

# Alcohol: revisión crítica de los principales artículos publicados en los últimos 5 años

Jacinto Mosquera Nogueira

Médico de Familia en CS Bembrive (Vigo). Coordinador del Grupo de Trabajo de Alcohol de AGAMFEC

Carmen Guimeráns Freijeiro

Psicóloga Clínica de la Unidad de Alcoholismo de Vigo. Grupo de Trabajo de Alcohol de AGAMFEC

Cad Aten Primaria  
Año 2009  
Volume 16  
Pág. 60-67

Admitido para publicación en marzo de 2009

## INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica extendida por la mayor parte del mundo, profundamente enraizada en las costumbres gastronómicas y sociales. Representa además un importante sector productivo con un gran potencial económico que le permite, entre otras cosas, un agresivo marketing con un importantísimo apartado publicitario, a pesar de las tímidas restricciones de la legislación. Pero es necesario tener en cuenta que el alcohol que contienen es una sustancia adictiva cuyo consumo continuado puede generar desde un consumo de riesgo hasta una dependencia alcohólica, en un continuum evolutivo que debemos, como médicos de familia, conocer e intervenir. Es, en definitiva, una causa importante de morbimortalidad en todo el mundo, aunque hay una gran variabilidad en las prevalencias de consumo. Es el 3º factor de riesgo individual para enfermar, después del tabaco y la hipertensión<sup>1</sup>.

De forma resumida, el consumo de riesgo es el consumo en personas con contraindicación para el mismo (jóvenes, gestantes, epilépticos, hepatopatas...) o el consumo superior a 28 unidades de bebida estándar (UBE) por semana en varones, 16 en mujeres o más de 5 en una sola ocasión. Hay autores y guías que aplican al sujeto mayor de 65 años sin contraindicación, los límites fijados para las mujeres. La dependencia alcohólica es el trastorno adictivo psicoconductual por el cual el consumidor presenta fenómenos de abstinencia, tolerancia, sigue consumiendo a pesar de los problemas que le provoca ... (criterios DSM-IVR de dependencia a sustancias de abuso de la Sociedad Americana de Psiquiatría)<sup>2</sup>. Y entre ambas entidades (consumo de riesgo y dependencia) están todos los sujetos con consumos que ya le provocan problemas como hepatopatía, conflictos familiares, absentismo, etc... aunque no tengan criterios de dependencia, lo que se conoce como consumo perjudicial.

¿Cuáles serán las funciones del médico de familia ante este problema del consumo de alcohol? Pues sintéticamente, tenemos un papel en la detección de consumos, en la intervención ante consumos de riesgo y en la derivación al nivel especializado de los sujetos con dependencia.

El propósito de la presente revisión es hacer un comentario crítico de las publicaciones más relevantes de **los últimos 5 años**.

## ARTÍCULOS COMENTADOS

### REDUCIR LA CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD POR USO DE ALCOHOL DE RIESGO: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE COSTE-EFECTIVIDAD (2004)

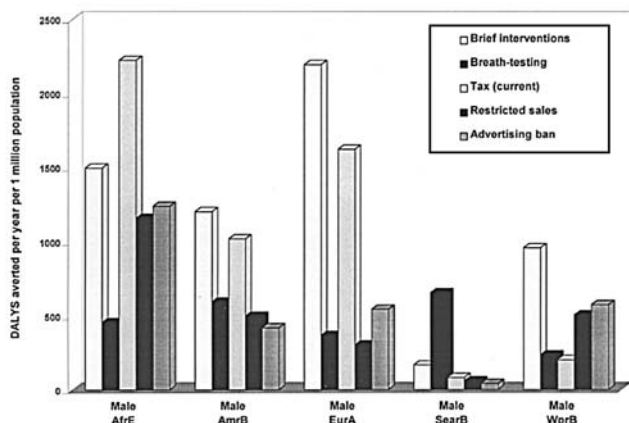
### REDUCING THE GLOBAL BURDEN OF HAZARDOUS ALCOHOL USE: A COMPARATIVE COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS

**Autores:** Chisholm D; Rehm J; Van Ommerem M; Monteiro M  
*J Stud Alcohol* 2004; 65: 782-793<sup>3</sup>

Comenzamos esta relación de artículos con un trabajo de investigación clave para el abordaje del problema de alcohol desde un punto de vista de Salud Pública, pues muestra un análisis de coste-efectividad que debe primar a la hora de diseñar políticas públicas de intervención ante el problema del alcohol. Y lo hace para todas las subregiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificadas según sus tasas de mortalidad infantil y general.

En primer lugar, presenta los datos epidemiológicos del consumo de alcohol excesivo en las diferentes subregiones. A continuación, enumera aquellas intervenciones que han demostrado efectividad a la hora de reducir este consumo: actuación sobre el precio en forma de impuestos, legislación restrictiva del consumo de alcohol durante la conducción y el control de alcoholemia como medida de presión para su cumplimiento, intervenciones breves en Atención Primaria, regulación restrictiva sobre la venta (edad mínima para comprar, control de locales de venta, horario de cierre, etc), y campañas publicitarias. En tercer lugar, proporciona los datos de efectividad de cada una de ellas y hace un análisis comparativo entre ellas, como vemos en la figura 1. Se presentan los datos de varias de las subregiones de la OMS y podemos fijarnos en que en la Europa A (denominada así por

su baja tasa de mortalidad general e infantil), la estrategia más efectiva es proporcionar intervenciones breves en Atención Primaria de detección e intervención.



