

Consumo de riesgo y trastorno por consumo de alcohol detectados en atención primaria de Vigo

Risky alcohol consumption and alcohol disorder detected in Primary Care in Vigo

Ester Vecillas López¹, María Nuñez Roa², María Fernández García³, Irene Valle González⁴, Julia Bóveda Fontán⁵, Andrés Barreiro Prieto⁶, Ana Clavería Fontán⁷, Sara Rodríguez Pastoriza⁸, Macarena Chacón Docampo⁹

¹ Ester Vecillas López: Médico de familia. Centro de Salud Sárdoma. Área Sanitaria de Vigo. esthervecillas@gmail.com

² María Nuñez Roa: Médico de familia. Centro de Salud Mos. Área Sanitaria de Vigo. maria.nunez.roa@sergas.es

³ María Fernández García: Médico de familia. Centro de Salud Teis. Área Sanitaria de Vigo. maria.fernandez.garcia@sergas.es

⁴ Irene Valle González: Médico de familia. Centro de Salud Mos. Área Sanitaria de Vigo. irene.valle.gonzalez@sergas.es

⁵ Julia Bóveda Fontán: Médico de familia. Centro de Salud Sárdoma. Área Sanitaria de Vigo. julia.boveda.fontan@sergas.es

⁶ Andrés Barreiro Prieto: Médico de familia. Centro de Salud Teis. Área Sanitaria de Vigo. andres.barreiro.prieto@sergas.es

⁷ Ana Clavería Fontán: Grupo I-Saúde. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Área Sanitaria de Vigo. ana.m.claveria.fontan@sergas.es

⁸ Sara Rodríguez Pastoriza: Grupo I-Saúde. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Área Sanitaria de Vigo. sararp200@gmail.com

⁹ Macarena Chacón Docampo: Grupo I-Saúde. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Área Sanitaria de Vigo. macarena.chacon.docampo@sergas.es

Autora para correspondencia: Ester Vecillas López. Email: esthervecillas@gmail.com

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia de pacientes con consumo de riesgo y trastorno por consumo de alcohol en la población de tres centros de Atención Primaria.

Método: Estudio transversal descriptivo. Emplazamiento: Centros de Salud de Mos, Teis y Sárdoma. Muestreo aleatorio de pacientes, entre 35 y 65 años, que acuden a la consulta de atención primaria, obteniendo una n=188. Se realizó una entrevista dirigida, en la que se recogieron las variables principales (consumo de alcohol y cuantificación del mismo) y otros datos de interés con el objetivo de relacionarlos con las mismas. Se realizó un análisis descriptivo de las variables consideradas y un análisis bivariante por sexo, consumo de riesgo de alcohol y abstinencia.

Resultados: En el análisis descriptivo se reflejó que el porcentaje de abstemios es inferior al de no abstemios. En el análisis bivariante en función del sexo se concluyó que existen diferencias significativas de la variable UBE/día entre hombres y mujeres. En el análisis bivariante según el consumo de riesgo de alcohol existen diferencias significativas de UBE/día entre los pacientes con consumo de riesgo y los que no. En el análisis bivariante de las variables de interés por abstinencia se concluyó que las variables sexo, AUDIT y UBE/día no son independientes de la variable abstinencia y existen diferencias significativas.

Conclusiones: El sexo femenino y tener estudios universitarios son factores protectores en relación al consumo de riesgo de alcohol. El riesgo de ser abstemio aumenta en 2,74 veces si la paciente es mujer.

Palabras clave: alcohol, consumo de riesgo, prevalencia, AUDIT.

Abstract

Objective: To know the prevalence of patients with risky consumption and alcohol use disorder in the population of three Primary Care centers.

Method: Descriptive cross-sectional study. Location: Mos, Teis and Sárdoma Health Centers. Random sampling of patients, between 35 and 65 years old, who attend primary care consultation, obtaining n=188. A directed interview was carried out, in which the main variables (alcohol consumption and its quantification) and other data of interest were collected with the aim of relating them to them. A descriptive analysis of the variables considered and a bivariate analysis by sex, risky alcohol consumption and abstinence were carried out.

Results: The descriptive analysis showed that the percentage of abstainers is lower than that of non-abstainers. In the bivariate analysis based on sex, it was concluded that there are significant differences in the UBE/day variable between men and women. In the bivariate analysis according to risky alcohol consumption, there are significant differences in UBE/day between patients with risky consumption and those without. In the bivariate analysis of the variables of interest due to abstinence, it was concluded that the variables sex, AUDIT and UBE/day are not independent of the abstinence variable and there are significant differences.

Conclusions: Female sex and having university studies are protective factors in relation to risky alcohol consumption. The risk of being abstainer increases by 2.74 times if the patient is a woman.

Keywords: alcohol, alcoholism, prevalence, AUDIT.

INTRODUCCIÓN

En España, el alcohol es responsable del 10% de la mortalidad total y el 27,7% de la mortalidad por accidentes de tráfico, con un aumento del riesgo y atribución de una parte significativa de la mortalidad y morbilidad prevenible [1]. Es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo en Galicia (90,3%) [3].

