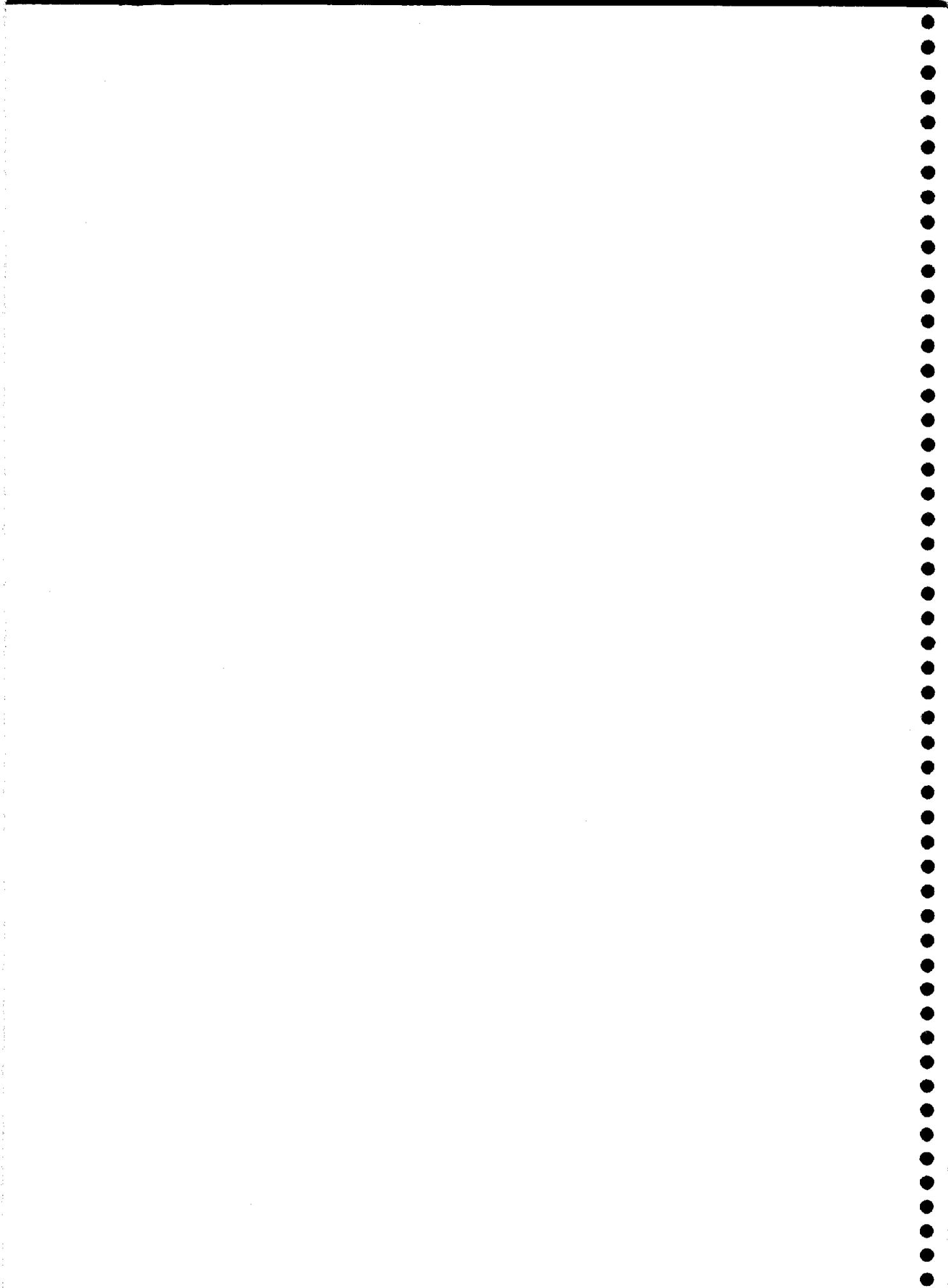


Actuar es posible

*El profesional de Atención Primaria de Salud
ante los problemas derivados del consumo de alcohol*

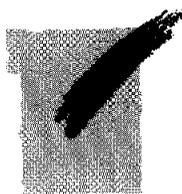


PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



Actuar es posible

*El profesional de Atención Primaria de Salud
ante los problemas derivados del consumo de alcohol*



PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

AUTORES

Cuadrado Calleja, Pedro
Servicio Salud Mental Retiro. Madrid

Martínez García, Javier
Hospital Psiquiátrico. Madrid

Picatoste Merino, Jesús
Hospital General Gregorio Marañón. Madrid

GRUPO DE TRABAJO

Antuña Alvarez, Carmen
Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo

Aguirre Martín-Gil, Ramón
Consejería de Salud. Madrid

Bandrés Moya, Fernando
Coordinador de Investigación, Formación y Salud Laboral SAS. Fundación Laboral del INI. Madrid

Bravo Portela, M^a José
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Dirección Técnica)

Estruch Riba, Ramón
Hospital Clínico de Barcelona. Servicio de Medicina Interna. Barcelona

Robles Forniell, Juan
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Servicio de Aparato Digestivo. Madrid

Rodríguez Martos, Alicia
Ayuntamiento de Barcelona. Area de Salud Pública. Barcelona

Sainz Casado, Ana Mercedes
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid

Santo-Domingo Carrasco, Joaquín
Hospital La Paz. Servicio de Psiquiatría. Madrid

Sevillano Santamaría, M^a Luisa
Centro de Salud de San Lorenzo del Escorial. Madrid

Vargas Marcos, Francisco
Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

Varo Prieto, José R.
Salud Mental II B. Pamplona

TRATAMIENTO DE TEXTOS

Alonso Callejo, Julia
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Alonso Rodríguez, Mercedes
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Edita y distribuye:



MINISTERIO DE JUSTICIA E INTERIOR

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Secretaría General Técnica

Paseo del Prado, 18-20. 28014 Madrid

Diseño:

quadro • Los Mesejo, 11 - 28007 Madrid

Imprime:

Rumagraf, S.A. • Avda. Pedro Díez, 25 - 28019 Madrid

Primera ed., 1994

Segunda reimp., 1995

ISBN: 84-8150-040-2

NIPO: 060-95-053-9

Depósito Legal: M-39546-1995

PRESENTACIÓN

La intención evidente de la serie de publicaciones *Actuar es Posible* de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ha sido siempre la de proporcionar a los profesionales un conjunto de orientaciones y pautas de actuación, instrumentos en suma, que les ayudasen en su práctica cotidiana en relación con los consumos de drogas.

Esa intención debía llevarnos inevitablemente, a afrontar la elaboración de una publicación destinada a mejorar el manejo de los problemas de alcohol en el nivel de Atención Primaria de salud.

Debíamos tratar de las cuestiones referidas al alcohol por muy distintas razones. Más allá de la discusión doctrinal de si el alcohol etílico es una droga como otra; obviando el hecho de que la condición *droga* no viene dada sólo por los aspectos bioquímicos o farmacológicos; a sabiendas de que también hay una dimensión de lo cultural que forma parte de la catalogación de una substancia como droga, con igual rango que su capacidad de producir dependencia o tolerancia; asumiendo el condicionante histórico que, no hay forma ni razón para ocultarlo, hizo que el Plan Nacional sobre Drogas fuese un plan pensado y puesto en marcha para hacer frente a los consumos no institucionalizados. Por encima de todo ello, debíamos tratar del alcohol porque, aun con todas las matizaciones que son obligadas, hay múltiples elementos comunes entre él y las drogas ilegales en lo que respecta a las exigencias de educación para la salud, de prevención, de asistencia, de planificación, etc., etc.

Y debíamos hablar de los problemas de alcohol en Atención Primaria porque, estamos convencidos, es ahí donde se dilucida el pronóstico de una buena parte de los problemas de esta naturaleza. Es ahí, al tiempo que en la Atención Especializada u hospitalaria pero más que en ellas, donde se juega la posibilidad de solucionar o enconar las dificultades y los trastornos.

Quizá sea en ese nivel donde se plantea el grueso de la apuesta terapéutica que, junto con los esfuerzos preventivos, debe suponer el frente de actuación principal para lo que constituye uno de los principales problemas sociales y de salud pública de nuestro país.

Esas son las razones últimas de esta publicación y esa intencionalidad nos ha motivado. Esperamos que no se vea totalmente frustrada.

Carlos López Riaño
Delegado del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas

ADVERTENCIAS AL LECTOR

De igual manera que en anteriores ocasiones, se ha pretendido que este nuevo número de *Actuar es Posible* tenga un carácter operativo y de consulta, por lo que es posible que en la lectura de corrido el lector encuentre cambios bruscos en el contenido, tratamiento y estilo.

Algunos de los temas que se abordan están sometidos a constante revisión, por lo que los autores han hecho un esfuerzo importante en proporcionar las indicaciones correctas a la luz de la literatura científica más reciente. Sin embargo, hay que advertir al lector que debe consultar las recomendaciones e informaciones que, periódicamente, van proporcionando las autoridades sanitarias y las que se extraen de la bibliografía internacional.

En ocasiones ante la necesidad de ofrecer una respuesta a problemas para los que no existe una solución clara, los autores y el grupo de trabajo han optado por aquélla que les ha parecido más práctica y universal, intentando ofrecer herramientas útiles y no verdades fundamentales.

Esperamos que este nuevo número de *Actuar es Posible* sea de utilidad.

LOS AUTORES Y EL GRUPO DE TRABAJO

ÍNDICE

1. Objetivos de este Manual	7
2. ¿Por qué es importante hablar de alcohol?	9
3. Qué se puede hacer en Atención Primaria	17
4. Aclarando conceptos	21
5. Cómo se presentan los problemas	25
6. Cómo actuar	29
1. Ante la demanda de asistencia de familiares o amigos	29
2. Ante la sospecha de un problema relacionado con el alcohol	30
• Anamnesis	30
• Exploración física	31
• Métodos auxiliares de diagnóstico	32
- Marcadores biológicos	32
- Cuestionarios	34
• Información por familiares y terceras personas	34
3. Ante las consecuencias del consumo	35
• Trastornos digestivos, cardiovasculares, hematológicos, osteomusculares, metabólicos, infecciones y cáncer	35
• Trastornos neurológicos y psiquiátricos	41
• Problemas familiares, laborales y legales	44
• Accidentes de tráfico	45
• Dependencia del alcohol	46
4. Ante el consumo de riesgo	52
5. Ante situaciones urgentes	56
• Hipoglucemia	56
• Crisis convulsivas	56
• Intoxicación aguda	56
• Intoxicación atípica	58
• Síndrome de abstinencia	58
• Delirium tremens	60
• Interacción de alcohol/interdictores	60
• Violencia	60

7. La derivación y utilización de otros recursos	61
8. Los problemas de algunos grupos específicos	65
1. Las mujeres	65
2. Los jóvenes	67
3. Los policonsumidores	68
4. Los ancianos	70
ANEXOS	73
I. Esquema de historia clínica	75
II. Cuestionarios para la detección de la dependencia alcohólica (MALT, CAGE)	77
III. Criterios diagnósticos (DSM-III-R, CIE-10)	83
IV. Esquema general de actuación	85
V. Tabla de equivalencias	87
VI. Interacciones del alcohol con fármacos	89
VII. Interdictores. Interacciones y efectos secundarios	93
VIII. Metabolismo del alcohol	95
IX. Tópicos sobre el alcohol	97
X. Grupos de autoayuda	99
XI. Para seguir leyendo sobre el alcohol	103

1

OBJETIVOS DE ESTE MANUAL

Al editar este manual se espera simplificar la tarea diaria de los profesionales:

- **Facilitando el mejor reconocimiento de los problemas relacionados con el alcohol.**

Gran parte de las personas con problemas relacionados con el alcohol contactan en algún momento de su proceso con Atención Primaria de Salud. En muchas ocasiones pasan desapercibidos para los profesionales que trabajan en este nivel de atención.

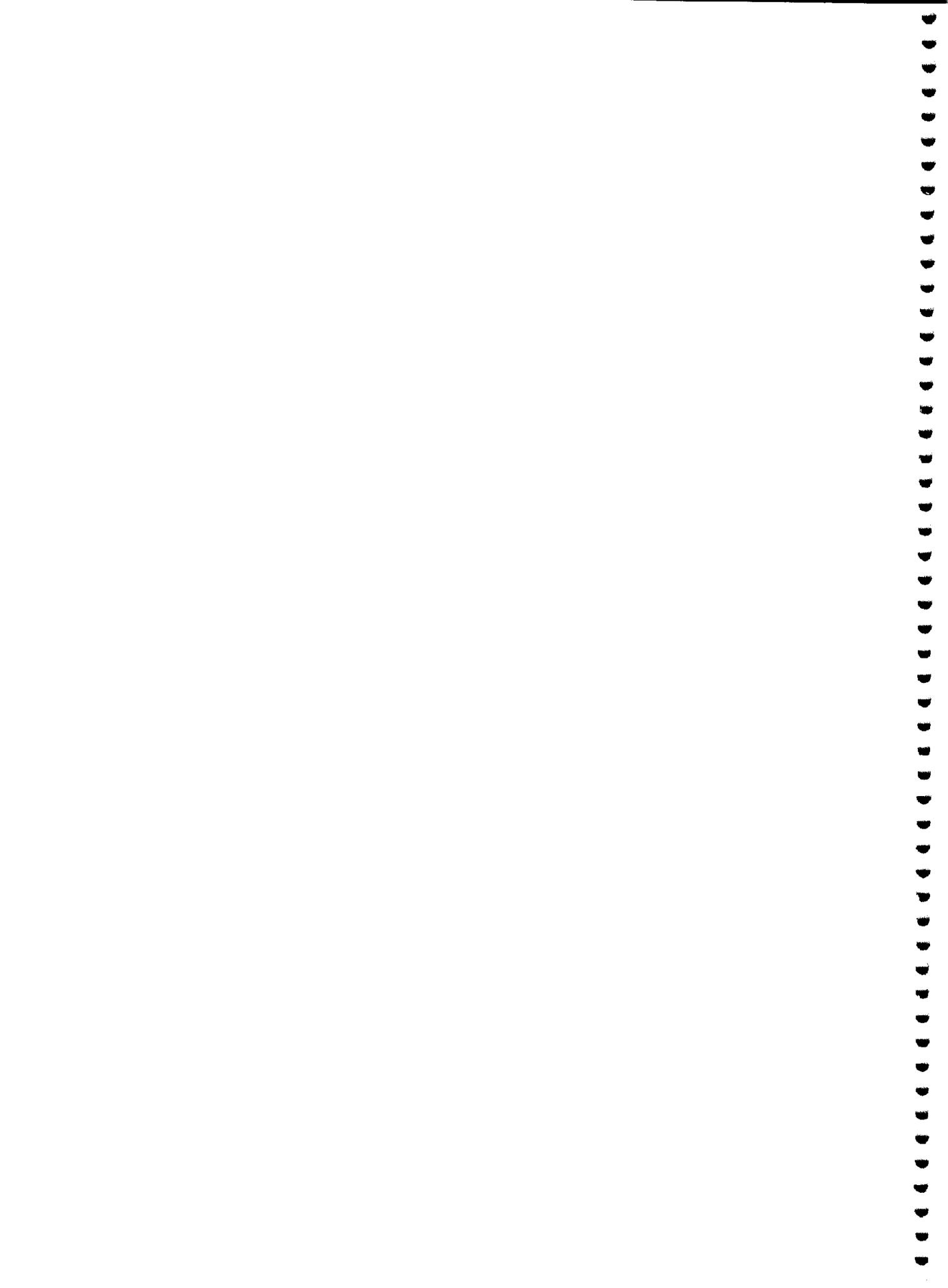
- **Aportando pautas de concretas de actuación.**

Con frecuencia hay que decidir con rapidez qué se hace ante una determinada situación. En el manual se encontrarán orientaciones sobre algunos aspectos concretos. La información que se facilita debe entenderse como repaso de los instrumentos y pautas básicas de actuación ante las distintas formas de presentación de los problemas y sus complicaciones.

- **Orientando sobre los recursos y dispositivos sociosanitarios que pueden completar el tratamiento.**

Un mejor conocimiento de la oferta de servicios y del papel de éstos, facilitará la tarea de derivación ante pacientes con problemas relacionados con el alcohol.

Al final del manual se encuentra un pequeño cuestionario para que dé su opinión sobre el mismo. Nos gustaría contar con su ayuda para poder mejorarlo en un futuro.



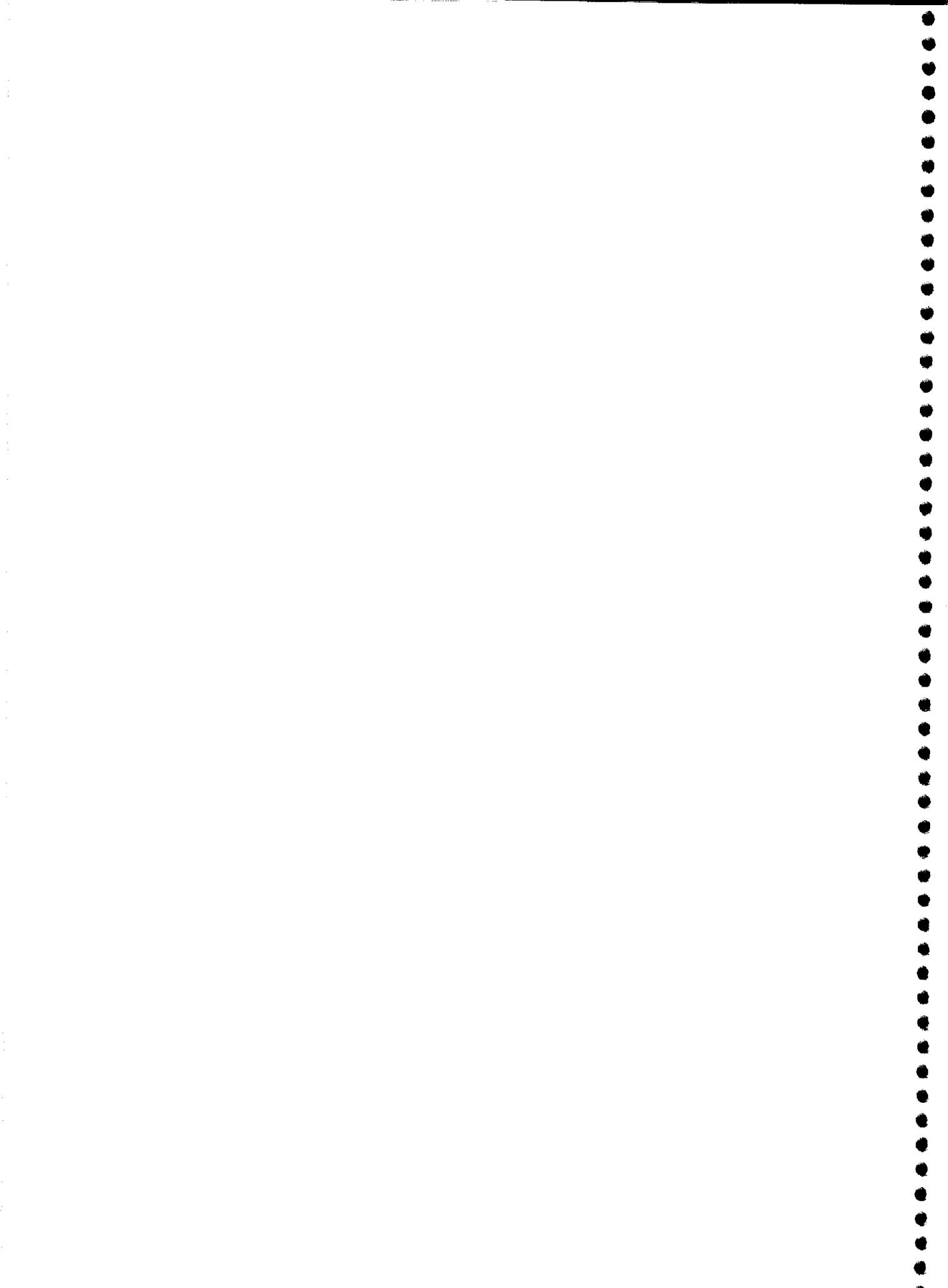
2

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE HABLAR DE ALCOHOL?

