

ALCOHOLISMO

Dr. Javier Edgardo Lizaur

Dr. Fernando Andrés Morón Goñi

Introducción

El tabaco y el alcohol están ampliamente difundidos en todas las sociedades siendo ambas drogas legales y, a la vez, las sustancias que presentan más prevalencia de abuso/dependencia. Son causa de altísima morbilidad constituyéndose en importantes problemas de salud pública. Tanto el abuso como la dependencia al alcohol se relacionan con problemas del sujeto en la esfera física, psíquica, social y económica pudiendo, por lo tanto, repercutir negativamente tanto en quien la padece, como en su familia y en la comunidad donde vive. De acuerdo a la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), llevada a cabo en Argentina en 2013, en nuestro continente el consumo promedio de alcohol per cápita es superior al promedio mundial. Por otro lado, en esta región, el uso nocivo del alcohol causa aproximadamente 3,3 millones de muertes por año, lo que representa el 5,9% de todas las muertes en este período. A su vez, es causa del 5,1% de la carga de morbilidad a nivel mundial. Siendo, entonces, un problema de salud tan prevalente y con tan alto impacto negativo a nivel personal, familiar y comunitario, el médico de familia debe conocer las herramientas que permiten su rastreo, valorar adecuadamente el grado de severidad de la enfermedad y de la disposición del paciente para el cambio.

Definición.

Existen muchas formas de definir, ya sea el alcoholismo como a la persona dependiente del alcohol, pero por todos es bien conocido que **se considera que una persona es alcohólica cuando pierde la libertad de abstenerse de consumir alcohol.**

A mediados del siglo pasado Jellinek intentó definir el alcoholismo como una enfermedad e introdujo el concepto de pérdida de control. Pierre Fouquet indicaba que el alcohólico es el individuo que ha perdido la capacidad de abstenerse.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM V) (2013) define la **dependencia** a una sustancia como un patrón desadaptativo de consumo de la misma que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, y que se expresa por tres (o más) de los ítems siguientes en un período de 12 meses.

- 1- Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2- Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - Se toma la misma sustancia (u otra muy parecida) para aliviar o evitar lo síntomas de abstinencia.
- 3- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo del que inicialmente se pretendía.
- 4- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia
- 6- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7- Se continúa tomado la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

En relación al **abuso** o consumo perjudicial de sustancias, se la define como la existencia de un patrón desadaptativo de consumo, durante al menos un año, que conlleva un deterioro sociolaboral y consecuencias dañinas en el aspecto psíquico y físico. El sujeto es incapaz de cumplir con sus obligaciones (laborales, educacionales, etc.), debido al consumo de la sustancia. Consume la(s) sustancia(s) en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal

Come se ve, éstas definiciones hacen referencia a cuando el sujeto tiene avanzados problemas con la sustancia, en nuestro tema, con el alcohol pero, muchos problemas ocasionados por su consumo, no se dan en personas alcohólicas sino que se presentan en sujetos que tienen consumos habituales de riesgo o un consumo episódico intenso y excesivo. Por lo tanto, para tener una visión más amplia de la situación es necesario hacer una valoración más adecuada del grado de problema que tiene cada paciente con la bebida. Como se verá, esto permite la implementación de intervenciones más apropiadas y oportunas.

Epidemiología: Su prevalencia real es difícil de determinar ya que es una enfermedad frecuentemente subdiagnosticada. Esto se debe, en parte, a que muchas veces no se la identifica en el consultorio de atención primaria, quizás, por desconocimiento de las herramientas que permiten su rastreo o simplemente porque no se suele preguntar en el consultorio sobre el abuso de sustancias. Por otro lado, al ser una enfermedad con una connotación social negativa para quien la padece, o para su familia, éstos pueden sentirse avergonzados de la misma y es frecuente que se oculte el problema. El abuso/ dependencia de sustancias psicoactivas, en general, es uno de los diagnósticos que más ha aumentado en los últimos veinte años. En España se estima que entre los pacientes que acuden al médico de atención primaria un 4-29% de los pacientes son bebedores de riesgo y hasta aproximadamente un 10% de ellos presentan dependencia al alcohol. En Argentina según datos de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizada por el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2011 la mitad de la población entre 16 y 65 años refirió haber consumido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días y un 26,4% presentó conductas de un consumo episódico excesivo. En la 3° ENFR se informa que el consumo regular de riesgo a nivel nacional fue de 7,8% manteniendo un valor similar a años anteriores en tanto que el consumo de alcohol episódico excesivo fue del 10,4% presentando un aumento respecto de la 2° ENFR (2009). No se presentaron diferencias en relación al nivel de educación ni socioeconómico de los encuestados. Al relacionar ambas categorías (consumo regular de riesgo vs consumo episódico excesivo) se evidenció que el grupo más vulnerable para ambos tipos de consumo y, específicamente para el consumo episódico excesivo, fueron los varones jóvenes. Como se entiende de lo mencionado hasta aquí, el problema del alcohol es muy frecuente y está enraizado en la sociedad. El médico de familia quien por su actividad, no limitada a un sistema u órgano y por conocer al paciente y a su grupo familiar en virtud del seguimiento longitudinal que realiza de los mismos, es quien se encuentra en una posición privilegiada para trabajar el tema del alcoholismo.

Categorías de la población en relación al consumo del Alcohol.

