. En el centro de la rueda se sitúan tres condiciones esenciales para el cambio que interactúan entre ellas: la **Capacidad, la Motivación y la Oportunidad**. La **Capacidad** se define como el poder y/o la competencia individual (psicológica y física) para comprometerse con el cambio, e incluye tener los conocimientos y las habilidades necesarios. La **Motivación**, se refiere a los procesos mentales que animan y dirigen el comportamiento, no solo objetivos y decisiones conscientes. Incluye los procesos habituales de toma de decisiones con su componente emocional y analítico. La **Oportunidad** se define como todos los factores que se encuentran fuera del individuo que hacen que el comportamiento sea posible e inmediato.

Puntos críticos identificados de las intervenciones

- Se considera importante el apoyo del consejo verbal con recomendaciones escritas, mediante la entrega de materiales disponibles que refuercen el consejo verbal (folleto de beneficios y recomendaciones, materiales de apoyo como calendarios o diarios y listado de recursos comunitarios).
- Además, se valorará la pertinencia y factibilidad de dar unas recomendaciones individualizadas escritas, basadas en objetivos pactados con el paciente (en la literatura se denomina “prescripción escrita”). Estas recomendaciones individualizadas escritas implican una negociación de objetivos entre el profesional y el paciente que puede no ser factible en el contexto de un consejo breve, por lo que se considera que es más factible trabajarlo en una consulta de seguimiento programada o en educación intensiva individual o grupal.
- Se ha de señalar que las estrategias de consejo breve y de educación individual no son suficientes. Es imprescindible generar entornos facilitadores e incluir acciones en el ámbito comunitario. Se consideran las actividades de promoción de la salud, la educación grupal y las intervenciones en el entorno educativo, como elementos complementarios e imprescindibles para alcanzar el objetivo de la incorporación del estilo de vida saludable en la población.
- Otro elemento importante para la realización del cambio es la sensación de confianza en llevar a cabo la conducta o cambio requerido, es decir, la percepción de *auto-eficacia*. De hecho, la percepción del paciente del control de sus propias

conductas y decisiones es el mayor incentivo para que se implique y responsabilice en el proceso de cambio.

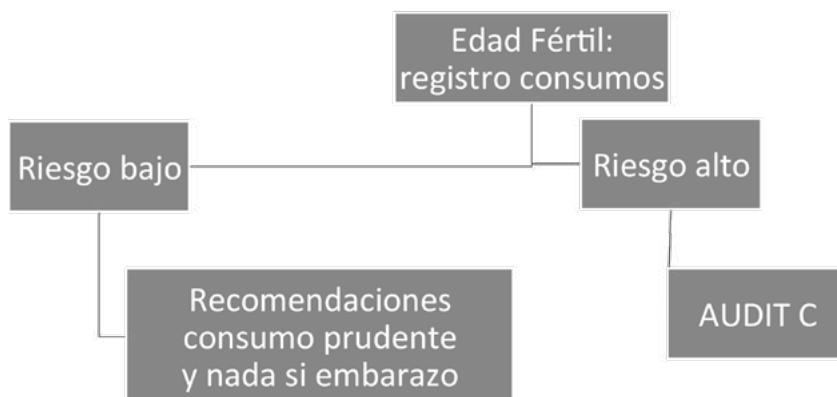
La entrevista motivacional según describen Miller & Rollnick se apoya en cinco principios generales:

- 1 / *Expresar empatía.* Para ello se aconseja la utilización de la escucha reflexiva y el calor emocional durante el proceso de la entrevista. Este estilo incluye el uso de preguntas abiertas, la legitimación de los sentimientos de la mujer, y la validación de sus decisiones sin realizar juicios. Es muy importante no generar sentimientos de culpa en la embarazada, situación que dificultará el cambio de conducta en muchas de ellas.
- 2 / *Desarrollar discrepancia,* aumentando la toma de conciencia por parte de la mujer de las consecuencias de la conducta actual y las metas que se propone.
- 3 / *Evitar las discusiones y la persuasión directa* sobre la necesidad de consumir ninguna bebida alcohólica, pues esto puede generar resistencia en la mujer.
- 4 / *Prestar atención a las resistencias y manejarlas* invitando a la gestante a considerar nuevas informaciones o perspectivas, *evitando la imposición.* En cualquier caso, incidir siempre en que la ella es la única capaz de adoptar la decisión de no consumir alcohol.
- 5 / Apoyar o fomentar la *auto-eficacia*, reforzando a la mujer por los éxitos en el pasado, y fomentando la sensación de control sobre su conducta.

De acuerdo con la bibliografía revisada se proponen las siguientes recomendaciones para mejorar la prevención de las consecuencias del alcohol durante el embarazo.

Intervenciones con mujeres en edad fértil

Se realizará una cuantificación oportunista del consumo de bebidas alcohólicas en el periodo de una semana, a todas las mujeres en edad fértil que acudan a la consulta por cualquier problema de salud. Registrando el resultado en la Historia clínica.



En el supuesto de que el consumo semanal esté en patrones de riesgo bajo o moderado y no presente consumo esporádico de varias consumiciones de bebidas de alta graduación en un solo día, se recomendará el consumo prudente, advirtiéndolo de las situaciones de riesgo. Además, se informará sobre la ausencia de seguridad de las bebidas alcohólicas en el embarazo y se recomendará abstinencia absoluta en el supuesto de deseo de una gestación. Recomendando una nueva visita en el caso de desear un embarazo, para poder planificar aspectos relativos a la alimentación, suplementos y hábitos saludables (tabaco, alcohol, alimentos, contaminantes, otros tóxicos)

En el supuesto de un consumo de alcohol de riesgo, se procederá a valorar el alcance del consumo mediante la utilización del cuestionario AUDIT C. Independientemente del valor obtenido, se planificará una intervención destinada a identificar posibles consecuencias y a reducir el mismo, siguiendo los modelos de intervención adecuados a la Atención Primaria. Informando igualmente sobre las potenciales consecuencias en el embarazo

Intervenciones durante la gestación

- El médico de familia o la matrona que reciban a la embarazada en la primera visita al centro de salud deben incorporar en la anamnesis la cuantificación del consumo de bebidas alcohólicas. La importancia de esta primera entrevista radica a la información obtenida por diferentes estudios, que señalan la tendencia de más de un tercio de las mujeres a minimizar u ocultar el consumo.
- Es aconsejable conocer el patrón de consumo de la mujer antes del embarazo, así como el de su pareja, pues estas conductas se comportan como un predictor del comportamiento de la mujer con las bebidas alcohólicas. La Unidad de Salud

Gestación			
Cuantificación consumo	Patrón consumo	Recomendar abstinencia	Si hay consumos seguimiento exhaustivo

medioambiental del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (Ortega, 2013) ha elaborado un modelo de entrevista (*La hoja verde del embarazo y lactancia*) para identificar los diferentes agentes medioambientales a los que están expuestos los padres, que son nocivos para el feto.

- La recomendación ha de ser de abstinencia absoluta ante el consumo de alcohol, siguiendo la metodología de la entrevista motivacional. La recomendación es insistir en cada una de las visitas de seguimiento del embarazo y contextualizarla con el conjunto de indicaciones y recomendaciones sobre hábitos y cuidados en el embarazo.
- Cuando se detecte en la embarazada un consumo de alcohol de riesgo elevado o se sospecha una adicción al alcohol, se consultará con una Unidad Especializada en Adicciones o Salud Mental.
- El consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo puede causar malformaciones o alterar el desarrollo normal del embrión o del feto.
- El alcohol durante el embarazo puede causar retraso del desarrollo, bajo peso al nacer, parto prematuro o aborto espontáneo.
- Además, los efectos del alcohol sobre el embrión y el feto son la causa más frecuente de discapacidad mental e intelectual en la mayoría de países industrializados.

APGAR

- Momento del nacimiento

PERÍMETRO CRANEAL

- Seguimiento pediátrico

PESO Y TALLA

- Curvas de crecimiento

FASCIES CARACTERÍSTICA

- Valorar todos los rasgos



Durante el embarazo, alcohol ni gota

INTERVENCIÓN PRECOZ

5 / BIBLIOGRAFÍA

- Abel EL. Fetal alcohol syndrome: same old, same old. *Addiction*. 2009 Aug;104(8):1274-5; discussion 1279-80.
- Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21:613-9.
- Barbor, T; et al. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS. 2001.
- Bertrand J; Interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): overview of findings for five innovative research projects. Interventions for Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders Research Consortium. *Res Dev Disabil*. 2009 Sep-Oct;30(5):986-1006.
- Centers for Disease Control and Prevention. Motivational intervention to reduce alcohol-exposed pregnancies—Florida, Texas, and Virginia, 1997–2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003;52:441-4.
- Chang G, McNamara TK, Orav EJ, et al. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;105:991-8.
- Chang, G., McNamara, T.K., Orav, E.J., Koby, D., Lavigne, A., Ludman, B., Vincitorio, N.A., and Wilkins-Haug, L. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet. Gynecol*. 2005; 105:991-998.
- Charness, M; Riley, E; Sowe, E. Drinking During Pregnancy and the Developing Brain: Is Any Amount Safe? *Trends in Cognitive Sciences*, February 2016, Vol. 20, No. 2 8.
- Colom, J et al, Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Front Psychiatry*. 2014 Nov 11;5:161. doi: 10.3389/fpsy.2014.00161.
- Czeizel, A.E., Petik, D., and Puho, E. Smoking and alcohol drinking during pregnancy. The reliability of retrospective maternal self-reported information. *Cent. Eur. J. Public Health*. 2004; 12: 179-183.
- Eileen F.S. Kaner, Heather O Dickinson, Fiona R Beyer, Fiona Campbell, Carla Schlesinger, Nick Heather, John B Saunders, Bernard Burnand, Elizabeth D Pienaar.
- Efectividad de las intervenciones breves para el consumo de alcohol en las poblaciones de atención primaria (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2 Art no. CD004148. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Espósito G, Ambrosio R, Napolitano F, Di Giuseppe G (2015) Women's Knowledge, Attitudes and Behavior about Maternal Risk Factors in Pregnancy. *PLoS ONE* 10(12): e0145873. doi:10.1371/journal.pone.0145873.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell B, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000;38:7-18.
- Floyd, R.L., Sobell, M., Velasquez, M.M., Ingersoll, K., Nettleman, M., Sobell, L., Mullen, P.D., Ceperich, S., von Sternberg, K., Bolton, B., Johnson, K., Skarpness, B., and Nagaraja, J. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *Am. J. Prev. Med*. 2007; 32: 1-1.

- Garcia-Algar O, Kulaga V, Gareri J, Koren G, Vall O, Zuccaro P, Pacifici R, Pichini S. Alarming prevalence of fetal alcohol exposure in a Mediterranean city. *Ther Drug Monit.* 2008 Apr;30(2):249-54.
- Gerard J. Connors, Robert J. Volk. Self-Report Screening for Alcohol Problems Among Adults. ASSESSING ALCOHOL PROBLEMS. A Guide for Clinicians and Researchers. Second Edition. NIH Publication No. 03-3745. Revised 2003.
- Gual, A., Anderson, P., Segura, L. & Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Intervention. Departamento de Salud del Gobierno de Cataluña: Barcelona.
- Guerri, C y Rubio, V. Alcohol, embarazo y alteraciones infantiles. Jano 2-8 Junio 2006. N. 1611.
- Iversen, M; et al. Alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy. A cross-sectional study with data from the Copenhagen Pregnancy Cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015 15:327.
- Joya, X et al. Segmental hair analysis to assess effectiveness of single-session motivational intervention to stop ethanol use during pregnancy. / *Drug and Alcohol Dependence* 158 (2016) 45-51.
- Manich, A., Velasco, M., Joya, X., García-Lara, N.R., Pichini, S., Vall, O., and Garcia-Algar, O. [Validity of a maternal alcohol consumption questionnaire in detecting prenatal exposure]. *An. Pediatr.* 2012;76: 324-328.
- Manwell LB, Fleming MF, Mundt MP, Stauffacher EA, Barry KL. Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:1517-24.
- Melissa Whitworth, Therese Dowswell. Promoción sistemática de la salud pregestacional para mejorar los resultados del embarazo (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD007536. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Miller, WR.; Rollnick, S. Motivational interviewing: preparing people to change. 2nd ed.. Guilford Press; New York: 2002.
- Morini, L., Marcheì, E., Tarani, L., Trivelli, M., Rapisardi, G., Elicio, M.R., Ramis, J., Garcia-Algar, O., Memo, L., Pacifici, R., Groppi, A., Danesino, P., and Pichini, S. Testing ethylglucuronide in maternal hair and nails for the assessment of fetal exposure to alcohol: comparison with meconium testing. *Ther. Drug Monit.* 2013; 35: 402-407.
- MSSSI. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de salud. Madrid 2015.
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- Ortega García JA, Jaimes Vega DC, Sánchez-Sauco MF, Jiménez Roset J. Elijo Más Sano. Exposición a alcohol y drogas ilegales durante el embarazo y lactancia. Guía de Seguimiento. Consejería de Sanidad y Política Social, Murcia, 2013.
- Peadon et al. Attitudes and behaviour predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. *BMC Public Health* 2011, 11:584.

- Pichini, S., Morini, L., Pacifici, R., Tuyay, J., Rodrigues, W., Solimini, R., Garcia-Algar, O., Ramis, J., and Moore, C. Development of a new immunoassay for the detection of ethyl glucuronide (EtG) in meconium: validation with authentic specimens analyzed using LC-MS/MS. Preliminary results. Clin. Chem. Lab. Med. 2014; 52: 1179–1185.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychother Ther Res Practice Train 1982;19:276–88.
- Project CHOICES Research Group. Alcohol-exposed pregnancy: characteristics associated with risk. Am J Prev Med 2002;23:166–73.
- R. Córdoba, F. Camarellas, E. Muñoz, J. Gómez, D. Díaz, J.I. Ramírez, A. López y C. Cabezas. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria Vol. 46. Extraordinario IV. 2014 páginas 1-117.
- Senturias YS, Asamoah A, Allard A, Hersh JH. Fetal alcohol spectrum disorders (FASD): what medical professionals need to know. J Ky Med Assoc. 2009 May;107(5):177-80.
- E. Seror et al. Alcool et grossesse. Archives de Pédiatrie 2009.; 16; 1346-1373.
- Stade BC, Bailey C, Dzendoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD004228.
DOI: 10.1002/14651858.CD004228.pub2.
- Watkins et al. Development of a scale to evaluate midwives' beliefs about assessing alcohol use during pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth (2015) 15:353.
DOI 10.1186/s12884-015-0779-6.
http://www.eurocare.org/resources/policy_issues/alcohol_and_pregnancy

B / ALCOHOL Y MENORES

GUARDIA SERECIGNI, Josep. Consultor senior en Psiquiatría Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona. Vicepresidente de SOCIDROGALCOHOL.

CASQUERO, Rafael. Médico de Atención Primaria. Psiquiatra. Miembro del Grupo Salud Mental SEMERGEN. Centro de Salud Las Cortes Madrid.

1 / INTRODUCCIÓN

Según el manifiesto de la Asociación Americana de Psicología, la capacidad cognitiva puede ser ya muy elevada a los 16 años, pero la madurez psicosocial sigue mejorando hasta los 30 años de edad.

