MANUAL DE ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

GOBIERNO de CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

MANUAL DE ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

GOBIERNO de CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

COORDINADORAS
Marian Rueda Gutierrez
Inés Ruiz Llerandi

AUTORAS
Blanca Mª Benito Fernández
Mª Emma del Castillo Sedano

COLABORADORES
Jesús Artal Simón
Javier Cloux Blasco
Elvira García Cantero
Esther García Usieto
Lourdes Lasa Aznar
Raquel Madrazo Torre
Antonio Martínez Torre
Enrique Piney Palacio
Lourdes Prieto Redondo
Carmen Toribio González
Mª Sagrario Torre Aguado
Teresa Ugarte Miota
María Ursuguía Sánchez

DEPÓSITO LEGAL
SA-534-2014

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN
Imprenta Regional de Cantabria 10/880

“Alcohol: cuanto menos, mejor”. Esta recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se enfrenta a una cultura occidental en la que la toma de alcohol está tradicionalmente muy arraigada. En Cantabria, al igual que en el resto del país, es la sustancia psicoactiva de utilización más extendida, siendo además muy habitual en los jóvenes de 15 a 18 años.

Esto conlleva un altísimo coste sanitario y social y los datos señalan que la mayor parte de los problemas se producen en personas que realizan un consumo de riesgo o esporádico. De aquí la necesidad de detectar cuanto antes a los pacientes con ingestas excesivas de alcohol por quienes están en la mejor posición para hacerlo: los profesionales de Atención Primaria.

La OMS destaca la importancia de la Atención Primaria como promotora de salud y en el Plan Europeo de Acción sobre Alcohol figura como objetivo reforzar su contribución en la prevención y tratamiento de los daños causados por esta sustancia. Reconoce así la importante misión de los profesionales de Atención Primaria, no solo en el tratamiento sino también para prevenir, preservar y promover la salud y los estilos de vida saludables.

En esta línea de actuación, el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019, plantea entre sus objetivos reducir el actual número de consumidores, habituales y ocasionales, así como normalizar el tratamiento de las adicciones en el Servicio Cántabro de Salud. La Estrategia sobre Drogas de Cantabria contempla también la necesidad de reforzar la prevención y la detección temprana de los consumos de riesgo de alcohol.

Con el objetivo de facilitar estas intervenciones, la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, ha promovido e impulsado la elaboración del “Manual de Abordaje del Consumo de Alcohol en Atención Primaria”, adecuando el programa informático OMI-AP a un modelo de asistencia que destaque los aspectos preventivos. Este Manual pretende ser una herramienta práctica que ayude a los profesionales de la medicina y de la enfermería en el abordaje precoz de los pacientes con problemas debidos al consumo excesivo de alcohol o con riesgo de desarrollarlo.

En él podrán encontrar desde un protocolo básico de actuación en un paciente con dependencia al alcohol, a métodos de cribado e intervenciones breves para promover hábitos de vida saludables y prevenir enfermedades en los pacientes que atienden en su comunidad, así como la educación sobre un consumo dentro de los límites de bajo riesgo.

Quiero agradecer a los profesionales del Servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública y de la Fundación Cántabra Para la Salud y el Bienestar Social su contribución en la elaboración de este Manual, así como el esfuerzo realizado por los colaboradores del Servicio Cántabro de Salud, de Atención Primaria y Hospitalaria, que han intervenido en la confección y consenso de este protocolo.

Esperamos todos que responda a las necesidades e intereses de sus destinatarios y resulte un estímulo y una ayuda para abordar el consumo de alcohol en vuestros pacientes, fomentando hábitos y estilos de vida que mejoren la salud de todos los ciudadanos de Cantabria.

José Francisco Díaz Ruiz
Director General de Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN 9

2. CONCEPTOS 15

3. CRIBADO DEL CONSUMO DE ALCOHOL 25

3.1. Cuestionario AUDIT 29

3.2. Cuestionario AUDIT abreviado 37

3.3. Cuestionario Cantidad/Frecuencia 39

4. UTILIDAD DE LOS MARCADORES BIOLÓGICOS 43

5. INTERVENCIÓN 49

5.1. Educación sobre alcohol 52

5.2. Consejo 54

5.3. Intervención breve 58

6. ABORDAJE DEL SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA 69

6.1. Diagnóstico y evaluación 71

6.2. Tratamiento farmacológico 76

Desintoxicación ambulatoria 76

Deshabituación y rehabilitación 87

6.3. Derivación a Atención Especializada 99

7. RECURSOS 103

7.1 Recursos públicos 105

7.2 Recursos privados 109

ANEXOS. MATERIAL DE APOYO **113**

Anexo I. Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol: AUDIT 115

Anexo II. Cuestionario AUDIT abreviado: AUDIT-C 117

Anexo III. Piensa lo que bebes 118

Anexo IV. Efectos del consumo de alcohol 119

Anexo V. Consejos para reducir el consumo de alcohol 120

Anexo VI. Plan de reducción de consumo de alcohol 121

BIBLIOGRAFÍA **123**

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol está fuertemente arraigado en nuestra cultura. Tradicionalmente, su consumo (vino, en la mayor parte de los casos) ha acompañado a las comidas y ha estado vinculado a la vida familiar: el llamado patrón de consumo mediterráneo, que ha predominado en nuestro país.

En los años 60, comenzó a gestarse un cambio, pasando a un patrón anglosajón, común a toda Europa, consistente en la ingesta de grandes cantidades de alcohol en cortos períodos de tiempo, circunscrito a los momentos de ocio, fuera del hogar. En general, la cerveza y las bebidas destiladas se han convertido en las bebidas alcohólicas más consumidas por la población europea, en detrimento del vino.

Debido a este nuevo patrón de consumo, se está incrementando la probabilidad tanto de desarrollar una dependencia al alcohol como otros problemas relacionados con su ingesta.

El consumo de alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de mortalidad; se estima que cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas, incluidos 320 000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. Además, es el tercer factor de riesgo de enfermedad y discapacidad; el efecto del consumo de alcohol sobre la carga mundial de morbilidad (expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad) se debe a dos motivos: las muertes atribuibles al alcohol se producen en personas jóvenes, lo que resulta en muchos años de vida perdidos por mortalidad prematura, y los trastornos por consumo de alcohol son a menudo muy incapacitantes *(Global Status Report on Alcohol and Health 2014).*

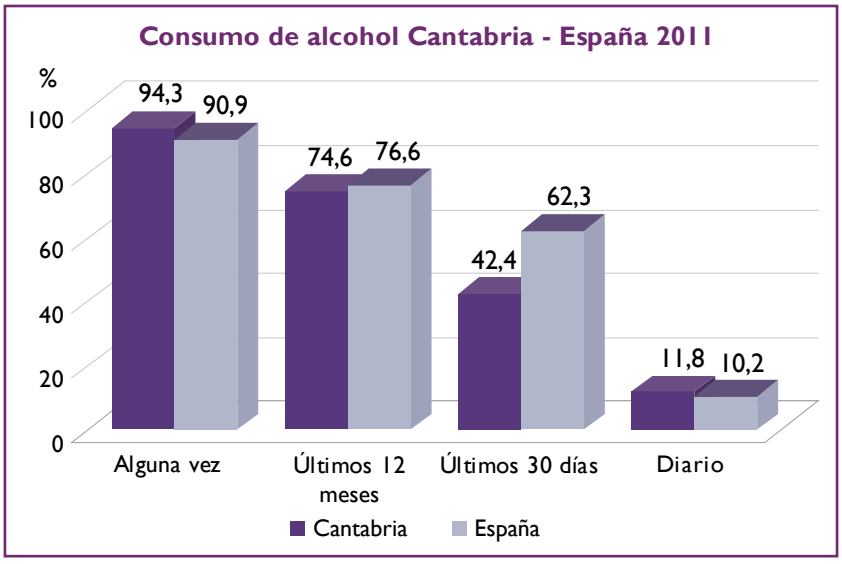
Además de los numerosos efectos sobre la salud, agudos y crónicos, el consumo de alcohol también está asociado con un amplio espectro de consecuencias psicosociales que incluyen violencia, desprotección infantil, absentismo laboral y muchos otros.

El riesgo de muerte derivado del alcohol es un balance entre el incremento del riesgo de enfermedades y lesiones asociadas al alcohol y la disminución en el riesgo de enfermedad cardíaca que, en pequeña medida, es atribuible al alcohol. Este balance demuestra que, excepto para personas mayores, el consumo de alcohol no está exento de riesgos. El nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de

muerte para mujeres menores de 65 años es de cero o cercano a cero, e inferior a 5 gr/día de alcohol para mujeres de 65 años o más de edad. En los varones, el nivel de consumo de alcohol asociado al menor riesgo de muerte en menores de 35 años es cero, en edades medias es aproximadamente 5 gr/día y en varones de 65 años o más es menos de 10 gr/día.

Se estima que en los países europeos aproximadamente el 25% de los hombres y el 10% de las mujeres consumen bebidas alcohólicas a un nivel que podría ser perjudicial para su salud. En el caso de España, se considera que 2 millones de personas realizan un consumo de riesgo de alcohol, un 7,4% de la población (encuesta EDADES 2009/10), alcanzando el 12,6% en los jóvenes de 14 a 29 años.

En Cantabria, según la encuesta Incidencia del Consumo de Drogas 2011, el consumo experimental (alguna vez) y diario están por encima de la media nacional, y los consumos, tanto del último año como del último mes, son inferiores respecto a la media nacional.



Estudio Incidencia del Consumo de Drogas en Cantabria EDADES 2011

Respecto al abordaje, tradicionalmente el tratamiento ha estado circunscrito a las personas dependientes. No obstante, los datos señalan que la mayor parte de los problemas relacionados con el alcohol se producen en personas que realizan un consumo de riesgo o perjudicial y no en dependientes, aunque solo sea porque son mucho más numerosas.

Por este motivo, se hace necesario tomar medidas para identificar y atender a los bebedores de riesgo.

A nivel mundial, hay evidencias de la necesidad de intervenir desde Atención Primaria (AP), realizando tanto prevención primaria como secundaria con bebedores moderados o de riesgo e incluso intervenciones con algunos consumidores dependientes. La gran importancia de los programas de identificación e intervención breve radica en el hecho de que las personas que no son dependientes al alcohol encuentran más fácil reducir o parar su consumo, con apoyo apropiado y esfuerzo, que aquellos que son dependientes. Una vez que la dependencia se ha desarrollado, la cesación del consumo de alcohol es más difícil y puede requerir tratamiento especializado.

Es destacable el hecho de que, en los últimos tiempos, los servicios de AP han sufrido una importante evolución. Los pacientes han pasado a adoptar una actitud más activa y el modelo de intervención actual está más basado en la prevención, jugando un papel importante el control de los principales factores de riesgo de enfermedad entre los que se encuentra el consumo de alcohol. Para ello, la información que los profesionales sanitarios comunican al paciente es de vital importancia por la confianza que, en general, transmiten al paciente. Esto queda reflejado en los datos extraídos de diferentes encuestas realizadas en nuestro país y en nuestra comunidad autónoma en los últimos años, donde los profesionales sanitarios son una de las vías preferidas por los jóvenes para ser informados acerca del alcohol y sus consecuencias.

Por otra parte no debemos olvidar que AP es la vía de acceso al sistema sanitario. La mayoría de la población consulta con algún profesional de su centro de salud al menos una vez al año. Por tanto, estos sanitarios se encuentran en una posición privilegiada a la hora de hacer detección precoz, prevención, intervención y seguimiento de los casos.

Para facilitarles la tarea, presentamos esta guía de actuación para el abordaje del consumo de alcohol desde el centro de salud. Esta guía está basada en el consejo sanitario y las intervenciones breves ya que, a día de hoy, se perfilan como las intervenciones más apropiadas para el manejo de pacientes con problemas relacionados con el alcohol debido a su alto índice coste/eficacia.

Las intervenciones breves son apropiadas para el tratamiento de bebedores con un consumo de riesgo y perjudicial desde Atención Primaria. En el caso de bebedores dependientes del alcohol en ningún caso sustituye a terapias más intensivas, propias de unidades específicas, aunque si resulta útil para lograr que acepten la derivación.

CONCEPTOS

Es indispensable manejar algunos conceptos básicos para comprender de un modo adecuado los problemas relacionados con el alcohol y su abordaje. A continuación se hace un repaso a algunas definiciones esenciales en este contexto.

Alcohol: Sustancia depresora del Sistema Nervioso Central. Generalmente, denominamos como alcohol al etanol (C2H5OH) y, por extensión, a todas las bebidas que lo contienen. En España se considera **bebida alcohólica** toda aquella que contiene 1,2 grados de alcohol o más. De este modo se considera legal denominar bebidas "sin" a aquellas con un contenido inferior a 1,2 grados de alcohol.

Existen 2 tipos de bebidas alcohólicas:

- *Fermentadas:* Procedentes de frutas y cereales, la acción de levaduras convierte el azúcar que contienen en alcohol. Poseen un contenido alcohólico de entre 4 y 15 grados. Algunas de las más conocidas son el vino, la cerveza y la sidra.
- *Destiladas:* Se obtienen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas. Contienen mayor cantidad de alcohol, entre 30 y 50 grados. Algunas de las más conocidas son el coñac, el whisky, el ron, la ginebra y el vodka.

Grado alcohólico: El grado alcohólico mide el contenido de alcohol absoluto en 100cc o, lo que es lo mismo, el porcentaje de alcohol que contiene una bebida. El grado alcohólico aparece en los envases expresado como (º) o % vol.

Ej. : Si en la etiqueta de una botella de vino aparece escrito 11º o 11% vol, esto quiere decir que en esa bebida 11 de cada 100 cc son de alcohol puro o, igualmente, que el 11% del contenido de esa botella es de alcohol.

Gramos de etanol absoluto: Con el fin de valorar si existe riesgo implícito en el consumo de alcohol, se hace necesario cuantificarlo. Por ello, se comenzó a medir la ingesta de bebidas alcohólicas, con una finalidad sanitaria, en gramos de etanol absoluto ingerido.

Para hallar el contenido en gramos de alcohol puro de una bebida se multiplica el volumen de alcohol consumido (cc) por la graduación alcohólica de esa bebida y por la densidad del alcohol (0,8), y el resultado se divide entre 100. La fórmula es la siguiente:

$$\text{Gramos de alcohol} = \frac{\text{Volumen (cc)} \times \text{Graduación} \times 0{,}8}{100}$$

Ej.: Si una persona consume una copa (aproximadamente 100 cc) de un vino con un contenido alcohólico de 13º o 13% vol, la cantidad de alcohol absoluto ingerido es:

$$\frac{100 \times 13^{o} \times 0{,}8}{100} = 10{,}4 \text{ gramos de alcohol puro}$$

Alcoholemia: Concentración de alcohol (etanol) presente en la sangre. Se expresa habitualmente en forma de masa por unidad de volumen: gramos de alcohol por litro de sangre. De ella van a depender los efectos que cause el consumo de alcohol sobre una persona, especialmente sobre su comportamiento, reflejos, coordinación, etc.

La alcoholemia suele calcularse a partir de una medición realizada en el aire espirado, en la orina o en otros líquidos biológicos en los que la concentración de alcohol guarda una relación conocida con la existente en la sangre.

Este concepto tiene una utilidad legal para controlar que en la conducción de vehículos no se excedan ciertas cantidades, 0,5 g/l en sangre, en conductores veteranos y 0,3 g/l en conductores noveles y profesionales.

Hay una serie de factores que influyen en la alcoholemia, como son el peso, la cantidad de agua del organismo, el sexo y la edad, el hábito de beber, la repleción gástrica, el grado y volumen de la bebida o el coeficiente de etiloxidación.

Acetaldehído: Es el principal producto del metabolismo del etanol. Se forma por oxidación de este, en una reacción catalizada principalmente por la alcohol deshidrogenasa. Es oxidado a acetato por la aldehído deshidrogenasa.

El acetaldehído es tanto o más tóxico que el etanol y es la sustancia que produce los efectos de la resaca, el que produce el efecto antabús cuando se utilizan los interdictores del alcohol para el tratamiento, ya que estos incrementan su concentración en sangre impidiendo el proceso final del metabolismo del alcohol. También se cree que está implicado en la génesis del Síndrome Alcohólico Fetal.

Unidad de bebida estándar (UBE): Se emplea para cuantificar la ingesta de alcohol por resultar más operativa que los gramos de etanol absoluto ingerido, utilizados para estudios y publicaciones.

Los gramos de alcohol que contiene una Unidad de Bebida Estándar varían de unos países a otros. En España, se establece que 1 UBE es igual a **10 gramos** de alcohol puro. El siguiente cuadro nos puede ayudar a calcular las equivalencias de algunas bebidas en UBEs:

1 UBE	2 UBEs	5 UBEs	10 UBEs
1 caña de cerveza (200 ml)	1 combinado (50 ml)	1 litro de cerveza	1 litro de vino
1 copa de vino (100 ml)	1 copa de whisky (50 ml)		
1 copa de cava (50 ml)	1 vermut (100 ml)		

Cuantificando la ingesta de alcohol en UBEs es sencillo valorar si existe o no un riesgo para la salud derivado de este consumo; sólo hay que determinar los niveles de riesgo.

El concepto de UBE ha sido evitado en los estudios epidemiológicos internacionales debido a que su cuantificación varía de un país a otro. No obstante, facilita el trabajo asistencial por su sencillez y rapidez de aplicación.

NIVELES Y CATEGORÍAS DE CONSUMO

La OMS clasifica los consumos de alcohol en categorías ordenadas según el nivel de ingesta diario, diferenciadas según sexo.

En la tabla siguiente se exponen los niveles de consumo propuestos por la OMS expresados en gramos de alcohol ingeridos diariamente para ambos sexos:

Consumo	Hombre	Mujer
Abstemio	0	0
Consumo de bajo riesgo (Nivel I)	0- 40 g/día	0- 20 g/día
Consumo de riesgo (Nivel II)	> 40- 60 g/día ≧280 g/semana	> 20- 40 g/día ≧170g/semana
Consumo perjudicial (Nivel III)	> 60 g/día	> 40 g/día

Abstemio

Una persona abstemia, en el sentido estricto de la palabra, es aquélla que nunca ha consumido ni consume alcohol. Sin embargo, a efectos epidemiológicos, se considera que son abstemias las personas que no han consumido alcohol en los 12 meses previos a la encuesta realizada.

Desde el punto de vista clínico, el paciente con dependencia de alcohol que no bebe no debería catalogarse como abstemio sino como con una dependencia “en remisión”.