Ahora bien, consumir alcohol no quiere decir necesariamente que existe una patología por eso. Existe una amplia variedad de relaciones de los sujetos con el alcohol.

En la población general hay personas que nunca consumen alcohol, serían considerados “abstemios”, y quienes toman alcohol muy esporádicamente y en bajas cantidades. Ambos se incluyen dentro de la categoría de no usuarios de alcohol y se valoran como **tomadores de bajo riesgo**. Por otro lado están las personas que consumen alcohol de manera “normal”, (siempre que se delimita la “normalidad” es motivo de controversia, pero se intentará definir más adelante, donde se establece este límite). Otro grupo lo conforman los **“usuarios pesados”** que son los que toman más allá del límite normal tolerable. Estas personas no presentan evidencia de mal uso, abuso o dependencia sin embargo, tienen riesgo aumentado de pasar a categorías más peligrosas de consumo de alcohol (carrera alcohólica). Otros son **“malos usuarios”**. Se entiende que conforman este grupo aquellos

sujetos que toman alcohol buscando el efecto beneficioso que el mismo produce (liberar ansiedad, relajarse, mejorar la “performance” sexual, remediar el insomnio, etc.). Tampoco este grupo presenta evidencia de abuso o dependencia al alcohol pero tanto los “malos usuarios” como los “usuarios pesados” son considerados grupos de riesgo por tener riesgo aumentado de pasar a categorías más graves de consumo. Los criterios de **abuso** y **dependencia** se mencionaron con anterioridad pero se recuerda aquí que, sus características más relevantes, incluyen el uso continuado del alcohol y la imposibilidad de controlar su consumo.

Esta categorización permite tener una visualización más amplia del problema ya que, como antes se dijo, los problemas más frecuentes relacionados con el alcohol no se dan sólo en quienes son abusadores o dependientes del mismo, sino que, se presentan también en quienes son tomadores de riesgo o en quienes hacen un uso normal del alcohol pero luego se exponen a situaciones en donde haberlo ingerido resulta peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil). También son causa de problemas vinculados con el alcohol, muchas veces en la forma de accidentes, quienes lo consumen de manera episódica pero intensa y excesiva (por ejemplo, consumo excesivo de fin de semana. La Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2011 expone que el consumo de alcohol excesivo durante el fin de semana es 7 veces mayor que entre semana). Mostrar el problema en distintas categorías, más amplias, permite que veamos que las intervenciones a realizar no sólo las debemos focalizar en quienes abusan o dependen de las bebidas alcohólicas y que son en quienes habitualmente pensamos como personal de salud sino que, también debemos considerar a esa gran mayoría que conforman los otros grupos que sin llegar a tener esa gravedad de enfermedad también se involucran con problemas relacionados con su consumo (accidentes automovilísticos, fatalidades con armas de fuego, ahogamientos, suicidios, asaltos, homicidios, violaciones, violencia familiar, etc.)

Prácticas Preventivas

La categorización antes mencionada permite definir distintos grupos y su utilidad radica en que sirve de referencia para aplicar distintas estrategias de prevención.

Así, en el grupo de **bajo riesgo**, constituido por los no usuarios (abstemios y quienes toman alcohol muy ocasionalmente y en bajas cantidades) y los usuarios normales de alcohol, se aplica una estrategia de **prevención primaria**, es decir, se brinda consejería cuyo objetivo es evitar el desarrollo de hábitos insanos en relación con el alcohol.

Consejería

No conducir vehículos si se bebió alcohol. (La alcoholemia elevada se asocia a más del 50% de las muertes en accidentes de tránsito)

Embarazadas: abstenerse de tomar alcohol. (No se conoce dosis tolerable para evitar los efectos tóxicos sobre el feto)

No tomar alcohol quienes presenten antecedentes de enfermedades crónicas o se encuentren utilizando medicamentos.

Trabajadores que utilizan máquinas o herramientas.

Trabajadores en situaciones de riesgo de caídas

Personas al cuidado de niños, adultos mayores y enfermos.

Personas que se encuentran en ámbitos laborales y/o de estudio.

Por otro lado, en los **usadores de riesgo** (usadores pesados y malos usadores), que ya presentan riesgo real de pasar a otras categorías de consumo más peligroso, se llevan a cabo estrategias de **prevención secundaria**. Estas estrategias tienen por objetivo desarrollar hábitos normales de consumo o la abstinencia. Al usador pesado se le debe explicar sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol a largo plazo y al mal usador se le debe aconsejar de igual forma pero, además, se lo debe educar en relación a este uso erróneo del alcohol ya que, por ejemplo, si se quiere mejorar la performance sexual el alcohol puede ayudar a aumentar el deseo, pero puede dificultar la concreción del acto sexual, ya que es capaz de provocar disfunción eréctil, es más, su uso crónico puede ser causa de impotencia. A continuación se detallan intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol.

Intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol.

La intervención breve consiste en el consejo que lleva a cabo el médico con el fin de modificar hábitos de consumo del paciente. Este consejo debe ser personalizado e incluir:

- Información positiva sobre los beneficios de la moderación

- Información sobre los peligros de la ingesta excesiva de alcohol

- Negociar la reducción, llegando a un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (ver más adelante)

-Puede añadirse material educativo de apoyo, para reafirmar el consejo, si disponemos de él.