Los jóvenes de 16 años pueden tener una buena capacidad cognitiva y, si están bien informados y asesorados, pueden tomar decisiones médicas, legales y participar en ensayos clínicos; pero no tienen todavía una madurez psicosocial suficiente y son vulnerables tanto a la coerción social como a su mayor impulsividad e inestabilidad emocional. Por lo tanto tienen una mayor vulnerabilidad con respecto al consumo de alcohol o tabaco, la conducción de vehículos o la actividad sexual no protegida. (Steinberg, Cauffman, Woolard, Graham y Banich, 2009) (Nivel de Evidencia 3).

Las estructuras cerebrales que maduran más tarde son las que forman parte de la corteza cerebral prefrontal y los circuitos que intervienen en las funciones ejecutivas, la anticipación de las consecuencias de los propios actos, el razonamiento ético, y otras funciones sutiles, de las cuales depende un buen funcionamiento del auto-control conductual.

Múltiples evidencias científicas han demostrado que el consumo de alcohol en los adolescentes interfiere el proceso de maduración cerebral y puede ocasionar un deterioro sutil del comportamiento y del auto-control conductual, que genera una mayor vulnerabilidad hacia las conductas adictivas. (Nivel de Evidencia 3).

Todos los países avanzados disponen de una legislación según la cual, **los menores de 18 años no deberían tomar bebidas alcohólicas**, (lo cual incluye las bebidas fermentadas, es decir, sidra, cerveza, vino y cava). Sin embargo, el cumplimiento de esta legislación fluctúa entre algunos países en los que la edad legal para beber alcohol puede llegar hasta los 21 años y otros en los que los menores adquieren y consumen bebidas alcohólicas con total libertad aunque, en teoría, la ley prohíbe que lo hagan antes de los 18 años.

Durante cada episodio de **“atacón” de bebida** (o consumo intensivo de alcohol) se acumulan elevadas concentraciones de alcohol en el cerebro y se produce un estado de intoxicación alcohólica aguda, que aumenta el riesgo de accidentes, caídas, lesiones, desinhibición de impulsos agresivos y otras consecuencias negativas inmediatas para la salud. (Nivel de Evidencia 3).

Además, el impacto repetido y continuado de “atracones” de bebida, que producen elevadas concentraciones de alcohol sobre el cerebro, puede inducir cambios adaptativos en la neurotransmisión y en el funcionamiento de determinados circuitos cerebrales, los cuales intervienen en el control de la conducta de beber alcohol, causando una transición progresiva desde el consumo excesivo -pero controlado- de alcohol, a un consumo adictivo, con dificultades para controlar la cantidad de alcohol ingerido por ocasión (Guardia, Surkov y Cardús, 2011).

Diez gramos de alcohol, que es el contenido en alcohol puro de una copita de vino, de cava o de cerveza, necesitan una hora para ser metabolizados en el hígado y unas 6 horas para su eliminación por la orina. Dado que el metabolismo hepático del alcohol tiene una cinética constante, la ingesta de otra consumición, antes de que haya transcurrido una hora de la primera, conlleva la acumulación de alcohol en el organismo. Por este motivo, los “atracones” de bebida (tomar varias copas en poco rato), producen elevadas concentraciones de alcohol en el cerebro, que persisten durante horas (Guardia Serecigni, 2015a).

Las **sobredosis** de alcohol atendidas en los servicios de urgencias han sufrido un progresivo aumento. Elevadas concentraciones de alcohol o de medicamentos depresores del sistema nervioso central, (como pastillas tranquilizantes, para dormir o analgésicos opiáceos, metadona o heroína), que no serían mortales por separado, pueden llegar a serlo cuando se ingieren varias al mismo tiempo (White y Hingson, 2013), debido a un grave entecimiento de las funciones del cerebro que puede conducir a una grave insuficiencia o incluso parada respiratoria (Nivel de Evidencia 2).

El consumo de alcohol durante la adolescencia puede inducir **cambios en la plasticidad del cerebro**, que pueden aumentar la vulnerabilidad hacia el alcoholismo (Pascual y cols., 2008). Las personas que empiezan a beber alcohol antes de los 15 años tienen 4 veces **más probabilidades de desarrollar alcoholismo** que los que empiezan después de los 21 años (Hingson, Heeren y Winter, 2006). (Nivel de Evidencia 2).

Los síntomas de la intoxicación alcohólica aguda no sólo son manifestaciones neurológicas (disartria, ataxia, incoordinación motora, nistagmo, alteración de la atención y la memoria, disminución de conciencia). La intoxicación alcohólica aguda se manifiesta también con importantes **alteraciones del comportamiento** que van a producir **consecuencias negativas inmediatas** (Guardia Serecigni, 2012).

Las **consecuencias negativas inmediatas** de la intoxicación alcohólica aguda guardan relación con:

- el grado de **incoordinación motora**, como accidentes, caídas, lesiones.
- La **desinhibición de impulsos agresivos** que puede dar lugar a conflictos interpersonales, discusiones, peleas y agresiones;
- si la agresividad va contra la propia persona intoxicada puede dar lugar a imprudencias, conductas de riesgo, conductas auto-destructivas o auto-lesivas como los intentos de **suicidio**.

- La desinhibición de los impulsos sexuales puede dar lugar a una actividad sexual no planificada o no deseada, con el consiguiente riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (sida, hepatitis víricas, sífilis, gonorrea, clamidia) y de embarazos no deseados (Agardh y Cantor-Graae, 2012).
- Cuando se combina la desinhibición sexual con la desinhibición agresiva, la persona intoxicada por el alcohol puede forzar con violencia la actividad sexual con otra persona.

Y, si la otra persona está también intoxicada por el alcohol, es más probable que resulte victimizada por el agresor, debido a que su propia intoxicación deteriora su capacidad para percatarse del riesgo de ser agredido/a -en función de lo que está sucediendo a su alrededor- y también interfiere en su capacidad para huir o defenderse, ante la inminencia de sufrir agresión. (Nivel de Evidencia 2).

Otras consecuencias del abuso de alcohol en los menores pueden ser:

- trastorno del sueño (tanto de conciliación como de mantenimiento),
- acumulación de cansancio,
- disminución del rendimiento y de productividad académica o laboral,
- accidentes de tráfico o laborales,
- decir o hacer cosas que luego pueden ser lamentadas,
- sufrir amnesias circunscritas respecto a lo que sucedió durante las horas en las que ha estado más intoxicado por el alcohol. (Cortés Tomás, Motos Sellés, Giménez Costa, 2015). La amnesia resulta muy angustiante ya que la persona que ha estado intoxicada desconoce las consecuencias de sus alteraciones de comportamiento -durante el episodio de intoxicación por el alcohol-. Y además, impide que la persona que hace “atracones” de bebida pueda tomar conciencia de los riesgos que asume cuando se encuentra intoxicada por el alcohol.
- atreverse a consumir o incluso a pincharse otras drogas, cuyo efecto de intoxicación, asociado al de la intoxicación alcohólica, aumentan la gravedad de sus consecuencias negativas inmediatas. (Nivel de Evidencia 2).

Por ejemplo, una persona intoxicada por el alcohol que consume, además:

- psicoestimulantes (cocaína o anfetaminas) puede tener un comportamiento mucho más violento que la persona que sólo está intoxicada por el alcohol.
- Si toma opiáceos o tranquilizantes, tiene un mayor riesgo de sobredosis que la que sólo ha tomado alcohol, tranquilizantes u opiáceos, de manera aislada (Guardia Serecigni, 2012).

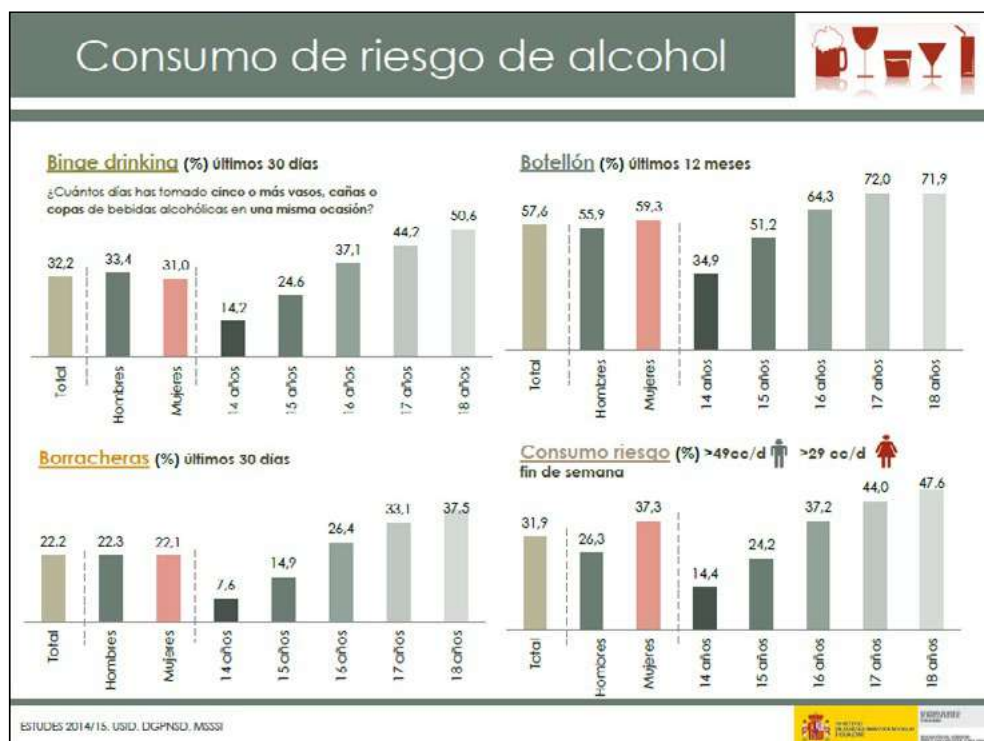
El consumo excesivo continuado de alcohol interfiere en el proceso de maduración cerebral que se produce durante la adolescencia. Determinadas estructuras cerebrales que tienen una maduración más tardía, como el córtex cerebral prefrontal y que son decisivas para funciones neuropsicológicas sutiles como son las funciones ejecutivas, la memoria y el aprendizaje, pueden resultar incluso más vulnerables al impacto del alcohol durante la

adolescencia. Y esta interferencia en el proceso de maduración de las diversas estructuras cerebrales puede inducir en los adolescentes una mayor sensibilidad hacia las conductas que les aportan recompensa cerebral (alcohol, drogas, juego, comida), al mismo tiempo que un déficit en la inhibición de respuestas inapropiadas.

Se han detectado déficits en la estructura del cerebro (disminución de la sustancia gris, deterioro de la integridad de la mielina y déficits en la formación de sinapsis en la corteza prefrontal), junto con cierto deterioro en la atención, memoria, capacidad de aprendizaje, pensamiento abstracto y funciones ejecutivas (flexibilidad cognitiva, planificación, toma de decisiones, control inhibitorio). El deterioro de dichas funciones es parcialmente reversible con la abstención continuada de bebidas alcohólicas, pero una parte de dicho deterioro puede persistir durante la vida adulta e incrementa la vulnerabilidad hacia las conductas adictivas (Guerri Sirera, 2015; Rodríguez Holguín y cols, 2015). (Nivel de Evidencia 2).

2 / EPIDEMIOLOGÍA

Según el estudio ESTUDES 2014/2015, efectuado con menores a partir de los 14 años, un 33,4% de los chicos y un 31% de las chicas españolas consumen sobretodo bebidas destiladas los fines de semana, siguiendo un patrón de consumo perjudicial que los anglosajones denominan “Binge drinking” y que se podría traducir como “atracones” de bebida, que han



sido definidos como la ingesta de más de 4 consumiciones de contenido alcohólico para los hombres (más de 3 para mujeres), en pocas horas (unas 2 horas). La proporción es sólo del 14,2% a los 14 años pero aumenta progresivamente y llega al **50,6% a los 18 años** de edad. (Nivel de Evidencia 2).

Por otro lado, un 57% de menores han hecho “botellón” en los últimos 12 meses, un 22,2% han tenido alguna intoxicación alcohólica aguda (“Borrachera”) en los últimos 30 días, y un 31,9% hacen un consumo de riesgo de alcohol, siendo la proporción creciente conforme avanza su edad, desde los 14 hasta los 18 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

Las patologías más frecuentemente asociadas al consumo de sustancias en adolescentes son el trastorno de conducta, trastorno negativista-desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y, con menos frecuencia, los trastornos de ansiedad o trastornos afectivos.

La comorbilidad de patología psiquiátrica y el trastorno por consumo de sustancias empeora el pronóstico, la respuesta al tratamiento, aumenta la tasa de recaída para ambos trastornos y empeora la adherencia al tratamiento (Pérez de los Cobos, 2008).

Entre las diversas drogas, el alcohol es la que los menores consideran como menos peligrosa, la que les resulta más fácilmente asequible y su **disponibilidad** se ha mantenido elevada desde 1994 hasta la actualidad.

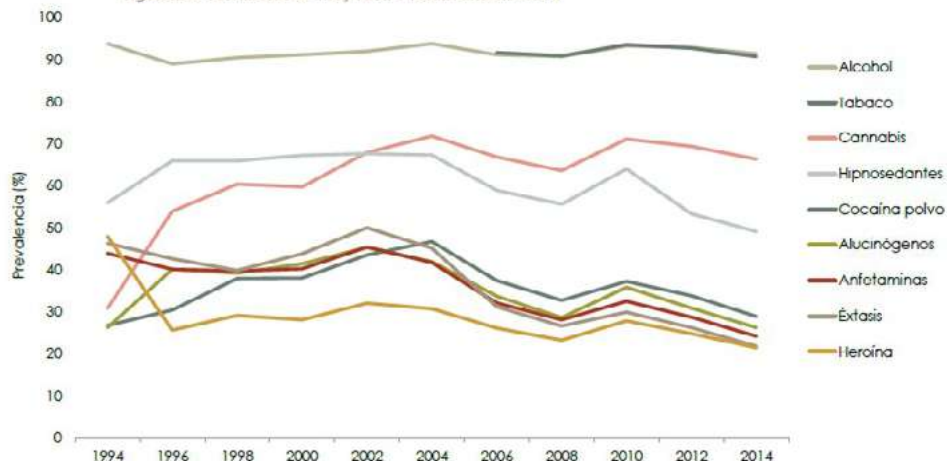


Disponibilidad percibida



- Desde 2010 **disminuye** la disponibilidad percibida para **todas las drogas excepto para el alcohol**

Porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que conseguir cada una de las siguientes sustancias es muy fácil o relativamente fácil



