

Alcohol: tercer factor de riesgo en países desarrollados

El consumo de bebidas alcohólicas es actualmente uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Según el Informe sobre la salud en el mundo de 2002 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata del tercer factor de riesgo como causa de la carga de morbilidad en los países desarrollados, a muy corta distancia del tabaco y la presión arterial. Los porcentajes de la carga de morbilidad, expresada en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), atribuidos son de un 12,2% para el tabaco, un 10,9% para la presión arterial y un 9,2% para el alcohol¹.

Tal y como se recoge en el informe de la Secretaría de la OMS discutido en la 115.^a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (Ginebra, enero de 2005), se ha estimado que ha causado, a escala mundial, 1,8 millones de muertes, lo que equivale a un 3,2% del total de fallecimientos registrados en el año 2000².

España es uno de los países donde el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados con él adquieren una gran importancia, no sólo por la elevada producción de algunos tipos de bebidas alcohólicas (es el tercer país en producción mundial de vino y el noveno en producción mundial de cerveza), sino también por la elevada prevalencia de su consumo, el amplio arraigo social que este hábito tiene en nuestras comunidades y la percepción generalizada de que el alcohol, o al menos ciertos tipos de bebidas alcohólicas, forman parte del patrón alimentario y dietético de nuestra sociedad³.

En el año 2003, España ocupaba el sexto lugar en el ranking de consumo mundial de alcohol, con 10 litros de alcohol puro per cápita. Debemos destacar que, al igual que en otros países del sur de Europa, el consumo de bebidas alcohólicas ha disminuido de manera notable en los últimos años, especialmente a expensas de una reducción en el consumo de vino³.

En realidad, dicho descenso se ha producido en el contexto de toda la Unión Europea. Aspectos de carácter macroeconómico han podido influir en este descenso, sin olvidar la disminución en el consumo de vino. No obstante, también hay que señalar que se ha producido una tendencia a la homogeneización de los patrones de consumo en Europa y, por otro lado, también se han producido, en los últimos 50 años, cambios importantes en políticas de control de alcohol en el ámbito europeo.

Los patrones de uso y abuso del alcohol han variado en los últimos años de forma muy importante, tanto en España

como en el resto de los países de nuestro entorno. Diversas transformaciones y cambios económicos, culturales y sociales han coincidido en momentos determinados, lo que ha provocado, entre otras cosas, un aumento de la disponibilidad del alcohol, con variación no sólo de la cantidad, sino de la calidad de las bebidas, y también han producido un aumento del consumo por parte de la población femenina, juvenil e incluso adolescente.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas está claramente relacionado con el desarrollo de más de 60 enfermedades, y es la causa conocida de morbilidad y mortalidad por diferentes procesos patológicos, así como de discapacidad, violencia de género, maltrato infantil, marginación, ruptura y abandono familiar. Además, el consumo de alcohol está presente en una proporción importante de accidentes de tráfico, laborales y domésticos.

Siguiendo la metodología propuesta por los CDC (Centers for Disease Control), en el año 2005, el Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas de la Universidad de Valladolid, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha realizado un estudio de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España, así como la mortalidad prematura atribuible al consumo de alcohol, en el período 1999-2002 (el estudio está pendiente de publicación).

El número de muertes en España, en el año 2002, relacionadas con el consumo de alcohol fue de 8.597. Ello supone que, del total de muertes acaecidas en ese año en España, el 2,33% son atribuibles al consumo de alcohol. El número de muertes por causas relacionadas con alcohol es mayor en varones que en mujeres (la razón varón/mujer es aproximadamente 3:1). La tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes en ese año fue de 20,55.

El análisis de la mortalidad prematura (años de vida potencialmente perdidos hasta los 70 años) muestra que la media de años de vida potencialmente perdidos se sitúan en torno a los 22. La mortalidad prematura es sensiblemente mayor entre las causas agudas (31,40 años en 2001 y 32,06 en 2000) que en las causas crónicas (13,72 en 1999 y 14,04 en 2002).

Finalmente, debemos señalar que los problemas asociados con el alcohol son una causa importante de hospitalización. Durante la última década se ha producido un incremento notable en los casos de ingresos hospitalarios por psicosis alcohólica, efecto tóxico del alcohol y síndrome de dependencia del alcohol (Centro Nacional de Epidemiología, 2005).