Defina un límite por día, por semana y por ocasión

Monitoree los hábitos de bebida para saber cuánta cantidad bebe

No beba nunca en ayunas

Intente restringir el consumo de bebidas a sólo algunas ocasiones, por ejemplo, beba sólo durante las comidas

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

No deje la botella a mano para la próxima copa

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

Utilice bebidas de poca graduación en lugar de bebidas fuertes

Evite beber antes de las comidas

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

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

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

No sobrepase diariamente el consumo de alcohol equivalente a ½ litro de vino

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

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

No apague nunca la sed bebiendo alcohol

En relación a quienes presentan recurrentes problemas con el alcohol y que comprenden al **grupo de mayor riesgo** (abusadores y dependientes) se aplican estrategias de **prevención terciaria**. Actualmente existen dos posturas en relación a estas estrategias. Una de ellas tiene como objetivo desarrollar la abstinencia total al consumo de alcohol mientras que, la otra, ante la imposibilidad de lograr la abstinencia, procura reducir el daño que el alcohol produce en el sujeto. Se entiende que, en el grupo de abusadores/dependientes el objetivo ideal sería lograr la abstinencia total del consumo de alcohol. Esto, en la práctica, muchas

veces es difícil de conseguir ya que existen múltiples recaídas del paciente que pueden conllevar paulatinamente a una pérdida total de su funcionalidad orgánica y de integración social. Por ello, en este grupo, se puede plantear la necesidad de una meta más real y alcanzable tendiente a reducir el daño que el consumo de alcohol provoca y, a su vez, devolverle al sujeto cierto grado de integración que le permita realizar sus tareas habituales. Este tema se desarrolla con más detalle bajo el título “Toxicomanías”. Las estrategias de prevención terciarias comprenden acciones farmacológicas y no farmacológicas. La intervención farmacológica se expone en el apartado “Tratamiento del consumo problemático de alcohol”

Como se dijo los problemas recurrentes relacionados con el alcohol van a tener implicancia tanto en el sujeto que padece la enfermedad, como en su familia (como unidad básica social) y en la comunidad donde el sujeto vive. El paciente, por lo general, no vive sólo. Por lo tanto, su enfermedad va a influir en su medio familiar y su familia, a su vez, tendrá gravitación en el paciente. Se establece por lo tanto una relación dialéctica. Debido a esto el abordaje de la problemática no se orientará sólo a tratar al paciente alcohólico, sino que, debe abarcar también a su familia. Algunas configuraciones familiares son favorecedoras para que se desarrolle la enfermedad, del mismo modo que, otras estructuras familiares ofrecerán apoyo y contención para el adecuado tratamiento del paciente. El desarrollo de este tema se detallará más adelante bajo el título “Toxicomanías”

- Ahora bien... ¿Qué se considera “límite tolerable” o “uso normal”?

Ya mencionamos que definir “normal” es un tanto complejo porque depende de muchos factores. Por ejemplo, no es lo mismo el consumo, si se trata de un joven, un adulto o un anciano. Tampoco lo es si se trata de un hombre o una mujer, o de si se ingirió alimentos o no... Dependiendo de tantos factores, precisar lo normal es complejo. De todas formas una idea bastante adecuada para brindar una correcta consejería a los pacientes es la siguiente:

Un trago estándar tiene 30ml de líquido.

Para los varones adultos menores de 65 años, se ha establecido el límite superior en cuatro tragos estándar de whisky, tres veces por semana.

Para las mujeres, los adultos jóvenes (postadolescentes) y los mayores de 65 años, en tres tragos estándar de whisky, tres veces por semana.

Esto significa que, para un varón, sería normal, tomar doce tragos (o 360ml) de esta bebida por semana.

Siendo este el límite para esta bebida y considerando que el whisky tiene una concentración de alcohol de 45% esto equivale a 162ml de alcohol puro. La cerveza tiene una gradación alcohólica del 5%. Por un sencillo cálculo de regla de tres simple tenemos que:

- 5ml alcohol ----- 100ml cerveza

162ml alcohol ----- x = 3240 ml / semana. = 1080 ml 3 veces/semana = 462ml/día

Y para el vino, cuya gradación alcohólica es del 12% usamos el mismo razonamiento matemático, que va a resultar en que el límite tolerable para el vino es 450ml tres veces por semana, o su equivalente, aproximado de un litro y medio por semana o 192ml (un vaso) por día.

Realizando este tipo de razonamiento y sabiendo la gradación de la bebida que se quiere calcular podemos conocer el límite tolerable y considerado normal para su consumo semanal.

- ¿En quienes es necesario hacer el rastreo de alcoholismo?

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria recomienda el rastreo sistemático de consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años, a toda persona mayor de 14 años sin límite superior de edad. Este rastreo debería hacerse al abrir la historia clínica, como parte de un examen preventivo rutinario, antes de prescribir fármacos que interaccionan con el alcohol, en respuesta a problemas que pueden estar relacionados con el consumo de alcohol, etc. Por su parte, las Fuerzas de Tareas de los Estados Unidos (USPSTF, de su sigla en inglés) recomienda el rastreo en adultos mayores de 18 años y en embarazadas (recomendación tipo B) así como realizar intervenciones breves de consejería en personas que presentan consumo de riesgo o perjudicial. Este mismo organismo no recomienda el rastreo en adolescentes ya que refiere que la evidencia al respecto es insuficiente (recomendación tipo I). En Argentina, el Sexto Estudio Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media (2014) llevado a cabo por la SEDRONAR reveló que la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes argentinos es al alcohol. 7 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol alguna vez en la vida y 6 de cada 10 lo hicieron en el último año mientras que, la mitad de los estudiantes, declaró haber consumido bebidas alcohólicas en el último mes. Por otro lado también refiere que el consumo de alcohol se incrementa con la edad de los estudiantes. Sin embargo señala que la mitad de los adolescentes de 14 años o menos ya habían tomado alguna bebida alcohólica alguna vez en su vida. Esta tendencia en el consumo de alcohol en este grupo poblacional y, siendo el rastreo del consumo de alcohol una intervención de bajo