Consumo de bajo riesgo (Nivel I)

Qué es: Patrón de uso del alcohol que no entraña un riesgo para la salud. En principio, se trata de un consumo "seguro" para nuestro organismo. Sin embargo, estaríamos asumiendo un riesgo importante para la salud, a pesar de estar consumiendo alcohol dentro de unos límites, en caso de padecer alguna patología en la que el alcohol estuviese contraindicado, embarazo o lactancia, estar utilizando fármacos que interactúen con el alcohol o tratarse de menores de edad.

Para las personas que no se encuentran en ninguna de las situaciones citadas, los límites de consumo de bajo riesgo se situarían por debajo de las 4 UBEs diarias en hombres y de las 2 UBEs al día para las mujeres, correspondientes al Nivel I de riesgo de las categorías de consumo propuestas por la OMS.

Qué no es: Desde diferentes ámbitos se utilizan distintos términos para hacer alusión a esta pauta de consumo que, en la mayoría de las ocasiones, pueden resultar confusos, por lo que debemos evitar su uso. De un modo coloquial se utilizan términos como *consumo moderado o consumo social.* La industria del alcohol suele utilizar con frecuencia el concepto de *consumo responsable,* en alusión a un uso sin consecuencias, aunque este término no se recoge en ningún glosario o léxico reconocido por las instituciones sanitarias. Del mismo modo, en numerosas guías de educación sobre alcohol se utiliza la expresión *consumo prudente* haciendo referencia a una utilización del alcohol que, de mantenerse así, no es probable que genere problemas.

Consumo de riesgo (Nivel II)

Qué es: Se refiere a un patrón de consumo que entraña riesgo de consecuencias perjudiciales para el bebedor ya sean físicas, psíquicas o sociales.

Al hablar de consumo de riesgo nos estaríamos refiriendo al Nivel II de consumo y a un riesgo medio. En este punto se sitúa el criterio umbral para una intervención terapéutica.

Se considera consumo de riesgo, cuantificado en UBEs:

- En mujeres y personas mayores de 65 años: > 2-2,5 UBEs/día, > 17 UBEs/semana o 4 UBEs o más por cada ocasión de consumo concentrado.
- En hombres: > 4 UBEs/día, > 28 UBEs/semana o 6 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado.

Sin embargo, hay determinadas circunstancias donde estos límites no son válidos y cualquier consumo puede considerarse de riesgo. Son las siguientes:

- Niños y adolescentes (menores de 21 años).
- Embarazo y lactancia.
- Pacientes con patología médica o medicación subsidiaria de abstinencia.
- Personas que desarrollan actividades que requieren concentración, habilidad o coordinación.
- Pacientes con antecedentes o presencia de una grave enfermedad mental.
- Pacientes con antecedentes de dependencia alcohólica u otras drogas.
- Personas que no pueden detener o controlar su ingesta de alcohol.

Para estos casos, la abstinencia total de alcohol será la única elección posible para que no exista un riesgo para la salud.

Qué no es: Con frecuencia se alude a esta pauta de riesgo como *consumo excesivo* de alcohol. La OMS desaconseja la utilización de este término por resultar confuso.

Consumo perjudicial (Nivel III)

Estamos ante un patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental. Se excluyen daños de tipo social, se-

gún la definición recogida en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

También se ha asociado a un patrón de consumo regular elevado: >4 UBEs/día en la mujer y >6 UBEs/día en el hombre. Coincide con el Nivel III de las categorías de consumo propuestas por la OMS. Sin embargo, es posible asociarlo a cualquier nivel de consumo.

Dependencia del alcohol

Qué es: Puede definirse como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, de conducta y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia. Éstas incluyen:

- Fuerte deseo de consumir (craving).
- Dificultad para controlar el uso.
- Persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias negativas.
- Reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas para consumir o como consecuencia del consumo.
- Aumento de la tolerancia.
- Aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar los síntomas.

Esta definición se extrae de los criterios especificados en las actuales clasificaciones diagnósticas para concluir este trastorno, es decir, la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Qué no es: En numerosas ocasiones, se utiliza el término *alcoholismo* para referirse al síndrome de dependencia de alcohol, tanto de un modo coloquial como en publicaciones de tono científico. Se desaconseja por completo su utilización por el matiz estigmatizante que lleva implícito.

Intoxicación

Estado de alteración funcional psicológica y psicomotora, de duración más o menos breve, secundario a la presencia de alcohol en el organismo.

La intoxicación no es sinónimo de ingesta intensiva de alcohol *(binge drinking),* aunque ésta suele llevar implícito un cierto grado de intoxicación.

Episodio de consumo intensivo o atracón (binge drinking)

En la literatura anglosajona se conoce como *binge drinking* y, dentro de ésta, se describe como una pauta de consumo habitual. El término más comúnmente aceptado para nombrar el *binge drinking* en nuestra lengua es el de *episodio de consumo intensivo.* Otras alternativas propuestas para este concepto en castellano son: atracón, consumo excesivo episódico, consumo agudo episódico, consumo agudo concentrado o episodios de consumo intensivo. A pesar de no existir para este concepto ni un término ni una definición única y consensuada, sí se ha relacionado con daño secundario en diferentes estudios epidemiológicos.

En términos cuantitativos, se trata de la ingesta de 6 UBEs en varones, y de 4 UBEs en mujeres, concentrados en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8).

Se trata de una pauta de consumo cada vez más extendida, sobre todo entre los jóvenes, que concentran estas ingestas masivas en el fin de semana.

Trastorno por alcohol

Este término hace referencia a los problemas inducidos por el consumo de alcohol. Son trastornos relacionados con los efectos directos del alcohol sobre el cerebro. Engloba la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, la dependencia, el síndrome de abstinencia, el síndrome de abstinencia con delirium, el trastorno psicótico y el síndrome amnésico.

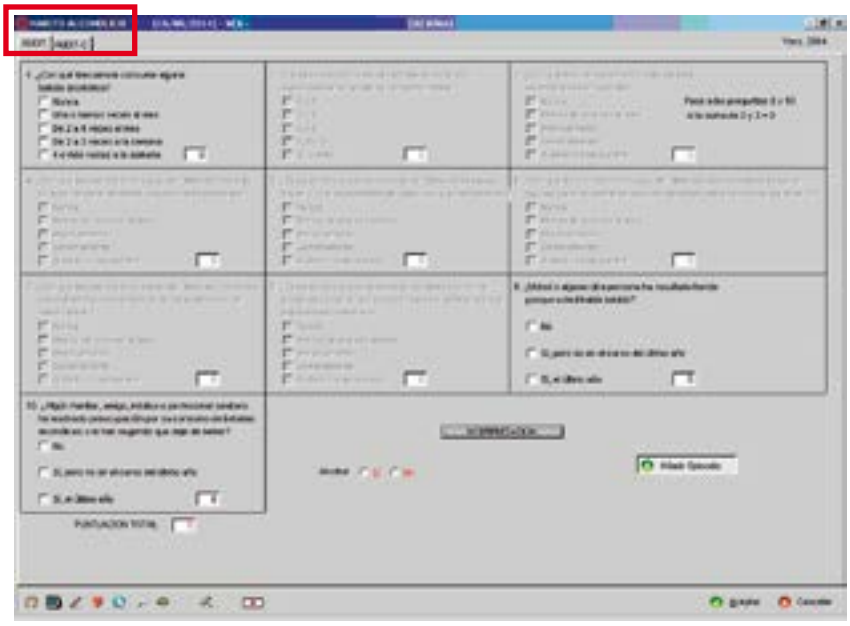
CRIBADO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

La identificación del consumo de riesgo de alcohol es una medida preventiva muy eficaz cuando se realiza de manera rutinaria a todos los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria (AP), por lo que se recomienda su inclusión en la práctica clínica. No se ha encontrado evidencia de que esta práctica produzca incomodidad o insatisfacción en los pacientes.

Desde el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) se recomienda la exploración del consumo de alcohol, como mínimo cada dos años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Este reconocimiento debería llevarse a cabo en Atención Primaria como parte de un examen preventivo rutinario.

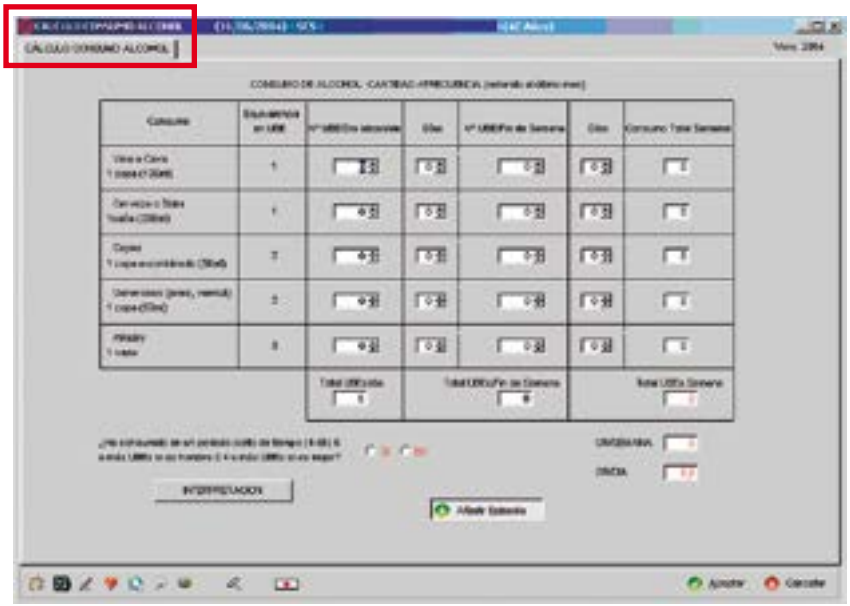
Existen variedad de cuestionarios y entrevistas para realizar el cribado del consumo de alcohol. En este manual se exponen tres métodos elegidos por su facilidad para ser incorporados a la práctica de las consultas de AP: el cuestionario AUDIT, su versión abreviada AUDIT-C y las Preguntas cantidad/frecuencia. Los tres se incluyen en el programa OMI-AP. Accediendo a la pantalla de **Actividades preventivas**, se encuentran dos protocolos: **Hábito Alcohólico** y **Cálculo Consumo Alcohol**. La elección de uno u otro o la realización de ambos depende de la formación y experiencia del profesional, de las características del centro, del tiempo de que disponga y de la mayor adecuación a su estilo de trabajo.

En el protocolo **Hábito Alcohólico** están el cuestionario **AUDIT** y su versión abreviada **AUDIT-C**. Se accede a cada pestaña de manera independiente. Se pueden completar las dos o una sola, no son obligatorias ni excluyentes.



El Proyecto Europeo de Alcohol y Atención Primaria (PHEPA) recomienda para una mejor evaluación de los casos, que aquellos pacientes varones con una puntuación de 5 o más en el cuestionario AUDIT-C, o cuyo consumo de alcohol sea igual o superior a 210g por semana y aquellas pacientes mujeres cuya puntuación sea de 4 o más en el AUDIT-C, o cuyo consumo de alcohol semanal sea igual o superior a 140g, deberán ser invitados/as a responder el cuestionario de 10 preguntas del AUDIT para una valoración más completa.

En el protocolo **Cálculo Consumo Alcohol** se encuentra una tabla con preguntas de cantidad/frecuencia.



3.1. CUESTIONARIO AUDIT

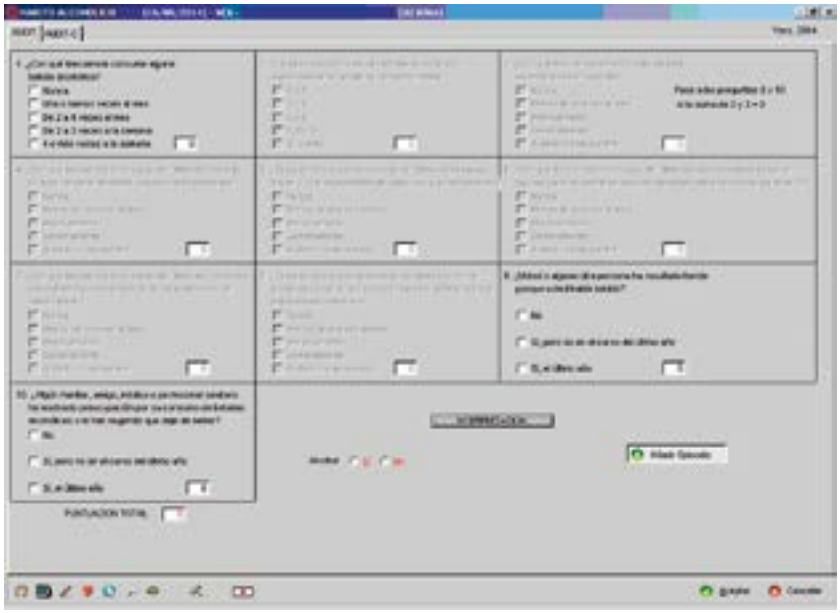
El cribado a través del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (anexo I) es una forma sencilla de identificar a las personas cuyo consumo de alcohol puede poner en riesgo su salud o que ya están experimentando problemas derivados del mismo. También, facilita información al sanitario para desarrollar el plan de intervención y proporciona feedback al paciente muy útil, como veremos, para motivarle ante un posible cambio de su patrón de consumo.

El AUDIT es el primer instrumento de detección del consumo de alcohol diseñado por la Organización Mundial de la Salud específicamente para su uso en Atención Primaria. A través de su utilización se pueden

identificar de forma sistematizada tanto el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, como la posible existencia de un trastorno de dependencia alcohólica.

Se trata de un cuestionario de detección compuesto por 10 preguntas que puede administrarse mediante entrevista o ser auto-administrado. Las preguntas se centran en el consumo reciente de bebidas alcohólicas haciendo referencia a tres dominios conceptuales:

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del item
Consumo de riesgo de alcohol	1 2 3	Frecuencia de consumo Cantidad típica Frecuencia de consumo elevado
Síntomas de dependencia	4 5 6	Pérdida del control sobre el consumo Aumento de la relevancia del consumo Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7 8 9 10	Sentimiento de culpa tras el consumo Lagunas de memoria Lesiones relacionadas con el alcohol Otros se preocupan por el consumo



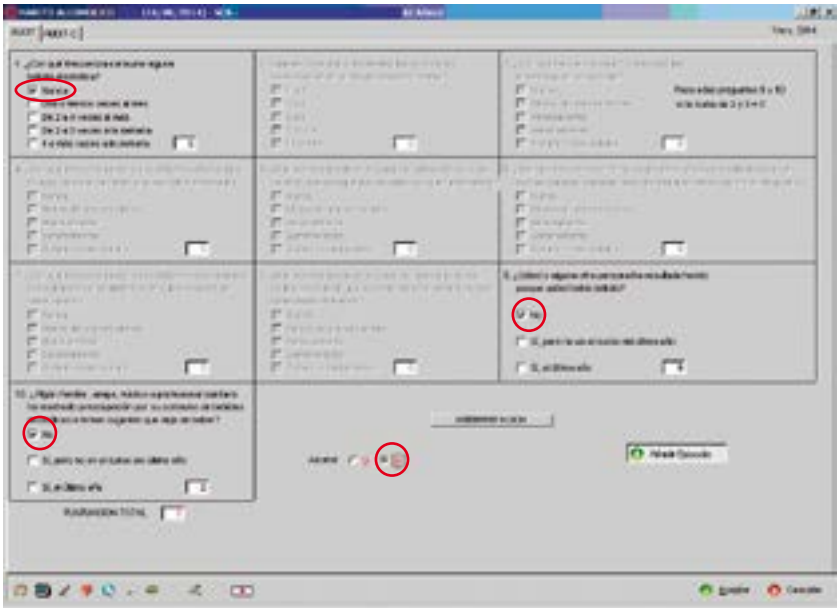
Para hacer una buena evaluación de los hábitos relacionados con el alcohol, se utilizará el AUDIT. Preferentemente a modo de entrevista, para evitar errores de lectura o interpretación. Una vez realizadas y puntuadas las respuestas, se planificará la intervención posterior en función del nivel de riesgo asociado al patrón de ingesta.

Puntuación e interpretación:

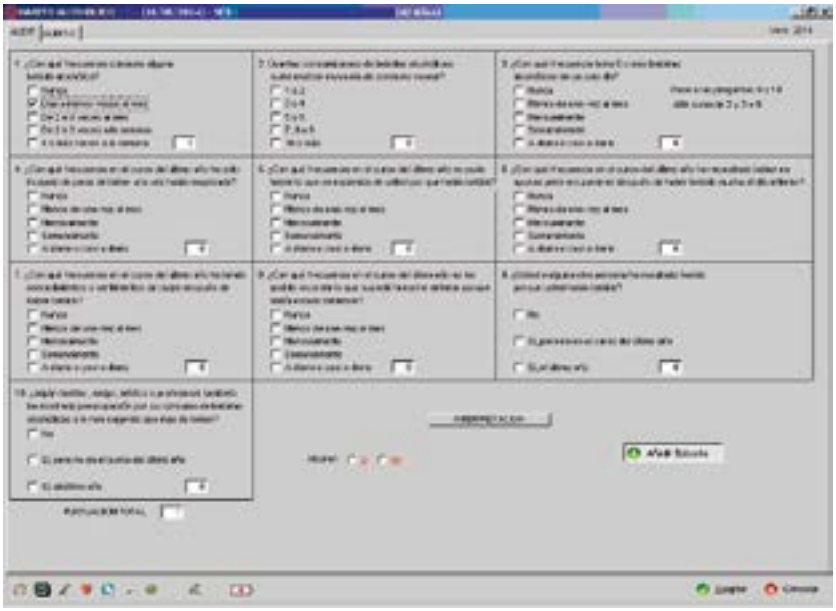
Como se puede observar, cada pregunta tiene 5 posibles respuestas, salvo las dos últimas que tienen 3. Cada respuesta puntúa un valor entre 0 y 4. La puntuación aparece automáticamente en la casilla situada en la parte inferior derecha de cada pregunta al elegir la respuesta del paciente.

Nada más abrir el AUDIT, aparecen activas las preguntas 1, 9 y 10. Si la respuesta a la pregunta número 1 es “nunca”, lo que significa que no hay consumo actual, se puede acortar el proceso de screening pasando a las preguntas 9 y 10 para detectar si hubo problemas de consumo de alcohol en el pasado.