Fuente: Chisholm 2004

FIGURA 1

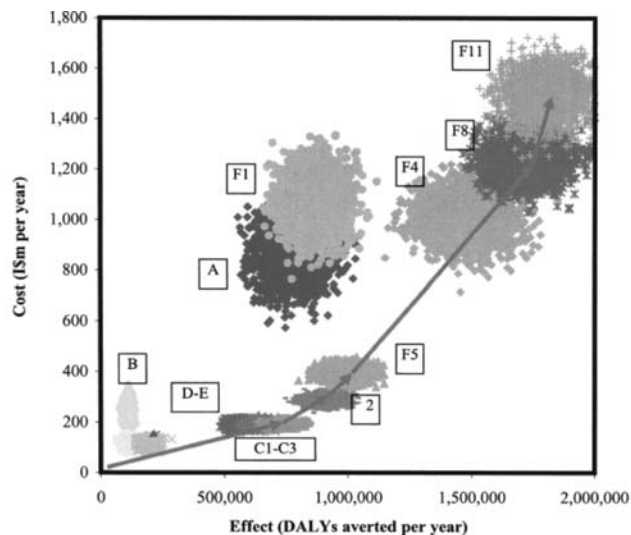
Comparación de la efectividad de las diferentes intervenciones en varones para reducir el consumo de alcohol, en diferentes subregiones OMS.

En 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un sofisticado modelo de evaluación y análisis del coste-efectividad de intervenciones para promover la salud que denominaron con el acrónimo WHO-CHOICE. Este modelo incluye una perspectiva social en el análisis de coste-efectividad y permite, además, comparar diferentes intervenciones entre sí y diferentes combinaciones de intervenciones. Pues bien, el artículo que estamos comentando, precisamente aplica esta metodología a las intervenciones frente al consumo excesivo de alcohol. En el modelo de análisis propuesto se parte de una población, con sus correspondientes tasas de nacimientos y de mortalidad, en la que incide el alcohol como factor de riesgo para enfermar. En relación con este factor, se define la incidencia del consumo de alcohol excesivo, los casos de muerte atribuibles a éste y los casos de remisión. Y además, todo el análisis proyecta a 100 años el impacto de no intervenir y de cada una de las intervenciones analizadas, implementadas durante 10 años. El resultado de una intervención determinada se expresa en AVAD (años de vida perdidos por muerte o discapacidad) evitados.

Los costes de las intervenciones son conocidos por estudios previos de investigadores locales. En la figura 2 mostramos gráficamente el resultado en Europa A. Vemos como las intervenciones más coste-efectivas tienen que ver con los impuestos, lo que se explicaría por el reducido coste de esta intervención. Las Intervenciones breves, que recordemos eran las más efectivas, pasan a ser menos coste-efectivas que los impuestos, sin duda por los costes.

Como decíamos al principio de este comentario, los análisis de coste-efectividad son los que deben dirigir las políticas sanitarias. Pero es evidente que no siempre es así, pues la tributación del vino en nues-

tro país, por ejemplo, es cero (salvo el impuesto sobre el valor añadido), mientras que los controles de alcoholemia se hacen por millones.



A: consejo médico breve; B: controles de alcoholemia; C1: nivel impositivo actual; C2: nivel impositivo actual más un 25%; C3: nivel impositivo actual más un 50%; D: restricciones a la accesibilidad; E: campañas publicitarias; F1: a + B; F2: C3 + E; F4: A + C3; F5: C3 + E + D; F8: A + C3 + E + D; F11: A + C3 + B + E + D.

Fuente: Chisholm 2004

FIGURA 2

Análisis comparativo de la eficiencia de las intervenciones en alcohol en Europa

## INTERVENCIONES DE DETECCIÓN Y CONSEJO CONDUCTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA REDUCIR EL ABUSO DE ALCOHOL: ESTADO DE LAS RECOMENDACIONES (2004)

### SCREENING AND BEHAVIORAL COUNSELING INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE TO REDUCE ALCOHOL MISUSE: RECOMMENDATION STATEMENT

Autores: U.S. Preventive Services Task Force

*Ann Intern Med* 2004; 140: 554-556<sup>4</sup>

Este resumen de la Guía de recomendaciones de los U.S. Preventive Services Task Force, incluye dentro del concepto de abuso de alcohol ("misuse") tanto el consumo de riesgo ("risky/hazardous") como el perjudicial ("harmful").

El consumo de riesgo es definido en Estados Unidos de forma cuantitativa: más de 14 unidades semanales de bebida en varones, más de 7 en mujeres y más de 4 por ocasión en varones y 3 en mujeres. Estos límites son inferiores a los que utilizamos en nuestro país. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud<sup>5</sup>, señala como límite las 28 unidades semanales en varones y las 16 en mujeres.

