

# PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Guía de Actuación Clínica en A. P.

## AUTORES

**Lucas Jiménez Cruzado**

Médico de Familia del Centro de Salud Carrús. Elche

**Maria José Hidalgo Quiles**

Médico de la Unidad de Alcohología del área 19. Elche

**Jorge Vicente Piñol**

Enfermero del Centro de Salud Carrús. Elche

**Encarnación Costa Pérez**

Médico de Familia del Centro de Salud de San Vicente del Raspeig. Alicante



# 1. INTRODUCCIÓN.

## a) Delimitación del problema.

-La perspectiva desde la que se analizan los efectos perjudiciales del consumo de bebidas alcohólicas, se ha modificado en los últimos tiempos. Desde esta óptica se ha establecido el concepto de “Problema Relacionado con el Alcohol” (PRA), que comprendería “un grupo heterogéneo de problemas de salud de índole física, psíquica o social asociadas al consumo de alcohol, ya sea de forma ocasional o continua” 1. Ver Anexo 1 y 2.

-Aunque el factor de riesgo para padecer un PRA más claramente establecido es la cantidad de alcohol puro que se consume en un tiempo determinado, el tipo de PRA se puede relacionar con cómo se distribuye el consumo, existencia de episodios de intoxicación, tipo de bebida y factores sociales. Beber es un hecho social y cultural, siendo su uso moldeado regulado y aprendido de acuerdo con un contexto. El “aprender a beber” tendría como finalidad definir el consumo de alcohol en función de normas y situaciones para que cumpla sus papeles sociales con el menor riesgo. Saber cómo, cuánto, con quién y en donde se bebe es parte del aprendizaje para practicar una bebida prudente 1.

La bebida prudente no es solo ligera, sino que es “no problemática” para el individuo y su entorno. Hablaremos de un consumo de riesgo cuando el sujeto bebe por encima de unas cantidades o en situaciones no adecuadas (conducción de vehículos) o establece relaciones subjetivas con el alcohol de tipo morboso (dependencia).

Se sobrepasa la franja de riesgo cuando se consume por encima de 280 gr./sem en el varón y 168 gr./sem en la mujer. La mujer presenta mayor susceptibilidad hepática al alcohol, diferente distribución de la grasa y el agua corporal y, específicamente una menor concentración de alcohol deshidrogenasa en la mucosa gástrica, por lo que llega al hígado una mayor proporción de alcohol en comparación con los varones 2.

-Pero hemos de considerar que no existe un umbral de seguridad en el consumo de alcohol. Debemos pensar en términos de probabilidad de riesgo para la salud, aumentada con relación a la cantidad de alcohol consumida. Esto lo vemos gráficamente en un esquema clásico de Skinner 3. Ver Figura 1. Esto es especialmente cierto en cuanto a su relación con el riesgo de cáncer, problemas en el embarazo, y consumo por menores de 18 años, en especial si conducen vehículos a motor, y personas de la tercera edad.

### **b)Importancia del problema.**

-España era en 1996 el quinto país del mundo en cuanto al consumo de alcohol per capita, con 10.2 litros por habitante y año. En España el 20.2-22.8% de los varones y el 1.9-2.5% de las mujeres serían bebedores de riesgo<sup>2</sup>.

-En 1996 la mortalidad atribuible a PRA fue de unos 13.000 fallecimientos al año, 3.8% del total, (7.6% en los varones y 1.2% en las mujeres en 1991), con cerca de 200.000 años potenciales de vida perdida<sup>2</sup>.

-Además generan un elevado coste en la asistencia sanitaria, los recursos sociales, jurídicos familiares y laborales asociados. El 15-20 %de las consultas de Atención Primaria (AP) son atribuibles a los PRA y otras drogas (excepto tabaco)<sup>4</sup>. Se supone que el coste social de los PRA asciende a 0.6 billones de pesetas al año, debido sobre todo a enfermedad accidente laboral o absentismo<sup>2</sup>.

### **c)Justificación y objetivo de ésta guía.**

La importancia del problema, la posibilidad de realizar programas de educación para la salud, la idoneidad del marco para la captación del bebedor de riesgo, y la constatación de que estos pacientes son receptivos a escuchar un consejo médico y modificar su estilo de vida, siendo esta intervención un instrumento terapéutico muy eficiente, son las razones que justifican la realización de esta guía.

## **2.-CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

### **a)Clasificación.**

Basándonos en la cantidad de alcohol consumido y patología asociada, se han establecido por consenso las categorías que se detallan en la tabla 1. De todas formas, en algunos casos, tal como veíamos en la figura 1, pueden aparecer ciertos PRA en sujetos con consumos que hemos considerado como moderado.

### **b)El algoritmo diagnóstico** Quedaría reflejado en la Figura 2.

### **c) Pruebas diagnósticas de cribado.**

-Se pueden realizar en cualquier consulta médica o de enfermería. Bien formando parte de las actividades preventivas oportunistas: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), o ante cualquier signo que pueda apuntar a su existencia. Se considera que sólo el 30% de los sujetos con Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA) son diagnosticados en AP.

-Podemos diferenciar:

**a) La entrevista clínica.** Como procedimiento para determinar la cantidad de alcohol consumido, se ha mostrado como la mejor práctica evaluativa<sup>5</sup>. Durante ella se pasa revista a los distintos momentos del día, de forma rígida, evaluando la cantidad consumida en cada uno de ellos. Es imprescindible no hacer comentarios moralistas sobre su hábito de bebida. Debe valorarse el consumo semanal, ya que tiende a concentrarse en los fines de semana. Ver Anexo 3.

El registro de consumos tiende a realizarse en Unidades de Bebida Estándar (UBE). En el estado español se ha establecido recientemente, el valor de la UBE en 10 gr. de alcohol puro<sup>6</sup>, que se corresponde con una consumición de vino o cerveza o con media de destilados. Ver Anexos 4 y 5.

Este instrumento es un valioso instrumento para cribar con facilidad los bebedores de riesgo, pero no valora la existencia de SDA.

#### **b) Cuestionarios de detección.**

\*El CAGE (7) camuflado, también llamado cuestionario general sobre hábitos de vida, es útil para el cribado de SDA. Ver Anexo 6. Las preguntas 3, 6, 9 y 11 configuran el test de CAGE. La respuesta afirmativa a uno de estas preguntas ya supone un riesgo de SDA<sup>4</sup>.

A pesar de ser un test sencillo, rápido y reproducible, se han obtenido cifras dispares de sensibilidad (49-97%) y de especificidad (79-96%).

\*El AUDIT<sup>8</sup>, útil para la detección precoz del consumo de riesgo y del SDA. Ver Anexo 7. Consta de 10 preguntas sobre el hábito de consumo y sus repercusiones en el último año. Ha demostrado una sensibilidad del 80% y una especificidad del 90% para el SDA.

## **3.-VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO.**

Es conveniente realizarla en consulta programada médica.

### **1.-Anamnesis.**

Tener en cuenta que algunos pacientes tienden a infravalorar sus consumos.

A veces los familiares son los que toman la iniciativa y apuntan la posibilidad de existencia de PRA o consumos de alcohol de riesgo.

- Antecedentes familiares: de alcoholismo en padres y hermanos. Existencia de disfunciones familiares.

- Antecedentes personales y Enfermedad actual:

- Enfermedades previas.

- Consumo de otros tóxicos. En especial tabaco.

- Cuantificación del consumo semanal en UBE. Tal como vimos anteriormente.

- Años de exposición al alcohol: año de inicio, periodos de abstinencia, periodos con variaciones importantes del consumo.

- Patrón de consumo de alcohol: ¿diario, en relación con las comidas, fines de semana, a primera hora de la mañana, tipo de bebida?.

- Interrogar específicamente sobre los síntomas en relación con los PRA. Intentar valoración biopsicosocial para poder abarcar todo el espectro de patologías (Ver Anexo 1 y 2).

- Interrogar sobre síntomas sugestivos de SDA:

- Síntomas vivenciales:

- Pérdida de control.

- Compulsión a la bebida.

- Ansia (craving).

- Síntomas comportamentales:

- Vida en torno al alcohol.

- Patrón de consumo rígido.

- Consumo a pesar de tener un PRA.

- Reinstauración rápida (tras abstinencia) del nivel de consumo.

- Síntomas Psicofisiológicos:

- Tolerancia.

- Síntomas de abstinencia: náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, temblor, sudoración profusa, nerviosismo, taquicardia, inquietud, alteraciones del sueño.

Los criterios diagnósticos están establecidos en el DSM– IV y en la CIE– 10. Ver Anexo 8.