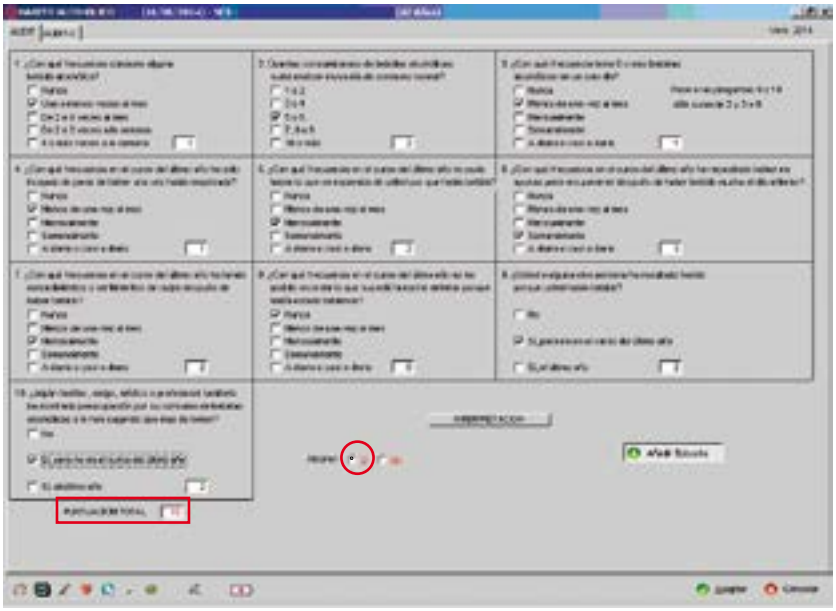
Si la respuesta a ambas es “no” aparecerá en puntuación total 0 y se selecciona la casilla de **Alcohol** “no”.



Si la respuesta a la pregunta número 1 es cualquier otra, se activan todas las preguntas del cuestionario.



Una vez respondidas todas las preguntas, la suma de los valores aparece automáticamente en el apartado **Puntuación Total** (resaltado en rojo en la ilustración).



Este resultado nos indica el nivel de riesgo del paciente en relación con el consumo de alcohol. No olvidar seleccionar la opción “sí” en la casilla **Alcohol**.

Se toma un punto de corte de 8, obteniéndose con éste una sensibilidad superior a 0,90 y una especificidad por encima de 0,80 para diversos índices de consumo problemático.

La selección de los valores de corte debe de estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado.

La interpretación de las puntuaciones del AUDIT es la siguiente:

Puntuación AUDIT	Nivel de Riesgo	Intervención
0-7	Abstinencia o Bajo Riesgo	Educación sobre alcohol
8-15	Consumo de Riesgo	Consejo
16-19	Consumo Perjudicial	Intervención breve
≥20	Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA)	Evaluación e Intervención específica

Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como la mayor necesidad de un tratamiento más intensivo.

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntúa. En general:

- En la pregunta 2 y/o 3, una puntuación igual o mayor a 1 indica un consumo en un nivel de riesgo.
- En las preguntas 4, 5 y/o 6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), una puntuación por encima de 0 implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol.
- Los puntos obtenidos en las preguntas de la 7 a la 10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol.
- Las dos preguntas finales siempre deben revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado («sí, pero no en el último año»). Incluso ante la ausencia de consumo de riesgo actual, las respuestas positivas en estos ítems deberían utilizarse para discutir la necesidad de seguimiento del paciente.

Para el abordaje de un paciente, hay que tener en cuenta tanto la puntuación total obtenida en el AUDIT como el nivel de consumo, signos físicos de dependencia o el daño presente.

Aspectos importantes a tener en cuenta en la administración del AUDIT:

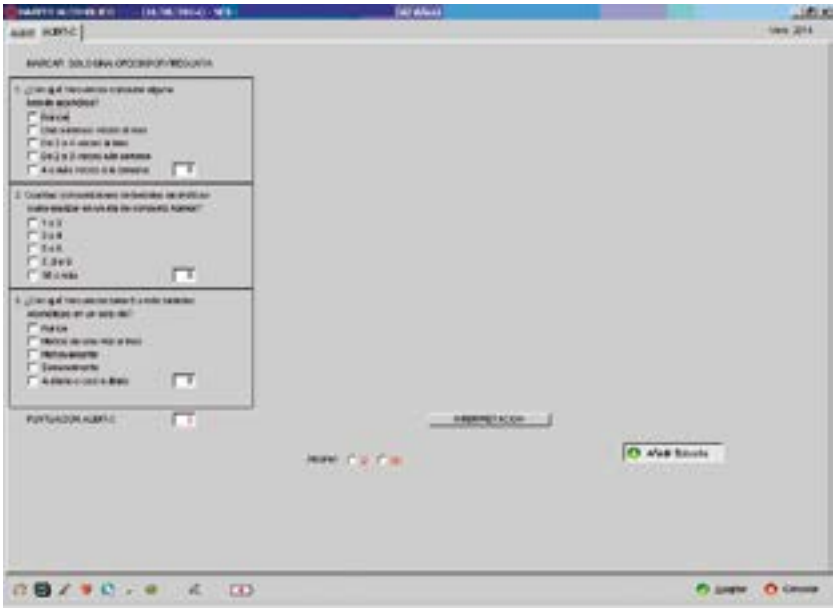
- Leer las preguntas tal como están escritas y en el orden indicado favoreciendo así una mejor comparabilidad de los resultados obtenidos entre distintos entrevistadores.
- Muchas de las preguntas se expresan en términos de «cuántas veces» ocurren los síntomas. Muestre al paciente los tipos de respuesta para cada pregunta (por ejemplo, «Nunca», «Varias veces al mes», «Diariamente»). Una vez elegida la respuesta es conveniente asegurarse de que sea la adecuada.
- Siempre que sea posible, conviene acortar el proceso de screening. El AUDIT puede completarse en unos 3 minutos y ser puntuado en pocos segundos. En ocasiones es innecesario realizarlo completo en consumos infrecuentes, moderados o abstinencia.

La versión de entrevista del AUDIT proporciona dos formas de omitir preguntas:

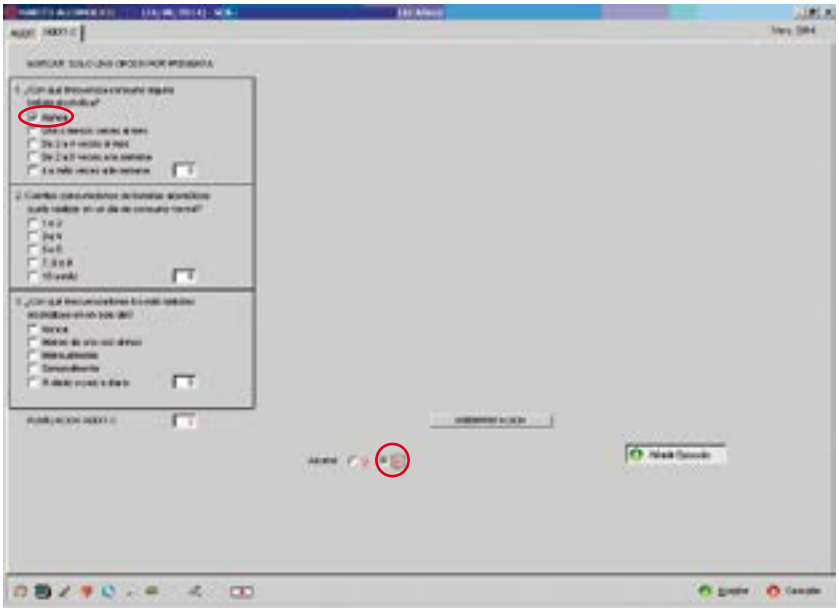
- Si la respuesta del paciente en la pregunta 1 es que no ha bebido durante el último año, el entrevistador puede saltar a las preguntas 9-10, cuyas respuestas pueden indicar problemas anteriores con el alcohol.
- Si el paciente puntúa 0 en las preguntas 2 y 3, el entrevistador puede pasar a las preguntas 9 y 10 porque el consumo del paciente no ha excedido los límites de consumo de bajo riesgo.

3.2. CUESTIONARIO AUDIT ABREVIADO: AUDIT-C

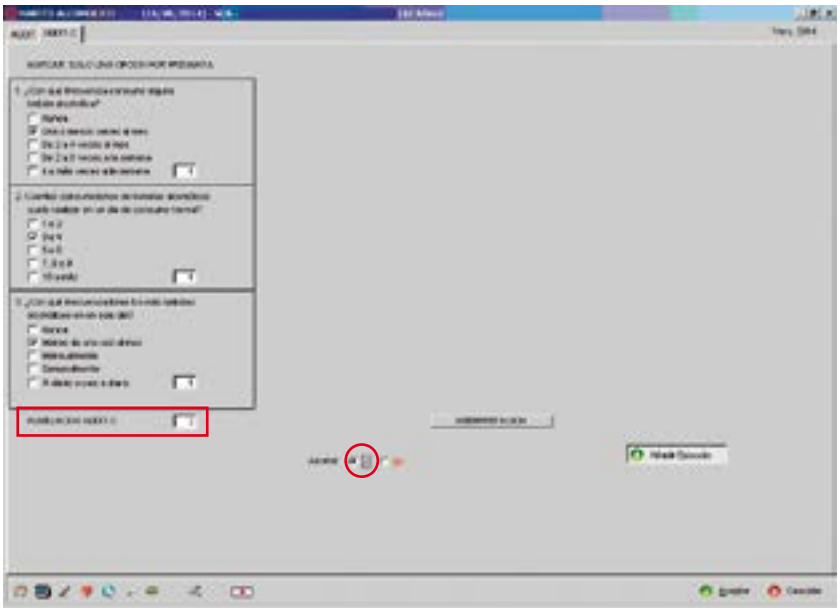
El cuestionario AUDIT-C, versión abreviada del cuestionario AUDIT, ha sido validado para identificar el consumo de riesgo de alcohol, con sensibilidad y especificidad equivalente al AUDIT para detectar el beber de riesgo entre hombres y mujeres que asisten a centros de AP. Consta de las tres primeras preguntas del AUDIT; la primera sobre frecuencia del consumo, la segunda sobre cantidad de alcohol consumida en un día de consumo habitual y la tercera sobre episodios de consumo intensivo de alcohol.



Al igual que en el AUDIT, si la respuesta a la pregunta número 1 es "nunca", significa que no hay consumo actual, la puntuación total será 0 y se selecciona "no" en la casilla **Alcohol**.



Si, por el contrario, la puntuación es positiva, se selecciona la casilla Alcohol “sí”.



Se considera consumo de riesgo a una puntuación de 5 o más en hombres y de 4 o más en mujeres.

El cuestionario abreviado no proporciona información sobre consumos anteriores de alcohol.

3.3. CUESTIONARIO CANTIDAD/FRECUENCIA

El consumo de alcohol se puede medir mediante preguntas de cantidad/frecuencia. La principal ventaja de este método es que son preguntas fáciles de responder, lo que permite una identificación de pacientes de riesgo rápida y eficiente.

El mayor problema de este método es definir el periodo de tiempo que se evalúa, generalmente última semana o últimos treinta días, dado

que en el consumo de alcohol la variabilidad es la norma, por lo que periodos cortos pueden no ser representativos del consumo.

En **Actividades Preventivas**, se selecciona **Cálculo Consumo Alcohol**. En las dos primeras columnas aparecen las bebidas de consumo más habituales en España y las Unidades de Bebida Estándar (UBEs) que contienen. Se selecciona la cantidad diaria que se consume de cada bebida en días laborables y en el fin de semana, y el número de días laborables y de días del fin de semana en que se realiza el consumo.

El programa realiza el cálculo proporcionando la siguiente información:

- UBEs que se consumen en un día laboral
- UBEs que se consumen en un día de fin de semana
- Total de UBEs que se consumen en una semana
- Gramos de etanol que se consumen al día (media)
- Gramos de alcohol que se consumen a la semana

Además, la pregunta "¿Ha consumido en un periodo corto de tiempo (4-6h) 6 o más UBEs si es hombre o 4 o más UBEs si es mujer?" nos permite registrar episodios de consumo en atracón, frecuentes sobre todo en jóvenes.

En las pantallas del AUDIT, del AUDIT-C y del CÁLCULO CONSUMO ALCOHOL hay dos botones de utilidad:

INTERPRETACIÓN nos lleva a una tabla con la valoración de los diferentes resultados obtenidos y una propuesta de actuación (ver página 33).

Añadir Episodio nos permite crear un episodio de alcohol según las pautas ya establecidas en el OMI-AP.

UTILIDAD DE LOS MARCADORES BIOLÓGICOS

Se llama así a determinadas pruebas analíticas que suelen o pueden estar alteradas en las personas que consumen alcohol en exceso. Ni siempre que están alteradas se debe al alcohol (especificidad), ni todos los bebedores excesivos las tienen alteradas (sensibilidad) cuando las consideramos de una en una. Realizados en combinación aumentan su sensibilidad y especificidad y, si se aplican a personas con altas probabilidades de beber en exceso, su valor predictivo aumenta. Por todo ello no sustituyen nunca al diagnóstico clínico, pero lo pueden complementar, apoyando el diagnóstico de complicaciones orgánicas de origen alcohólico y sirviendo para monitorizar la ingesta.

Estos marcadores no deben ser utilizados para realizar el cribado del consumo de riesgo de alcohol, ya que no pueden detectar consumos de 40-60 g/día, ni consumos intensivos de alcohol, patrón que se produce fundamentalmente en jóvenes. Su principal utilidad es la monitorización de los cambios en el seguimiento.

Puesto que estas pruebas se realizan rutinariamente como parte de una batería de pruebas bioquímicas más amplia, la presencia de un nivel elevado debería indicar al médico un posible diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia del alcohol.

Las pruebas bioquímicas de trastornos del uso del alcohol incluyen γ-Glutamil Transferasa (GGT), Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT) y Volumen Corpuscular Medio (VCM).

γ-Glutamil Transferasa (GGT)

Resulta inducida por el alcohol, por lo que sus valores aumentan con el abuso y disminuyen con la abstinencia o la disminución a consumo moderado, de manera muy rápida (en 5 días ya se nota; se normaliza en 6-8 semanas). Por ello es muy útil para monitorizar el consumo, reconocer las recaídas y así motivar al paciente. Resulta sensible (65-80% de los bebedores excesivos la tienen elevada), pero poco específica (sólo 50-65% de los que la tienen elevada, beben en exceso).

GGT no responde a una dosis única de alcohol, salvo que la persona haya sido previamente un bebedor excesivo.

Los niveles de GGT responden incluso a bajos niveles de consumo regular pero, en general, es necesario un consumo excesivo sostenido para elevar una proporción significativa de los niveles GGT de los bebedores por encima de los rangos de referencia de laboratorio. Es más probable que el beber regular incremente los niveles que el beber episódico y la intensidad del consumo (es decir, el número de bebidas consumidas por día) parece ser también importante. GGT se incrementa más rápidamente al reanudar el consumo del alcohol en aquellos con historial de consumo excesivo, particularmente si hubo algún nivel GGT elevado en el pasado. Aunque GGT típicamente comienza a disminuir dentro de la primera semana de suspensión del consumo excesivo, el índice de disminución es variable, particularmente en presencia de trastornos hepáticos subyacentes.

Transferrina Deficiente en Carbohidratos (CDT)

Este test ha sido ampliamente investigado como prueba bioquímica de consumo intenso de alcohol. Los pacientes que consumen 50gr de alcohol durante al menos una semana, presentarán niveles elevados. Durante la abstinencia, CDT se normaliza con una vida media de 15 días en la mayoría de los pacientes, aunque puede ser más breve. Los estudios demuestran que CDT es mucho mejor para detectar a los bebedores intensos crónicos que a los bebedores de riesgo o al alto consumo habitual de alcohol. CDT también funciona mejor para detectar pacientes con dependencia del alcohol que para detectar pacientes con consumo elevado, sin importar si hay dependencia. Lo que tal vez sea el mayor beneficio de la prueba CDT es que el porcentaje de falsos positivos es relativamente bajo (alta especificidad). No obstante, pueden ocurrir falsos positivos debido a variantes-D genéticas, síndrome de trastornos genéticos de glicosilación, cirrosis biliar primaria, carcinoma hepatocelular, cirrosis hepática viral, trasplante de páncreas y/o riñones o los fármacos utilizados para tratar estos trastornos.

Combinada con la GGT, su aumento tiene una sensibilidad de casi el 100% en caso de consumo de 60 gr/día durante 2 semanas. Con la abstinencia baja rápidamente, lo que la hace útil para monitorizar y reconocer las recaídas (siempre que sean graves). Por ahora no está disponible en AP.

Volumen Celular Medio de Eritrocitos (VCM)

El alcohol es tóxico para los hematíes, produciendo macrocitosis. Es necesario un consumo excesivo sostenido y regular para que se produzcan niveles VCM elevados en ausencia de deficiencia de folatos, enfermedad hepática o sangrado. No es muy sensible como prueba de identificación (sensibilidad inferir al 50%), ni a las fluctuaciones del consumo, pero en pacientes ambulatorios, donde otras causas de aumento aislado del VCM son raras, resulta muy específico, sobre todo combinada con la GGT.

En la dependencia del alcohol, los niveles VCM pueden seguir elevándose al suspender la bebida.

Combinación de pruebas bioquímicas

El uso combinado de biomarcadores proporciona más información que un marcador por sí solo. El grado de superposición está relacionado no sólo con la cantidad de alcohol consumido y la severidad de la enfermedad hepática, sino que puede diferir según el sexo, la edad, el índice de masa corporal, la presencia de enfermedad hepática y los patrones de consumo. Sin embargo, no existe un criterio simple y aceptado para interpretar los resultados de pruebas múltiples de laboratorio.

INTERVENCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que la intervención breve desde AP sobre el consumo de alcohol evita enfermedades y muertes prematuras siendo la intervención sanitaria más coste efectiva, sólo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco. Además, se encuentra entre las intervenciones médicas más baratas que conducen a una mejora en la salud.

Parece que el impacto primario de estas intervenciones es de tipo motivacional; su efecto, en muchos casos, consiste en una toma de decisión y un compromiso para el cambio. Incluso para pacientes dependientes que no aceptan una derivación, las visitas continuas al profesional de AP pueden conducir a una mejora significativa.

Investigaciones individuales y multicéntricas demuestran la eficacia del consejo breve de salud y la motivación para el cambio en la reducción de daños causados por el alcohol en población general. Un consejo relativamente breve puede tener un impacto importante y aquellos pacientes que reciben un consejo bien programado obtienen mayor mejoría en sus problemas relacionados con el consumo de alcohol que quienes no reciben consejo alguno.

La intervención breve o muy breve (15-20 minutos o 5-10 minutos) puede reducir en un 25% el consumo perjudicial o de riesgo. Asimismo, la intervención con personas bebedoras de riesgo es más rentable que la centrada sobre individuos con mayor problemática, por ser muchas más y porque redunda en una reducción de trastornos relacionados con el alcohol y con la dependencia. No hay evidencias que sugieran un efecto dosis-respuesta y no parece que intervenciones más extensas sean más efectivas que intervenciones breves. Estas parecen ser igual de efectivas en varones y mujeres independientemente de su edad. Aún así, al referirnos a un cambio de conducta, con las dificultades que esto representa, es necesario asesorar a 10 pacientes para conseguir que uno se beneficie. No existen evidencias disponibles que sugieran que las intervenciones generen efectos adversos, tal como incomodidad o insatisfacción entre los pacientes.