En la población adolescente y juvenil, la problemática es diferente y adquiere un carácter más agudo: alteraciones de las relaciones con la familia, los compañeros y los maestros, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden público y adopción de conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido (en este sentido, cabe destacar que los accidentes de tráfico en su conjunto son la primera causa de mortalidad en este grupo de edad), así como actividades sexuales de riesgo, que conllevan embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

También se traducen en un incremento de la enfermedad alcohólica y de serios problemas de dependencia en algunos jóvenes.

La adolescencia es un período de rápido crecimiento y de cambios físicos. Algunas investigaciones sugieren que los adolescentes que beben excesivamente rara vez presentan trastornos crónicos severos del tipo cirrosis hepática, pancreatitis o gastritis; sin embargo, sí experimentan efectos adversos en el hígado, los huesos, el crecimiento y el desarrollo endocrino^{4,5}. El consumo excesivo de alcohol en la adolescencia descende las concentraciones de hormonas sexuales y hormonas de crecimiento, tanto en chicos como en chicas. Algunas investigaciones sugieren que el cerebro del adolescente podría ser más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos. Pero lo que es incuestionable es que la exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia al alcohol en la edad adulta.

Tenemos indicadores que alertan sobre la problemática derivada del consumo de alcohol por parte de los adolescente españoles. Sólo en 2 años (del 2002 al 2004), el porcentaje de escolares (14-18 años) consumidores de alcohol se ha incrementado en casi 10 puntos. Por tanto, cada vez son muchos más los chicos y chicas que se inician al consumo de alcohol. La percepción del riesgo está disminuyendo, así como el porcentaje de adolescentes abstemios. Y un dato preocupante, los adolescentes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas y cada vez son más frecuentes los consumos muy elevados de alcohol en cortos períodos, como pone de manifiesto el hecho de que el 34,8% de los escolares de 14-18 años refiere episodios de embriaguez durante los 30 días anteriores a la entrevista, con una media de casi un episodio de embriaguez cada 10 días⁶.

Pero los adolescentes no son un grupo aislado de la sociedad. Las políticas del alcohol dirigidas a la población juvenil deben formar parte de una amplia respuesta social, ya que el consumo de alcohol entre los jóvenes en gran medida refleja las actitudes y las prácticas de una gran parte de la sociedad adulta.

Por señalar un dato, aunque las prevalencias de consumo de alcohol en la población de 15 a 64 años han permanecido bastante estables en el período 1997-2003, debemos señalar el importante incremento que se ha producido, en

el mismo período, en el indicador relativo a la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses, para todos los grupos de edad y ambos sexos⁷.

Como evidencian los análisis del estudio Carga Global de Enfermedad, de la OMS, el consumo de bebidas alcohólicas tiene repercusiones muy importantes en la salud humana. Pero, además de las consecuencias que el alcohol tiene para la salud, destaca por unos efectos sociales adversos sobre la familia, el trabajo, la vida social y la criminalidad, que en una parte importante de los casos inciden en personas distintas del bebedor. Dado el impacto potencial que puede tener sobre terceros, el consumo de alcohol lleva mucho tiempo formando parte del campo de acción de la moral. Desde la perspectiva de la salud pública, se debe ir más allá de los recursos moralistas y dirigidos a individuos concretos y dirigirse hacia medidas más eficaces, de carácter poblacional, que no comporten un valor moral.

Probablemente, la verdadera alternativa a los problemas relacionados con el consumo de alcohol se halla en la perspectiva de la salud pública, pues es allí donde la dependencia del alcohol se considera como un proceso de continuidad en toda la población de bebedores habituales, y donde se establecen las diferencias entre los problemas derivados del consumo de alcohol. Es evidente que estamos ante un problema de salud pública en el que está involucrado el conjunto de la sociedad y que, por tanto, una responsabilidad tanto de los políticos como de las familias, la comunidad educativa y la sociedad civil⁸.

Tal y como propugna la OMS, resulta evidente la necesidad de desarrollar políticas globales, multisectoriales y multidisciplinarias, con la participación de todas las áreas implicadas. Y dentro de ese marco, los profesionales sanitarios también tenemos un importante papel.

