



## Posicionamiento alcohol Grupo Educación Sanitaria y Promoción de la Salud de la semFYC

Mayo 2017

### El alcohol como problema de salud

Las **bebidas alcohólicas** pueden ser fermentadas (vino, cerveza) o destiladas (licores) pero todas tienen un contenido en gramos de alcohol puro (grado alcohólico). El riesgo de producir daño a la salud va a depender de la cantidad que se consuma, de la frecuencia, del patrón de consumo, y de características de la persona como edad, sexo, condiciones de salud, etc. Generalmente, a mayor consumo, mayor riesgo. Nos gustaría decir que el consumo de ciertas cantidades de alcohol en determinados contextos y situaciones por amplia capas de la población es compatible con una vida saludable y placentera pero, lamentablemente, no existe un umbral de consumo seguro ni mucho menos beneficioso para la salud. El alcohol es una sustancia potencialmente adictiva que puede ocasionar **dependencia** en individuos susceptibles cuando se consume diariamente (**Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008**).

Los **niños y adolescentes** son especialmente vulnerables. El cerebro no ha madurado y hay mayor susceptibilidad a serios problemas de salud presentes y futuros. El consumo en menores siempre va a ser de riesgo para la salud. No existe un nivel de consumo aceptable en estas edades. En cualquier caso, el consumo por parte de adolescentes es una realidad (**Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008**) por tanto debemos conocer los riesgos que supone y realizar un esfuerzo educativo que prime la abstinencia y de prevención de la oferta a través del marco legal (18 años como edad legal para comprar y consumir).

Existe una clara asociación entre el consumo por los adolescentes de elevadas dosis de alcohol los fines de semana y la obtención de malos resultados académicos y mayores dificultades para terminar los estudios. Las pruebas de memoria verbal y no verbal, concentración y ejercicio de las habilidades espaciales, dan peor resultado en los jóvenes que beben. El consumo de alcohol entrafía consecuencias cognitivas a largo plazo y está contribuyendo, junto a otras causas, al **fracaso escolar (Kelly AB, 2015)**.

El alcohol provoca también un trastorno en algunas zonas del cerebro esenciales para el autocontrol, la motivación y la fijación de metas y puede



Programa de Actividades  
Preventivas y de Promoción  
de la Salud



Grupo de Educación  
Sanitaria y Promoción  
de la Salud del PAPPS

agravar vulnerabilidades genéticas y psicológicas ya existentes. El **suicidio** es la segunda o tercera causa de muerte en los jóvenes de 15 a 34 años. La disponibilidad de alcohol tiene un papel determinante en los intentos de suicidios y suicidios consumados (**Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008**).

Es conveniente tener en cuenta el concepto de “**bebedor pasivo**” o involuntario que hace referencia al daño que pueden sufrir personas por el consumo de alcohol de otros. El consumo de alcohol tiene efectos más allá de la persona que bebe. El daño a terceros es una faceta importante de su impacto e incluye muertes y lesiones por accidentes de tráfico; víctimas de violencia doméstica y de otras formas de violencia. También incluye los daños que puede causar el alcohol al feto si se consumen bebidas alcohólicas durante el embarazo. La exposición prenatal al alcohol interfiere en el desarrollo fetal, siendo la principal causa prevenible de defectos congénitos y trastornos del desarrollo.

Los daños potenciales ocasionados por el alcohol sobre el desarrollo del feto pueden ser variados, desde abortos o bajo peso al nacer hasta una amplia gama de discapacidades conocidas como Espectro Alcohólico Fetal, de difícil diagnóstico y que perdurarán toda la vida, con repercusiones a nivel físico, del comportamiento e intelectuales de las que el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es la manifestación más extrema. El SAF se caracteriza por retraso en el desarrollo físico y mental, alteraciones craneoencefálicas y articulares (**Riley, 2011**). No se conoce un límite de consumo que se pueda considerar seguro para el feto por lo que los profesionales sanitarios deben aconsejar no consumir alcohol durante el embarazo.