Existen dos criterios para determinar un consumo perjudicial o de riesgo de alcohol: la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), una prueba de diez preguntas elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las Unidades de Bebida Estándar (UBE), que equivalen a 10 gramos de alcohol. Se considera que una persona tiene un consumo de riesgo de alcohol si cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- En varones, AUDIT >7 puntos o consumo superior a 40 g/d (4 UBEs/día).
- En mujeres, AUDIT >5 puntos o consumo superior a 20-25 g/d (2-2.5 UBEs/día)[1].

Los médicos de familia son la puerta de entrada al sistema de salud y tienen la oportunidad de identificar a los pacientes con problemas de consumo de alcohol [4].

Para prevenir el consumo de alcohol y los daños relacionados con el mismo, se requieren acciones estructurales a largo plazo que involucren a diversas partes interesadas [5]. Por ello, y basándonos en las líneas en el ámbito de prevención de consumo de alcohol aprobado por la comisión de Salud Pública el 13 de abril de 2021 [5], creemos que nuestro papel como médico de atención primaria no es meramente clínico.

Pretendemos conocer la prevalencia de pacientes con consumo de riesgo de alcohol y analizar el grado de dependencia, para, en un futuro, poder implementar una intervención que fomente la educación de los pacientes y prevenga el consumo de riesgo de alcohol y todas sus consecuencias.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de pacientes con consumo de riesgo y trastorno por consumo de alcohol en la población de tres centros de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal descriptivo, mediante una encuesta realizada a pacientes de tres centros de salud del área sanitaria de Vigo (Sárdoma, Teis y Mos).

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, entre 35-65 años, que acudieron presencialmente a la consulta de atención primaria entre las fechas 01/06/2022 y 01/10/2022.

Criterios de exclusión: incapaces de consentir, o la negativa del paciente a participar en el estudio.

El día de inicio del reclutamiento fue escogido de forma aleatoria entre los días 1 y 30 del mes de junio. Posteriormente se realizó una entrevista dirigida a los dos primeros pacientes citados en la consulta.

Teniendo en cuenta que la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol del 5,1% en la población entre 15-64 años [1], y aceptando un riesgo alfa de 0.95 para una precisión de +/- 0.03 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.05, se precisó una muestra aleatoria poblacional de 188 sujetos, asumiendo que la población es de 1200 sujetos. Se ha estimado una tasa de reposición del 10%. (Calculadora de Tamaño muestral GRANMO, Versión 7.11 Marzo 2011). Se asume la misma prevalencia en población entre 15-64 años que en la de estudio (35-65 años).

Variables recogidas en el estudio (Anexo I):

1. Variables sociodemográficas y clínicas: centro de salud, edad, sexo, nivel de estudios, adicciones concomitantes, factores de riesgo cardiovascular, patología psiquiátrica, registro previo en la historia clínica electrónica.
2. Variables de consumo de alcohol: consumo de alcohol o abstinencia, UBE/día, UBE/semana, AUDIT, cuantificación consumo o riesgo por consumo, contraindicaciones por consumo, trastorno por consumo de alcohol (TCA).

La variable principal del estudio fue Cuantificación consumo, que se divide en 3 niveles: Riesgo Bajo, Consumo de Riesgo y TCA. También se consideró como principal la variable Abstinencia.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables consideradas. Se incluye un análisis bivariante por sexo, consumo de riesgo de alcohol y abstinencia.

El presente trabajo contó con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense (CEIC), con el siguiente código de registro: 2022/154. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS

Se revisó que ninguna de las variables cualitativas contenía valores fuera de los rangos establecidos y se analizaron aquellos pacientes que se encontraban fuera de los rangos habituales (valores atípicos). Se comprobó que estos registros eran reales y no fueron por tanto excluidos del estudio.

Se llevó a cabo el test de Shapiro Wilk para estudiar la normalidad de las variables cuantitativas (edad, UBE/día y UBE/semana). Para un nivel de significación α 0,05, se rechaza normalidad para las tres variables con un p valor de 0,000 en todos los casos.

A continuación, se llevó a cabo el análisis descriptivo, cuyos resultados podemos ver en Tabla 1.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables de interés.

	Total [#]	NA
N		188
Edad	52,00 (44,0-59,0)	
Sexo (mujer)		100 (53,2)
Estudios		
Sin estudio o ESO		75 (39,9)
Bachiller /COU		38 (20,2)
Formación básica (FP)		40 (21,3)
Universitarios		35 (18,6)
Centro de salud		
Sárdoma		62 (33,0)
Teis		63 (33,5)
Mos		63 (33,5)
Adicciones concomitantes (sí)		62 (33,0)
Factores de riesgo cardiovascular (sí)		77 (41,0)
Patología psiquiátrica (sí)		46 (24,5)
Contraindicaciones consumo (sí)		14 (7,4)
Trastorno por consumo de alcohol (sí)		3 (1,6)
Registro en historia clínica (sí)		10 (5,3)
AUDIT		
Bajo		169 (89,9)
Medio		18 (9,6)
Alto		1 (0,5)
Adicción		0 (0,0)
UBE/día	0,29 (0,0-1,0)	
Consumo de riesgo de alcohol		
No consumo de riesgo		165 (87,8)
Sí consumo de riesgo		20 (10,6)
Trastorno por consumo de alcohol		3 (1,6)
Abstinencia (sí)		51 (27,1)

[#]Los datos se expresan en mediana (P25-P75) para cuantitativas y en número (%) para cualitativas.

