

Cribado del consumo excesivo de alcohol

M. Bruguera^a, A. Guai^b, L. Salleras^c, J. Rodés^a

^aServicio de Hepatología. ^bUnidad de Alcoholología y ^cServicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico, Barcelona.

cribado, alcoholismo, cuestionarios

Introducción

El conocimiento de los efectos tóxicos del alcohol sobre los diferentes órganos del cuerpo humano es muy antiguo, aunque no ha sido hasta la segunda mitad de este siglo cuando se ha adquirido conciencia de la extensión real del problema médico, social y económico que representa el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. En estos últimos años se han definido criterios para el diagnóstico de la patología inducida por el alcohol y se han identificado métodos para el reconocimiento de las personas expuestas a los efectos adversos del alcohol. El diagnóstico, el tratamiento y la prevención del alcoholismo se han convertido en una responsabilidad que todos los médicos deberían asumir¹⁻⁴.

En la actualidad, la mayoría de expertos están de acuerdo en diferenciar las enfermedades causadas por un consumo excesivo de alcohol de la adicción al alcohol, o enfermedad alcohólica⁵. En consecuencia, debe distinguirse claramente lo que en términos de la OMS se designa como «trastornos relacionados con el alcohol» (TRA) y lo que se define como «síndrome de dependencia alcohólica» (SDA), que pueden coincidir o no en la misma persona⁵.

Se consideran TRA todas las limitaciones en el funcionamiento físico, psíquico o social de un individuo que puedan razonablemente ser causadas directa o indirectamente por el consumo de bebidas alcohólicas. Esta definición amplia y ambigua permite incluir entre los TRA desde los accidentes de tráfico hasta la cirrosis hepática, pasando por patologías tan diversas como el síndrome alcohólico fetal o la polineuritis (tabla 1).

El concepto de SDA hace referencia exclusiva a la vinculación de un individuo con el alcohol, independientemente de que esta vinculación haya generado algún tipo de patología física, psíquica o social. El SDA se define en la actualidad de acuerdo a los criterios del DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Americana de Psiquiatría, tercera edición revisada)⁶ expuestos en la tabla 2, que identifican comportamientos asociados a una dependencia física o psíquica al alcohol. Para el diagnóstico de SDA hacen falta tres o más de los nueve criterios durante un espacio de tiempo superior al mes o superior a este tiempo si se manifiestan de forma intermitente. El término de enfermo alcohólico hace referencia sólo a la existencia de un SDA. Los que presentan TRA sin SDA se denominan bebedores excesivos.

La diferenciación entre TRA y SDA permite establecer las bases para un diagnóstico biaxial del alcoholismo. Ante un pa-

ciente con consumo elevado de alcohol, el médico debe determinar simultáneamente si existe una conducta dependiente y si existen trastornos relacionados con el alcohol. De este modo pueden darse tres situaciones: enfermos con TRA y SDA, enfermos con TRA sin SDA y enfermos con SDA sin TRA.

Algunos bebedores excesivos no presentan TRA ni SDA, pero están muy expuestos a desarrollar alguna de estas complicaciones si persisten en su hábito. Se trata habitualmente de personas con un consumo alcohólico relativamente reciente, que se hallan en la primera fase de enfermedad alcohólica.

TABLA 1

Principales enfermedades orgánicas causadas por el alcohol

Enfermedades hepáticas: esteatosis, hepatitis alcohólica, cirrosis
Enfermedades neurológicas: atrofia cerebral, degeneración cerebelosa, polineuropatía periférica, enfermedad de Wernicke-Korsakov, enfermedad de Marchiafava-Bignani, síndrome disautonómico, mielosis pontinocerebral
Enfermedades digestivas: pancreatitis, gastritis
Miocardiopatía y miopatías agudas o crónicas
Enfermedades hematológicas: anemia megaloblástica, trombopenia, disfunciones granulocíticas
Atrofia testicular
Hipertensión arterial
Síndrome de abstinencia
Síndrome alcohólico-fetal

TABLA 2

Criterios DSM-3 para el diagnóstico del síndrome de dependencia alcohólica

1. Consumo de alcohol en cantidad superior o durante un período más prolongado del pretendido por el paciente
2. Deseo persistente, o uno o más intentos fracasados, de cortar o controlar el consumo de alcohol
3. Inversión de una cantidad considerable de tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos de la bebida
4. Síntomas de deprivación o de intoxicación frecuentes, cuando era de esperar que el sujeto cumpliera obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o su casa, o cuando el consumo de alcohol era físico, causados o exagerados por la bebida
5. Abandono o reducción considerable de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del alcohol
6. Consumo continuado de alcohol, a pesar de saber que se sufren trastornos persistentes o recurrentes de tipo social, psicológico o físico, causados o exagerados por la bebida
7. Tolerancia marcada: necesidad de cantidades considerablemente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o bien un efecto marcadamente reducido durante el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol
8. Síntomas de deprivación alcohólica: náuseas, vómitos, hiperactividad autonómica (taquicardia, sudación), ansiedad, irritabilidad, cefaleas, insomnio, etc.)
9. Consumo frecuente de alcohol para aliviar o evitar síntomas de abstinencia

Correspondencia: Dr. M. Bruguera. Servicio de Hepatología. Hospital Clínico. Villarroel, 170. 08036 Barcelona.

Med Clin (Barc) 1994; 102 Supl 1: 85-92

No está todavía definida cuál es la cantidad de alcohol que determina la aparición de TRA o del SDA, ni cuáles son los factores que determinan que se produzca una u otra complicación, o ambas a la vez. Numerosos estudios epidemiológicos coinciden en señalar que un consumo continuado durante varios años (más de 10) de más de 80 g de alcohol puro al día en los varones y de más de 40 g en las mujeres constituye un riesgo importante. A medida que aumenta la cantidad de alcohol consumido se incrementan las probabilidades de que aparezca enfermedad y también se acorta el intervalo de tiempo previo a su aparición⁷⁻⁹.

Un sistema simple de cuantificar la cantidad de alcohol consumido se basa en la asunción de que todas las unidades («copas») de las bebidas habituales (un vaso de vino, una cerveza, un gintonic o un whisky) contienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol (unos 20 g). Por tanto multiplicando por 20 el número de consumiciones diarias se puede estimar de manera bastante aproximada la cantidad de alcohol consumida en gramos.