costo, que insume poco tiempo y que además es inocua, creemos que este rastreo debería llevarse a cabo también en este grupo poblacional. Por otro lado, un grupo especial que amerita que se realice rastreo de consumo de alcohol lo constituyen las embarazadas, ya que no se conoce la dosis que puede tener efectos nocivos sobre el producto de la concepción y, por lo tanto, debería recomendarse evitar su consumo. También debería rastrearse a los pacientes que se encuentran en plan quirúrgico debido a la posible presentación de síndrome de abstinencia al alcohol que puede complicar la recuperación en el postoperatorio. Se recomienda lograr una abstinencia de diez días aproximadamente en quienes presenten criterios de abuso/dependencia al alcohol y que requieran someterse a cirugía con el objeto de evitar esta complicación.

- ¿Con que herramientas cuenta el médico de familia para aproximarse al diagnóstico de alcoholismo en el consultorio?

Existen numerosas herramientas que permiten detectar el abuso de alcohol en adultos con aceptable sensibilidad y especificidad. El test más popular para detectar abuso o dependencia al alcohol es el **test CAGE** que consiste en 4 preguntas. Este se considera positivo si una de las respuestas es “sí” presentando una sensibilidad del 70% y una especificidad del 80% para el diagnóstico de alcoholismo. Ambas aumentan a mayor cantidad de preguntas positivas pero, tanto éste como cualquier otro test, es sólo un elemento más para la valoración de alcoholismo en el paciente ya que, el único diagnóstico de certeza es el reconocimiento de la enfermedad por parte del paciente o de su familia.

Las preguntas del test CAGE son las siguientes

- C** (cut down = disminuir) ¿Sintió alguna vez la necesidad de disminuir la bebida?
- A** (annoyed = molesto) ¿Alguien lo ha criticado o molestado porque tomaba?
- G** (guilt = culpa) ¿Se sintió alguna vez culpable porque tomaba mucho?
- E** (eye opening) ¿Toma a veces algo por la mañana para sentirse mejor?

Dado que muchas veces el diagnóstico es ocultado por el paciente pero, puede no ser así cuando se lo administra a un familiar, si es útil y existe una elevada sospecha de la enfermedad, se lo puede realizar a un familiar quien responde por su pariente. Esta forma

de aplicación del test se lo conoce como **CAGE indirecto**. Por su parte, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, dado que como se puede ver, el test CAGE formula preguntas directas al paciente sobre el alcohol, recomienda realizar el **test CAGE “camuflado”** realizándolo bajo el nombre de “*Cuestionario general sobre hábitos de vida*” en donde las preguntas 3,6,9, y 11 conforman el test CAGE.

Cuestionario general sobre hábitos de vida (CAGE “camuflado”)

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

Otra herramienta que se utiliza para el rastreo de problemas relacionados con el alcohol es el cuestionario **AUDIT** (del inglés *The Alcohol Use Disorders Identification Test*) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y recomendado por la USPSTF cuyas preguntas han sido convenientemente probadas y validadas. Este cuestionario, aunque es sencillo de realizar, es un poco más extenso que el test CAGE ya que consta de diez preguntas que abordan frecuencia e intensidad de consumo alcohol. Este es el único

test desarrollado específicamente para su uso internacional. Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia. Cada una de las preguntas que se formulan tiene una puntuación que va de 0 a 4. El valor máximo que alcanza el test es 40 puntos. Esta puntuación puede interpretarse de manera global y también de manera específica, analizando las preguntas en las que puntuaron. Esto permite una interpretación más detallada de la información que brindan. Así, en general, una puntuación igual o mayor a 1 en las preguntas 2 o 3 indica consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4 a 6 (especialmente, con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de dependencia. Los puntos obtenidos en las preguntas 7 a 10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. De manera global, una puntuación mayor a 8 tiene una sensibilidad de 92% y una especificidad de 94% como indicador de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como una posible dependencia de alcohol. A mayor puntuación, la escala tiene mayor especificidad a expensas de una pérdida de sensibilidad. Su valor predictivo positivo es mayor que cualquier marcador bioquímico. En caso de resultar positivo, siempre es necesario realizar una evaluación más profunda del paciente. En la mayoría de los casos, la puntuación total del AUDIT refleja el nivel de riesgo del paciente relacionado con el alcohol. La puntuación del AUDIT debe interpretarse del siguiente modo para la aplicación de la intervención más apropiada:

Puntuación del Cuestionario AUDIT

Puntuaciones entre 0 y 7: Educación sobre el alcohol

Puntuaciones entre 8 y 15: consejo simple enfocado en la reducción de consumo de riesgo

Puntuaciones entre 16 y 19: terapia breve y monitorización continuada

Iguales o mayores a 20: Derivación al especialista. Requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia

Antes de realizar el cuestionario AUDIT hay que explicarle al paciente que se le van a formular preguntas relacionadas con su consumo de bebidas alcohólicas en el último año; luego, se leen las preguntas tal como están escritas y se registran de manera cuidadosa las respuestas.