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables dependiendo del centro de salud (Anexo IV). Se refleja que en los tres centros el porcentaje de abstemios es inferior al porcentaje de no abstemios, siendo el centro de salud de Teis el de menor porcentaje de abstemios. A pesar de esto, si realizamos la prueba de la Ji cuadrado de las variables centro de salud y abstinencia obtenemos un p valor del 0,085, por lo que para los niveles de significación usuales y en particular para $\alpha < 0,05$ aceptamos la hipótesis de independencia entre ambas variables.

Además, se llevó a cabo un análisis bivalente en función del sexo, el cual podemos ver en la Tabla 2. Para las variables cuantitativas se llevó a cabo el t-test y para las cualitativas la prueba de la ji-cuadrado.

Tabla 2. Análisis bivariante de las variables de interés por sexo.

	Sexo [#]		p valor
	Hombre	Mujer	
N	88 (46,8)	100 (53,2)	
Edad	52,00 (44,0-59,0)	51,50 (44,0-58,0)	0,751
Nivel de estudios			0,013*
Sin estudios o ESO	51,1 (40,8; 61,4)	30,0 (21,7; 39,5)	
Bachiller/COU	12,5 (6,8; 20,6)	27,0 (19,0; 36,3)	
Formación básica (FP)	20,5 (13,1; 29,8)	22,0 (14,8; 30,8)	
Universitarios	15,9 (9,4; 24,6)	21,0 (13,9; 29,7)	
Centro de salud			0,499
Sárdoma	29,5 (20,8; 39,6)	36,0 (27,1; 45,7)	
Teis	37,5 (27,9; 47,9)	30,0 (21,7; 39,5)	
Mos	33,0 (23,8; 43,2)	34,0 (25,3; 43,6)	
Adicciones concomitantes (sí)	39,8 (30,0; 50,2)	27,0 (19,9; 36,3)	0,089
Factores de riesgo cardiovascular (sí)	50,0 (39,7; 60,3)	33,0 (24,4; 42,6)	0,027*
Patología psiquiátrica (sí)	13,6 (7,7; 21,9)	34,0 (25,3; 43,6)	0,002**
Contraindicaciones consumo (sí)	13,6 (7,7; 21,9)	2,0 (0,4; 6,3)	0,006**
Trastorno por consumo de alcohol (sí)	3,4 (1,0; 8,8)	0,0 (0,0; 0,0)	0,201
Registro en historia clínica (sí)	8,0 (3,6; 15,0)	3,0 (0,9; 7,8)	0,236
AUDIT			0,003**
Bajo	81,8 (72,8; 88,8)	97,0 (92,2; 99,1)	
Medio	17,0 (10,3; 25,9)	3,0 (0,9; 7,8)	
Alto	1,1 (0,1; 5,2)	0,0 (0,0; 0,0)	
Adicción	0,0 (0,0; 0,0)	0,0 (0,0; 0,0)	
UBE/día	0,57 (0,1-2,0)	0,14 (0,0-0,6)	0,000***
Consumo de riesgo de alcohol			0,000***
No consumo de riesgo	76,1 (66,5; 84,1)	98,0 (93,7; 99,6)	
Sí consumo de riesgo	20,5 (13,1; 29,8)	2,0 (0,4; 6,3)	
Trastorno por consumo de alcohol	3,4 (1,0; 8,8)	0,0 (0,0; 0,0)	
Abstinencia (sí)	17,0 (10,3; 25,9)	36,0 (27,1; 45,7)	0,006**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

[#]Los datos se expresan en mediana (P25-P75) para cuantitativas y en porcentaje (IC 95 %) para cualitativas.

A la vista de los p valores concluimos que existen diferencias significativas de la variable UBE/día entre hombres y mujeres. Además, para las variables cualitativas, concluimos que se rechaza la hipótesis de independencia entre el nivel de estudios y el sexo, el factor de riesgo cardiovascular y el sexo, la patología psiquiátrica y el sexo, las contraindicaciones por consumo y el sexo, la abstinencia y el sexo, el AUDIT y el sexo y consumo de riesgo de alcohol y el sexo.

Por otro lado, también se realizó un análisis bivariante según la variable consumo de riesgo de alcohol recodificada en binaria, de manera que "No consumo de riesgo" serán no riesgo y "Sí consumo de riesgo" o "TCA" serán sí riesgo.

Tabla 3. Análisis bivariante de las variables de interés por consumo de riesgo de alcohol.