En una reciente revisión sobre las evidencias científicas disponibles en relación con las estrategias y las intervenciones dirigidas a prevenir o reducir el daño relacionado con el alcohol, se priorizaron 10 opciones políticas como las mejores prácticas, entre las que figuran las intervenciones breves en bebedores de riesgo⁹.

Como todos conocemos, la atención primaria de salud ocupa un lugar privilegiado para intervenir sobre los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. Constituye el primer nivel asistencial de nuestro sistema sanitario y mantiene un contacto permanente con la mayoría de la población que suele acudir en diversas ocasiones a los centros.

La magnitud del problema reseñado justifica suficientemente la actuación desde la atención primaria. La intervención debe centrarse en un análisis del comportamiento del paciente, de sus necesidades de salud.

Las intervenciones breves han demostrado ser efectivas y están siendo cada vez más valiosas en el tratamiento de individuos con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. También proporcionan un valioso marco de trabajo para

facilitar la derivación a tratamiento especializado de los casos graves de dependencia de alcohol. Las intervenciones breves son aquellas prácticas cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto¹⁰.

El objetivo de la prevención secundaria es el diagnóstico precoz. La estrategia será la búsqueda de casos, mediante la detección oportunista de los bebedores de riesgo que no han llegado todavía a desarrollar dependencia¹¹.

En España se están desarrollando diferentes intervenciones de interés pero, por su especial importancia, destacamos la recomendación de intervención realizada por el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)^{12,13}: «Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Esto debería hacerse al abrir una historia de primer día, al actualizar la historia clínica o ante cualquier indicio de sospecha. Esta actividad puede hacerse indistintamente en la consulta médica o de enfermería. Para esta exploración se recomienda la utilización de una encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, compuesta por unas preguntas básicas que analizan el consumo en días laborables y festivos. El uso de marcadores biológicos no se recomienda de forma sistemática».

Debe considerarse consumo peligroso o de riesgo e intervenir cuando la ingesta semanal sea > 280 g en el varón (28 U) o 170 g en la mujer (17 U). Se considera deseable reducir el consumo por debajo de límites más seguros, como 170 g en el varón (17 U) y 100 g en la mujer (11 U).

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

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

El personal de enfermería debe derivar al médico a los individuos que presenten síntomas relacionados con el consumo de alcohol o cuyo test de dependencia sea positivo». En definitiva, la atención primaria tiene un papel muy importante en la prevención de los problemas derivados del

consumo de alcohol, y la intervención de los profesionales sanitarios es posible y es eficaz.

Teresa Robledo de Dios

Área de Prevención. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España.

Bibliografía

1. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Organización Mundial de la Salud (accedido Ene 2005). Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_spain.pdf
2. Informe de la Secretaría de la OMS. Problemas de salud pública causados por el alcohol. 115.ª reunión Consejo Ejecutivo. Organización Mundial de la Salud (accedido Ene 2005). Disponible en: http://www.who.int/gb/s/s_eb115.html
3. Produktschap voor gedistilleerde dranken «world drink Trends 2005». Oxford: NTC Publications Ltd.; 2005.
4. The effects of alcohol on physiological processes and biological development. *Alcohol Res Health*. 2005;28:125-31.
5. Frias J, Torres JM, Rodríguez R, Ruiz E, Ortega E. Effects of acute alcohol intoxication on growth axis human adolescents of both sexes. *Life Sci*. 2000;67:2691-7.
6. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo (accedido Ene 2005). Disponible en: <http://www.msc.es/pnd/observa/html/estudios.htm>
7. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo (accedido Ene 2005). Disponible en: <http://www.msc.es/pnd/observa/html/estudios.htm>
8. Robledo T. Alcohol y reducción de daños: políticas institucionales. *Trastornos Adictivos*. 2002;4:233-43.
9. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
10. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria. Valencia: Organización Mundial de la Salud, Generalitat Valenciana, 2001.
11. Altisent R, Córdoba R, Martín Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)*. 1992;99:584-8.
12. Cabezas-Peña C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega Sánchez-Pinilla R, Nebot Adell M, Megido-Badía MJ, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2005;36 Supl 2:27-46.
13. Grupo de Educación Sanitaria y promoción de la Salud del PAPPS. Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol. SemFYC, 2005 (accedido May 2006). Disponible en: <http://www.papps.org/>