



EDITORIAL semFYC

Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria

Tackling the risk of alcohol consumption from primary care

Introducción

Las consecuencias del consumo de riesgo y nocivo de alcohol son conocidas por los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito de la atención primaria. Sin embargo, a pesar de que muchos de ellos dicen realizar el cribado de este tipo de consumo de forma sistemática, los porcentajes de población cribada son bajos y en general, los pacientes no recuerdan haber sido preguntados al respecto. Dado que muchos bebedores de riesgo son desconocidos para sus médicos, un abordaje sistematizado sería recomendable para facilitar su identificación¹.

Actualmente, dentro de las actividades preventivas que se llevan a cabo en atención primaria, la detección del consumo de alcohol se realiza mediante su cuantificación y diversos test (CAGE, MALT, AUDIT, FAST...). La falta de sistematización en este tema hace que muchos profesionales vean esta actividad como «complicada», «incómoda» y «poco prioritaria». Además, existen patrones de consumo, como el consumo intensivo ocasional o *binge drinking* (beber ≥ 6 consumiciones en una sola sesión de consumo), que pasan desapercibidos si el consumo se valora solo mediante la cuantificación. Este tipo de 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.

Cómo abordar el consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria

Tanto la Estrategia de la UE para ayudar a los Estados Miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol², como el Plan de Acción para reducir el uso nocivo de alcohol en la región europea de la OMS 2012/2020³, marcan las líneas que deben de seguir los estados miembros para reducir los daños relacionados con el consumo de riesgo y nocivo de alcohol. 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.

Cualquier intervención preventiva sobre alcohol desde el ámbito sanitario pasa por la identificación precoz de los consumos de riesgo, ya que estos a menudo pasan desapercibidos. Se debe tener en cuenta que la mayor parte de los daños ocasionados por el alcohol aparecen entre personas que no son dependientes, aunque solo sea porque hay muchos más de estos últimos. Además, nadie desarrolla una dependencia sin haber mantenido antes un consumo de riesgo⁴.

En la «1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España», celebrada en Madrid en el año 2007, se llegó al consenso de que los cuestionarios ofrecían las mayores garantías para realizar correctamente el cribado¹. El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) ha sido desarrollado por la OMS como método de *screening* del consumo de riesgo y de la posible dependencia al alcohol. Además, se trata del primer test diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria⁴.

La intervención breve desde atención primaria evita enfermedades y muertes prematuras, siendo la intervención sanitaria más coste efectiva, solo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco⁵. La atención primaria de salud está en una posición de privilegio para prevenir y minimizar los daños que causa el alcohol.

Las consecuencias del consumo de riesgo de alcohol

En España se estima que hay 2 millones de personas que realizan un consumo de riesgo de alcohol, es decir un 7,4% de la población, de los que un 0,3% son posibles dependientes⁶. En los últimos años se observa una tendencia ascendente de las borracheras y los episodios de consumo intensivo de alcohol.