El papel de la enfermería en la identificación de bebedores de riesgo y la intervención breve es cada vez más relevante. Por regla general, se recomienda que todo el equipo de atención primaria se implique en los programas definiendo previamente las responsabilidades que asumen los distintos profesionales.

En cada una de las tres pantallas de cribado del consumo de alcohol en OMI-AP, aparece en la parte inferior un botón llamado INTERPRETACIÓN, que vincula con una página con los diferentes niveles de consumo según el método utilizado y la intervención recomendada.

Nivel de Consumo	Cantidad/frecuencia/ UBEs		AUDIT C		AUDIT	Intervención
	Hombre	*Mujer*	*Hombre*	*Mujer*		
Abstemio	0	0			0	Educación sobre el alcohol
Consumo de bajo riesgo	>0-40 g/día < 4 UBEs/día	>0-20 g/día <2,4 UBEs/día	<5	<4	1-7	
Consumo de riesgo	40-60 g/día ó >4 UBEs/día ó 280 g/semana ó 6 UBEs por ocasión	20-40 g/día ó >2,4 UBEs/día ó 170 g/semana ó 4 UBEs por ocasión	5 o más	4 o más	8-15	Consejo
Consumo perjudicial	>60 g/día	>40 g/día			16-19	Intervención breve
Dependencia					20-40	Evaluación e intervención específica

5.1. EDUCACIÓN SOBRE ALCOHOL

La mayor parte de la población es abstinente (no ha consumido alcohol en los últimos 12 meses) o se encuentra en un nivel de consumo de bajo riesgo, con una puntuación de 0 a 7 en el AUDIT (menos de 20 g/día en mujeres y de 40 g/día en hombres).

En personas abstemias se debe reforzar su actitud y felicitar por sus hábitos saludables respecto al consumo de alcohol.

En caso de encontrarse en un nivel de consumo de bajo riesgo, la intervención se dirigirá a informar sobre los niveles y el riesgo de sobrepasarlos, siempre y cuando la persona no se encuentre en alguna

de las situaciones en las que cualquier consumo puede considerarse de riesgo (*página 20*).

Se entregará al paciente información sobre Unidades de Bebida Estándar (UBEs) y niveles de consumo (anexo III: Piensa lo que Bebes), animándole a permanecer en un consumo dentro de los límites. Acompañar las intervenciones del profesional de material de apoyo escrito permite reforzar lo transmitido y aumenta la probabilidad de éxito de la actuación del profesional.

¿Qué decir?

"Muy bien, según los resultados del test que acabamos de hacer, usted se encuentra en un consumo de bajo riesgo, con pocas posibilidades de experimentar problemas relacionados con el alcohol.
Para seguir estando en este nivel de bajo riesgo no debe sobrepasar las dos UBEs al día, es decir 2 cañas de cerveza o 1 combinado. Además es importante no beber a diario aunque sea en bajas cantidades y dejar descansar al cuerpo al menos dos días a la semana".

No se debe olvidar que el patrón de consumo de alcohol puede variar de un momento a otro, y que quienes en este momento hacen un uso seguro del mismo en el futuro pueden exceder los límites de riesgo y poner en peligro su salud. Por ello, es adecuado explorar al menos cada dos años el consumo de alcohol. Una estrategia útil para recordarlo es anotarlo en la historia clínica. Asimismo, es importante recordar a los pacientes que en el pasado tuvieron problemas con el alcohol el riesgo de volver a un consumo de riesgo.

5.2. CONSEJO

Para los pacientes cuya puntuación en el AUDIT sea superior a 8 puntos (más de 20g/día o 170 g/semana en mujeres y más de 40g/día o 280 g/semana en hombres), el consejo será la intervención de elección en un primer momento, hayan sufrido daño por el consumo o no (consumidores de riesgo en el caso de no haber experimentado problemas y con consumo perjudicial en caso de haberlo hecho, consultar definición en **Conceptos**). Estos consumidores de alcohol ya están exponiendo su salud a un riesgo de sufrir determinadas patologías orgánicas así como otras consecuencias de índole más psicosocial como lesiones, violencia, problemas legales, bajo rendimiento laboral o problemas sociales debidos a episodios de intoxicación aguda.

Del mismo modo, las personas que beben por debajo del límite semanal pero que han consumido más de 6 UBEs-hombre (60 g) y 4 UBEs-mujer (40 g) por ocasión deben recibir consejo para evitar beber hasta la intoxicación.

Una vez realizado el cribado, el primer paso de la intervención es informar al paciente sobre sus resultados relativos a la frecuencia, la cantidad o el patrón de consumo y los problemas experimentados (observando las respuestas de los cuestionarios). Proporcionar un resumen de los datos obtenidos es muy útil para construir la motivación y fortalecer el compromiso para el cambio.

Es necesario explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio específico. Para aumentar su efectividad el consejo, este debe ser: personalizado, comprensible, veraz, positivo y empático (poniéndose en la piel de cada paciente y recordando que es una adicción y como tal, el proceso de abandono puede entrañar dificultades).

El Modelo de los estadios de cambio se utiliza para seleccionar la intervención más adecuada en función de la preparación para el cambio del paciente. Todas las personas pasan por unas fases similares, independientemente de si reciben tratamiento o no, cuentan con el apoyo de un terapeuta o no, si bien ambos son facilitadores del cambio. Se trata de ofrecer diferentes tácticas en las diferentes etapas.

Las etapas pueden ser correlativas o no serlo, no es un modelo lineal en el que para pasar a una fase haya que superar las anteriores. La re-

caída se entiende como un suceso que puede acontecer en cada una de las etapas; suele ser la norma, no la excepción y no significa que la persona haya renunciado, necesariamente, al cambio de conducta.

Cada paciente requerirá un tiempo para recibir consejo y aceptar el cambio, es importante no forzar ya que la prisa no es buena para inducir cambios sólidos y duraderos.

Estadio	Característica principal	Objetivo del profesional
Precontemplación	No conciencia de problema	Promover la toma de conciencia del paciente. Informar. No etiquetar.
Contemplación	Ambivalencia	Evaluar pros y contras de la conducta actual y del cambio. Explorar las preocupaciones. Promover la discrepancia.
Preparación	Ambivalencia	Ofrecer información y consejo. Dar opciones. Pactar objetivos y compromiso.
Acción	Compromiso	Fortalecer el compromiso para el cambio y la autoeficacia. Reforzar.
Mantenimiento	Estabilidad en el cambio	Dar apoyo y soporte. Prevenir recaídas (análisis de dificultades y habilidades de afrontamiento).
Recaída	Desesperanza	Evitar la desmoralización, aumentar la autoestima y autoeficacia y renovar el compromiso.

Estadios de cambio, característica principal y objetivos en cada etapa

¿Qué decir?

"Juan, sería realmente bueno para su salud que dejase de beber alcohol o al menos, redujera su consumo. Si sigue con el consumo actual está corriendo muchos riesgos y su úlcera probablemente no se curará".
"Es importante que reduzca su consumo o que lo pare por completo. Pregúntese a sí mismo si ha experimentado nauseas o temblores matutinos o si bebe grandes cantidades sin aparentar estar bebido ya que estos son signos de dependencia y si es el caso debería considerar dejarlo por completo. ¿Desea intentarlo?"

Es importante informar al paciente sobre el hecho de que su patrón de consumo se encuentra fuera de los límites considerados seguros y está poniendo en peligro su salud. Resulta muy útil relacionar las patologías del paciente con el alcohol tanto en el inicio como en su evolución (anexo IV: Efectos del Consumo de Alcohol).

En este momento de la intervención lo esencial es establecer un objetivo encaminado a cambiar la conducta de consumo. Es fundamental que el paciente participe en la toma de decisiones porque:

- Cuando una persona percibe que su libertad se ve limitada o amenazada aparece la resistencia al cambio.
- La insistencia en un objetivo terapéutico concreto puede comprometer los resultados si no se tienen en cuenta las percepciones del paciente.
- La percepción de libertad al tomar una decisión aumenta la motivación para realizar el cambio.

En el caso de haber sufrido o estar sufriendo algún daño objetivable, es conveniente orientar el consejo relacionándolo con el consumo excesi-

vo de alcohol y aportando los resultados de la evaluación realizada. Es esencial explicarlo de modo claro, comprensible y evitando terminología clínica, con una actitud empática y evitando hacer juicios de valor sobre la conducta.

¿Qué decir?

Los resultados del test que acaba de rellenar indican que está usted consumiendo una cantidad de alcohol que está poniendo en riesgo su salud. Este resultado concuerda con los niveles de transaminasas que han dado sus análisis. Sin duda, lo mejor para su salud sería dejar de beber o al menos reducir su consumo a un nivel de riesgo seguro.

Partiendo del consumo actual existen dos alternativas posibles:

- Disminuir su consumo hasta el límite de bajo riesgo.
- Abstinencia: hay casos en los que cualquier consumo puede considerarse de riesgo por lo que la recomendación del profesional irá en esta dirección sin valorar la disminución.

Puede ser útil proporcionar documentación escrita sobre consejos prácticos para reducir el consumo en las personas bebedoras de riesgo siempre que no exista dependencia (anexo V: Consejos para Reducir el Consumo de Alcohol).

En muchos casos el consejo será una intervención suficiente para conseguir el cambio de conducta deseado. Tanto en el consumo de riesgo, como en el perjudicial, siempre que el consejo no sea suficiente, el siguiente nivel de intervención será la intervención breve.

5.3. INTERVENCIÓN BREVE

El objetivo general de la intervención breve es reducir el impacto de los daños derivados del consumo de alcohol, ya sean potenciales (consumo de riesgo) o reales (consumo perjudicial). Para ello, el profesional debe aprovechar cualquier oportunidad que se presente para trabajar toma de conciencia y conseguir que la persona se plantee hacer cambios en su forma de beber. Es importante tener en cuenta que, en la mayor parte de los casos, las personas con un consumo de riesgo o perjudicial no tienen la percepción de estar transgrediendo un límite; no así el dependiente, que suele ser más consciente.

Asimismo, es importante tener en cuenta que los problemas se pueden analizar sin tener que asignar etiquetas que provoquen resistencias innecesarias, por lo que se recomienda no caer en la trampa de la etiqueta diagnóstica. No existen ventajas clínicas importantes a la hora de imponer una etiqueta, mientras que es muy fácil que estas conduzcan a confrontación. Ocurre algo similar con la culpa, dedicar tiempo a debatir sobre ella supone un derroche de tiempo y energía innecesario y puede alejarnos del objetivo real del tratamiento.

Una forma adecuada de orientar la intervención es identificar los elementos de preocupación personales, atendiendo en primer lugar la demanda del paciente en cada visita. Se debe explorar en cada ocasión el estadio en que se encuentran respecto a su problema, para adaptar la intervención en cada caso. No debemos dejar de preguntar porque lo hiciéramos en una ocasión previa, el paciente espera que se le pregunte y se le den pautas de actuación. No se deben hacer asunciones sobre lo que el paciente sabe, piensa y cree sobre su salud; si no sabemos algo, preguntemos sobre ello. La mejor forma de determinar el estadio de cambio es preguntar.

Las intervenciones breves se pueden asentar sobre diferentes modelos teóricos, entre ellos, el Modelo de los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente y el Modelo sobre creencias de salud de Rosenstock y Kirsch que se basa en la premisa de que para tener éxito en el cambio conductual, es importante que los individuos:

- **Tengan un incentivo para cambiar:** la motivación es imprescindible para poner en marcha el motor del cambio.

- **Se sientan amenazados por su conducta actual:** las personas tienen más posibilidades de cambiar si su conducta les causa problemas, si no se gustan tal y como están.
- **Sientan que el cambio será beneficioso a un bajo coste:** si perciben más ganancias que pérdidas en el cambio y creen que no será muy complicado ejecutarlo.
- **Se sientan capaces de llevar a cabo el cambio:** si se encuentran capacitados para llevar a cabo el cambio o si tienen ayuda y apoyo.

El papel de las intervenciones breves es ayudar a las personas a llegar al punto en el que pueden tomar la decisión de cambiar.

Estos son los ingredientes básicos para que un intervención breve sea efectivo (Miller y Sánchez, 1994):

- **Dar retroalimentación:** al igual que en el resto de los niveles de consumo se ofrece información sobre los resultados. El paciente conoce así cual es su situación actual, el punto de partida.
- **Responsabilidad:** es el paciente el que debe decidir y ejecutar el cambio, el terapeuta asesora, acompaña, facilita y ayuda. Es misión del terapeuta que el paciente sienta la libertad y el compromiso de una elección personal.
- **Consejo:** adaptado a las necesidades de cada paciente y teniendo en cuenta los datos disponibles.
- **Menú:** siempre que sea posible, ofrecer diferentes opciones de actuación, así el paciente puede elegir las estrategias que mejor se ajusten a su situación. La posibilidad de elegir hace que se reduzcan las resistencias y que aumente la motivación. Si existen varias posibilidades terapéuticas, es recomendable exponerlas y que sea la propia persona quien decida. Por ejemplo, en caso de un consumo de riesgo, la persona puede decidir si desea trabajar para reducir su consumo o para dejar de beber.
- **Empatía:** se trata de adoptar una actitud de aceptación. La habilidad terapéutica de la “empatía adecuada”, tal y como la describió Carl Rogers, ha sido considerada como predictiva del éxito a la hora de tratar a las personas con problemas con el consumo de alcohol.

La eficacia de las técnicas que utilicemos dependerá en gran medida de la relación terapéutica. Practicar la empatía es tratar de ponerse en el lugar de cada paciente, intentando comprenderle y mostrando interés por sus sentimientos ("se que dejar de beber es un proceso difícil que requiere mucho esfuerzo", "entiendo que esté preocupado, que tenga dudas"). Mostrarse empático no significa estar de acuerdo. Es conveniente evitar frases como: "sé exactamente lo que siente", "estoy totalmente de acuerdo con usted", "yo me sentí igual", en general es recomendable evitar ejemplos personales. Se acompaña de escucha activa, acercamiento postural, etc.

- **Autoeficacia:** se trata de la creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo una tarea específica. La creencia del terapeuta en la habilidad del paciente para cambiar puede ser un determinante significativo de los resultados. Asimismo, si convencemos a una persona de que tiene un problema serio y amenazador, pero no se considera capaz de cambiar, probablemente se pondrá a la defensiva.

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERVENCIÓN ADAPTADA AL ESTADIO DE CAMBIO

Es importante adaptar la intervención al estadio en el que se encuentra la persona, teniendo presente en todo momento que las personas pueden avanzar o retroceder entre los diferentes estadios.

Una intervención no adecuada puede llevar a la frustración tanto del terapeuta como del paciente.

¿Qué hacer ante una persona precontempladora?

La fase de precontemplación se caracteriza por la ausencia de intención de cambio en un futuro próximo. Un paciente en esta etapa puede comenzar un tratamiento bajo presión pero en el momento en que ésta desaparece lo más probable es que vuelva a su conducta anterior.

Lo fundamental en este caso es trabajar con estrategias que permitan al paciente tomar conciencia del problema.

- Relacionar las conductas personales con la salud y la calidad de vida.
- Tratar los efectos para la salud del consumo y el bienestar de la familia.
- Ofrecerse a resolver cualquier duda y a hablar en otro momento si el paciente lo requiere.
- Esforzarse por comprender lo que el paciente piensa, sabe y cree sobre el tema.
- Facilitar información sobre las consecuencias del consumo, los beneficios de la reducción y los procedimientos. Proporcionar materiales escritos si se dispone de ellos (anexo IV: Efectos del Consumo de Alcohol).
- No presionar, evitar confrontaciones.
- Buscar la discrepancia entre la conducta actual y los objetivos vitales del paciente.

¿Qué hacer ante una persona contempladora?

La contemplación está caracterizada por la ambivalencia, en esta etapa es importante sopesar los pros y los contras de la conducta y del cambio.

Con frecuencia los profesionales subestimamos la ambivalencia y nos anticipamos dando consejos que producen resistencias. Este efecto no es, como se interpreta en gran parte de los casos, una negativa sistemática a nuestras propuestas, si no una reacción a nuestra actitud precipitada.

Es misión del terapeuta detectar las resistencias e intentar adaptarse a ellas.

Las estrategias en esta fase se dirigirán a tomar la decisión de cambiar:

- Incrementar la motivación procurando que verbalice sus motivos para dejar de beber o disminuir el consumo de alcohol.
- Explorar las preocupaciones del paciente a partir de lo que expresa y valorar las dificultades en torno al cambio de conducta.

- Dar información práctica sobre las opciones disponibles para llevar a cabo el cambio.
- Realizar sugerencias sobre cómo el cambio puede ser beneficioso.
- Ayudar al paciente a explorar los pros y los contras de su conducta, tanto para él como para las personas de su entorno.
- Favorecer la autoeficacia, recordándole logros anteriores, transmitiéndole que si ha sido capaz de conseguir otras metas, esta también puede lograrla.
- Ofrecer apoyo, ayuda activa: puede ser útil proporcionar un número de teléfono al que pueda llamar si tiene dudas, posibilitarle concertar una nueva cita si la necesita, facilitarle alguna guía informativa de algún tema concreto que le preocupe, derivarle a otro servicio si lo precisa, informarle sobre los recursos disponibles…En resumen, eliminar obstáculos que puedan dificultar el acceso al tratamiento.

¿Qué hacer ante una persona preparada para la acción?

Si el paciente está "preparado para el cambio" es momento de fijar un objetivo, de decidir si se plantea la abstinencia o una reducción del consumo, en el caso de que esta sea posible.

Si la persona elige como objetivo el consumo dentro de límites de bajo riesgo para la salud, será necesario:

- Informar acerca de los límites seguros de consumo y aquellas situaciones en las que es recomendable la abstinencia. Es oportuno informar sobre qué es una UBE, cuál es su equivalencia en las bebidas alcohólicas más consumidas, y en cuántas UBEs y en qué frecuencia se establece un consumo de bajo riesgo (anexo III: Piensa lo que Bebes).
- Realizar un plan de consumo reducido. Puede resultar útil el apoyo de alguien cercano para llevar a cabo el plan (apoyo, no vigilancia).

A continuación se presenta una secuencia de intervención para este tipo de situaciones siguiendo el plan establecido por Miller y Muñoz (Miller y Muñoz, 2005):

- **Período de abstinencia inicial:** Se le recomienda al paciente comenzar el cambio con un período de una o dos semanas de abstinencia. Se le plantea la utilidad de la abstinencia porque permite romper con los antiguos hábitos de consumo; permite probar de manera supervisada que no hay síndrome de abstinencia; permite descubrir las situaciones en que más se echa de menos el alcohol, es decir, de mayor riesgo; y puede posibilitar que algunas personas finalmente decidan mantenerse abstinentes indefinidamente.