### **Alcohol, enfermedad y mortalidad global**

Consumir bebidas alcohólicas es un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades y un factor de riesgo de mortalidad prematura. El consumo de alcohol contribuye a un amplio número de enfermedades y lesiones. (**WHO, 2014**) En nuestro país, el consumo de riesgo y el consumo nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial, por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso. Además de los 60 ó más diferentes tipos de enfermedad que puede causar, el alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y



Programa de Actividades  
Preventivas y de Promoción  
de la Salud



Grupo de Educación  
Sanitaria y Promoción  
de la Salud del PAPPS

todo tipo de violencia, que conducen a enormes costes para la sociedad(**Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008**)

El riesgo absoluto de muerte a causa del consumo de alcohol se incrementa linealmente en relación al total de alcohol consumido a lo largo de la vida sin un umbral de seguridad. El riesgo de muerte se va incrementando desde 10 grs/día hasta 60 grs/da). Con esta última cantidad el riesgo de muerte es del 10%, es decir una de cada 10 personas que consumen esta cantidad por día fallecerán por el alcohol (**Anderson P, 2012**). En España, en 2011 pudo ser atribuibles al alcohol el 10% de la mortalidad total y aproximadamente el 30% de la mortalidad por accidente de tráfico en la población de 15-64 años(**Pulido J, 2014**).

Por otro lado, los estudios más recientes concluyen que el consumo de alcohol parece proporcionar entre poca y ninguna protección contra la mortalidad en la mayoría de los grupos por sexo y edad por lo que el balance del consumo de alcohol es netamente negativo para la salud pública (**Knott CS, 2015**).

### **Alcohol y cáncer**

Aunque el riesgo poblacional es bajo, **el alcohol es cancerígeno**. Se estima que el riesgo de cáncer digestivo asociado al consumo de alcohol aumenta un 10-30% por cada dos copas de alcohol consumidas por día. Se ha estimado un riesgo 10 veces mayor para el desarrollo de cáncer bucal o laríngeo entre bebedores de riesgo. El alcohol incrementa el riesgo de padecer cáncer bucal, esofágico, laríngeo, de hígado y de mama; y en menor medida cáncer de estómago, colon y recto (**WHO, 2014**). El 10% de los cánceres en el varón y el 3% en la mujer están inducidos por el alcohol. El riesgo de cáncer va en aumento a partir de los 12 gramos/ día en la mujer y los 24 gramos día en el hombre(**Shütze M, 2011**). El Comité de Carcinógenos del Reino Unido afirma en 2015 que cualquier consumo de alcohol aumenta el riesgo de cáncer e insiste en que no hay justificación para consumir alcohol por razones de salud (**Committee on Carcinogenicity, 2015**). En general y teniendo en cuenta el conjunto de efectos en la morbilidad y mortalidad, deben reforzarse las estrategias para reducir a nivel comunitario el daño inducido por alcohol (**Smyth, 2015**).

### **Consumo de alcohol y enfermedad cardiovascular**



Programa de Actividades  
Preventivas y de Promoción  
de la Salud



Grupo de Educación  
Sanitaria y Promoción  
de la Salud del PAPPS

La relación entre consumo de alcohol y mortalidad es compleja y variable según de qué **enfermedad cardiovascular** se hable. El consumo de alcohol aumenta inequívocamente el riesgo de: 1) Enfermedad hipertensiva; 2) Ictus hemorrágico y 3) Fibrilación auricular (**Anderson P, 2012**):

En relación a la **cardiopatía isquémica** (CI) la relación es más compleja. El consumo de dosis altas de alcohol en personas que no suelen consumir a diario incrementa el riesgo de infarto agudo de miocardio (**Mostofsky E, 2015**). Sin embargo, persiste una controversia acerca del consumo menor a 30grs/día. Un buen número de artículos han sugerido que estos consumos pudieran tener cierto beneficio en la CI en algunos grupos de personas. Sin embargo estos datos deben cuestionarse puesto que se han observado diversos problemas metodológicos observados en los estudios sobre "consumo moderado". Las razones para esta exageración de los beneficios del consumo moderado son las siguientes (**Knott CS 2015; Middleton K, 2006, Goulden R, 2016**):