	Consumo de riesgo de alcohol#		p valor
	No	Sí	
N	165 (87,8)	23 (12,2)	
Edad	51,0 (44,0-59,0)	54,0 (45,0-59,5)	0,438
Sexo (mujer)	59,4 (51,8; 66,7)	8,7 (1,9; 25,1)	0,000***
Nivel de estudios			0,004**
Sin estudios o ESO	35,2 (28,2; 42,6)	73,9 (53,9; 88,3)	
Bachiller/COU	21,2 (15,5; 27,9)	13,0 (3,8; 30,9)	
Formación básica (FP)	23,0 (17,1; 29,9)	8,7 (1,9; 25,1)	
Universitarios	20,6 (15,0; 27,3)	4,3 (0,5; 18,6)	
Centro de salud			0,945
Sárdoma	32,7 (25,9; 40,1)	34,8 (18,0; 55,1)	
Teis	33,9 (27,0; 41,4)	30,4 (14,8; 50,7)	
Mos	33,3 (26,5; 40,8)	34,8 (18,0; 55,1)	
Adicciones concomitantes (sí)	30,3 (23,7; 37,6)	52,2 (32,5; 71,3)	0,064
Factores de riesgo cardiovascular (sí)	38,8 (31,6; 46,4)	56,5 (36,5; 75,0)	0,163
Patología psiquiátrica (sí)	25,5 (19,3; 32,5)	17,4 (6,2; 36,2)	0,559
Contraindicaciones consumo (sí)	5,5 (2,7; 9,7)	21,7 (8,8; 41,3)	0,018*
Trastorno por consumo de alcohol (sí)	0,0 (0,0; 0,0)	13,0 (3,8; 30,9)	0,000***
AUDIT			0,000***
Bajo	99,4 (97,2; 99,9)	21,7 (8,8; 41,3)	
Medio	0,6 (0,1; 2,8)	73,9 (53,9; 88,3)	
Alto	0,0 (0,0; 0,0)	4,3 (0,5; 18,6)	
Adicción	0,0 (0,0; 0,0)	0,0 (0,0; 0,0)	
UBE/día	0,3 (0,0-0,6)	4,3 (1,0-6,4)	0,000***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

#Los datos se expresan en mediana (P25-P75) para cuantitativas y en porcentaje (IC 95 %) para cualitativas.

Para las variables cualitativas, resultaron significativos los p valores asociados a las variables sexo, nivel de estudios, contraindicaciones por consumo, TCA y AUDIT, por lo que se rechaza la independencia entre cada una de ellas y la variable consumo de riesgo de alcohol. Respecto a las variables cuantitativas, resultó significativa la variable UBE/día, por lo que para el nivel de significación $\alpha = 0,05$ se concluye que existen diferencias significativas de UBE/día entre los pacientes con consumo de riesgo de alcohol y los que no.

A continuación, se llevó a cabo el análisis bivariante respecto a la variable binaria abstinencia.

Tabla 4. Análisis bivalente de las variables de interés por abstinencia.

	Abstinencia [#]		p valor
	No	Sí	
N	137 (72,9)	51 (27,1)	
Edad	52,00 (44,0; 59,0)	49,00 (44,0; 57,5)	0,347
Sexo (mujer)	46,7 (38,5; 55,1)	70,6 (57,2; 81,7)	0,006 **
Nivel de estudios			0,889
Sin estudios o ESO	56 (40,9)	19 (37,3)	
Bachiller/COU	26 (19,0)	12 (23,5)	
Formación básica (FP)	30 (21,9)	10 (19,6)	
Universitarios	25 (18,2)	10 (19,6)	
Centro de salud			0,085
Sárdoma	33,6 (26,1; 41,8)	31,4 (19,9; 44,9)	
Teis	37,2 (29,5; 45,5)	23,5 (13,6; 36,4)	
Mos	29,2 (22,1; 37,2)	45,1 (32,0; 58,7)	
Adicciones concomitantes (sí)	34,3 (26,8; 42,5)	29,4 (18,3; 42,8)	0,645
Factores de riesgo cardiovascular	42,3 (34,3; 50,7)	37,3 (25,0; 50,9)	0,643
Patología psiquiátrica (sí)	21,9 (15,6; 29,4)	31,4 (19,9; 44,9)	0,249
Contraindicaciones consumo (sí)	6,6 (3,3; 11,6)	9,8 (3,8; 20,2)	0,661
Trastorno por consumo de alcohol (sí)	2,2 (0,6; 5,7)	0,0 (0,0; 0,0)	0,681
AUDIT			0,020*
Bajo	86,1 (79,6; 91,1)	100,0 (100,0; 100,0)	
Medio	13,1 (8,3; 19,5)	0,0 (0,0; 0,0)	
Alto	0,7 (0,1; 3,4)	0,0 (0,0; 0,0)	
UBE/día	0,57 (0,29-1,14)	0,00 (0,00-0,00)	0,000***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

[#]Los datos se expresan en mediana (P25-P75) para cuantitativas y en porcentaje (IC 95%) para cualitativas.