ESTUDIOS 2014/15. USUD. DGPNSD. MSSSI

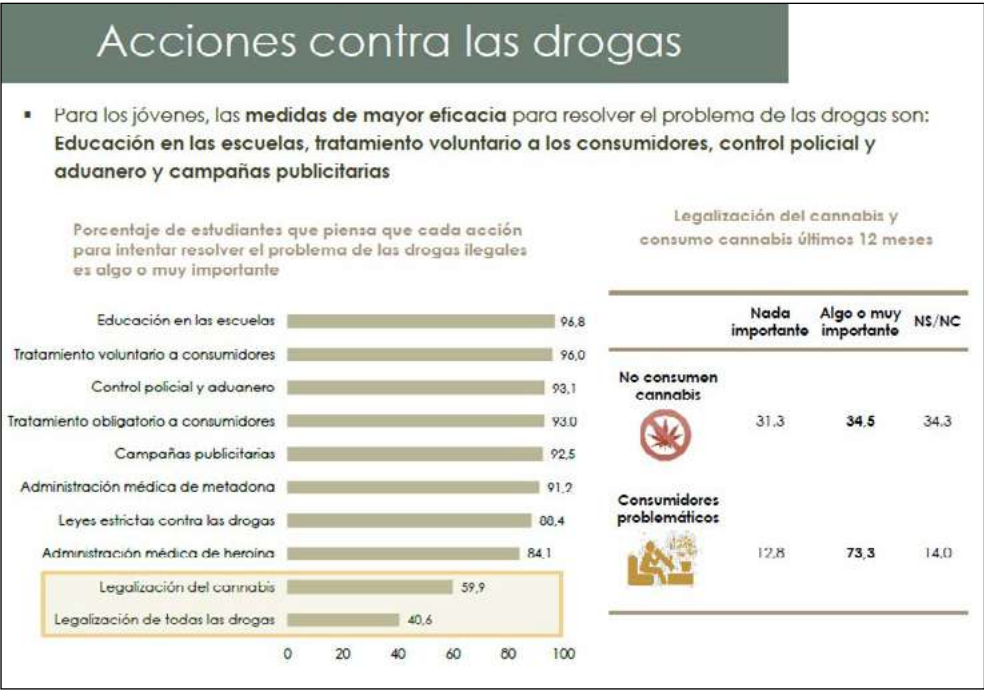


El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 contempla 36 acciones para los 6 ejes y los 14 Objetivos Generales de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, con el siguiente esquema:

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016 / 36 ACCIONES

EJE	OBJETIVO GENERAL	Nº ACCIONES
1. Coordinación	1. Coordinación Nacional	2
2. Reducción de la demanda	2. Conciencia Social	1
	3. Aumentar Habilidades y Capacidades	2
	4. Retrasar la edad de inicio	1
	5. Reducir el consumo	5
	6. Reducir daños asociados al consumo	1
	7. Asistencia de calidad	1
	8. Inserción socio laboral	2
3. Reducción de la oferta	9. Control oferta sustancias ilegales	5
	10. Blanqueo de capitales	3
4. Mejora del conocimiento	11. Investigación y mejora del conocimiento	5
	12. Evaluación	4
5. Formación	13. Formación	1
6. Coord. Internacional	14. Coordinación Internacional	3

Por otro lado, entre las medidas que los menores consideran más eficaces para resolver el problema destacan el **tratamiento**, tanto voluntario como involuntario, de los consumidores (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).



Factores en el consumo de alcohol y otras sustancias	Factores de riesgo	Factores protectores
Biología y genética	Antecedentes familiares de abuso de alcohol y drogas y/o de trastornos mentales	Inteligencia alta Salud adecuada
Ambiente social	Pobreza, mayor consumo en el entorno, elevada disponibilidad de la sustancia	Escuela de calidad, familia sana, supervisión y compromiso de los padres
Ambiente percibido	Abuso de sustancias entre los compañeros, modelos alterados, impacto de la publicidad sobre el consumo de alcohol, tabaco,...	Compañeros con valores convencionales, supervisión de padres, modelos positivos
Personalidad	Baja autoestima, conductas de riesgo, sensación de pocas opciones	Valorar logros, valorar salud, valores convencionales
Conducta	Bajas expectativas, apatía, conductas arriesgadas, bajo rendimiento escolar	Participación deportiva, cultural, grupos religiosos, objetivos y aspiraciones

Fuente / Molina Prado, 2013

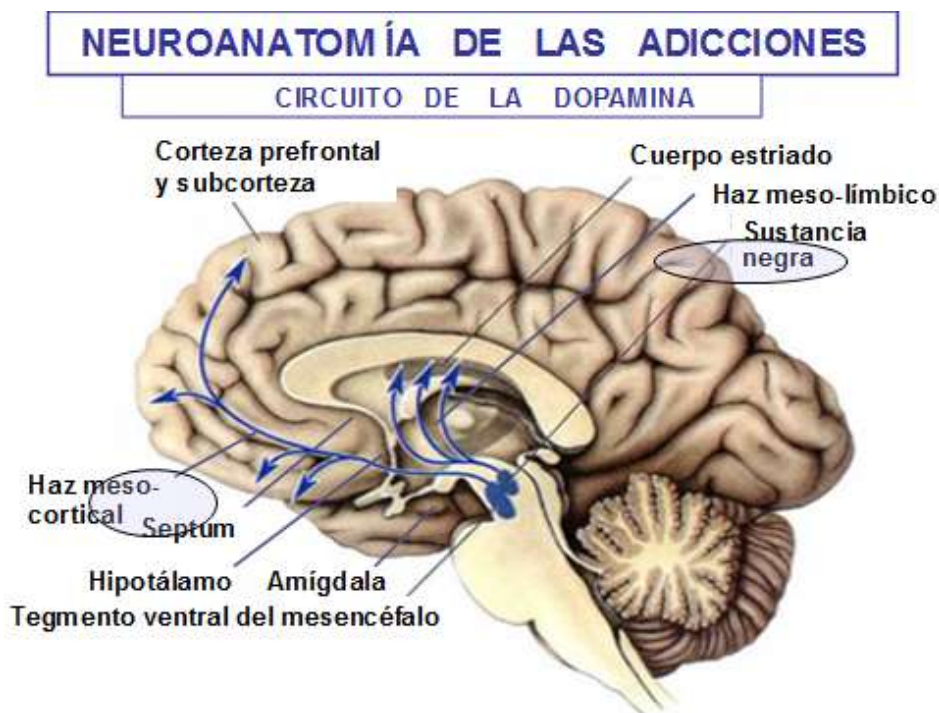
El profesional puede detectar e identificar a los menores vulnerables y a las familias de riesgo.

3 / DIAGNÓSTICO

La mayoría de personas que tienen adicción al alcohol hacen “atracones” de bebida, sin embargo, muchas personas que hacen “atracones” de bebida no tienen adicción al alcohol. Según los más importantes estudios epidemiológicos efectuados en Estados Unidos, como el estudio NESARC, los hombres jóvenes son los que presentan una mayor prevalencia de alcoholismo, en comparación con las personas de mayor edad (Grant y cols., 2006) (Nivel de Evidencia 1).

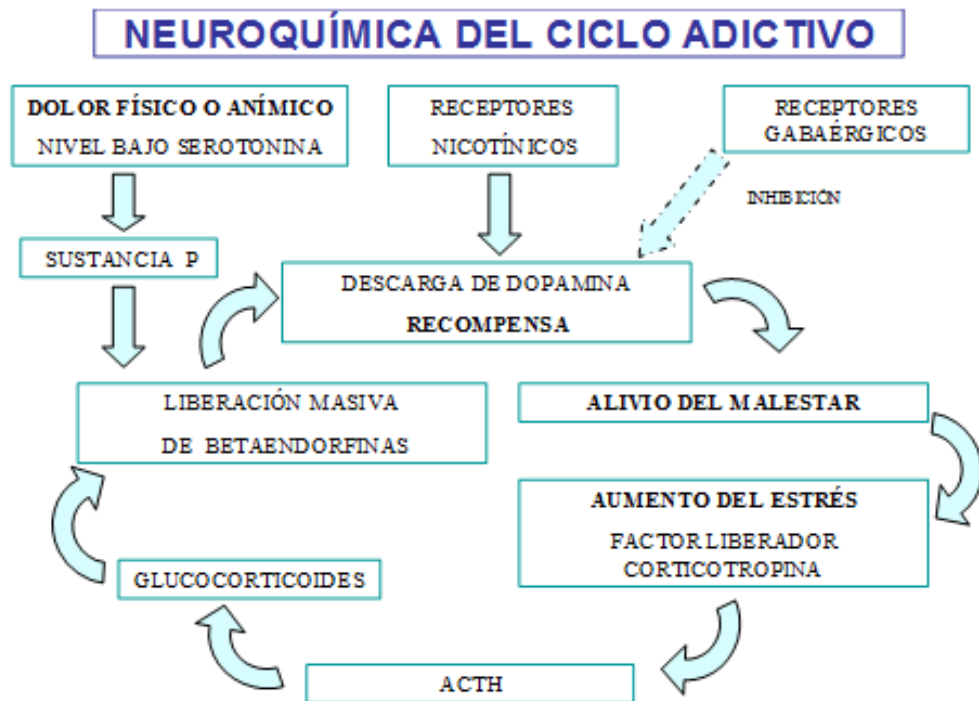
La persona que ha desarrollado una adicción al alcohol (alcoholismo), sigue haciendo “atracones” de bebida que le ocasionan consecuencias negativas, pero, no porque decida hacerlo libremente, sino porque ya no puede evitarlo, debido a que presenta dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. Es decir, la persona inicia el consumo con la intención de tomar solo 1 o 2 consumiciones, pero experimenta un intenso deseo de seguir bebiendo, acaba bebiendo en exceso y sus alteraciones de comportamiento le acarrean consecuencias negativas, cada vez que bebe en exceso (Nivel de Evidencia 2).

Esta “dificultad para controlar” el consumo de alcohol puede ser todavía más intensa cuando una persona que tiene una adicción al alcohol ha dejado de beber una temporada y



prueba a tomar una consumición alcohólica. Es el llamado “Efecto de Deprivación” que tiene un claro trasfondo neurobiológico, que puede ser atenuado por la administración de fármacos antagonistas de los receptores opioides (Guardia Serecigni, 2015b). (Nivel de Evidencia 1).

Durante la adolescencia se produce una preponderancia funcional del sistema dopaminérgico sobre el serotoninérgico. Revisión de Chambers y cols. (2003).



A partir de la nueva clasificación diagnóstica psiquiátrica de los trastornos mentales DSM-5, la persona que, además de la DIFICULTAD para CONTROLAR ha presentado -por lo menos- un segundo criterio diagnóstico o síntoma de alcoholismo, durante los últimos 12 meses, ya puede ser diagnosticada de TRASTORNO por CONSUMO de ALCOHOL (o alcoholismo).

4. INTERVENCIÓN

La promoción social del alcohol, combinado con su bajo precio, están favoreciendo un consumo excesivo de alcohol entre los menores, lo cual genera problemas tanto a ellos como a las personas de su entorno social, y además, produce una sobrecarga de los servicios asistenciales. (Nivel de Evidencia 2).

Las políticas que regulan la disponibilidad física y económica del alcohol, la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas, el cumplimiento del límite legal para conducir, la intervención sobre los bebedores de riesgo y sobre los que presentan alcoholismo, han demostrado ser eficaces para reducir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol. (Nivel de Evidencia 1).

Las **intervenciones preventivas** que han resultado más eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol son determinadas políticas de alcohol a las que estamos poco acostumbrados en nuestros medios:

- Reducir los puntos y horarios de venta de alcohol.
- Reforzar los impuestos sobre el alcohol.
- Unificar un precio mínimo de las bebidas alcohólicas.
- Evitar las promociones tipo “happy hours” o “dos por el precio de una”.
- Prohibir la publicidad sobre el alcohol, que incluye el patrocinio de acontecimientos musicales, deportivos y otros. (Nivel de Evidencia 1).

El PAPPS, Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol cada dos años en pacientes mayores de 14 años y cada año en el adolescente; incluyendo anamnesis y consejo, y aplicándolos tanto en las actividades preventivas, grupales, como en las consultas a demanda.

El “Programa del Niño Sano” establece que en la consulta con adolescentes será prioritario un ambiente propicio que le garantice la confidencialidad y la escucha.

Se derivará a Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil o servicios de Psiquiatría a los que presenten abuso reiterado de alcohol, alteraciones psicopatológicas asociadas, deterioro del rendimiento escolar o socialización inadecuada y ante la falta de tiempo y/o experiencia del profesional de Atención Primaria.

El **tratamiento especializado** de los menores que presentan un trastorno por consumo de alcohol (o alcoholismo) es esencial para completar una política preventiva eficaz, ya que puede:

- detener la evolución del alcoholismo y prevenir sus consecuencias futuras.
- prevenir también las consecuencias negativas sobre terceras personas.
- interrumpir el ciclo de contaminación social debido al consumo excesivo de alcohol como práctica habitual de un grupo mayoritario de la población (de manera parecida a lo que ha ocurrido con las medidas adoptadas con respecto al tabaco). (Nivel de Evidencia 2).

La **Intervención Motivacional**, para favorecer la toma de conciencia sobre el problema y para promover el compromiso del paciente, es el mayor puntal de la intervención psicológica especializada en el tratamiento del alcoholismo; sobre todo cuando la persona afectada no tiene todavía conciencia de su problema y no se siente todavía motivada para reducir su consumo de alcohol o para buscar e implicarse en un tratamiento especializado. (Nivel de Evidencia 1).

Los principios básicos de la Intervención Motivacional son expresar empatía y comprensión, desarrollar la discrepancia (tomar conciencia de las consecuencias), evitar la argumentación (no discutir ni etiquetar), no confrontar la resistencia (rodearla) y apoyar la autoeficacia.

La terapia de intervención motivacional, guiada por manual y ejecutada por un experto, ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la dependencia leve de alcohol y muestra una relación coste-eficacia superior a otras técnicas (Guardia Serecigni y cols., 2008). (Nivel de Evidencia 1).

Los menores que sufren **alcoholismo**, suelen presentar un alcoholismo de baja gravedad. Por este motivo, su tratamiento se puede orientar, tanto hacia la abstinencia continuada, como hacia la reducción del consumo de alcohol (Guardia Serecigni, 2015b).

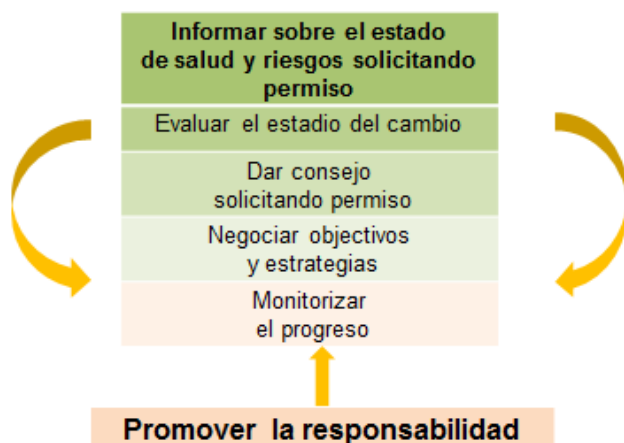
Las **Intervenciones Breves**, efectuadas desde la Atención Primaria de Salud, pueden ser de utilidad, cuando el menor presenta **solamente “atracones” de bebida**, pero todavía no cumple el mínimo de dos criterios diagnósticos de Trastorno por consumo de alcohol (según la clasificación DSM-5). El consejo debe ser personalizado con información positiva sobre los beneficios de la moderación, información sobre el peligro de la ingesta excesiva y también de los aspectos negativos del consumo de sustancias (daño orgánico, mal aliento, bajo rendimiento deportivo y posibilidad de adicción). Se negocia la reducción e incluso si es posible, se aporta material educativo de apoyo. Sin embargo, cuando el menor sufre un **trastorno por consumo de alcohol** (o alcoholismo) obtendrá un mayor beneficio del **tratamiento** con un equipo o bien en un centro **especializado** en el alcoholismo. (Nivel de Evidencia 2).