Para las preguntas 2 y 3, el término consumiciones se refiere a una bebida estándar y asume que una bebida estándar equivale a 10 gramos de alcohol: aproximadamente 130ml de vino, 300 ml de cerveza o 40ml de bebida con 40% de alcohol.

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol
(AUDIT)

1- ¿Con que frecuencia consume una bebida alcohólica?

- (0) Nunca (Pase a las preguntas 9 y 10)
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) De 2 a 4 veces por mes
- (3) De 2 a 3 veces por semana
- (4) 4 o más veces por semana

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

- (0) 1 ó 2
- (1) 3 ó 4
- (2) 5 ó 6
- (3) 7, 8 o 9
- (4) 10 ó más

3- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más consumiciones alcohólicas en un solo día?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez por 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 es igual a 0

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

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez por 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 por 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) (0) Nunca
- (1) Menos de una vez por 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 por 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) (0) Nunca
- (1) Menos de una vez por mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

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

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

10- ¿Algún 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 último año
- (4) Sí, el último año

Una versión abreviada del test AUDIT lo constituye el cuestionario conocido como **AUDIT-C**, que consiste en formular las tres primeras preguntas del test AUDIT ya que, la primera pregunta interroga sobre la frecuencia de consumo; la segunda valora la cantidad de alcohol bebido en un día de consumo normal y la tercera indaga sobre la frecuencia de episodios de consumo elevado de alcohol. Si la puntuación en el AUDIT-C es mayor de 5 en un varón o mayor de 4 en una mujer, éstos pacientes deben ser invitados a responder el cuestionario de 10 preguntas de AUDIT para una valoración más completa.

Otra herramienta de rastreo recomendada por la USPSTF y el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) es el empleo de **una única pregunta** como:

- **¿Cuántas veces, en el curso del último año, ha tomado X tragos en un día?**

Siendo X = 5 tragos para los varones o 4 tragos para las mujeres y todos los adultos mayores de 65 años. El trago hace referencia a una unidad de bebida estándar equivalente a 10 gramos de alcohol. Se considera positivo con una respuesta mayor o igual a 1 vez.

Manifestaciones clínicas sugestivas de la enfermedad.

Las manifestaciones físicas de la enfermedad son variadas. Ninguna de estas manifestaciones es diagnóstica sino que son evocadoras del alcoholismo, por lo que hay que sospecharlo cuando se presentan. Dichas manifestaciones son un elemento más en la valoración del paciente y su presencia no implica necesariamente enfermedad, al igual que su ausencia, no la descarta. Las principales y las que más frecuentemente se asocian con el uso indebido de alcohol son: rosácea, eritema palmar, arañas vasculares (spiders), náuseas y vómitos matinales, dispepsia y úlcera, reflujo gastroesofágico, disfagia, diarrea recurrente, anorexia, hipertensión arterial, disfunción sexual eréctil, insomnio y otros trastornos del sueño, ansiedad, depresión. En apariencia general: aliento alcohólico, ausentismo laboral, ausentismo escolar frecuente (incluso familiar) historia de traumas frecuentes o lesiones frecuentes.

Exámenes Complementarios.

Ningún test es suficientemente sensible para el rastreo o el diagnóstico de alcoholismo. Siempre tienen que tomarse en cuenta en el contexto del paciente ya que son un elemento más para su adecuada valoración.

Las determinaciones más útiles son el dosaje de la enzima gamma glutamil transpeptidasa (GGT), la medición del volumen corpuscular medio eritrocitario (VCM), el dosaje de las enzimas glutámico-oxalacético transaminasa (GOT) y de la glutámico-pirúvico transaminasa (GPT), la valoración del cociente entre ambas (cociente GOT/GPT), como así también la medición de la fosfatasa alcalina (FAI) Otros marcadores, menos sensibles, son: medición en sangre del ácido úrico y de los triglicéridos

La **GGT** es una enzima hepática que aumenta con el abuso de alcohol y disminuye con la abstinencia, por lo que resulta útil tanto para el rastreo como en el seguimiento de la enfermedad. Se normaliza dentro de las 2 a 4 semanas de la abstinencia. No se informa en el hepatograma convencional, por lo que hay que solicitarla específicamente.

El **VCM** eritrocitario es un índice del tamaño del glóbulo rojo. La macrocitosis (VCM elevado) se debe a un efecto tóxico directo del alcohol sobre la médula y se produce aún sin deficiencias vitamínicas. No es útil para el seguimiento ya que retorna a valores normales mucho tiempo después de la abstinencia.

Las transaminasas (**GOT y GPT**) y la **FAI** tienen baja sensibilidad, por lo que es mejor utilizar el **índice GOT/GPT**. Un índice entre 1,5-2/1 se asocia más a un daño hepático secundario al alcohol más que por otras causas.

