

TAMIZAJE Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor: Dr. Jonathan Troncoso R, Residente Medicina Familiar PUC

Tutor: Dr. Nicolás Barticevic L., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Resumen portada

El consumo riesgoso de alcohol es un importante problema de salud pública con una prevalencia del 11,7% en Chile. En el siguiente artículo revisaremos la importancia del tamizaje, la efectividad de la intervención breve y la evidencia del tratamiento farmacológico para dependencia al alcohol en Atención Primaria.

16 de octubre de 2018

Palabras claves: *AUDIT, consejería breve, alcohol, Atención Primaria, Medicina Familiar.*

TAMIZAJE Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor: Dr. Jonathan Troncoso R, Residente Medicina Familiar PUC

Tutor: Dr. Nicolás Barticevic L., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

INTRODUCCION

¿Cuál es la importancia del consumo de alcohol en la salud pública?

Nuestro país tiene la prevalencia de consumo de alcohol en adultos más alta de Latinoamérica (76,8%) ⁽¹⁾. En Chile un 11,7% de la población mayor de 15 años tiene un consumo de alcohol de riesgo, es decir, obtienen un puntaje mayor o igual a 8 puntos en el Test de Identificación de Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT-C) ⁽²⁾. La dependencia al alcohol es la cuarta causa de AVISA en Chile y representaría el 4% del total de muertes en el país ⁽³⁾, mientras que los costos de los daños causados por el consumo de alcohol ascienden a US\$ 3 mil millones, lo que corresponde a 4 veces más que los ingresos de la industria ⁽⁴⁾.

Un reciente análisis de las muertes atribuibles al consumo de alcohol en 195 países entre el año 1990-2016, mostró que un 6,8% de las muertes en hombres en el mundo y un 2,2% en mujeres son atribuibles al consumo de alcohol. En el segmento etario de 15-49 años las 3 principales causas de muerte relacionada al alcohol son: la tuberculosis, las lesiones en vía pública y las autolesiones, mientras que en mayores de 50 años la principal causa relacionado de muerte es el cáncer: mujeres (17%) y hombres (18,9%) ⁽⁵⁾.

¿Cuál es la cantidad de consumo de alcohol de menor riesgo?

Los límites de alcohol para un consumo de bajo riesgo varían entre las distintas guías de práctica clínica. En Chile en el marco de una intervención mínima con resultado de AUDIT-C de bajo riesgo se recomienda que el paciente no sobrepase los límites máximos de consumo semanal ⁽⁶⁾:

- Hombre: 14 tragos/semana (196 g OH/sem)
- Mujer: 7 tragos/semana (98 g OH /sem)

Utilizando datos de 599.912 bebedores de alcohol sin enfermedad cardiovascular previa provenientes de 19 países de altos ingresos, un análisis combinado de 83 estudios prospectivos encontró una asociación positiva y curvilínea con el nivel de consumo de alcohol para mortalidad, el menor riesgo de mortalidad se consigue con alrededor de 100 g por semana (aproximadamente 7 tragos estandarizados de Chile a la semana) ⁽⁷⁾. El consumo de alcohol se asoció con mayor riesgo de: accidente cerebrovascular (HR 1,14, IC 95%, 1,10 - 1,17), enfermedad coronaria excluyendo infarto de miocardio (1,06, 1,00-1,11), insuficiencia cardíaca (1,09, 1,03-1,15), enfermedad hipertensiva mortal (1,24, 1,15-1,33) y aneurisma aórtico fatal (1,15, 1,03-1,28). [HR= Hazard Ratio, IC = intervalo de confianza].

Estos datos demuestran que las actuales recomendaciones nacionales de beber de bajo riesgo en hombres (196 g OH/semana) superan los 100 g OH/semana y deberían ajustarse a la nueva evidencia.

¿Cómo realizar medición de consumo de alcohol en Chile?

En Chile existen 4 instrumentos validados para tamizaje de consumo de alcohol: ASSIST, AUDIT, CRAFFT y DEP-ADO. En población adulta el más ampliamente extendido y utilizado en nuestro país es AUDIT, instrumento que posee una adecuada confiabilidad en población chilena para detectar consumo riesgoso, perjudicial y dependencia al alcohol ⁽⁸⁾.

INTERVENCION BREVE

¿Cómo realizar una Intervención Breve (IB)?

Una IB corresponde a una conversación estructurada de no más de 10 minutos acerca de una conducta específica, con el objetivo de informar sobre riesgos y apoyar en el proceso de cambio conductual. El modelo FRAMES es útil para guiar la intervención (Tabla 1).