Además, diversos estudios han encontrado una eficacia limitada a las Intervenciones Breves. Algunos han propuesto que este tipo de intervenciones serían más efectivas combinadas con la Intervención Motivacional, centrada en cada persona y dirigida a las preocupaciones específicas de cada paciente; ya que los problemas con la bebida no se producen de manera aislada de otras dificultades que tiene que afrontar la persona que bebe en exceso (McCambridge y Rollnick, 2013). (Nivel de Evidencia 2).

Componentes de las intervenciones breves

Comunicar empatía

Promover autoeficacia



Fuente: adaptado d'Etheridge RM i Sullivan E. <<http://www.alcoholicme.com>>

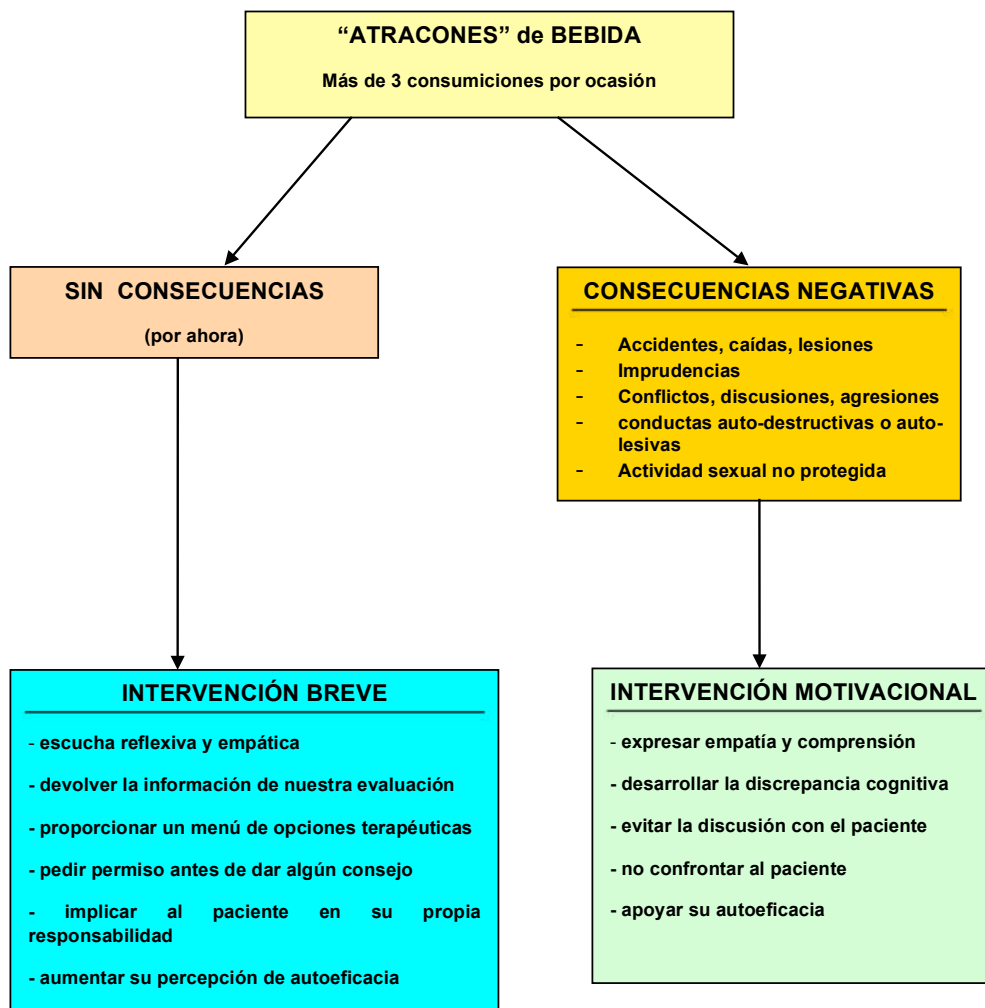
Los componentes principales de la intervención breve son: establecer una escucha reflexiva y empática para evitar la confrontación, devolver la información sobre su evaluación diagnóstica, proporcionar un menú de opciones terapéuticas alternativas sobre el mejor modo de hacer los cambios en el consumo, pedir permiso antes de dar algún consejo, implicar al paciente en la responsabilidad y toma de decisiones de su tratamiento y aumentar su percepción de autoeficacia (Guardia Serecigni y cols., 2008).

Existen medicamentos y también intervenciones psicológicas eficaces, tanto para mantener la abstinencia continuada como para la reducción del consumo de alcohol. Los medicamentos han sido poco estudiados en menores, pero parece que podrían tener la misma utilidad que en los adultos. En el trastorno por consumo de alcohol podría ser de utilidad la naltrexona, a dosis de 25 a 50 mg/día. Se recomienda monitorizar las transaminasas y controlar el incremento del cortisol y gonadotrofinas para evitar posibles repercusiones en el crecimiento y desarrollo del adolescente. (Nivel de Evidencia 4. Grado de recomendación C).

5 / ALGORITMO

Las situaciones que con mayor frecuencia vamos a atender, son las de menores que hacen **“atacones” de bebida** que pueden ir acompañadas, o no, de consecuencias negativas.

El nivel de intervención sería la Intervención Breve, -que se puede hacer desde la Atención Primaria de Salud-, cuando todavía no se han producido consecuencias negativas pero, cuando ya se han producido, es probable que la Intervención breve resulte insuficiente para detener su evolución. En este caso la Intervención Motivacional estaría más indicada y requiere un entrenamiento específico del profesional de Atención Primaria, o bien su derivación a un centro especializado de alcoholismo.



6 / BIBLIOGRAFÍA

- Agardh A, Cantor-Graae E. Youth sexual risk-taking behavior, and mental Elath: a study of university students in Uganda. *Int. J. Behav. Med.* 2012; 19: 208-216.
- Cortés Tomás M, Motos Sellés P, Giménez Costa JA. Aspectos psicosociales. En: Cortés Tomás MT (coordinadora) Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica. Sociodrogalcohol. Barcelona. 2015. (pp. 95-120).
- George E, Woody MD, Sabrina A, et al. Extended vs Short-term Buprenorphine-Naloxone for treatment of opioid-Addicted Youth. A randomized Trial. *JAMA.* 2008; 300(17): 2003-11.
- Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcohol Research & Health.* 2006; 29: 79-89.16.
- Guerri Sirera C. Consecuencias bio-psico-sociales dereivadas del consumo intensivo de alcohol. En: Cortés Tomás MT (coordinadora) Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica. Sociodrogalcohol. Barcelona. 2015. (pp. 59-73).
- Guardia Serecigni J., Jiménez-Arriero M. A., Pascual P., Flórez G. y Contel M. (2008). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo (2ª ed.). Barcelona: Sociodrogalcohol.
<http://www.sociodrogalcohol.org/alcohol/sociodrogalcohol.html>
- Guardia J, Surkov S, Cardús M. (2011) Bases Neurobiológicas de la Adicción. En Bobes, Casas y Gutiérrez (Editores). Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Edición. Enfoque Editorial. Valladolid. (p. 25-33).
- Guardia Serecigni J. Trastornos Mentales y del Comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: Pascual Pastor F; Guardia Serecigni J (coordinadores) Monografía sobre el Alcoholismo. SOCIDROGALCOHOL. Barcelona. 2012. (pp. 219- 293).
<http://www.sociodrogalcohol.org/alcohol/sociodrogalcohol.html>
- Guardia Serecigni J. Fisiología y fisiopatogenia. En: Cortés Tomás MT (coordinadora) Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica. Sociodrogalcohol. Barcelona. 2015a. (pp. 67-73).
- Guardia Serecigni, J. La reducción del consumo de alcohol. Un nuevo objetivo en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. ADICCIONES 2015b. Vol 27; Nº 1.
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/188>
- McCambridge J, Rollnick S. Should brief interventions in primary care adress alcohol problems more strongly? *Addiction.* 2013; 109: 1054-1058.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 11 febrero 2016.
- Molina Prado, R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral.* SEPEAP. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria, Vol. XVII, nº 03, Abr 2013. Curso V.
- Pérez de los Cobos Peris J. Trastornos Duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia. Un reto de asistencia y prevención. Grupo Ars Medica; 2008.
- Rodríguez Holguín S, Corral Varela M, Doallo Pesado S, Cadaveira Mahía F. Funcionamiento neurocognitivo derivado del consumo intensivo de alcohol. En: Cortés Tomás MT (coor-

dinadora) Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica. Socidrogalcohol. Barcelona. 2015. (pp. 73-94).

SemFYC. PAPPS. Guía de referencia rápida para abordar el Abuso de Alcohol.

Steinberg L, Cauffman E, Woolard J, Graham S, Banich M. Are adolescents less mature than adults?: minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop". Am Psychol. 2009; 64:683-694

White A, Hingson R. The burden of alcohol use. Excessive alcohol consumption and related consequences among college students. Alcohol Research: Current Reviews. 2013:201-214.

C / COMORBILIDADES MÉDICAS, PSIQUIÁTRICAS Y ADICTIVAS DEL ALCOHOLISMO

GUARDIA SERECIGNI, Josep. Consultor senior en Psiquiatría Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona. Vicepresidente de SOCIDROGALCOHOL.

ARMENTEROS DEL OLMO, Lorenzo. Médico de Familia. Centro de Salud Islas Canarias. Lugo. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

1 / INTRODUCCIÓN

Las bebidas alcohólicas se ingieren por vía oral y se absorben sobretodo en el duodeno. Su absorción en el estómago es mínima y de la cantidad y rapidez con la que llegan al duodeno depende que su concentración en la sangre -y por tanto también en el cerebro- sea más o menos elevada.

La ingesta de alcohol, con el estómago vacío, va asociado a una rápida absorción y alcanza elevadas concentraciones en el cerebro, por este motivo causa un mayor impacto, tanto de intoxicación aguda como de cambios neuroadaptativos de determinados sistemas de neurotransmisión –que se van a manifestar con síntomas psiquiátricos- y también de circuitos cerebrales –que intervienen en las conductas adictivas-. Como contrapartida, las bebidas de baja graduación, ingeridas en pequeñas cantidades y en el transcurso de una comida copiosa, tienen una absorción más lenta y alcanzan menores concentraciones en el organismo, generando un menor impacto agudo sobre el cerebro.

Cuando se ingiere una consumición pequeña (es decir, una copita de vino, de cava o de cerveza), la concentración de alcohol en la sangre llega a ser máxima entorno a una hora después de la ingesta y su eliminación por la orina puede prolongarse durante unas 6 horas. Cuando una persona toma varias consumiciones, en poco rato, la concentración de alcohol aumenta sustancialmente con cada consumición añadida, su pico máximo de concentración es mucho más elevado y el tiempo de su eliminación es **más prolongado**. (Nivel de Evidencia 2).

El alcohol de alta graduación produce una irritación del tubo digestivo y puede desencadenar una reacción defensiva, de vómito del contenido gástrico. La ingesta continuada de alcohol destilado puede llegar a producir un estado de irritación continuada, que puede conducir incluso a la malignización de la mucosa en diversas localizaciones del tubo digestivo.

El hígado procesa y metaboliza el alcohol a una velocidad constante de 10 gramos cada hora, independientemente de la cantidad de alcohol ingerido. Es decir que la persona que bebe deprisa y no deja pasar una hora entre una consumición pequeña y la siguiente, produce una mayor acumulación y por tanto un mayor impacto del alcohol sobre su cerebro. (Nivel de Evidencia 1).

Cuando la concentración de alcohol en el cerebro es elevada, se produce un estado transitorio de intoxicación alcohólica aguda (o embriaguez), que puede llevar incluso a una pérdida de conciencia (coma etílico), con grave enlentecimiento de las funciones vitales e incluso parada respiratoria y secundariamente cardíaca. Cuando además la persona está tomando medicamentos o drogas que también enlentecen el funcionamiento del cerebro, como son los tranquilizantes, pastillas para dormir, analgésicos opiáceos, heroína o metadona, el riesgo de sobredosis mortal es mucho mayor. Estas **sobredosis** se pueden producir de manera intencionada (intento de autolisis), pero también pueden ser involuntarias, en personas que abusan de diversas sustancias al mismo tiempo. (Nivel de Evidencia 1).

El impacto repetido y continuado que producen los **“atracones” de bebida**, que cursan con elevadas concentraciones de alcohol en el cerebro, dará lugar a cambios adaptativos en la neurotransmisión y en el funcionamiento de determinados circuitos cerebrales, los cuales intervienen en el control de la conducta de beber alcohol. Es decir, producirá una transición progresiva desde el consumo excesivo pero controlado de alcohol, a una conducta adictiva, con dificultades para controlar la cantidad de alcohol ingerido por ocasión (Guardia Serecigni y cols., 2008).

Además, en cada “atacón” de bebida se produce un efecto inmediato de intoxicación alcohólica aguda o embriaguez, que se acompaña de un deterioro transitorio de las capacidades de razonamiento, planificación del propio comportamiento, anticipación de las consecuencias de los propios actos, inhibición de respuestas instintivas (agresivas o sexuales) que suelen ser inapropiadas (en función del contexto) y también una toma de decisiones imprudentes y auto-destructivas (Guardia Serecigni, 2012).

Por otro lado, la repetición frecuente de episodios de consumo intensivo de alcohol va a producir cambios adaptativos en la neurotransmisión que se van a manifestar progresivamente en forma de tolerancia aumentada al alcohol y efecto de rebote, que cuando se produzca la transición a la adicción se convertirán en dificultad para controlar el consumo de alcohol, “necesidad” de ingerir bebidas alcohólicas y síntomas de abstinencia del alcohol (Guardia y cols., 2011). (Nivel de Evidencia 2).

2 / EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría de personas que tienen adicción al alcohol hacen consumos intensivos de alcohol o “atracones” de bebida, sin embargo, muchas personas que hacen “atracones” de bebida no tienen adicción al alcohol. Según los más importantes estudios epidemiológicos

efectuados en Estados Unidos, como el estudio NESARC, los hombres jóvenes son los que presentan una mayor prevalencia de alcoholismo, en comparación con las personas de mayor edad (Grant y cols., 2006). (Nivel de Evidencia 1).

El alcohol es la primera causa de muerte en jóvenes. Uno de cada 4 hombres jóvenes y una de cada 10 mujeres jóvenes de la Unión Europea fallecen por lesiones producidas por accidente o por suicidio, mientras que otra elevada proporción de jóvenes pueden sufrir también graves lesiones o graves secuelas, como consecuencia de los “atracones” de bebida.

La intoxicación alcohólica aguda que produce el consumo intensivo de alcohol aumenta la probabilidad de conductas sexuales de riesgo que, a su vez, aumentan el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y también de embarazos no deseados (Agardh y Cantor-Graae, 2012).

Los “atracones” de bebida frecuentes y sus consecuencias negativas están asociados con una pobre salud mental, tanto en personas de bajo como de elevado nivel social (Mäkelä, Raitasalo y Wahlbeck, 2015).

En España casi un 30% de los hombres jóvenes, entre 15 y 34 años, hacen **“atracones” de bebida** o **consumo intensivo de alcohol**. La proporción disminuye progresivamente conforme la edad avanza, pero todavía un 11% de los hombres entre 55 y 65 años de edad mantienen este patrón de consumo perjudicial. A partir del Estudio Nacional de consumo de Drogas y Salud de Estados Unidos sabemos además que un 14% de los hombres y un 3% de las mujeres de más de 65 años siguen presentando “atracones” de bebida (“binge drinking”) (Blazer y Wu, 2009). (Nivel de Evidencia 2).