## **2.– Exploración física.**

General, para buscar los signos en relación con los PRA y el SDA, haciendo especial hincapié en:

- Peso, talla, presión arterial, frecuencia cardíaca.

- Piel: arañas vasculares, eritema palmar, ausencia de lúnula de las uñas, psoriasis.

- Aspecto cushingoide, hipertrofia parotídeas.

- Boca: higiene oral deficiente, atrofia de labios y lengua.
- Palpación abdominal: hepatoesplenomegalia, ascitis, redistribución vascular.
- Miembros superiores: contractura de Dupuytren. Miembros inferiores: pulsos y sensibilidad.

### **3.– Cuestionarios.**

Además de los descritos como método de cribado, recomendamos el MALT (Münchener Alkoholismus Test). Ver Anexo 9. Se utiliza para la confirmación del SDA. Consta de una parte subjetiva autoaplicada (MALT– S), y otra objetiva valorada por el médico (MALT– O). El resultado se obtiene sumando las respuestas afirmativas del MALT– S, a las afirmativas multiplicada por cuatro del MALT– O. Valores inferiores a 6 se consideran normales, entre 6– 10 sospecha de SDA, y los superiores a 10 confirman el SDA. La versión española ofrece valores de sensibilidad del 100%, especificidad 82– 99% y valor predictivo positivo del 87%<sup>9</sup>.

### **4.– Marcadores biológicos.**

Aunque son poco sensibles y específicos, para el diagnóstico clínico, sobre todo en AP (10), sirven para apoyar la sospecha diagnóstica, evaluar la lesión orgánica y monitorizar la abstinencia.

Los más útiles son la elevación de las GGT, marcador más sensible (33– 52%) y específico (81– 89%), se normaliza a las 6 semanas de abstinencia, por lo que se usa para el seguimiento de los cambios del consumo, aumento de la GOT y GPT, cociente GOT/GPT > 1,5 y el aumento del VCM (indicativo de consumo continuado e importante). Los mejores resultados se obtienen combinando dichos test<sup>1,2</sup>.

Si se obtienen alteraciones importantes de estos valores, es conveniente completar el estudio analítico, sobre todo para valorar la función hepática.

### **5.– Seguimiento.**

- Abstemios y bebedores no de riesgo.

Realización de nueva entrevista y refuerzo de esta conducta a los dos años (PAPPS). Personal médico y/o de enfermería.

- Bebedores de riesgo.

Realización de nueva entrevista a los 15– 30 días, para realización del programa de intervención breve (15 minutos). Evaluación posterior cada 3 meses para corroborar disminución de ingestas, por entrevista y marcadores biológicos (10 minutos)<sup>2</sup>. Si disminuye su ingesta ir ampliando los plazos hasta 2 años. Personal médico y/o de enfermería.

- PRA.

Igual que en el caso anterior, pero monitorizando el PRA en concreto. En la mayoría de los casos vamos a recomendar la abstinencia total, que deberemos controlar, por entrevista y marcadores biológicos. Se puede hacer en consulta de enfermería pero se completará en consulta médica.

– SDA.

Se ha de valorar una interconsulta con la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de drogas legales o Unidad de Alcoholología de referencia, que asumirá parte del seguimiento, en el plazo de 1 mes.

Durante la desintoxicación se programaran visitas semanales, y durante la deshabitación, mensuales. Dada la probable utilización de fármacos, el seguimiento se hará en consulta médica. Dependiendo de la evolución del paciente, las consultas se irán realizando cada 3– 6 meses. Se debe de reforzar la abstinencia, detectar con prontitud situaciones de riesgo, y valorar precozmente una recaída (las cuales son frecuentes), sabiendo que no son un fracaso del tratamiento, sino parte de la historia natural de la enfermedad. Las pruebas analíticas servirán para detectar recaídas (si están alteradas) y para retroalimentar su estímulo a mantener la abstinencia (sí siguen normales) <sup>4</sup>.

## 4. TRATAMIENTO

### A) Consejo médico y programa de intervención breve (PIB)

– A priori se señalan ventajas e inconvenientes para realizar estas actividades en AP (Anexo 10).

– Esta modalidad de tratamiento estaría indicada para los bebedores de riesgo medio y elevado (15% del total), tal como veíamos en la figura 1. El objetivo del tratamiento consistirá en conseguir que el sujeto adquiriera el hábito de consumo sin riesgo, y en casos de PRA, la abstinencia de bebidas alcohólicas.

– Se trata de intervenciones de unos 15 minutos, que pueden realizarse por un “no especialista” y ser integradas en la practica clínica diaria. Existe evidencia internacional<sup>11</sup>, que evalúan la eficacia de estas medidas. A nivel nacional el proyecto EIBAL<sup>12</sup>, EMPA<sup>13</sup> y otros confirman su eficiencia. Su eficacia se ha confirmado tanto para bebedores de riesgo medio como alto.

En general se acepta que intervenciones aisladas de unos 10 minutos, reforzadas con un folleto (Ver Anexo 11), pueden reducir la ingesta en un 35% y conseguir que el 45– 50% de los pacientes disminuya su consumo por debajo del limite de riesgo <sup>2</sup>. El Canadian Task Force on the Periodic Health Examination le atribuye un grado I en la calidad de la evidencia y un grado B en la fuerza de la recomendación.

– Un inconveniente para estos programas es la escasa formación y entrenamiento de los profesionales sanitarios para el manejo de estos problemas. De los 639 bebedores de alcohol, en la evaluación del PAPPS de 1999, el 55,3% recibió consejo. Se ha demostrado útil, el juego dramático (rol playing), para la adquisición de las habilidades necesarias para esta labor, haciendo alguno de los participantes de bebedor excesivo. El juego de papeles debe repetirse hasta que se llega a unos criterios comunes de actuación.

– Los programas de intervención breve, deben facilitarse después de haber atendido la demanda que motivó la consulta y administrarse siguiendo las siguientes etapas <sup>4</sup> :

1.– Enunciación. Informarle que hemos detectado un consumo de riesgo, y que deseamos informarle al respecto. Si no desea continuar es mejor dejarlo.

2.– Consejo generalizado. Definir consumos de riesgo, dependencia. Dar información al paciente sobre las consecuencias de beber.

3.– Consejo personalizado. Concretarle los perjuicios personales si persiste en el consumo, y los beneficios si lo disminuye. Facilitación de estrategias para modificar sus pautas de consumo, adaptándolas a un beber sin riesgo. (Ver tabla 2).

4.– Finalización. Pacto de una reducción del consumo y fecha para una nueva cita. A los sujetos con SDA y/o Trastornos Relacionados Con el Alcohol (TRA) se les recomendará la abstinencia de bebidas alcohólicas. Al resto el consumo sin riesgo. Es más importante asegurar la continuidad en el seguimiento, que obtener resultados rápidamente.

– El PIB capacitará al paciente a movilizar sus propios recursos personales hacia un cambio de hábitos, por ello ha de estar impregnado del espíritu de la entrevista motivacional, cuyos elementos son sintetizados en inglés con el acrónimo FRAMES<sup>14</sup>:

– Retroinformación específica: Información extensa e intensa de los riesgos para la salud basándose en la evaluación del consumo y PRA realizada.

– Responsabilidad propia. Focalizar en la idea de que el cambio es una cosa personal.

– Consejo para el cambio. Sugerir explícitamente la necesidad de reducir/abandonar el consumo, con posible apoyo escrito.

– Menú de alternativas. Presentar opciones para el cambio y estrategias específicas adecuadas para el sujeto.

– Empatía del terapeuta. Estilo cálido, comprensivo y reflexivo.

– Autoeficacia del paciente. Aumentar el sentimiento de que el cambio es posible y que el sujeto tiene recursos para ello.



– Estas intervenciones pueden acompañadas de algún material escrito, en forma de folleto, que reitera lo aquí expuesto y que además de ser un elemento informativo, actúa de sensibilizador en el entorno familiar del sujeto.

## **B) Tratamiento de los pacientes con SDA.**

– Aunque algunos pacientes con SDA leve pueden beneficiarse de los programas de intervención breve, la mayoría deben someterse a un programa terapéutico, más complejo y que precisa de la intervención coordinada de los centros de AP con las unidades especializadas, que en nuestro medio son las UCA, de drogas legales o Unidades de Alcoholología.

### **– Los objetivos del tratamiento son 4:**

- Conseguir por parte del paciente la comprensión de su enfermedad alcohólica y la necesidad de seguir un tratamiento adecuado.

- Abstinencia del alcohol.

- Rehabilitación psicosocial.

- Tratamiento de las complicaciones que hubieran surgido.