En España, el consumo de bebidas alcohólicas es un hecho socialmente aceptado e incluso estimulado desde diversos medios de comunicación. Existen referencias concluyentes sobre la importancia que el consumo de alcohol tiene en el volumen de la demanda sanitaria, los costes sociales y la producción.

- **La extensión y gravedad de los problemas asociados con el alcohol están directamente relacionados con la cantidad de alcohol consumida por el conjunto de la población.**
 - En 1991 España ocupaba el 7º lugar en el mundo en consumo de alcohol¹ con 10,4 litros de alcohol puro per cápita.
 - Según la Encuesta Nacional de Salud², en el año 1987 existían importantes diferencias interautonómicas. Las Comunidades Autónomas de País Vasco, Extremadura, Cantabria, La Rioja, Castilla-La Mancha, Galicia, Andalucía, Baleares y Navarra presentaban tasas de bebedores de más de 100 cc. diarios, superiores a la media del Estado.

En años recientes, se observa un cambio en los patrones de consumo con una tendencia al aumento del consumo de cerveza; este hecho parece coincidir con el patrón adoptado recientemente en todos los países mediterráneos^{2,3,4,5}.
- **La mejor aproximación a los niveles reales de consumo de alcohol en la población se hace a través de encuestas poblacionales.** La comparabilidad se ve dificultada por las diferencias en las definiciones de las variables y los períodos de estudio.
- Según una encuesta de ámbito estatal realizada en el año 1989⁵:
 - El 3,6% de los españoles consumen entre 526 y 700 g/semana y el 7,3% más de 700 g/semana.
 - Se observa que actualmente los jóvenes comienzan a beber regularmente a edad más temprana.
 - El conocimiento que tiene la población sobre los problemas ocasionados por el alcohol es bastante bajo. Si se excluyen los problemas de estómago, menos del 30% de las personas relacionan el alcohol con problemas de salud o accidentes.



3

QUÉ SE PUEDE HACER EN ATENCIÓN PRIMARIA

La gran mayoría de las personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol acuden, en algún momento de su vida, a la consulta de Atención Primaria. En muchas ocasiones los profesionales de este nivel de atención son **los primeros con quienes van a contactar estos pacientes.**

La ubicación estratégica del profesional de Atención Primaria le sitúa en una posición especialmente ventajosa para ACTUAR. Ve a más personas con problemas y los ve antes.

Además, su rol y la imagen que el paciente tiene de él, facilitan su tarea. Hablar de los problemas del paciente en términos médicos, relacionados principalmente con el organismo, con la salud física, facilita la colaboración de muchas personas. La mayoría de los pacientes que acuden a la consulta suelen estar más preparados para oír hablar a un médico de familia que a un psicólogo o psiquiatra.

Es conveniente, en un primer momento, ser prudente ante un problema que aparece como predominantemente físico y no caer en la tentación de rebuscar y poner en juego cuestiones de otra índole (emocional, de pareja, de dependencia) que podrían suponer rechazo.

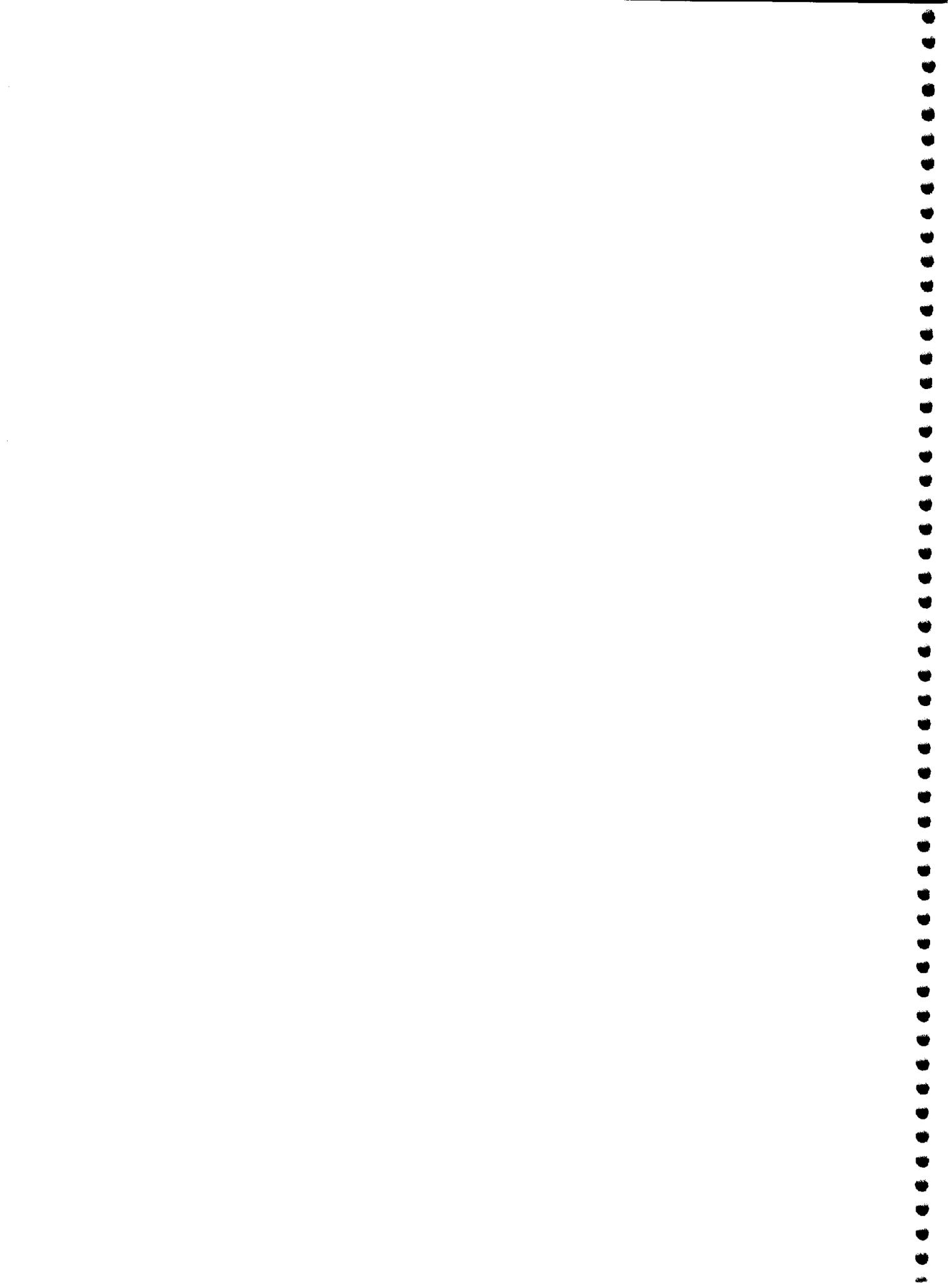
Ante un problema por consumo de alcohol en primer lugar debe plantearse el abandono del consumo, antes incluso de tratar de solucionar los demás problemas aunque sean aparentemente causales. Para conseguir la abstinencia lo más eficaz puede ser el manejo inicial del problema en términos puramente físicos u orgánicos.

El profesional del primer nivel de atención se encuentra en una posición privilegiada para:

INFORMAR Y ACONSEJAR

Es muy importante el papel del profesional de Atención Primaria en este aspecto. Si abandona el rol de informador o educador sanitario, éste es asumido por personas o medios sin cualificación que, sin embargo, pueden tener gran impacto entre la población. (Ver Anexo IX, pg. 97).

La orientación puede darse directa y personalmente en el momento de la demanda o de forma programada, mediante folletos, charlas o utilizando los medios de comunicación.



4

ACLARANDO CONCEPTOS

En las cuestiones relacionadas con el consumo de alcohol habitualmente se utilizan términos poco claros y conceptos ambiguos, se han mezclado los usos científicos y coloquiales y, en definitiva, se ha empleado un lenguaje que es conveniente aclarar.

En cada caso es importante precisar los términos para saber de qué hablamos en cada momento. Hay que puntualizar lo que se entiende por patrón de consumo, lo que es consumo de riesgo, qué es una dependencia alcohólica y qué queremos decir cuando hablamos de tolerancia, de abstinencia, de recaída o de problemas relacionados con el alcohol.

PATRÓN DE CONSUMO

Hace referencia a la cantidad, al tipo de bebida y a la frecuencia con que se distribuye su consumo a lo largo del tiempo.

No existe una cantidad precisa de alcohol que pueda considerarse como un límite o frontera por debajo del cual pueda asegurarse que no se van a producir consecuencias negativas para la salud. Estas dependen, además de la cantidad ingerida, de las características personales del usuario, de las circunstancias que rodean al consumo y de su distribución en el tiempo. Hay que distinguir el consumo habitual del esporádico y saber con qué circunstancias está relacionado. Por ejemplo, un adolescente que bebe 150 gramos a la semana, pero lo hace sólo en el fin de semana o en un único día, tendrá muchas posibilidades de tener problemas ligados a la intoxicación etílica; mientras que un hombre de 50 años que consume 300 gramos repartidos a lo largo de la semana, puede no llegar a tener problemas relacionados con el alcohol.

CONSUMO DE RIESGO

Los pacientes suelen hablar de consumo *normal* refiriéndose a que no les produce daño y pueden reducirlo o suprimirlo cuando quieran.

No se ha podido demostrar que una determinada cantidad de alcohol sea beneficiosa para la salud en términos absolutos. Aunque existe un debate acerca de esta cuestión,

Los problemas relacionados con el alcohol pueden afectar a personas que tienen dependencia del alcohol y también a aquéllas que no son dependientes. Un síndrome alcohólico fetal en un recién nacido de madre consumidora es un problema relacionado con el alcohol; también lo son un traumatismo craneo-encefálico en una persona que sufre un accidente a causa de una intoxicación etílica, el absentismo laboral en los días posteriores a una borrachera, la dependencia alcohólica o las peleas conyugales tras una ingesta excesiva.

OTROS TÉRMINOS USUALES

Alcoholismo: Se puede utilizar en un sentido genérico, haciendo referencia al daño en la salud de un individuo o al deterioro en su adaptación social y familiar, provocado por el consumo de alcohol, ya sea agudo o crónico. Esta acepción acerca los términos *Alcoholismo* y *Problemas Relacionados con el Alcohol* y genera una cierta confusión. En general se recomienda el manejo de un concepto más preciso: el *Síndrome de Dependencia del Alcohol* (ver página 46).

Abuso: Término utilizado en el DSM-III-R para describir un tipo de uso que, no cumpliendo las características de dependencia, constituye una modalidad de consumo que ocasiona dificultades funcionales al individuo. Puede ser equiparable al de *consumo perjudicial* de la CIE-10.

Consumo Perjudicial: Término introducido recientemente por la CIE-10, para designar una forma de consumo que afecta a la salud física o mental, sin que cumpla los criterios de dependencia alcohólica, trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos mentales relacionados con el alcohol. Puede equipararse al término *abuso* incluido en la clasificación del DSM-III-R.

Bebedor Problema: Aunque es un término que puede encontrarse con relativa frecuencia, no responde a una definición precisa, por lo que se desaconseja su empleo.

Bebedor Excesivo: Este término hace referencia sólo a la cantidad de alcohol consumida. Se considera como tal al consumidor de más de 80 g de alcohol/día.

Habitación: Tendencia a mantener un consumo regular, que no implica obligatoriamente la presencia de complicaciones ni el desarrollo de una dependencia.

Capacidad de Control: Es la capacidad de una persona de limitar según su deseo la cantidad de alcohol que consume y su frecuencia de consumo.

Capacidad de Abstinencia: Se refiere a la capacidad que mantiene una persona de interrumpir efectiva y totalmente el consumo a lo largo del tiempo.

5

CÓMO SE PRESENTAN LOS PROBLEMAS

Las personas con problemas relacionados con el alcohol llegan al primer nivel de asistencia por distintos mecanismos y planteando necesidades o peticiones que no siempre coinciden con la valoración que el profesional hace del problema y de las posibles soluciones.

En esta discordancia influyen, entre otras cuestiones, la idea que el paciente tenga sobre sus molestias, su expectativa ante el profesional que le atiende y el contexto o actitudes sociales en que todo ello se desenvuelve.

Parte de la tarea del médico o del técnico de enfermería es apreciar, a través de los signos y síntomas, lo que no está claro superficialmente. **En esta labor es determinante la valoración de la forma en que se presentan los problemas; es fundamental reflexionar sobre lo que el paciente demanda y cómo expresa su necesidad.**

La mejor forma de atender estos problemas comienza por algo tan sencillo como tratar de enterarse bien de lo que se pide. Luego habrá que valorar las necesidades expresadas, la conveniencia o no de atender esas necesidades tal cual se manifiestan y la posibilidad de modificarlas, matizarlas o profundizar en ellas.

Por todo ello es importante el conocimiento de las diversas maneras en que la persona con problemas de alcohol puede llegar a la consulta y de los distintos talentos y circunstancias que matizan ese primer contacto.

Para las diversas formas de presentación de los problemas, puede haber diferentes respuestas: información, orientación, asistencia de las complicaciones, terapia de la dependencia, etc.

No todas las intervenciones son siempre posibles desde Atención Primaria de Salud, pero casi siempre hay algo que se puede hacer. Es importante estar atentos a lo que sucede en los primeros momentos y pensar que, además de la demanda explícita, puede haber una solicitud implícita de atención.

CUANDO ACUDEN A CONSULTA LOS FAMILIARES O AMIGOS

En ocasiones el paciente no puede, no se atreve o no quiere pedir directamente ayuda. Son los casos en que viene a la consulta el cónyuge, un familiar, un amigo, compañeros de trabajo, etc.

En la mayoría de los casos esta demanda se plantea solicitando del profesional de Atención Primaria pautas de actuación a través de preguntas como:

- ¿Qué podemos hacer para que se ponga en tratamiento?
- ¿Qué puedo hacer cuando viene bebido?
- ¿Qué debo hacer con mi matrimonio?, ¿me debo separar?
- ¿Qué riesgos tienen mis hijos?
- ¿Este problema tiene solución?
- ¿Puedo darle algún tratamiento, sin que lo sepa, para que deje de beber?

Se debe escuchar la queja y la demanda con interés, e intentar delimitar cuál es el problema.

CUANDO EL PACIENTE ACUDE A CONSULTA

● SOLICITANDO ASISTENCIA POR PROBLEMAS QUE EL PACIENTE NO ATRIBUYE AL ALCOHOL

La mayoría de las veces la petición de tratamiento suele hacerse por problemas concretos de salud (malestar gástrico, dificultades para dormir, problemas hepáticos, diarrea, etc.), cuya asociación con el consumo de alcohol la persona desconoce o, aunque la sospeche, no reconoce abiertamente.

Esta ausencia de conciencia del problema (negación) es un elemento clave en los problemas por consumo de alcohol. Los problemas de salud son atribuidos al tabaco, a la anemia, a una depresión, a que su familia no le entiende, etc. Tales justificaciones constituyen la expresión de una falta de conciencia del problema.

La actitud del profesional debe ser de comprensión de las justificaciones pero tiene que diferenciar las que están asociadas al alcohol de las que no estén y mostrar una actitud firme en este criterio. Hay que ayudar al paciente a ver que los motivos que aduce no son la causa de la bebida sino una consecuencia de la misma.

La falta de conciencia del problema hace que la persona no exprese de una manera directa la necesidad de tratamiento. Sin embargo no se debe esperar a que la motivación para el cambio de conducta aparezca.

El manejo de estas situaciones requiere prudencia y tacto. En la explicación al paciente sobre lo que le pasa, debe hablarse abiertamente de la demanda tal como él la ha

manifestado, pero recordando siempre que se trata de la presentación formal de un problema en el contexto de las complicaciones del consumo de alcohol.

● SOLICITANDO ASISTENCIA POR PROBLEMAS QUE EL PACIENTE SÍ ATRIBUYE AL ALCOHOL

La petición explícita de tratamiento, reconociendo la existencia de un problema relacionado con el alcohol, es menos frecuente. En estos casos suele buscarse tratamiento bajo la presión familiar, por amenaza de despido o por indicación judicial. Se debe ofrecer tratamiento lo antes posible y de una manera activa, transmitiendo seguridad y optimismo con respecto a los resultados, aunque el paciente parezca no desearlo.

Cuando la demanda de atención la hace el propio paciente es frecuente que lo haga en momentos críticos de la evolución de su proceso o para resolver problemas concretos asociados al alcohol (necesidad de justificar una baja laboral, amenaza de despido o separación, sentimientos de culpa intensos tras un borrachera, etc.) y ante los cuales el paciente exige que se le vea urgentemente y se le dé una solución rápida. Estas demandas no deben ser rechazadas ni ridiculizadas. Son peticiones sinceras, aunque incompletas, que pueden ser el vehículo de enganche para una intervención a largo plazo. Sin embargo el profesional debe poner límites a ser utilizado como el benefactor que resuelve los problemas concretos sin que el paciente asuma el papel causal del alcohol y acepte un tratamiento de su problema nuclear.

Recuerde que...

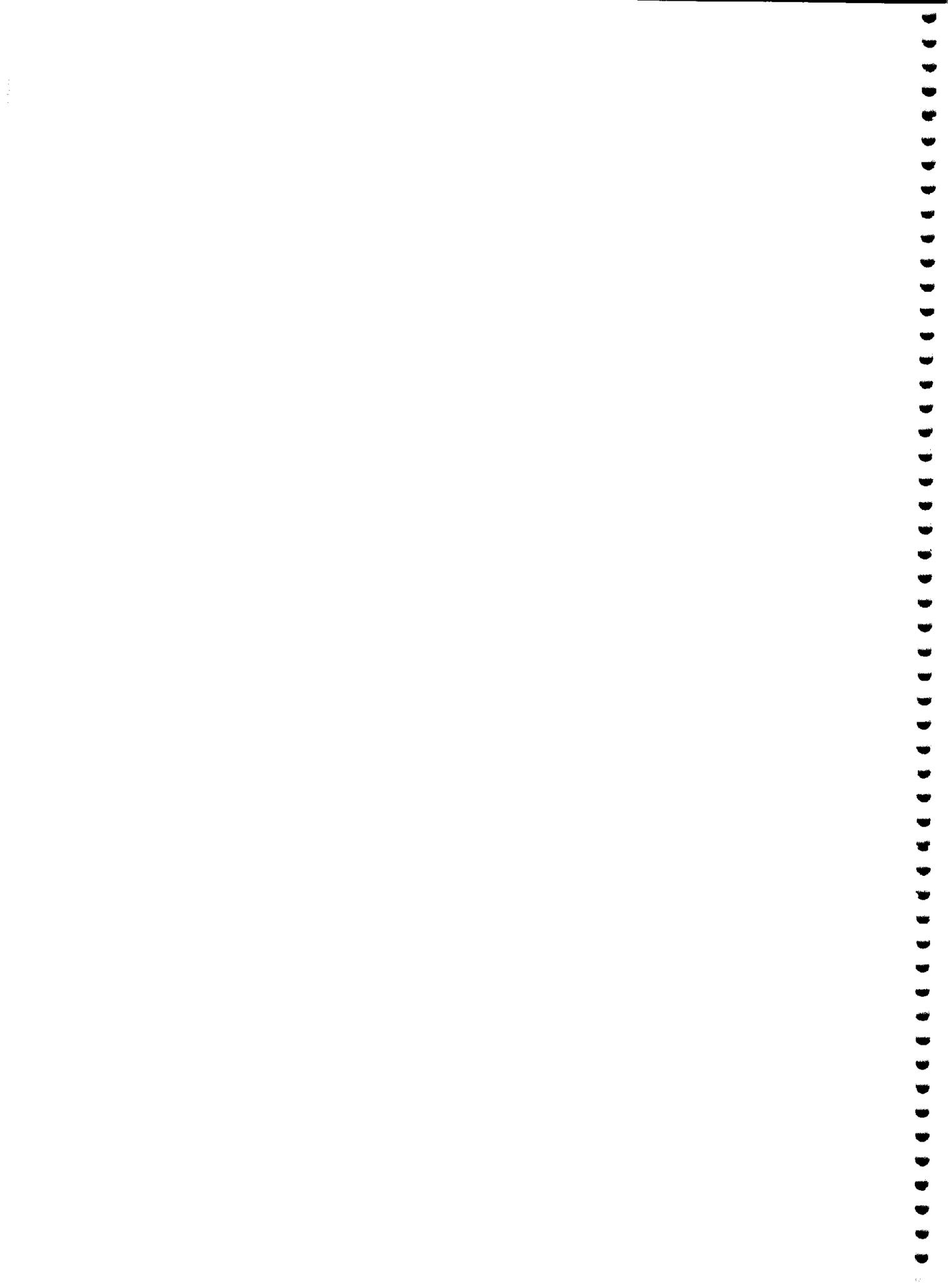
En muchas ocasiones es la familia, y no el propio paciente, quien acude solicitando ayuda.