El riesgo de patología alcohólica es superior en las mujeres que en los varones, de forma que las mujeres alcohólicas suelen presentar evidencias de enfermedad a edades más jóvenes que los varones y habitualmente con mayor gravedad. Este fenómeno se debe a que las mujeres poseen escasa concentración de alcohol deshidrogenasa en la mucosa gástrica, muy inferior a la de los varones. Esta enzima permite la oxidación de una parte del alcohol ingerido, con lo que la concentración de alcohol que alcanza el hígado es mucho menor. Este metabolismo de primer paso es muy deficiente en las mujeres, por lo que la casi totalidad del alcohol ingerido alcanza el hígado con facilidad².

Magnitud del problema

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas genera una gran demanda sanitaria, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, y constituye una importante causa de morbilidad, mortalidad y reducción de la expectativa de vida, con el consiguiente coste económico y social⁹⁻¹⁸.

El incremento de demanda sanitaria ocasionado por el consumo excesivo de alcohol es considerable⁸⁻¹⁰. En los países desarrollados se estima que entre el 20 y el 30 % de las camas hospitalarias están ocupadas por pacientes con TRA. En unos casos éstos han sido la causa directa de la hospitalización, pero en los demás casos se han puesto en evidencia en el examen sistemático del paciente, aunque la causa de la hospitalización haya sido otra. Entre el 15 y el 20 % de las consultas ambulatorias están también relacionadas con TRA. Además, un tercio de los pacientes admitidos en instituciones psiquiátricas han sido hospitalizados por enfermedades causadas o agravadas por el alcohol. Por último, un elevado número de urgencias hospitalarias, especialmente las debidas a accidentes de circulación, caídas o accidentes laborales, se deben al alcohol. En términos generales, se estima que alrededor del 30 % de los actos asistenciales de los médicos se llevan a cabo en personas con problemas debidos a un consumo excesivo de bebidas alcohólicas, aunque con frecuencia el médico no establece una adecuada relación causa-efecto. No menos de 2 de cada 3 consumidores excesivos de alcohol no son reconocidos como tales cuando son atendidos en algún centro sanitario³.

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que los bebedores excesivos presentan un importante exceso de riesgo de mortalidad por toda una serie de enfermedades y afecciones en comparación con los abstemios o bebedores moderados de la misma edad y sexo⁹⁻¹⁷. Este hecho está en relación con una mayor incidencia en los bebedores excesivos de cirrosis hepática, cáncer de vías respiratorias y digestivas altas, hipertensión arterial, neumonías, cardiomiopatía,

accidentes de tráfico y laborales y suicidios. Algunas de estas causas de muerte son enfermedades directamente causadas por el efecto tóxico del alcohol, y las restantes lo son por alteraciones de la conducta o por circunstancias que están favorecidas por el consumo regular y excesivo de bebidas alcohólicas. En Cataluña, la mortalidad atribuible al alcohol se estima en un 4 %¹¹.

Además de las enfermedades citadas, el alcohol es causa de enfermedades digestivas y neurológicas que ocasionan elevada morbilidad (tabla 1), y ocasiona a menudo impotencia en el varón, secundaria en la enfermedad hepática o por un efecto tóxico directo sobre las gónadas².

En estos últimos años se ha reconocido que el síndrome alcohólico fetal es, junto al síndrome de Down, la principal causa de subnormalidad en el mundo occidental. Su aparición se debe al consumo de alcohol durante la gestación, independientemente de que la madre sea o no alcohólica. Se estima que la incidencia de esta complicación es de unos 1.500 casos por cada 500.000 nacimientos¹⁴.

Un problema médico colateral de los alcohólicos es el riesgo de presentar interacciones medicamentosas, tanto en el sentido de una inhibición competitiva del metabolismo del alcohol con el de otros fármacos, especialmente los psicotropos, cuando se toman simultáneamente, como en el sentido de una aceleración del metabolismo de los fármacos en consumidores regulares de alcohol. En el primer caso puede producirse un aumento de sus efectos sobre el sistema nervioso y en el segundo una reducción de los efectos terapéuticos esperados².

Los costes sociales del alcoholismo también son considerables. Así, cabe atribuir al alcohol del 40 al 50 % de los accidentes de tráfico, y del 15 al 25 % de los accidentes laborales¹⁵⁻¹⁷. Además, el alcohol es responsable de una buena parte del absentismo laboral, y tiene una influencia evidente, aunque de difícil evaluación, en la disminución de la productividad¹¹. Debe hacerse notar también la existencia de una asociación alcohol-delitos. Alrededor del 60 % de los autores de homicidios y del 50 % de las víctimas se encontraban bajo los efectos del alcohol en el momento del acto homicida. En lógica concordancia, la población penitenciaria presenta unos porcentajes de alcoholismo que rondan el 50 %². El alcohol genera, además, niveles elevados de distocia familiar, que son causa de una elevada incidencia de agresiones, divorcios y bajo rendimiento escolar en los hijos¹¹.

Por último, el coste económico de los problemas asociados con el consumo excesivo de alcohol es muy elevado. En los Estados Unidos ha sido estimado en 10.000 millones de dólares el año 1985¹⁸.

Las dimensiones del problema del alcoholismo son directamente proporcionales a la cantidad de alcohol consumido por el conjunto de la población en términos de litros per capita al año, que a su vez es directamente proporcional a la producción nacional. No es extraño, por tanto, que en los últimos 50 años en España se haya experimentado un considerable incremento de la problemática relacionada con el consumo de bebidas alcohólicas, paralelo al fuerte aumento de la producción vinícola. En la actualidad se dedican más de un millón y medio de hectáreas de tierra a la viña, lo que sitúa a España en uno de los primeros lugares en el mundo en la producción, y también en el consumo de bebidas alcohólicas, que viene a ser de unos 14 litros por habitante y año¹¹.

Los datos sobre la población afectada por problemas relacionados con el alcohol son variables y dependen de las fuentes utilizadas. En una encuesta del año 1990 efectuada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, el 7,2 % de los adultos encuestados (de ambos sexos) reconocían consumir más de 75 ml de alcohol puro al día, aunque es probable que la prevalencia real de consumidores excesivos sea mucho mayor ya que en este

hábito, a diferencia del tabaco, se produce una importante ocultación en las encuestas¹¹.