Durante un episodio de consumo intensivo de alcohol se acumulan elevadas concentraciones de alcohol en el cerebro y se produce un estado de intoxicación alcohólica aguda, que aumenta el riesgo de accidentes, caídas, lesiones, desinhibición de impulsos agresivos, sexuales y consecuencias negativas inmediatas para la salud.

En las personas mayores, además, el consumo intensivo de alcohol aumenta el riesgo de inestabilidad a la marcha, caídas, accidentes, alteraciones del ritmo del corazón, hipertensión arterial e interacciones con diversos grupos de medicamentos, sobre todo los de tipo cardiovascular, tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos narcóticos. (Nivel de Evidencia 2).

3 / DIAGNÓSTICO

3.1 / COMORBILIDAD MÉDICA

El alcohol es una sustancia tóxica, inmunodepresora, arritmogénica, carcinogénica, teratógena y adictiva. Su consumo excesivo continuado aumenta el riesgo de sufrir más de 60 trastornos médicos y psiquiátricos diversos. Algunos son causados totalmente por el alcohol, otros se producen por el efecto aditivo de la toxicidad del alcohol con otros factores de enfermedad (infecciosos, tóxicos, metabólicos, por hipovitaminosis, etc.). El alcohol contribuye a empeorar muy diversas enfermedades médicas, psiquiátricas y adictivas y, por tanto, va a interferir también en su tratamiento y su recuperación (Guardia Serecigni, 2008b). (Nivel de Evidencia 2).

El **efecto tóxico** del alcohol afecta a diversos sistemas del organismo. En el aparato digestivo, una ingesta masiva de alcohol puede desencadenar una esofagitis, gastritis, pancreatitis aguda o hepatitis alcohólica aguda. En el sistema hematológico la toxicidad del alcohol interfiere en la producción de hematíes, leucocitos y plaquetas. Sobre el sistema ósteo-muscular puede producir osteoporosis y miopatías y sobre el sistema endocrino puede disminuir la testosterona en los hombres y aumentarla en las mujeres. A nivel metabólico, puede producir hipoglucemia, hiperlipoproteinemia (de tipo IV y V), hipovitaminosis, alteraciones iónicas y diabetes secundarias a pancreatitis. A nivel dermatológico puede producir psoriasis, eccema discoide, acné rosácea y porfiria cutánea tarda (Cortés, Climent, Flórez y otros, 2013) (Nivel de Evidencia 2).

La combinación de la toxicidad directa del alcohol crónico, junto con las carencias nutricionales y vitamínicas puede producir un deterioro cognitivo. Los pacientes pueden presentar problemas de memoria, que cuando son graves pueden llegar hasta la demencia alcohólica, con síntomas parecidos a los de la enfermedad de Alzheimer. El déficit de tiamina puede jugar un papel muy importante tanto en la demencia alcohólica como en el síndrome de Wernicke, el cual suele dejar como secuela un trastorno amnésico persistente, el llamado síndrome de Korsakoff o trastorno amnésico persistente. También se puede producir una polineuropatía que suele cursar con parestesias, entumecimiento, debilidad y dolor crónico. (Nivel de Evidencia 2).

Un “atacón” de bebida puede producir un episodio de amnesia, circunscrita a las horas en las que el alcohol alcanzó su concentración máxima en el cerebro. El estado de ataxia e incoordinación motora, que se produce como consecuencia de una intoxicación aguda por el alcohol (embriaguez), puede ser la causa de accidentes, caídas y lesiones. El estado de desinhibición de los impulsos instintivos de tipo agresivo puede causar discusiones, peleas, agresiones y lesiones. Cuando la agresividad es lanzada contra la propia persona intoxicada, se pueden producir graves imprudencias, conductas auto-destructivas, auto-lesivas, intentos de suicidio y suicidio (Guardia Serecigni, 2012a). (Nivel de Evidencia 2).

La intoxicación aguda grave por alcohol puede producir la pérdida de conciencia (coma etílico) y una parada cardio-respiratoria que puede llevar a la muerte. Las **sobredosis de alcohol** atendidas en los servicios de urgencias, que pueden producir un coma etílico, han sufrido un progresivo aumento. Concentraciones de alcohol en sangre que no serían mortales pueden llegar a serlo cuando van asociadas a la toma de pastillas tranquilizantes, para dormir o analgésicos opiáceos (White y Hingson, 2013). Las llamadas “sobredosis de drogas” suelen estar asociadas a pastillas tranquilizantes o hipnóticas y también al alcohol, pueden conducir a la muerte y se suelen producir de manera involuntaria. Es decir, sin que la persona intoxicada tuviera la intención de quitarse la vida. (Nivel de Evidencia 2).

Las personas que hacen “atracones” de bebida tienen un mayor riesgo de intoxicación aguda por alcohol, ya que dicho patrón de consumo desborda la capacidad del hígado que sólo puede metabolizar unos 10 gramos cada hora. Incluso pequeños incrementos en la concentración de alcohol en la sangre (alcoholemia) puede interferir en la coordinación motora y en la capacidad de razonamiento, lo cual conduce a lesiones por caídas, accidentes o deja a la persona más vulnerable a sufrir agresiones sexuales, violencia u otras formas de victimización. Por encima de 3 gramos/litro de alcohol en sangre interfiere en las

funciones vitales básicas, como respiración, frecuencia cardíaca y temperatura corporal, pérdida del reflejo faríngeo con posibilidad de aspiración del vómito a los pulmones y de morir por asfixia. (Nivel de Evidencia 2).

Las elevadas concentraciones de alcohol en sangre de una persona embriagada pueden seguir aumentando incluso cuando la persona está inconsciente, por lo tanto resulta peligroso asumir que ya se pondrá bien ella sola, simplemente durmiendo. Estos pacientes requieren una vigilancia intensiva en un Servicio de Urgencias (Nivel de Evidencia 1. Grado de recomendación A).

Las complicaciones cardiovasculares más frecuentes del consumo crónico de alcohol son la miocardiopatía, hipertensión y arritmias supra-ventriculares. La miocardiopatía alcohólica puede manifestarse clínicamente de forma similar a otras causas de insuficiencia cardíaca. La abstención continuada de alcohol puede producir una mejoría significativa de la miocardiopatía. Las arritmias asociadas al consumo excesivo de alcohol son la fibrilación auricular y la taquicardia supra-ventricular; que suelen aparecer en el contexto de la intoxicación aguda o de la abstinencia.

Debido a su **efecto arritmogénico**, el consumo intensivo de alcohol puede producir un enlentecimiento de la conducción del estímulo eléctrico del corazón y una repolarización más prolongada. Algunas personas tienen una sensibilidad aumentada a dicho efecto arritmogénico del alcohol y, en estas personas, una sola copa les puede producir “palpitaciones”, es decir, la sensación subjetiva de alteración del ritmo del corazón. Los “atracones” de bebida, incluso en personas que beben poco habitualmente, aumentan el riesgo de incidentes y de mortalidad cardiovascular (O’Keefe y cols., 2007). Se ha descrito el síndrome del “corazón de vacaciones” o de “fin de semana”, caracterizado por la aparición de una fibrilación auricular, tras pocos días de consumo intensivo de alcohol, en personas que no tenían una cardiopatía previa (Tonelo, Providência y Gonçalves, 2013). (Nivel de Evidencia 1).

Existe una relación dosis respuesta, entre el consumo de alcohol y la hipertensión, consecuencia del efecto sobre la presión arterial del alcohol. Más de un 10% de los hombres presentan hipertensión como consecuencia del consumo excesivo de alcohol y, en algunos casos, puede ser incluso refractaria al tratamiento antihipertensivo. La abstención continuada de alcohol, en tales casos, va a producir la renormalización de la presión arterial y, en algunas ocasiones, se podrá incluso retirar la medicación antihipertensiva. (Nivel de Evidencia 1. Grado de recomendación A).

La miocardiopatía alcohólica se define como una enfermedad degenerativa del músculo cardíaco (miocardio) debida a un consumo excesivo de alcohol, que afecta a personas que no padecen una cardiopatía coronaria, hipertensiva, ni valvular. Los criterios diagnósticos de esta miocardiopatía son los antecedentes personales de ingesta prolongada y excesiva de alcohol, generalmente más de 10 años; dilatación del ventrículo izquierdo (diámetro telediastólico > 56 mm o mejor, un índice telediastólico > 31 mm/m²); fracción de eyección del ventrículo izquierdo baja, generalmente inferior al 50%) y la exclusión de otras causas de cardiopatía. La diferencia importante de esta miocardiopatía con otras es el efecto beneficioso de la abstención continuada de bebidas alcohólicas que puede determinar su evolución favorable, dependiendo del daño cardíaco previo. (Nivel de Evidencia 1. Grado de recomendación A).

Las hepatopatías asociadas al alcohol incluyen esteatosis hepática, hepatitis alcohólica y cirrosis hepática. La esteatosis hepática es la acumulación de lípidos, histológicamente visible en el citoplasma de los hepatocitos. El hígado graso es la lesión más precoz y frecuente en la hepatopatía alcohólica. Puede estar presente hasta en 90% de los alcohólicos crónicos. Se produce por un desequilibrio entre la síntesis hepatocítica de triglicéridos a partir de ácidos grasos y de la secreción desde el hepatocito bajo forma de lipoproteínas. El alcohol provoca cambios en el metabolismo de los lípidos, formando vacuolas de grasa en el citoplasma, que van desplazando el núcleo hasta la periferia de la célula.

En la fibrosis hepática se produce un depósito progresivo de colágeno y de otras proteínas de matriz extracelular en el parénquima hepático que precede al desarrollo de cirrosis y que se observa en la mayoría de las enfermedades hepáticas crónicas. Sus manifestaciones son la hepatomegalia y la hipertransaminemia moderada.

La hepatitis alcohólica aparece entre el 10 y el 35% de los pacientes alcohólicos, tras periodos de consumo excesivo. Su diagnóstico histológico exige la coexistencia de degeneración y necrosis celular, infiltrado inflamatorio de leucocitos (de predominio polimorfonuclear) alrededor de las zonas de necrosis y fibrosis pericelular. Más frecuentes alrededor de la zona centrolobulillar. En los casos graves puede llegar hasta formas fulminantes con insuficiencia hepatocelular. Por tanto la hepatitis alcohólica aguda es una hepatopatía potencialmente mortal, que cursa con astenia, anorexia, náuseas, vómitos, dolor en hipocondrio derecho, ictericia, fiebre, signos de hepatomegalia dolorosa y a veces abollonada. En los datos de laboratorio se aprecia elevación moderada de transaminasas (las AST superan a las ALT, generalmente con un cociente superior a 1,5), con una GGT muy elevada, hiperbilirrubinemia conjugada y elevación de fosfatasa alcalina. Su diagnóstico histológico, mediante biopsia hepática cursa con daño celular, infiltrado inflamatorio y fibrosis.

La cirrosis hepática alcohólica cursa con fibrosis en forma de nódulos que rempazan la estructura lobulillar. Aparecen signos carenciales, desnutrición, hipertrofia parotídea, retracción tendinosa palmar de Dyputren, elevación de las transaminasas y GGT, hipergamaglobulinemia, descenso del tiempo de protrombina e hiperesplenismo con tromboopenia. En fases compensadas, incluso con gran afectación hepática, el paciente puede estar asintomático. Cuando la función hepática se descompensa puede aparecer ictericia, ascitis, síndrome hepatorenal, encefalopatía hepática, hipertensión portal, hemorragia digestiva por varices esofágicas e insuficiencia hepatocelular.

La biopsia hepática ha sido durante años el método de referencia para cuantificar la fibrosis hepática. Actualmente se dispone de alternativas no invasivas para cuantificar la fibrosis. La elastografía de transición o Fibroscan® cuantifica la rigidez del hígado, que es proporcional al grado de fibrosis hepática, es una técnica no invasiva y segura. Dado que estos pacientes tienen aumentado el riesgo de desarrollar un hepatocarcinoma, se recomienda su diagnóstico precoz y la realización de ecografías periódicas.

Dosis elevadas el alcohol reducen de forma transitoria la presión basal del esfínter esofágico inferior, la amplitud de las contracciones de este esfínter y la frecuencia de relajación después de una deglución. Esta disfunción motora que provoca el alcohol facilita el desarrollo de esofagitis por reflujo. Como consecuencia del reflujo gastroesofágico aparece esofagitis y posibilidad de desarrollar el llamado esófago de Barrett. Pueden producir-

se hemorragias digestivas por úlceras esofágicas o por la aparición de síndrome de Mallory-Weiss causado por las náuseas y vómitos frecuentes.

El diagnóstico de gastritis alcohólica se confirma mediante gastroscopia. Es reversible en un periodo variable de días en la mayoría de los casos. En el alcoholismo crónico se produce una gastritis crónica en su forma superficial como crónica atrófica.

El impacto del alcohol en el intestino delgado produce un aumento de la motilidad intestinal y como consecuencia la diarrea que se puede producir en la intoxicación aguda. El consumo de alcohol de forma crónica aumenta la permeabilidad intestinal incluso antes de que puedan observarse alteraciones de la mucosa intestinal, acorta y disminuye el número de células de las vellosidades yeyunales y aumenta las células proliferativas de las criptas. Como consecuencia de dichas alteraciones estructurales se produce un síndrome de malabsorción de determinados nutrientes entre los cuales destacan la glucosa y el ácido fólico.

La pancreatitis alcohólica puede manifestarse con dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos, fiebre e hipotensión y puede ser potencialmente mortal. El riesgo de pancreatitis en personas con dependencia del alcohol es aproximadamente cuatro veces mayor que en la población general. Además del alcohol, otros factores como el tabaquismo pueden actuar también como cofactor desencadenante.

Las **alteraciones hematológicas** se producen por efecto directo del alcohol sobre la médula ósea, la afectación hepática aguda o crónica, la malnutrición, los trastornos carenciales y el sangrado. La anemia megaloblástica se produce por déficit de ácido fólico y vitamina B12, la sideroblástica por los trastornos en el metabolismo del hierro de los pacientes alcohólicos y la anemia hemolítica, en los casos de hepatopatía grave y esplenomegalia.

La leucopenia con neutropenia, por efecto directo del alcohol sobre la maduración celular, déficit de ácido fólico e hiperesplenismo. También hay un efecto sobre la funcionalidad celular de los leucocitos, provocando trastornos de la adherencia, movilización y quimiotaxis, que se traducen en una menor actividad fagocítica, lo cual, unido a la reducción de las células T, explicaría la mayor vulnerabilidad de los pacientes alcohólicos hacia las infecciones.

Debido a su **efecto inmunodepresor**, el alcohol puede disminuir la respuesta inmunitaria del organismo convirtiéndolo en más vulnerable para contraer infecciones como neumonías, meningitis o tuberculosis (Breitmeyer y cols., 2008). Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual como sida, hepatitis víricas, sífilis, el virus del papiloma, clamidia, virus herpes o tricomoniasis, el consumo intensivo de alcohol puede jugar un triple papel etiológico. Por un lado, la desinhibición de la conducta sexual, producida por la intoxicación alcohólica aguda, contribuye a la actividad sexual no protegida y por tanto al contagio de enfermedades de transmisión sexual. Por otro lado, el efecto inmunodepresor favorece que la infección progrese. Más adelante, puede interferir también en la respuesta a la medicación y, por tanto, en la recuperación de dichas infecciones. Respecto a las hepatitis víricas el factor tóxico del alcohol se suma al de la agresión infecciosa del virus y se produce una hepatopatía más grave y que progresa más rápidamente hacia la cirrosis y cáncer hepáticos.