A la vista de los p valores obtenidos de la prueba de la ji-cuadrado, con un nivel de significación de $\alpha < 0,05$ concluimos que las variables sexo, AUDIT y UBE/día no son independientes de la variable abstinencia, de manera que existen diferencias significativas. Para la regresión multivariante se consideró como variables resultado la variable abstinencia (sí/no) y la variable consumo de riesgo de alcohol (sí/no). Esta última fue construida a partir de la variable consumo de riesgo de alcohol, cuyos niveles eran “No consumo de riesgo”, “Sí consumo de riesgo” y “TCA”. Así, se consideró como no el “No consumo de riesgo” y como sí el “Sí consumo de riesgo” y el “TCA”.

Las variables AUDIT, UBE/día y UBE/semana no fueron consideradas como variables explicativas en los modelos logísticos, ya que sería añadir información redundante teniendo con las variables restantes, la misma información (no aportan información nueva).

- Consumo de riesgo de alcohol como variable resultado. En la regresión multivariante con variable resultado consumo de riesgo de alcohol (sí/no) se consideraron como variables explicativas centro de salud, edad, sexo, estudios, adicciones concomitantes, factores de riesgo cardiovascular, patología psiquiátrica, registro en historia clínica y contraindicaciones por consumo de alcohol.
- Abstinencia como variable resultado. En la regresión multivariante con variable resultado abstinencia se consideraron como variables explicativas centro de salud, edad, sexo, estudios, adicciones concomitantes, factores de riesgo cardiovascular, patología psiquiátrica, registro en historia clínica y contraindicaciones por consumo de alcohol.

Finalmente, se construyeron modelos multivariantes con aquellas variables que resultaron significativas.

En la Tabla 5 se pueden ver las estimaciones para los coeficientes asociados a las variables explicativas consideradas, así como su significación estadística, resultado del análisis multivariante.

Tabla 5. Estimaciones para los coeficientes asociados al análisis multivariante.

	Outcome RCA (sí)	Outcome ABS (sí)
Intercepto	0,12 (0,97)	-1,58*** (0,60)
Sexo (mujer)	-2,59*** (0,76)	1,01** (0,35)
Nivel de estudios (universitarios)	-0,73** (0,27)	
AIC	113,18	215,05
BIC	122,89	221,52
Num. obs.	188	188

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

CRA: Consumo de riesgo de alcohol (sí/no).

ABS: Abstinencia (sí/no).

La Tabla 6 muestra los Odds Ratio (OR) asociados a las variables predictoras cualitativas en cada uno de los modelos.

Tabla 6. Odds Ratio asociados a las variables explicativas cualitativas.

	Odds Ratio (95 %)	
	Outcome RCA (sí)	Outcome ABS (sí)
Sexo (mujer)	0,07 (0,02; 0,33)	2,74 (1,38; 5,45)
Nivel de estudios (universitarios)	0,48 (0,28; 0,82)	

CRA: Consumo de riesgo de alcohol (sí/no).

ABS: Abstinencia (sí/no).

DISCUSIÓN

Este estudio se centra en el grupo de pacientes entre 35 y 65 años, por ser un colectivo homogéneo que facilita una posible intervención comunitaria futura. Según el documento elaborado por el Ministerio de Sanidad: *Monografía Alcohol. Consumo y consecuencias*, se concluye que el 95,5% de los hombres y el 90,4% de las mujeres consumieron alcohol alguna vez en su vida, registrándose la máxima prevalencia entre los 55 a 64 años (98,3%) en hombres y entre los 45 a 54 años (91,9%) en mujeres. Consideramos por tanto adecuado ampliar dicha franja a las edades comprendidas entre 35 y 65 años, con el fin de determinar la prevalencia del consumo de alcohol.

Los resultados principales obtenidos de la elaboración del presente estudio son:

- Ser mujer es un factor protector respecto al consumo de riesgo de alcohol, en concreto, ser mujer disminuye un 93% la probabilidad de presentar un consumo de riesgo de alcohol.
- Tener estudios universitarios es un factor protector con respecto al consumo de riesgo de alcohol, en particular, tener estudios universitarios disminuye un 52% la probabilidad de presentar un consumo de riesgo de alcohol.
- La probabilidades de ser abstemio aumentan en 2,74 veces si el paciente es mujer.

Según la *Encuesta sobre alcohol y drogas en España* [10], con independencia del tramo temporal y del grupo de edad, el consumo de alcohol está más extendido en los hombres que en las mujeres, coincidiendo con los datos obtenidos en nuestro trabajo, en el que el porcentaje de abstemios obtenido fue de un 27.1%, siendo abstemio el 17% de los hombres y el 36 % de las mujeres.

En dicha encuesta también se evalúa el AUDIT en la población entre 15 y 64 años, obteniendo en 2022 una prevalencia de consumo de riesgo del 6%. En un estudio transversal en 2017 en Galicia [11], se determinó que el 18,8% de la población consumía alcohol a diario y el 3,4% tenían un consumo problemático. En el caso de nuestro estudio, el resultado en relación a la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol es superior, del 12.2%.