Tabla 1. Modelo FRAMES para la realización de intervenciones breves.

FRAMES	Ejemplo de comentarios de parte del profesional
<u>F</u>eedback	<i>“Por el puntaje obtenido su consumo de alcohol es de riesgo. Es decir, la forma como Ud. consume alcohol podría causar o aumentar su riesgo de tener problemas relacionados con la sustancia: enfermedades a largo plazo, pero también accidentes en el corto plazo y diversos otros problemas personales, familiares, económicos, laborales y educacionales”</i>
<u>R</u>esponsabilidad	<i>“Disminuir la cantidad de alcohol que está tomando es una decisión que sólo usted puede tomar”</i>
<u>A</u>consejar	<i>“Por su salud yo le recomiendo fuertemente que disminuya su consumo de alcohol”</i>
<u>M</u>enú de opciones	<i>“Para dejar de tomar se puede hacer de varias maneras: 1. Comenzar a contar los tragos e ir disminuyendo 2. También es útil evitar situaciones en las que se bebe más 3. Hay algunos ejercicios conductuales que se puede hacer; 4. Y también hay medicamentos que pueden ayudar.”</i>
<u>E</u>mpatía	<i>Paciente: “Después de tanto estudio en la U, algún gusto hay que darse” Profesional: “Tomarse una cerveza es relajante y un gusto que usted se da; y al mismo tiempo es algo que lo expone a accidentes”</i>

Self efficacy	<p><i>Paciente: “Beber no es un problema para mí... puedo dejarlo cuando quiera”</i></p> <p><i>Profesional: “Usted puede dejar de beber alcohol cuando quiera porque cuando usted se propone algo se pone a trabajar en eso”</i></p>
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Adaptado de Rivera S, Barticevic N, Rodriguez MV. Capacitando a facilitadores: Consejería breve en alcohol y tabaco. Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile, 2017.

¿Cuál es la efectividad de la IB?

Una revisión sistemática (RS) sobre efectividad de las intervenciones breves para reducir el consumo excesivo de alcohol en bebedores de riesgo en APS, mostró que la IB probablemente reduce el consumo de alcohol en 1,5 tragos a la semana en personas con consumo de riesgo, en comparación con una intervención mínima o nula ⁽⁹⁾. Otros desenlaces medidos en la RS se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Principales outcomes y efectos de la intervención breve.

Desenlace	Efectos absolutos anticipados (95% IC)		N°	Calidad evidencia
	Riesgo control	Riesgo intervención		
(g/sem) alcohol a los 12 meses	Promedio=238 g / semana	DM 20.08 g / semana más bajo (28.36 a 11.81 más bajo)	15197 (34 RCTs)	⊕⊕⊕ MODERADA
Duración acumulada de la abstinencia a los 12 meses	Frecuencia de consumo de alcohol (n. ° atracones/sem) 0,98/sem	DM 0.08 atracones / semana más bajo (0.14 a 0.02 más bajo)	6946 (15 RCTs)	⊕⊕⊕ MODERADA
Frecuencia de consumo de alcohol (días sin beber/ semana) a los 12 meses	La frecuencia promedio de consumo de alcohol (días sin beber / semana) a los 12 meses fue de 2,73 días de consumo por semana	DM 0,13 días bebibles / semana menor (0,23 a 0,04 menor)	5469 (11 RCTs)	⊕⊕⊕ MODERADA
Intensidad de beber (g / beber día) a los 12 meses	La intensidad media de consumo (g / día de consumo) a los 12 meses fue de 55 g / día de consumo	DM 0,18 g / día bebible más bajo (3,09 más bajo a 2,73 más alto)	3128 (10 RCTs)	⊕⊕⊕ MODERADA
Efectos adversos	0 EA en 2 RCT. 1 RCT informó que la intervención aumentó el consumo excesivo de alcohol en las mujeres		(5 RCTs)	⊕ MUY BAJA

Fuente: Adaptado de (9).

MANEJO FARMACOLOGICO

¿Qué medicamentos son efectivos en el trastorno por consumo de alcohol?

Existen diversos fármacos para la dependencia al alcohol que actúan en el circuito motivacional (circuito dopaminérgico mesolímbico-cortical), entre ellos los *antagonistas opiodes* (naltrexona, nalmefene), *agonistas GABA* (baclofen, topiramato), *agonistas/antagonistas dopaminérgicos* (disulfiram, tiapride) y *antagonistas de glutamato* (acomprosato, topiramato) ⁽¹⁰⁾.