La **alcoholemia** es un test que no se utiliza en la práctica clínica cotidiana. Bajo ciertas condiciones puede ayudar al diagnóstico de alcoholismo al valorar el grado de tolerancia que el paciente presenta en relación a su consumo. Habitualmente un paciente que no es alcohólico presentará signos de intoxicación si su alcoholemia es mayor a 100mg/dl por lo que, un dosaje por encima de ese valor sin signos de intoxicación, es fuertemente sugestivo de la enfermedad. Para la *American Council of Alcoholism* una alcoholemia mayor a 150mg/dl sin evidencia de intoxicación es criterio de alcoholismo. Por otro lado, presenta diagnóstico de alcoholismo, un individuo cuya alcoholemia es mayor a 300mg/dl y que no está en coma, ya que sólo un alcohólico puede tolerar estos valores sin estarlo.

En atención primaria el marcador más sensible y específico para el abuso de alcohol es la GGT. Después de ésta, los de mayor rendimiento serían el VCM y la GOT. La determinación conjunta de los tres parámetros elevados mejora el rendimiento, pero no sustituye la exploración de consumo mediante la entrevista.

Sensibilidad y especificidad de los tests de rastreo más utilizados.

Los valores de sensibilidad y especificidad de los tests de rastreo para el alcoholismo son relativos ya que no se cuenta con un test que sea gold standard de referencia como sucede con otras patologías. (El único gold standard es el reconocimiento del diagnóstico por parte del paciente o de su familia)

	Sensibilidad (en %)	Especificidad (en %)
GGT	80	80
VCM	50	90
FAI	60	50
CAGE (1 pregunta positiva)	70	80
AUDIT	92	94

Evaluación de la disposición del paciente al cambio

Es indudable que esto también tiene que evaluarse ya que el éxito terapéutico depende casi exclusivamente del paciente y su familia. Hay que valorar cuanto grado de “conciencia de enfermedad” tiene el paciente al respecto. Evidentemente cualquier estrategia de tratamiento falla si el paciente o su familia están decididos a negar la enfermedad y ocultar el diagnóstico. Entonces es necesario valorar tanto la severidad del problema como la comprensión del mismo por parte del paciente y su familia. Una tarea fundamental del médico será evaluar la disposición del paciente para el cambio. Para ello se debe identificar en qué etapa de su adicción se encuentra, para poder aplicar la intervención más adecuada para el nivel de motivación que el paciente presenta. Para ello se utiliza el **modelo de los 6 pasos**. Esta es una estrategia adaptada del modelo transteorético de Prochaska y Diclemente. Esta estrategia no es exclusiva sólo para la valoración de pacientes con problemas relacionados al uso de alcohol, sino que sirve para evaluar en grado de motivación en cualquier tipo de adicción. Se desarrolla más en detalle en el capítulo de “Tabaquismo”. Aquí se resumen sus aspectos más relevantes.

	Características/ Ejemplos
Precontemplativa	La gente no ve el problema en su conducta “A mí el alcohol me sienta muy bien”
Contemplativa	La persona ve inconvenientes en su hábito “Últimamente noto que me sienta peor”
Preparación	El paciente toma una serie de decisiones para superar su problema

	“Algo tendré que hacer”
Acción	Las personas toman el control para hacer un cambio “Hace una semana que no bebo”
Mantenimiento	La persona persiste en su nueva conducta. Está presente la tentación de recaer “Me resulta difícil, pero pienso que vale la pena”
Recaída	El paciente vuelve a su conducta anterior “No sé cómo ha sucedido, pero vuelvo a beber”

Tratamiento del consumo problemático de alcohol

Ante el paciente con consumo problemático de alcohol el médico debe preguntarse si el paciente tiene conciencia de su enfermedad y si quiere hacer un tratamiento. Luego se plantean dos grandes desafíos: uno, como tratar el síndrome de abstinencia (**periodo de desintoxicación**) y dos, como mantener la abstinencia una vez superado el síndrome de abstinencia (**etapa de mantenimiento o deshabituación**).

Desintoxicación

Una vez discontinuado el consumo de alcohol, en horas o días, se presentará el síndrome de abstinencia. El médico tratante debe valorar el riesgo de que el paciente presente síntomas severos (**Score de CIWA-AR** mayor a 15 puntos) o, incluso, complicaciones como delirium tremens o convulsiones, ya que en estos casos es necesario que el paciente curse el síndrome de abstinencia internado, puesto que su manejo corresponde al especialista. (Tabla 1). En resumen, el Médico de Familia podrá tratar pacientes con síndrome de abstinencia leve o moderada en forma ambulatoria.

Son **factores de riesgo** de abstinencia grave los antecedentes de convulsiones, de delirium tremens, de comorbilidades como enfermedades clínicas o psiquiátricas (Ej.: esquizofrenia, depresión, intentos de suicidio), de historia de síntomas de abstinencia graves, como alucinaciones (táctiles, auditivas o visuales) o el haber tenido otros episodios de abstinencia previamente (efecto o **fenómeno de Kindling**, determina que los cuadros de abstinencia sucesivos serán progresivamente más severos). También tener en cuenta las condiciones sociales del paciente y la contención familiar.

Otros predictores de síndrome de abstinencia severo son la tensión arterial sistólica mayor a 150 mm Hg, la frecuencia cardíaca mayor a 100 lpm, los pacientes añosos, las alteraciones electrolíticas (hipokalemia y/o hipomagnesemia) y la plaquetopenia.