### **– El programa incluye dos fases:**

**a)** La desintoxicación, cuyo objetivo fundamental es el tratamiento del síndrome de abstinencia.

– El síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) esta formado por una agrupación de síntomas de gravedad muy variable. Suele ser autolimitado, iniciarse entre 6– 12 horas y desaparecer en 5– 7 días. La conducta a seguir va a estar determinada por la intensidad de dicha clínica. Existen escalas que nos ayudan a graduar la gravedad de los síntomas<sup>15</sup> (Ver Anexo 12). Según ésta el cuadro puede tratarse a nivel Ambulatorio u Hospitalario. Podemos concretar los criterios de Ingreso hospitalario<sup>4</sup>:

- Gravedad de la clínica del SAA.

- Existencia de patología somática o psiquiátrica concomitante. Politoxicómanos.

- Existencia de antecedentes de convulsiones o delirium.

- Pacientes en los que se duda de su capacidad para que comprendan el proceso que se va a iniciar.

- Carencia de soporte familiar.

- Cuando la coordinación con servicios especializados sea difícil o imposible.

Es conveniente, darle la baja laboral al paciente durante una semana y que una persona allegada y responsable se haga cargo del cuidado estrecho del paciente. Conviene iniciarlo el fin de semana y estar recluso en casa 5– 7 días. Conviene hacer una visita domiciliaria por algún profesional sanitario responsable.

– Las acciones terapéuticas serían:

- Supresión absoluta de alcohol.
- Vigilancia y control de la hidratación del paciente.

• Prevención y tratamiento de los síntomas del SAA. Para este fin se dispone de varios fármacos eficaces (Ver Anexos 13 y 14), que se utilizan durante un periodo de dos o tres semanas, para progresivamente disminuir la dosis hasta su supresión. En el ámbito ambulatorio recomendamos dos fármacos que parecen no desarrollar dependencia: Tiapride y Tetrabamato<sup>4</sup>.

• Vitaminoterapia. Vitamina B1 (Tiamina, Benerva, ampollas de 100 mg, dos amp/día; comprimidos de 300 mg., 1– 4 comp./día), preferentemente por vía intramuscular, previene la aparición del síndrome de Gayet– Wernicke.

- Diagnóstico y tratamiento de la patología concurrente.

– Durante un periodo prolongado, el sujeto puede experimentar alteraciones del sueño, temblor, ansiedad, depresión o irritabilidad. Generalmente solo precisan que se aclare al enfermo y la familia la naturaleza de los mismos y el hecho de que es una fase normal y evolutiva de la desintoxicación.

**b)** La deshabitación, en la que se debe ayudar al paciente a organizar su vida al margen del consumo de alcohol. Se debe conseguir la rehabilitación personal y en su entorno, mediante la intervención coordinada de los servicios asistenciales y sociales. Recomendamos que esta fase se realice de forma obligada en la UCA correspondiente o similar. Existe evidencia de que el tratamiento de deshabitación tabáquica simultaneo, no solo no entorpece (como se creía antes), sino que facilita la deshabitación simultanea.

Combinamos:

– Fármacos<sup>2,4</sup>. Ver Anexo 15, 16 y 17. Aunque se han usado muchos, actualmente los mas utilizados son:

1. Fármacos aversivos, tipo Disulfiram o interdictores. Los más utilizados son:

- Disulfiram.
- Cianamida Cálcica.

2.– Inhibidores de la recaptación de Serotonina. Fluoxetina y otros similares.

3.– Antagonistas de los opiáceos. Naltrexona.

4.– Acamprosato.

– Psicoterapia.

Los objetivos de esta intervención serían: motivar al paciente, enseñarle estrategias para afrontar los problemas, el control de los sentimientos desagradables, mejorar el funcionamiento interpersonal, etc. Mediante entrevistas personales e intervenciones grupales.

- Grupos de autoayuda. Asociaciones de Alcohólicos (APAEX). Indicado sobre todo en los pacientes que no llegan al sistema sanitario.
  - Los resultados son satisfactorios en el 40– 60 % de los casos al cabo de 1– 2 años, porcentaje que se mantiene a los 5 años<sup>6</sup>.
- El algoritmo de tratamiento lo podemos ver en la figura 3.

## 5.– DERIVACION/INTERCONSULTA

- Indicaciones de interconsulta con Atención especializada:

### **a)Con la UCA:**

- Sujeto con SDA, incluyendo a los sujetos en los que han fracasado otros intentos de desintoxicación.
  - Existencia de disfunción familiar grave.
  - Falta de apoyo sociofamiliar.
  - Dependencia psicológica intensa de la bebida.
  - Politoxicomanias.
  - Petición expresa del paciente o familia.

### **b)Con la Unidad de Salud Mental:**

- Sujeto con patología psiquiátrica asociada.

### **c)Con otras especialidades.**

- Sujetos con TRA, que precisen atención especializada por dicho trastorno (Digestólogo, Cardiólogo, Neurólogo, etc.).
  - En la Hoja de interconsulta con la UCA, se registrará toda la información recogida, y las actividades realizadas, así como las pruebas complementarias e interconsultas con otros especialistas que se hayan realizado. En la contestación, el médico de la UCA definirá el diagnóstico y la pauta de tratamiento, informando de la situación del enfermo en esa fecha..

## 6.– ACTUACIÓN FRENTE A POSIBLES COMPLICACIONES.

Consideramos complicaciones la aparición de cualquier PRA, incluyendo el SDA. La actuación ante el SDA ya ha sido vista en el apartado de tratamiento. Los PRA

son tan variados y numerosos (ver Anexos 1 y 2), que queda fuera del objetivo de esta guía su abordaje.

## 7.- SUMARIO DE RECOMENDACIONES

NGC (National Guideline Clearinghouse). [Http://www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)

Definición de la fuerza de la recomendación según los grados de evidencia

A Múltiples ensayos clínicos randomizados y bien diseñados, directamente relevantes para la recomendación, encontrando un patrón consistente de los hallazgos.

B Alguna evidencia de ensayos clínicos randomizados apoyan la recomendación, pero la evidencia científica no es óptima. Por ejemplo, pocos ensayos clínicos, los ensayos que existen son inconsistentes, o los ensayos no fueron directamente relevantes para la recomendación.

C Se reserva para situaciones clínicas importantes, cuando el grupo alcanza un consenso para la recomendación, en ausencia de ensayos clínicos randomizados relevantes.

### ACTIVIDADES DE CRIBADO

C Preguntar sistemática y periódicamente sobre el consumo. Cumplir el PAPPS.

B Usar el cuestionario AUDIT entre los consumidores de alcohol, para detectar PRA.

B Usar el cuestionario AUDIT o CAGE en las personas de más de 60 años.

C Cuando se registre un caso positivo en el screening, señalar que no es un diagnóstico.

C Presentar los resultados sin connotaciones moralistas ni judiciales.

### DIAGNOSTICO Y VALORACIÓN

B Clasificar al sujeto correctamente según los criterios diagnósticos, y aplicar un programa de tratamiento basado en esta valoración.

C Remitir a los pacientes de alto riesgo, incluyendo a los que tengan problemas mentales a centros especializados.

C Conseguir que los pacientes con PRA que se niegan a la asistencia sanitaria, logren ayuda de alguna otra forma.

C Obtener la colaboración de un familiar con capacidad valorativa y habilidades de tratamiento.

C No realizar test, ni hablar con otras personas de estos temas, sin permiso explícito del paciente.

### **INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

B Intervención breve sobre consumidores de alcohol, para que su consumo baje por debajo del límite de riesgo.

C El tratamiento con Naltrexona y Acamprosato junto con una intervención psicosocial, consigue porcentaje de abstinentes importantes y prolongados.

## **8.– BIBLIOGRAFIA.**

1.– Giner J y Franco MD. Problemas relacionados con el alcohol. En: Vázquez–Barquero JL (ed.). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.

2.– R Cordoba Garcia (coordinador), R Ortega Sanchez– Pinilla, C Cabezas Peña, D Forés García y M Nebot Adell. Grupos de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria* 1999; 24 (Suppl. 1): 118– 32.

3.– Skinner HA: Spectrum of drinkers and intervención opportunities. *Canadian Med Assoc Journal* 1990; 143:1054– 9.

4.– Fernandez ML, Gual A y Cabezas C. Drogodependencias. En: Martín A y Cano JF (ed.). *Atención Primaria. Conceptos organización y practica clínica*. Barcelona: Harcourt Brace de España SA., 1999.

5.– Cutler SF, Wallace P, Haines AP. Assesing alcohol consumtión in general practice patients. A comparasi3n between questionnaire and interview. *Alcohol* 1988; 23:441– 50.