Pues bien, en esta guía, se considera que las tareas de detección y consejo para reducir el abuso de alcohol en adultos (incluyendo gestantes), realizadas en el ámbito de Atención Primaria tienen un grado de recomendación B, lo que, literalmente, significa que "se recomienda que los clínicos lo realicen, pues existe suficiente evidencia de que mejora la salud y que los beneficios superan a los daños potenciales". Esta intervención permite identificar pacientes con niveles de consumo o patrones de consumo que sin tratarse de una dependencia alcohólica, pone al sujeto en riesgo de incrementar su morbilidad.

Sin embargo, esta recomendación en adolescentes tiene una recomendación I, lo que significa que "la evidencia es insuficiente y de escasa calidad para recomendarlo rutinariamente, no estando claro el balance entre beneficios y daños potenciales".

En artículo aparte<sup>6</sup>, se presentan las evidencias que soportan las recomendaciones para adultos. De forma resumida, se trata de una revisión sistemática de las evidencias disponibles en ese momento sobre la eficacia de las intervenciones breves de consejo conductual proporcionadas en Atención Primaria, para reducir el consumo de riesgo y el consumo perjudicial de alcohol.

Tras la búsqueda bibliográfica correspondiente, se identificaron 12 ensayos clínicos de calidad y relevancia suficiente para ser incluidos. Las intervenciones realizadas no exceden los 15 minutos y puede haber contactos posteriores de seguimiento.

De forma global, los participantes en los grupos de intervención reducen entre un 13 y un 34% más su consumo de alcohol que los participantes de los grupos control en los 6-12 meses siguientes. Además la proporción de bebedores que consiguen un consumo dentro de los niveles que se consideran seguros es un 10-19% mayor en los grupos de intervención.

## FÁRMACOS PARA TRATAR LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA (2005)

### MEDICATIONS FOR TREATING ALCOHOL DEPENDENCE

**Autores: Williams S.**

*Am Fam Physician 2005; 72: 1775-80<sup>7</sup>*

En esta revisión publicada en la revista de la Asociación Americana de Médicos de Familia se revisan los tratamientos farmacológicos para la dependencia alcohólica. Los tratamientos que han sido aprobados por la Food And Drg Administration (FDA) son el disulfiram, el acamprosato y la naltrexona. Asimismo, revisa otros fármacos que, aún sin tener esa aprobación, han sido probados para tratar esta patología. Si bien es cierto que la dependencia alcohólica es una patología que se debe derivar al nivel especializado, también es cierto que los pacientes que la padecen tienen otras patologías y toman otros fármacos, por lo que es de gran utilidad conocer estos fármacos, sus contraindicaciones, sus

efectos secundarios, así como realizar el habitual seguimiento de su cumplimentación correcta.

### Naltrexona

Es un antagonista opioide ya utilizado con anterioridad en la dependencia a la heroína. Bloquea los receptores opioides mu, y así, reduce el refuerzo que significa el consumo de alcohol en el mantenimiento del mismo, pues el alcohol comparte vías catabólicas con el sistema opioide.

Una revisión sistemática de la Cochrane, mostró una reducción de las tasas de recaída a corto plazo con el uso de naltrexona en combinación con el tratamiento psicosocial de la dependencia. Los excelentes resultados aportados por esta revisión (el número de sujetos a tratar es de 5) han hecho que la recomendación para utilizarla sea de grado A, es decir, basada en pruebas consistentes de alta calidad. Quedaría por aclarar si estos resultados a corto plazo, se mantienen a lo largo del tiempo.

La dosis utilizada es de 50 mg en una sola toma. Es hepatotóxica de forma dosis dependiente, pero esto ocurre solo a dosis mucho mayores que la recomendada en esta patología. Pero no hay que olvidar que estamos hablando de pacientes con alta prevalencia de lesión hepática secundaria al alcohol. La recomendación es monitorizar las transaminasas primero mensualmente y luego trimestralmente.

Es bien tolerada. El efecto adverso más común (10% de los pacientes) es náuseas. Es categoría C en la gestación (efectos adversos en animales, pero no en humanos).

Posteriormente a este artículo se publicó el estudio COMBINE<sup>8</sup>, que también confirmó la efectividad de la naltrexona frente a placebo.

### Acamprosato

Es un bloqueador de los receptores glutamérgicos y activador de los GABA-érgicos. Su utilización en la dependencia alcohólica por aprobación de la FDA tuvo como base una revisión sistemática que demostró como reduce las tasas de recaída a corto y largo plazo (más de 6 meses) combinado con el tratamiento psicosocial correspondiente. El número de sujetos a tratar (NNT) para prevenir una recaída es de 8. Como en el caso de la naltrexona, también se analizan metas intermedias como número de días sin consumir, menor cantidad de consumo por día que se consume, etc.

La dosis utilizada varía con el peso. En pacientes con más de 60 kg se prescribe a dosis de 2 comprimidos de 333 mgs tres veces al día. En menores de 60 Kgs, la dosis es de 1-1-2.