La trombocitopenia se produce por déficit de ácido fólico, por un efecto directo del alcohol sobre los precursores de las plaquetas en la médula ósea y por hiperesplenismo.

También se puede encontrar trombocitosis, cuando el paciente se recupera del efecto tóxico directo del alcohol. También se han descrito trombocitopatías, debido a una disminución de la agregación plaquetaria con prolongación del tiempo de hemorragia y disminución de la liberación de tromboxano A2 de las plaquetas, que se normalizan entre 1 y 3 meses de abstinencia continuada de alcohol.

Entre los **efectos endocrinológicos** destacan la disminución de la producción y liberación de LH y FSH, inhibición de la secreción de la testosterona por las células de Leydig y, como consecuencia de ello, deterioro de la espermatogénesis. El alcoholismo crónico puede causar feminización, hipogonadismo y polineuropatías, que pueden contribuir a la disfunción eréctil, atrofia testicular, pérdida de libido, infertilidad, características sexuales secundarias masculinas reducidas y ginecomastia (como resultado de niveles elevados de estrógenos). También puede disminuir el funcionamiento sexual en mujeres, en las cuales se han detectado aumentos en la concentración de la prolactina sérica y de niveles de andrógenos suprarrenales que interfieren con los procesos normales de activación sexual y respuesta orgásmica.

Otras alteraciones endocrinológicas asociadas al alcoholismo son la disminución de la liberación de hormona antidiurética, aumento de la secreción de glucocorticoides y pseudo-síndrome de Cushing. Disminución de las concentraciones plasmáticas de calcio ionizado, vitamina D, hormona paratiroidea, aumento de la excreción urinaria de calcio y magnesio, y un probable efecto directo del alcohol sobre la función osteoblástica, aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas, en pacientes alcohólicos.

El alcohol por sí mismo puede causar hipoglucemia, debido a que produce una inhibición de la gluconeogénesis hepática. En pacientes con cirrosis hepática alcohólica, también se ha observado una reducción de la conversión periférica de T4 a T3 y un aumento en la concentración de aldosterona con retención de líquidos.

El **efecto carcinogénico** del alcohol aumenta el riesgo de determinados cánceres del aparato digestivo (boca, laringe, faringe, esófago, estómago, hígado, colon y recto) y también de mama en las mujeres. El alcohol ha sido identificado por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer como un agente carcinogénico en humanos (International Agency for Research on Cancer, 2010). Dado que este efecto se produce a largo plazo, estaría más relacionado con un consumo intensivo de alcohol frecuente y de duración prolongada (años) y se manifiesta en personas adultas y ancianas (Stewart y Wild, 2014).

El consumo intensivo de alcohol o el tabaquismo por separado aumentan la tasa de cáncer de oro-faringe, siendo entre 6 y 7 veces mayor que en la población general. Mientras que la tasa de personas con ambos factores de riesgo es unas 40 veces mayor que la de la población general. Los pacientes con hepatopatía alcohólica, que además tienen infección por virus de la hepatitis B o C, presentan un mayor riesgo de carcinoma hepatocelular. El consumo excesivo crónico de alcohol también se ha relacionado con neoplasias malignas de próstata, páncreas, cuello del útero, pulmón y colon. Las mujeres que tomen más de una o dos bebidas alcohólicas al día pueden aumentar 1,5 veces o más el riesgo de padecer cáncer de mama. La relación del cáncer de cuello uterino con la dependencia del alcohol podría deberse a conductas sexuales de alto riesgo relacionadas con el alcohol (Nivel de Evidencia 2).

El **efecto teratogeno** del alcohol ha sido bien estudiado, tanto en animales como en humanos. El alcohol jugaría un doble papel. Por un lado, la intoxicación alcohólica aguda contribuye a la actividad sexual no protegida, lo cual aumenta el riesgo de embarazo. Por otro lado una mujer puede no ser consciente de que está embarazada hasta 4 o más semanas después de la concepción. Lo cual coincide precisamente con la etapa embrionaria, en la cual los “atracones” de bebida de la madre pueden causar malformaciones tan graves que pueden llegar incluso a ser incompatibles con la vida y conducir a un aborto espontáneo, debido a la muerte fetal.

Consecuencias médicas del consumo excesivo de alcohol)

Aparato digestivo TÓXICA	Esofagitis, Sd. Mallory-Weiss Gastritis (aguda o crónica) Pancreatitis (aguda o crónica) Esteatosis hepática, hepatitis, cirrosis
Cardiovasculares ARRITMOGÉNICA	Miocardiopatía alcohólica Hipertensión arterial Accidente vascular cerebral Arritmias cardíacas
Hematológicos	Anemia macrocítica, neutropenia, trombopenia
Ósteo-musculares	Osteoporosis
Metabólicas	Hipoglucemias Hiperlipoproteinémias (tipo IV y V) Hipovitaminosis Alteraciones iónicas Diabetes secundaria a pancreatitis
Infecciones INMUNODEPRESORA	Neumonías Meningitis Tuberculosis pulmonar
Neoplasias CARCINOGENÉTICA	Cavidad oral Faringe Laringe Esófago Hígado Recto Colon Mama

Trastornos neurológicos TERATOGENICA	Intoxicación alcohólica aguda Amnesias circunscritas Neuropatía periférica Síndrome de Wernicke Trastorno amnésico persistente (Korsakoff) Pelagra Enfermedad de Marchiafava-Bignami Mielinólisis pontina central Cerebelopatía Ambliopía alcohólica-tabáquica Deterioro cognitivo Síndrome Alcohólico Fetal Demencia alcohólica
Trastornos dermatológicos	Psoriasis Eccema discoide Acné rosácea Porfiria cutánea tarda
Accidentes y traumatismos	De tráfico Víctimas de violencia Laborales Domésticos Incendios en el domicilio Personas ahogadas

Cuando las malformaciones no son tan graves pueden dar lugar a un Síndrome Alcohólico Fetal, que suele cursar con Retraso Mental, malformaciones cardíacas o de otros órganos y que se puede presentar en 1 de cada 1000 nacidos vivos. (Nivel de Evidencia 1).

Cuando la afectación fetal es todavía menos grave puede dar lugar al llamado Espectro del Trastorno Alcohólico Fetal (ETAF), que no se acompaña de malformaciones, pero puede cursar con dificultades de aprendizaje, adaptación y alteraciones del comportamiento, parecidas a las del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con un bajo control de impulsos, dificultades para la percepción social, baja capacidad de razonamiento abstracto y problemas de concentración y memoria. Todo ello va a mermar el rendimiento escolar del niño afectado, su adaptación a la escuela y posteriormente también a la sociedad. (Nivel de Evidencia 2).

A partir de la adolescencia, estas personas tienen además una mayor vulnerabilidad hacia el abuso de alcohol y drogas y hacia otros trastornos mentales. Estos síntomas sutiles del ETAF aparecen desde la infancia pero tienden a intensificarse hacia la adolescencia. El ETAF afectaría entorno al 1% de recién nacidos vivos, pero sus consecuencias van a persistir durante toda la vida de la persona, la cual va a necesitar la tutela continuada de otras personas, generalmente sus padres o hermanos (Willford, Leech y Day, 2006). Este sería el

ejemplo más evidente, aunque no el único, del alcoholismo pasivo. Es decir, del daño que el alcohol puede hacer a otras personas, además del que hace a la persona que bebe en exceso. (Nivel de Evidencia 2).

El alcohol es una **sustancia adictiva**. La repetición de episodios de consumo intensivo produce un gran impacto sobre determinados sistemas de neurotransmisión que tienen un papel fundamental sobre el auto-control de la conducta de ingerir alcohol. Se producen cambios neuroadaptativos, debido a la neuroplasticidad del cerebro, que pueden manifestarse tanto a través de un estado de “necesidad” de ingerir bebidas alcohólicas en determinados momentos, como de un cierto grado de “dificultad para controlar” el consumo de alcohol (Guardia y cols., 2008).

3.2 / COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

El efecto tóxico continuado del alcohol sobre el cerebro puede ser la causa de determinados síntomas y **trastornos psiquiátricos inducidos**, como depresión, trastornos de ansiedad, trastorno del sueño, disfunciones sexuales y otros; que son más bien la consecuencia del consumo excesivo continuado de alcohol y que pertenecen al grupo de los llamados trastornos “inducidos” por el consumo excesivo de alcohol (Climent y cols., 2012). Los pacientes que acuden a la atención primaria de salud presentando depresión, suelen presentar también un mayor consumo de alcohol y más problemas relacionados con el alcohol, que la población general, por lo que se recomienda el cribaje del consumo de alcohol en los pacientes que presentan depresión (Ahlin et al., 2015). (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

Por otro lado, todos los pacientes con trastornos por el consumo de alcohol precisan una minuciosa evaluación de sus trastornos psiquiátricos, ya que de su tratamiento eficaz depende también la recuperación del alcoholismo y viceversa. El tratamiento especializado del alcoholismo puede resultar decisivo para la recuperación de los trastornos médicos y psiquiátricos asociados al alcoholismo. (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

En la epidemiología de los trastornos mentales, el alcoholismo es el que tiene una mayor prevalencia de vida, junto con los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos. Además tiene una elevada prevalencia de comorbilidad homotípica con el abuso de drogas y una elevada comorbilidad heterotípica con los trastornos de ansiedad, afectivos y de personalidad, lo cual refuerza la necesidad de una buena detección del alcoholismo en los pacientes atendidos por trastornos mentales. (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

La prevalencia del alcoholismo equivale al doble de la del abuso de todas las otras drogas juntas, y además, la mayoría de personas que abusan de drogas ilegales presentan también un trastorno por consumo de alcohol.

Sin embargo, el alcoholismo es un trastorno mental **gravemente estigmatizante**. A los pacientes alcohólicos se les hace más responsables de su enfermedad, son víctimas de un mayor rechazo social y tienen un mayor riesgo de ser discriminados. (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

Los trastornos psiquiátricos tienden a presentarse de manera agregada y polimorfa. Cuando van asociados al alcoholismo pueden ser “**inducidos**” por el efecto tóxico crónico

del alcohol o bien “**independientes**” del alcoholismo. Estos últimos suelen preceder al inicio del alcoholismo y pueden incrementar la vulnerabilidad del paciente hacia el alcoholismo, pueden persistir, tras la remisión del alcoholismo y requieren un tratamiento específico, además del tratamiento del alcoholismo. Por otro lado, la propia neuroadaptación al alcohol puede causar ansiedad por efecto de rebote o por abstinencia del alcohol, que se puede manifestar en forma de ansiedad generalizada, crisis de angustia, fobias, trastorno del sueño y/o “craving” de alcohol.

El **trastorno bipolar** es, entre todos los trastornos psiquiátricos, el que tiene más probabilidades de estar asociado al alcoholismo, por tanto, conviene explorar síntomas de bipolaridad en personas que presentan alcoholismo. Sin embargo, cuando el paciente bipolar acude a tratamiento es más probable que se encuentre en fase depresiva que en fase maníaca y, por este motivo, es más probable también que reciba el diagnóstico y el tratamiento propios de la depresión, en lugar del tratamiento específico para el trastorno bipolar.

Los pacientes que sufren una depresión bipolar presentan un mayor riesgo de suicidio cuando presentan un alcoholismo comórbido. Por tanto, los programas de prevención del suicidio deberían estar focalizados en el diagnóstico precoz y el tratamiento, tanto del trastorno afectivo como del alcoholismo y también de los “atracones” de bebida, ya que pueden facilitar el paso al acto auto-destructivo.

Los fármacos antidepresivos pueden empeorar los síntomas de un trastorno bipolar y aumentan el riesgo de recaída en los pacientes alcohólicos tipo B de Babor. Por tanto, debería evitarse su prescripción a los pacientes alcohólicos tipo B o los que sufren un trastorno bipolar.

Los **trastornos de personalidad** más asociados al alcoholismo serían el antisocial, límite, histriónico y por dependencia. Por otro lado, casi la mitad de las personas que presentan un trastorno afectivo o de ansiedad tienen además un trastorno de personalidad.

Casi la mitad de los pacientes **esquizofrénicos** presentan abuso de sustancias, siendo el alcohol la sustancia de abuso más frecuente. Los pacientes mentales graves que presentan abuso de alcohol y drogas tienen un mayor riesgo tanto de ser victimizados, como de presentar mayor hostilidad. El alcoholismo comórbido empeora la adaptación de los enfermos mentales graves y aumenta la probabilidad tanto de comportamientos violentos como de sinhogarismo.

El alcohol es un facilitador de la **conducta agresiva**. Diversos estudios han comprobado la relación entre violencia del hombre hacia su pareja y el consumo excesivo de alcohol. Una elevada proporción de personas que han cometido delitos violentos, así como también sus víctimas, se encuentran bajo los efectos del alcohol, cuando se producen dichos incidentes.

Cuanto más elevada sea la cantidad de alcohol ingerida por ocasión, más irresponsable, imprudente y violento puede llegar a ser su comportamiento. Tras el consumo de cocaína, es probable que la persona consuma todavía más alcohol por ocasión. El consumo de alcohol juega también un importante papel en los malos tratos, que incluyen la violencia familiar hacia la mujer, los hijos, los ancianos y el abuso sexual a menores.

El tratamiento eficaz del alcoholismo produce una reducción significativa de los comportamientos violentos, hasta alcanzar las mismas tasas de violencia que la población general. (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

3.3 / COMORBILIDAD ADICTIVA

El consumo de **cocaína** aumenta significativamente las probabilidades de que un consumidor de alcohol se convierta en dependiente del alcohol. El abuso simultáneo de alcohol y cocaína genera un incremento de las probabilidades de agresión, tanto hacia otras personas como hacia uno mismo. Por tanto, el tratamiento especializado, tanto del alcohol como de la cocaína, podría reducir las tasas de violencia, malos tratos, homicidios y suicidios. (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

Cuando los pacientes alcohólicos dicen que tienen “**ansiedad**” lo más probable es que sufran el deseo imperioso o la necesidad biológica de ingerir alcohol, que los anglosajones denominan “**craving**” de alcohol. Los médicos suelen interpretar la palabra “ansiedad” como “nervios” y suelen prescribir fármacos tranquilizantes del tipo benzodiazepinas.

Las **benzodiazepinas** (BZD) no sólo no disminuyen el “craving” de alcohol sino que pueden contribuir a intensificarlo, aumentan el riesgo de recaída de los pacientes en tratamiento del alcoholismo y, como que el paciente alcohólico las suele tomar asociadas al consumo excesivo de alcohol, aumentan además el riesgo de accidentes, caídas, lesiones, amnesia, descontrol emocional y conductual y SOBREDOSIS potencialmente mortales. (Nivel de Evidencia 3. Grado de recomendación B).

En el 40% de los pacientes adictos, fallecidos por muertes no naturales, se detecta alcohol en su organismo. En los casos de suicidio, el alcohol y las drogas se detectan en el 25-55%, lo cual supera ampliamente sus tasas de prevalencia en la población adulta.

La concurrencia de alcohol, benzodiazepinas y opioides, tales como metadona y/o heroína, son habituales en las muertes por **sobredosis**, ya sean accidentales o intencionadas.