Eficacia y efectividad de la intervención

Eficacia de las pruebas de cribado

Interrogatorio. El interrogatorio directo del paciente es el método más familiar para el médico, y al mismo tiempo el más simple y eficiente, pero exige una cierta habilidad en la formulación de las preguntas para evitar que el paciente se sienta juzgado por el médico y oculte o minimice su consumo real¹⁹⁻²¹. Preguntas tales como ¿tiene la costumbre de beber fuera de las comidas?, ¿y en ayunas?, ¿ha tenido en alguna ocasión problemas por haber bebido demasiado?, ¿cuándo tomó la última copa? ayudan más a identificar posibles bebedores excesivos que las preguntas directas sobre la cantidad total de alcohol que consumen al día. Es conveniente establecer aproximadamente la dosis media de alcohol ingerido y la duración del consumo para determinar si se trata de un bebedor con riesgo. Debe tenerse en cuenta que el consumo regular aparentemente bien tolerado comporta mayores riesgos de causar problemas relacionados con el alcohol, con excepción de los accidentes, que episodios ocasionales de ingesta excesiva o incluso de embriaguez. La principal limitación del interrogatorio es que los pacientes tienden a subestimar el consumo real o incluso a ocultarlo por miedo al estigma social que comporta el ser etiquetado como bebedor excesivo²². Algún estudio ha encontrado niveles de sensibilidad del 50 % del interrogatorio informal²³, en comparación con el MAST (Michigan Alcoholism Screening Tests), pero en otros Insensibilidad ha sido mucho más baja, de sólo el 10-15 %²¹. En general se considera que la validez del interrogatorio es muy variable y está muy influenciada por el grado de colaboración del paciente y por el interés del médico²⁵. Algunos síntomas no referidos espontáneamente por los pacientes, tales como náuseas y vómitos matinales, deben constituir un elemento de sospecha de SDA.

Cuestionario. Se han utilizado varios cuestionarios^{26,27} para el cribado del consumo excesivo de alcohol. En los Estados Unidos el MAST 28, el SAAST (Self Administered Alcoholism Screening Test)²⁹ y el CAGE³⁰; en Europa el MALT (Münchener Alkoholismus Test)³¹, aunque este último no es propiamente un test de cribado del consumo excesivo de alcohol sino de diagnóstico de la dependencia alcohólica.

El MAST es uno de los más antiguos. Incluye 25 preguntas referentes a los patrones de consumo de alcohol y a aspectos sociales, laborales y médicos asociados al exceso de bebida. También incluye los intentos de abandono del hábito y los tratamientos recibidos. Es uno de los cuestionarios más validados y en estudios efectuados en los Estados Unidos ha mostrado buenos niveles de sensibilidad (84-100 %) y especificidad (87-95 %)^{28,32,33}, pero es un instrumento demasiado lento (su aplicación dura unos 20 minutos) para ser utilizado como método de cribado en la asistencia primaria. Para facilitar su aplicación en ámbitos extrahospitalarios se ha elaborado posteriormente un Brief Mast (BMAST)³⁴. Las validaciones del cuestionario MAST efectuadas en Europa han dado niveles de validez más bajos que en los Estados Unidos. En general se considera que no es útil para la detección del consumo excesivo de alcohol en los países de la cultura del vino.

En España, Rodríguez Martos y Díez Manrique han efectuado validaciones del cuestionario alemán (MALT) encontrando niveles de sensibilidad (80-81 %) y especificidad (82-100 %) bastante buenos^{35,36}. Estos autores han propuesto este cuestionario como instrumento de detección de los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol en

TABLA 3

Cuestionario MALT

MALT-S

1. Últimamente me tiemblan a menudo las manos
2. A temporadas tengo náuseas y ganas de vomitar, especialmente por las mañanas
3. Alguna vez he intentado calmar con alcohol la resaca, los temblores o las náuseas matutinas
4. Actualmente me siento amargado por mis problemas y dificultades
5. No es extraño que tome alcohol antes de desayunar o de comer
6. Después de las primeras copas de una bebida alcohólica tengo unas ganas irresistibles de seguir bebiendo
7. Frecuentemente pienso en el alcohol
8. A veces he tomado alcohol, a pesar de que me lo ha prohibido el médico
9. Cuando bebo más como menos
10. En el trabajo me han llamado la atención por mi consumo de alcohol, y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado el día anterior
- 11a. Últimamente prefiero beber solo, sin que me vean
- 11b. Bebo de un trago, más rápido que los demás
12. Desde que bebo más estoy menos activo
13. A menudo tengo remordimientos después de haber bebido
14. He ensayado sistemas para beber menos (p.ej., no beber antes de una hora determinada)
15. Creo que debería limitar la cantidad que bebo
16. Sin alcohol tendría menos problemas
17. Cuando estoy excitado bebo para calmarme
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida
19. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y pienso que no
20. Las demás personas no pueden comprender por qué bebo
21. Si no bebiera me comportaría mejor con mi pareja
22. Ya he probado de pasar temporadas sin beber
23. Si no bebiera estaría contento conmigo mismo
24. Repetidamente me han hecho notar que mi aliento huele a alcohol
25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo
26. A veces, al levantarme al día siguiente de un día de haber bebido mucho no me acuerdo en absoluto de las cosas que ocurrieron la noche anterior incluso sin haberme embriagado

MALT-O

1. Enfermedad hepática de origen alcohólico seguro o verosímil
2. Polineuropatía (si se han excluido las causas conocidas, diabetes o intoxicaciones crónicas)
3. Delirium tremens (actual o en el pasado)
4. Consumo de más de 150 ml de alcohol puro (en las mujeres 120 ml) al menos durante un mes
5. Consumo de más de 300 ml de alcohol puro (en las mujeres 240 ml) una o más veces al mes
6. Fetor alcohólico en el momento de la visita
7. Los familiares han solicitado al menos una vez consejo en relación al problema alcohólico del paciente (a médicos, asistente social o instituciones pertinentes)

Cada respuesta afirmativa en el MALT-S (parte autoadministrada) vale 1 punto y en el MALT-O (parte que hace el médico) vale 5 puntos. Una puntuación inferior a 6 descarta un SDA, una puntuación superior a 11 permite un diagnóstico de seguridad. Una puntuación entre 6 y 11 hace sospechar un SDA

el ámbito clínico, aunque propiamente es un instrumento de diagnóstico de la dependencia al alcohol. Incluye una parte autoadministrada y una heteroadministrada (tabla 3). Su mejor ámbito de utilización es en la práctica clínica para el diagnóstico de los alcohólicos que acuden a una consulta especializada.