6.– Gual A. Unidad de bebida estándar. Resumen de los resultados obtenidos en el trabajo de campo. Oviedo: Libro de Actas de las XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogaalcohol, 1996; 237– 49.

7.– Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905– 7.

8.– Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo– Domingo J. Validaci3n de la prueba para la identificaci3n de trastornos por uso del alcohol (AUDIT) en atenci3n primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 11– 14.

9.– Rodriguez– Martos A. Utilidad del M3nchner Alkoholismus Test (MALT) en el diagn3stico de alcoholismo. *Aten Primaria* 1993; 11: 185– 93.

10.– Hoeksema HL, Bock GH. The value of laboratory test for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. *J Fam Pract* 1993; 37: 268–76.

11.– Fleming MF, Barry KI, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based care practices. *JAMA* 1997; 277: 1039– 45.

12.– Cordoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Fores D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on non dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice* 1998; 15:562– 68.

13.– Altisent R, Cordoba R, Delgado MT, Pico V, Melus E, Aranguren F et al. Estudio multicéntrico para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Med Clin (Barc)* 1997; 109– 24.

14.– Miller WR, Sanchez VC: Motivating young adults for treatment and lifestyle change. En Howard G (ed). *Issues in alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame In: University of Notre Dame Press, 1993.

15.– Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA– Ar). *Br J Addict* 1989; 84: 1353– 7.

16.– Gual A. Estudio longitudinal prospectivo y multicéntrico de pacientes alcohólicos en Cataluña. Resultados a los cinco años. *Avances en patologías adictivas*. Santiago de Compostela: XXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, 1995: 135– 48.

### **Artículos de especial interés**

– Giner J y Franco MD. Problemas relacionados con el alcohol. En: Vázquez-Barquero JL (ed.). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.

– Díez JF y Peña C. Prevención del consumo excesivo de alcohol. En: Vázquez-Barquero JL (ed.). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998

– Colom J. Atención Primaria de Salud y alcohol. El consejo y la intervención breve. Tarragona: Libro de Actas de las XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, 1998: 291– 301.

– Rodríguez A y Rubio G. Las intervenciones breves para trastornos por uso de alcohol en Atención Primaria. En: Rubio G, Santo Domingo J (ed.). *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*. Madrid; Gabriel Rubio, 2000.

– Gual A y Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. *JANO* 1998; 54: 296– 302.

## 9.– ANEXOS

Cardiovasculares	Arritmias
Digestivos	Gastritis erosiva Pancreatitis aguda Hepatitis alcohólica aguda
Infecciosos	Neumonías
Neurológicos	Accidentes vasculares cerebrales (AVC) Crisis epilépticas Apnea obstructiva del sueño
Psiquiátricos	Embriagueces idiopáticas Amnesia Ansiedad
Sexuales, reproductivos	Impotencia Lesiones fetales
Traumatismos y envenenamientos	Accidentes aéreos, marítimos, tráfico, domésticos, laborales Agresiones, homicidio, suicidio Envenenamiento alcohólico agudo
Familiares y sociales	Descuido de los niños Absentismo, baja productividad Delincuencia Embarazos no deseados

### **Anexo 1. Problemas relacionados con consumos excesivos ocasionales de alcohol**

Cardiovasculares	Cardiomiopatías, Hipertensión arterial
Digestivos	Gastritis crónica Pancreatitis aguda y crónica Malabsorción intestinal Hepatitis crónica, Cirrosis
Metabólicos	Desnutrición, anemia megaloblástica, pancitopenias, gota, dislipemia y diabetes.
Endocrinos	Hipotiroidismo, atrofia testicular, amenorrea.
Infeciosos	Neumonía y TBC
Neoplasias	Cavidad bucal, faringe, esófago, laringe Hepatocelular primario, Mama
Neurológicos	AVC, Polineuritis, Neuritis óptica Encefalopatías (demencias, síndrome de Wernicke–Korsakow), crisis convulsivas, temblor. Miopatías
Psiquiátricos	Amnesias, trastornos mentales orgánicos (psicosis, alucinosis, celotipias). Dependencia del alcohol Trastornos mentales inducidos por alcohol Abuso de tabaco y otras sustancias Ansiedad, depresión, insomnio Ludopatía
Sexuales y reproductivos	Esterilidad y abortos Lesiones fetales Fetopatía alcohólica Bajo peso al nacer
Traumatismos	Accidentes aéreos, marítimos domésticos, tráfico, laborales
Familiares y sociales	Divorcio, desempleo, problemas económicos, problemas judiciales

## **Anexo 2. Problemas relacionados con el consumo excesivo crónico de alcohol.**



	MAÑANA	COMIDA	TARDE	CENA	NOCHE	UNIDADES/DIA
LUNES						
MARTES						
MIERCOLES						
JUEVES						
VIERNES						
SABADO						
DOMINGO						
TOTALES						

**Anexo 3. Tabla para la recogida de información sobre el consumo de bebidas alcohólicas. En unidades.**



**Anexo 4. Ejemplos de cuantificación de bebidas alcohólicas por unidades.**

<i>Tipo de bebida</i>	<i>Volumen</i>	<i>Número de Unidades de bebida estándar (UBE)</i>
Vino	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1
	1 litro	5
	1 litro	1
Destilados (Ginebra, Vodka, Whisky, etc)	1 carajillo (25 cc)	1
	1 copa (50 cc)	2
	1 combinado (50 cc)	2
	1 litro	40
Generosos (Jerez, Cava, Vermut)	1 copa (50 cc)	1
	1 vermut (100 cc)	1
	1 litro	20

## **Anexo 5. Cuantificación de diferentes cantidades de bebidas alcohólicas en Unidades.**

### **CUESTIONARIO GENERAL SOBRE HÁBITOS DE VIDA (SI / NO)**

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 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 alguna vez mal o culpable por su forma de beber?
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?
11. ¿Alguna vez lo primero que se ha planteado por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de la resaca?
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?

## **Anexo 6. Test de CAGE camuflado.**

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?  
 (0) nunca (1) una o menos veces al mes (2) 2 a 4 veces al mes (3) 2 o 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 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 a 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
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 de 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
6. ¿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
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa 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
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 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 han 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

## **Anexo 7. AUDIT (Alcohol Use Disorders Inventory Test)**

Mujeres > 6; hombres > 8; y mayores de 65 años > 5 pero; consumo de riesgo o problemas previos con la bebida.  
 Mujeres y hombres > 13; problemas con el alcohol y probable dependencia física del alcohol.

<b>CRITERIOS</b>	<b>DSM– IV*</b>	<b>CIE– 10**</b>
<b>TOLERANCIA</b>		
a) Necesidad de aumentar las cantidades	X (a,b)	X (a,b)
b) El efecto disminuye claramente		
<b>SÍNDROME DE ABSTINENCIA</b>	X (a,b)	X (a,b)
a) Síntomas de abstinencia		
b) Bebe para aliviar la abstinencia		
<b>PÉRDIDA DE CONTROL</b>		
a) Esfuerzos para controlar o interrumpir el consumo	X (a)	
b) Beber más de lo esperado o antes de lo previsto	X (b)	X (b)
c) Deseo intenso o vivencia de compulsión por beber	X (c)	
<b>NEGLIGENCIA EN ACTIVIDADES</b>	X	X
Reducción de la vida social, ocupacional o recreativa (Abandono de las fuentes de placer o diversiones)		
<b>SEGUIR BEBIENDO PESE A LAS CONSECUENCIAS</b>	X (a,b)	X (a,b)
a) Físicas		
b) Psicológicas		
<b>PASAR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO BEBIENDO o intentado conseguir el alcohol o recuperándose</b>	X	Esta incluido en el apartado de negligencia
<b>NÚMERO DE CRITERIOS Y DURACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO</b>	Tres o mas criterios de los 7 en cualquier periodo de 12 meses	3 o mas criterios de los 6 en cualquier prido de tiempo
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	Se distingue entre dependencia con y sin abstinencia	Es posible hacer el diagnóstico de dependencia sin los criterios de tolerancia y de abstinencia

## **Anexo 8. Criterios diagnósticos de dependencia en las clasificaciones DSM– IV y CIE– 10**

Nota: La “ X ” indica que el criterio está presente. Las expresiones X(a, b) o X(c) indican que el mismo criterio incluye las partes “a” y “b” ó que el criterio sólo incluye “c”, respectivamente.

\*American Psychiatric Association. DSM– IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona; Masson, 1995.

\*\* OMS. CIE– 10. Decima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid; Meditor, 1998.