Las BZD producen efectos de rebote, tolerancia, abstinencia y dependencia. La persona que toma BZD para aliviar su ansiedad o su insomnio, obtiene un rápido efecto reforzador negativo, ya que consigue una rápida mejoría del síntoma, pero cuando finaliza su efecto farmacológico se produce un **efecto de rebote** (de ansiedad o de insomnio) que contribuye a un empeoramiento progresivo de dichos síntomas (Nivel de Evidencia 2).

Las **benzodiazepinas** (BZD) están **contraindicadas** en el tratamiento **a largo plazo** de la ansiedad o del insomnio y conllevan riesgos añadidos para las personas con antecedentes de adicción al alcohol o a otras drogas. (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

La probabilidad de presentar alcoholismo es 23 veces mayor en las personas que presentan **juego patológico** que en la población general. Con frecuencia, el juego patológico y el alcoholismo aparecen de manera simultánea o sucesiva en una misma persona o incluso en generaciones sucesivas de familiares.

El abuso de alcohol es un buen predictor de juego patológico. La ingesta de alcohol puede propiciar el inicio de un episodio de juego y sobretodo el descontrol o la dificultad de detener dicho episodio. Evitar o limitar sustancialmente el consumo de alcohol puede ser por tanto decisivo para una persona que inicia la recuperación del juego patológico. (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

La **adicción a la comida** puede ir asociada al alcoholismo o bien una y otra pueden ser conductas adictivas alternantes, de manera que una se intensifica cuando la otra tiende a remitir. Tanto la adicción a la comida, como al sexo, al alcohol o a los opiáceos, pueden

tener un trasfondo neurobiológico común, en relación con una disfunción de la neurotransmisión opioide. (Guardia Serecigni, 2012a). (Nivel de Evidencia 3).

4 / INTERVENCIÓN

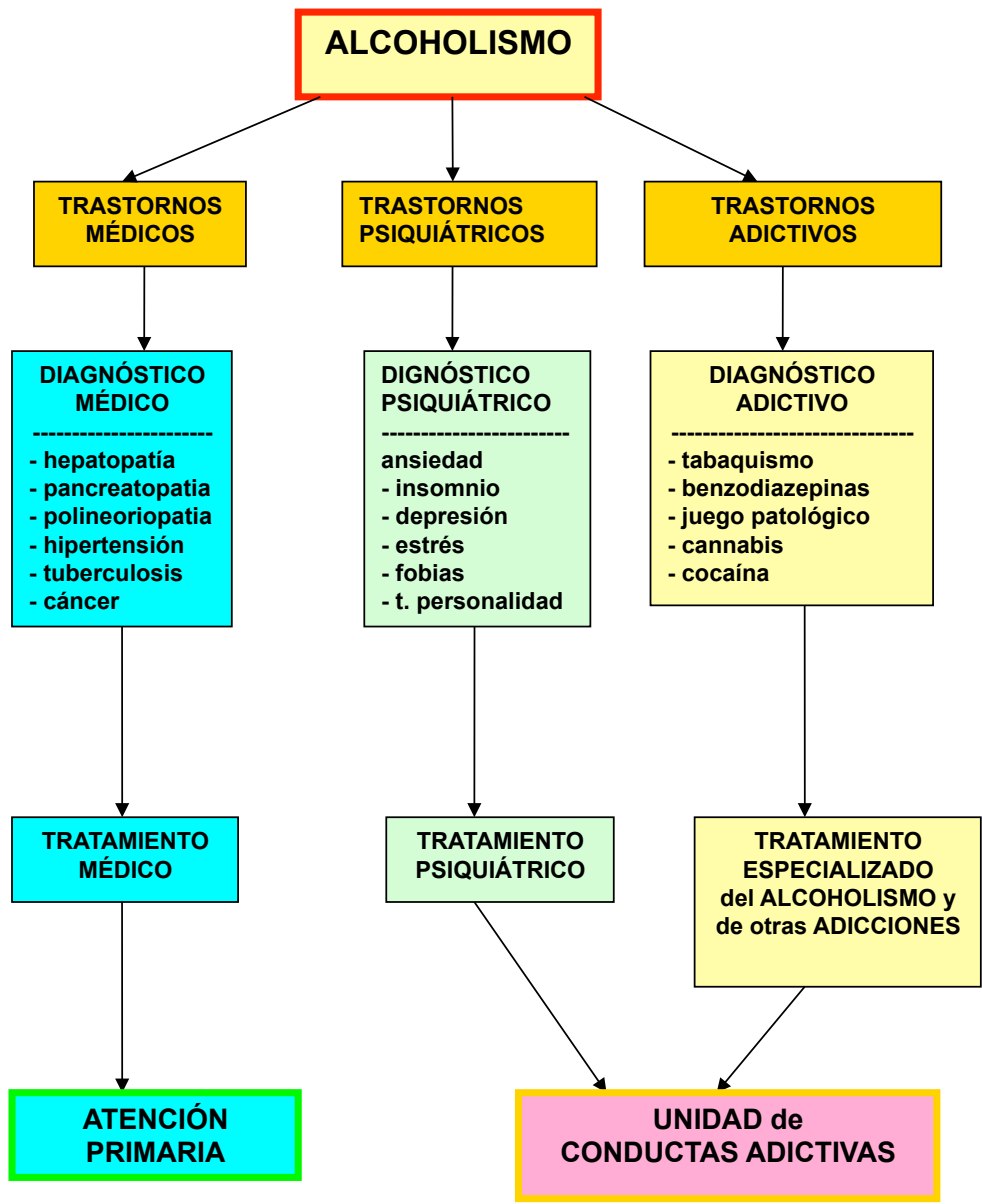
Los trastornos psiquiátricos y adictivos, asociados al alcoholismo, pueden ser tanto un factor de vulnerabilidad hacia el alcoholismo, como su consecuencia, es decir, inducidos por el propio alcoholismo, junto con las dificultades (familiares, laborales, sociales, económicas, legales, de alojamiento), que tienen que afrontar las personas que sufren alcoholismo.

Su persistencia va a interferir en la recuperación del alcoholismo y viceversa, el alcoholismo interfiere también en la recuperación de los trastornos médicos, psiquiátricos y adictivos, asociados. Por lo tanto, el tratamiento efectivo del alcoholismo pasa por un acertado diagnóstico y tratamiento médico, psiquiátrico y adictivo. (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).

La precisión diagnóstica de los trastornos médicos requiere determinadas exploraciones y su tratamiento puede requerir la intervención de algún especialista. De la misma manera, el diagnóstico preciso de los trastornos psiquiátricos y adictivos asociados requiere la exploración y la intervención de especialistas en psiquiatría y/o en conductas adictivas.

Los psicofármacos que tengan algún riesgo adictivo potencial no deberían ser utilizados para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos que presentan los pacientes alcohólicos. Y conviene evitar también aquellos que tengan cierto riesgo de sobredosis, cuando se toman asociados al alcohol, como suele ocurrir con las benzodiazepinas o los analgésicos opiáceos. (Nivel de Evidencia 1. Grado de recomendación A).

El abordaje de los trastornos adictivos requiere además una intervención psico-social de tipo motivacional, para promover la toma de conciencia y la motivación hacia el abandono del consumo de las diversas sustancias adictivas que suelen estar asociadas al consumo de alcohol. En algunas sustancias, cuando la persona acepta su retirada se puede proceder a un tratamiento sustitutivo, por ejemplo: nicotina, benzodiazepinas o bien opiáceos y, posteriormente se puede proceder a su mantenimiento o retirada, si procede (Guardia Serecigni, 2012b). (Nivel de Evidencia 2. Grado de recomendación B).



6 / BIBLIOGRAFÍA

- Agardh A, Cantor-Graae E. Youth sexual risk-taking behavior, and mental Elath: a study of university students in Uganda. *Int. J. Behav. Me4d.* 2012; 19: 208-216.
- Ahlin J, Hallgren M, Öjehagen A, Källmén H, Forsell Y. Adults with mild to moderate depression exhibit more alcohol related problems compared to the general adult population: a cross sectional study. *BMC Public Health.* 2015;15:542.
- Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of at-risk and binge drinking hmong middle-aged and elderly community adults: nacional Surrey on drug use and Elath. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1162-1169.
- Breitmenyer D, Becker N, Wilbach C, Albrecht K, Scheinichen D, Panning B, Schneider U, Jüttner B. Etanol-induced malfunction of neutrophils respiratory burst on patient suffering from alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32:1708-1713.
- Carrión J.A. Utilidad del Fibroscan® para evaluar la fibrosis hepática. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32(6):415-423
- Cortés M, Climent B, Flórez G, Torrens M, Giménez JA, Espandian A, Rossi P, Espert R, Gadea M. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo agudo y crónico de alcohol. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J (coordinadores) *ALCOHOLISMO. Guías Clínicas de SOCIDROGALCOHOL basadas en la Evidencia Científica.* 3ª Edición. Grupo SanedBarcelona. 2013. (pp.37-68).
- Climent B, Gago N, Llerena G, González V. Patología médica asociada al consumo perjudicial de alcohol. En: Pascual Pastor F; Guardia Serecigni J (coordinadores) *Monografía sobre el Alcoholismo. SOCIDROGALCOHOL.* Barcelona. 2012. (pp. 181-218).
- Estruch, Ramón. Alcohol y corazón, dos caras de una misma moneda. *Medicina Clínica*, 2002, vol. 118, no 18, p. 696-697.
- Fernández-Sola J, Estruch R, Urbano-Márquez A. Alcohol and heart muscle disease. *Addiction Biology*, 2 (1997), pp. 9-17.
- Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcohol Research & Health.* 2006; 29: 79-89.16.
- Grant JD, Heath AC, Buchotz KK, Madden PAF, Agrawal A, Statham DJ, Martin NG. Spousal concordance for alcohol dependence: evidence for assortative mating on spousal interaction effects? *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 717-728.
- Guardia Serecigni J., Jiménez-Arriero M. A., Pascual P., Flórez G. y Contel M. (2008a). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo (2ª ed.). Barcelona: Socidrogalcohol. <http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/socidrogalcohol.html>
- Guardia Serecigni J. ¿Es bueno el alcohol para la salud? *Adicciones.* 2008b. 20: 221-236. <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/264/252>
- Guardia J, Surkov S, Cardús M. (2011) Bases Neurobiológicas de la Adicción. En Bobes, Casas y Gutiérrez (Editores). *Manual de Trastornos Adictivos.* 2ª Edición. Enfoque Editorial. Valladolid. (p. 25-33).
- Guardia Serecigni J. (2011) Cambio de paradigma en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *Adicciones* 23: 299-316. <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/126>

- Guardia Serecigni J. Trastornos Mentales y del Comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: Pascual Pastor F; Guardia Serecigni J (coordinadores) Monografía sobre el Alcoholismo. SOCIDROGALCOHOL. Barcelona. 2012a. (pp. 231- 293). <http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/socidrogalcohol.html>
- Guardia Serecigni J. Tratamiento del Alcoholismo. En: Pascual Pastor F; Guardia Serecigni J (coordinadores) Monografía sobre el Alcoholismo. SOCIDROGALCOHOL. Barcelona. 2012b. (pp. 415- 442). <http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/socidrogalcohol.html>
- Guardia Serecigni J, Becoña Iglesias E, Flórez Menéndez G, Bustos Cardona T. Etiopatogenia: Factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo. En: Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J (coordinadores) ALCOHOLISMO. Guías Clínicas de SOCIDROGALCOHOL basadas en la Evidencia Científica. 3ª Edición. Grupo Saned. Barcelona. 2013. (pp. 17-35). <http://www.socidrogalcohol.org/alcohol/socidrogalcohol.html>
- Guardia Serecigni, J. La reducción del consumo de alcohol. Un nuevo objetivo en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. ADICCIONES 2015. Vol 27; Nº 1. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/188>
- O'Keefe JH, Bybee KA, Lavie CJ. Alcohol and Cardiovascular Health. J Am Coll Cardiology. 2007; 50:1009-1014.
- International Agency for Research on Cancer. Alcohol consumption and ethyl carbamate. IARC-monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol 96. Lyon: IARC, 2010.
- Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist K, Sundquist J. Peer deviance, parental divorce, and genetic risk in the prediction of drug abuse in a nationwide Swedish sample. Evidence of environment-environment and gene-environment interaction. JAMA Psychiatry 2014; 71:439-445.
- Lieber C.S. Medical disorders of alcoholism. N Engl. J. Med. 1995; 333: 1058-65.
- Lisdahl KM, Thayer R, Squeglia LM, McQueeney T, Tapert SF. Recent binge drinking predicts smaller cerebellar volumes in adolescents. Psychiatry Research 2013; 211:17-23.
- Mäkelä P, Raitasalo K, Wahlbeck K. Mental health and alcohol use: a cross-sectional study of the Finnish general population. Eur J Public Health. 2015; 25:225-231.
- Pérez Carreras M, Castellano G. Hígado y alcohol. World J Gastroenterol, 2010, vol. 16, p. 4905-12.
- Sandoval H. R. Alteraciones hematológicas del alcoholismo. Revista Electrónica de Portales Médicos.com, 2008.
- Sloboda, Z. Reconceptualizing drug use prevention processes. ADICCIONES 2014; 26:3-9.
- Stewart BW, Wild CB. World Cancer Report 2014. Lyon, France. International Agency for Research on Cancer; 2014.
- Tonelo D, Providência R, Gonçalves L. Holiday heart syndrome revisited after 34 years. Arq Bras Cardiol. 2013; 101:183-189.
- White A, Hingson R. The burden of alcohol use. Excessive alcohol consumption and related consequences among college students. Alcohol Research: Current Reviews. 2013; 35: 201-214.
- Willford J, Leech S, Day N. Moderate prenatal alcohol exposure and cognitive status of children at age 10. Alcohol Clin Exp Res 2006; 30: 1051-1059.

9 / MEDICIÓN DE CONSUMOS

Según la OMS, los niveles de riesgo de consumo diario de bebidas alcohólicas, se podrían clasificar según la siguiente tabla 1:

Niveles de Riesgo	Mujer	Hombre
Riesgo alto	4 o + UBEs	6 o + UBEs
Riesgo medio	2- 4 UBEs	4 – 6 UBEs
Riesgo bajo	0-2 UBEs	0-4 UBEs

Para recoger de forma práctica los gramos de alcohol consumidos, se utiliza el concepto de **Unidad de Bebida Estándar** (UBE). Para ello se precisa una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica (tabla 2). En España, una “unidad de bebida estándar” es igual a 10 gr. de alcohol puro (5).

Tabla 2 / Tipos de bebida y su equivalente en Unidades de Bebida Estándar (UBE)

Tipo de bebida	Volumen	Nº de unidades de bebida estándar (UBE)
Vino	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña	1
	1 litro	5
Copas	1 carajillo (25 cc)	1
	1 copa (50 cc)	2
	1 combinado (50 cc)	2
	1 litro	40
Generosos (Jerez, cava, vermut)	1 copa (50 cc)	1
	1 vermut (100 cc)	2
	1 litro	20

Teniendo en cuenta el género y la periodicidad en los consumos los límites de consumo de riesgo se establecerían dentro de los siguientes rangos.

	Hombres		Mujeres	
	Gramos	UBEs	Gramos	UBEs
Diario	60	6	40	4
Semanal	280	28	140	14

La cantidad de consumo, será pues importante para poder saber en principio el nivel de riesgo o gravedad del mismo, pero no olvidemos que cuando hablamos de pacientes hay que individualizar y por lo tanto tener en cuenta el peso, el género, la condición social... pero sobre todo las consecuencias de los consumos, lo que será determinante a la hora de iniciar o no una intervención terapéutica.