Es bien tolerado, apareciendo diarrea transitoria en el 10 % de los pacientes. Está contraindicado en la insuficiencia renal y en la hepática avanzada. También es categoría C en la gestación.

### Disulfiram

Es un inhibidor de la acetaldéhidó deshidrogenasa, y como tal, bloquea el paso a ácido del aldehído. La acumulación de este aldehído produce la desagradable, y peligrosa en ocasiones, reacción "antabús". Aprobado por la FDA, el grado de recomendación para su uso es de tipo B (pruebas de inconsistente o limitada calidad). Parece reducir la frecuencia de días con consumo, pero no las tasas de recaídas. No se recomienda su uso rutinario en Atención Primaria.

Al contrario que los precedentes, es un fármaco con muchos años de experiencia. En opinión del autor de esta revisión crítica, el éxito del disulfiram tiene que ver fundamentalmente con la adherencia, lo que hace más necesario incluso su combinación con un tratamiento psicossocial en lo que se ha dado en llamar programas de refuerzo comunitario.

La dosis habitual es un comprimido diario de 250 mg, con un máximo de 2. Tiene una gran lista de contraindicaciones: psicosis, enfermedad cardiovascular descompensada, enfermedad pulmonar severa, fallo renal, diabetes, cirrosis severa. También es categoría C para la gestación.

No está citada en esta revisión la cianamida cálcica. Su forma galénica en gotas de características organolépticas neutras, ha favorecido su uso, y su abuso, sin conocimiento del paciente. No creo necesario insistir en que esta práctica debe desterrarse. La cianamida cálcica tiene las mismas contraindicaciones que el disulfiram y alguna más como los trastornos tiroideos.

### INTERVENCIÓN PRECOZ PARA REDUCIR EL USO DE SUSTANCIAS PERJUDICIAL PARA EL DESARROLLO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE POBLACIONES JUVENILES

#### INTERVENING EARLY TO REDUCE DEVELOPMENTALLY HARMFUL SUBSTANCE USE AMONG YOUTH POPULATIONS

**Autores:** Lubman DI, Hides L, Yücel M, Toumbourou JW

*MJA 2007; 187: S22-S25<sup>9</sup>*

Existe una gran alarma social sobre el consumo de sustancias psicoactivas en las poblaciones juveniles. Esta alarma social no está exenta de razones científicas como por ejemplo, el hecho de que el alcohol no tiene un dintel de seguridad en la población juvenil (es decir, no hay ninguna cantidad que se pueda considerar inocua). Por otra parte, es propio de la adolescencia la experimentación con estas sustancias, la exploración de los límites fijados por los adultos. Los mismos adultos que, por cierto, suelen tener una actitud complaciente con el propio consumo y dejan de ejercer un papel ejemplarizante y coherente.

Partiendo del hecho de que hay pocas cosas con evidencias sólidas en el campo de la prevención, pero que estamos obligados a seguir

buscándolas, este artículo me parece imprescindible para conocer la situación de la que partimos y lo que debemos buscar.

De forma resumida:

- Se plantea que el comienzo precoz o el uso frecuente de sustancias durante la adolescencia, incrementa el riesgo de desarrollar problemas de salud mental durante la adolescencia tardía y las primeras etapas de adulto. Además de problemas de salud mental, también se plantean problemas de dependencia a drogas, dificultades sociales, fracaso escolar, problemas de salud física, etc.
- Las tasas crecientes de consumo de alcohol en población juvenil, plantean la necesidad de desarrollar políticas de prevención basadas en la evidencia.
- Existen medidas de política sanitaria preventiva de carácter universal que deberían ser prioritarias: restricción del acceso al uso de sustancias, retraso de la edad en que las sustancias legales pueden ser adquiridas, restricción de publicidad en que se presentan modelos positivos del uso de sustancias, restricción de promociones publicitarias con los jóvenes como reclamo o como receptor.
- Las campañas publicitarias en los medios de comunicación deben ser coherentes y crebles, con mensajes basados en evidencias, y de carácter masivo.
- Políticas claras y guías de actuación para padres.
- Deben diseñarse programas dirigidos específicamente a adolescentes con familias en las que existe consumo de sustancias, a jóvenes con fracaso escolar y a jóvenes con problemas de salud mental.
- A nivel sanitario, se debe realizar un programa de detección de consumos y de intervención en aquellos casos detectados. Este programa se realizará por cualquier personal sanitario en contacto con los adolescentes.

La lectura de estas recomendaciones promueve reflexiones y debates sobre lo que en realidad se está haciendo. A nivel sanitario, ¿se realiza una detección comprometida o, simplemente, se hace una pregunta mecánica porque lo dice el PAPPs? ¿sabemos qué hacer si nos dice que consume alguna sustancia?. Más globalmente ¿tenemos formación para tratar con los adolescentes? ¿manejamos éticamente el dilema sobre la confidencialidad de los menores de edad y la preocupación de los padres?.