Categoría	Rango de puntaje	Ejemplo
Náuseas y vómitos	0 – 7	0 = No reporta

		1= Leves 7=Náuseas y vómitos constantes
Temblor	0 – 7	0=No reporta 4= Moderado, con palmas extendidas 7= Severo, incluso sin extender los brazos
Sudor	0 – 7	0= No visible 7= Empapado, ropa mojada
Ansiedad	0 – 7	0= No 7= Estado de pánico
Alteraciones táctiles	0 – 7	0= No 7= Alucinaciones táctiles continuas
Alteraciones auditivas	0 – 7	0= No 7= Alucinaciones auditivas continuas
Alteraciones visuales	0 -7	0= No 7= Alucinaciones visuales constantes
Cefalea u opresión de la cabeza	0 – 7	0= No refiere 2= Leve 7= Extremadamente severa
Agitación	0 – 7	0= Actividad normal 4= Moderadamente inquieto 7= Inquietud motora constante
Orientación y nivel de conciencia	0 – 4	0= Orientado, realiza sumas 4= Desorientado globalmente

Tabla 1 – CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol). Evalúa 10 categorías de síntomas con un rango de puntajes. El máximo es 67 puntos. Sirve para valorar la gravedad del síndrome de abstinencia. LEVE < 8 puntos, MODERADO entre 8 y 15 puntos, y SEVERO > 15 puntos. Puntajes más altos son predictores de delirium tremens o convulsiones.

Para el tratamiento se cuenta con medidas higiénico dietarias y con fármacos, aparte del tratamiento psicológico-psiquiátrico (interdisciplinario) y los grupos terapéuticos. El seguimiento debe ser estrecho, sobre todo en las primeras semanas. Hay que citar al paciente a diario para el control de sus síntomas y de la dosis de medicación. El paciente debe tener fácil acceso al equipo de salud ya que el riesgo de recaída y complicaciones es alto. Debe poder concurrir sin turno al consultorio en caso de ser necesario, o disponer del teléfono de algún referente.

Es esencial que algún familiar o conviviente concorra a la consulta a la hora de planificar el tratamiento. También es fundamental que en la vivienda no haya bebidas alcohólicas, ni otros productos que contengan alcohol (perfumes, colonias, alcohol medicinal, colutorios). Se les debe explicar detalladamente el tratamiento, como administrar los fármacos y

brindarles pautas de alarma sobre posibles complicaciones y situaciones que se pueden presentar en este periodo.

Estos pacientes presentan déficits de vitaminas y oligoelementos, ya sea debido a una dieta carencial o por malabsorción de las mismas, por lo tanto debemos realizar el aporte de vitaminas B1, B6 y B12, magnesio y ácido fólico (en caso de macrocitosis). La tiamina (Vitamina B1) en altas dosis (100 a 300 mg día) se utiliza para prevenir o tratar el síndrome de Wernicke-Korsakoff. (Tabla 2)

	Dosis	Indicación
Complejo B B1 15 mg, B6 10 mg, B12 0.010 mg	1 comprimido/día	Prevención deficiencia
Tiamina	100 a 300 mg/día (no más de 7 días)	Wernicke-Korsakoff
Ácido Fólico	1 mg / día VO	Macrocitosis
Magnesio	250-500 mg cada 6 horas VO	Hipomagnesemia

Tabla 2 – Suplementos vitamínicos.

Con el consumo crónico de alcohol se producen cambios adaptativos neuronales, ya que se genera un desbalance entre los receptores inhibitorios GABA (down regulation), y los excitatorios NMDA de glutamato (up regulation). Esto se suma a una hiperactividad del sistema autónomo que ocasiona taquicardia, hipertensión, sudoración, náuseas, entre otros síntomas. Entonces, teniendo en cuenta la fisiopatología del síndrome de abstinencia, se desprende que los fármacos de primera línea para el tratamiento de estos síntomas sean las benzodiacepinas que además reducen el riesgo de convulsiones y de delirium tremens. Por otro lado, debemos tener en cuenta sus propiedades farmacocinéticas (potencia, vida media, metabolismo) para indicarlas correctamente. Las benzodiacepinas se deben utilizar por pocas semanas, luego hay que discontinuarlas, ya que estos fármacos son potenciales drogas de abuso. Las dosis son variables según la sintomatología del paciente. Se puede indicar dosis regladas (ideal para el tratamiento ambulatorio), con rescates, en caso de necesidad, o administrar la medicación según los síntomas (requiere monitoreo estrecho del paciente, ideal en internación) (Tabla 3). Se debe utilizar la menor dosis que disminuya los síntomas por 7 a 10 días, para luego ir descendiendo gradualmente hasta retirarla completamente. Por ejemplo, en los casos más severos se podría llegar a utilizar hasta 90 mg/día de diazepam (o dosis equivalentes de otras benzodiacepinas). El lorazepam es de elección en la insuficiencia hepática y en ancianos.

Benzodiacepina	Dosis equivalente	Vida media	Metabolitos activos
----------------	-------------------	------------	---------------------

	(potencia)		
Clonazepam	0.25 mg	12-24 hs	Si
Lorazepam	0.5-1 mg	12 hs	No
Diazepam	5 mg	> 24 hs	Si

Tabla 3 – Benzodiacepinas de elección para tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólico.

Para disminuir la sintomatología simpaticomimética (hipertensión arterial, taquicardia), se pueden utilizar los betabloqueantes, por ejemplo atenolol, en de 25 mg/día (máximo 100 mg/día), también el propanolol puede ser utilizado.