Tomado de: Rubio G, Santo Domingo J. Guía practica de intervención en el alcoholismo. Madrid; Gabriel Rubio, 2000.

## MALT– S: valoración subjetiva del test MALT

(SI / NO)

1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos
2. A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar
3. Alguna vez he intentado calmar «la resaca», el temblor o la náusea matutina con alcohol
4. Actualmente me siento amargado por mis problemas y dificultades
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo
7. A menudo pienso en el alcohol.
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo habla prohibido.
9. En las temporadas que bebo más como menos
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera.
11. Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean)
- 11 bis. Bebo de un trago y más deprisa que los demás
12. Desde que bebo más, soy menos activo
13. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido.
14. He ensayado un sistema para beber (p. ej., no beber antes de determinadas horas)
15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol.
16. Sin alcohol no tendría tantos problemas.
17. Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme.
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.
19. Tan pronto quiero dejar de beber, como cambio de idea y vuelvo a pensar que no
20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo.
21. Si no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa/o (pareja)
22. Ya he probado pasar temporadas sin alcohol
23. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo.
24. Repetidamente me han mencionado mí «aliento alcohólico».
25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo
26. A veces al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera

## **MALT– 0: valoración objetiva del test MALT**

1. Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; p. ej., consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico: por ejemplo, GOT GPT o GGT. (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido, descartar hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.)

2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas; por ejemplo. Diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)

3. Defirium tremens (actual o en la anamnesis)

3. Consumo alcohólico superior a los 150 ml (120 g). En la mujer: 120 ml (96 g) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses

4. Consumo alcohólico superior a los 300 ml (240 g). En la mujer: 240 ml (192 g) de alcoholpuro, una o más veces al mes

6.Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica)

7. Los familiares o allegados ya han buscado en una ocasión consejo acerca del problema alcohólico del paciente (médico, asistente social o instituciones pertinentes)

### **Anexo 9. MALT (Münchener Alkoholimus Test).**

Para la confirmación del SDA. Consta de una parte subjetiva autoaplicada (MALT– S), y otra objetiva valorada por el médico (MALT– 0). El resultado se obtiene sumando las respuestas afirmativas del MALT– S, a las afirmativas multiplicada por cuatro del MALT– 0. Valores inferiores a 6 se consideran normales, entre 6– 10 sospecha de SDA, y los superiores a 10 confirman el SDA.

- **Ventajas:**

Lugar de acceso universal y casi obligado de la población.

Atención continuada que facilita la implantación de modelos de cambio.

Evita la estigmatización e institucionalización de los sujetos con PRA.

Facilita un abordaje de los problemas en el ámbito familiar.

Posible prestigio del centro para su población de referencia.

- **Inconvenientes:**

Escasa importancia que se concede al consumo de riesgo.

Pesimismo a priori sobre los resultados de la actuación sobre los PRA.

Consideración del bebedor excesivo como un “no enfermo”.

### **Anexo 10. Ventajas e inconvenientes para realizar consejo médico y programa de intervención breve en AP.**



### **Anexo 11. Ejemplo para jóvenes sobre los efectos del alcohol, y su tratamiento.** Instituto de investigación de Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández. Consejos alcohol para jóvenes. Conselleria de Bienestar social. Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana. 2000.

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Hora:** \_\_\_\_\_

**Frec. Cardiaca:** \_\_\_\_\_ **Tensión Arterial:** \_\_\_\_\_

**Náuseas o Vómitos** - Observar si tiene náuseas o vómitos.

0 no tiene ni náuseas ni vómitos

1 tiene náuseas pero sin llegar al vómitos

2

3

4 náuseas esporádicos con arcadas

5

6

7 náuseas constantes con frecuentes arcadas y vómitos

**Temblores** - Observación de temblores en las manos/dedos al extender las palmas y separar los dedos.

0 no hay temblor

1 no es visible, pero el paciente puede sentirlo en los dedos

2

3

4 moderado, teniendo las palmas extendidas

5

6

7 intenso, incluso sin tener las palmas extendidas

**Sudoración paroxística** - Observación de sudoración.

0 no se puede apreciar sudoración

1

2

3

4 gotas de sudor en la frente

5

6

7 sudor a chorros

**Ansiedad** - Preguntarle si se siente nervioso.

0 no presenta ansiedad manifiesta

1 levemente ansioso

2

3

4 moderadamente ansioso o en estado de alerta

5

6

7 equivalente a los estados de angustia vistos en el delirium o en las reacciones psicóticas

**Agitación** - Observación de la actividad motriz.

0 actividad habitual

1 presencia de una actividad superior a la normal

2

3

4 moderadamente nerviosos e inquieto

5

6

7 cambios de postura durante la mayor parte de la entrevista o dar vueltas constantemente

**Alteraciones táctiles** - Preguntarle si siente sensaciones de "pinchazos, hormigueos, quemazón, entumecimiento o acorchamiento" en alguna región de su piel.

0 ninguna

1 ligerísima sensación de "-----"



- 2 ligera sensación de " -----"
- 3 moderada sensación de" -----"
- 4 moderadas alucinaciones táctiles
- 5 intensas alucinaciones
- 6 extremadamente intensas alucinaciones
- 7 continuas alucinaciones

**Alteraciones auditivas** - Preguntar si está oyendo sonidos a su alrededor, si éstos son bruscos, si se asusta de oírlos, si escucha ruidos de cosas que no están ahí. Observar su comportamiento.

- 0 no están presentes dichas alteraciones
- 1 apenas asustado o temeroso
- 2 ligeramente asustado o temeroso
- 3 moderadamente asustado o temeroso
- 4 alucinaciones moderadamente intensas
- 5 alucinaciones intensas
- 6 alucinaciones extremadamente intensas
- 7 alucinaciones constantes

**Alteraciones visuales** - Preguntarle si le parece que la luz es muy brillante, o de color distinto, o si está viendo algo que le resulta extraño y que sabe que no está allí. Observar el comportamiento.

- 0 no están presentes
- 1 ligerísimas alteraciones de la sensibilidad visual
- 2 ligeras alteraciones de la sensibilidad visual
- 3 moderadas alteraciones de la sensibilidad visual
- 4 alucinaciones de intensidad moderada
- 5 intensas alucinaciones
- 6 alucinaciones extremadamente intensas
- 7 alucinaciones constantes

**Dolor u opresión de cabeza** - Preguntarle si tiene molestias o la sensación de tener como una cinta alrededor de su cabeza, así como por la presencia de mareos o vértigos.

- 0 no están presentes
- 1 molestias muy ligeras
- 2 ligeras
- 3 moderadas
- 4 moderadamente intensas
- 5 intensas
- 6 muy intensas
- 7 extremadamente intensas

**Orientación y disminución del nivel de conciencia** - preguntarle la fecha, dónde está y si reconoce a la gente de alrededor.

- 0 está orientado y puede realizar cálculos consecutivos
- 1 no puede realizar cálculos consecutivos y duda sobre la fecha
- 2 desorientado para la fecha en unos dos días
- 3 desorientado en la fecha en más de dos días
- 4 desorientado en lugar y/o en reconocer a la gente

Puntuación total (máximo posible 67): .....