La demanda de tratamiento suele hacerse por problemas de salud que el paciente no atribuye al consumo de alcohol.

La ausencia de conciencia del problema hace que no haya una petición explícita de tratamiento para el problema de alcohol.

No se debe esperar a que exista una motivación hacia el cambio de conducta para iniciar la intervención.

En ocasiones existe una demanda urgente de tratamiento que se debe aprovechar para establecer un vínculo que permita el tratamiento a largo plazo.



6

CÓMO ACTUAR

1. Ante la demanda de asistencia de familiares o amigos

Cuando el paciente no va a consulta, con frecuencia lo hacen sus familiares o compañeros buscando la forma en que pueden ayudarlo. En estos casos no se debe exigir la presencia del paciente para empezar a atender el problema. En estas circunstancias también es posible actuar pero, de momento, a través de la mediación de quien acude a consulta.

Algunos de los consejos e información que suele ser necesario transmitir pueden resumirse en:

EXPLICAR

- Qué cantidades y formas de consumir alcohol representan un riesgo para la salud.
- Cuáles son los riesgos del consumo y en qué consiste la enfermedad por dependencia alcohólica.
- Que estos problemas tienen tratamiento y que éste es útil.

ORIENTAR EN TORNO A

Cómo facilitar la búsqueda de tratamiento por parte del familiar, teniendo en cuenta:

- Que no debe plantearse el tema cuando la persona esté bajo los efectos del alcohol, sino durante los períodos de sobriedad o abstinencia.
- Que deben hacerse ver al paciente las complicaciones ocasionadas por el consumo de alcohol. Se debe hacer hincapié en las complicaciones somáticas y en los problemas económicos y laborales. Hay que evitar la culpabilización y no debe subrayarse la responsabilidad del paciente en el sufrimiento de la familia.

Cómo facilitar el manejo del problema a familiares y amigos:

- No se deben administrar medicinas al paciente sin que él lo sepa.
- No hay que favorecer o facilitar el consumo de alcohol. Es mejor que no se encuentren bebidas alcohólicas accesibles en casa; debe controlarse el dinero si el paciente no tiene independencia económica; no debe consumirse alcohol ante el paciente; debe controlarse la asistencia del paciente a las reuniones o fiestas donde habitualmente se consume alcohol.
- Se debe responsabilizar al paciente de su conducta, sin culpabilizarle.
- Hay que comunicar la consulta realizada y transmitir las posibilidades de solución de los problemas.
- Hay que reforzar las conductas de abstinencia: al paciente le es de ayuda notar que otros aprecian cuando las cosas van bien y, también, el esfuerzo que él hace para que eso sea así.
- Se debe favorecer el acudir al médico, aunque sea por un problema no relacionado con el consumo. Esta podría ser una forma de comenzar a ver al paciente en la consulta.

2. Ante la sospecha de un problema relacionado con el alcohol

Con frecuencia al profesional de Atención Primaria van a llegar personas que consumen alcohol con consecuencias negativas. Una de las características de este tipo de pacientes, más acusada cuanto mayor sea su dificultad para manejar el alcohol, es la NEGACIÓN de su problema. La demanda de atención se va a realizar en la mayoría de los casos de forma indirecta, a través de las manifestaciones somáticas, psíquicas y sociales del consumo de alcohol.

Un alto índice de sospecha o el conocimiento de las quejas típicamente planteadas puede incrementar la identificación de personas con problemas por consumo de alcohol.

La confirmación diagnóstica de los problemas relacionados con el alcohol debe realizarse a través de la anamnesis y la exploración clínica y con el apoyo, a veces, de pruebas complementarias.

ANAMNESIS

El profesional de Atención Primaria debe estar atento para desvelar el peso causal del alcohol en los problemas relacionados con el consumo del mismo. Los pacientes con estos problemas presentan una gran variedad de complicaciones físicas y psicosociales, que son atendidas con mucha frecuencia en salas de urgencias, servicios hospitalarios, servicios de psiquiatría, clínicas y ambulatorios.

Para realizar la historia clínica a estos pacientes hay que proceder de la misma manera que en cualquier otro caso, haciendo énfasis en la necesidad de conocer el patrón de consumo de alcohol e investigando los aspectos psicosociales relacionados con la situación del paciente.

Al realizar la historia clínica de cualquier paciente debe interrogarse sobre los hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, fármacos, drogas ilegales.

En relación con el consumo de alcohol interesa saber:

- la cantidad y tipo de alcohol ingerido (ver Anexo V, pg. 87)
- la distribución a lo largo del día
- la frecuencia de la ingestión (diaria, fines de semana, irregular, etc.)
- si se conserva la capacidad de controlar la cantidad que se bebe
- si se puede no beber cuando no conviene
- si se producen embriagueces y la frecuencia de éstas
- si existen síntomas de abstinencia y si se bebe para mitigarlos
- las consecuencias del consumo sobre el estado físico, sobre las relaciones afectivas, en el trabajo
- si ha habido ingresos hospitalarios por este motivo
- el tiempo de evolución del consumo y si han existido modificaciones recientemente

Al realizar la anamnesis hay algunos datos que pueden hacer sospechar la existencia de problemas con el alcohol:

- enfermedad bajo tratamiento que no responde a la terapia
- frecuente pirosis y consumo de antiácidos
- síntomas hipoglucémicos
- discrasias sanguíneas
- traumatismos frecuentes
- tabaquismo y tos seca por las mañanas
- trastornos del sueño
- pituitas matutinas
- impotencia
- antecedentes familiares de problemas relacionados con el alcohol

En la investigación de los antecedentes puede ser útil la colaboración de la familia ya que es frecuente que el paciente niegue la existencia de problemas previos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En los primeros contactos con un paciente pueden observarse unos signos o indicios clínicos que, aunque no siempre están presentes, deben hacer pensar en problemas en relación con el alcohol (ver Anexo I, pg. 75):

- paciente que aparenta más edad de la que tiene
- inyección conjuntival
- facies vultuosa
- telangiectasias malares
- rubicundez
- cicatrices faciales por caídas
- temblor lingual
- temblor fino de extremidades superiores
- fetor etílico
- ginecomastia
- hipertrofia parotídea
- edemas periorbital, pretibial o generalizado inexplicable
- hipertensión leve
- arritmias cardíacas y taquicardia (pulso superior a 100 pulsaciones/minuto en reposo)
- aumento de tamaño o alteración funcional del hígado
- arañas vasculares en tronco
- mal estado de nutrición
- atrofas musculares
- contractura palmar de Dupuytren y eritema palmar

MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

● **MARCADORES BIOLÓGICOS**

Hay una serie de alteraciones enzimáticas sugestivas del uso de alcohol. Las técnicas de detección de estas alteraciones tienen un triple interés para el clínico:

- Detección precoz: ya que pueden preceder en el tiempo a la expresión de las lesiones orgánicas derivadas del consumo de alcohol.
- Confirmación diagnóstica: cuando se asocian a los datos clínicos y físicos.
- De control y seguimiento de la abstinencia en el contexto de un programa terapéutico.

Se han propuesto múltiples marcadores biológicos de las lesiones orgánicas o disfunciones por consumo de alcohol, pero sólo unos pocos presentan utilidad en asistencia primaria y siempre que no se utilicen aisladamente sino junto a otros instrumentos diagnósticos.

En la actualidad los más útiles son:

- Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGT)
- Volumen Corpuscular Medio (VCM)
- Transaminasas: GOT (AST: aspartato aminotransferasa), GPT (ALT: alanino aminotransferasa) y relación GOT/GPT
- Determinación de alcohol en el organismo

GAMMA-GLUTAMIL-TRANSEPTIDASA (GGT):

Es un marcador más sensible que las transaminasas para detectar el consumo excesivo de alcohol. Aumenta sus valores incluso antes de que el hígado enferme. Los niveles de normalidad dependen de las técnicas de laboratorio, aunque se deben considerar todos los valores superiores a 50 mU/ml.

Se puede utilizar como marcador de la ingesta de alcohol pues existe una buena correlación entre los niveles de GGT y la ingesta. Cuando la cantidad de alcohol consumida está por debajo de 60 g/día pierde gran parte de la sensibilidad.

Como indicador de consumo pierde utilidad si además existen hepatopatía, insuficiencia cardíaca o administración de anticonvulsivantes, benzodiazepinas, hidantoínas y anticonceptivos, puesto que estas circunstancias dan falsos positivos.

Con la abstinencia vuelve en poco tiempo a la normalidad (semanas) y se puede utilizar por lo tanto como criterio de evolución. El aumento de un 50% o más es un dato de bastante peso para valorar el reinicio del consumo de alcohol en un paciente previamente abstinentes.

En conjunto aparece elevada en 3/4 partes de los pacientes con dependencia de alcohol y ha sido utilizada en campañas preventivas como factor prospectivo de riesgo.

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM):

Su alteración parece deberse a una acción directa del alcohol en el desarrollo de los eritroblastos, más que a un déficit de ácido fólico, como se creía. Aunque menos sensible que la GGT es más específico para valores superiores a 98.

También existe una relación entre ingesta de alcohol y VCM, pero no tan clara como en el caso de la GGT. El VCM tarda varias semanas en regresar a los niveles basales tras la abstinencia y también se puede emplear como criterio evolutivo. Pierde sensibilidad con consumos inferiores a 60 g/día.

La doble positividad ante las determinaciones de la GGT y VCM, aunque con menor sensibilidad que cada una por separado, se ha mostrado como el criterio biológico más específico y fácil de usar en el diagnóstico del alcoholismo, llegando a identificar a más del 75% de los bebedores.

TRANSAMINASAS (GOT/GPT):

Las transaminasas GOT y GPT son marcadores de citólisis. En el bebedor crónico la relación GOT/GPT suele ser mayor de 1.

DETERMINACIÓN DE ALCOHOL EN SANGRE Y ORINA:

La alcoholemia tiene un interés diagnóstico en varias situaciones:

- En las intoxicaciones agudas, para la valoración de la gravedad del cuadro con independencia de la clínica.
- Con finalidades medicolegales. En las intoxicaciones agudas, para la valoración de sus posibles repercusiones en conductas como la conducción, agresiones, violencia, etc. En España actualmente existe el límite legal de 0,8 gramos de alcohol por litro de sangre para la conducción de turismos, 0,5 para la conducción de transporte de mercancías y 0,3 para los transportes públicos, transportes escolares y servicios de urgencia.
- Para valorar la tolerancia que ha desarrollado un paciente, en el contexto de un estudio clínico de su enfermedad.

El análisis de alcohol en orina sirve para saber si el paciente que está siguiendo un programa terapéutico, mantiene la abstinencia.

Se ha argumentado que el planteamiento de estas técnicas puede perjudicar la relación con el paciente. Por consiguiente, es necesario plantearlas con prudencia y tacto.

● CUESTIONARIOS

Entre los numerosos métodos estructurados de diagnóstico aplicables en Atención Primaria, existen algunos para detectar la dependencia de alcohol o de problemas derivados del consumo y otros, más complejos, para confirmar el diagnóstico.

Su empleo está limitado en el trabajo habitual en Atención Primaria por el tiempo que exigen. No se recomienda su aplicación sistemática sino, en todo caso, disponer de ellos como referencia dentro del contexto de la entrevista clínica.

Para su eventual aplicación en Atención Primaria merecen especial mención dos: CAGE y MALT (ver Anexo II, pg. 77). Ambos están validados para la población española. Es importante tener en cuenta que están encaminados a la detección de dependencia de alcohol y no de otros problemas relacionados con el consumo (si su aplicación da un resultado negativo no excluye la presencia de otros muchos problemas).

● INFORMACIÓN POR FAMILIARES Y TERCERAS PERSONAS

Esta información puede ser de gran ayuda para el profesional de Atención Primaria, tanto o más que lo mencionado hasta ahora. Tiene la limitación de la subjetividad del

informante y de la necesidad de guardar la confidencialidad del paciente. Además de confirmar datos dudosos sirve para revelar nueva información y conseguir colaboración durante el tratamiento.

Recuerde que...

Una persona dependiente del alcohol debe cumplir al menos los siguientes criterios:

- Preocupación por la adquisición y consumo de alcohol.
- Impulso irresistible al uso de alcohol.

Un paciente que acude por problemas relacionados con el consumo de alcohol no tiene por qué ser dependiente del mismo.

No todos los pacientes con dependencia presentan un grado equivalente de problemas físicos asociados.

La dependencia debe ser considerada como un problema más entre todas las posibles consecuencias del consumo de alcohol.

La existencia de alcohol en el organismo es un dato para diagnosticar el estado de intoxicación, pero no lo es en absoluto para el diagnóstico de la dependencia.

3. Ante las consecuencias del consumo

Lo habitual en la práctica clínica es que las complicaciones secundarias al consumo de alcohol aparezcan combinadas en diversas formas y niveles de gravedad.

A continuación se revisan algunos aspectos de los trastornos por consumo de alcohol, incluyendo algunas recomendaciones prácticas. Éstas deben ser entendidas como una orientación más que como un criterio rígido. Las posibilidades y los límites de la actuación dependen de los recursos, de la seguridad del profesional en el manejo clínico de estos pacientes y de la disponibilidad de tiempo y medios.

TRASTORNOS DIGESTIVOS

La mayor parte de las consultas que los pacientes con consumo crónico de alcohol realizan en Atención Primaria están relacionadas con trastornos del aparato digestivo.

1. Sin embargo, los datos más sugerentes de cirrosis no son las alteraciones de las transaminasas sino una hipergammaglobulinemia policlonal, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia y un descenso de la tasa de protrombina. En caso de que el paciente presente una cirrosis debería evaluarse la posibilidad de complicaciones asociadas y remitirse a un centro especializado.

Finalmente debe tenerse en cuenta la elevada prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en los pacientes con dependencia de alcohol, que complica y agrava las lesiones hepáticas. Se han detectado anticuerpos anti-VHC en el 50% de los pacientes con dependencia de alcohol y cirrosis. Debe tenerse en cuenta que estos pacientes tienen un elevado riesgo de desarrollar un hepatocarcinoma, por lo que deberían practicarse ecografías hepáticas seriadas y determinaciones periódicas de alfa-1-fetoproteína para detectar precozmente esta eventualidad.

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

El etanol disminuye la contractilidad miocárdica y causa vasodilatación periférica, dando como resultado un descenso suave de la presión arterial y un aumento compensador de la frecuencia y gasto cardíaco. También el etanol administrado de forma aguda altera las propiedades electrofisiológicas cardíacas y da lugar a arritmias. Este efecto arritmogénico parece depender de la cantidad de tóxico consumido y de la presencia de una lesión cardíaca previa (miocardiopatía). Las arritmias más frecuentes son la fibrilación auricular, flutter auricular, taquicardia de la unión AV y extrasístoles supraventriculares y ventriculares. Como la aparición de estas arritmias se relaciona con la ingesta de grandes cantidades de alcohol y suelen tener lugar los fines de semana, se conoce a esta entidad como el síndrome del corazón de fin de semana o *holiday heart*.

Asimismo, el consumo crónico de alcohol da lugar a una disfunción cardíaca progresiva que va desde formas subclínicas detectables únicamente mediante exploraciones complementarias (ecocardiografía y ventriculografía isotópica) hasta las formas clínicas que cursan con insuficiencia cardíaca congestiva y constituyen la auténtica miocardiopatía alcohólica.

Por otro lado, los aumentos en el consumo de oxígeno cardíaco provocados por el ejercicio son más altos después de consumir alcohol. Desde hace un tiempo, se ha apuntado la posibilidad de que una cantidad mínima regular de alcohol, durante períodos prolongados, pueda disminuir el riesgo de muerte cardiovascular (quizá por el aumento de colesterol lipoproteínico de alta densidad HDL o por cambios en los mecanismos de coagulación) en muestras seleccionadas. En estos momentos no hay datos suficientes para afirmar estas hipotéticas ventajas de forma concluyente. En cualquier caso, hay que reiterar los riesgos contrapreventivos de una indicación poco matizada a este respecto.

A pesar de que el etanol en dosis bajas produce un descenso suave de la presión arterial, el consumo de tres o más copas diarias origina un aumento, dependiente de la dosis, de la presión arterial, que vuelve a la normalidad tras unas semanas de abstinencia.

Las lesiones producidas en el aparato cardiovascular tanto en el consumo crónico de alcohol como en los casos de intoxicación alcohólica aguda, muchas veces pasan desapercibidas y sólo se detectan cuando aparecen algunos síntomas de forma aguda. El consumo crónico de alcohol puede causar:

- Arritmias, que pueden producir muerte súbita.
- Cardiopatía isquémica silente.
- Hipertensión arterial.
- Accidentes cerebro-vasculares agudos, sobre todo hemorrágicos.
- Miocardiopatía alcohólica. Se produce como consecuencia de la ingesta prolongada de alcohol. Se define como un síndrome de disfunción cardíaca, mientras que el resto del sistema cardiovascular permanece relativamente sano. Los síntomas de esta miocardiopatía consisten generalmente en arritmias o cuadros de insuficiencia cardíaca congestiva. El tratamiento fundamental de la miocardiopatía alcohólica es la abstinencia total y permanente, con independencia del tratamiento sintomático del cuadro clínico y las alteraciones que se presenten. En muchos casos, se ha descrito la reversibilidad de esta cardiopatía con la abstinencia.

TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

La ingestión crónica de alcohol origina alteraciones hematológicas en el desarrollo y la maduración celular que pueden ser debidos al efecto directo del alcohol, a defectos nutricionales múltiples (especialmente de ácido fólico) y que también pueden ser secundarios a una hepatopatía crónica o a infecciones. El alcohol interfiere en la hematopoyesis, pudiéndose producir anemia megaloblástica, leucopenia y trombopenia, en función de la duración y volumen de la ingesta de alcohol.

Las alteraciones hematológicas que se pueden detectar en Atención Primaria, son entre otras:

- Macrocitosis.
- Trombopenia.
- Leucopenia.
- Anemias carenciales.

El seguimiento clínico del caso, el tratamiento sintomático de cada tipo de alteración y la abstinencia resuelven la mayoría de estos procesos.

TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES

Los pacientes alcohólicos crónicos presentan con frecuencia patología muscular asociada al alcohol.

Hay tres alteraciones bien definidas en los grandes bebedores: la miopatía alcohólica aguda, la miopatía alcohólica crónica, la miopatía alcohólica subclínica y la osteoporosis.

● MIOPATÍA ALCOHÓLICA AGUDA

La forma más conocida es la rabdomiolisis con mioglobinuria. Cursa con mialgias y pérdida de fuerza más o menos generalizada, junto a oliguria y emisión de orinas rojizas, generalmente tras la ingesta de grandes cantidades de alcohol. En la analítica destaca una gran elevación de las enzimas musculares séricas (creatincinasa, aldolasa, GOT y LDH), junto a mioglobinemias elevadas y mioglobinuria; estas alteraciones están en relación con el grado de necrosis de las fibras musculares. A consecuencia de la intensa mioglobinuria el paciente puede desarrollar una insuficiencia renal aguda que puede acabar con su vida u obligar a la instauración de diálisis. El dolor muscular aparece sobre todo en los músculos proximales de las extremidades, en los de las cinturas escapular y pelviana, y músculos torácicos.

En casos de miopatía aguda debe remitirse al paciente a un centro especializado.

● MIOPATÍAS ALCOHÓLICAS CRÓNICA Y SUBCLÍNICA

Un elevado porcentaje de pacientes sufren debilidad y atrofia muscular, de largo tiempo de evolución, en relación con la cantidad total de alcohol consumido a lo largo de su vida. Estas formas de miopatía son parcialmente reversibles con la abstinencia.