El cuestionario más utilizado para la detección del consumo excesivo de alcohol en la asistencia primaria es el CAG E tanto en los Estados Unidos como en España³⁰. Es un test muy corto de sólo cuatro preguntas (tabla 4) que en algunas validaciones ha proporcionado buenos niveles de sensibilidad (85-89 %) y especificidad (79-95 %)³⁷⁻³⁹, si bien en otras se han encontrado sensibilidades más bajas, del 49 al 68 %⁴⁰. Este test, igual que el MALT, ha sido traducido al castellano y validado para la población española. A pesar de su simplicidad los niveles de sensibilidad y especificidad del test son aceptables. A un punto de corte de 2 respuestas afirmativas, el 75 % de los consumidores excesivos de alcohol y el

TABLA 4

Cuestionario CAGE

1. ¿Ha tenido en alguna ocasión la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez que la gente le criticara su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido culpable alguna vez por su hábito de beber?
4. ¿Alguna vez le ha ocurrido que la primera cosa que ha hecho por la mañana ha sido tomar una copa para calmar los nervios?

96 % de los no consumidores son identificados correctamente por el test⁴¹. Se considera el instrumento ideal para el cribado del consumo excesivo de alcohol en el ámbito clínico extrahospitalario.

Otros cuestionarios como el Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) o el Alcohol Problems Questionnaire (APS) son de escasa utilidad fuera de las consultas especializadas¹².

Marcadores bioquímicos. Un tercer método utilizado para el cribado del consumo excesivo de alcohol son los marcadores bioquímicos. El consumo crónico de alcohol se asocia con frecuencia a elevaciones de la gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) y del volumen corpuscular medio de los eritrocitos (VCM).

La validez de estos marcadores es relativamente baja⁴⁰. La sensibilidad del mejor de ellos, la GGT, ha llegado en algunos estudios al 60 %³⁹ pero en la mayoría ha sido inferior, entre el 30 y el 50 %^{24,37,43}. La especificidad de este marcador también es baja, del 50 al 87 %^{37,39,44-48} en los estudios publicados, porque puede estar elevado en caso de exposición a ciertos contaminantes industriales, consumo de fármacos con capacidad de inducción enzimática, traumatismos, diabetes y enfermedades cardíacas o renales^{48,49}. La sensibilidad del otro marcador, el volumen corpuscular medio (macrocitosis sin anemia) es más bajo, del orden del 22 al 43 % en los estudios publicados, si bien su especificidad es bastante elevada, 94-96 %^{44,50,51}. Combinando los dos marcadores y efectuando un sofisticado análisis estadístico, se incrementa la sensibilidad, llegando a niveles del 63-75 %, pero a costa de disminuir la especificidad^{44,52}. Si, además, se combinan estos resultados con los del interrogatorio o del test de CAGE, se puede predecir el consumo excesivo de alcohol con mayor exactitud, pero esta técnica está fuera del alcance del médico práctico^{40,53,54}.

Las transaminasas pueden estar elevadas en los consumidores crónicos de alcohol pero no se han utilizado para la detección por su baja especificidad. Pueden utilizarse en la fase de diagnóstico. Un cociente GOT/GPT superior a 1,5 sugiere etiología alcohólica².

Examen físico. Algunas alteraciones faciales, como enrojecimiento de la piel de la cara y las conjuntivas, o el temblor fino de la boca y de las manos permiten identificar algunos bebedores excesivos. Otros cambios cutáneos, como eritema palmar, telangiectasias faciales y en el escote, arañas vasculares en el territorio de la vena cava superior, e hipertrofia parotídea, son propios de enfermedades hepáticas avanzadas a menudo, aunque no siempre, de etiología alcohólica². La presencia de cicatrices de accidentes laborales o de heridas debe obligar a investigar con meticulosidad la existencia de un hábito alcohólico^{2,3}.

Alcoholuria. El examen con cromatografía de gases permite identificar la presencia de alcohol en la orina de las personas que han consumido alcohol en las horas precedentes. No es un buen método para identificar consumidores excesivos, pero sí lo es para la monitorización del cumplimiento de la abstinencia en personas en tratamiento⁵⁵.

Efectividad de la detección precoz

Existe acuerdo general en que la detección y el tratamiento tempranos del consumo excesivo de alcohol son muy importantes para prevenir las consecuencias somáticas de la intoxicación aguda o del abuso crónico por esta sustancia. No obstante, las evidencias científicas de que la intervención precoz en los individuos asintomáticos sea beneficiosa son todavía escasas. Más concretamente, no se ha demostrado todavía mediante estudios controlados que la detección precoz del consumo excesivo de alcohol mediante el cribado de la población general produzca mejores resultados que el tratamiento convencional después de que se hayan manifestado signos o síntomas de enfermedad^{56,57}. Lo que sí parece demostrada es la eficacia del consejo médico una vez se han detectado precozmente los bebedores excesivos mediante procedimientos de cribado o se han hecho aparentes signos o síntomas de consumo excesivo de alcohol.

Los resultados de algunos trabajos recientes son prometedores. Un estudio controlado ha demostrado que la identificación de bebedores excesivos, seguida del consejo médico y la investigación periódica de la GGT puede reducir la tasa de bajas laborales, hospitalizaciones e incluso la mortalidad, debidas al abuso de alcohol⁵⁸⁻⁶⁰. Otro estudio controlado ha demostrado que los bebedores ingresados en un hospital que recibieron consejo de personal de enfermería especializado consumían al cabo de 12 meses de la intervención menos alcohol que los sujetos control⁶¹. También se ha podido demostrar que la intervención precoz contra el consumo excesivo de alcohol durante el embarazo es eficaz en la reducción de las complicaciones fetales⁶¹⁻⁶³. Por último, un reciente ensayo controlado efectuado en Inglaterra ha demostrado que el consejo médico reduce el consumo de alcohol en los consumidores excesivos detectados mediante el test de CAGE⁶⁴. En este estudio el consejo de los médicos generales redujo de forma estadísticamente significativa la cantidad de alcohol consumido y la prevalencia de consumidores excesivos en el grupo que recibió consejo médico repetido y un folleto explicativo, en comparación con el grupo control. Se produjo también una reducción estadísticamente significativa en los valores promedios de GGT. Es de destacar que la reducción en el consumo y en los valores medios de la enzima se incrementaba al aumentar el número de sesiones de consejo médico recibidas. La repetición del consejo aumentaría, pues, su efectividad.