- **Establecer un límite de consumo:** De manera conjunta, el profesional y el paciente elaboran un **plan de consumo reducido**. Este plan de consumo debe ser lo más detallado posible, indicando límites de consumo diarios y semanales. Para su elaboración deben tenerse en cuenta diferentes aspectos (modelo en el anexo VI: Plan de Reducción de Consumo de Alcohol).

- **Control del consumo:** es recomendable que el paciente elabore un **registro diario** de su consumo de bebidas alcohólicas para saber si los límites establecidos en el plan de consumo se están respetando. Esta técnica le servirá para conocer mejor sus hábitos de ingesta de alcohol y reforzar los logros conseguidos. Así mismo, la elaboración del registro suele tener un efecto reactivo, que provoca una reducción en el consumo.

Día de la semana	UBEs que me propongo beber	UBEs que bebo
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Cada semana el paciente hace un recuento de la ingesta de alcohol de esa semana para valorar si ha seguido el plan de consumo establecido.

¿Qué hacer ante una persona en fase de acción?

La persona ya ha empezado a reducir o detener su consumo, pero el cambio no es todavía permanente.

Es importante no olvidar que la ambivalencia aún no está resuelta y permanecerá latente a lo largo de todo el proceso.

Lo adecuado en esta etapa es usar estrategias que refuercen la decisión de realizar el cambio:

- Ofrecer apoyo para llevar a cabo el plan previamente elaborado.
- Recopilar los motivos que impulsan a realizar el cambio (por qué lo quiere hacer).
- Pedir a la persona que comparta sus preocupaciones, alentar en la búsqueda de personas y recursos de apoyo. Tener alguna persona cercana que le acompañe y le preste apoyo en este intento de cambio aumenta las expectativas de éxito.
- Eliminar obstáculos: identificar qué puede dificultar el acceso al tratamiento y la adherencia al mismo de la persona que ha decidido cambiar su consumo de alcohol y, en la medida de lo posible, disminuirlo al máximo. Un obstáculo puede ser el horario de la consulta o la lejanía del centro de salud, aunque también pueden aparecer obstáculos cognitivos, como creencias erróneas o miedos.
- Ayudar a establecer objetivos realistas a corto, medio y largo plazo: muchas veces las expectativas de la persona en cuanto al tratamiento no coinciden con los objetivos del profesional. Es fundamental para el proceso aclarar estas diferencias en cuanto se detecten. Puede que los objetivos que tenga el paciente sean poco realistas, complicados o más difíciles de cumplir, pero debe tenerse en cuenta que si el profesional intenta imponer sus propios objetivos puede precipitar un abandono del tratamiento. Puede que una persona que debe abandonar su consumo venga con la idea de reducir. Si el terapeuta impone su criterio se producirá una resistencia que puede derivar en falta de compromiso y abandono. Si aceptamos su decisión, seguirá acudiendo a consulta y se dispondrá de más tiempo para intervenir y trabajar con ella. Además esto ayuda a que el paciente tenga claro su protagonismo y responsabilidad en el proceso, no será un sujeto pasivo.

- Insistir en los beneficios del cambio.
- Disminuir la deseabilidad: si una conducta se mantiene es porque se obtiene un beneficio o por lo menos la persona lo percibe. Para hacer menos deseable una conducta, lo primero que se debe saber es qué aporta dicha conducta a cada paciente, ¿por qué le resulta deseable beber? Una vez conocidos estos aspectos se trata de trabajar para hacer que encuentre deseable no beber, destacando las mejoras que se obtienen.

Es fundamental tener en cuenta la importancia del entorno, ya que las posibilidades de que una persona cambie se ven influenciadas en gran manera por lo que ocurre a su alrededor, pudiendo facilitar y mantener el cambio de conducta o bien dificultarlo o incluso impedirlo.

¿Qué hacer ante una persona en mantenimiento?

Una persona está en esta fase cuando ha estabilizado el cambio, el objetivo fundamental en este momento es consolidar el cambio y evitar recaídas.

Las estrategias utilizadas en este momento del tratamiento irán dirigidas a reforzar los cambios realizados:

- Aprovechar cualquier visita o consulta para elogiar el esfuerzo realizado y los objetivos conseguidos.
- Valorar constantemente cómo está, si está satisfecho con el cambio o está valorando que no le compensa, qué problemas encuentra, si necesita más ayuda…
- Identificar estrategias de afrontamiento ante posibles situaciones de riesgo.
- Resaltar los beneficios, conversar sobre las mejoras experimentadas y hablar sobre las que están por venir.
- Explorar si se encuentra animado a continuar con la reducción y/o abstinencia y planificar citas de seguimiento.
- Ofrecer apoyo para los malos momentos.

En caso de presentar alguna patología relacionada con el consumo de alcohol se hará una monitorización continuada para controlar su evolución y para permitirnos comprobar si la disminución del consumo se ve reflejada en un mejora en el pronóstico de su enfermedad.

¿Qué hacer ante una recaída?

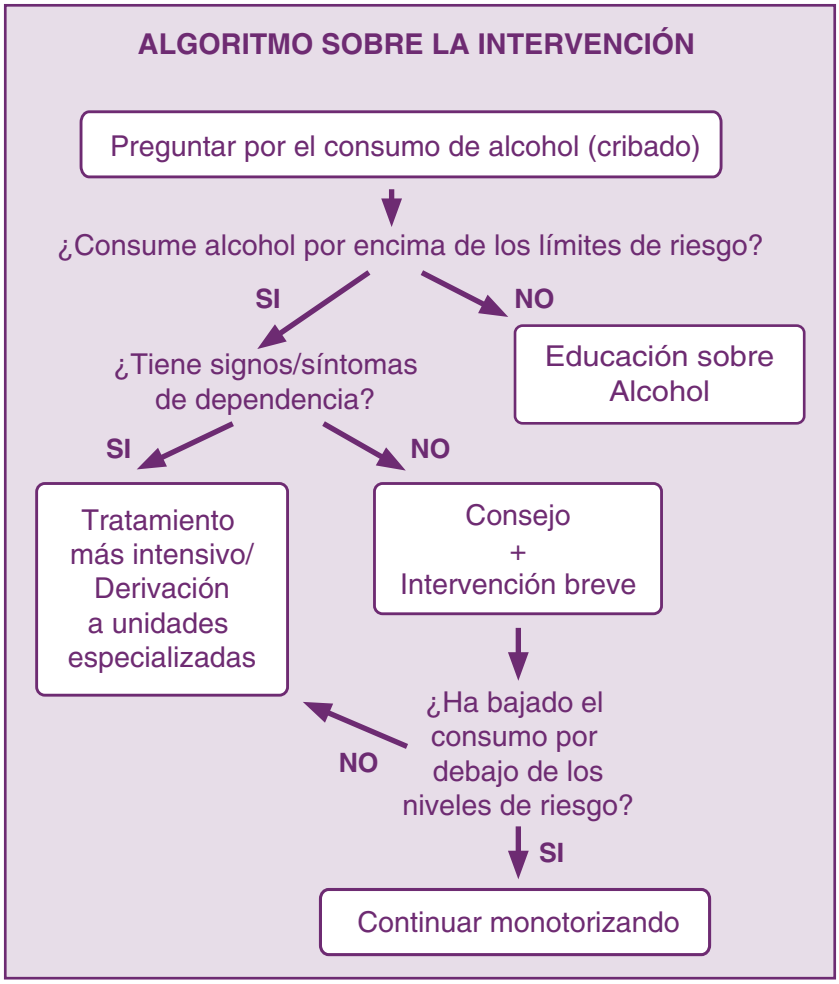
Muchas personas intentarán reducir su consumo varias veces hasta conseguirlo o hasta ser capaces de mantener el cambio en el tiempo. Las recaídas son normales, forman parte del proceso de cambio y se deben entender como una oportunidad para aprender.

Para prevenir las recaídas es importante ayudar al paciente a identificar situaciones de riesgo, desarrollar estrategias de afrontamiento, encontrar formas de evitar la tentación y trabajar qué hacer en caso de producirse una recaída.

Si se produce una vuelta al consumo:

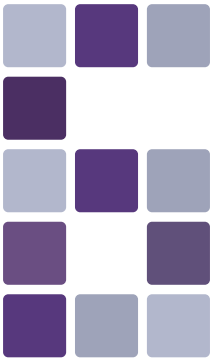
- No juzgar ni culpar.
- Elogiar el esfuerzo realizado y reconocer los objetivos alcanzados. Animar a la persona a superar la sensación de fracaso.
- Diferenciar el consumo puntual (caída) de la recaída (vuelta al consumo, pensamientos y sentimientos previos).
- Explorar los posibles motivos de recaída. Reflexionar sobre qué puede precipitar una recaída:
  - Querer dejar de estar mal.
  - Querer estar mejor.
  - Deseos y urgencias por beber.
  - Presión social.
- Indagar sobre qué le aportó beber en ese momento y reflexionar sobre otras formas de conseguir el efecto deseado.
- Enumerar las posibles formas de actuar ante una situación similar sin beber.
- Destacar que se necesita tiempo para cambiar y que recaer forma parte del proceso.

- Informar sobre los recursos disponibles y animar a la persona a que vuelva a intentarlo.



Adaptado de Shana F, Gates J. Guidelines for the treatment of Alcohol Problems. The Nacional Drug and Alcohol Research Centre 2003.

ABORDAJE DEL SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA



6.1. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

Habitualmente el abordaje del paciente con síndrome de dependencia alcohólica suele realizarse desde un nivel especializado, pero la Atención Primaria tiene un papel clave a lo largo de este proceso, no solo porque tiene la posibilidad de identificar a estos pacientes antes de que se presenten complicaciones físicas o psicosociales importantes, sino porque puede intervenir para concienciar al paciente de que tiene un problema de consumo de alcohol, trabajando su motivación para iniciar tratamiento bien en el mismo centro de salud o aceptando ser derivado. Y en este último caso, hay estudios que indican que el seguimiento del paciente a lo largo del proceso por parte del profesional de Atención Primaria mejora los resultados, reduciendo el riesgo de recaídas. Además, el establecimiento de una buena relación terapéutica favorece la retención del paciente dentro del circuito asistencial en caso de recaída, frecuente cuando tratamos con una dependencia.

Es recomendable realizar una evaluación diagnóstica en aquellos pacientes con sospecha clínica de consumo perjudicial o dependencia del alcohol y en aquellos con puntuaciones de AUDIT de 20 o más.

La evaluación es el principio de la terapia. Es importante establecer una buena comunicación con el paciente, con un enfoque positivo, y establecer un plan de tratamiento. Las personas con dependencia al alcohol presentan un rango de problemas muy variado, por lo que es necesario informar al paciente sobre las opciones terapéuticas más adecuadas para él y ayudarle a establecer objetivos. Es efectivo tanto ofrecer distintas opciones de tratamiento como que sea el paciente quien vaya estableciendo sus propias metas.

La base de la evaluación es una adecuada anamnesis y exploración clínica, en la que se deben buscar los criterios para el diagnóstico de la dependencia alcohólica del CIE-10 y la existencia de signos y síntomas que apunten a una posible dependencia: temblor de manos, inyección conjuntival, vascularización cutánea anormal en rostro y cuello, glositis y temblor lingual y hepatomegalia.

Como complemento, es útil realizar:

- Pruebas bioquímicas

Como se detalla en el punto 4 (Utilidad de los marcadores biológicos), niveles elevados de γ-glutamil transferasa (GGT), transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) y volumen corpuscular medio (VCM) pueden indicar un consumo perjudicial o dependencia del alcohol, sobre todo cuando aparecen en un paciente con sospecha diagnóstica.

- Entrevista estructurada

Existen muchas entrevistas de ayuda diagnóstica, entre ellas la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), de la Organización Mundial de la Salud. Tiene un módulo para medir la dependencia del alcohol que consta de siete preguntas. La puntuación puede ser entre 0 y 7, siendo el resultado la suma de las respuestas positivas (en la puntuación no se consideran los apartados 1.1 y 6.1).

Un resultado de 3 se considera caso probable de dependencia del alcohol y una puntuación de 4 o más es un caso de dependencia.

	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), módulo de alcohol
1	**En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que su forma de beber o la "resaca" interfirió con su vida en la escuela, en el trabajo o en el hogar?**
	1 Sí
	2 No
	1.1. Si respondió "sí", ¿cuántas veces en el último año?
	1 Una o dos veces
	2 Entre tres y cinco veces
	3 Entre seis y diez veces
	4 Entre once y 20 veces
	5 Más de 20 veces
2	**Durante los últimos doce meses, ¿estuvo bajo la influencia del alcohol en una situación en que pudo haberse lastimado, como conduciendo un coche o lancha, utilizando cuchillos, armas o maquinaria, o cualquier otra cosa?**
	1 Sí
	2 No
3	**Durante los últimos doce meses, ¿tuvo algún problema emocional o psicológico por usar alcohol, como sentirse desinteresado, deprimido, paranoide, sospechar de las personas, o tener ideas extrañas?**
	1 Sí
	2 No
4	**Durante los últimos doce meses, ¿tuvo un deseo o urgencia irresistible de beber y no pudo impedirlo?**
	1 Sí
	2 No
5	**Durante los últimos doce meses, ¿hubo algún lapso de un mes o más en que pasó mucho tiempo bebiendo o reponiéndose de los efectos del alcohol?**
	1 Sí
	2 No
6	**Durante los últimos doce meses, ¿tuvo que beber más de lo que quería o bebió mucho más tiempo de lo que quería?**
	1 Sí
	2 No
	6.1. Si respondió "sí", ¿con qué frecuencia en el último año?
	1 Una o dos veces
	2 Entre tres y cinco veces
	3 Entre seis y diez veces
	4 Entre once y 20 veces
	5 Más de 20 veces
7	**Durante los últimos doce meses, ¿hubo algún momento en que debió beber mucho más de lo que acostumbraba para obtener el mismo efecto?**
	1 Sí
	2 No

En casos concretos se puede tratar al paciente con síndrome de dependencia alcohólica en AP. Es importante elegir el momento apropiado valorando el compromiso del paciente y sus planes a medio plazo. Debe verse como un primer paso orientado al mantenimiento de la abstinencia continuada y la prevención de recaídas. Hay que tener en cuenta que la primera parte del tratamiento es la desintoxicación que consiste en una abstinencia del alcohol planificada. La abstinencia alcohólica es con frecuencia breve y se resuelve sin complicaciones con poca o ninguna intervención. Sin embargo, en algunos individuos aumenta en severidad durante los 2 o 3 primeros días de abstinencia; en estos casos comporta riesgos y requiere de un manejo clínico cuidadoso.

Hay una serie de factores que hay que valorar para decidir si tratar al paciente o derivarle a Atención Especializada.

Por parte del profesional:

- Conocimientos
- Experiencia previa
- Carga asistencial
- Posibilidades de deshabituación a las que se tiene acceso
- Tiempo de demora real de la derivación

Por parte del paciente:

- Estado de salud
- Apoyo familiar
- Historia de desintoxicaciones previas
- Grado de dependencia
- Patología psiquiátrica previa o actual
- Consumo de fármacos y otras drogas

Son requisitos importantes para el manejo del paciente en Atención Primaria:

- Existencia de una persona responsable que acompañará al paciente en todo momento.
- Ausencia de problemática social o familiar grave.

- Ausencia de patología psiquiátrica asociada, como depresión, ideación suicida o politoxicomanía.
- Ausencia de patología orgánica severa.
- No evidencia de riesgo de síndrome de abstinencia grave. No hay antecedentes de delirium tremens o crisis comiciales en anteriores síndromes de abstinencia.
  Para realizar la valoración del síndrome de abstinencia, nos podemos encontrar con dos situaciones:
  - Paciente que acude a consulta llevando varias horas sin beber.
  Se pueden observar los signos y síntomas de abstinencia y realizar el CIWA-Ar. En el siguiente apartado de desintoxicación se puede encontrar el cuestionario y los criterios de valoración. Hay que tener en cuenta que puede tratarse de los primeros síntomas, y agravarse en las horas o días siguientes, por lo que habrá que considerar el tiempo que el paciente lleva en abstinencia, así como los factores que indican la existencia de una dependencia severa y un alto riesgo de complicaciones.
  - Paciente que acude a consulta habiendo bebido previamente.
  No se podrán observar los síntomas de abstinencia. Es posible valorar una serie de criterios que nos permitan estimar la aparición de complicaciones.

Factores de riesgo del síndrome de abstinencia por alcohol:

1. Edad: mayor de 40 años
2. Varón
3. Consumo medio diario >200cc etanol/día
4. Consumo a horas fijas
5. Evolución de la dependencia de más de 10 años
6. Nerviosismo y temblores tras 6-8 horas desde el último consumo
7. Historia de convulsiones, alucinaciones o delirium en síndromes de abstinencia previos
8. Existencia de problema médico agudo
9. Alcoholemia al ingreso >250mg/dl

Entre 0 – 2 factores:	Bajo riesgo de complicaciones
Entre 3 – 6 factores:	Riesgo moderado
Entre 7 – 9 factores:	Alto riesgo de complicaciones

6.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento consta de dos fases: desintoxicación y deshabituación. A continuación se describen brevemente junto con los fármacos que habitualmente se utilizan, ya que es conveniente que el médico esté familiarizado con ellos bien porque considere factible realizar tratamiento ambulatorio desde Atención Primaria, bien de cara al seguimiento cuando el paciente es tratado en Atención Especializada.

Durante ambas fases es fundamental realizar un abordaje psicológico motivacional, cognitivo-conductual, y de apoyo social y familiar.

El objetivo es la abstinencia completa y continuada.

DESINTOXICACIÓN AMBULATORIA: PREVENCIÓN DEL SÍNDROME AGUDO DE ABSTINENCIA

La necesidad de realizar un tratamiento óptimo del síndrome de abstinencia radica en mejorar el confort del paciente, en prevenir la aparición de complicaciones y en facilitarnos iniciar un tratamiento rehabilitador a largo plazo.

La severidad del síndrome de abstinencia y la probabilidad de aparición de complicaciones vendrán determinados por el patrón de consumo de alcohol, si ha habido abusos de alcohol importantes en los días antes del ingreso, la severidad de la dependencia y el número de desintoxicaciones previas.

La clínica del síndrome de abstinencia leve o moderado se inicia entre las 6 y las 8 horas tras suprimir el consumo de alcohol y se caracteriza

por “craving” o apetencia por el consumo, temblor fino distal, sudoración, náuseas o vómitos, xerostomía, ansiedad y cefaleas. Aumentan la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, y pueden existir midriasis, hiperventilación e hipertermia. Son frecuentes las alteraciones psíquicas principalmente ansiedad y cambios de humor. En los casos más leves puede remitir espontáneamente, incluso sin tratamiento de ningún tipo; pero también es posible que a partir de las 24-48 horas de abstinencia los síntomas aumenten en intensidad.