● OSTEOPOROSIS

Es secundaria a la frecuente malnutrición y malabsorción de calcio y vitamina D que padecen estos pacientes. Se caracteriza por la aparición relativamente frecuente de fracturas espontáneas o de otras producidas ante mínimos traumatismos, sobre todo a nivel costal.

Su manejo puede ser ambulatorio con abstinencia y tratamiento sintomático.

TRASTORNOS METABÓLICOS

El consumo de alcohol es la causa más frecuente de hipoglucemia en la población no diabética. En los bebedores excesivos se presentan también con frecuencia las hiperlipoproteinemias IV y V. Debido al daño pancreático se produce una fibrosis de este órgano, desarrollándose secundariamente una diabetes mellitus que puede ser insulino-dependiente, pudiendo llegar a ocasionar cetoacidosis. También merece resaltarse que estos pacientes presentan frecuentemente déficits de magnesio, fósforo, selenio y zinc, junto con aumentos de hierro, cobre y plomo.

INFECCIONES

El consumo de alcohol es un factor de riesgo importante para las infecciones por su efecto inmunosupresor. Las infecciones que con más frecuencia se asocian a los alcohólicos crónicos son las hepatitis B y C, neumonías por neumococos, gramm-negativos o anaerobios (por aspiración), tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, peritonitis bacteriana espontánea, endocarditis y meningitis bacteriana.

CÁNCER

Se ha relacionado el consumo de alcohol con un aumento en la incidencia de tumores de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, recto, colon y mama.

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

La acción del alcohol sobre el sistema nervioso se asocia a un conjunto de trastornos, ligados al consumo agudo (intoxicación etílica, intoxicación patológica) o al consumo crónico (neuropatías, encefalopatías, crisis convulsivas, síndrome de abstinencia, síndrome de dependencia alcohólica, trastornos psicóticos, trastornos afectivos).

Muchas de estas complicaciones se van a presentar con un carácter de urgencia (intoxicaciones, síndrome de abstinencia, crisis convulsivas), siendo tratadas en ese apartado. La dependencia alcohólica, por su carácter de trastorno global que implica múltiples complicaciones, se describirá en capítulo aparte.

● **NEUROPATÍAS**

Son las más frecuentes alteraciones neurológicas del consumo crónico de alcohol. En la producción de estos trastornos están implicados factores tóxicos y nutricionales. El primer síntoma puede ser el dolor o la contractura de los músculos de la pantorrilla o de los pies, que también se puede acompañar de sensación de hormigueo, quemazón o pinchazos en las extremidades inferiores. Más adelante aparecen síntomas de iguales características en manos y brazos. La afectación suele ser simétrica y bilateral.

La afectación del nervio óptico va a dar lugar a un cuadro específico llamado ambliopatía nutricional, donde el consumo de alcohol y tabaco se asocian a un cuadro caracterizado por una reducción de la agudeza visual y un escotoma central o centrocecal, de mayor tamaño para los objetos de color. Las lesiones típicas son bilaterales y simétricas y, en caso de progresar, pueden conducir a una atrofia óptica irreversible. Se debe sospechar cuando la consulta es por pérdida de visión progresiva aunque al principio el oftalmólogo no encuentre signos específicos.

El sistema nervioso autónomo también sufre alteraciones y es uno de los factores implicados en la aparición de cuadros de impotencia, íleo adinámico, palpitaciones, trastornos de los esfínteres, sudoración, etc.

El manejo terapéutico, además de la recomendación de abstinencia de alcohol, implica tratamiento con vitaminas del grupo B.

● ENCEFALOPATÍAS

Hay que destacar el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Es un cuadro neurológico originado por un déficit de tiamina, observado en pacientes con consumo crónico. Este síndrome, en pacientes con edades medias de 40 a 60 años, comienza con un cuadro de polineuropatía, excitación y confusión, desarrollándose posteriormente una diplopía que es la primera manifestación que orienta al diagnóstico. En la exploración física destaca la presencia de parálisis de algún par craneal, generalmente el III, IV o VI, nistagmus y ataxia. Merece destacarse que, en ocasiones, esta enfermedad sólo cursa como un síndrome confusional sin ninguna alteración neurológica. El tratamiento es una urgencia y debe realizarse con vitamina B1, inicialmente IM a dosis de 100 a 500 mg/día durante 4 ó 5 días. Se aconseja derivación para asistencia hospitalaria.

En ocasiones, sobre todo si no se trata, el síndrome de Wernicke evoluciona hacia un cuadro amnésico, con alteraciones de la memoria de fijación a corto y largo plazo, sin alteración del nivel de vigilancia. Se asocia a un desorientación temporoespacial y fabulación. Suele mantenerse indefinidamente, pudiéndose observar una leve mejoría después de largos períodos de tiempo. El deterioro de la capacidad de independencia que produce es grave, precisando cuidado continuo.

El tratamiento se basa en la administración de vitamina B1 en grandes dosis y en la prevención de la encefalopatía. Debe enviarse para tratamiento a asistencia especializada.

● DETERIOROS PSICOORGÁNICOS

La aparición de cuadros transitorios de pérdida de memoria (amnesias lacunares), en el contexto de intoxicaciones etílicas, son comunes tanto en los consumidores esporádicos como en los dependientes de alcohol. Se caracteriza por un amnesia de fijación para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación, tiene unos límites temporales más o menos imprecisos y suele despertar reacciones de ansiedad en relación con lo sucedido durante esos períodos.

Más importancia tienen los deterioros ligados al consumo crónico de alcohol. Se caracterizan por un déficit global de las funciones cognitivas, como memoria o capacidad de abstracción, de diferente intensidad. Estos deterioros, que pueden ser reversibles a lo largo de meses o años de abstinencia de alcohol, pueden también llevar a cuadros de demencia irreversible (trastornos de memoria, apraxias, agnosias...), que limiten la capacidad de independencia.

Una demencia específica es la que aparece por déficit de ácido nicotínico (pelagra). Se asocia a dermatitis y a sintomatología digestiva.

Existen otras complicaciones infrecuentes sobre el Sistema Nervioso Central como la degeneración cerebelosa, la mielinolisis central pontina y la enfermedad de Marchiafava-Bignami.

El tratamiento de todos estos trastornos exige la abstinencia de alcohol y la administración de Complejo B (especialmente B1 a dosis superiores a 250 mg/día). Para la sedación es mejor utilizar neurolépticos a dosis bajas (por ejemplo, haloperidol 2 mg/día o clorpromazina 25 mg/día). El tratamiento de la demencia en la pelagra requiere vitamina PP durante una semana. Ante un síndrome de deterioro psicoorgánico cuya etiología no queda clara o que no responde de forma típica al tratamiento se debe considerar la derivación al neurólogo.

● TRASTORNOS PSICÓTICOS

Hay que destacar la alucinosis alcohólica y la celotipia alcohólica:

Alucinosis alcohólica: Este síndrome se presenta generalmente cuando se ha abandonado o reducido la ingesta. El síntoma fundamental es la presencia de alucinaciones auditivas, sin obnubilación de conciencia. Suele comenzar dentro de las 48 horas después de haber abandonado la ingestión de alcohol. Se asocia a veces a otros síntomas de abstinencia. La duración suele ser inferior a una semana. Las complicaciones se derivan de la posibilidad de que la respuesta a las alucinaciones pueda comportar riesgo.

El tratamiento es semejante al de la abstinencia y, a veces, exige la utilización de neurolépticos. Es preciso derivar al psiquiatra.

Celotipia alcohólica: En este concepto se agrupa un espectro de trastornos paranoides, no específicos del alcoholismo pero que se encuentran a veces ligados a él. Requieren derivación psiquiátrica.

● OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS

Trastornos depresivos: Se dan con frecuencia en la evolución de las personas con consumo crónico de alcohol. Aunque el alcohol mejora el ánimo a corto plazo, luego lo empeora.

El manejo de estos trastornos implica la abstinencia de alcohol. Hay que observar si a lo largo de las semanas siguientes a la abstinencia se mantiene el síndrome depresivo. Si es así, hay que comenzar un tratamiento antidepresivo, con derivación psiquiátrica si es necesario. Un buen manejo de los episodios depresivos puede ayudar a la toma de conciencia respecto a los problemas de alcohol y, en definitiva, a su tratamiento.

Trastornos de ansiedad: El alcohol se usa frecuentemente como automedicación de la ansiedad. Como rápidamente cesa el efecto sedante, incluso con un rebote de la ansiedad, es fácil que se reiteren estas conductas y que, con ello, aparezcan los fenómenos de tolerancia y abstinencia y, en definitiva, que se desarrolle una dependencia.

Si persiste una ansiedad intensa tras la abstinencia, hay que indicar derivación psiquiátrica. Si se decide tratar los síntomas ansiosos menos graves, es preciso utilizar los ansiolíticos de vida más larga, en pautas cortas, intentando evitar los riesgos de abuso y acostumbramiento. Hay que tener en cuenta los riesgos de interacción medicamentosa (alcohol/psicofármacos).

Insomnio: Puede ser de inicio (dificultades para conciliar el sueño) o de mantenimiento (múltiples despertares a lo largo de la noche). Ocurre cuando hay consumo excesivo de alcohol o bien cuando se inicia la abstinencia.

Se debe informar de la causa del insomnio y de que si no se deja de beber no desaparecerá. La retirada del alcohol suele ser suficiente para resolver el problema.

PROBLEMAS FAMILIARES, LABORALES Y LEGALES

● PROBLEMAS FAMILIARES

Es relativamente frecuente que en el contexto familiar de las personas con problemas de consumo de alcohol se den discusiones, peleas, agresiones al cónyuge o a los hijos, destrozos de bienes materiales domésticos y abusos sexuales.

Hay una estrecha relación entre el consumo de alcohol y la violencia dentro de la familia. Probablemente los efectos desinhibidores del alcohol facilitan la realización de estos actos.

En el proceso de aceptación del problema, es frecuente que se presenten una serie de fases comunes en las familias con algún miembro con problemas relacionados con el alcohol:

- En un primer momento hay un rechazo o vacilación a admitir el problema, con intentos de controlar la conducta de bebida mediante la reprobación, amenazas de separación o despertando sentimientos de culpa.
- En una segunda etapa, la familia se percata de que sus estrategias no funcionan y de que las cosas empeoran. Aparecen problemas psicológicos en los miembros de la familia que pueden llegar a constituir un verdadero trastorno de ansiedad o depresión. En los hijos se pueden producir complicaciones que van desde el abandono de los cuidados básicos (desnutrición, falta de escolarización, malos tratos), hasta altos niveles de ansiedad permanente, que se manifiestan a través de enuresis nocturna, terrores nocturnos, problemas escolares y trastornos de conducta.

La información y orientación acerca de las pautas a seguir, así como de los recursos disponibles para el problema, suele disminuir la angustia y facilitar la toma de decisiones.

La existencia, en los familiares, de un trastorno grave por ansiedad, depresión o de un trastorno afectivo requerirá un tratamiento específico y, en algunas ocasiones, su deri-

vacación al psiquiatra. Para la orientación adecuada ante estos problemas puede sociliarse la colaboración de los servicios sociales.

● COMPLICACIONES LABORALES

Entre los consumidores de alcohol son más frecuentes los accidentes laborales, la disminución del rendimiento y las bajas laborales repetidas. Esto es aún más probable si se consume alcohol en el lugar de trabajo.

Las bajas laborales repetidas, la mayoría de las veces por enfermedades banales, o en los días posteriores a los fines de semana, hacen que las empresas tiendan a desprenderse de estas personas. Esta situación de amenaza de pérdida del empleo, bien entendida y manejada, puede a veces ser utilizada positivamente para comenzar un tratamiento.

La inestabilidad laboral, los trabajos precarios y el desempleo son la norma en las personas con problemas de alcohol con varios años de evolución.

Se debe mantener una actitud clara y firme en la tramitación de bajas laborales, que suelen ser repetidas y prolongadas. Hay que hacer ver al paciente el riesgo que estas bajas tienen para su continuidad en el trabajo y que los problemas asociados al consumo pueden ser considerados como causa de despido según la legislación laboral actual de nuestro país.

● COMPLICACIONES LEGALES

La mayor parte de los delitos imputables al alcohol están relacionados con los efectos desinhibidores, la pérdida de control, la disminución del rendimiento y la excitación psicomotriz que se producen durante los estados de embriaguez.

La necesidad de cubrir deudas o de sostener la conducta de bebida con una fuente de ingresos inestable, lleva a una precariedad económica que ocasionalmente trata de paliarse mediante pequeños hurtos, falsificación y desfalco.

Las embriagueces repetidas, con una capacidad de control cada vez menor, lleva a peleas y destrozo de bienes con arrestos repetidos. También son frecuentes los arrestos por delitos contra la moral pública (exhibicionismo) y delitos sexuales.

Especial relevancia tienen todos los problemas ligados a la conducción en estado de intoxicación.

ACCIDENTES DE TRÁFICO

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de sufrir un accidente de circulación entre los conductores. La causa principal es la disminución del rendimiento psicomotor que sucede al consumo, junto con la sensación engañosa de facilidad y lucidez que tiene algunas personas al beber.

sos de sobreestimulación del Sistema Nervioso Central (convulsiones, alucinaciones, agitación, etc.). Los signos y síntomas característicos son: el temblor, las convulsiones tipo *gran mal*, la ansiedad, el insomnio y las alucinaciones. La intensidad de los síntomas suele estar relacionada con el nivel de tolerancia.

Existen escalas de valoración de la intensidad y evolución de la sintomatología de abstinencia. Sin embargo en Atención Primaria no suele ser necesario adaptar el tratamiento a esta valoración.

Se debe vigilar si el paciente conserva la coherencia y si se encuentra orientado temporoespacialmente. En caso contrario se deberá derivar a un centro hospitalario.

La complicación más grave es el delirium tremens y por ello es fundamental el tratamiento precoz, que consiste en hidratación, aporte vitamínico y mineral y sedación del paciente con fármacos que tienen una tolerancia cruzada con el alcohol y que más adelante se describirán.

Es preciso valorar las funciones respiratoria, hepática y renal antes de proceder a un tratamiento. Es importante lograr la colaboración del paciente y de la familia para cumplir el tratamiento. El papel de esta última es fundamental para evitar el uso de dosis o fármacos distintos a los prescritos por el médico y para poner todos los medios que aseguren la abstinencia de alcohol.

La duración del tratamiento de desintoxicación no será superior a 7 ó 10 días como máximo, reduciendo gradualmente la medicación. Después de este período el paciente debe quedar libre de fármacos.

El tratamiento de la desintoxicación se basa en tres aspectos principales: hidratación, vitaminoterapia y sedación.

Hidratación: Es importante que se tomen abundantes líquidos y zumos azucarados para aportar suficientes hidratos de carbono que, sobre todo, van a brindar un soporte energético al corazón, cerebro, hígado y músculos. También van a forzar la diuresis, favoreciendo la función renal.

Vitaminoterapia: Estos pacientes, debido a las carencias nutricionales, al aumento de pérdidas por vómitos, diarreas y malabsorción, suelen tener un déficit de vitaminas. En ocasiones también existen procesos carenciales que coadyuvan al desencadenamiento y mantenimiento de síndromes de abstinencia, independientemente de la acción tóxica directa del alcohol y de otros mecanismos.

Se deben utilizar complejos vitamínicos del grupo B, sobre todo B1, B6, B12 y PP, en dosis altas durante los primeros días y luego en dosis de mantenimiento durante meses. El aporte de vitamina B1, inicialmente intramuscular, es muy importante para prevenir una encefalopatía carencial. Este riesgo es mayor si no se añade B1 al administrar glucosa ya que esta vitamina actúa como cofactor del metabolismo de aquella.

Sedación: Los fármacos más empleados son las benzodiazepinas de vida media larga (clorazepato dipotásico), el tetrabamato, el clometiazol y los neurolépticos del tipo de la tiaprida. La indicación de cada uno de estos fármacos, va estar en relación con

la situación física del paciente, sobre todo con la función respiratoria, hepática y renal, y con la posibilidad de seguir de cerca su evolución.

Las benzodiazepinas se metabolizan a nivel hepático, presentan tolerancia cruzada con el alcohol y pueden originar dependencia. Su metabolismo se realiza a nivel hepático, por lo que en aquellos pacientes con severa afectación de este órgano, puede verse alargada la vida media. Su índice terapéutico es muy elevado y se consideran el tratamiento de primera elección, salvo contraindicaciones, en la mayoría de los países.

La tiaprida, es poco depresor del centro respiratorio, no tiene efectos adversos sobre el aparato cardiovascular y no produce dependencia. Tiene una vida media de 3 a 4 horas y, aunque no potencia tanto como las benzodiazepinas los efectos de una posible intoxicación alcohólica, no es tan eficaz como aquéllas si los síntomas de abstinencia son importantes.

El tetrabamato no es hipnótico ni depresor central, no potencia los efectos del alcohol y, probablemente, tampoco tiene poder adictivo. Estas ventajas son las que lo hacen útil en los tratamientos ambulatorios.

El clometiazol, aunque igualmente eficaz, tiene las desventajas de ser fuerte depresor central, especialmente del centro respiratorio. También puede ser hepatotóxico y posee un marcado potencial adictivo. Su utilidad es mayor en régimen de internamiento que a nivel ambulatorio.

Aunque, lógicamente, las pautas y dosificaciones deben ser individualizadas, la mayoría de los pacientes atendidos en Atención Primaria serían susceptibles de ser tratados con dosis parecidas a las que se indican en el cuadro siguiente.

PAUTAS ORIENTATIVAS DE DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA				
DÍA	Clorazepato (15 mg comprimido)	Tiaprida (100 mg comprimido)	Tetrabamato (300 mg comprimido)	Clometiazol (192 mg comprimido)
1	1-1-2	2-2-2	2-2-2	3-3-3
2	1-1-2	2-2-2	2-1-2	3-2-3
3	1-1-1	2-1-2	1-1-2	2-2-3
4	1-1-1	2-1-2	1-1-1	2-1-2
5	1-0-1	1-1-2	1-0-1	1-1-1
6	1-0-1	1-1-1	1-0-1	1-0-1
7	0-0-1	1-0-1	0-0-1	0-0-1

Es aconsejable que el paciente, durante al menos los primeros días de tratamiento, haga reposo en su domicilio.

MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA. DESHABITUACIÓN

Más importante que conseguir la abstinencia es mantenerla. Por ello, el eje central del tratamiento de la dependencia alcohólica es el mantenimiento de la abstinencia.

Para el mantenimiento de la abstinencia es fundamental realizar el seguimiento del caso y recurrir a programas de deshabituación. Estos programas atienden las necesidades del paciente cuando intenta aprender a vivir sin el alcohol, mediante técnicas diversas de formación, apoyo, etc.

SEGUIMIENTO DEL CASO

Se deben programar consultas sucesivas que, en los primeros momentos, deben ser semanales o cada dos semanas, para irse espaciando (mensuales o cada dos meses), a medida que se mantiene la abstinencia. Estas consultas deben servir para controlar el mantenimiento de la abstinencia, reforzarla y mostrar las ventajas de no beber: mejoría de las complicaciones somáticas, psíquicas y socio-familiares. También deben ayudar a buscar el apoyo de un control externo frente a los impulsos de bebida, siendo las consultas uno más de estos apoyos.

La duración del seguimiento no debe ser inferior a uno o dos años.

Un instrumento importante en el mantenimiento de la abstinencia es el uso de interdictores.

Uso de interdictores: La cianamida cálcica (Colme^R) y el disulfiram (Antabús^R) son los fármacos más útiles y eficaces en el mantenimiento de la abstinencia (ver Anexo VII, pg. 93).

Su administración se debe hacer en el contexto de una información detallada acerca de los mismos como reforzadores de la decisión de no beber ante los impulsos de bebida. El paciente debe saber *que no le quitan el deseo de beber sino que le ayudaran a pensárselo dos veces y a decir que no, cuando el deseo de beber aparece.*

Se debe informar al interesado de lo que ocurrirá si consume alcohol con esta medicación: *se pondrá rojo, con sensación de calor en la cara y en el cuello, el corazón le irá muy deprisa, tendrá mareos, náuseas, vómitos y le faltará el aire; le picará por todo el cuerpo y le podrán salir ronchas.*

La intensidad y precocidad de la reacción va a depender de la cantidad de alcohol ingerida y del tipo de interdictor; suele durar de media hora a una hora y, por regla general, no va a requerir tratamiento. Normalmente es suficiente tumbarse en decúbito supino, con los pies elevados y esperar. Excepcionalmente, los casos más severos pueden requerir el control de constantes y su derivación a los servicios hospitalarios.