Un punto que merece especial atención en relación con la efectividad de la intervención es el del mensaje a impartir durante el consejo médico¹¹. En el caso de los fumadores nadie discute que el mensaje que se debe dirigir a los no fumadores es que no se inicien en el hábito ya los fumadores que lo abandonen cuanto antes. Pero en el caso del alcohol las cosas no son tan fáciles. Por un lado los consumos moderados no parecen ser peligrosos para la salud (excepto durante el trabajo, al conducir vehículos de motor, o en las mujeres en edad fértil embarazadas). Algunos estudios epidemiológicos incluso han encontrado un cierto efecto protector del consumo moderado de alcohol sobre la enfermedad cardíaca coronaria, aunque para algunos autores en estos estudios existirían importantes deficiencias metodológicas^{12,65}. Por último, en los países vitivinícolas, gran parte de la población consume vino en las comidas como un alimento más. En estos países parece muy difícil que un mensaje educativo que promueva la abstinencia total de alcohol pueda ser comprendido y aceptado por la población. Por todo ello, la mayoría de servicios de salud han adaptado una postura ecléctica al diseñar los mensajes informativos sobre el consumo de alcohol a dirigir a la población sana, es decir, la que no presenta TRA ni SDA ni es bebedora excesiva: abstinencia total en ciertas circunstancias (horario de trabajo, conducción de vehículos a motor, infancia, embarazo o

posibilidad de que ocurra el embarazo) y moderación del consumo en las demás circunstancias¹¹. ¿Pero cuál es este nivel de consumo moderado, sin peligro para la salud? El «Report of The Royal College of Psychiatrists of London» de 1979 recomendó no consumir más de 4 cervezas gigantes, 4 whiskys dobles o una botella de vino (750 ml) al día. Estos valores parecen claramente excesivos si se considera que niveles de consumo de 80 g de alcohol absoluto/día en los varones y de 40 g/día en las mujeres ya pueden ocasionar afección hepática. El «Health Education Council» ha sido mucho más restrictivo en sus mensajes, recomendando a los ingleses que no beban más de 2 o 3 whiskys dobles o 2 o 3 cervezas gigantes, dos o tres veces a la semana^{66,67}.

En los bebedores excesivos detectados durante la práctica asistencial que no presentan TRA ni SDA el mensaje probablemente tendrá que ser el mismo: reducción del consumo hasta cantidades que no sean peligrosas para la salud⁶⁸. En los bebedores excesivos con TRA o SDA, en cambio, el mensaje del consejo médico debe ir dirigido a conseguir la abstinencia total. Los pacientes con SDA deberán someterse a tratamiento con interdictores con el fin de ayudarles a vencer su adicción o incluso ser remitidos a un centro especializado para que sean sometidos a desintoxicación o deshabituación.

La evidencia epidemiológica disponible es favorable a este mensaje de «abstinencia total» en los alcohólicos. Un reciente estudio de cohortes llevado a cabo en los Estados Unidos por Bullock et al⁶⁹ ha demostrado que los alcohólicos que lograron abandonar el hábito pero recayeron al poco tiempo tenían a los 11 años de seguimiento un riesgo de muerte 5 veces superior al de los que no recayeron. El riesgo en estos últimos era semejante al de los no alcohólicos.

En lo que concierne a los mensajes a impartir para la reducción del riesgo de accidente por consumo excesivo de alcohol los resultados del trabajo de Anda et al⁷⁰ son de gran interés. Estos autores en un estudio de cohortes llevado a cabo en los Estados Unidos con los datos del «Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow Up» han encontrado que el riesgo de muerte por accidente está en relación con el número total de bebidas consumidas habitualmente en las ocasiones en que se bebe y no lo está con la frecuencia del consumo. Las personas que consumían de promedio cinco o más bebidas por ocasión tenían un riesgo doble (RR = 1,9) de morir por accidente que los no bebedores o los que consumían menor número de bebidas en cada ocasión. Encontraron, además, una relación dosis-respuesta, aumentando el riesgo al aumentar el número de bebidas consumidas por ocasión (con 9 bebidas el riesgo relativo se incrementaba hasta un 3,3).

Parece claro que la reducción del número de bebidas consumidas cuando se bebe de forma ocasional puede contribuir a reducir el riesgo de muerte por accidente. Es indudable que el consejo del médico durante la práctica asistencial tiene un importante potencial preventivo en este campo⁷¹.

En definitiva, de los estudios epidemiológicos analizados parece clara la necesidad de que los clínicos estén alerta para detectar un consumo excesivo de alcohol en sus pacientes, en cuyo caso deberán aconsejarles que reduzcan el consumo, tanto en los casos de consumo excesivo continuado como ocasional⁷²⁻⁷⁶. En los consumidores excesivos con TRA o SDA el consejo ha de ser la supresión absoluta del alcohol¹⁶⁹. En los niños y mujeres gestantes el consejo ha de ser también la supresión absoluta del consumo⁷⁷⁻⁷⁹.

Discusión

Los esfuerzos de los médicos clínicos para detectar de forma precoz entre sus pacientes aparentemente sanos a los que son consumidores excesivos de alcohol adolecen de dos di-

ficultades principales. Por un lado, la sensibilidad y la especificidad de las técnicas de cribado no son muy elevadas y algunas de ellas como los test bioquímicos sólo proporcionan evidencia del consumo reciente de alcohol. Por otro, todavía no se ha demostrado de forma concluyente que el consejo médico o el tratamiento en caso de detección precoz sea más efectivo que el tratamiento cuando se diagnostica al paciente por la presencia de signos y síntomas aunque algunas investigaciones recientes sobre la eficacia del consejo médico son prometedoras.

A pesar de ello hoy día hay acuerdo general sobre la conveniencia de que el médico clínico participe activamente en la detección precoz de los bebedores excesivos entre los pacientes a su cargo, aconsejándoles firmemente que reduzcan (adultos) o abandonen (adolescentes, embarazadas) el consumo de alcohol y los remitan, en caso necesario, a los centros especializados para que sean adecuadamente tratados. Aunque los instrumentos de cribado y las técnicas de intervención precoz no fueran muy efectivas, la magnitud de los problemas causados por el consumo excesivo de alcohol justifican ampliamente su implementación en especial en el caso de los jóvenes (grave riesgo de accidentes de tráfico) y en las mujeres embarazadas (grave riesgo para el feto).

El «National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism»⁴¹ de los Estados Unidos recomienda que los médicos clínicos interroguen de forma rutinaria a todos sus pacientes mediante una pregunta neutral sobre su consumo de alcohol y apliquen el test de CAGE a los sospechosos. En la misma línea se pronuncia la «American Medical Association» (AMA)⁷². Ambas instituciones recomiendan que los pacientes sospechosos de consumo excesivo de alcohol sean sometidos a una evaluación posterior (pruebas de laboratorio, examen clínico) con el fin de confirmar el diagnóstico. Una vez establecido el diagnóstico el médico aconsejará firmemente a su paciente que reduzca el consumo hasta niveles moderados y en caso necesario lo remitirá a servicios especializados para su tratamiento.