Como primer paso, además del examen físico, hay que realizar una analítica que incluya bioquímica con glucosa, ionograma, parámetros de función renal y hepática, hemograma, pruebas de coagulación y sedimento urinario. Hay que descartar la presencia de alteraciones cardiacas, patología hepática o pancreática, infecciones, sangrado gastrointestinal o enfermedades neurológicas o psiquiátricas.

Para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia hay distintas escalas. Entre las más utilizadas está la CIWA-Ar, sencilla y rápida a la hora de ser aplicada y su uso está muy extendido. Consta de 10 ítems (nauseas, temblor, sudoración, alteraciones del tacto, auditivas y visuales, ansiedad, orientación, convulsiones y cefaleas), que puntúan entre 0 y 7, a excepción del parámetro orientación que puntúa de 0-4. Se considera que si el paciente presenta una puntuación por debajo de 8-10 no se requiere utilizar tratamiento farmacológico, siendo el síndrome de abstinencia muy severo cuando la puntuación es de 20 o más.

Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA-Ar)

Nauseas y vómitos	Alteraciones táctiles
0. Sin nauseas ni vómitos 1. Nauseas leves sin vómitos 2 3 4. Nauseas intermitentes con esfuerzos secos 5 6 7. Nauseas constantes y vómitos	0. Ninguna 1. Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,…) 2. Idem suave 3. Idem moderado 4. Alucinaciones moderadas 5. Alucinaciones severas 6. Alucinaciones extremas 7. Alucinaciones continuas
Temblor	**Alteraciones auditivas**
0. Sin temblor 1. No visible, puede sentirse en los dedos 2 3 4. Moderado con los brazos extendidos 5 6 7. Severo, incluso con los brazos no extendidos	0. Ninguna 1. Muy leves sonidos secos o capaces de asustar 2. Idem leves 3. Idem moderados 4. Alucinaciones moderadas 5. Alucinaciones severas 6. Alucinaciones extremas 7. Alucinaciones continuas
Sudor	**Alteraciones visuales**
0. No visible 1. Palmas húmedas 2 3 4. Sudor en la frente 5 6 7. Empapado	0. Ninguna 1. Muy leves 2. Leves 3. Moderadas 4. Alucinaciones moderadas 5. Alucinaciones severas 6. Alucinaciones extremas 7. Alucinaciones continuas
Ansiedad	**Cefalea**
0. No ansioso 1. Ligeramente 2 3 4. Moderado 5 6 7. Ataque agudo de pánico	0. No presente 1. Muy leve 2. Leve 3. Moderada 4. Moderadamente severa 5. Severa 6. Muy severa 7. Extremadamente severa
Agitación	**Orientación y funciones superiores**
0. Actividad normal 1. Algo hiperactivo 2 3 4. Moderadamente inquieto 5 6 7. Cambio continuo de postura	0. Orientado y puede sumar 1. No puede sumar, indeciso en la fecha 2. Desorientado temporalmente (<2 días calendario) 3. Mayor desorientación temporal (>2 días) 4. Desorientación espacial y/o en persona

La desintoxicación consiste básicamente en la supresión brusca del consumo de alcohol y dura, por lo general, una semana.

Recomendaciones generales

- Baja laboral de 1 semana.
- Reposo domiciliario con ambiente tranquilo (habitación tranquila con pocos estímulos ambientales, escasa luz y sin ruidos).
- Estar acompañado. Es importante que la persona que va a acompañar al paciente a lo largo de este proceso, esté presente en la explicación de cómo administrar la medicación y de posibles efectos secundarios, informándole de cómo actuar si aparece alguna complicación (cuidados elementales del paciente si está somnoliento, avisar al servicio de urgencias en caso necesario, trasladar al paciente, etc).

Prevención de la encefalopatía de Wernicke y del síndrome de Korsakoff

En pacientes con dependencia alcohólica de larga evolución, es recomendable:

- Vitamina B1 o tiamina: 100 mg/día intramuscular, los tres primeros días (no existe ninguna contraindicación para su administración).

  Es importante recordar que la administración de tiamina debe ser previa a la de glucosa, ya que en el caso de hipoglucemia la administración de glucosa puede producir una deplección de tiamina lo que puede aumentar el riesgo de encefalopatía de Wernicke.

- Seguir con pauta oral de vitamina B1 junto con ácido nicotínico y vitaminas B6 y B12 (para tratamiento de la polineuropatía y anemia macrocítica).

Corregir otras deficiencias

- Recomendar dieta rica en ácido fólico y, si es necesario, administrar 4-5 mg/día (cuidado porque puede enmascarar la deficiencia de la B12).

- Moderada hidratación (zumos de frutas).
- Dieta rica en sales minerales (sobre todo magnesio).

Tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia

Se debe administrar tratamiento farmacológico a todo paciente con una puntuación en la escala CIWA-Ar > 8-10. Según los distintos estudios y meta-análisis realizados, no hay un tratamiento único que pueda considerarse superior a los demás.

La elección del fármaco dependerá del criterio del médico y de factores del paciente, como la existencia o no de patología asociada. Según Gual (2002), "el tratamiento ideal en el SAA sería aquel con un inicio de acción rápido, con una larga duración en su acción, con un amplio margen de seguridad, un metabolismo no dependiente de la función hepática y con bajo potencial de abuso".

Se deben utilizar fármacos sedantes prescritos desde el mismo momento del cese del consumo. La intensidad del SAA debe orientar sobre las dosis a utilizar.

Entre los fármacos más utilizados están los siguientes:

Benzodiacepinas		**Clometiazol**	**Tiapride**
Vida media larga	*Vida media corta*		
Diazepam Clordiacepóxido Clorazepato	Clonazepam Lorazepam		

BENZODIACEPINAS

Son el fármaco de primera elección. Reducen los síntomas y pueden prevenir las convulsiones y el delirio. Tienen tolerancia cruzada con el alcohol y eliminación hepática. Sus principales inconvenientes son el potencial de abuso, el detrimento del nivel cognitivo y la desinhibición.

No hay suficiente evidencia para recomendar una benzodiacepina sobre otra, aunque el diazepam es una de las que cuenta con más estudios en desintoxicación alcohólica.

Benzodiacepinas de vida media larga

De elección cuando existen crisis comiciales, fundamentalmente el diazepam y el clordiacepóxido. Presentan la ventaja de un menor efecto rebote de los síntomas y de una acción más prolongada y el inconveniente de mayor riesgo de acumulación y sedación excesiva en pacientes de edad avanzada o con enfermedad hepática.

DIAZEPAM

Tratamiento de primera línea para la abstinencia a causa de su vida media, que permite un SAA relativamente estable, y la evidencia de efectividad.

Es la benzodiacepina de elección en caso de aparición de convulsiones por su rápido comienzo de acción y mayor capacidad anticonvulsivante que el clordiacepóxido.

Tiene riesgo de abuso y sobredosis cuando se toma asociado al alcohol.

No utilizar en insuficiencia hepática.

Recomendaciones generales de administración:

- 10-20 mgr →3 a 4 veces al día
- Dosis máxima: 100 mgr al día
- Reducción diaria del 20% o 10 mg cada 2 días
- No mantener más de 15 días para evitar riesgo de dependencia.

- La vía intramuscular puede ser ineficaz
- La vía intravenosa puede ser peligrosa por riesgo de depresión respiratoria

Tipo de tratamiento:

Se pueden utilizar diferentes métodos: administrar una dosis de carga (tiene el inconveniente de que produce mayor sedación), seguir una pauta fija con ajuste de dosis dependiendo de la aparición de los síntomas (la más utilizada en tratamiento ambulatorio) o ir individualizando el tratamiento según la clínica (tiene la ventaja de que las dosis son menores y durante menos tiempo, pero requiere una supervisión mucho más constante).

Método de carga: 20 mg cada 2 horas hasta que la abstinencia disminuye o el paciente se seda. Generalmente no es necesaria una dosis adicional.

Dosis pautada: Dosis inicial de 10 mg cada 6 horas durante dos días, pudiendo aumentar cada toma otros 10 mg si fuera necesario. La dosis se reduce durante los siguientes días, generalmente con una duración total que puede variar entre 7 y 10 días.

Sea cual sea el esquema de tratamiento, deberá ser individualizado y el objetivo será utilizar la menor dosis posible de benzodiacepinas, iniciando la reducción progresiva para su retirada en cuanto el cuadro clínico se resuelva. La utilización de la escala CIWA-Ar servirá de guía para evaluar la presencia e intensidad de la sintomatología de deprivación y ajustar el tratamiento.

CLORDIACEPÓXIDO

Menor vida media y menor capacidad anticonvulsivante que el diazepam.

Más seguro que el diazepam si se consume alcohol durante su uso y parece tener menor potencial de abuso.

Inicio de los efectos intermedio.

Tipo de tratamiento:

Método de carga: 100 mg cada 2 horas hasta sedación.

Dosis pautada: Dosis inicial de 50 mg cada 6 horas el primer día y 25 mg cada 6 horas durante los siguientes dos días. Se puede continuar disminuyendo la dosis durante los siguientes días hasta un máximo de 15 días.

CLORAZEPATO

Dosis pautada: Dosis inicial de 15 mg cada 6 horas con reducción progresiva durante los siguientes días en función de la sintomatología.

Benzodiacepinas de vida media corta

Recomendables en caso de insuficiencia hepática, en pacientes ancianos o cuando deba evitarse una sedación excesiva. Sin embargo, producen con mayor frecuencia sintomatología de rebote.

CLONAZEPAM o LORAZEPAM:

Pauta de administración:

- 2 a 15 mg/día →3-4 veces al día por vía oral
- Dosis máxima: 20 mgr al día
- Reducción diaria del 20%

No prolongar demasiado tiempo su uso (rápida tolerancia y aparición de crisis convulsivas tardías)

Características de las benzodiacepinas:

- Se debe limitar su uso a pacientes sanos con dependencia leve o moderada y buena colaboración del paciente y sus familiares.
- Pueden producir:
  - Enlentecimiento cognitivo
  - Déficit de memoria

  - Interferencia con el aprendizaje y planificación
  - Efecto de rebote, tolerancia, dependencia y abstinencia (a largo plazo)
  - Depresión respiratoria (grave si se consume alcohol)

- Es conveniente administrarlas en pauta decreciente, hasta suprimirlas en el plazo de 7 a 10 días.

CLOMETIAZOL

Es una segunda opción en Atención Primaria.

De elección en agitación psicomotora.

Importante acción sedante, hipnótica y anticonvulsivante.

Acción depresora central (evitar si hay riesgo de consumo de alcohol, insuficiencia respiratoria o cardiopatía).

Gran potencial adictivo.

Discretamente hepatotóxico.

Disponible en cápsulas de 192 mgr.

La dosis debe reducirse lentamente, reservando siempre una dosis superior nocturna.

Pauta decreciente:

Días	Abstinencia leve	Abstinencia moderada
1º	2-2-3	3-3-4
2º	2-2-2	3-3-3
3º	1-2-2	3-2-3
4º	1-1-2	2-2-3
5º	1-1-1	1-1-3
6º	1-0-1	1-1-2

Se recomienda no sobrepasar las dos semanas de tratamiento.

TIAPRIDE

Es un neuroléptico con escaso efecto hipnótico.

Tiene las ventajas de que no produce depresión respiratoria, no potencia los efectos del alcohol, es poco hepatotóxico y no tiene potencial adictivo.

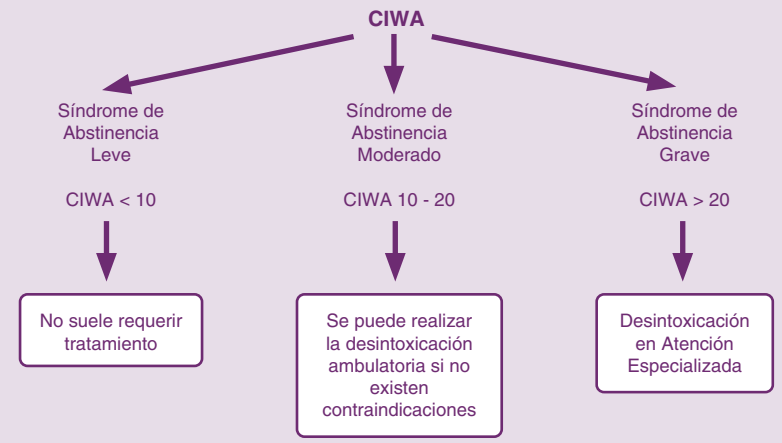
Tiene efecto antialucinatorio y antiremórico.

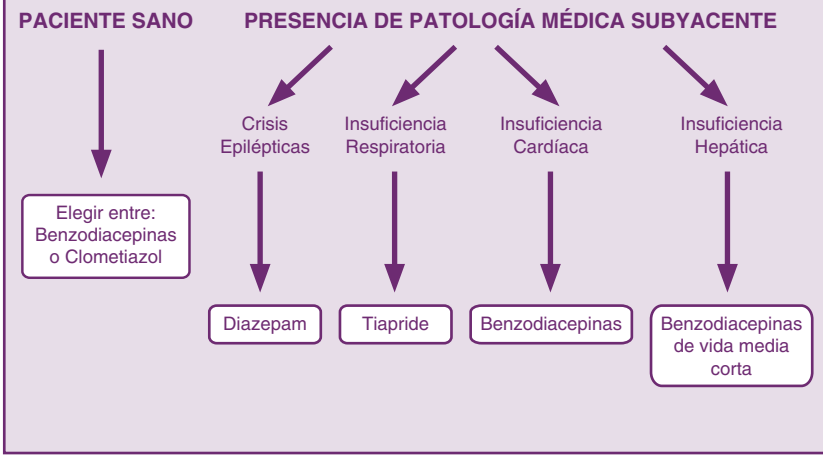
No previene las crisis comiciales.

Por todas estas características es útil en dependencia leve o moderada sin riesgo de comicialidad, con insuficiencia respiratoria y en pacientes con tendencias adictivas.

- Dosis de inicio: 600 a 1200 mgrs/día (comprimidos de 100 mgrs)
- Se reduce 1 comprimido cada 1 o 2 días
- Se puede mantener como sedante en dosis de 100 a 300 mgrs/día (hasta 6 meses).

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL ALCOHOL SEGÚN GRAVEDAD (UTILIZANDO LA CIWA-AR) Y EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PATOLOGÍA SUBYACENTE





DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN

La dependencia al alcohol es una enfermedad crónica, progresiva y recidivante, que requiere tratamiento durante la mayor parte de la vida del paciente.

Los objetivos del tratamiento de deshabituación son:

- extinguir la conducta condicionada de búsqueda y consumo de alcohol
- adquirir conciencia de dependencia
- mantener la motivación a lo largo de todo el proceso
- reorganizar las actividades mediante la búsqueda de alternativas
- prevenir recaídas
- tratar la psicopatología asociada.

En la actualidad se utilizan distintos tipos de fármacos en función del enfoque que se adopte:

- Que el consumo de alcohol sea **aversivo**, mediante la utilización de inhibidores de la metabolización del acetaldehído → **disulfiram y cianamida cálcica.**
- Que disminuyan los signos y síntomas de abstinencia condicionados a las situaciones de consumo, de manera que el **deseo de beber será menos intenso y evitable → acamprosato.**
- Que el consumo de alcohol, si se produce, sea **menos reforzante,** bloqueando las acciones opioidérgicas del etanol → **naltrexona y nalmefeno.**

Fármacos interdictores o aversivos

Han sido los fármacos más usados y siguen vigentes. Son fármacos que bloquean el metabolismo del alcohol mediante la inhibición de la aldehído-deshidrogenasa, lo que favorece la acumulación de acetaldehído, que provoca la aparición de síntomas tales como rubefacción facial, palpitaciones en cabeza y cuello, hipotensión, disnea, taquicardia, nauseas, vómitos, cefalea, visión borrosa, debilidad y dolor torácico. Los síntomas pueden aparecer a los 10-20 minutos de haber consumido alcohol. Su intensidad es proporcional a la dosis del fármaco y a la cantidad de alcohol ingerido. En los casos más graves (y raros) se puede complicar con hipotensión severa, arritmia cardiaca, isquemia coronaria, convulsiones y muerte súbita.

Los fármacos interdictores más conocidos son el disulfiram y la cianamida cálcica.

Requieren un seguimiento médico estrecho por sus potenciales efectos secundarios graves.

La eficacia terapéutica se relaciona con el miedo a la reacción disulfiram-etanol y la administración supervisada mejora notablemente la eficacia.

La baja eficacia de estos fármacos a largo plazo se explica porque actúan solo como castigo, no suprimen el deseo de consumir alcohol, no inciden ni modifican la dependencia. Pierden su eficacia cuando se retira su administración a no ser que se hayan utilizado dentro de un tratamiento psicosocial.

Reducen el número de días de consumo pero no incrementan la tasa de abstinencia. Parecen ser especialmente útiles en dependencias de larga duración.

Estas sustancias deben indicarse y seguirse desde el nivel especializado, pero el médico de Atención Primaria debe conocer sus características para apoyar al paciente en el tratamiento. Así, resulta fundamental controlar los fármacos que el paciente toma por las interacciones, evitar los productos que puedan llevar alcohol, como jarabes e inyectables, evaluar situaciones médicas intercurrentes, la aparición de efectos se-

cundarios o reacciones aldehídicas y asesorar a los pacientes y sus familiares sobre su uso. Aunque la información debe ser claramente suministrada desde que se prescribe este tratamiento, a menudo los pacientes o sus familias deciden iniciarlo sobre la base de experiencias previas o de conocidos, sin control especializado.

Los pacientes deben ser informados de los efectos secundarios y los riesgos, así como de que deben evitar la cerveza "sin alcohol", el vinagre de alcohol fermentado, el mosto, el vino y licores en salsas y postres, algunos cosméticos y colutorios con alcohol, etc. A menudo se indica que sea la familia quien administre el fármaco al paciente, y entonces deben tener claro que bajo ningún concepto se le debe administrar sin su conocimiento.

Para el seguimiento es importante:

- Vigilar la tensión arterial y los niveles de colesterol.
- Control de GOT/GPT durante 6 meses, ya que las hepatopatías por disulfiram aparecen en los tres primeros meses del tratamiento. Inicialmente se realizan controles cada 15 días, luego cada 2 meses, después cada 3 y por último cada seis meses. No se suspenderá si la GOT permanece < 250.
- Una cuestión importante es que la ingesta de alcohol puede reducir los efectos de estos fármacos. Los pacientes pueden utilizar diferentes estrategias para conseguirlo:
  - Consumir alcohol antes del comprimido de disulfiram o de las gotas de cianamida cálcica, lo que hace que se produzca acetaldehído que bloquea la acción del disulfiram. El efecto tarda varias horas en recuperarse.
  - Una vez tomado el fármaco, el consumo de pequeñas cantidades de alcohol produce acetaldehído que disminuye la acción del disulfiram y de la cianamida. Si se bebe cada dos horas, entre la primera y tercera consumición, los síntomas de la reacción al disulfiram disminuyen bastante. En el caso de la cianamida dichos síntomas casi desaparecen tras la tercera ingesta.