Una RS sobre efectividad de **acamprosato** frente a placebo con datos de 24 RCT (6915 participantes) mostró que acamprosato podría reducir el riesgo de cualquier consumo de alcohol (RR 0.86 IC 95% 0.81-0.91) y podría aumentar la duración acumulada de la abstinencia (DM 10.9 IC 95% 5.08-16.81). La diarrea por acamprosato fue el único efecto secundario que se informó con más frecuencia que en el placebo ⁽¹¹⁾. [RR=riesgo relativo; DM=desviación de medias].

En el caso de los **anticonvulsivantes** una RS de 25 RCT (2641 participantes) no mostró beneficios en abandono de consumo de alcohol (RR 0.94 IC 95% 0.74-1.19) ni en el periodo de abstinencia continua (RR 1.21 IC 95% 0.97-1.52) en comparación al grupo control, por lo que la evidencia que respalda su uso clínico es insuficiente. Estos resultados están condicionados por la heterogeneidad, la baja cantidad y calidad de los estudios que comparan anticonvulsivantes con otros medicamentos ⁽¹²⁾.

Una RS sobre efectividad de **disulfiram** (22 RCT, 2414 participantes) mostró que disulfiram podría mejorar la abstinencia de alcohol en comparación a placebo (Hedges's g IC 95% = 0,58 – tamaño de efecto moderado), siendo este efecto mayor en el subgrupo de dependientes al alcohol cuya toma del medicamento se realizó de manera supervisada (Hedges's g IC 95% = 0,82 – tamaño de efecto alto) ⁽¹³⁾.

En relación al uso de opiodes como **naltrexona**, una RS (50 RCT, 7793 pacientes) evaluó su efectividad encontrando que ésta podría aumentar la abstinencia medida en días de consumo (DM -3.89 IC 95% -5.75 a -2.04) y podría disminuir el volver a beber en exceso (RR 0.83 IC 95% 0.76-0.9) ⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIONES

Puntos claves

- ✓ Chile tiene la prevalencia más alta en Latinoamérica de consumo de alcohol en último año en personas entre 15-64 años
- ✓ Los costos de los problemas relacionados al consumo de alcohol superan los ingresos de la industria.
- ✓ El consumo de alcohol es la 4ta causa de AVISA y representa el 4% del total de muertes en el país.
- ✓ Consumo de alcohol menor a 100 g/sem representa el menor riesgo de morbilidad.
- ✓ AUDIT es un instrumento de tamizaje validado en Chile y con buena confiabilidad.
- ✓ Las intervenciones breves pueden reducir el consumo de alcohol en bebedores peligrosos y dañinos en comparación con una intervención mínima o nula.
- ✓ Los fármacos con utilidad clínica en disminuir el consumo son: acamprosato, disulfiram y naltrexona.

Referencias

1. ONUDD. Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años. 2008;94. Available from: [http://www.observatorio.gov.ar/especificos/informes-internacionales/Elementos Orientadores para.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/especificos/informes-internacionales/Elementos_Orientadores_para.pdf)
2. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 - primeros resultados [Internet]. Santiago de Chile; 2017. Available from: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
3. Ministerio de Salud G de C. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago de Chile; 2007.
4. Ministerio de Salud de Chile. Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años. Santiago; 2013.
5. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet (London, England) [Internet]. Elsevier; 2018 Aug 23 [cited 2018 Aug 30];0(0). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30146330>
6. Ministerio de Salud Chile. Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo. Guía Técnica para Atención Primaria de Salud. 2011;
7. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. Lancet (London, England) [Internet]. Elsevier; 2018 Apr 14 [cited 2018 Aug 30];391(10129):1513–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29676281>
8. Alvarado ME, Garmendia ML, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Rev Med Chil [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2009 Nov [cited 2018 Aug 27];137(11):1463–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
9. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2018 Feb 24 [cited 2018 Aug 26];(2). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004148.pub4>
10. Ávila Escribano JJ, Marcos Martín M, Pastor Encinas I, Laso Guzmán FJ. Tratamiento de la dependencia del alcohol. Med [Internet]. Elsevier; 2012;11(23):1412–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70484-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70484-5)
11. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 Sep 7 [cited 2018 Aug 26];(9). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004332.pub2>
12. Pani PP, Trogu E, Pacini M, Maremmanni I. Anticonvulsants for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 Feb 13 [cited 2018 Aug 26];(2). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008544.pub2>
13. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin H-J. Disulfiram Efficacy in the Treatment of Alcohol Dependence: A Meta-Analysis. Laks J, editor. PLoS One [Internet]. Public Library of Science; 2014 Feb 10 [cited 2018 Aug 26];9(2):e87366. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0087366>
14. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 Dec 8 [cited 2018 Aug 26];(12). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001867.pub3>