La «American Academy of Pediatrics»⁷⁷ recomienda interrogar a todos los adolescentes sobre el consumo de alcohol al conducir vehículos a motor, aconsejando en su caso a ellos y a sus padres sobre la conveniencia de no beber si se han de conducir vehículos a motor y recomendando medidas alternativas de transporte para regresar a casa en las fiestas de juventud en las que se sirve alcohol.

El «U.S. Surgeon General»⁷⁸ y el «American College of Obstetricians and Gynecologists»⁷⁹ recomiendan que los tocólogos aconsejen la abstinencia absoluta a sus pacientes embarazadas señalando que los niveles de seguridad de consumo de alcohol durante el embarazo no han sido establecidos.

Por último, la «U.S. Preventive Service Task Force»⁵⁶ recomienda a los médicos clínicos que interroguen a todos sus pacientes adultos y adolescentes sobre su consumo de alcohol, describiendo la cantidad, la frecuencia y las características del consumo. Recomienda el uso del cuestionario CAGE para detectar a los consumidores excesivos de alcohol. En cambio no recomienda los test bioquímicos como método primario de cribado reservando su uso para, junto con el examen físico, efectuar la evaluación posterior de los sospechosos y descartar a los falsos positivos. La «Task Force» recomienda que todas aquellas personas en las que se detecte un consumo excesivo de alcohol sean debidamente aconsejadas por su médico y remitidas en su caso a centros especializados para su tratamiento, en cuyo caso el médico práctico deberá hacer el correspondiente seguimiento. Todos los consumidores excesivos de alcohol deberán ser informados de los riesgos de enfermedad y accidente que comporta su estilo de vida, aconsejándoseles firmemente que limiten el consumo a un máximo de dos bebidas (vaso de cerveza, vaso de vino o copa de licor) al día. Las mujeres embarazadas y

los adolescentes deberán recibir especial atención, aconsejándoseles mayores limitaciones.

Recomendaciones

Es una responsabilidad de todo médico identificar entre sus pacientes asintomáticos a aquellos que tienen problemas relacionados con el alcohol, así como detectar a aquellos con un consumo excesivo antes de que aparezcan TRA o SDA, para tratar de modificar su comportamiento mediante el consejo médico y eventualmente remitirlos a algún centro especializado en caso de requerir tratamiento especial (tabla 5). La intervención del médico puede evitar, por una parte, la progresión de la dependencia alcohólica y, por otra, prevenir la morbilidad, mortalidad y disfunciones sociales y familiares causadas por el consumo excesivo de alcohol.

Identificación de bebedores excesivos

Todos los pacientes deberán ser interrogados en su primera visita sobre la cantidad de alcohol consumido y sobre la duración del consumo. La habilidad del médico en hacer las preguntas y un tono acogedor facilitarán la sinceridad en las respuestas del paciente, a pesar de que muchos tratan de ocultar o minimizar un consumo excesivo en su primer contacto con el médico. La aplicación del test de CAGE puede ser de mucha utilidad. El hallazgo de algunas de las enfermedades que se observan con mayor frecuencia en los alcohólicos hace recomendable una mayor incisividad en el interrogatorio. La exploración física también puede hacer descubrir algunas de las alteraciones mencionadas anteriormente, indicativas de un consumo excesivo. La determinación de GGT y de VCM deberían hacerse sólo en los pacientes en los que el interrogatorio o la respuesta positiva a dos preguntas del test CAGE haga sospechar la presencia de un consumo excesivo de alcohol.

Investigación de la existencia de TRA y de SDA

Cuando el paciente reconoce en el interrogatorio un consumo excesivo de alcohol o si se hallan elementos de sospecha en la exploración física o analítica, se debe intentar realizar un diagnóstico en la dimensión biaxial del alcoholismo teniendo en cuenta separadamente los TRA y el SDA, con objeto de determinar cuál es la estrategia terapéutica adecuada al caso, lo que presupone investigar sistemáticamente si existen alteraciones propias de la patología orgánica asociada al alcoholismo (tabla 1), especialmente hepática y del sistema nervioso, y aplicar los criterios expuestos en la tabla 2 para determinar si existe dependencia.

Intervención del médico de cabecera

El médico de cabecera debe hacer un seguimiento discreto, pero constante, del cumplimiento del consejo de reducción del consumo en los bebedores excesivos o de la abstinencia en sus pacientes diagnosticados de TRA o de SDA, mediante visitas periódicas, fichas de autorregistro del consumo de bebidas alcohólicas y especialmente el control de los marcadores bioquímicos de ingesta alcohólica, como GGT y VCM, y eventualmente de la alcoholuria⁵⁴. La abstinencia se acom-

paña rápidamente de una reducción de los valores de GGT y del VCM, que se normalizan en 6-8 semanas, pero vuelven a elevarse si se reemprende el consumo.

La sospecha de una recaída exige la adopción de medidas para conseguir nuevamente el cumplimiento de la abstinencia, y especialmente la investigación de factores que la hayan facilitado. En los pacientes abstinentes y estabilizados el médico nunca debe alentar el consumo ocasional de alcohol, hecho que favorece las recaídas.

En líneas generales el médico de cabecera debe adoptar en los pacientes alcohólicos una actitud similar a la que mantiene frente a la mayoría de enfermedades crónicas recidivantes, estimulando al paciente para que cumpla las prescripciones y siga los controles periódicos que precise. Las recaídas no deben considerarse fracasos personales, sino que han de entenderse como crisis esperables que exigen una intervención inmediata y enérgica, y nunca han de inducir un nihilismo terapéutico.

Empleo de interdictores

Los fármacos interdictores, como el disulfiram y la cianamida cálcica, constituyen un instrumento terapéutico eficaz para ayudar a mantener la abstinencia cuando se usan convenientemente, pero no están desprovistos de efectos secundarios⁴⁹. A pesar de que es más aconsejable que sean los especialistas quienes hagan la indicación de estos fármacos y elaboren el plan a seguir, el médico de cabecera los puede prescribir si se dan las siguientes circunstancias: que el paciente esté desintoxicado, que desee mantenerse apartado de las bebidas alcohólicas, que esté plenamente informado de los posibles efectos de la medicación cuando se toma alcohol y que no exista ninguna contraindicación para su empleo. Nunca debe estimularse a miembros de la familia para que los administren de modo subrepticio en pacientes que continúan bebiendo. Esta práctica es desaconsejada tanto por los riesgos de toxicidad como por razones deontológicas.