Los efectos secundarios más frecuentes en los interdictores son erupciones acneiformes, dermatitis atópica, urticaria y sabor metálico. Menos comunes son la laxitud, temblor, inquietud psicomotriz, cefaleas, mareos, trastornos gastrointestinales e impotencia. Rara vez presentan una intensidad que obligue a su supresión.

Su uso está contraindicado en:

- Alteraciones cardíacas y respiratorias graves.
- Encefalopatías.
- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia hepática.
- Embarazo.

La cianamida cálcica (Colme^R) a dosis de 30 a 50 mg/día (cada gota equivale a 3 mg), repartida en dos o tres tomas. El disulfiram (Antabús^R) se usa a dosis de 250 mg/día (un comprimido), en una sola dosis al día. Las diferencias principales entre ambos son:

- La cianamida produce una reacción de menor intensidad, mayor inmediatez y menor duración de los efectos; necesita administrarse al menos dos veces al día y su presentación es en solución (gotas).
- El disulfiram provoca una reacción más intensa, dura más y se administra en pastillas, una vez al día o incluso menos, acumulando la dosis.

Los interdictores no deben ser usados antes de doce horas de abstinencia absoluta.

El problema más importante en su uso es el cumplimiento del tratamiento. Conseguir que el paciente tome la medicación o responsabilizar a un familiar de su administración, siempre con consentimiento del paciente, es una buena contribución al mantenimiento de la abstinencia. Su eficacia está ligada al uso diario y por períodos prolongados, no inferiores a un año.

La implantación subcutánea de interdictores, aunque no es infrecuente y ocasionalmente es muy valorada, presenta resultados muy aleatorios en función de circunstancias muy diversas: rechazos, irregularidad en la absorción, etc.

A pesar del tratamiento, la recaída es un acontecimiento frecuente en el tratamiento de la dependencia alcohólica, por lo que su abordaje es un aspecto importante del seguimiento.

Abordaje de la recaída: El profesional de Atención Primaria debe responder ante la recaída con confianza, aliviando los sentimientos de culpa del paciente y desangustiendo a los familiares. Se les debe transmitir la idea de que la recaída es un hecho común, que tiene mucho que ver con la historia natural de esta enfermedad. Lo importante sería ver qué factores han facilitado su aparición y cómo se pueden modificar.

Hay que transmitir al paciente que no debe ver la recaída como una pérdida de todo lo conseguido sino como una oportunidad para aprender más de sí mismo y de su pro-

blema. Supone la necesidad de replantearse los objetivos y actualizar las estrategias puestas en marcha al inicio del tratamiento.

La actitud ante el paciente debe ir orientada hacia:

- Desculpabilizar.
- Desangustiar respecto a las consecuencias de la recaída.
- Ayudar a darse cuenta de los mecanismos que han facilitado la recaída y cómo evitarlos (oportunidad para aprender).
- Reforzar que haya buscado tratamiento ante la presencia de una recaída.
- Transmitir que lo importante es lo que se puede hacer a partir de ahora.

La evolución desfavorable de la dependencia alcohólica, con continuas recaídas, complicaciones somáticas, psíquicas y sociales severas, debe llevar al profesional de Atención Primaria a la derivación del paciente, ya sea a Atención Especializada, a centros específicos para problemas de alcohol o a los programas especializados de los Servicios de Salud Mental.

Recuerde que...

La recaída:

- No supone un fracaso del tratamiento.
- Es parte de la historia natural de la dependencia.
- Puede ser una situación propicia para replantear los objetivos terapéuticos y las pautas de actuación.

4. Ante el consumo de riesgo

Hay personas que acuden al profesional de Atención Primaria para consultar por un problema orgánico y a las que, al realizarles la historia clínica, se les detecta un consumo de alcohol superior a lo que se ha considerado un consumo de riesgo (20 g/día en la mujer y 40 g/día en el hombre). (Ver página 22).

CUANDO EXISTE UN CONSUMO DE RIESGO QUE NO SE ACOMPAÑA DE COMPLICACIONES SOMÁTICAS, PSÍQUICAS O SOCIALES

El objetivo del profesional de salud de Atención Primaria es la reducción de la ingesta por debajo de los límites de riesgo.

Una Intervención Mínima o muy breve puede ser suficiente para conseguirlo.

Se considera como tal a aquella constituida por una o dos entrevistas de 10 a 15 minutos de duración. Eventualmente también incluye la entrega de un folleto con información sobre los riesgos que supone el consumo y con recomendaciones y consejos para la eliminación de estos riesgos. Igualmente se pueden plantear controles anuales para comprobar los niveles de consumo y para reforzar los mensajes preventivos.

Los consejos para la reducción del consumo deben orientarse hacia:

● RESALTAR LOS ASPECTOS POSITIVOS DE LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO

Si usted bebe menos:

- Ganará en agilidad mental.
- Se encontrará físicamente mejor.
- Tendrá mejor apetito.
- Disfrutará más de la vida.
- Conducirá de una manera más segura.
- Ahorrará dinero y mejorará económicamente.
- Mejorará su concentración y rendimiento en el trabajo.
- Mejorará su autoestima y su posición social.

● INFORMAR SOBRE LOS RIESGOS DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Si usted bebe en exceso:

- Pierde reflejos y tarda más en reaccionar.
- Aumenta el riesgo de que sufra accidentes de tráfico, laborales y domésticos.
- Su organismo sufre.
- Aunque por ahora se vaya recuperando, con el tiempo puede padecer alteraciones hepáticas, gastritis, diarreas, hipertensión, anemia, diabetes, dificultades para dormir, ansiedad y depresión, disfunciones sexuales, etcétera.

Recomendaciones para facilitar la reducción del consumo de alcohol:

- Intercalar al menos 1 ó 2 días sin alcohol cada semana.
- Beber a pequeños sorbos, haciendo durar más la bebida.
- Dejar el vaso sobre la mesa, entre sorbo y sorbo.
- Beber sólo con las comidas o tras haber comido.
- Paladear la bebida (beber por su sabor, no por sus efectos).
- Cambiar el tipo de bebida a otro de menos graduación.

- Descubrir las bebidas *sin alcohol*.
- Diluir los licores en un refresco no alcohólico.
- Demorar la hora de inicio de la ingesta.
- Aprender a rechazar copas.
- Reducir el número de copas en las rondas o intercalar entre ellas bebidas no alcohólicas.
- Sustituir el ocio de *ir de copas* por otras actividades.
- No perder nunca la cuenta de lo que ya se ha bebido y tener presente cuál era el límite propuesto.

CUANDO EL CONSUMO DE RIESGO SE ACOMPAÑA DE COMPLICACIONES SOMÁTICAS, PSÍQUICAS Y SOCIALES

Los objetivos en este caso son dos:

- el manejo de la complicación asociada al consumo (ver capítulo 6.3)
- la modificación de los patrones de consumo

Se ha demostrado que las Intervenciones Breves son eficaces en la modificación de los patrones de consumo en estas personas.

Se consideran como tales, las compuestas por 1 ó 2 entrevistas de 10 a 15 minutos, similares a las de la intervención mínima, con un seguimiento posterior consistente en una entrevista al mes o cada dos meses, a lo largo de 1 ó 2 años. También pueden apoyarse con información escrita.

La abstinencia absoluta debe ser el objetivo mientras esté presente el problema asociado al alcohol. Una vez resuelto este problema (y siempre que se haya descartado un síndrome de dependencia de alcohol) se puede plantear como objetivo una reducción del consumo por debajo de 20 g/día en la mujer y 40 g/día en el hombre.

Durante las entrevistas de seguimiento se llevará a cabo un control de la bebida, bien a través de autorregistros que el propio paciente lleva, bien a través de un análisis retrospectivo de la ingesta en la última semana. Las determinaciones analíticas (VCM y GGT principalmente) tienen un valor limitado en estos pacientes pues su sensibilidad es muy pequeña ante consumos inferiores a 60 g/día de alcohol.

Hay que trabajar con la persona la modificación de hábitos de consumo, enseñándole a:

- Identificar las situaciones y circunstancias que favorecen el consumo (cuándo bebe más, dónde, con quién, en qué estado o situación personal...).
- Poder anticipar estas circunstancias en el futuro.
- Evitar estas situaciones de riesgo.
- Afrontar las situaciones de riesgo mediante conductas alternativas.
- Implicar a otros (familias, amigos) en este cambio de hábitos.

Si a lo largo de varias entrevistas de seguimiento no se constata una reducción de la ingesta hasta los límites acordados, se debe sospechar la existencia de una dependencia alcohólica. En estos casos hay que prescribir la abstinencia absoluta y plantearse la derivación a Atención Especializada.

Tenga en cuenta que:

Hay una serie de situaciones individuales en las cuales el consumo de alcohol, sea en la cantidad que sea, constituye una **situación de riesgo** y donde la intervención sobre los hábitos de consumo es prioritaria:

- Hijos de alcohólicos. En ellos el riesgo de padecer una dependencia alcohólica es cuatro veces superior a la población general; entre otras razones porque algunas de estas personas toleran mejor los efectos inmediatos del consumo. Se les debe informar del riesgo que tiene para ellos el consumo de alcohol.
- Ancianos. Tienen menor tolerancia y más riesgos de interacción medicamentosa.
- Mujeres embarazadas y en lactancia. No se conoce la cantidad exacta a partir de la cual el alcohol produce alteraciones en el feto. El alcohol se elimina por la leche materna. Se debe recomendar la abstinencia absoluta, tanto durante la gestación como durante la lactancia.
- Pacientes gastrectomizados. En estas personas, la absorción rápida del alcohol produce intoxicaciones muy severas con dosis mínimas. Se debe aconsejar la abstinencia absoluta.
- Pacientes con lesiones cerebrales, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas y con consumo de otras drogas. La tolerancia al alcohol está muy disminuida y aparecen complicaciones a dosis mínimas. Se debe aconsejar la abstinencia absoluta.
- Personas que usan el alcohol para aliviar dolores crónicos o sentimientos de inseguridad, angustia y depresión. Con la ingesta alcohólica tratan de ayudarse en circunstancias como las situaciones de duelo, el síndrome premenstrual, las situaciones de estrés crónico, las enfermedades invalidantes crónicas o los trastornos psiquiátricos. En estos casos, el riesgo de desarrollar una dependencia alcohólica es muy alto. Se debe desaconsejar totalmente el consumo de alcohol con estas intencionalidades.

Recuerde que...

A través de la historia clínica, usted puede detectar un CONSUMO DE RIESGO. No olvide nunca investigar, en todos sus pacientes, los hábitos relacionados con la toma de bebidas alcohólicas.

Los pacientes que dicen *aguantar mucho* o *saber beber*, con casi total seguridad presentan una tolerancia elevada a los efectos del alcohol. Es probable que se encuentren en una SITUACION DE RIESGO para desarrollar problemas graves asociados al consumo.

5. Ante situaciones urgentes

HIPOGLUCEMIA

En todo paciente en el que se sospecha la existencia de problemas relacionados con el alcohol, debe realizarse un test para evaluación de glucosa en sangre (BMtest). El consumo de alcohol es la causa más frecuente de urgencias por hipoglucemia entre la población no diabética y presenta riesgo de muerte súbita. Es debida a una deplección de los depósitos de glucógeno y a una inhibición de la neoglucogénesis hepática.

- Si el paciente está consciente, se aconseja administrar por vía oral 30 g de azúcar disuelto en agua y, si a los 10 minutos no se ha resuelto el cuadro, administrar una segunda dosis. En caso de persistir la sintomatología debe cuestionarse el diagnóstico inicial.
- En los pacientes en coma debe administrarse inmediatamente suero glucosado hipertónico al 40% (100 g de glucosa en 250 ml), en perfusión rápida, hasta que el paciente recupere la conciencia. Los casos cuya glucemia inicial es inferior a 40 mg y que no recuperan la conciencia deben ser remitidos a un centro especializado para evaluar la presencia de posibles lesiones neurológicas secundarias.
- Siempre se administrará al menos 100 mg de tiamina (vitamina B1) por vía parenteral. De esta forma se evita la encefalopatía de Wernicke, ya que si se administra glucosa solamente, podrían consumirse las últimas reservas de tiamina del enfermo.

CRISIS CONVULSIVAS

Se producen entre las 7 y las 48 horas posteriores a la interrupción del consumo de alcohol, con una incidencia máxima entre las 12 y las 24 horas. Suelen tener unas características típicas: convulsiones tónico-clónicas generalizadas, con pérdida de consciencia. Puede producirse una única convulsión o repetirse a lo largo de unas horas hasta desembocar en un delirium tremens.

- Raramente estas crisis llegan a estatus, por lo que no suelen tratarse. Por otra parte es inusual que se asista a tales crisis en Atención Primaria. Al tratarse de casos por la privación de alcohol, deberá iniciarse el tratamiento de abstinencia o reforzar si ya lo está. En caso necesario, utilizar diazepam intravenoso (10 mg).

INTOXICACIÓN AGUDA

Es el conjunto de signos y síntomas producidos por el consumo de alcohol etílico. Las manifestaciones clínicas están en relación con la alcoholemia y asocian un síndrome cerebeloso (disartria, habla incoherente, ataxia...) y un síndrome confusional que puede acabar en coma y muerte. Junto a ello destaca la presencia de feto etílico. Inicialmente la depresión cortical produce euforia, verborrea y dificultad de razonamiento y después síntomas de clara depresión (bradipsiquia).

La gravedad de la intoxicación, se valorará por la concentración de alcohol en sangre (alcoholemia) y por las alteraciones del nivel de conciencia.

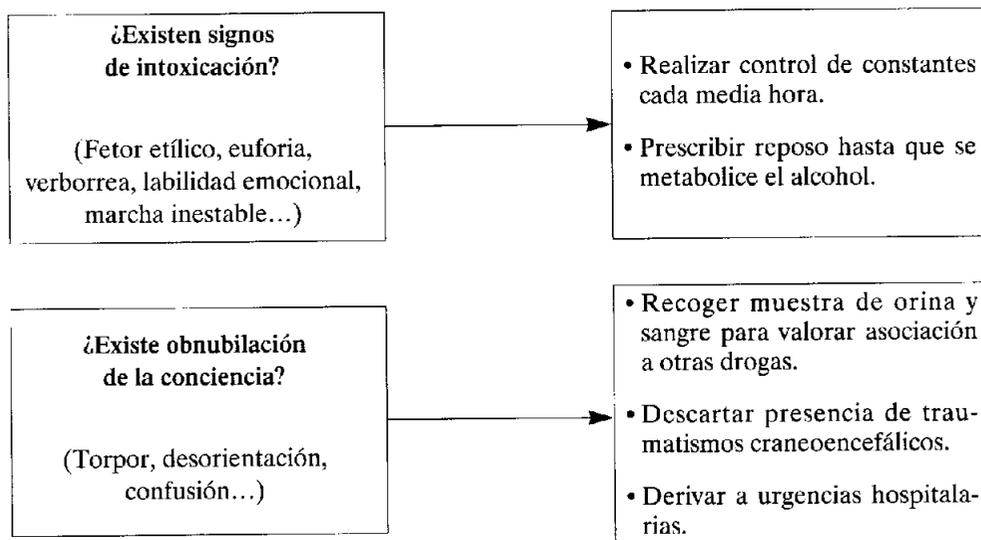
- Alcoholemia entre 0,5 a 1 g/l: Se producen alteraciones del comportamiento (elevación del tono de la voz, aparente disminución de las inhibiciones sociales), ligera afectación visual y de la coordinación muscular y alteración del tiempo de reacción.
- 1 g/l a 2 g/l: Se produce una excitabilidad psicomotriz, entorpecimiento del habla, disminución de la capacidad de atención y de reacción y de la habilidad en los movimientos finos, así como alteraciones de la memoria y de la marcha.
- 2 g/l a 3 g/l: Temblor, ataxia, estupor e irritabilidad, así como obnubilación de la conciencia.
- 3 g/l a 5 g/l: Estado comatoso y riesgo de muerte por parada respiratoria.

El tratamiento de la intoxicación etílica en los grados leves y moderados es el reposo, mientras se metaboliza el alcohol consumido (aproximadamente 7 g de alcohol puro por hora). En los casos de deterioro importante del nivel de conciencia (coma alcohólico o por traumatismo craneoencefálico) se recomienda una estrecha vigilancia y el traslado a un hospital.

No hay antídotos específicos utilizables en Atención Primaria que neutralicen la acción del alcohol.

Siempre hay que valorar la posibilidad de una hipoglucemia, por lo que se aconseja practicar un BMtest. También, mientras el enfermo está consciente, se recomienda la utilización de soluciones glucosadas.

ESQUEMA DE ACTUACIÓN



- La colaboración y discusión sobre la base de cuestiones concretas (situaciones de conflicto, elaboración de protocolos de actuación, discusiones de casos clínicos...) ayuda a todos los profesionales de los diferentes niveles de atención.
- En muchas ocasiones la existencia de protocolos estandarizados que establezcan con la mayor precisión posible qué pacientes pertenecen a una u otra competencia asistencial, evitaría distorsiones en la atención.
- La elaboración de protocolos operativos debe ser una labor de los profesionales que trabajen en las áreas asistenciales. Su contacto con la realidad diaria les permitirá estructurar respuestas prácticas y útiles.

Aunque sólo el estudio de los casos concretos en el marco de unas determinadas circunstancias asistenciales pueden orientar la derivación, es posible hacer algunas indicaciones generales:

● DEBEN DERIVARSE

- Síndromes de dependencia alcohólica de muy larga evolución.
- Síndromes de abstinencia, con alteraciones del nivel de conciencia o vigilancia.
- Intentos repetidos y fallidos para dejar de beber.
- Presencia de otros problemas cuyo diagnóstico o tratamiento escapa a las posibilidades de actuación en Atención Primaria.
- Paciente sin motivación pero con problemas acuciantes.

● NO DEBEN DERIVARSE

- Patología física sin alteraciones relevantes sociales o mentales.
- Pacientes con consumo perjudicial.
- Pacientes que han establecido buen contacto, progresan y no presentan aparición de nuevos problemas.
- Pacientes sin motivación y sin problemas acuciantes.

Es importante la forma en que se hace la derivación. Ello repercutirá en la optimización de los recursos asistenciales disponibles y, también, en la marcha de la relación con el paciente.