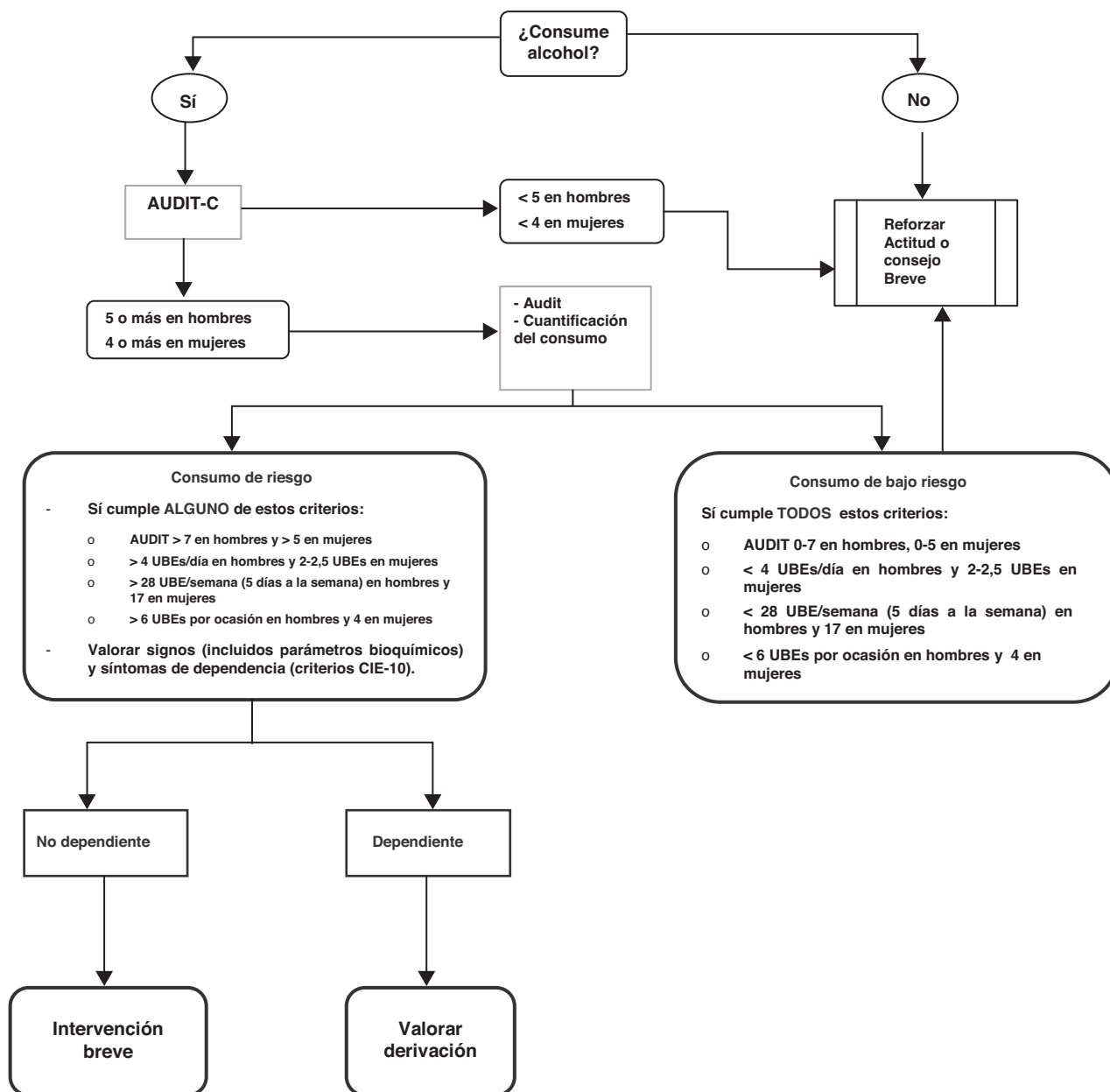


Figura 1 Algoritmo

En nuestro país, el consumo de riesgo y nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad, por ello, es preciso pensar en todas las consecuencias del consumo de alcohol y no solo en las derivadas de una posible dependencia. Las causas crónicas representan el 60% y las causas agudas el 40% de esta mortalidad relacionada con el alcohol.

Dentro de las causas crónicas, son las enfermedades digestivas las causantes del 40% de toda la mortalidad, siendo la cirrosis la causa que contribuye con el mayor número de fallecimientos (2.558 en el año 2010).

Entre las causas agudas, los accidentes de tráfico representan el 30% de la mortalidad atribuible al alcohol. También está implicado en el 23% de los casos de suicidio⁷, siendo la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años.

El alcohol no solo perjudica a quien lo consume, sino también a los que le rodean. El concepto de «bebedor pasivo» o involuntario, haciendo un símil con el consumo de tabaco, se refiere al daño que pueden sufrir personas por el consumo de alcohol de otros.

La relación entre consumo y mortalidad es compleja y variable según de qué enfermedad se hable. En conjunto se puede decir que los riesgos superan claramente a los posibles beneficios. Por tanto, aunque dosis bajas de alcohol se hayan asociado a un efecto protector sobre la enfermedad cardiovascular, el efecto global del alcohol es perjudicial⁸. El Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer ha señalado que no existen niveles seguros de consumo de alcohol en relación con el riesgo de cáncer⁹. Su consumo nunca debiera ser recomendado para prevenir la enfermedad cardiovascular o cualquier otra causa de mortalidad¹⁰.

Conclusiones

El consumo de riesgo y nocivo de alcohol es un importante problema de salud pública en nuestro país debido a la carga de enfermedad y de sufrimiento que produce y a los costes asociados que conlleva.

Diversos organismos internacionales reconocen como prioritaria la acción preventiva (cribado e intervención breve) desde los sistemas de salud, fundamentalmente desde la asistencia primaria.

En atención primaria existe la necesidad de sistematizar y unificar criterios a la hora de abordar el consumo de riesgo de alcohol y de reforzar la formación del personal sanitario en este tema.

Por todo ello, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación) ha decidido desarrollar una herramienta de formación, acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, que con el lema «Mójate con el alcohol», se ha elaborado junto a la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

A través de un Aula Virtual, el programa consta de presentaciones PPT, textos, bibliografía, FAQ, videos y diversos materiales de apoyo docente, para promover sesiones clínicas y talleres en los centros de salud, unidades docentes, sociedades federadas y servicios de salud.

El programa formativo propone un algoritmo de actuación para realizar el cribado y la intervención breve de una manera sistemática, sencilla y unificada desde atención primaria (fig. 1), de modo que se facilite la integración del abordaje del consumo de alcohol en la práctica asistencial rutinaria.

Bibliografía

1. Prevención de los problemas derivados del alcohol. En: 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2007.
2. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento, al Comité Económico y

Social Europeo y al Comité de las Regiones. Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol.

3. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. Resolución CD51.R14, 2011.
4. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001. WHO / MSD/ MSB/01.6a.
5. Macioseck MV, Coffield AB, Edwards NM, Flotemesh TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical practice services. Results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med.* 2006;31:52-61.
6. Encuesta domiciliar de Alcohol y Drogas (EADDES). INE, 2009 <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/CuestionarioEdades2009.pdf>
7. Galaif ER, Sussman S, Newcomb MD, Locke TF. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: a review of empirical findings. *Int J Adolesc Med Health.* 2007;19:27-35.
8. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009;373:2223-33.
9. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington, DC: AICR; 2007.
10. Schütze M, Boeing H, Pischon T, Rehm J, Kehoe T, Gmel G, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ.* 2011;342:d1584.

Rodrigo Córdoba García^{a,*}, Francisco Camaralles Guillem^a,
Vicenta Lizarbe Alonso^b y María Jiménez Muñoz^b
^a Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del
PAPPS, SEMFYC
^b Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación,
España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rcordobag@papps.org
(R. Córdoba García).