Consejos a las familias

La atención a los familiares de un paciente alcohólico es a menudo una tarea difícil, aunque necesaria, especialmente en los casos en que el paciente no desea ser tratado. El médico de cabecera debe manifestar su comprensión y debe aportar su ayuda, dirigiendo a la familia a centros especializados donde suelen existir servicios de acogida que pueden canalizar las peticiones de ayuda. Es habitual que algunos pacientes puedan ser convencidos después de recibir una información adecuada. La estrategia más útil consiste en abordar al paciente por la mañana, antes de que haya bebido demasiado, con una actitud no agresiva, planteándole la necesidad de que lo visite un médico porque está enfermo.

TABLA 5

Criterios para solicitar consulta especializada

Presencia de patología psiquiátrica asociada Antecedentes de tentativas de desintoxicación fracasadas Patología familiar importante Ausencia de soporte sociofamiliar Alcoholomanía (dependencia psicológica) muy intensa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. West LJ, Maxwell DS, Noble EP. Alcoholism. *Ann Intern Med* 1984; 100: 405-416.
2. Rodés J, Urbano-Márquez A, Bach L. Alcohol y enfermedad. Barcelona: JR Prous Editores, 1990.
3. Bach L, Gual A, Cirera E, Ballús C. Alcoholismo en el Hospital General. *Rev Psiquiatr Psicol Med Europa Am Lat* 1987; 4: 215-229.
4. Gual A, Martínez M. Abordaje terapéutico de la dependencia alcohólica. Acogida, primera visita, desintoxicación y deshabitación. En: Rodés J, Urbano A, Bach L, editores. Alcohol y Enfermedad. Barcelona: Prous Editores, 1990; 105-118.
5. World Health Organization. Problems related to alcohol consumption. Technical Reports, Series n.º 650. Ginebra, 1980.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3.ª ed. revised. Washington DC, 1987.
7. Salaspuro M. Epidemiological aspects of alcohol and alcoholic liver diseases, ethanol metabolism and pathogenesis of alcoholic liver injury. En: McIntyre N, Benhaman Bircher J, Rizzeto M, Podés J, editores. Oxford Textbook of Clinical Pathology. Oxford: Oxford University Press, 1991; 771-780.
8. Sorensen TIA. Alcohol and liver injury: dose related or permission effect. *Br J Addict* 1989; 84: 581-589.
9. Rankin JC, Ashley MJ. Alcohol-Related Health Problems and their Prevention. En: Last JM, editor. Maxcy-Rosenau's. Public Health and Preventive Medicine, 12.ª ed. Norwalk: Appleton-Century-Croft, 1986.
10. Moore RD, Bone LR, Geller G, Mamon JA. Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA* 1989; 261: 403-407.
11. Salleras L, Bach L. Alcohol y Salud. En: Piédrola Gil G, Domínguez Carmona M, Rey Calero J, Cortina Creus P, et al. editores. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10.ª ed. Barcelona: Salvat-Toray, 1992; 1.278-1.293.
12. Regan TJ. Alcohol and the Cardiovascular system. *JAMA* 1990; 264: 377-381.
13. Aasland OG, Bruusgaard D, Rutie O. Alcohol problems in general practice. *Br J Addiction* 1987; 82: 197-201.
14. Warren KR, Bast RJ. Alcohol-related birth defects: an update. *Publ Health Rep* 1988; 103: 638-642.
15. Council of Scientific Affairs. Alcohol and the driver. *JAMA* 1986; 255: 522-527.
16. Parés A, Caballería J, Rodamilans M. Consumo de alcohol y accidentes en Barcelona. Estudio epidemiológico. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 759-762.
17. Salleras L. Alcohol y accidentes. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 775-778.
18. Rice DP, Kelman S, Miller LS. Estimates of Economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness 1985 and 1988. *Public Health Rep* 1991; 106: 281-292.
19. Anderson P. Managing alcohol problems in general practice. *Br Med J* 1985; 290: 1.873-1.875.
20. Roche A, Guray C, Saunders J. General practitioner's experience of patients with drug and alcohol problems. *Br J Addiction* 1991; 86: 263-275.
21. Sobell LC, Sobell MB. Outpatient alcoholics give valid self-reports. *J Nerv Mental Dis* 1975; 161: 32-42.
22. Dean JL, Poremba GA. The alcoholic stigma and the disease concept. *Int J Addict* 1983; 18: 739-751.
23. Cyr MG, Wartman SA. The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. *JAMA* 1988; 259: 51-54.
24. Persson J, Magnusson PH. Comparison between different methods of detecting patients with excessive consumption of alcohol. *Acta Med Scand* 1988; 223: 101-109.
25. Babor TF, Stephens RS, Mariatt GA. Verbal report methods in clinical research on alcoholism: response bias and its minimization. *J Stud Alcohol* 1987; 48: 410-424.
26. Beresford T, Blow FC, Brower KJ, Singer K. Screening for alcoholism. *Prev Med* 1988; 17: 653-663.
27. Allen JP, Eckardt MJ, Wallen J. Screening for alcoholism: Techniques and Issues. *Pub Health Rep* 1988; 103: 586-592.
28. Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatr* 1971; 127: 1.653-1.658.
29. Hurt RD, Morse RM, Swenson WM. Diagnosis of alcoholism with a self administered alcoholism screening test: results with 1002 consecutive patients receiving general examination. *Mayo Clin Proc* 1980; 55: 365-370.
30. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1.905-1.907.
31. Feuerlein W, Ringer CH, Kufner KA. Diagnose des alkoholismus: der münchener alkoholismus test. *Munch Med Wochenschr* 1977; 119: 1.275-1.282.
32. Brady JP, Foulkes ET, Childress AR. The Michigan Alcoholism Screening test as a survey instrument. *J Op Psychiatr* 1982; 13: 27-31.
33. Moore RA. The diagnosis of alcoholism in a psychiatric hospital: a trial of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). *Am J Psychiatr* 1972; 128: 1.565-1.569.
34. Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatr* 1972; 128: 1.565-1.569.
35. Rodríguez Martos A, Suárez R. MALT, Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología médica* 1984; 16: 421-432.
36. Díez Manrique JF, Menéndez Arango J, Lequerica J, Peña C, et al. Validación de un instrumento de despistaje de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol (MALT). *An Psiquiatr* 1986; 2: 134-140.
37. Bernadt MW, Mumford J, Taylor C. Comparison between questionnaire and laboratory test in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet* 1982; 1: 325-328.