- 1) A menudo se han clasificado incorrectamente a los ex bebedores como abstemios hecho que por si solo invalida gran parte de las conclusiones de los estudios.
- 2) Los bebedores moderados suelen ser más sanos y de mayor nivel socioeconómico. Los estudios no ha tenido en cuenta factores como la alimentación o la actividad física.
- 3) El beneficio no aparece si el individuo es un consumidor promedio "moderado" pero al menos una vez al mes hace consumos intensivos (>60 gramos en una ocasión).
- 4) En todo caso el beneficio en la C.I solo se observó en personas de más de 50-60 años y no en personas más jóvenes. No obstante, como se ha mencionado, cada vez son más los estudios que cuestionan estos resultados y que los achacan a problemas metodológicos. Pero en las personas mayores de 50 años se puede reducir el riesgo de forma más segura y efectiva aumentando la actividad física o con una alimentación saludable. Por ejemplo, el efecto antioxidante de un vaso de vino se puede obtener de otras fuentes (**Freedman JE, 2001**).
- 5) Lo que se ha comprobado recientemente es que existe una correlación inversa entre calidad del estudio y efecto protector de las dosis bajas de bebidas alcohólicas (**Stockwell T, 2016**). La verdadera "curva en J" del alcohol sería la que se muestra en el gráfico.

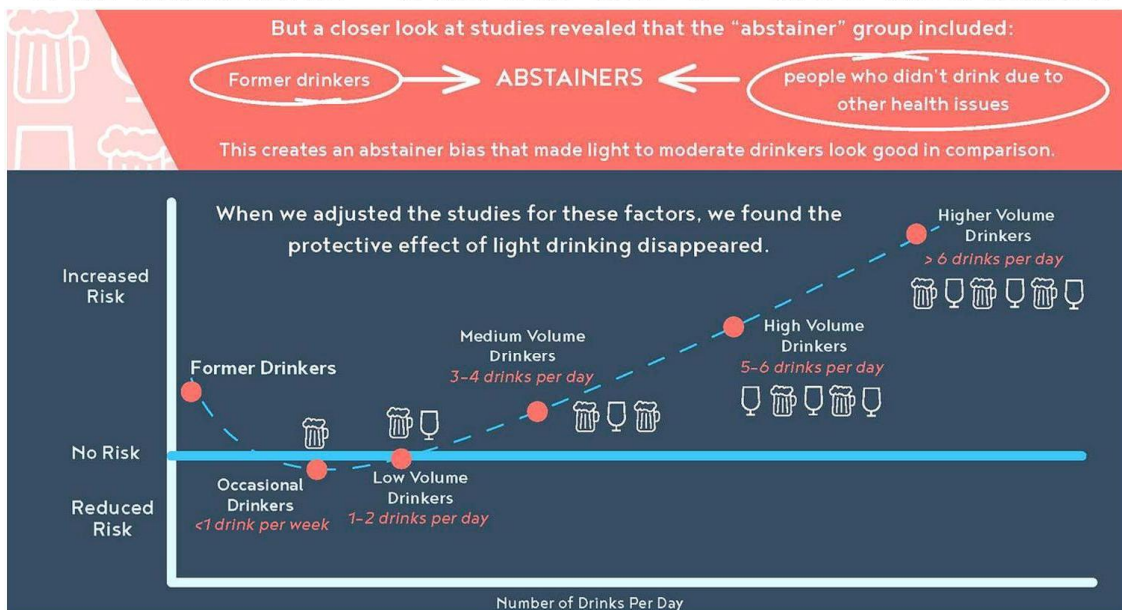


Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud



Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS

# Verdadera "curva en J" del alcohol



Fuente: Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016 Mar;77(2):185-98. [www.pubmed.gov/26997174](http://www.pubmed.gov/26997174)  
<https://www.flickr.com/photos/uvic/25258020554>  
<http://communications.uvic.ca/releases/release.php?display=release&id=1521>  
[http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2016-03/joso-imd031616.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2016-03/joso-imd031616.php)  
<http://www.eurekalert.org/multimedia/pub/111563.php>