DISULFIRAM

Generalmente se administra una dosis única de 250 mg en una sola toma. Como la inhibición de la aldehídodeshidrogenasa se prolonga en el tiempo, es posible concentrar las tomas en días alternos.

El tratamiento puede iniciarse 12 horas tras la última ingesta de alcohol, con una duración entre 6 y 12 meses. Hay que advertir que, tras varias semanas tomándolo, su efecto se puede prolongar varios días tras la suspensión, por lo que no debe reiniciarse el consumo de alcohol inmediatamente.

Los efectos secundarios (hepatitis, polineuropatías, reacciones psicóticas e hipotensión) son dosis dependientes.

Está contraindicada en pacientes con antecedentes de cardiopatía, psicosis y en el embarazo. Se recomienda precaución en pacientes con cirrosis o insuficiencia hepática, bronquitis crónica, diabetes mellitus, hipotiroidismo o epilepsia.

Interactúa con diferentes fármacos por lo que puede requerir ajuste de dosis la administración de fenitoína, warfarina, isoniazida, rifampicina y algunas benzodiacepinas como diazepam o clordiazepóxido. Y los efectos del disulfiram pueden ser potenciados por α-antagonistas (clonidina), β-adrenérgicos (salmeterol) y fenotiazinas (clorpromazina).

CIANAMIDA CÁLCICA

Se diferencia del disulfiram en que el bloqueo de la aldehídodeshidrogenasa es reversible.

Tiene menos contraindicaciones e interacciones que el disulfiram, pero también es menos eficaz para producir la reacción aldehídica. La duración de su efecto es menor, como máximo 24 horas, por lo que hay que administrar dos o tres tomas al día. Sin embargo, en personas informadas y motivadas, puede ser suficiente una pequeña dosis una vez al día, para que cumpla su efecto de “freno psicológico”. Hay que recordar que los interdictores son útiles mientras ayuden a mantener una abstinencia absoluta. Si el paciente empieza a experimentar con el efecto de pequeñas cantidades de alcohol habría que suspender inmediatamente su uso, independientemente de la gravedad de la reacción producida.

En general, es bien tolerado si no se mezcla con alcohol, aunque puede producir mareo, cefalea, somnolencia, dermatitis de contacto, hepatitis, hipotiroidismo, diabetes mellitus y granulopenia.

La Cianamida está contraindicada en caso de enfermedad tiroidea, por su efecto antitiroideo.

Aunque no está contraindicada, se recomienda vigilar o evitar su uso en procesos médicos graves en los cuales supondría un grave riesgo la presentación de una reacción aldehídica.

Se recomienda una posología por vía oral de 36-90 mg/día que equivaldría a 12-30 gotas/día (3 mg/gota) repartido en dos tomas (cada 12h). Su efecto se puede mantener hasta 24 h. Si se mezcla con alcohol puede aparecer una reacción acetaldehídica con bastante rapidez (5-10 min), aunque suele ser de menor intensidad que la producida por disulfiram.

En caso de estar tomando disulfiram previamente se deberá esperar unos 10 días antes de iniciar el tratamiento con cianamida.

Comparación entre disulfiram y cianamida		
	DISULFIRAM	**CIANAMIDA**
Efecto	Prolongado (hasta 15 días)	Reversible (24 horas)
Inicio del efecto	12 horas después	1-2 horas después
Potencial hepatotóxico	+	+++
Dosis diaria	250-500 mg (1-2 comprimidos) monodosis	36-90 mg (3mg por gota) cada 12 horas
Requiere tratamiento continuado	si	no
Cambiar de uno a otro	Esperar 10 días	Esperar 24 horas

Actuación ante una reacción acetaldehídica

¿En qué consiste?

- Síntomas:

  Rubefacción facial, palpitaciones en cabeza y cuello, hipotensión, disnea, taquicardia, nauseas, vómitos, cefalea, visión borrosa, debilidad, dolor torácico.

- Riesgos:

  Hipotensión severa, arritmia cardiaca, isquemia coronaria, convulsiones, muerte súbita.

¿Qué hacer?

- Mantener al paciente en decúbito con los pies elevados
- Antihistamínicos orales (dexclorfeniramina, Polaramine®, 8-12 mgrs/día)
- Si la reacción es muy grave, corticoides i.v. y hospitalización.

Fármacos anticraving

Este tipo de fármacos atenúan el deseo imperioso de beber (craving) y reducen los efectos reforzadores positivos asociados a la ingesta de alcohol. En relación a su nivel de evidencia, son de primera elección por encima de los interdictores: acamprosato, naltrexona, topiramato y nalmefeno.

Acamprosato y naltrexona son los más usados, están avalados por investigaciones y estudios clínicos controlados y rigurosos, permitiendo ambos disminuir el nivel de craving, reducir el número y la intensidad de las recaídas en el consumo y mejorar el nivel de funcionamiento psicosocial de los pacientes a medio plazo. Ambos permiten un periodo crítico de sobriedad para que el paciente pueda aprender a vivir sin

alcohol y luego mantener la abstinencia sin apoyo de medicamentos. No existe una base sólida de evidencias que permita elegir entre ellos.

El topiramato parece tener resultados prometedores y recientemente se ha aprobado en nuestro país el nalmefeno.

ACAMPROSATO

La administración de alcohol produce una disminución de la actividad glutamatérgica, que es excitante. Con el consumo repetido, el organismo "aprende" a predecir cuándo se va a consumir alcohol, por medio de señales condicionadas que le "avisan" de la proximidad del suceso. Ante estas señales (entrar a un bar, ver a alguien bebiendo, etc), el organismo reacciona produciendo un aumento de la actividad glutamatérgica, para contrarrestar el descenso que producirá el alcohol. Esto daría lugar a la sintomatología ansiosa y disfórica asociada al deseo que los pacientes experimentan ante la exposición a estímulos que les recuerdan el consumo, y que tiene capacidad de inducirles a una recaída. El acamprosato bloquearía el efecto de un exceso de glutamato sobre el receptor, impidiendo que aparezcan las sensaciones descritas, favoreciendo la abstinencia.

En los diferentes estudios realizados se ha demostrado su eficacia para mantener la abstinencia y un aumento en la adhesión al tratamiento.

Tiene pocos efectos secundarios. Los más frecuentes son gastrointestinales, sobre todo diarrea, prurito, mareo o cefalea.

Es un fármaco bastante seguro, únicamente contraindicado en mujeres embarazadas o lactantes y en insuficiencia renal (eliminación renal). Se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de litiasis renal o hipercalcemia.

No interacciona con otros fármacos de manera significativa, ni con el alcohol por lo que puede seguirse administrando aunque el paciente realice algún consumo de alcohol.

Se debe iniciar el tratamiento dentro de un periodo de una semana a partir de que la abstinencia termina (tarda de 5 a 7 días en alcanzar niveles plasmáticos estables). La dosis es de 1998 mg/día, (2 comprimidos de 333 mg cada 8 horas, o 999 mg cada 12 horas), y debe tomarse

antes de las comidas pues los alimentos afectan de forma importante a su absorción.

La duración aconsejada del tratamiento es de 6 meses.

Asociado con disulfiram mejora las tasas de abstinencia.

NALTREXONA

Antagonista opiode puro y competitivo, que actúa contrarrestando los efectos placenteros que produce el consumo de alcohol u opiáceos.

La naltrexona es eficaz, principalmente, para bloquear el descontrol sobre el consumo y la progresión a la recaída en aquellos pacientes que inician la ingesta de alcohol durante el tratamiento de deshabituación. Está más indicada en aquellos casos en los que se prevea riesgo de reiniciar el consumo, o en pacientes que refieren grandes problemas para controlarse tras la ingesta de alcohol. Además, puede combinarse con otros fármacos que tengan capacidad de modular el consumo de alcohol, como ISRS, tiapride o acamprosato, así como con abordajes psicoterápicos. Actualmente, los datos apoyan su eficacia en sujetos con antecedentes familiares de alcoholismo o aquellos que inician sus problemas con el alcohol a edades tempranas (menores de 25 años).

Se utiliza en dosis de un comprimido de 50 mg al día tomado por la mañana con algún alimento.

Los efectos secundarios más comúnes son las náuseas, cefaleas y mareos, fatiga, insomnio, vómitos y ansiedad que duran de una a dos semanas (10% de los pacientes). En estos casos se puede reducir la dosis a 25 mg al día o repartir los 50 mg en dos dosis. Su efecto desaparece una vez suprimida la medicación.

La naltrexona es hepatotóxica a dosis de 150 mg o superiores. Se recomienda no administrar naltrexona a pacientes con hepatopatía aguda o insuficiencia hepática y es conveniente evaluar la función hepática al iniciar el tratamiento. Tampoco es aconsejable su combinación con interdictores (sobretodo disulfiram) por la posible potenciación de la hepatotoxicidad.

Al tratarse de un antagonista opiáceo debe tomarse en consideración que el paciente no siga tratamiento con fármacos opiáceos y que no presente una adicción activa a sustancias opiáceas. Se debe tener especial cuidado con la administración de analgésicos de tipo opiáceo dado que podrían interaccionar con la naltrexona. En este sentido, si los pacientes debieran ser sometidos a intervención quirúrgica se recomienda la retirada del antagonista opiáceo unas 48-72 h antes.

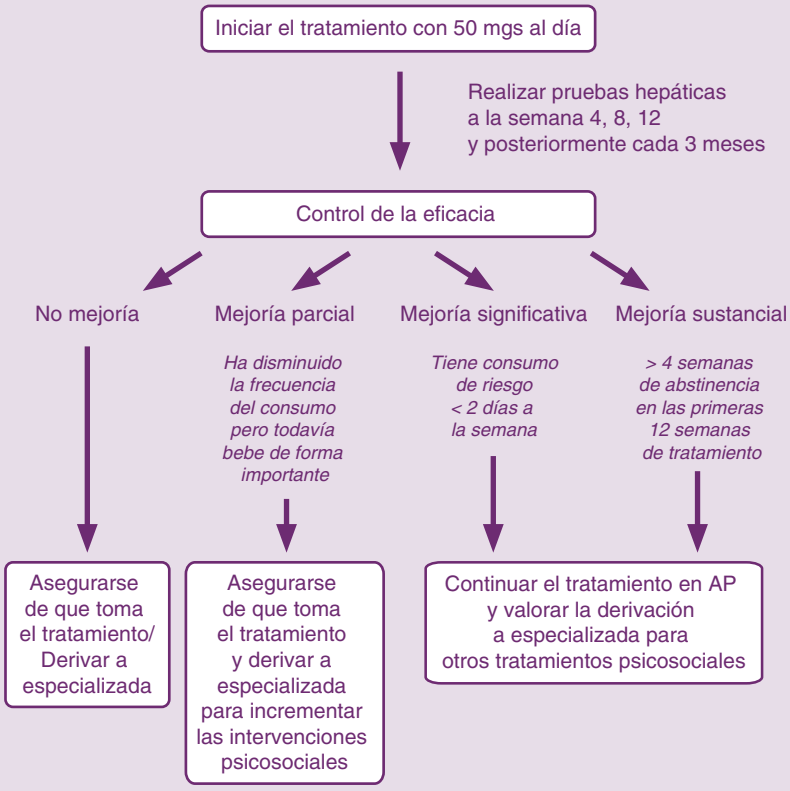
Está contraindicado si existe insuficiencia renal grave y no se recomienda durante la lactancia.

Se ha utilizado por periodos de 12 a 16 semanas, y en la clínica cotidiana debe ajustarse la duración del tratamiento a la evolución clínica. El reinicio de las ingestas etílicas no supone la supresión del tratamiento.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE NALTREXONA

CRITERIOS PARA UTILIZAR NALTREXONA

Dependencia del alcohol y presencia de deseo por la bebida
No consumo activo de opiaceos
Motivación para hacer el tratamiento
Capacidad para permanecer abstinente 5-7 días
No afectación hepática importante (transaminasas no superan el triple de los valores de referencia)
Prueba de embarazo negativa



NALMEFENO

Es un modulador del sistema opioide aprobado en 2013 por la Agencia Europea del Medicamento y financiado por el SNS a partir del 1 de julio de 2014. Su diferencia con los anteriores es que se utiliza con un enfoque terapéutico basado en la reducción del consumo de alcohol, no en la abstinencia. Este enfoque permite ofrecer una respuesta terapéutica eficaz en aquellos pacientes previamente seleccionados, incluidos dentro de programas oficiales de minimización de riesgo y deshabituación alcohólica, que no se encuentran preparados para dejar totalmente el consumo de alcohol como paso previo a una abstinencia posterior o como reducción del daño y sobre los que se va a realizar un seguimiento regular. Por este motivo, como norma general, podrá ser utilizado en pacientes seleccionados en los dispositivos de la red pública de Salud Mental o Unidades Ambulatorias de Drogodependencias.

El nalmefeno tiene una estructura química similar a la naltrexona, con actividad antagonista de los receptores μ (mu) y δ (delta) y actividad agonista parcial del receptor κ (Kappa) que actúa a nivel del circuito de recompensa del cerebro reduciendo el deseo de beber alcohol.

Está indicado para la reducción del consumo de alcohol en pacientes adultos con dependencia del alcohol que presentan un consumo de riesgo alto (consumo de alcohol > 60 gr/ día en hombres y > 40 gr/día en mujeres) sin síntomas de abstinencia física y que no requieren de una desintoxicación inmediata. Parece tener especial utilidad en sujetos que no presentan un consumo diario de alcohol pero que, cuando este sucede, les caracteriza la pérdida de control.

Sólo se debe prescribir junto con apoyo psicosocial mantenido dirigido a incrementar la adherencia al tratamiento y a reducir el consumo, por lo que, y de acuerdo a la condiciones de financiación ministeriales, la prescripción será realizada por facultativos de las unidades anteriormente mencionadas para garantizar que su utilización se adecue a la indicación autorizada y la selección de los pacientes que pueden beneficiarse de este tipo de tratamiento. Al ser un fármaco de reciente aparición, se incluye en este manual para que el médico conozca tanto su perfil farmacológico, así como las unidades que realizarán su prescripción y la evaluación periódica de la respuesta y adherencia del paciente.

Se administra a demanda según las necesidades médicas del paciente: cada día que el paciente percibe un riesgo de beber alcohol, debe tomar un comprimido, preferiblemente 1-2 horas antes de la hora anticipada del consumo. Si el paciente ha comenzado a beber alcohol sin tomarlo, debe tomar un comprimido tan pronto como sea posible. La dosis máxima de nalmefeno es un comprimido (de 18 miligramos) al día. Puede tomarse con o sin alimentos y debe tragarse entero sin manipulación (sensibilización cutánea en contacto con la piel).

En los tres ensayos clínicos realizados, los efectos secundarios más frecuentes estuvieron relacionados con el SNC y el gastrointestinal (nauseas, mareos, insomnio, dolor de cabeza, vómitos, fatiga y somnolencia), ocurrieron al inicio del tratamiento y fueron de intensidad leve a moderada y de corta duración.

Los resultados obtenidos hasta el momento apuntan hacia una reducción de consumo desde el primer día y mantenido durante 1 año (tiempo máximo del estudio), junto con una buena adherencia al tratamiento. Se recomienda precaución al prescribir durante más de 1 año.

TOPIRAMATO

Se incluye el topiramato, aunque aún no ha sido aprobada la indicación terapéutica, por sus resultados positivos.

Es un fármaco anticonvulsivante que ha sido ampliamente estudiado para el tratamiento de la dependencia al alcohol por su acción sobre el sistema gabaérgico y su potencial ansiolítico, con el objetivo de reducir el craving y el consumo compulsivo.

Hay estudios que concluyen que reduce el porcentaje de días de consumo y el craving.

Se recomienda utilizar una pauta creciente para evitar la aparición de efectos secundarios, con una dosis de inicio de 25 mg, e incrementos semanales de 25-50 mg hasta una dosis de 300 mg como máximo.

Los efectos adversos más frecuentes son mareo, parestesias, alteraciones del gusto, pérdida del apetito y peso, dificultades de concentración e insomnio. Se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de litiasis renal y en aquellos que toman acetazolamida.

6.3. DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El paciente no debe percibir la derivación como una forma de "deshacerse" de él sino como una oportunidad de conseguir un diagnóstico más preciso y el mejor tratamiento posible. El objetivo de una derivación es asegurar que el paciente contacte con un especialista para un diagnóstico ulterior y, si se requiere, tratamiento. Para ello puede ser necesario vencer las resistencias del paciente. La eficacia del proceso de derivación suele depender de una combinación entre la autoridad de los profesionales sanitarios y el grado en que los pacientes pueden resolver los factores de resistencia. Si bien la intervención breve no debería utilizarse como un sustituto en el manejo de los pacientes con dependencia de alcohol, sí puede utilizarse para lograr la adherencia de aquellos pacientes que necesitan tratamiento especializado. Entre los elementos que hay que trabajar están:

- Motivar al paciente para el cambio.
- Explicarle que su nivel de consumo excede los límites de bajo riesgo, que hemos detectado en él problemas específicos relacionados con la bebida y que tenemos suficientes indicios para pensar que padece un síndrome de dependencia del alcohol.
- Enfatizar el hecho de que si continúa con esta forma de consumo, sus seres queridos u otras personas allegadas pueden sufrir las consecuencias.
- Transmitirle que sufre un problema médico grave y que debe acudir a un especialista.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- No conseguir los objetivos planteados a pesar de una intervención breve intensa (en un consumo de riesgo).
- Sospecha de síndrome de dependencia de alcohol según los criterios recogidos en el protocolo.

- Intentos previos de tratamiento de la dependencia infructuosos.
- Existencia de complicaciones severas o riesgo de síntomas moderados o severos de abstinencia.
- Enfermedad médica grave.
- Patología psiquiátrica actual o pasada.
- Antecedentes de consumo de otras drogas o policonsumo actual.
- Adolescentes y jóvenes con un patrón de consumo en atracón con conducta problemática.
- Ausencia de apoyo familiar o social.
- Embarazo.

Los tratamientos especializados efectivos ofrecen entrenamiento en habilidades conductuales dirigidas al autocontrol, terapia motivacional, abordaje familiar o de refuerzo comunitario y entrenamiento en habilidades de afrontamiento y comunicación. La actitud del profesional de atención primaria es fundamental para motivar al paciente a seguir el tratamiento. Hay estudios que demuestran que los pacientes con dependencia derivados a centros especializados tras la intervención del médico de familia tienen mejor pronóstico y un mayor cumplimiento del tratamiento.