10 / MARCADORES BIOLÓGICOS

GGT (GAMMAGLUTAMIL-TRANSPEPTIDASA)

Es el marcador de alcoholismo más utilizado debido a su sensibilidad y a la facilidad de su determinación. Presenta una alta sensibilidad (65-80%) y una especificidad baja (entre 50 y 65%). Es más sensible que la GOT y GPT para detectar consumo excesivo de alcohol. Su sensibilidad se incrementa cuando los consumos son superiores a 60 gr/d, pero pueden dar falsos positivos en caso de hepatopatías, insuficiencia cardiaca, administración de antiepilépticos o anticonceptivos. Se consideran indicativos, valores por encima de 50 U/L. Tras 2 semanas de abstinencia sus valores se reducen a la mitad y al cabo de 6-8 semanas se normalizan (11)

AST (ASPARTATO AMINOTRANSFERASA) Y ALT (ALANINO AMINOTRANSFERASA)

AST (antes GOT) y ALT (antes GPT) son dos enzimas muy sensibles para detectar daño hepático, pero muy poco específicas. En las hepatopatías alcohólicas raramente se alcanzan valores de transaminasas superiores a 500 U/L. En estos casos suele elevarse más la AST que la ALT, debido al déficit de folato de piridoxina. Un cociente AST/ALT mayor de uno es sugestivo de hepatopatía alcohólica, y un cociente superior a 2 es altamente indicativo de esta posibilidad

VCM (VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO ERITROCITARIO)

La sensibilidad del VCM es baja y variable (25-50%). En cambio, la especificidad del VCM es alta (75-85%). El VCM suele estar elevado en otras situaciones distintas al consumo excesivo y crónico de alcohol. A destacar: anemias por déficit de B12 y ácido fólico; otras hepatopatías; enfermedades cardiopulmonares, tabaquismo, hemopatías (anemia aplásica, sd. mielodisplásico, mieloma múltiple, tricoleucemia); hipotiroidismo; fármacos como son citostáticos (metotrexato, azatioprina, 6-mercaptopurina, antivíricos (aciclovir), antibióticos (trimetoprim), diuréticos (triamterene), anticomiciales (difenilhidantoína, primidona, fenobarbital). El VCM disminuye lentamente con la abstinencia y se normaliza a los 3-4 meses, volviéndose a elevarse si se reinicia la ingesta de alcohol. La determinación simultánea de VCM y de GGT permite identificar a más del 75% de los bebedores excesivos.

LÍPIDOS PLASMÁTICOS

Los lípidos plasmáticos suelen estar alterados en los consumidores crónicos de alcohol, especialmente hipertrigliceridemias. Los triglicéridos tienden a normalizarse tras varias semanas de abstinencia. El HDL-colesterol también se incrementa con el consumo continuado de alcohol, volviendo a niveles normales tras dos semanas de abstinencia. La sensibilidad

y especificidad del colesterol como marcador es baja debido a la variabilidad individual y a que está influido por muchas causas como factores genéticos, la dieta y el ejercicio físico.

CDT

Desde los años 90 se está utilizando también la Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT), su sensibilidad para la detección de consumos excesivos de alcohol se sitúa en torno al 75-90% (la más elevada) y su especificidad en torno al 70-100%. No obstante, como por su alto coste y su utilidad sobre todo en el seguimiento en el Trastorno por Consumo de Alcohol, es un parámetro de menor utilidad en atención Primaria.

Rendimiento de las pruebas de laboratorio en bebedores excesivos

Test	Sensibilidad	Especificidad	Falsos positivos	Comentarios
GGT	Alta	Baja y variable	Enf hepatobiliares, Insuf cardíaca, DM, obesidad, tabaquismo	Se normaliza tras 1-4 semana de abstinencia
VCM	Baja y variable	Alta	Déficit de vit. B y/o ácido fólico, enf hepática, tabaquismo	Se normaliza tras 3-4 meses de abstinencia
GOT/ GPT	Alta	Baja	Afecciones musculares, IAM, hepatopatías	Un cociente GOT/GPT>2 es muy sugestivo de consumo crónico
CDT	Variable	Alta	Enf hepática avanzada, embarazo, sde congénito deficiente en hidratos de carbono, variaciones genéticas de la transferrina	Se normaliza a las 2 semana de abstinencia y aumenta tras una semana de consumo de >40 g de alcohol diarios

Fuente / Alcoholismo. Guía SOCIDROGALCOHOL (2013)

A pesar de todo, sabemos, que no existe ninguna prueba patognomónica par el diagnóstico de Trastorno por Consumo de Alcohol, así pues, los test diagnósticos, las pruebas de laboratorio, la información de los familiares y los criterios diagnósticos DSM5 o CIE10 serán determinantes para poder hacer un diagnóstico de certeza, no siendo ninguno de ellos suficiente por sí mismo.

11 / ANEXOS

ANEXO I. TEST DE AUDIT-C

AUDIT C

1 / ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

2 / ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

3 / ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

1 / ¿Con qué frecuencia consume alguna “bebida alcohólica”?

- 0. Nunca
- 1. Una o menos veces al mes
- 2. De 2 a 4 veces al mes
- 3. De 2 a 3 veces a la semana
- 4. Cuatro o más veces por semana

2 / ¿Cuántas consumiciones de “bebidas alcohólicas” suele realizar en un día de consumo normal?

- 0. 1 ó 2
- 1. 3 ó 4
- 2. 5 ó 6
- 3. De 7 a 9
- 4. 10 o más

3 / ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas en una sola ocasión?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Una vez al mes
- 3. Una vez a la semana
- 4. A diario o casi a diario

HOMBRES	≥5	(positivo en abuso de alcohol)
MUJERES	≥4	(positivo en abuso de alcohol)

ANEXO II. TEST DE CAGE

CAGE
1 / ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que debería beber menos?
2 / ¿Le ha molestado alguna vez que la gente lo critique por su forma de beber?
3 / ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su costumbre de beber?
4 / ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Interpretación de cuestionario según el número de respuestas afirmativas:

- 0 - 1 Bebedor social
- 2 Consumo de riesgo
- 3 Consumo perjudicial
- 4 Dependencia alcohólica

ANEXO III. TEST DE AUDIT

1 / ¿Con qué frecuencia consume alguna “bebida alcohólica”?

- 0. Nunca
- 1. Una o menos veces al mes
- 2. De 2 a 4 veces al mes
- 3. De 2 a 3 veces a la semana
- 4. Cuatro o más veces por semana

2 / ¿Cuántas consumiciones de “bebidas alcohólicas” suele realizar en un día de consumo normal?

- 0. 1 ó 2
- 1. 3 ó 4
- 2. 5 ó 6
- 3. De 7 a 9
- 4. 10 o más

3 / ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas en una sola ocasión?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Una vez al mes
- 3. Una vez a la semana
- 4. A diario o casi a diario

4 / ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Una vez al mes
- 3. Una vez a la semana
- 4. A diario o casi a diario

5 / ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Una vez al mes
- 3. Una vez a la semana
- 4. A diario o casi a diario

6 / ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Una vez al mes
- 3. Una vez a la semana
- 4. A diario o casi a diario

7 / ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos ó sentimientos de culpa después de haber bebido?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Una vez al mes
- 3. Una vez a la semana
- 4. A diario o casi a diario

8 / ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo qué sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Una vez al mes
- 3. Una vez a la semana
- 4. A diario o casi a diario

9 / ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

10 / ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- 0. No
- 2. Sí, pero no en el curso del último año
- 4. Sí, el último año

Hombres:

- a / Puntuación total de 0 a 7: sin problemas respecto al consumo de alcohol
- b / “ “ “ 8 a 12: consumo de riesgo
- c / “ “ “ 13 a 40: consumo perjudicial o dependencia

Mujeres:

- a / Puntuación total de 0 a 5: sin problemas respecto al consumo de alcohol
- b / “ “ “ 6 a 12: consumo de riesgo
- c / “ “ “ 13 a 40: consumo perjudicial o dependencia

ANEXO IV. CBA

	SÍ	NO
1. ¿Padece usted últimamente con frecuencia de temblores en las manos?		
2. ¿Padece usted últimamente con frecuencia náuseas, sobre todo por la mañana?		
3. ¿Mejoran el temblor matutino y las náuseas si bebe algo de alcohol?		
4. ¿Padece usted en los últimos tiempos de frecuente nerviosismo?		
5. En las épocas de mayor consumo de alcohol ¿ha comido menos?		
6. ¿Ha tenido frecuentes pesadillas o trastorno del sueño en los últimos tiempos?		
7. ¿Se encuentra tenso o inquieto cuando le falta alcohol?		
8. ¿Tiene usted, tras haber bebido los primeros vasos, un deseo irresistible de seguir bebiendo?		
9. ¿Padece de lagunas de memoria después de haber bebido mucho?		
10. ¿Tolera actualmente menos cantidad de alcohol que ante?		
11. ¿Ha tenido alguna vez remordimiento de consciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido?		
12. ¿Ha probado algún sistema para controlar la bebida?		
13. ¿Le lleva a beber su trabajo?		

	SÍ	NO
14. ¿Le han hecho alguna consideración acerca de sus ingestas de alcohol en su puesto de trabajo?		
15. ¿Es usted menos trabajador desde que bebe?		
16. ¿Le gusta a usted beber regularmente un vasito o una copa cuando está solo?		
17. ¿Pertenece usted a un círculo de amistades en el que se bebe mucho?		
18. ¿Se siente usted más seguro y responsable cuando ha bebido?		
19. ¿Posee usted en casa o en el trabajo un pequeño depósito escondido con bebidas alcohólicas?		
20. ¿Bebe usted alcohol para poder soportar mejor las situaciones de tensión o para olvidar los disgustos y las preocupaciones?		
21. ¿Se ha encontrado ya usted o su familia, en alguna ocasión, en dificultades económicas a causa de su consumo de alcohol?		
22. ¿Ha tenido usted conflictos por conducción de vehículos o manejo de máquinas bajo efectos del alcohol? (sanciones, accidentes de tráfico o laborales)		

INTERPRETACIÓN

Cada respuesta afirmativa sumará un punto excepto los ítems 3, 7, 14 y 18 que suman 4 puntos. Una puntuación igual o superior de 5 sería indicativa de alcoholismo.

ANEXO 5. MALT

MALT-O	SÍ	NO
1. Enfermedad hepática (mínimo 1 síntoma clínico, p ej, hepatomegalia, dolor a la presión, etc, y al menos 1 valor de laboratorio patológico, por ej, GOT, GPT,GGT) <i>(Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descartar hepatitis viral, hepatomegalia de hepatopatía congestiva, etc.)</i>		
2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, por ej. Diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4. Consumo de alcohol superior a los 150 ml (en la mujer 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5. Consumo de alcohol superior a los 300 ml (en la mujer 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes.		
6. Aliento alcohólico (en el momento de la exploración)		
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes)		

MALT-S	SÍ	NO
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos		
2. A temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar		
3. Alguna vez, he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol		
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades		
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o del almuerzo		
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7. A menudo pienso en el alcohol		
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo ha prohibido		
9. En las temporadas en que bebo más, como menos		
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11. Últimamente, prefiero beber alcohol a solas (y sin que me vean)		
12. Bebo de un trago y más deprisa que los demás		
13. Desde que bebo más, soy menos activo		
14. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido		
15. He ensayado un sistema para beber (p. ej., no beber antes de determinadas horas)		
16. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
17. Sin alcohol no tendría yo tantos problemas		
18. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme		

MALT-S	SÍ	NO
19. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida		
20. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
21. Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
22. Si yo no bebiera me llevaría mejor con mi esposa/o (o pareja)		
23. Ya he probado a pasar temporadas sin alcohol		
24. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo		
25. Repetidamente me han mencionado mi “aliento alcohólico”		
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo		
27. A veces, al despertar, después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera		

INTERPRETACIÓN

- En el MALT-O cada respuesta afirmativa suma 4 puntos y la negativa 0
- En el MALT-S cada respuesta afirmativa suma un punto y la negativa 0
- Se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones de los 34 ítems
- Una puntuación de 11 o más nos orienta hacia problemas de dependencia
- Entre 6 y 10 puntos indica una alta sospecha

ANEXO VI. CIWA-AR

Clinical Institute withdrawal Assessment Scale for Alcohol,
revisada (CIWA-Ar). (Sullivan y cols., 1989)

Náuseas y vómitos

Preguntar “¿se siente mal del estómago?
¿ha vomitado?”

- 0 No náuseas ni vómitos
- 1 Náuseas ligeras, sin vómitos
- 2
- 3
- 4 náuseas intermitentes con arcadas
- 5
- 6
- 7 náuseas constantes con arcadas y vómitos

Temblor

Observación

- 0 No temblor
- 1 Temblor no visible pero puede sentirse al tacto
- 2
- 3
- 4 temblor moderado con las manos extendidas
- 5
- 6
- 7 temblor severo incluso con las manos en reposo

Sudoración paroxística

Observación

- 0 No sudor
- 1 Sudoración leve en palmas de las manos
- 2
- 3
- 4 Sudoración visible en la frente
- 5
- 6
- 7 Sudoración profusa generalizada

Agitación

Observación

- 0 Actividad normal
- 1 Actividad un poco mayor de lo normal
- 2
- 3
- 4 Moderadamente inquieto
- 5
- 6
- 7 Se mueve sin cesar

Cefalea, sensación de plenitud en la cabeza

No considerar la sensación de mareo

- 0 No hay
- 1 Muy leve
- 2 Moderada
- 3 Moderadamente grave
- 4 Grave
- 5 Muy grave
- 6 Extremadamente grave

Ansiedad

Preguntar ¿se siente nervioso?

- Observación

- 0 Tranquilo
- 1 Ligeramente ansioso
- 2
- 3
- 4 Moderadamente ansioso, reservado
- 5
- 6
- 7 Equivalente a estado de pánico agudo, con delirio grave

Trastornos visuales

Preguntar “¿está viendo algo que le inquieta?” - Observación

- 0 No hay
- 1
- 2 Sensibilidad leve
- 3 Sensibilidad moderada
- 4
- 5 Alucinaciones graves
- 6
- 7 Alucinaciones continuas

Trastornos táctiles

Preguntar “¿siente algo extraño en su piel?”

- Observación

- 0 No
- 1 Prurito, pinchazos, ardor o adormecimiento leves
- 2 Leves
- 3 Moderados
- 4
- 5 Alucinaciones táctiles graves
- 6
- 7 Alucinaciones continuas

Trastornos auditivos

Preguntar “¿está escuchando algo que lo alarma?” - Observación

- 0 No
- 1 Intensidad o capacidad para asustarse muy leve
- 2
- 3 Intensidad o capacidad para asustarse moderada
- 4
- 5 Alucinaciones auditivas graves
- 6
- 7 Alucinaciones continuas

Orientación y entorpecimiento del sensorio

Preguntar “¿qué día es? ¿dónde está? ¿quién es?”

- 0 Orientado
- 1 No puede añadir datos en serie
- 2 Desorientado para la fecha en menos de 2 días de calendario
- 3 Desorientado para la fecha en más de 2 días de calendario
- 4 Desorientado en lugar, persona o ambas cosas

Promueve:

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



Financiado por:



RECTORADO DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Colaboran:



Federación de Asociaciones
de Enfermeras Comunitarias
y Atención Primaria



Sociedad Española de Medicina
Generalista y de Familia