Las evidencias científicas muestran que no se puede hablar de un consumo "moderado" beneficioso para la salud sino en el mejor de los casos de un consumo de "bajo riesgo".

El reciente informe del **WorldCancerResearchFund** International revela que el riesgo de cáncer de mama se incrementa significativamente en las mujeres que consumen una bebida alcohólica por día (sea del tipo que sea)



Programa de Actividades  
Preventivas y de Promoción  
de la Salud



Grupo de Educación  
Sanitaria y Promoción  
de la Salud del PAPPS

## Actuación ante el consumo de alcohol: perspectiva del profesional sanitario

La evidencia actual exige dar un claro mensaje sobre la necesidad de reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol. Esto significa actuar para minimizar el consumo de riesgo y nocivo de alcohol, y que en ninguna circunstancia se recomiende beber ya que, según la evidencia científica, no hay umbrales seguros para el consumo de alcohol.

Una de las intervenciones que se ha demostrado más costo efectiva para prevenir el consumo de riesgo y nocivo de alcohol es la implantación de programas de identificación temprana del consumo y la intervención breve en las consultas de atención primaria.

Los profesionales sanitarios deberían **explorar el consumo de alcohol ante un primer contacto con un paciente (Córdoba, 2014) y en todo caso priorizar las siguientes situaciones:** 1) Como parte de un examen preventivo rutinario; 2) Antes de prescribir fármacos que interaccionen con el alcohol; 3) En respuesta a problemas que pueden estar relacionados con el consumo nocivo de alcohol; 4) a fumadores, como factor de riesgo asociado 5) a adultos jóvenes (Según el estudio de la carga mundial de enfermedad, GBD 2010, en España el consumo de alcohol ocupa el primer lugar en la población de 15 a 49 años como causa de carga de enfermedad) y 6) Especial atención en embarazos, lactancia, menores personas con trabajos que requieran concentración, habilidad o coordinación, conductores o personas con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol (diabetes, hepatitis C, etc) ya que en estos casos se debe desaconsejar cualquier consumo.

La **exploración del consumo** debería hacerse de forma secuencial mediante el Test de AUDIT en su versión de 3 ítems y en caso positivo realizar el de completo (10 ítems). El AUDIT, da información sobre el nivel de riesgo: bajo, alto o posible dependencia (Gual A, 2002). En todo caso una pregunta neutra y amable que explore cantidad/frecuencia puede dar información útil (USPTF, 2013). De este modo se puede personalizar la intervención del profesional sanitario de la forma más eficiente. La cuantificación precisa del consumo puede hacerse en gramos de alcohol puro por día o semana o de forma aproximada de utilizando la Unidad de Bebida Estándar (UBE) como equivalente



Programa de Actividades  
Preventivas y de Promoción  
de la Salud



Grupo de Educación  
Sanitaria y Promoción  
de la Salud del PAPPS

a 10 gramos de alcohol puro (100 cc de vino, 250cc de cerveza o 30 cc de licor)  
(Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

El **sentido de la intervención** debería ser individualizado y tener en cuenta el contexto y determinantes sociales de cada persona. Si se detecta consumo de **bajo riesgo** se recomienda reforzar la conducta y prevenir consumos más elevados. Si el consumo se considera de **riesgo (consumo diario de más de 4 UBE en hombre y 2 en mujeres o consumo ocasional de más de 6 UBE en hombre y 4 en mujeres para un individuo debe enfatizarse en la reducción del consumo o la abstinencia temporal.**

Los **elementos** de la intervención pueden resumirse en la estrategia de las 5A para la modificación de conductas (NIAAA, 2005). En caso de **dependencia** debería recomendarse la abstinencia definitiva, dado que cualquier cantidad de alcohol que consumo un dependiente favorece la recaída.