Una adicción es por naturaleza crónica y recidivante. Los pacientes deben ser objeto de seguimiento tras su derivación, primero para reforzar el cumplimiento del tratamiento y después para hacer un seguimiento una vez finalizado éste y poner de manifiesto que sus progresos tienen efectos visibles positivos.

RECURSOS PARA DERIVAR DESDE AP			
Dónde	Unidad de Salud Mental *	Unidad Ambulatoria de Drogo-dependencias	Programa Jóvenes y Drogas
Cómo	Mediante hoja de interconsulta		
Cuándo	- No conseguir los objetivos planteados a pesar de una intervención breve intensa (en un consumo de riesgo). - Sospecha de síndrome de dependencia de alcohol según los criterios recogidos en el protocolo. - Intentos previos de tratamiento de la dependencia infructuosos. - Existencia de complicaciones severas o riesgo de síntomas moderados o severos de abstinencia. - Enfermedad médica grave. - Patología psiquiátrica actual o pasada. - Ausencia de apoyo familiar o social. - Embarazo.	Antecedentes de consumo de otras drogas o policonsumo actual.	Adolescentes y jóvenes con un patrón de consumo en atracón con conducta problemática.

**La derivación tendrá carácter ordinario o preferente dependiendo de la situación orgánica y del riesgo de síndrome de abstinencia.*

RECURSOS

7.1 RECURSOS PÚBLICOS

SERVICIO DE DROGODEPENDENCIAS

Dirección: c/ Federico Vial, 13 – 4ª planta. 39009 Santander.

Teléfono: 942 20 77 92 / 942 20 81 37

Fax: 942 20 77 93

Correo electrónico: prd@cantabria.es

Página web: http://www.saludcantabria.es

Servicios básicos que presta:

- Información y sensibilización a la ciudadanía.
- Coordinación, apoyo técnico y colaboración con las entidades públicas y la iniciativa social.
- Planificación, coordinación y financiación de recursos y programas de prevención, asistencia, reducción del daño e integración social.
- Investigación.
- Formación y documentación.

UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE DROGODEPENDENCIAS

Centros: ambulatorio.

Servicios básicos que presta:

- Información y orientación.
- Tratamiento libre de drogas.
- Mantenimiento con sustitutivos opiáceos.
- Desintoxicación.
- Atención sanitaria básica.
- Detección de patologías y derivación a recursos sanitarios.
- Educación para la salud.
- Orientación laboral.
- Programa jurídico-penal.
- Apoyo al proceso de integración social.

Acceso: directo

U.A.D. LAREDO

Dirección: c/ San Marcial, 16. 39770 Laredo.
Teléfono: 942 60 42 50
Fax: 942 60 42 50
Correo electrónico: drogodependecias.laredo@scsalud.es

U.A.D. SANTANDER

Dirección: c/ Antonio López, 48-50. 39009 Santander.
Teléfono: 942 33 25 44
Fax: 942 32 35 34
Correo electrónico: drogodependecias.santander@scsalud.es

U.A.D. TORRELAVEGA

Dirección: c/ Marqués de Santillana, 14 Bajo - 39300 Torrelavega.
Teléfono: 942 80 03 00
Fax: 942 80 03 00
Correo electrónico: drogodependecias.torrelavega@scsalud.es

PROGRAMA JÓVENES Y DROGAS

Dirección: c/ Luis Vicente Velasco 1. 39008 Santander.
Teléfono: 942 20 25 20 Ext. 79700
Correo electrónico: jovenesydrogas@fundacionsbs.com
Servicios básicos que presta:

- Intervenciones con jóvenes (de 12 a 18 años) y/o familias que se encuentren con dificultades relacionadas con el uso y/o abuso de sustancias adictivas.
- Asesoramiento a profesionales en detección y manejo de situaciones de riesgo en adolescentes.

Acceso: directo.

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN DE DROGODEPENDIENTES (CRRD)

Centro: residencial/ambulatorio.

Dirección: Isla de Pedrosa s/n. 39618 Pontejos.

Teléfono: 942 50 24 44 - 942 50 21 12

Fax: 942 50 24 33

Correo electrónico: crrd@fundacionsbs.com

Servicios básicos que presta:

- Información y orientación.
- Tratamiento libre de drogas.
- Mantenimiento con sustitutivos opiáceos.
- Desintoxicación.
- Atención sanitaria básica.
- Detección de patologías y derivación a recursos sanitarios.
- Educación para la salud.
- Orientación laboral.
- Talleres ocupacionales.
- Apoyo al proceso de integración social.
- Programa jurídico-penal.
- Programa de rehabilitación de alcohólicos.
- Programa de rehabilitación de ludópatas.

Acceso: remisión desde las Unidades de Atención Ambulatoria de Drogodependencias (UADs).

UNIDADES DE SALUD MENTAL (USM)

Centros: ambulatorio.

Servicios básicos que presta:

- Programa de tratamiento de dependencia alcohólica.
- Programa de tratamiento a trastornos por ansiedad, estrés.
- Programa de tratamiento a pacientes con trastorno mental grave y crónico.

- Programa de tratamiento a pacientes con trastorno límite de la personalidad.
- Programa de primeros episodios de psicosis no afectivas.
- Programa de patología obsesiva.

Acceso: remisión desde centros de AP o desde las UADs.

U.S.M. INFANTO JUVENIL SANTANDER

Dirección: c/ Luís Vicente Velasco, 1. 39008 Santander.
Teléfono: 942 33 03 11

U.S.M. INFANTO JUVENIL TORRELAVEGA

Dirección: Barrio Santa Ana s/n. 39300 Tanos. Torrelavega.
Teléfono: 942 80 09 40

U.S.M. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Dirección: Valdecilla Sur. Avenida Valdecilla s/n. 39008 Santander.
Teléfono: 942 29 25 37

U.S.M. LAREDO

Dirección: Avda. Derechos Humanos, s/n. 39770 Laredo.
Teléfono: 942 63 85 00

U.S.M. LÓPEZ- ALBO

Dirección: c/ Vargas, 57. 39010 Santander.
Teléfono: 942 20 25 95

U.S.M. PUERTOCHICO

Dirección: c/ Tetuán, 59. 39004 Santander.
Teléfono: 942 27 47 41

U.S.M. TORRELAVEGA

Dirección: Avda. España, 4. 39300 Torrelavega.
Teléfono: 942 84 74 00

7.2 RECURSOS PRIVADOS

ASOCIACIÓN MONTAÑESA DE AYUDA AL TOXICÓMANO (AMAT)

Centro: ambulatorio.

Dirección: c/ General Castañeda, 6 bajo. 39300 Torrelavega.

Teléfono: 942 89 12 42

Fax: 942 88 22 22

Correo electrónico: amattor@ono.com

Servicios básicos que presta:

- Información y orientación.
- Grupos de autoayuda a familiares.
- Tratamiento libre de drogas.
- Desintoxicación.
- Atención sanitaria básica.
- Detección de patologías y derivación a recursos sanitarios.
- Dispensación de preservativos.
- Educación para la salud.
- Orientación laboral.
- Programa jurídico-penal.
- Prevención.
- Apoyo al proceso de integración social.
- Apoyo a usuarios de los programas de mantenimiento con sustitutivos de opiáceos.

Acceso: directo.

ASOCIACIÓN CANTABRA DE AYUDA AL TOXICÓMANO (ACAT)

Centro: ambulatorio.
Dirección: c/ Gutiérrez Solana, 7 bajo. 39011 Santander.
Teléfono: 942 33 01 40
Fax: 942 33 01 40
Correo electrónico: drogacat@correo.cop.es
Servicios básicos que presta:

- Información y orientación.
- Tratamiento libre de drogas.
- Desintoxicación.
- Atención sanitaria básica.
- Detección de patologías y derivación a recursos sanitarios.
- Dispensación de preservativos.
- Educación para la salud.
- Orientación laboral.
- Programa jurídico-penal.
- Apoyo al proceso de integración social.
- Prevención.

Acceso: directo.

ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Dirección: c/ Lealtad, 12 – esc. B - 3º izda. 39002 Santander.
Teléfono: 942 21 21 55 - 608 30 92 76
Correo electrónico: aa@alcoholicos-anonimos.org
Página web: http://www.alcoholicos-anonimos.org
Horario: De lunes a viernes de 19h a 21h.
Servicios básicos que presta:

- Rehabilitación de alcohólicos
- Información y orientación
- Grupos de autoayuda de pacientes

Acceso: directo.

FUNDACIÓN CENTRO DE SOLIDARIDAD DE CANTABRIA. PROYECTO HOMBRE

Centro: ambulatorio y residencial.
Dirección: c/ Isabel la Católica, 8. 39007 Santander.
Teléfono: 942 23 61 06
Fax: 942 23 61 17
Correo electrónico: phcantabria@proyectohombrecantabria.org
Servicios básicos que presta:

- Información y orientación.
- Grupos de autoayuda de pacientes y de familiares.
- Tratamiento libre de drogas.
- Desintoxicación.
- Atención sanitaria básica.
- Detección de patologías y derivación a recursos sanitarios.
- Educación para la salud.
- Orientación laboral.
- Apoyo al proceso de integración social.
- Programa jurídico-penal.
- Prevención.
- Programa en Instituciones Penitenciarias.
- Programa de rehabilitación de alcohólicos.
- Programa de rehabilitación de ludópatas.

Acceso: directo.

MATERIAL DE APOYO

ANEXOS

Anexo I. Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: AUDIT

Codifique las respuestas en términos de consumiciones (unidades de bebida estándar).

Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca *(Pase a las preguntas 9-10)* (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) 4 o más veces a la semana	**2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?** (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8, o 9 (4) 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario *Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0*	**4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?** (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario

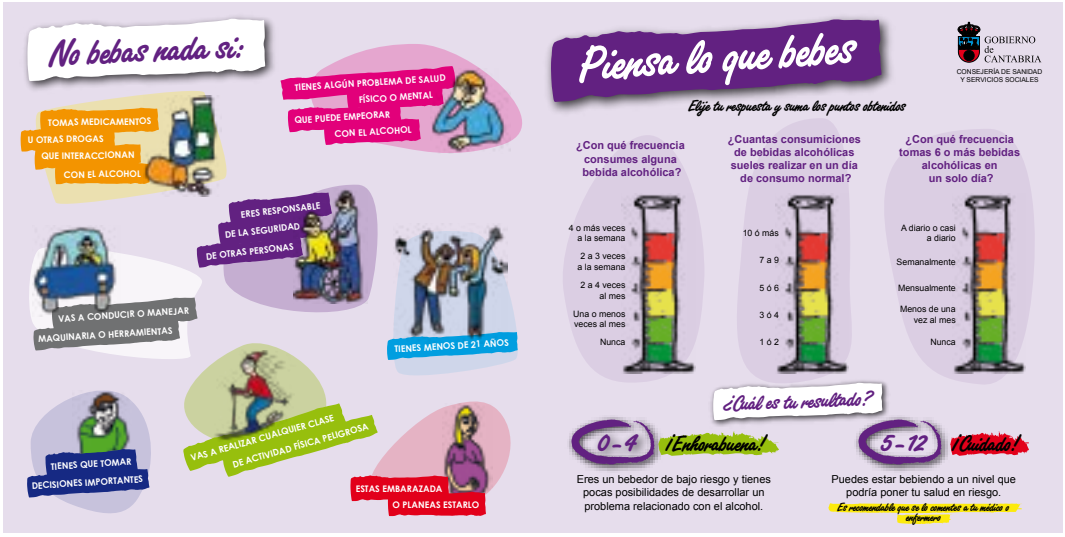
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐	**6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?** (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐	**8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?** (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año ☐	**10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha 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 ☐
Registre la puntuación total aquí ☐	

Anexo II. Cuestionario AUDIT abreviado: AUDIT-C

Codifique las respuestas en términos de consumiciones (unidades de bebida estándar). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

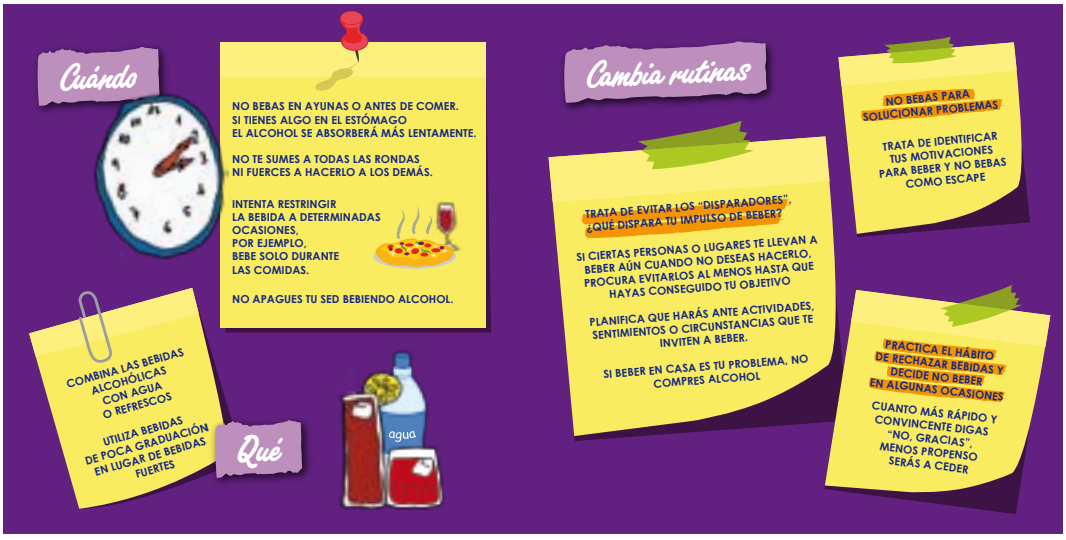
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8, o 9 (4) 10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	
Puntuación total	

Anexo III. Piensa lo que bebes



Anexo IV. Efectos del consumo de alcohol

Anexo V. Consejos para reducir el consumo de alcohol



Anexo VI. Plan de reducción de consumo de alcohol

"Alcohol: cuanto menos mejor" Organización Mundial de la Salud

Para elaborar este plan escoja un momento tranquilo, en el que disponga de tiempo. Imagine cómo será su vida si continúa con su consumo actual de alcohol y cómo será si reduce su consumo. A continuación escriba los motivos por los que "para usted" es importante disminuir el consumo de alcohol (cada persona tiene los suyos y todos son igual de válidos).

MOTIVOS PARA DISMINUIR MI CONSUMO DE ALCOHOL

1. Seleccione la meta que quiere lograr:

- ☐ Abstinencia
- ☐ Reducción del consumo

2. Seleccione una opción para lograr su meta:

- ☐ Dejar de beber inmediatamente.
- ☐ Reducir el consumo.
- ☐ Disminuir gradualmente el consumo hasta decidir el objetivo final.
- ☐ Abstenerse por dos semanas antes de decidir su meta a largo plazo.

Si la meta escogida es la reducción (su profesional le informará de la cantidad recomendada dependiendo de las características de la persona, el sexo, la edad), ¿cuánto beberá a partir de ahora?

- Número máximo de UBEs que beberá al día:_____
- Número máximo de UBEs que beberá a la semana: _____

3. Delimitar al menos 2 lugares, horas del día o momentos en los que no va a beber bajo ningún concepto. Por ejemplo:

NO BEBERÉ NUNCA…
No beberé antes de ir a recoger a los niños al colegio.
No beberé cuando quedo con mi madre.
……
…….
…….

4. Situaciones que me preocupan y qué haré para no beber en estas situaciones.

ME PREOCUPA	QUÉ HARÉ PARA NO BEBER
Cuando salgo por la noche	Las primeras semanas no saldré Les diré a mis amigos que no quiero beber

5. Cualquiera que sea su meta, la abstinencia o la reducción, anote día a día:

- Lo que bebió: si no bebió nada ponga un cero.
- Estrategias usadas para mantener bajo control la tentación de beber (como se dijo "no" a usted mismo o a aquellos que le invitaron a beber).

Día de la semana	UBEs/día consumidas	Estrategias utilizadas para no beber
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Puede consultar el folleto "Beber menos, vivir mejor" donde encontrará trucos y estrategias para reducir su consumo de alcohol.

Dese la enhorabuena por cada día que pase y vaya cumpliendo el objetivo, cada paso en el camino es importante para conseguir la meta final.

BIBLIOGRAFÍA

- Altisent, R.; Auba, J.; Cordoba, R.; Delgado, MT.; Mosquera, J. Abordaje de los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria. Aten Primaria 1995; 16 (supl); 109-117.
- Gual A. Monografía alcohol. Adicciones 2002; vol 14, suplemento 1.
- Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. JANO 1998; 54: 40-44.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Staauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and cost-benefit analysis. Alcohol Clin Exp Res. 26(1):36-43, 2002.
- Freixa N. La entrevista con el enfermo alcohólico. Estrategias motivacionales. Unitat d`Alcohologia de la Generalitat. IMD. Hospital Clínic. Barcelona.
- Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond SA. A qualitative study of nurses´attitudes and practices regarding brief intervention in primary health care. Journal of Advanced Nursing 2002;30:333-342.
- Macioseck MV, CoSolberg LI.Priorities among effective clinical practice services. Results of a systematic review and analysis. Am J Prev Med 2006; 31:52-61.
- Miller, W., & Rollnick, S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós, (1999).
- Miller, W.R., & Sanchez, V.C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), Issues in alcohol use and misuse by young adults (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, (1994).
- Mójate con el alcohol. Programa para abordar el consumo de alcohol desde la atención primaria. Semfyc, 2013.
- Monteiro, Maristela G. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, 2008.

- Morales, A., Rubio, G. Diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria. Medicina de Familia 1997; 7: 211-225.
- Pascual F, Guardia J, Pereiro C, Bodes J. Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. (3ª edición) 2013. Socidrogalcohol
- Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA), 2011. Disponible en: http://phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html
- Prochaska JO, DiClemente C, Norcross JC. Cómo cambiar la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. RET. Revista de toxicomanías 1994, N1.
- Rodriguez-Martos,A. Tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica. Papel de la Atención Primaria. Atención Primaria 1995; 15: 44-57.
- Rubio G, Jimenez-Arriero MA, Ponce G, Palomo T. Naltrexone versus acamprosate: one year foloow-up of alcohol dependence treatment. Alcohol 2001, 36: 419-425.
- Villalbi Joan R. Actualizaciones. Prevención de los daños que causa el alcohol. FMC. 2011;18: 542-51.
- Willenbring ML, Olson DH. A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. Arch Intem Med. 13;159(16):1946-1952,1999.
- Williams D, McBride AJ. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: a systematic review. Alcohol and Alcoholism, 1998; 33: 103-115.
- World Health Organization (2011). Global Status Report on Alcohol and Health-2011ed.Genera.