Las diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol según el sexo han sido valoradas en múltiples estudios apoyando la asociación entre el sexo femenino y un menor consumo. La *Monografía Alcohol: consumo y consecuencias* [3], refleja que, con independencia del tramo temporal y del grupo de edad, el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

Las diferencias en la prevalencia del consumo de alcohol según el nivel educativo también han sido objeto de estudio. Sin embargo, encontramos diferentes resultados en los estudios observados. En el *Monográfico de alcohol* [14], los datos muestran que es mucho más frecuente haber bebido en el último año en los niveles de formación más altos, el 77,8% entre los universitarios, frente al 40,6% de los que no habían completado los estudios primarios; al contrario que los resultados que han sido obtenido en nuestro estudio.

Asimismo, en la *Monografía de Alcohol 2021* [3], se observa que la prevalencia de consumo de alcohol aumenta, tanto en hombres como en mujeres, en cualquier periodo de tiempo según aumenta el nivel educativo. Esto podría ser debido a la mayor accesibilidad a bebidas alcohólicas y el incremento de vida social durante la etapa universitaria.

Sin embargo, en dicha monografía [3], también se encontró que el consumo diario es mayor cuanto menor es el nivel de estudios, datos apoyan los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En los tres centros de salud analizados el porcentaje de abstemios es inferior al de no abstemios, siendo el centro de salud de Teis el de un menor porcentaje (19%). Esto coincide con muchos artículos que demuestran que el porcentaje de abstinencia es mayor en zonas urbanas y/o rurales que en zonas costeras [15].

A pesar del rigor con el que se ha desarrollado el presente trabajo, cabe destacar ciertas limitaciones. Se seleccionaron pacientes que acuden presencialmente a consulta de Atención Primaria, pudiendo esto generar una muestra no totalmente representativa de la población general. Algunos hechos que orientan a esta conclusión son que la franja de edad escogida para la realización (35-65 años) hace referencia al periodo que podría considerarse de mayor dedicación laboral, y por ello de una menor demanda para una cita en Atención Primaria. Distintos artículos han apoyado el desempleo como factor de riesgo frente a un consumo de riesgo alcohol [15]. Es por ello, que pensamos que la franja de edad escogida podría haber resultado en un factor limitante en la obtención de resultados en cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol.

En esta misma línea, los pacientes que acudieron a la consulta podrían presentar un mayor número de patologías y problemas de salud, con un mayor número de asistencias, en muchas de ellas haciendo referencia al abandono de conductas perjudiciales, entre las que se encuentra el consumo de alcohol. Esto podría orientarnos a que esta población está más instruida sobre los peligros que conlleva el alcohol y tiene un mayor apoyo para el abandono del mismo.

Por otro lado, es importante destacar una mayor negativa para la participación por parte de aquellos sujetos en cuyas historias clínicas electrónicas ya existía un registro de consumo de riesgo o trastorno por consumo de alcohol. Este hecho, podría explicar los pocos casos que se han detectado de trastornos por consumo de alcohol.

Por último, entre los centros de salud participantes se ha detectado una diferencia en el porcentaje de pacientes con registro de consumo de alcohol en la historia clínica electrónica, hecho que podría estar en relación con la mayor continuidad de un mismo médico en el cupo. De este modo, el centro de salud de Teis es el que presenta un mayor porcentaje de registro ya su vez, el que se ha visto beneficiado de la persistencia de un mismo médico de familia durante más años, concretamente desde el año 2011, frente a Mos desde 2018 y Sárdoma desde 2019.

Aun siendo conscientes de las limitaciones previamente mencionadas, parece adecuado resaltar las fortalezas más relevantes de este trabajo, entre las que destaca la inclusión de una muestra con participantes seleccionados de tres cupos de tres centros de salud del área sanitaria de Vigo, con una notable diversidad entre los mismos. Por todo ello, los pacientes incluidos pertenecen a áreas con diferentes características demográficas, económicas, laborales y socioculturales, lo que ha posibilitado extraer una muestra lo más representativa posible de la población.

Impacto clínico, utilidad e intervención futura

Sería de gran utilidad poder realizar en los pacientes en los que se ha detectado un consumo de riesgo o trastorno por consumo de alcohol una intervención breve y evaluar su respuesta en un futuro.

El consumo de bebidas alcohólicas está muy arraigado en la cultura española [2]. Su impacto va más allá de la salud de la persona que lo consume, ya que también puede producir daños a terceros, así como a la economía y a la sociedad en su conjunto. [5]

Los médicos de Atención Primaria se encuentran en una situación clave por su cercanía y accesibilidad y tienen una importante tarea tanto en la prevención y promoción de hábitos de vida saludables. Deben preguntar sobre el consumo de alcohol y en caso de detectar consumo de riesgo, realizar intervención específica, según lo indicado en el documento de Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria. [1]. Según los datos disponibles, el 40% de los pacientes con consumo de riesgo disminuyen su ingesta de alcohol después de una intervención del médico de familia [16].