En cuanto al ámbito escolar, la obligatoriedad de la enseñanza primaria y, parcialmente, de la secundaria coloca a todo el universo de niños y adolescentes en una institución que debe sin duda aumentar su compromiso en este tema. Y no con las inútiles pero habituales "charlas" informativas (que, por supuesto, no aparecen reflejadas en este artículo). Las actuaciones deben ser selectivas sobre sujetos con factores de riesgo (adolescentes de riesgo). La detección de los mismos (familias con algún componente consumidor de sustancias,

fracaso escolar, etc) requiere formación en estos temas por parte del profesorado, orientadores, etc., así como una adecuada coordinación con los servicios sociales, los servicios sanitarios, etc.

### **TRASTORNOS DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL: UNA GUÍA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS: A GUIDE FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS**

**Autores: British Medical Association – Junio 2007<sup>10</sup>**

Esta es una guía prolija, documentada y con recomendaciones claramente definidas sobre un grave problema que conlleva el consumo de alcohol durante el embarazo: las consecuencias sobre el feto del consumo materno. Estas consecuencias se presentan como un amplio espectro de anomalías morfológicas y psíquicas que, cuando se presentan en su conjunto, conforman el conocido como síndrome alcohólico-fetal (SAF). Este síndrome se caracteriza por:

- Daño a nivel de Sistema Nervioso Central que condiciona diferentes problemas: déficit de atención, discapacidad intelectual, trastornos del aprendizaje, trastorno de coordinación y de funciones como la función ejecutiva y de planificación, la memoria de trabajo y el lenguaje, etc.
- Malformaciones faciales.
- Retraso del crecimiento antenatal y baja talla postnatal y final.

Este síndrome alcohólico-fetal y todas las formas incompletas del mismo (síndrome alcohólico-fetal parcial, defectos en el nacimiento relacionados con el alcohol, trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol), conforman los trastornos del espectro alcohólico-fetal.

Esta patología tiene la evidente singularidad de que es prevenible en su totalidad, mediante la eliminación del consumo de alcohol durante la gestación. Esta guía recoge las recomendaciones de prevención basadas en la evidencia que listamos a continuación:

- Establecimiento de un mecanismo de notificación de casos de SAF con fines epidemiológicos que permita conocer con mayor exactitud la magnitud del problema.
- Necesidad de nuevas investigaciones que clarifiquen completamente los mecanismos teratogénicos del alcohol.
- Necesidad de complementar programas de entrenamiento en prevención y diagnóstico de esta patología, en el personal sanitario.
- Las mujeres gestantes o que planifican gestación deben ser aconsejadas para no consumir alcohol.
- El Gobierno debe priorizar políticas de Salud Pública en alcohol que han demostrado eficiencia como elevar el nivel impositivo de las bebidas alcohólicas y como restringir el acceso a las mismas.

- Todos los profesionales sanitarios deben proveer de forma rutinaria consejo en todas las fases de la gestación acerca de los riesgos del consumo materno de alcohol, así como suplementar este consejo con información escrita clara, concisa y adecuada.
- Detección del consumo materno de alcohol como parte rutinaria de la evaluación de la gestación. Todos los profesionales sanitarios en relación con la gestante deben monitorizar y actualizar esta información.
- Ofrecer consejo breve a toda mujer gestante o que planifica gestación, en la que se sospeche o se confirme consumo bajo o moderado de alcohol. Todos los profesionales sanitarios en relación con la gestante deben estar entrenados en proporcionarlo.
- Los Servicios de Salud deben tener programa específico para la gestante consumidora de alcohol que permita proveer de tratamiento especializado a toda mujer con consumos importantes o historia de consumo perjudicial, adicción al alcohol o hijo previo con SAF.

Todas estas recomendaciones deben recordarnos a todos los profesionales implicados en el cuidado de la mujer gestante, la importancia de que no consuma bebidas alcohólicas y de intervenir en el caso de que lo haga para prevenir el SAF. Como se explicita en el texto, esta intervención debe realizarse idealmente en la consulta preconcepcional, pero si ésta no se ha producido o la intervención no ha sido eficaz, se debe repetir en cualquier consulta y, en caso de dificultad para cesar en el consumo, debe derivarse con carácter urgente a la Unidad de Alcohol correspondiente.

### **CONSUMO DE ALCOHOL Y RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA EN VARONES CON HIPERTENSIÓN ALCOHOL CONSUMPTION AND RISK FOR CORONARY HEART DISEASE AMONG MEN WITH HYPERTENSION**

**Autores: Beulens JW, Rimm EB, Ascherio A., Spiegelman D., Hendriks HF y Mukamal DJ**

*Ann Intern Med. 2007; 146: 10-19<sup>11</sup>*

La HTA es un grave problema de Salud Pública, fundamentalmente por su estrecha asociación con la enfermedad cardiovascular. Está probado que el consumo de alcohol tiene asimismo una estrecha asociación con el riesgo de HTA. Pero, sin embargo, hay estudios que muestran una relación inversa entre el consumo de alcohol y la enfermedad cardiovascular.