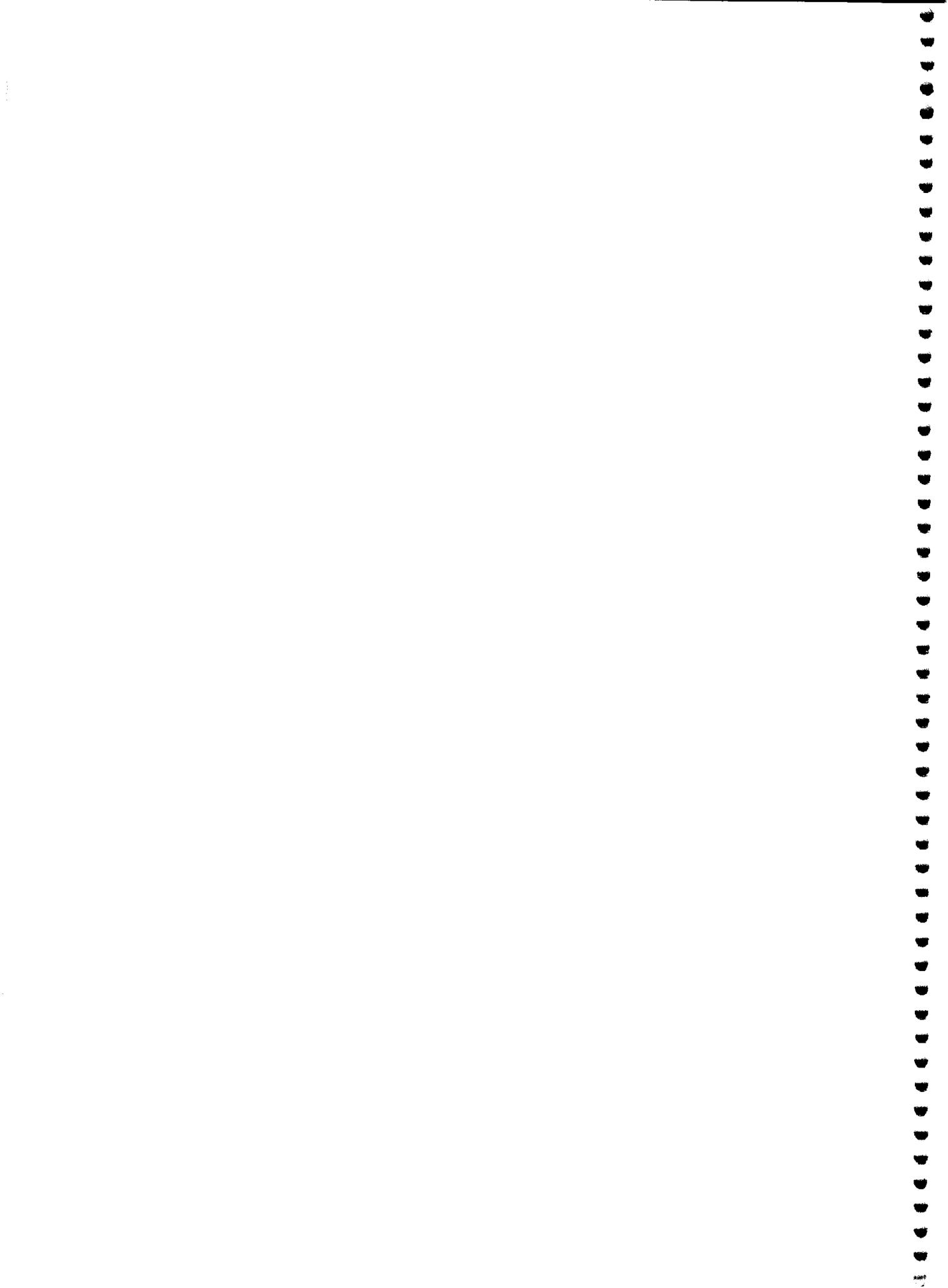
Unos recursos fácilmente disponibles y de enorme utilidad para algunos pacientes son los Grupos de autoayuda (ver Anexo X, pg. 99). Ofrecen un contacto frecuente con los pacientes, poniendo el énfasis en cuestiones sociales. Hay diversos tipos, la elección dependerá de la disponibilidad y de las preferencias del paciente. Además, en muchas asociaciones se ofrece la posibilidad de contactos fuera del grupo para situa-

ciones de emergencia: visitas a domicilio, teléfono de 24 horas, etc. Son también muy útiles las asesorías que ofrecen algunas de estas asociaciones para la atención de familiares, sin la colaboración de los propios pacientes. Es casi de obligado recurso probar los grupos de autoayuda si el paciente no acude a tratamiento y si no hay otros programas.

Recuerde que...

Ante una derivación es importante:

- Informar al paciente de los motivos de la derivación.
- En el caso de pacientes cuya motivación sea débil, dar una cita para el lugar de la derivación y otra para ser visto de nuevo por el profesional de Atención Primaria.
- Mantener una relación periódica con los recursos a los que se derivan pacientes.
- Mantener la relación abierta para futuras necesidades o consultas o para la reanudación del tratamiento tras recaídas.



8

LOS PROBLEMAS DE ALGUNOS GRUPOS ESPECÍFICOS

1. Las mujeres

Históricamente el consumo de alcohol por las mujeres ha estado estigmatizado. Este hecho ha motivado que durante mucho tiempo los problemas asociados al consumo de alcohol fuesen estudiados básicamente entre la población masculina y que hasta hace poco no se tuviesen apenas datos sobre la magnitud del problema en la población femenina.

Debido a los patrones de consumo de alcohol que históricamente han acompañado al comportamiento masculino, durante mucho tiempo se ha aceptado que los hombres presentaban un riesgo mayor que las mujeres de sufrir problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, con la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral y la aproximación a los patrones de conducta masculinos, cada vez es mayor el número de mujeres, especialmente jóvenes, que comienza a consumir alcohol de forma similar al hombre.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

- La mujer tiene mayor susceptibilidad fisiológica que el hombre a algunos efectos del alcohol (mayor absorción, menor contenido hídrico, más vulnerabilidad a la cirrosis hepática) explicables por la menor actividad de su deshidrogenasa gástrica. Por ello la cantidad de alcohol que pueden consumir sin riesgo es bastante menor (alrededor de la mitad).
- El embarazo y, en menor medida, la lactancia, hacen posibles diversas consecuencias graves de salud para el hijo de la madre consumidora de alcohol (síndrome alcohólico fetal).
- En nuestro contexto social el consumo de alcohol por la mujer repercute de forma peculiar sobre la familia debido a su especial papel en la transmisión cultural.
- La forma en que la sociedad juzga las consecuencias del consumo de alcohol es muy diferente y desfavorable para la mujer, por lo que es fre-

- Tolerancia al alcohol aumentada.
- Embriagueces frecuentes.

ACTUACIÓN

La detección de un problema relacionado con el alcohol en un joven o adolescente exige investigar:

- Uso de otras drogas.
- Complicaciones somáticas.
- Complicaciones psíquicas o psicopatología previa.
- Nivel de funcionamiento en el área escolar y relaciones familiares e interpersonales.
- Tolerancia al alcohol.

En la mayoría de las ocasiones los problemas con el alcohol son aislados y puntuales y se producen en el contexto del propio crecimiento y desarrollo del joven, en su búsqueda de identidad e independencia. En estos casos, basta con tranquilizar a la familia, quitar importancia al hecho y aprovechar para orientarles en cómo manejar el uso de sustancias con sus hijos:

- Evitando tonos moralistas.
- Informándoles objetivamente de sus efectos, sin dramatizar.
- Estimulando su capacidad para enfrentarse a las dificultades de la vida, sin recurrir a las drogas.
- Alentando el desarrollo de hábitos sanos en sus hijos y favoreciendo actividades de ocio que no impliquen beber.

En algunas ocasiones el problema de alcohol es más severo, por darse embriagueces repetidas, abandono de las tareas escolares, problemas de conducta o abuso de otras drogas, o por existir factores de riesgo que pueden perpetuar el problema (hijos de alcohólicos, ausencia de soporte familiar, trastornos psicológicos y psiquiátricos asociados). En estos casos la actuación del médico de Atención Primaria se debe centrar en una adecuada derivación.

En los más jóvenes, la derivación se hará a programas especializados para adolescentes, si los hubiera, que abordarán el problema de una manera global. En los grupos de más edad, la actuación es similar a la descrita para los adultos.

3. Los policonsumidores

El consumo conjunto de alcohol y otras drogas es cada vez más habitual, especialmente entre los jóvenes.

Las drogas más frecuentemente consumidas, junto con el alcohol, pueden ser:

- sedantes o depresores (opiáceos, ansiolíticos): generalmente opera un mecanismo de sustitución o potenciación.
- estimulantes (cocaína, anfetaminas): buscando un mecanismo de regulación o modulación.
- alucinógenos: combinación de los mecanismos anteriores.

En relación con el lugar que ocupa el alcohol entre las otras drogas, el profesional de Atención Primaria puede encontrarse básicamente con tres situaciones:

- El consumo de alcohol no es preponderante o no domina el patrón de consumo de las diversas sustancias. El uso de otras drogas (opiáceos, cocaína) tiene un significado de mayor riesgo o peligro. En estos casos es frecuente la consideración errónea del alcohol como *droga blanda* o mal menor. El alcohol juega un papel de droga barata y legal (fácilmente accesible), que ayuda a mantener la rutina de encontrarse intoxicado. Una buena parte de estos pacientes evolucionan restringiendo o suprimiendo otras drogas y manteniendo el alcohol, con los riesgos propios de éste.
- El consumo de alcohol es lo que caracteriza los problemas del paciente. Puede ser porque el uso de otras drogas sea menos importante o porque sus manifestaciones sean menos determinantes.
- El consumo de alcohol es uno más entre otras drogas, sin que ninguna llegue a dominar claramente el cuadro clínico.

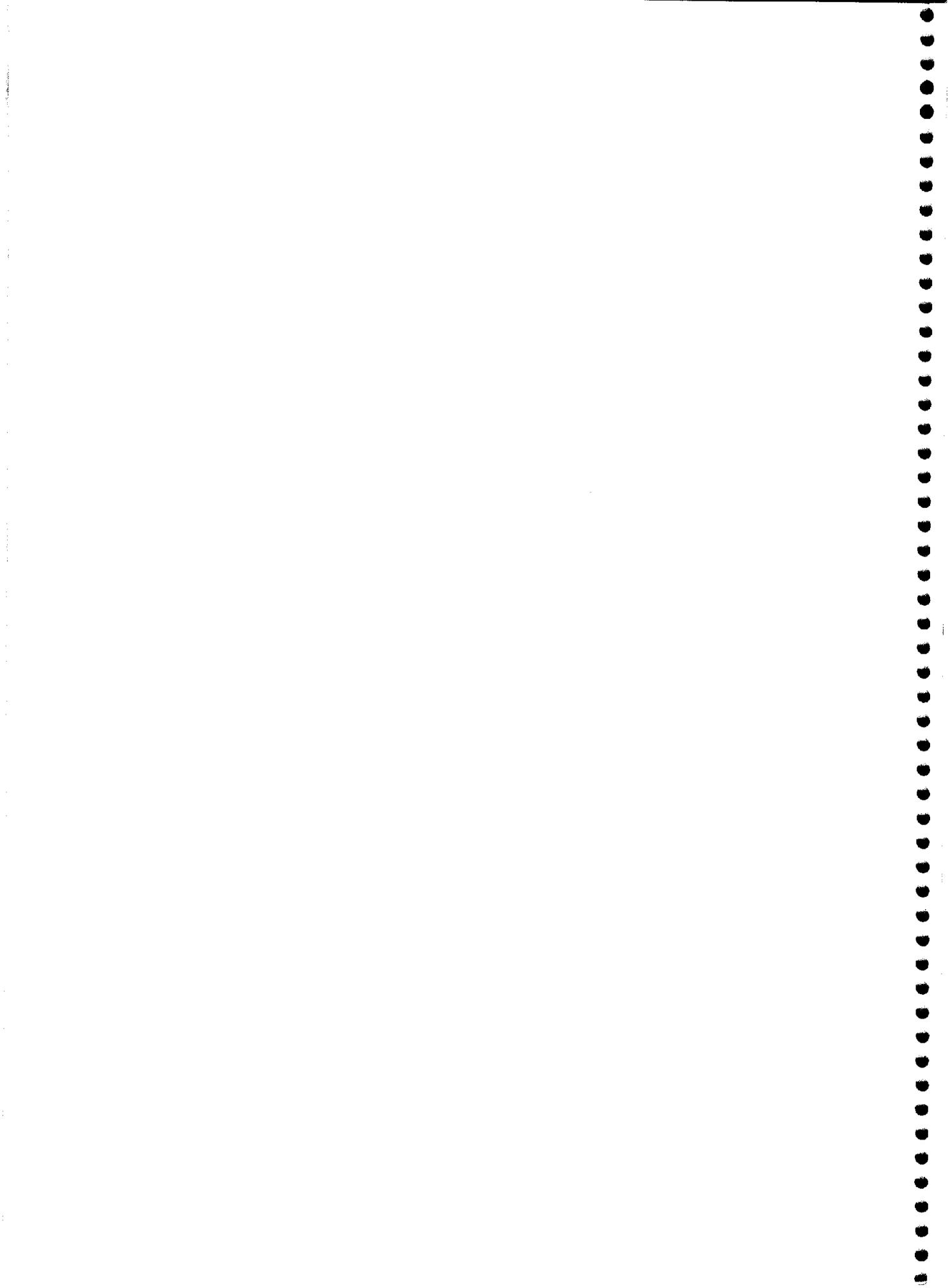
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

- El policonsumo es más frecuente en jóvenes.
- Los pacientes que consumen varias drogas tienen mayor riesgo de incorporar más sustancias a su repertorio.
- La posibilidad de interacciones con tratamientos es mayor.
- Existe mayor riesgo de adquirir una dependencia (a fármacos o a otras sustancias).
- Existe mayor riesgo de complicaciones.
- Los policonsumidores suelen ser más refractarios a acudir al profesional de salud.

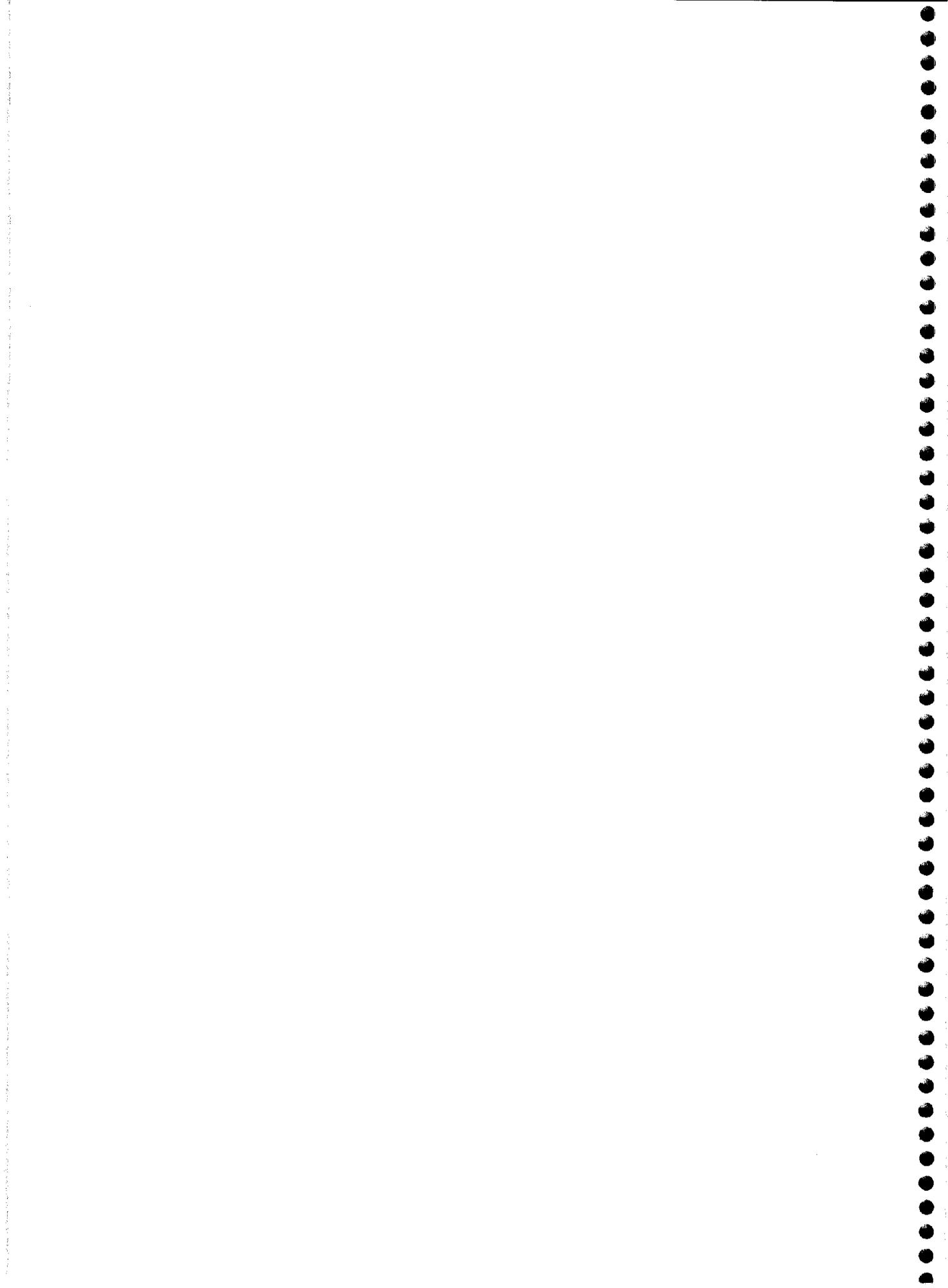
ACTUACIÓN

En la asistencia orientada a la prevención es importante:

- La prevención del consumo de las drogas ilegales
- La prevención de la dependencia de fármacos



ANEXOS



I. ESQUEMA DE HISTORIA CLÍNICA

En ocasiones el paciente acude a consultar a causa de un problema relacionado con el consumo de alcohol; otras veces aunque el motivo explícito no sea éste, el profesional de salud puede, a través de la historia clínica, detectar consumos problemáticos y patologías asociadas.

La historia clínica deberá prestar especial atención a los siguientes aspectos:

DATOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS:

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de estudios.
- Actividad laboral.
- Personas con que convive.
- Antecedentes familiares de problemas con el alcohol.

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL:

- Edad de inicio del consumo.
- Edad de 1ª intoxicación.
- Edad de primer problema relacionado con el alcohol.
- Patrón de consumo dominante en g/día o g/semana (continuo, episódico).
- Duración del patrón dominante.
- Consumo en los últimos 6 meses en g/día o g/semana.
- Tratamientos recibidos por problemas de alcohol.
- Períodos de abstinencia.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

Pregunte por los antecedentes de mayor prevalencia entre los consumidores de alcohol.

- Hepatopatías.
- Gastritis/úlcera duodenal/úlcera gástrica.
- Esofagitis.
- Diarreas/Malabsorción.
- Anemias.
- Neuropatías.

- Pancreatitis.
- Traumatismos.
- Cardiomiopatías.
- Síntomas y signos de abstinencia/pituitas matutinas.
- Crisis convulsivas.
- Delirium tremens.
- Impotencia/esterilidad.
- Trastornos psiquiátricos.
- Otras alteraciones del SNC.

EXPLORACION FISICA:

Valore el estado general del paciente, atendiendo especialmente a la causa por la que acude.

- Estado General: Edema generalizado o desnutrición, inyección conjuntival, rubicundez, telangiectasias males, ictericia, ginecomastia, temblor fino, fetor etílico.
- Aparato Respiratorio: Roncus y sibilantes.
- Aparato Cardiovascular: Hipertensión, arritmias, signos de insuficiencia cardíaca.
- Aparato Digestivo: Náuseas y vómitos matutinos, diarreas, dolor abdominal, esplenomegalia, hepatomegalia blanda y dolorosa, ascitis.
- Piel y Faneras: Atrofia cutánea, arañas vasculares, varices.
- Sistema Nervioso: Temblor fino en lengua y extremidades, déficit sensitivo-motor bilateral y simétrico, parestesias, pérdida de agudza visual, insomnio, alteración de memoria y concentración.
- Sistema Osteomuscular: Pérdida de fuerza, mialgias a la palpación.
- Sistema Génito-urinario: Distribución femenina del vello, ginecomastia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma (VCM, plaquetas).
- Tiempo de protrombina, proteínas totales, proteinograma, glucemia, creatinina, ionograma con Ca y P, colesterol, triglicéridos.
- Pruebas Hepáticas (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina).
- Radiografía de tórax (frente y perfil).
- Electrocardiograma.
- Cuestionarios (CAGE, MAIT).

II. CUESTIONARIOS PARA LA DETECCIÓN DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA (MALT, CAGE)

1. MÜNCHNER ALKOHOLISMUS TEST (MALT)*

Consta de dos partes:

1ª parte: valoración objetiva (MALT-O).

2ª parte: valoración subjetiva (MALT-S).

INTRODUCCIÓN

La valoración objetiva debe ser realizada por el médico, que rellenará el correspondiente apartado (MALT-O) a partir de los resultados obtenidos de la exploración y la anamnesis. La parte referente a la valoración subjetiva la rellenará el propio paciente de acuerdo con las instrucciones que se le facilitan. A la hora de la valoración del test, hay que comprobar que el enfermo haya cumplimentado debidamente la parte relativa a su autovaloración, marcando con una cruz en cada caso, si procede o no procede (SÍ, NO).