Basándonos en los resultados obtenidos en el presente trabajo, y en la *Línea de Actuación en el ámbito de prevención de Consumo de Alcohol*, algunos de los puntos más útiles y que deberían formar parte de una futura intervención son la prevención del consumo de alcohol como una prioridad de salud pública, la información y sensibilización a la población general y grupos específicos

sobre los riesgos y consecuencias del consumo, la potenciación de las políticas de prevención, la sensibilización y la capacitación de los profesionales sanitarios, desarrollando materiales y cursos, jornadas, reuniones o eventos, así como favoreciendo el registro y monitorización de la prevención y el abordaje del consumo de alcohol de forma homogénea mediante registros electrónicos [5]. En este sentido, cabe resaltar la importancia del registro en la historia clínica electrónica, así como la posibilidad de introducir en ella el cuestionario AUDIT de una forma visible y de fácil acceso para todos los profesionales que valoren al paciente.

No obstante, es preciso en un futuro actualizar las estrategias de intervención sobre el consumo de alcohol a nivel del sistema sanitario, así como la realización de estudios de investigación sucesivos sobre el resultado de las mismas [1].

CONCLUSIÓN

El sexo femenino es un factor protector respecto al consumo de riesgo de alcohol, en concreto, ser mujer disminuye un 93 % la probabilidad de presentar un consumo de riesgo de alcohol. Así mismo, el riesgo de ser abstemio aumenta en 2,74 veces si el paciente es una mujer. Por último, tener estudios universitarios es un factor protector con respecto al consumo de riesgo de alcohol, en particular, tener estudios universitarios disminuye un 52 % la probabilidad de presentar un consumo de riesgo de alcohol.

Conflicto de interés: No existen conflictos de interés por parte de las autoras.

Financiación: La presente investigación no recibió ayudas específicas de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de autores: Todos los autores han contribuido en igual grado, en todas y cada una de las etapas de elaboración del manuscrito.

Agradecimientos: A la Unidad Docente y a todos los pacientes entrevistados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informes, estudios e investigación 2020 Ministerio de Sanidad. *Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida*. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. *Glosario de términos de alcohol y drogas* [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 1994. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
3. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021. 109 p.
4. Rodríguez-Martos, A. *Educación sobre alcohol: perspectiva de futuro*. Pla d'Acció sobre Drogues .Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. Adicciones 2002.
5. *Líneas de actuación en el ámbito de prevención del consumo de alcohol*. Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 13 de abril de 2021 Grupo de Trabajo de Prevención del Consumo de Alcohol. Coordinación: Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/>

Lineasactuacion_PreencionConsumoAlcohol.pdf

6. Informes, estudios e investigación 2020 Ministerio de Sanidad. *Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida*. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf
7. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. *Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria*. RevClinEsp, 198 (1998), pp. 11-4
8. Pérula De Torres LA, Fernández-García JA, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Márquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. *Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres*. Aten Primaria. 2005;36(9).
9. Cooper R. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*. Vol. 44, KnowledgeOrganization. 2017.
10. Ministerio de Sanidad. *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES)*. 2022.
11. Rey- Brandariz, Julia et al. Consumo de alcohol y caracterización de los bebedores problemáticos en Galicia.. Adicciones, [S.l.], nov. 2021. ISSN 0214-4840. Disponible en: <<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1622/1299>>. Fecha de acceso: 09 feb. 2023 doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1622>.
12. Galán Iñaki, González M^a José, Valencia-Martín José L.. *Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición*. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2014 Ago [citado 2023 Feb 02]; 88(4): 529-540.
13. Ministerio de Sanidad. *Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España (ESDAM)*. 2021.
14. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud España 2011/2012, serie informes monográficos.
15. Fort E, Massardier-Pilonchéry A, Bergeret A. Psychoactivesubstancesconsumption in French fishermen and merchantseamen. IntArchOccupEnvironHealth. 2010 Jun;83(5):497-509. doi: 10.1007/s00420-009-0473-y. Epub 2009 Nov 3. PMID: 19885671.
16. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Plan Nacional sobre drogas (PNSD). Campaña para el Diagnóstico Precoz e Intervención en el Alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de otras drogas. Madrid, 2018. Gabinete de Prensa semFYC: 91. 787.03.00

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema:

Existe una alta prevalencia de consumo de alcohol en nuestra sociedad.

Los médicos de familia son la puerta de entrada al sistema de salud y tienen la oportunidad de prevenir, identificar precozmente y manejar a los pacientes con consumo de riesgo.

Para prevenir el consumo de alcohol y los daños relacionados con el mismo, se requieren acciones estructurales a largo plazo, siendo una pieza clave la colaboración y el trabajo intersectorial entre los distintos niveles de la administración

Qué aporta este estudio:

- *El sexo femenino es un factor protector respecto al consumo de riesgo de alcohol, en concreto, ser mujer disminuye un 93 % la probabilidad de presentar un consumo de riesgo de alcohol.*
- *El riesgo de ser abstemio aumenta en 2,74 veces si el paciente es una mujer.*
- *Tener estudios universitarios es un factor protector con respecto al consumo de riesgo de alcohol, en particular, disminuye un 52 % la probabilidad de presentar un consumo de riesgo de alcohol.*

Anexo I. Cuaderno de recogida de datos.