Para estudiar esta relación se diseñó este estudio en el que se parte de una muestra que forma parte de una cohorte de individuos varones profesionales sanitarios en Estados Unidos, enrolados en 1986 en el Health Professionals Follow-up Study (HPFS) de 40-75 años de edad para un seguimiento prospectivo epidemiológico. De esta cohorte total se incluyeron en el estudio aquellos que eran hipertensos diagnosticados entre 1975 y 1986 (y que no informaban de cambios en su consumo de alcohol en este período) y los

que fueron diagnosticados de hipertensos durante el seguimiento del estudio.

Se excluyeron: historia inicial de enfermedad cardiovascular, ictus o cáncer; HTA diagnosticada después de un evento cardiovascular; información nutricional inicial incompleta o poco creíble; falta de datos de tabaquismo, actividad física o índice de masa corporal; problemas técnicos en el cuestionario inicial.

Se trata por tanto de un estudio prospectivo de una cohorte extraída de una muestra más amplia con los criterios de inclusión y exclusión ya citados. Se realiza una encuesta inicial sobre dieta e historial médico y autoinformes bienales para actualizar la información basal y la aparición de eventos cardiovasculares. Con respecto al consumo de alcohol, se evaluaba con un cuestionario inicial que se repitió cada 4 años.

Este aspecto de que la información sea proporcionada por el propio sujeto, podría representar un sesgo. Para controlarlo se procedió a cuantificar el error de medida.

En el estudio se consideran episodios (end points) primarios la aparición de infarto agudo de miocardio fatal y no fatal o de ictus. Otros episodios a medir son: muertes por cualquier causa, muertes por enfermedad cardiovascular, muertes por causas influidas por el consumo de alcohol (cirrosis, cánceres con relación con el consumo de alcohol, accidentes, neumonías, ictus hemorrágicos)

Los resultados obtenidos se resumen a continuación. Se estudiaron 11.711 varones hipertensos y sus características basales se categorizaron según el consumo de alcohol en gramos/día (0; 0,1-4,9; 5,0-9,9; 10,0-14,9; 15,0-29,9; 30,0-49,9; >50,0): se encontró que, a mayor consumo, aumentaba el uso de medicación antihipertensiva, aumentaba la prevalencia de tabaquismo y disminuía la prevalencia de diabetes. Licores y cerveza fueron las bebidas alcohólicas consumidas en mayor cantidad.

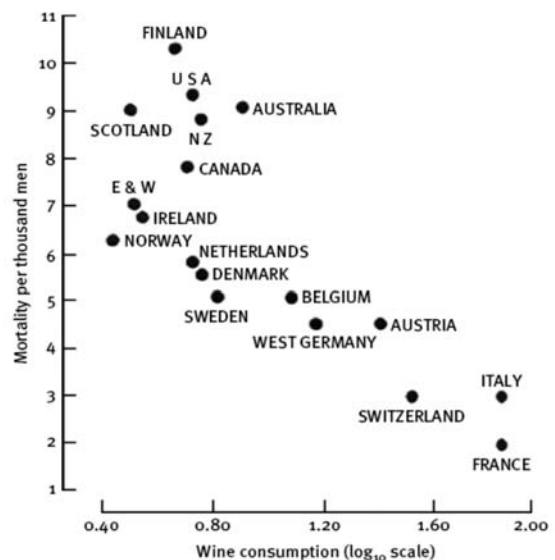
Durante el período de seguimiento se produjeron 653 infartos (279 fatales y 374 no fatales). El riesgo relativo de presentar un episodio coronario presenta una relación inversa con el consumo de alcohol: 0,81 (IC 0,60-1,08) para consumo de 5-9,9 grs/día de alcohol; 0,68 (IC 0,51-0,91) si 10,0-14,9; 0,72 (IC 0,54-0,97) si 15,0-29,9; 0,67 (IC 0,48-0,94) si 30,0-49,9; y 0,4d1 (IC 0,22-0,77) si > de 50 grs/día de alcohol.

Se procedió a corregir estos resultados planteando un error de medida (measurement error) de incremento en el consumo de alcohol de 12,5 gramos/día: el riesgo fue ligeramente menor (0,68) que los resultados no corregidos (0,85), permaneciendo la relación inversa estadísticamente significativa. Esta relación no se demostró en la muerte por cualquier causa ni en la muerte por enfermedad cardiovascular ni en el ictus.

Los resultados de este estudio señalan la relación inversa entre consumo moderado de alcohol y riesgo de infarto, pero no con la mortalidad por cualquier causa ni con la mortalidad cardiovascular.

La recomendación práctica sería que en varones hipertensos que consumen alcohol de forma moderada, no es necesario indicar abstinencia de bebidas alcohólicas, salvo contraindicación.

Estos planteamientos no pueden significar una promoción del consumo moderado de alcohol en personas no consumidoras. Desde un punto de vista de Salud Pública es necesario mantener la presión contra el consumo de una sustancia adictiva como es el alcohol. Pero sí parece adecuado no obligar a abstenerse a aquellas personas que hacen un consumo moderado.