38. King M. A trisk drinking among general practice attenders: Validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med* 1986; 16: 213-217.
39. Bush B, Shaw S, Cleary P. Screening of alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *Am J Med* 1987; 82: 231-235.
40. Hays JT, Spickard WA. Alcoholism: Early diagnosis and intervention. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 240-247.
41. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Screening for Alcoholism in primary care setting. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, 1987.
42. Bissell L. Diagnosis and recognition. En: Gitlow SE, Peyser HS, editores. Alcoholism, a practical treatment guide. Filadelfia: Grune and Stratton, 1988; 19-35.
43. Cushman P, Jacobson G, Barboriak JJ. Biochemical markers for alcoholism: sensitivity problems. *Alcohol. Clin Exp Res* 1984; 8: 253-257.
44. Chick J, Kreitman N, Plant M. Mean cell volume and gamma-glutamyl transpeptidase as markers of drinking in working men. *Lancet* 1981; 1: 1.249-1.251.
45. Robinson D, Honk G, Bayley A. The relation ship between serum gammaglutamyl transpeptidase level and reported alcohol consumption in healthy men. *J Stud Alcohol* 1979; 40: 897-901.
46. Reyes E, Miller WR. Serum gamma-glutamyl transpeptidase as a diagnostic aid in problem drinkers. *Addict Behav* 1980; 5: 59-65.
47. Clark PMS, Kricka LJ. Biochemical test for alcohol abuse. *Br J Alcohol and alcoholism* 1986; 16: 11-26.
48. Salaspuro M. Use of enzymes for the diagnosis of alcohol-related organ damage. *Enzyme* 1987; 37: 87-107.
49. Bruguera M, Parés D, Heredia D, Rodés J. Cyanamide hepatotoxicity. Incidence and clinico-pathological features. *Liver* 1987; 7: 216-222.
50. Lindenbaum J, Lieber CS. Hematologic effects of alcohol in man in the absence of nutritional deficiency. *N Engl J Med* 1969; 281: 333-338.
51. Baxter S, Fink R, Leader AR. Laboratory tests for excessive alcohol consumption evaluated in general practice. *Br J Alcohol Alcoholism* 1985; 15: 164-166.
52. Papoz L, Warnet JM, Pequignot G. Alcohol consumption in a healthy population. *J Am Med Assoc* 1981; 245: 1.748-1.751.
53. Bernadt MW, Mumford J, Murray RM. A discriminant-function analysis of screening tests for excessive drinking and alcoholism. *J Stud Alcohol* 1984; 45: 81-86.
54. Babor TF, Kranzler HR, Lauerman RJ. Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory and self-report screening procedures. *Addict Behav* 1989; 14: 139-157.
55. Caballería J, Torres M, Camps J, Parés A, Reixach M, Rodés J. Urine ethanol assessment: a helpful method for controlling abstinence in alcoholic liver disease. *Alcohol and Alcoholism* 1988; 23: 403-407.
56. US Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services. An Assessment of the Effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
57. Carbonetto CAP, Battista RN, Haggerty J. Early detection and counselling of problem drinkers. En: Goldbloom RB, Lawrence RS, editores. Preventing Disease. Beyond the Rethoric. Nueva York: Springer-Verlag, 1990; 8491.
58. Kristenson H, Trelle E, Hood B. Serum glutamyl-transferase in screening and continuous control of heavy drinking in middle-aged men. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 862-872.
59. Kristenson H, Ohlin H, Hulten-Nossin M. Identification and intervention of heavy drinkers in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. *J Alcohol Clin Exp Res* 1983; 203-209.
60. Kristenson H. Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers. *Recent Dev Alcohol* 1987; 5: 403-423.
61. Chick J, Lloyd G, Crombie E. Counseling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *Br Med J* 1985; 290: 965-967.
62. Rosett HL, Weiner L, Edelin KC. Treatment experience with pregnant problem drinkers. *JAMA* 1983; 249: 2.029-2.033.
63. Allen CD, Ries CP. Smoking alcohol and dietary practices during pregnancy: comparison before and after prenatal education. *J Am Diet Assoc* 1985; 85: 605-606.
64. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomized controlled trial of general practitioners interventions in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988; 297: 663-668.
65. Manson JE, Tosteson H, Ridker P, Satterfield S. The primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 326: 1.406-1.416.
66. Smith P. Preventing alcohol problems: a job for canute? *Br Med J* 1981; 283: 972-975.
67. Smith R. Alcohol and Alcoholism: The relation between consumption and damage. *Br Med J* 1981; 283: 895-898.
68. Anderson P, Cremona A, Wallace P. What are safe levels of alcohol consumption? *Br Med J* 1984; 289: 1.657-1.658.
69. Bullock KD, Reed RJ, Grant I. Reduced mortality risk in alcoholics who achieve long-term abstinence. *JAMA* 1992; 267: 668-672.
70. Anda RF, Williamson DF, Remington PL. Alcohol and fatal injuries among US adults. Findings from the NHANES I epidemiologic follow-up study. *JAMA* 1988; 260: 2.529-2.532.

71. Waller JR. Physician's role in preventing alcohol-related injuries. JAMA 1988; 260: 2.561-2.562.
72. American Medical Association. Council on Scientific Affairs. Guidelines for alcoholism diagnosis, treatment and referral. Chicago, Ill: American Medical Association, 1979.
73. American Medical Association. Drug abuse in the United States: a policy report. Report of the Board of Trustees. Chicago, Ill: American Medical Association, 1988.
74. Wallen J, Noble JA. Alcoholism treatment in general hospitals. J Stud Alcohol 1989; 50: 301-305.
75. Stockwell T, Bolt E, Hooper J. Detoxification from alcohol at home managed by the general practitioners. Br Med J 1984; 292: 733-735.
76. Nathan PE. Alcohol Dependency Prevention and Early intervention. Publ Health Rep 1988; 103: 683-689.
77. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Alcohol use and abuse: a pediatric concern. Pediatrics 1987; 79: 450-453.
78. Surgeon General's Advisory on alcohol and pregnancy. FDA Drug Bulletin 1981; 11: 9-10.
79. American College of Obstetricians and Gynecologists. Alcohol and pregnancy. Committee on Obstetrics: Maternal and Fetal Medicine. Committee Opinion N.º 58. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1987.