CIWA < 10: SAA leve

CIWA 10 - 20: SAA moderado

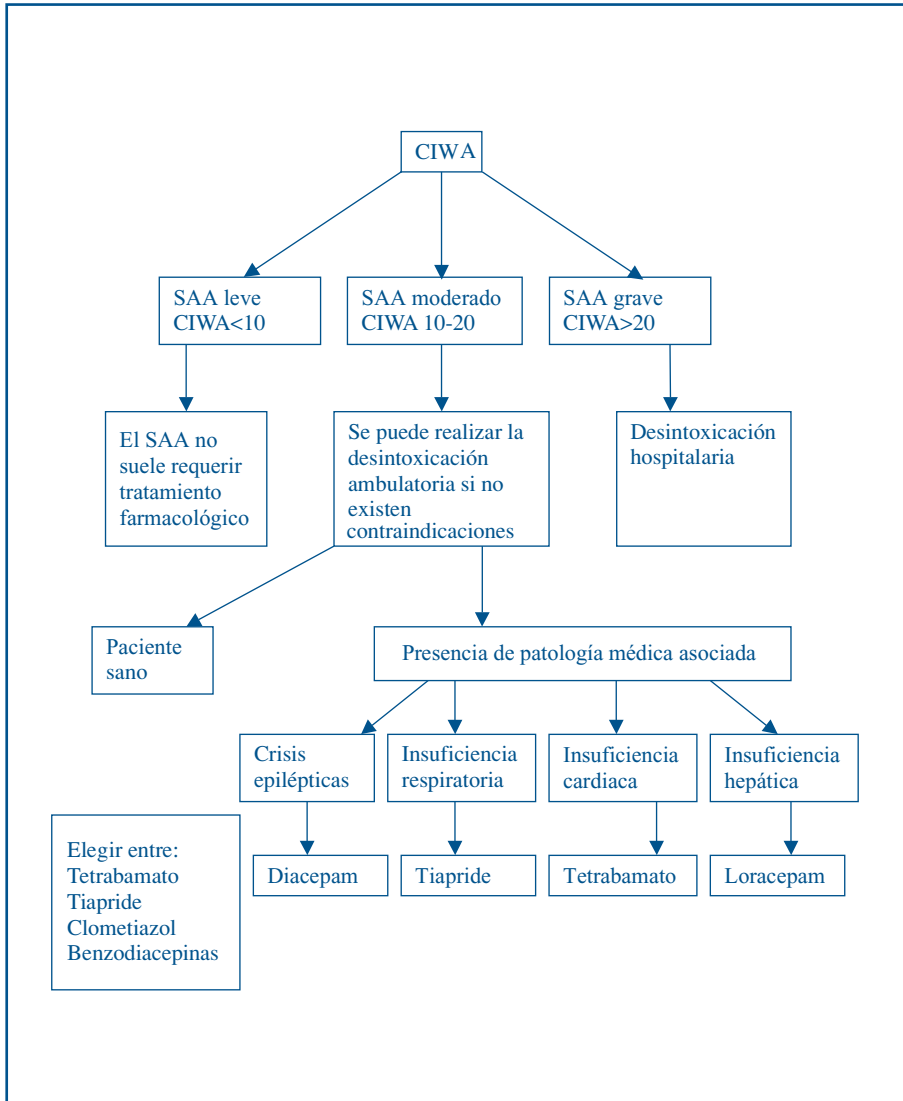
CIWA > 20: SAA grave

## **Anexo 12. Escala del Instituto Clínico para la valoración del síndrome de abstinencia al alcohol (CIWA– Ar).**

<b>F á r m a c o . P r e s e n t a c i ó n farmacéutica. Dosis</b>	<b>Características de su acción</b>
<p>Tiapride. (Tiaprizal, ampollas y comprimidos de 100 mg, solución 0.5 mg por gota). A dosis de 500– 900 mg/día, repartidos en 3 dosis.</p>	<p>Posee un efecto antitremórico, y ansiolítico. Puede aparecer extrapiramidalismo. Efecto sedante discreto.</p>
<p>Tetrabamato. (Sevrium, comprimidos de 300 mg ) A dosis de 1800– 3000 mg /día, repartidos cada 8 horas.</p>	<p>Posee efecto antitremórico, anticonvulsivante, miorelajante y ansiolítico. Efecto sedante discreto. Efectos secundarios:somnolencia/euforia. Contraindicado en hepatopatías severos.</p>
<p>Benzodicepinas:  – Diacepam (Valium, comprimidos de 5 y 10 mg. A dosis de 10 mg/6– 8 horas).  – Loracepam (Orfidal, comprimidos de 1 mg. A dosis de 1mg/6– 8 horas).</p>	<p>Pueden producir adicción. Reacción cruzada con el alcohol</p>
<p>Clormetiazol (Distraneurine, capsulas de 192 mg. A dosis de 1344– 2688 mg/día)</p>	<p>Pueden producir adicción. Reacción cruzada con el alcohol</p>

### **Anexo 13.**

#### **Fármacos útiles para el tratamiento en la desintoxicación Alcohólica**



**Anexo 14.** Selección del tratamiento del SAA\* según gravedad del mismo (utilizando la CIWA– AR\*\*) y patología subyacente.

SAA\*= Síndrome de abstinencia alcohólica.

CIWA– Ar\*\*= Escala del Instituto Clínico para la valoración del síndrome de abstinencia al alcohol

<b>Fármaco</b>	<b>Disulfiram</b> (Antabus, comprimidos de 250 mg).	<b>Cianamida Cálctica</b> (Colme,, en realidad es Carbimida Cálctica, solución 3 mg por gota).
Dosis /día	250– 500 mg	36– 150 mg
Efectos secundarios	Somnolencia, astenia, trastornos sexuales, <b>Neuropatías</b> , hepatotóxico, teratógeno.	No
Interacciones	Metronidazol, Fenitoina, Isoniacida, anticoagulantes orales	
Contraindicaciones	Cardiopatía, Neumopatía, hepatopatía, depresión, Psicosis, Epilepsia, Insuficiencia renal, neuropatía, embarazo, trastorno de la personalidad.	Embarazo, cardiopatía, enfermedad tiroidea, trastorno de la personalidad

### **Anexo15. Interdictores. Dosis/día, efectos secundarios y contraindicaciones**

-Actúan bloqueando el metabolismo del alcohol, dando lugar a una intoxicación por acetaldehído. Producen cuando interaccionan con el alcohol, la denominada reacción Disulfiram, que se manifiesta con cefaleas, rubor facial, sudoración profusa, taquicardia, hipotensión ortostática, visión borrosa, obnubilación, náuseas, vómitos, hipertensión, palpitaciones, disnea y una sensación intensa de malestar.

-El tratamiento se basa en mantener al paciente en decúbito con los pies elevados y antihistamínicos orales, y si no mejora, traslado al hospital.

-El efecto terapéutico se consigue con la disuasión a beber que ejerce el miedo a sufrir esta reacción.

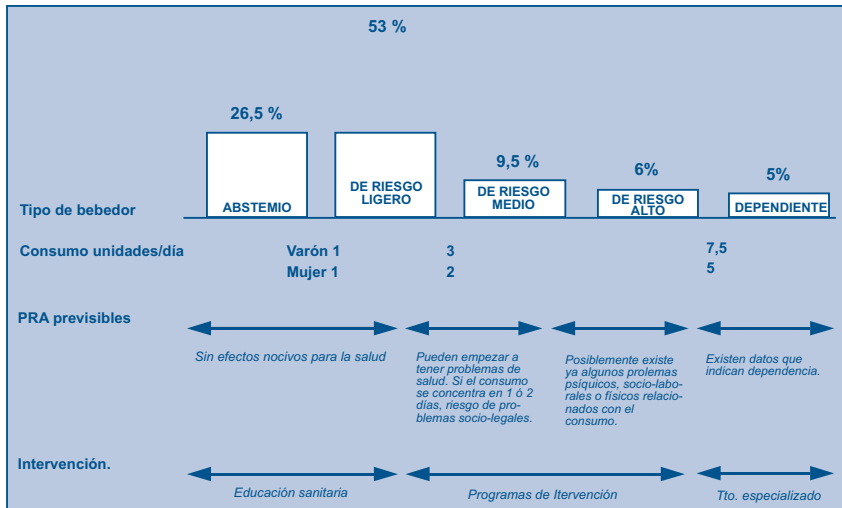
-Su utilización debe hacerse siempre con el conocimiento y compromiso del paciente. Se suelen usar después de la primera recaída. Suelen usarse durante 6 meses. Si siguen bebiendo deben retirarse por la alta incidencia de complicaciones hepáticas y neurológicas.

### **Anexo 16. Características del tratamiento con interdictores.**

<b>Fármaco. Presentación farmacéutica. Dosis</b>	<b>Características de su acción</b>
Inhibidores de la recaptación de Serotonina. Fluoxetina (Prozac,, comprimidos 20 mg, un comp./día)	Disminuyen el ansia de beber. Se ha comprobado que los sujetos beben menos días y menos cantidad.( )
Antagonistas de los opiáceos. Naltrexona. (Revia, comprimidos de 50 mg, Un comp./día)	Parece disminuir la cantidad de alcohol consumido, y disminuir el consumo en los periodos de recaídas, ya que tiene cierta acción sobre los mecanismos de recompensa y la perdida de control. Produce cefalea, ansiedad y epigastralgia. Riesgo de hepatotoxicidad. Durante 6 meses como mínimo.( )
Acamprosato (Campral, comprimidos de 333 mg. Dos comp/8 horas si>60 Kg)	Parece actuar en el sistema glutamato/NMDA. Se ha mostrado eficaz a la hora de reducir el consumo y mantener la abstinencia ( ). Se inicia al principio de la desintoxicación y se mantiene 12 meses. Al inicio del tratamiento puede aparecer diarrea. Contraindicado en la Insuficiencia renal grave.