VALORACIÓN DEL TEST

Para puntuar el test, se procede al cálculo del valor total por sumación de ambas partes, constituyentes (MALT-O y MALT-S). Al hacerlo se adjudicará un valor cuádruple a cada ítem designado por el médico procedente, en el MALT-O, y un valor simple a cada ítem marcado como procedente por el enfermo, en el MALT-S.

CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN TOTAL PARA EL TEST COMPLETO

Puntuación total en la valoración objetivo (MALT-O) X 4 =

Puntuación total en la valoración subjetiva (MALT-S)

Puntuación total del test

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Puntuación de 0 - 5: no alcoholismo.

Puntuación de 6 - 10: sospecha de alcoholismo o de riesgo.

Puntuación de 11 ó más: **alcoholismo**.

* Versión original alemana de Feuerlein y cols. (1977).
Versión española de A. Rodríguez-Martos (1984).

MALT-S

Fecha:.....

Nombre:.....

Fecha nacimiento:.....

	SÍ	NO
1. Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; por ejemplo, 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; descarta, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, por ejemplo, diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro, al menos durante unos meses*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fetor etílico (en el momento de la exploración médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Puntos de referencia para la determinación de alcohol puro: a) consultar Anexo V: *Tabla de Equivalencias* en alcohol puro para las distintas bebidas alcohólicas y b) calcular el consumo por día de alcohol puro teniendo en cuenta graduación y cantidad ingerida de cada tipo de bebida al día.

MALT-S

Fecha:.....

Nombre:.....

Fecha nacimiento:.....

Seguidamente encontrará usted una lista de manifestaciones acerca de las molestias y problemas que pueden aparecer en relación con la ingesta de alcohol. Por favor, marque con una cruz el cuadrado «Procede » (SÍ) o «No procede» (NO) para cada una de las cuestiones expuestas.

Es posible que a veces tenga usted la impresión de que una comprobación no resulte adecuada. A pesar de ello, marque siempre una de las dos respuestas y precisamente aquella que mejor pueda referirse a usted.

	SÍ	NO
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alguna vez he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A menudo pienso en el alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo había prohibido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En las temporadas en que bebo más, como menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. bis Bebo de un trago y más deprisa que los demás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Desde que bebo más, soy menos activo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. He ensayado un sistema para beber (por ejemplo, no beber antes de determinadas horas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sin alcohol, no tendría yo tantos problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Tan pronto quiero dejar de beber, como cambio de idea y vuelvo a pensar que no | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposo/a (pareja) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ya he probado de pasar temporadas sin alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Repetidamente me han mencionado mi aliento alcohólico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. CUESTIONARIO CAGE*

VALORACIÓN DEL TEST

Se considera **positivo** a partir de dos respuestas afirmativas.

	SÍ	NO
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Versión original inglesa de Ewing (1970). Versión española de A. Rodríguez-Martos (1986).

- Grave. Muchos síntomas además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Los síntomas interfieren considerablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en la relación con los demás.
- En Remisión parcial. Consumo moderado de alcohol y algunos síntomas de dependencia durante los pasados 6 meses.
- En Remisión completa. Sin consumo o, si lo hubo, sin síntomas de dependencia durante los pasados 6 meses.

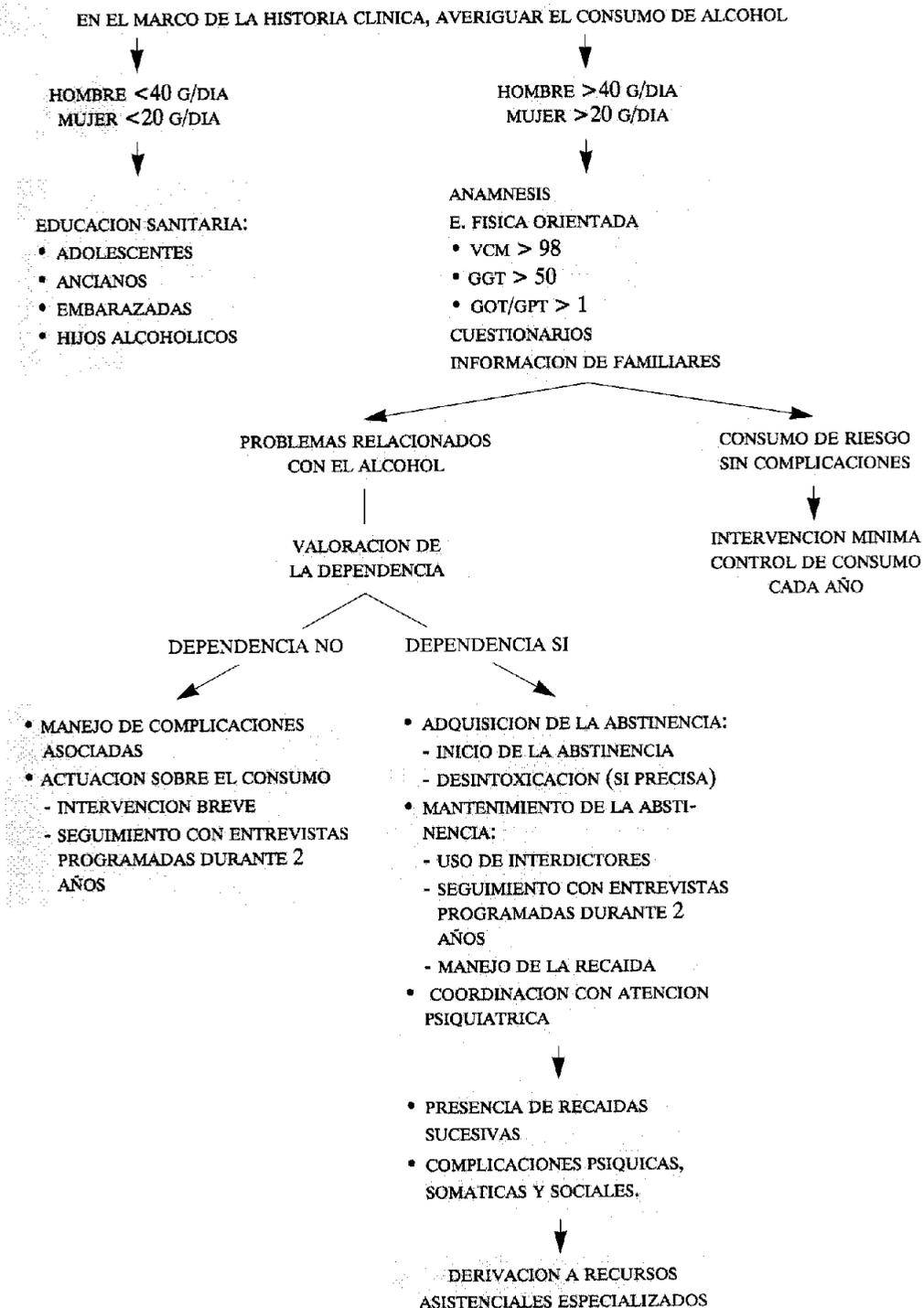
SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL, (CIE-10)

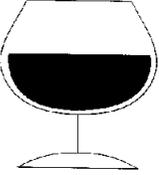
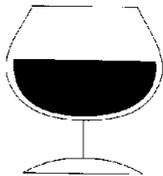
El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento, durante los doce meses previos, o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa, cuando se confirme por: la aparición del síndrome de abstinencia característico del alcohol; o el consumo de alcohol con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

IV. ESQUEMA GENERAL DE ACTUACIÓN

Esquema de actuación orientativo, en Atención Primaria, ante las consecuencias del consumo de alcohol.



	REBIDA	CAPACIDAD	ALCOHOL PURO
38°	 brandy, ginebra, ron, anís, chinchón dulce	~ 45 ml	➔ 13,6 g
38°	 combinado	~ 50 ml	➔ 15,2 g
43°	 whisky	~ 50 ml	➔ 17,2 g
50°	 aguardiente, vodka, chinchón seco	~ 45 ml	➔ 18 g

FORMULA PARA OBTENER EL CONSUMO DE ETANOL.

El cálculo de los gramos de etanol puro que consume una persona se realiza aplicando la fórmula siguiente:

$$n^{\circ} \text{ de gramos de etanol} = \frac{\text{cc x graduación x } 0,8}{100}$$

cc = centímetros cúbicos
graduación = grados de la bebida
0,8 = densidad del alcohol

VI. INTERACCIONES DEL ALCOHOL CON FÁRMACOS*

ANALGÉSICOS

- **Aines****: Potenciación de capacidad ulcerógena. Aumenta la hepatotoxicidad del paracetamol.
- **Analgésicos narcóticos**: Potenciación del efecto depresor sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Son especialmente importantes la disminución del rendimiento psíquico, reflejos y depresión respiratoria.

ANSIOLÍTICOS

- **Benzodiazepinas**: Aumento de los efectos depresores sobre el SNC. Aumento de la absorción por vía oral de las benzodiazepinas. Según se trate de consumo agudo o crónico favorece o retrasa la metabolización de benzodiazepinas.
- **Meprobamato**: Aumenta la depresión sobre SNC. La ingestión aguda de alcohol retrasa el metabolismo del meprobamato.

ANTIARRÍTMICOS

- **Procainamida**: Reducción de su vida media, aumentando su aclaramiento renal.
- **Disopiramida**: Aumenta su aclaramiento renal.

ANTICOAGULANTES ORALES

- **Dicumarol**: La ingestión aguda de alcohol potencia el efecto del fármaco. La ingesta crónica reduce la vida media de las dicumarinas.
Si existen alteraciones hepáticas el efecto es impredecible por posible disminución en la síntesis de los factores de coagulación.

ANTICOLINÉRGICOS

El alcohol potencia sus efectos centrales (alteraciones de la memoria, desorientación, confusión).

* Elaborado con la colaboración del Servicio de Información de Medicamentos de la Dirección General de Farmacia.

** Antiinflamatorios no esteroideos.

ANTICONVULSIVANTES

- **Barbitúricos:** Potenciación la depresión central. La ingestión aguda de alcohol alarga la vida media de estos fármacos, mientras que la crónica tiene el efecto opuesto.
- **Fenitoína:** El consumo agudo de alcohol aumenta su vida media, mientras que el crónico aumenta su aclaramiento total. Es necesario monitorizar la fenitoína.
- **Benzodiazepinas:** Aparece un efecto aditivo de la depresión del Sistema Nervioso Central.
- El resto de **antiepilépticos:** Existe riesgo potencial de interacción por lo que se recomienda no tomar alcohol con ellos.

ANTIDEPRESIVOS

- **Tricíclicos:** Efecto impredecible. Lo más característico es el aumento de la depresión del SNC.
- **Imao:** En el caso de bebidas alcohólicas que contienen tiramina (algunos vinos) ocasiona crisis hipertensivas.

ANTIDIABÉTICOS

- **Insulina:** Potenciación del efecto hipoglucemiante.
- **Biguanidas:** Potenciación del efecto hipoglucemiante y mayor riesgo de acidosis láctica.
- **Sulfonilúreas:** Potenciación del efecto hipoglucemiante aunque a veces es impredecible. La clorpropamida posee propiedades tipo *antabús*.

ANTIHELMÍNTICOS

- El alcohol aumenta la hepatotoxicidad del tetracloroetileno.

ANTIISTAMÍNICOS

- **Anti H1:** Potenciación de depresión central.
- **Anti H2:** La cimetidina potencia los efectos del alcohol.

ANTIINFECCIOSOS

- **Cefalosporinas:** Manifestaciones tipo *antabús* con cefoperazona, cefamandol, moxalactam, cefotetan y cefotaxima.
- **Nitroimidazoles:** Manifestaciones tipo *antabús* especialmente descritas con metronidazol.

- También se han descrito las mismas reacciones con griseofulvina, ketoconazol, furazolidona, quinacrina, isoniacida y cloranfenicol.

ANTIMANÍACOS

- El alcohol reduce levemente la concentración sérica de litio.

ANTINEOPLÁSICOS

- **Metotrexato:** Aumento de la toxicidad hepática del fármaco.
- **Procarbazina:** Manifestaciones tipo *antabus*.

ANTIPARKINSONIANOS

- **Antimuscarínicos centrales:** Aumento de sus efectos secundarios, especialmente la sedación.
- **Bromocriptina:** Aumento de los efectos adversos como náuseas y síntomas abdominales.

ANTIPSICÓTICOS

- **Neurolépticos:** Efectos aditivo depresores sobre el SNC. Con fenotiacinas pueden aparecer reacciones extrapiramidales.

ANTITUSÍGENOS CENTRALES

- Aumento de la depresión central.

HIPNÓTICOS

- **Glutetimida:** Aumento de la depresión del SNC.
- **Hidrato de cloral:** Aumento de la depresión del SNC.

PSICOESTIMULANTES

- **Anfetaminas:** Efecto impredecible dependiendo de si el alcohol está en fase inhibitoria o excitatoria sobre el SNC.
- **Cafeína y derivados:** Efecto similar a la interacción con anfetaminas.

VASODILADORES Y ANTIHIPERTENSIVOS

- **Bloqueantes adrenérgicos:** Efecto aditivo sobre la disminución del tono vasomotor. El alcohol reduce la absorción y aumenta la eliminación del propanolol.

- **Nitratos:** Efecto aditivo vasodilatador sobre los vasos sanguíneos. La toma conjunta de alcohol y nitroglicerina puede producir casos severos de hipotensión.
- El alcohol aumenta el efecto antihipertensivo de guanetidina, hidralazina y metildopa.

FÁRMACOS QUE INHIBEN LA ACETALDEHIDO DESHIDROGENASA

Los más empleados son disulfiram y cianamida. Producen una inhibición de la enzima que metaboliza acetaldehído, producto del metabolismo del alcohol con efectos tóxicos patentes (vasodilatación cutánea, sudor, sed, cefalea pulsátil, palpitaciones, náuseas, hipotensión, visión borrosa, síncope).

VII. INTERDICTORES. INTERACCIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

DISULFIRAM

EFECTOS SECUNDARIOS

Los más frecuentes son las complicaciones **hepáticas**, sobre todo hepatitis agudas que es la principal causa de muerte atribuida al disulfiram. En segundo lugar las complicaciones **neurológicas**, sobre todo polineuropatías, neuritis ópticas, cefaleas, mareos, ataxia, parestesias, confusión y convulsiones; estas complicaciones aparecen tras tratamientos prolongados (meses/años) y en relación con la dosis. Las complicaciones **dermatológicas** (dermatitis exfoliativa, urticaria, prurito y rash) y **psiquiátricas** (psicosis, confusión, trastornos del sueño, delirio, depresión y ansiedad) aparecen en las primeras semanas del tratamiento. Posee actividad antitiroidea, no es teratogénico ni carcinogénico aunque puede afectar a la fertilidad. Los efectos secundarios son muy poco frecuentes a las dosis recomendables (aproximadamente 250 mg/día)

El riesgo de muerte es extremadamente bajo, estimándose en 1 muerte por 25.000 tratados y año.

INTOXICACIÓN

Se manifiesta por diarreas, vómitos, anorexia, letargia, ataxia, hipotermia, pérdida de peso corporal y dificultades respiratorias.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

El disulfiram produce:

- Una disminución del aclaramiento de:
 - Antipirina.
 - Clordiacepoxido.
 - Diazepán.
 - Fenitofna.
 - Cafeína.
 - Teofilina.
- Incrementa los efectos de la **warfarina** sin modificar la eliminación.
- Incrementa el metabolismo de la **perfenazina**.
- Puede producir confusión y psicosis cuando se asocia a:

- Metronidazol.
- Isoniacida.
- Amitriptilina.
- No se han encontrado interacciones del disulfiram con:
 - Alprazolam.
 - Oxazepán.
 - Carbamazepina.
 - Metadona.
 - Paracetamol.
 - Tolbutamida.

CIANAMIDA CÁLCICA

EFFECTOS SECUNDARIOS

En general son poco importantes: anorexia, reacciones alérgicas, manifestaciones cutáneas, fatiga, tinnitus, somnolencia, elevación transitoria de leucocitos, lesiones hepáticas, efecto antitiroideo.

INTERACCIONES

Menos estudiadas que en el antabus. Se debe evitar asociar con derivados aldehídicos (paraldehído) y del cloral. Otros inhibidores de la aldehydeshidrogenasa, como el metronidazol, pueden exacerbar la reacción con el alcohol.

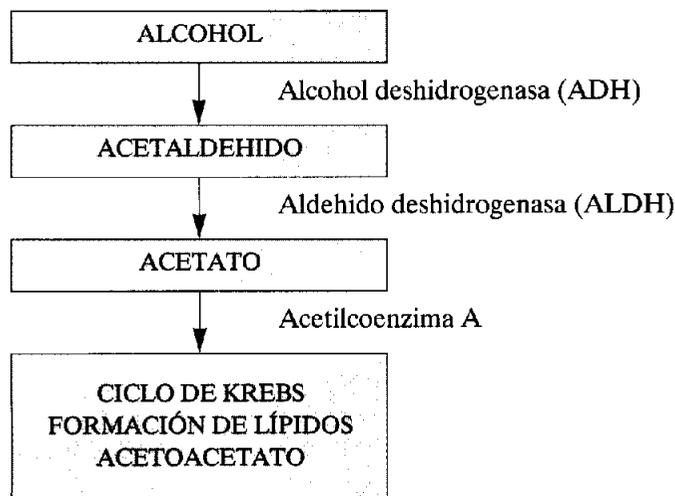
VIII. METABOLISMO DEL ALCOHOL

El alcohol se absorbe muy rápidamente en el duodeno y en el yeyuno, y mucho menos en el estómago. Se difunde rápidamente en los espacios acuosos del organismo alcanzando su máximo a los 15-30 minutos. La oxidación, realizada principalmente en el hígado y en mucha menor proporción en otras vísceras, así como la reducida eliminación a través de la orina, sudor y aire espirado, va disminuyendo su presencia lentamente en el organismo. Por todo ello la curva de alcoholemia (curva de Widmark) tiene un componente ascendente inmediato a la ingestión muy rápido y un componente descendente, prolongado, de varias horas.

En la absorción y difusión juegan un papel importante circunstancias como el tipo de bebida (baja o alta gradación alcohólica), la dilución de ésta, la ingestión en ayunas o con comida, ritmo de la ingestión, el estado del tracto digestivo, el sexo (probable mayor absorción en mujeres), etc. Así, por ejemplo, en las personas gastrectomizadas se dan condiciones de absorción que facilitan la toxicidad y dependencia alcohólica ulterior.

La fase de oxidación se realiza a velocidad relativamente uniforme y constante, si bien determinadas sustancias, como los azúcares ingeridos al mismo tiempo que el alcohol o poco después, pueden lograr una alcoholemia menor o un descenso más acelerado de ésta.

El alcohol se oxida en el hígado, fundamentalmente a través de la acción de 3 sistemas enzimáticos (existe además una vía no oxidativa por esterificación) que convergen en la producción de acetaldehído, producto tóxico, que rápidamente es transformado por oxidación en acetato y acetyl CoA que puede entrar en distintos ciclos metabólicos. El aumento de hidrogeniones a través de la cadena oxidativa produce aumento del ácido láctico, ácido úrico y grasas. Hoy se considera que productos derivados de la condensación del acetaldehído pueden tener importancia en el establecimiento de la dependencia por su acción en el Sistema Nervioso Central.



"MEJORA LOS REFLEJOS"

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, disminuyendo la respuesta refleja y la coordinación motora, lo que supone un gran riesgo en la conducción de automóviles y manejo de máquinas peligrosas. Este efecto puede ser potenciado por la ingesta simultánea de ciertos medicamentos.

"TRANQUILIZA"

Es utilizado por algunas personas para reafirmarse en situaciones sociales; sin embargo no mejora el estrés ni la ansiedad, sino que los empeora a la larga.

"EL ALCOHOLISMO ES UN VICIO"

La dependencia de alcohol debe ser considerada como una enfermedad en cuya etiopatogenia intervienen factores personales y ambientales. Deben abandonarse las actitudes moralistas.

"TRAS UN TIEMPO EL PACIENTE ALCOHÓLICO PUEDE BEBER DE NUEVO"

El paciente alcohólico debe perseguir siempre el mantenimiento de la abstinencia. La utilización de bebidas *sin* como sucedáneo no suele durar mucho tiempo y recuerda, cada vez que se consumen, a la bebida alcohólica que se pretende suprimir. Si el paciente vuelve a beber se reanudarán de nuevo todos sus problemas.