Existen otros fármacos de segunda línea como carbamazepina, propofol y clonidina (agonista alfa adrenérgico central), pero no recomendamos utilizarlos en atención primaria. Sobre el fenobarbital existen pocos estudios que avalen su uso para tratamiento del síndrome de abstinencia y, asociado a alcohol, causa depresión respiratoria.

Deshabitución

Una vez superado el síndrome de abstinencia, se entra en etapa de mantenimiento o deshabitación, en la que el objetivo es evitar las recaídas. Se le debe brindar apoyo psicológico al paciente tanto en forma individual como grupal. El médico debe sugerir al paciente asistir a grupos de ayuda, como Alcohólicos Anónimos. El seguimiento en el consultorio puede ser semanal, dependiendo del paciente y el medio que lo rodea, para posteriormente, ser mensual o con la frecuencia que se acuerde con el paciente según sus riesgos.

En relación al tratamiento farmacológico (tabla 4), se cuenta con varias opciones:

El **Disulfiram** es un fármaco que actúa sobre la vía metabólica del etanol, bloqueando la enzima Acetaldehído Deshidrogenasa, lo que produce acumulación de acetaldehído. Esto genera en el paciente síntomas como rubicundez, cefalea, náuseas, sudoración, taquicardia y dolor precordial. Su uso como única medicación se encuentra actualmente en discusión.

La **Naltrexona** es un antagonista opioide no selectivo, bloquea los efectos placenteros del alcohol (liberación opioides endógenos: encefalinas) mediados por los receptores opioides μ . Por lo tanto, disminuye el *craving* (deseo imperioso de consumir alcohol) como así también el refuerzo positivo del etanol. Es más efectiva para evitar el “*heavy drinking*” (bebedores pesados) que para mantener la abstinencia.

El **Acamprosato** es un análogo estructural del GABA, tiene efecto agonista GABA y a la vez, bloqueante del receptor NMDA, por lo que estabiliza la actividad glutamatérgica, disminuyendo el estado de hiperexcitabilidad de la abstinencia alcohólica.

	Dosis	Efectos adversos	Contraindicaciones
Disulfiram	Inicio 500 mg día por 2 semanas, luego 250 mg día. Única toma.	Dermatitis, sabor metálico, hepatitis, neuropatía periférica, neuritis óptica	Uso de metronidazol, psicosis, enfermedad coronaria
Naltrexona	50 mg / día única toma	Nauseas, dolor abdominal, cefalea, hepatitis	Uso concomitante de opioides
Acamprosato	666 mg 3 veces al día (comprimidos de 333 mg)	Nauseas, diarrea, prurito, mareos, insomnio, ansiedad, miocardiopatía y tromboflebitis	Insuficiencia renal (Cl Cr menor a 30 ml/min)

Tabla 4- Fármacos utilizados en la etapa de mantenimiento

Reflexión final

Recordar siempre que las recaídas son frecuentes, esto no debe ser motivo de exclusión, por el contrario, se debe seguir motivando al paciente para continuar con el tratamiento. Incluirlo en el sistema de salud, reafirmar prácticas preventivas como las vacunas o la prevención de enfermedades de transmisión sexual, así estaremos reduciendo daños. El alcoholismo es una enfermedad, no un vicio, ni un estilo de vida. Debemos librarnos de prejuicios, mantener la mente abierta durante la entrevista, motivar al paciente y acompañarlo en este camino sinuoso que decidió recorrer en pos de su bienestar. Siempre ser optimistas, el tiempo que esté sin beber es un logro, por mínimo que sea.

Contactos útiles

- Alcohólicos anónimos
 - www.aa.org.ar
 - (011) 4325-1813 CABA
- AL-ANON (grupo para familiares del paciente alcohólico)
 - Contacto: (011) 4382-9229
 - www.alanon.org.ar
- Servicio de Toxicología, Hospital Fernández
 - Cerviño 3356, CABA

- (011) 4808-2600
- SEDRONAR
 - Sarmiento 546, CABA
 - **4320-1240**
 - **Línea 141**

Bibliografía

- Micromedex® Solutions, Truven Health Analytics.
<http://www.micromedexsolutions.com/>
- Management of Drug and Alcohol Withdrawal, Review Article. Kosten T. and O'Connor P.. The New England Journal of Medicine. 2003
- Alcohol Withdrawal Delirium – diagnosis, course and treatment. Mainerova B., Prasko J., Latalova K., Cerna M., Horacek R., Bradacova R.. Biomed Pap Med Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2013
- Recognition and Management of Withdrawal Delirium (Delirium Tremens). Schuckit M.. The New England Journal of Medicine. 2014
- Alcoholismo y otras drogodependencias. Oscar Taboada Díaz y Jesús Alberdi Sudupe. Hospital Universitario de A. Coruña. Coruña. España. 2014.
- Psicofarmacología Esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. Stahl S. 4ª Ed. 2013. Aulamédica.
- Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) Portaferri, 8, pral 08002 Barcelona.
- 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.
- ISBN 978 92 75 32856 9
- AUDIT. Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. (2001)
- The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U. S. Preventive Service Task Force. AHRQ Pub. No. 14-05158 May 2014 ISBN 978-1-58763-439-0
- 3º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Presentación de los principales resultados. Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2013
- Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas. ENPRECOSP (2011) Ministerio de Salud de la Nación
- Sexto Estudio nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media (2014). Boletín N°1. Patrones y Magnitud del Consumo: diagnóstico a nivel del país. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR)