Fuente: St Leger 1979

FIGURA 3

Gráfico de mortalidad frente a consumo de vino en diferentes poblaciones de todo el mundo

## ALCOHOL, VINO Y SALUD CARDIOVASCULAR (2008)

### ALCOHOL, WINE AND CARDIOVASCULAR HEALTH

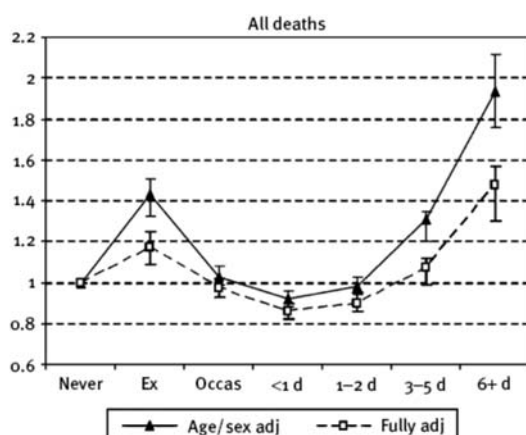
Autores: Lindberg M; Amsterdam E

*Clin. Cardiol.* 31, 8: 347-351<sup>12</sup>

Al lado de numerosas evidencias sobre los múltiples efectos perjudiciales del consumo de bebidas alcohólicas, han aparecido en las últimas décadas diferentes artículos que muestran efectos beneficiosos para la salud, evidentemente cuando el consumo es moderado. Estos beneficios parecen focalizarse en el sistema cardiovascular y, sobre todo, en la enfermedad coronaria.

Todo empezó cuando estudios epidemiológicos como el MONICA<sup>12</sup>, mostraron lo que se popularizó como “paradoja francesa”. Como

vemos en la figura 3, en países como Francia, con alto consumo per cápita de alcohol, se presentan tasas de mortalidad más bajas. Esto dió lugar a diferentes interpretaciones y se pusieron en marcha extensos estudios de cohortes para profundizar en esta cuestión. En general, estos estudios presentan una consistente relación ente consumo de alcohol y salud cardiovascular. Y esta relación se presenta como una relación en U o en J, por la forma que adquiere la curva de mortalidad, de tal forma que, según aumenta el consumo de alcohol por encima de 2 unidades diarias, aumenta la mortalidad. Por contra, esta curva se aplana e incluso disminuye con consumos entre 0 y 2.



Fuente: Klatsky 2007

**FIGURA 4**

Curva de mortalidad en relación con el consumo de alcohol

A modo de ejemplo, presenta resultados de Klatsky<sup>14</sup>, que reproducimos en la figura 4. Se observa como el riesgo de mortalidad es ligeramente menor con consumos menores de 3 bebidas alcohólicas diarias que con ningún consumo.

Otra variable analizada es la edad. En los ancianos, la presencia de morbilidad crónica y de toma de múltiples medicaciones, parece estar en la base de resultados como los del estudio NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey). Los sujetos varones que son bebedores de riesgo (aquellos que consumen más de 2-3 consumiciones diarias más de 2 veces por semana y que presentan comorbilidad médica o psiquiátrica) tienen una mortalidad por todas las causas mayor que los no bebedores.

Con respecto al sexo, los estudios en mujeres presentan limitaciones. Cualquier resultado beneficioso para la salud cardiovascular, está mediatizado por la contribución probada del alcohol al cáncer de mama. En cualquier caso, una cohorte reciente muestra similar beneficio en mortalidad total que en varones, pero con un consumo menor de alcohol (menos de una consumición diaria).

Otro punto de interés tiene que ver con el tipo de bebida alcohólica consumida, pues varios estudios prospectivos presentan una menor

mortalidad total y cardiovascular con el consumo moderado de vino que con el consumo de cerveza o destilados.

Las conclusiones de los autores son las siguientes:

- El consumo moderado de alcohol (1-2 unidades en varones y 1 en mujeres y ancianos) se asocia a beneficio en la morbilidad cardiovascular.
- Este beneficio parece ser mayor con el vino, quizás por su concentración de polifenoles.
- Esta relación ente alcohol y mortalidad no está claro si es causal o una mera asociación.
- Parece razonable recomendar a los sujetos que beben alcohol que lo hagan por debajo de los límites señalados y en forma de vino.
- No hay pruebas suficientes para recomendar que inicien consumo los sujetos abstinentes.

Y estas conclusiones deben ser las que traslademos a nuestros pacientes cuando nos pregunten o al diseñar un plan de tratamiento y/o cuidados.

#### EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES BREVES EN ALCOHOL EN POBLACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA (2009)

#### EFFECTIVENESS OF BRIEF ALCOHOL INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE POPULATIONS (REVIEW)<sup>15</sup>

**Autores:** Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar de  
*Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art n°: CD004148. DOI: 10.1002/14651858. CD004148.pub3*  
Accesible en: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)

Finalizamos esta revisión con el artículo publicado más recientemente, y que además es una revisión realizada por la Cochrane Collaboration. De alguna forma, terminar con este artículo tiene como misión reforzar la imperiosa necesidad de incluir en nuestras tareas como médicos de familia, la intervención de detección y consejo a los consumidores de riesgo, además de diagnosticar los casos de dependencia alcohólica, para su derivación al nivel especializado.