1. Variables sociodemográficas y clínicas:

- Centro de salud (cs): variable con 3 niveles que indica el centro de salud al que pertenece el paciente (0: centro de salud de Sárdoma; 1: centro de salud de Teis; 2: de Mos).
- Edad en años del paciente.
- Sexo (0: hombre; 1: mujer).
- Nivel de estudios: variable con 4 niveles (0: sin estudios o con EGB/ESO; 1: bachiller/COU; 2: FP1/Ciclo Formativo de Grado Medio o FP2/Ciclo Formativo de Grado Superior; 3: universitarios).
- Adicciones concomitantes (0: no; 1: tabaco y otras drogas).
- Factores de riesgo cardiovascular (0: no; 1: sí HTA, DM, DL).
- Patología psiquiátrica (0: no; 1: sí).
- Registro previo en la historia clínica electrónica de los pacientes, acerca del consumo del alcohol (0: no; 1: sí).

2. Variables de consumo de alcohol:

- Consumo de alcohol o abstinencia.
- UBE/día: variable que representa las unidades de alcohol consumidas por día.
- UBE/semana: variable que representa las unidades de alcohol consumidas por semana. La UBE, en España equivale a 10 gramos de alcohol que es, aproximadamente, el contenido medio de un vaso de vino de 100 ml de 13 grados, 1 vaso de 300 ml de cerveza de 4 grados o 30 ml de licor de 40 grados. El contenido alcohólico en gramos se estima para cada bebida con la fórmula: Cantidad de bebida (ml) x grado alcohólico (°) x 0,8/ 100 [6].
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): variable con 4 niveles (0=riesgo bajo=0-7ptos // 1=riesgo medio=8-15 // 2=riesgo alto=16-19 // 3=adicción=20-40). El cuestionario AUDIT consta de 10 preguntas, con versión validada al español por Rubio et al en 1998 [7]. El rango de puntuación va del 0 al 40 (anexo II) [8].
- Cuantificación consumo o riesgo por consumo: variable con 3 niveles (0 Bajo riesgo; 1 consumo de riesgo (hombre>7 AUDIT ó ≥ 4 UBE/día //mujer>5 AUDIT ó ≥ 2 UBE/día); 2 TCA). Esta variable se construyó a partir de la variable AUDIT y UBE/día.
- Contraindicaciones por consumo de alcohol (0 no; 1 sí), entre las que se encuentran: menores de edad, embarazadas, hepatopatías, epilepsia, dependencia alcohólica e inmunocomprometidos [3].
- Trastorno por consumo de alcohol (TCA) (0 no; 1 sí). El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) (anexo III) [9].

Anexo II. Test AUDIT

Tabla 1: Test AUDIT de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.</p>
Puntuación total	

Anexo III. Criterios DSM 5 para el diagnóstico de trastorno por uso de alcohol

Tabla 2: Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos: a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Anexo IV. Análisis descriptivo por centro de salud

	Centro de salud [#]		
	Sárdoma	Teis	Mos
N	62 (33,0)	63 (33,5)	63 (33,5)
Edad	49,00 (41,23-57,0)	52,00 (45,0-59,5)	53,00 (44,0-59,0)
Sexo (mujer)	36 (58,1)	30 (47,6)	34 (54,0)
Nivel de estudios			
Sin estudios (ESO)	22 (35,5)	30 (47,6)	23 (36,5)
Bachiller/COU	8 (12,9)	6 (9,5)	24 (38,1)
Formación básica (FP)	9 (14,5)	19 (30,2)	12 (19,0)
Universitarios	23 (37,1)	8 (12,7)	4 (6,3)
Adicciones concomitantes (sí)	19 (30,6)	27 (42,9)	16 (25,4)
Factores de riesgo cardiovascular (sí)	25 (40,3)	22 (34,9)	30 (47,6)
Patología psiquiátrica (sí)	15 (24,2)	16 (25,4)	15 (23,8)
Contraindicaciones consumo	1 (1,6)	7 (11,1)	6 (9,5)
Trastorno por consumo	2 (3,2)	1 (1,6)	0 (0,0)
Registro en historia clínica (sí)	3 (4,8)	6 (9,5)	1 (1,6)
AUDIT			
Bajo	53 (85,5)	56 (88,9)	60 (95,2)
Medio	8 (12,9)	7 (11,1)	3 (4,8)
Alto	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
UBE/día	0,29 (0,04-1,00)	0,29 (0,14-0,72)	0,29 (0,00-1,00)
Consumo de riesgo de alcohol			
No consumo de riesgo	54 (87,1)	56 (88,9)	55 (87,3)
Sí consumo de riesgo	6 (9,7)	6 (9,5)	8 (12,7)
Trastorno por consumo de alcohol	2 (3,2)	1 (1,6)	0 (0,0)
Abstinencia (sí)	16 (25,8)	12 (19,0)	23 (36,5)

[#]Los datos se expresan en mediana (P25-P75) para cuantitativas y en número (%) para cualitativas.