"ES MEJOR ESPERAR A QUE EL PACIENTE SE DECIDA Y ACUDA"

No hay que esperar a que el paciente con problemas por consumo de alcohol o bien sus acompañantes nos pidan una intervención terapéutica, sino que debemos animar y adoptar una postura activa diagnóstica y asistencial.

"ES BUENO PARA EL CORAZÓN"

Desde hace un tiempo, se ha apuntado la posibilidad de que una cantidad mínima regular de alcohol, durante períodos prolongados, pueda disminuir el riesgo de muerte cardiovascular (quizá por el aumento de colesterol lipoproteínico de alta densidad HDL o por cambios en los mecanismos de coagulación) en muestras seleccionadas. En estos momentos no hay datos suficientes para afirmar estas hipotéticas ventajas de forma concluyente. En cualquier caso, hay que reiterar los riesgos contrapreventivos de una indicación poco matizada a este respecto.

X. GRUPOS DE AUTOAYUDA

FEDERACIONES Y ASOCIACIONES AUTONÓMICAS DE ALCOHÓLICOS

FAAR • FEDERACIÓN ANDALUZA DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS

Martínez Campos, 5 - 3º Izda. - 29001 Málaga
Teléfono: 95-260 13 26

ASAREX • ASOCIACION ARAGONESA DE EX-ALCOHOLICOS

Cánovas, 23 y 25 - Zaragoza
Teléfono: 976-23 67 35

ARPRA • ASOCIACIÓN ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DEL PRINCIPADO DE
ASTURIAS

Carretera de Rubín, s/n (Hospital Psiquiátrico)
33011 Oviedo (Asturias)

AMUR • ALCOHÓLICOS MENORQUINES UNIDOS REHABILITADOS

Apartado de correos, 421 - Mahón
Teléfono: 971-35 00 11

ARGRANC • ASOCIACIÓN REHABILITADORA DE ALCOHÓLICOS

Tomás Morales, 4 - Las Palmas
Teléfono: 928-37 33 19

FARCAMA • FEDERACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE CASTILLA-LA
MANCHA

Franciscanos, 10 - Albacete
Teléfono: 967-22 04 98

FARCAL • FEDERACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE CASTILLA Y
LEÓN

Teresa Gil, 10, Of. 4 - Valladolid
Teléfono: 983-30 11 23

SAARCA • SECRETARIAT D'ASSOCIACIONS D'ALCOHOLICS REHABILITATS

Empordá, 33 - 7º 7 - Barcelona
Teléfono: 93-278 02 94

FALREX • FEDERACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE EXTREMADURA

Avda. de la Bondad, 6 - Cáceres
Teléfono: 927-22 50 95

FEXALGA • FEDERACIÓN GALLEGA DE EX-ALCOHÓLICOS

Avda. Galicia, 77 (C. de Sanidad)
27400 Monforte de Lemos (Lugo)
Teléfono: 982-40 42 52

ARAM • ALCOHÓLICOS REHABILITADOS ASOCIACIÓN MADRILEÑA

Tracia, 6 - Madrid
Teléfono: 91-304 14 03

ASOCIACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE YECLA (MURCIA)

Cruz de Diciembre, 68 - 1º
30510 Yecla (Murcia)
Teléfono: 968-75 00 12

EARFE • FEDERACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE EUSKADI

Juan de Guisasola, 7 - 48004 Bilbao
Teléfono: 94-473 03 00

ARAR • ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE LA COMUNIDAD RIOJANA

Huesca, 61, bajo - Logroño
Teléfono: 941-22 67 46

FARCV • FEDERACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Historiador Diago, 24 - 1º - 46007 Valencia
Teléfono: 96-325 25 14

OFICINAS CENTRALES DE SERVICIO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Oficina Central de Servicios

Area 9ª Apartado 7063 - 41080 Sevilla

Teléfono: 95-457 26 61 (Prov.: Badajoz, Cáceres, Córdoba y Sevilla)

Oficina Central de Servicios

Area 10ª Apartado 5183 - 29080 Málaga

Teléfono: 95-221 82 11 (Prov.: Almería, Granada, Jaén, Málaga y Melilla)

Oficina Central de Servicios

Area 19ª Apartado 44 - 11080 Cádiz

(Prov.: Cádiz, Ceuta y Huelva)

Oficina Central de Servicios

Area 5ª Apartado 7179 - 50080 Zaragoza

Teléfono: 976-29 38 35 (Prov.: Huesca, Teruel y Zaragoza)

Oficina Central de Servicios

Area 2ª Apartado 559 - 33400 Avilés (Asturias)

Teléfono: 98-556 63 45 (Prov.: Asturias, León y Zamora)

Oficina Central de Servicios

Area 14ª Apartado 1015 - 07080 Palma de Mallorca (Baleares)

Teléfono: 971-46 25 86 (Prov.: Baleares)

Oficina Central de Servicios

Area 11ª Apartado 2598 - 35080 Las Palmas

Teléfono: 928-20 26 38 (Prov.: Las Palmas)

Oficina Central de Servicios

Area 12ª Apartado 1177 - 38080 Santa Cruz de Tenerife

Teléfono: 922-24 94 98 (Prov.: Tenerife)

Oficina Central de Servicios

Area 13ª Apartado 308 - 39080 Santander (Cantabria)

Teléfono: 942-36 10 66 (Prov.: Cantabria, Palencia y Valladolid)

Oficina Central de Servicios

Area 6ª Apartado 505 - 08080 Barcelona

Teléfono: 93-317 77 77 (Prov.: Barcelona, Tarragona, Lérida y Girona)

Oficina Central de Servicios

Area 1ª Apartado 195 - 36080 Vigo (Pontevedra)

Teléfono: 986-43 05 28 (Prov.: La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra)

Oficina Central de Servicios
Area 7ª Apartado 10295 - 28080 Madrid
Teléfono: 91-341 82 82 (Prov.: Avila, Ciudad Real, Cuenca,
Guadalajara, Madrid, Salamanca, Segovia y Toledo)

Oficina Central de Servicios
Area 15ª Apartado 4108 - 30080 Murcia
Teléfono: 968-26 80 26 (Prov.: Albacete y Murcia)

Oficina Central de Servicios
Area 17ª Apartado 6 - 31080 Pamplona (Navarra)
Teléfono: 948-24 24 44 (Prov.: Navarra)

Oficina Central de Servicios
Area 18ª Apartado 1663 - 01080 Vitoria (Alava)
Teléfono: 945-25 04 17 (Prov.: Alava)

Oficina Central de Servicios
Area 3ª Apartado 400 - 20300 Irún (Guipúzcoa)
Teléfono: 943-61 93 38 (Prov.: Guipúzcoa)

Oficina Central de Servicios
Area 16ª Apartado 772 - 48080 Bilbao (Vizcaya)
Teléfono: 94-415 07 51 (Prov.: Vizcaya)

Oficina Central de Servicios
Area 4ª Apartado 1301 - 26080 Logroño (La Rioja)
Teléfono: 941-25 13 39 (Prov.: Burgos, La Rioja y Soria)

Oficina Central de Servicios
Area 8ª Apartado 1053 - 46080 Valencia
Teléfono: 96-391 71 60 (Prov.: Alicante, Castellón y Valencia)

XI. PARA SEGUIR LEYENDO SOBRE EL ALCOHOL

Altisent, R., Córdoba, R., Martín-Moros, J.M.: «Criterios operativos para la prevención del alcoholismo». *Med Clín*, 99: 584-88 (1992).

Aubá Llambrich, Freixedas Casaponsa, R.: «Alcoholismo: prevención desde la atención». *Med Clín*, 94: 230-33 (1990).

Díez Martínez, S., Martín Moros, J.M., Altisent Trota, R., Aznar Tejero, P., Cebrián Martín, C., Izmaz Pérez, F.J., et al.: «Cuestionarios breves para la detección precoz de alcoholismo en Atención Primaria». *Atención Primaria*, 8: 367-70 (1991).

Dirección General de Salud Pública: *Respuesta Comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.

Dirección General de Salud Pública: *Estudio de los estilos de vida de la población adulta española*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.

Gili, M., Lacalle, J.R., Nieto, C., Velasco, A.: «Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol». En: Porta Serra, M., Alvarez-Darcet, C., eds. *Revisiones en Salud Pública*. Barcelona, Masson SA, 1989; 133-58.

Mendoza Berjano, R., Sagrera Pérez, M. R., Batista Foguet, J. M.: *Conductas de los escolares españoles relacionados con la salud (1986-1990)*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.

National Health and Medical Research Council: *Is there a Safe Level of Daily Consumption of Alcohol for Men and Women: Recommendations Regarding Responsible Drinking Behaviour*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1987.

Rodés, J., Urbano-Márquez, A., Back Back, L., editores: *Alcohol y enfermedad*. Barcelona, JR Prous Editores, 1990.

Rodríguez-Martos, A.: «El Consejo Médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol». *Atención Primaria*, 14 (1994).

Rodríguez-Martos, A.: *Manual de Alcoholismo para el Médico de Cabecera*. Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1989.

Royal College of Physicians: *The Medical Consequences of Alcohol Abuse: A Great and Growing Evil*. London, Tavistock Publications, 1987.

Secretaría General de Salud. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud: *Alcohol y salud pública*. Serie de Informes Técnicos nº 1. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.

Varo, José R.: *Trastornos por el uso de Alcohol: Revisión y Aspectos Actuales*. Serie Cuadernos Prácticos de Salud Mental nº 3. Pamplona, Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 1993.

Verschuren Paulus, M. editor: *Health Issues Related to Alcohol Consumption*. Bruselas, ILSI Europe, 1993.

HOJA DE EVALUACION

Este formulario es completamente anónimo. Una vez leído y examinado el Manual, por favor, rellene esta hoja, doble por la línea de puntos y envíela a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Su colaboración y aportaciones serán de gran ayuda para mejorar el Manual en próximas ediciones. Anote en las distintas casillas el código correspondiente:

1. Sexo

CODIGOS: 1 Mujer • 2 Hombre

2. Edad

3. Provincia (País, en caso de extranjero)

4. Nº de habitantes de la localidad donde trabaja

Códigos: 1 Menos de 2.000 • 2 de 2.000 a 10.000 • 3 de 10.000 a 100.000 • 4 de 100.000 a 500.000 • 5 más de 500.000 • 9 No sabe/no contesta

5. Puntúe entre 0 (pésimo) y 10 (excelente) los siguientes aspectos y apartados del Manual

CONTENIDO: Se valorarán calidad y actualización científica de la información, selección adecuada de mensajes, claves, etc.

REDACCION: Se valorarán vocabulario, sintaxis, comprensibilidad, concisión, etc.

DISEÑO: Se valorará tipografía, color, composición, formato, etc.

EXTENSION: Señale cuál de los siguientes apartados contenidos en el Manual desarrollaría más en profundidad, reduciría o eliminaría. Códigos: 1 Desarrollaría más • 2 Reduciría • 3 Eliminaría • 4 No lo modificaría • 9 No sabe/no contesta

	CONTENIDO	REDACCION	DISEÑO	UTILIDAD	EXTENSION
¿Por qué es importante hablar de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qué se puede hacer en Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aclarando conceptos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo se presentan los problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo actuar:					
Ante la demanda de asistencia de familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ante la sospecha de un problema relacionado con el alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ante las consecuencias del consumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ante el consumo de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ante situaciones urgentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La derivación y utilización de otros recursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los problemas de algunos grupos específicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anexos:					
I. Esquema de historia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Cuestionarios (MALT/CAGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Criterios diagnósticos (DSM-III-R, CIE-10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Esquema general de actuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Tabla de equivalencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Interacciones del alcohol con fármacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII. Interdictores. Interacciones y efectos secundarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. Metabolismo del alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX. Tópicos sobre el alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X. Grupos de autoayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI. Para seguir leyendo sobre el alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manual completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Críticas, sugerencias y propuestas para mejorar el Manual:

Doblar por la línea de puntos

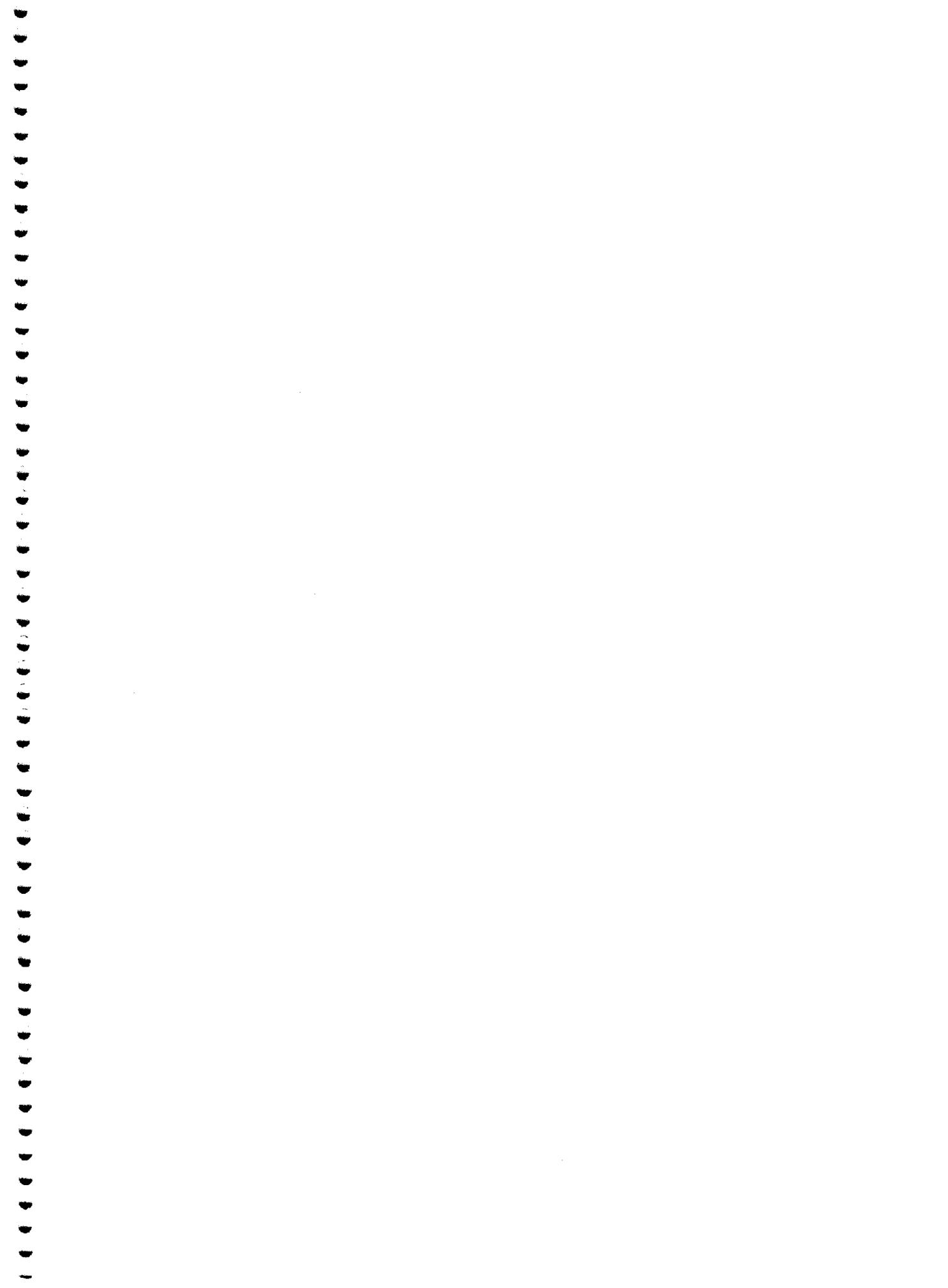
Doblar por la línea de puntos

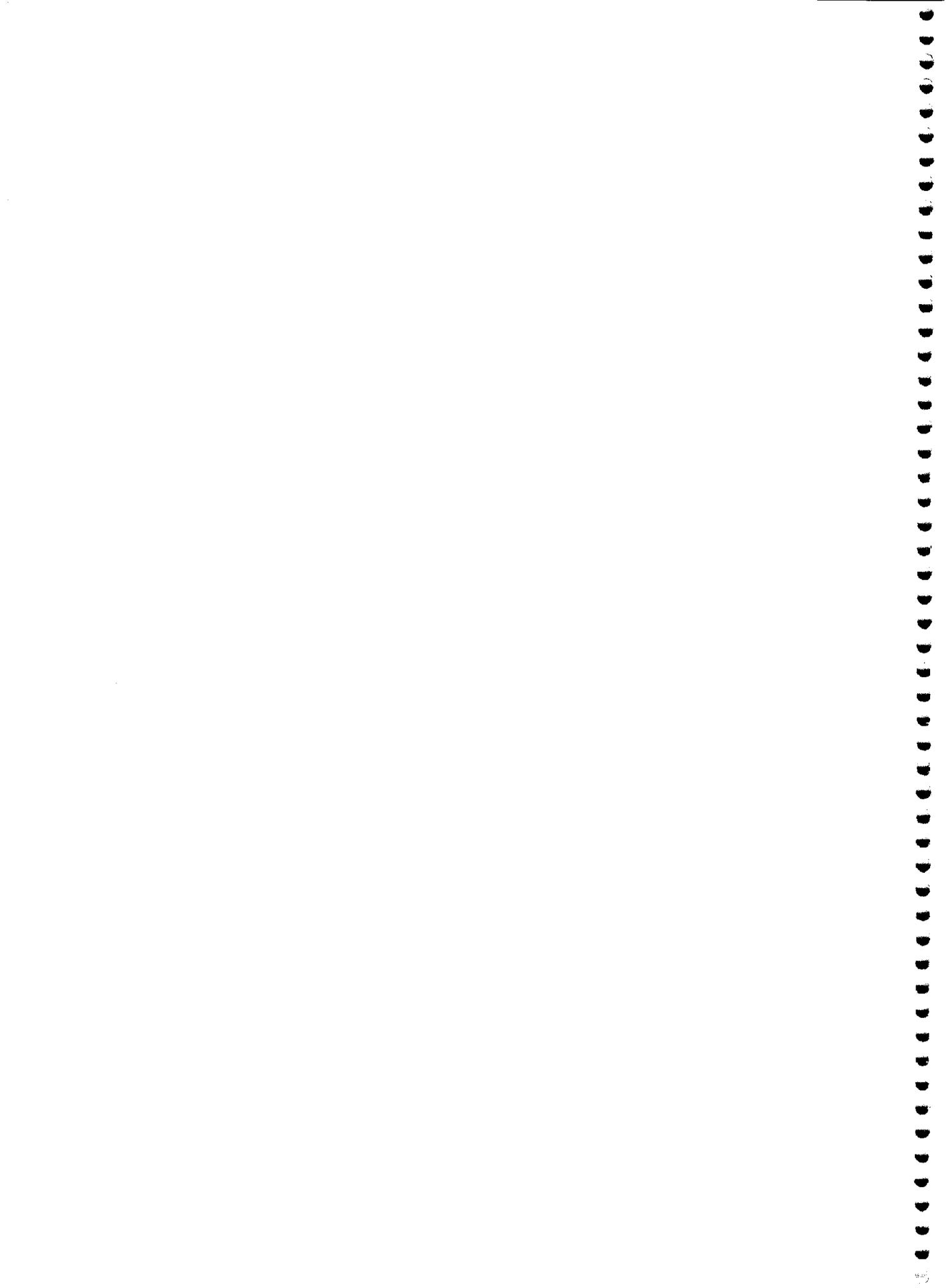
RESPUESTA COMERCIAL
Autorización nº 13.143
B.O.C. y T. nº 32 de 12-4-94

A
FRANQUEAR
EN
DESTINO

PUBLIGARMA, S.A.
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL
PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Apartado F.D. 248
28080 Madrid







COLECCIÓN *ACTUAR ES POSIBLE:*

- El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de drogas.
- El farmacéutico ante los problemas derivados del consumo de drogas.
- Actuaciones de los médicos forenses y de los servicios sociosanitarios de los juzgados ante el consumidor de drogas.
- El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol.



PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas

MINISTERIO DE JUSTICIA E INTERIOR