El objetivo de esta revisión fue evaluar la efectividad de la intervención breve para reducir el consumo de alcohol, proporcionado en Atención Primaria. Para ello se seleccionaron, mediante la metodología habitual, aquellos ensayos clínicos aleatorizados que incluían pacientes atendidos en Atención Primaria en que se realizó una intervención breve. Se entiende como tal desde una sesión única hasta no más de 4. Las variables primarias que se utilizaban eran: cantidad de alcohol consumida en un tiempo determinado, frecuencia de consumo en un tiempo determinado, intensidad del consumo (número de unidades consumidas por día), consumo dentro de los límites

recomendados por las guías, marcadores de consumo de alcohol como la gamma-glutamilttransferasa (GGT) o el volumen corpuscular medio (VCM), efectos perjudiciales al sujeto consumidor o sobre otros.

Se incluyeron en el metaanálisis un total de 22 ensayos (5 de ellos realizados en España) con 7.619 participantes. La media de duración total de la intervención (primera sesión más las revisiones) fue de 25 minutos (rango de 7,5-30), de un máximo de 10 minutos en los controles, y de 65-175 minutos en las ramas de intervención extensa que se incluían en 5 de los ensayos. La efectividad de la intervención breve fue clara frente al grupo de control durante un seguimiento de, al menos, un año: el consumo de alcohol por semana se redujo en 38 gramos (IC 95%: 23-54). Se advierte de una gran heterogeneidad en los resultados, es decir, los beneficios estimados varían sustancialmente entre los distintos ensayos.

Al cruzar con la variable género (presente solo en 6 ensayos), se encontró que no hay diferencias entre el grupo de intervención y el de control en mujeres. Los beneficios en varones son claros, pues se reduce el consumo en 57 gramos por semana (CI 95%: -25 hasta -89), mientras que en mujeres la reducción es solo de 10 gramos (CI 95%: -48 hasta +29).

Asimismo, las intervenciones más intensivas eran más efectivas que las de menor tiempo de exposición, pero sin alcanzar la significación estadística.

Este reciente metaanálisis presenta unos resultados que apoyan la intervención breve en Atención Primaria, al menos en varones. La situación del consumo en la mujer presenta también en este ámbito una complejidad especial. Es conocida la dificultad para detectar consumos en las mujeres, al menos en edades medias de la vida. Influyen probablemente factores culturales de la población femenina y, también de los propios médicos. Es posible que debamos profundizar en el estilo de entrevista con la mujer consumidora, en el sentido de una desestigmatización y una intervención motivacionalmente específica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. WHO 2002: "Informe sobre la salud en el mundo 2002". Accesible en: [www.who.int/whr/2002/es](http://www.who.int/whr/2002/es)
2. American Psychiatric Association: "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IVR)". Editado por American Psychiatric Publishing Inc 2000.
3. Chisholm D; Rehm J; Van Ommerem M; Monteiro M: "Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis". *J Stud Alcohol* 2004; 65: 782-793
4. U.S. Preventive Services Task Force: "Screening and behavioral counseling interventions in Primary Care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004; 140: 554-556.
5. Grupo de expertos del PAPPs en educación para la salud y en prevención cardiovascular: "Recomendaciones sobre el estilo de vida" 2007. Accesible: [http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2007/2746\\_estilo\\_vida.pdf](http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2007/2746_estilo_vida.pdf)
6. Whitlock E.; Polen M.; Green C.; Orleans T.; Klein J.: "Behavioral counseling interventions in Primary Care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force". *Ann Intern Med* 2004; 140: 557-568.
7. Williams S.: "Medications for treating alcohol dependence" *Am Fam Physician* 2005; 72: 1775-80
8. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA: "Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (the COMBINE study): a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2003-17
9. Lubman DI, Hides L, Yücel M, Toumbourou JW: "Intervening early to reduce developmentally harmful substance use among youth populations" *MJA* 2007; 187: S22-S25
10. British Medical Association – 2007: "Fetal alcohol spectrum disorders: a guide for healthcare professionals". Accesible en: [http://www.bma.org.uk/health\\_promotion\\_ethics/alcohol/Fetalalcohol.jsp](http://www.bma.org.uk/health_promotion_ethics/alcohol/Fetalalcohol.jsp)
11. Beulens JW, Rimm EB, Ascherio A., Spiegelman D., Hendriks HF y Mukamal DJ: "Alcohol consumption and risk for coronary heart disease among men with hypertension". *Ann Intern Med.* 2007; 146: 10-19
12. Lindberg M; Amsterdam E : "Alcohol, wine and cardiovascular health". *Clin. Cardiol.* 2008; 31, 8: 347-351
13. St Leger AS, Cochrane AL, Moore F: "Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine". *Lancet* 1979; 1:1017-1020
14. Klatsky AI, Udaltsova N: "Alcohol drinking and total mortality risk" *Ann Epidemiol* 2007; 17: S63-S67
15. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar de: "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (review)". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art n°: CD004148. DOI: 10.1002/14651858. CD004148.pub3. Accesible en: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com).