## **Anexo 17. Otros fármacos utilizados en la deshabituación alcohol**

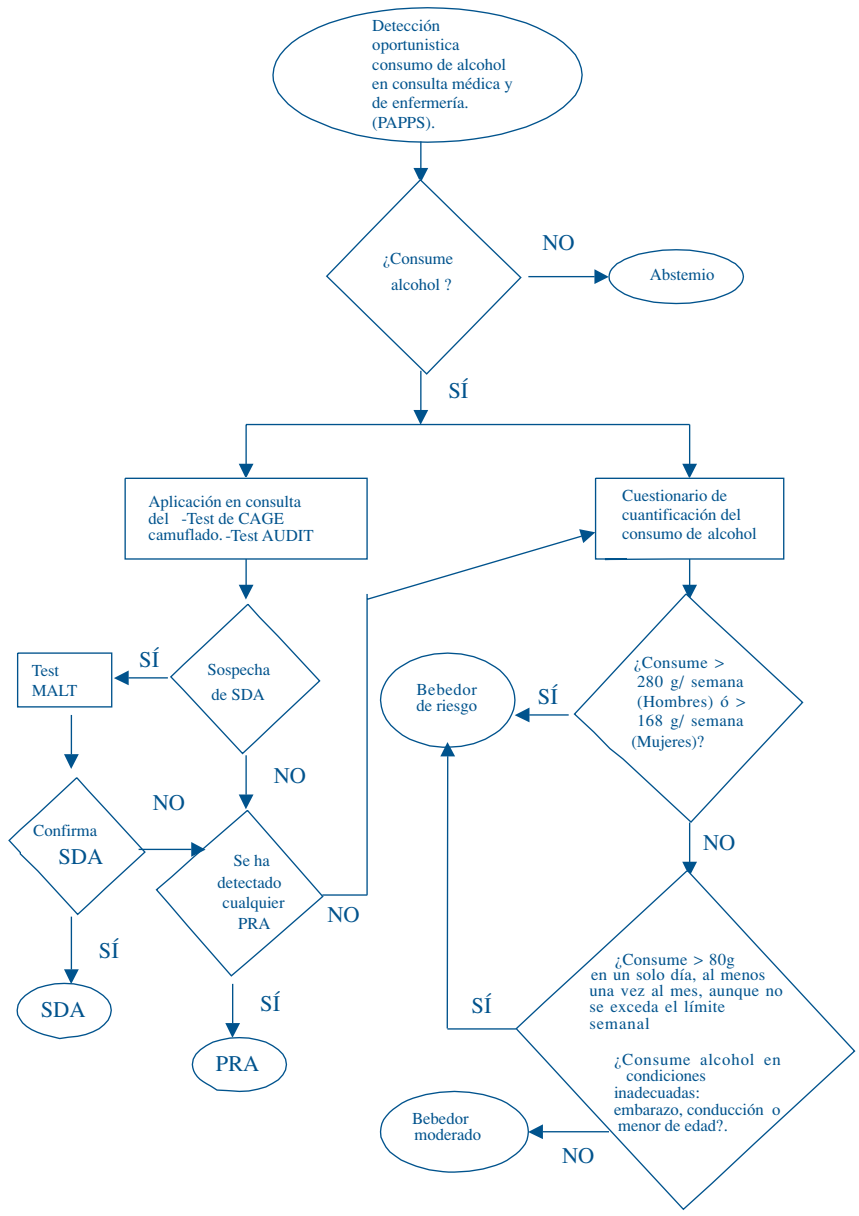
## TABLAS Y FIGURAS. ABUSO DE ALCOHOL



**Figura 1. Relación entre las diferentes cantidades de alcohol consumidas, las enfermedades relacionadas y las posibilidades de intervención.**

Abstemio	No consume alcohol de forma habitual
Bebedor moderado	Consume alcohol de forma habitual, por debajo del límite de riesgo
Bebedor de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hombres, consumo &gt; 280 g/ semana; mujeres &gt; 168 g/ semana</li> <li>– o &gt; 80 g en un solo día, al menos una vez al mes, aunque no se exceda el límite semanal</li> <li>– Consumo de alcohol en condiciones inadecuadas: embarazo, conducción o menor</li> </ul>
Bebedor de riesgo con PRA*	Cualquier deterioro físico, psíquico o social provocado por el consumo de alcohol
Bebedor de riesgo con SDA**	Vinculación conductual y/o psicológica con el alcohol. Es el equivalente al concepto clásico de dependencia.

**Tabla 1.** Categorías diagnósticas según el consumo de alcohol, y las alteraciones relacionadas: PRA\*: Problema relacionado con el alcohol. SDA\*\*: Síndrome de dependencia alcohólica. Tomado de: A Gonzalez Botella y R Sinde. Usuario bebedor de riesgo. En: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1998.



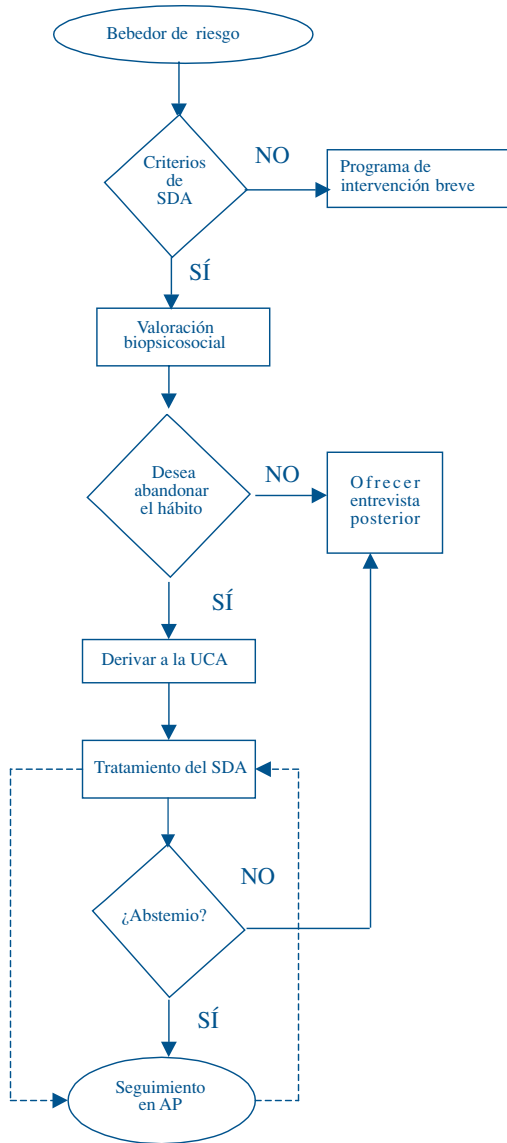
**Figura 2. Algoritmo diagnóstico del consumo de alcohol.**

- Primero explorar aquellas que se le puedan ocurrir al sujeto.
- Sustituir bebidas de mayor graduación por otras de menor.
- Diluir las bebidas alcohólicas con refrescos o hielo.
- Alternar bebidas alcohólicas con no alcohólicas.
- Consumir en recipientes más pequeños (chupitos en vez de copas, por ej.).
- Consumir bebidas sin alcohol (que llevan cantidades mínimas).
- Sustituir bebidas alcohólicas por no alcohólicas.
- Uno o dos días a la semana sin alcohol.
- Beber solo durante las comidas. Incluso solo en el segundo plato.
- No sobrepasar un vaso por comida.
- Rechazar bebidas alcohólicas en alguna ronda.
- Comenzar a beber mas tarde.
- Beber a pequeños sorbos y despacio.
- Antes de comenzar la reunión, fijarse un límite en el consumo.
- Abandonar temporalmente las reuniones que propician su consumo. Reducir visitas o tiempo de permanencia en estas reuniones.
- Realizar actividades alternativas en el tiempo dedicado a beber (hobbys en general).
- No beber fuera de las comidas y en casa (los tragos suelen ser más generosos).
- Analizar los cambios positivos que se producen al controlar el consumo: mejor estado físico, mayor autoestima, mejoría de las relaciones sexuales, de pareja, familiares y sociales. Y relacionar los síntomas del paciente cuando reanuda el consumo.

**Tabla 2. Consejos para controlar el consumo.**

Modificada de: Díez JF y Peña C. Prevención del consumo excesivo de alcohol. En: Vázquez– Barquero JL (ed.). Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998





**Tabla 3. Algoritmo terapéutico de los Problemas Relacionados con el Alcohol.**

En línea discontinua, posibles notificaciones a lo largo del tratamiento.



## PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

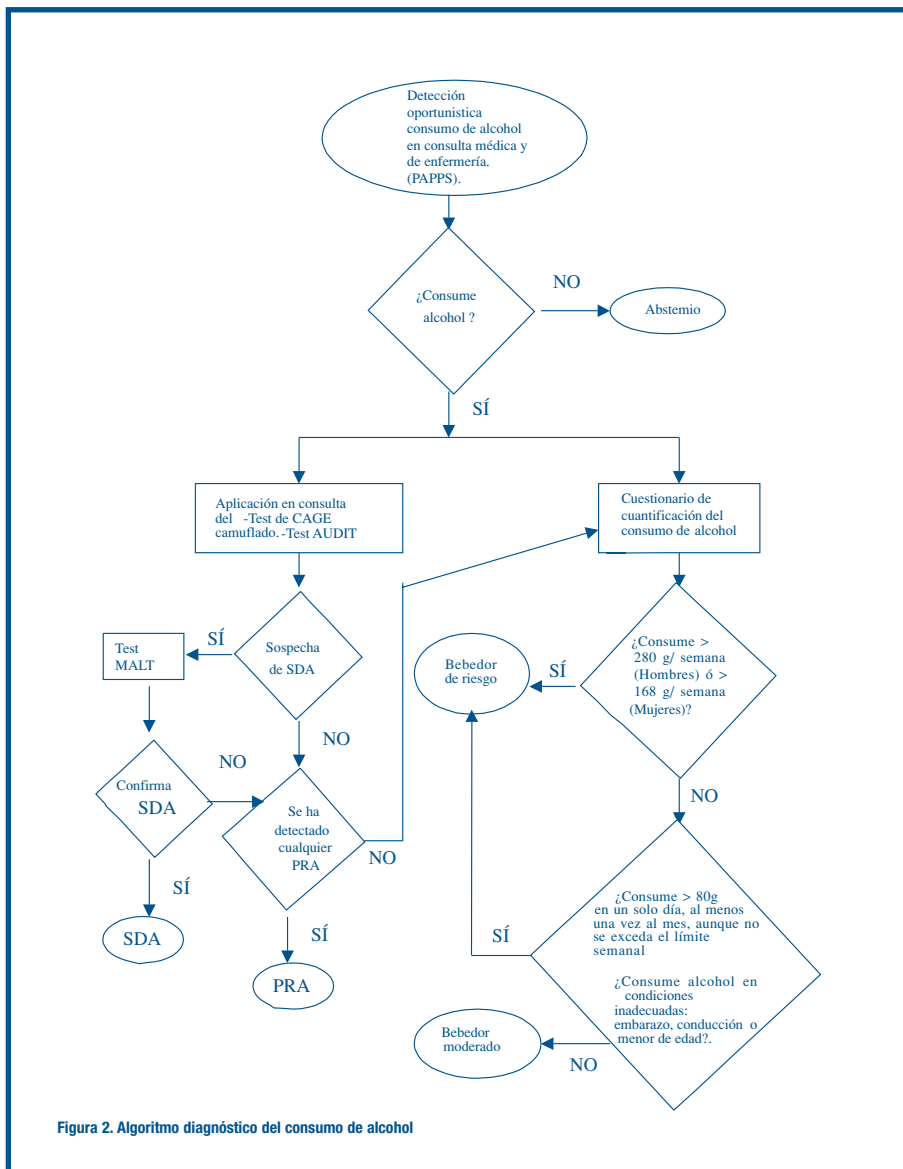


Figura 2. Algoritmo diagnóstico del consumo de alcohol

## **CRIBADO**

-Podemos diferenciar:

a)La entrevista clínica. Como procedimiento para determinar la cantidad de alcohol consumido, se ha mostrado como la mejor práctica evaluativa<sup>5</sup>. Durante ella se pasa revista a los distintos momentos del día, de forma rígida, evaluando la cantidad consumida en cada uno de ellos. Es imprescindible no hacer comentarios moralistas sobre su habito de bebida. Debe valorarse el consumo semanal, ya que tiende a concentrarse en los fines de semana. Ver Anexo 3.

b)Cuestionarios de detección.: CAGE Y AUDIT

## **SEGUIMIENTO.**

-Abstemios y bebedores no de riesgo.

Realización de nueva entrevista y refuerzo de esta conducta a los dos años (PAPPS).

-Bebedores de riesgo.

Realización de nueva entrevista a los 15-30 días, para realización del programa de intervención breve (15 minutos). Evaluación posterior cada 3 meses para corroborar disminución de ingestas, por entrevista y marcadores biológicos (10 minutos)<sup>2</sup>. Si disminuye su ingesta ir ampliando los plazos hasta 2 años.

## **DERIVACION /INTERCONSULTA**

Con la UCA:

-Sujeto con SDA, incluyendo a los sujetos en los que han fracasado otros intentos de desintoxicación.

-Existencia de disfunción familiar grave.

-Falta de apoyo sociofamiliar.

-Dependencia psicológica intensa de la bebida.

-Politoxicomanias.

-Petición expresa del paciente o familia.

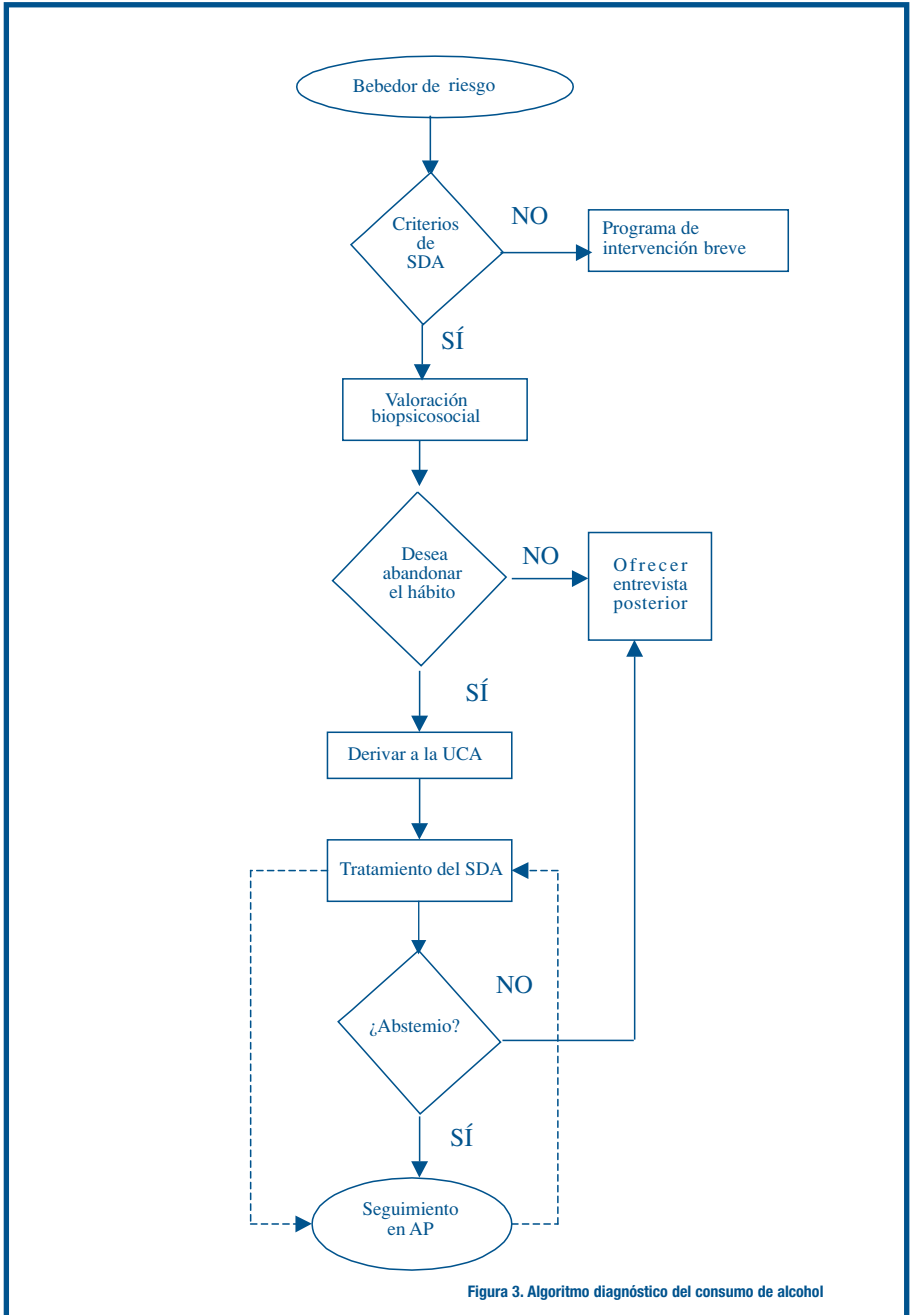


Figura 3. Algoritmo diagnóstico del consumo de alcohol