El **estilo de la intervención** debe ser empático y evitar la confrontación. Se trata de ofrecer al paciente alternativas sobre el mejor modo de hacer los cambios. Conviene reforzar la confianza de los pacientes en su capacidad para desarrollar los cambios necesarios y a la vez buscar el compromiso del paciente con el cambio. Es importante reconocer las dificultades y ofrecer ayuda para superarlas (semFYC-MSSSI, 2014). La intervención de los profesionales sanitarios es efectiva en nuestro medio (Ballesteros, 2003). Sin embargo en los adolescentes deben explorarse otras vías de intervención más efectivas.



Programa de Actividades  
Preventivas y de Promoción  
de la Salud



Grupo de Educación  
Sanitaria y Promoción  
de la Salud del PAPPS

## Consideraciones finales

La evidencia científica disponible sugiere que es necesario recomendar a las personas que superan los límites de riesgo que reduzcan su consumo. Por lo tanto los riesgos globales del alcohol se sitúan muy por encima de sus posibles y ligeros beneficios específicos en determinados segmentos de la población.

No hay un nivel de consumo seguro para el conjunto de la población. El nivel de consumo de “bajo riesgo” debería individualizarse.

**No hay razones para recomendar como beneficio para la salud para el conjunto de la población el consumo de bebidas alcohólicas de cualquier graduación. Actuar de esta manera puede considerarse irresponsable.** Estos mensajes pueden ser interpretados de manera muy distinta y aumentar los riesgos para la salud de algunos colectivos sociales.

En la mayoría de casos el mensaje no tiene por qué ser de abstinencia completa siendo suficiente reducir el consumo hasta niveles de bajo riesgo, aunque siempre debe ofrecerse de manera individualizada.

En las siguientes circunstancias debe desaconsejarse cualquier consumo de alcohol ya que siempre va a ser de riesgo: embarazo, lactancia, menores de 18 años, personas con trabajos que requieran concentración, habilidad o coordinación, conducción, personas con comorbilidades o medicación que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol.





Programa de Actividades  
Preventivas y de Promoción  
de la Salud



Grupo de Educación  
Sanitaria y Promoción  
de la Salud del PAPPS

## Bibliografía

Anderson P, Møller L and Galea G (eds). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012

Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, 2008.

Ballesteros J, Ariño J, González – Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo de riesgo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. GacSanit 2003;17(2):116-22.

ComitteenCarcinogenycity .UK 2015

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/490584/COC\\_2015\\_S2\\_Alcohol\\_and\\_Cancer\\_statement\\_Final\\_version.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/490584/COC_2015_S2_Alcohol_and_Cancer_statement_Final_version.pdf)

Córdoba R, Camaralles F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, López A y Cabezas C. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2014;46 (Supl 4):16-23

Fillmore KM, Kerr WC, Stockwell T, Chikritzhs T and Bostrom A: Moderate alcohol use and reduced mortality risk: Systematic error in prospective studies. Addiction Research and Theory 2006, 1–31, preview article

Freedman JE, Parker C, Li L, Perlman JA, Frei B, Ivanov V et al. Select flavonoids and whole juice from purple grapes inhibit platelet function and enhance nitric oxide release. Circulation. 2001 Jun 12;103(23):2792-8.

Goulden R. Moderate Alcohol Consumption Is Not Associated with Reduced All-cause Mortality. The American Journal of Medicine (2016) 129, 180-186

Gual A., Segura L., Contel M., Heather N. & Colom J. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism 2002;37,6:591-6.

Kelly AB, Evans-Whipp TJ, Smith R, Chan GC, Toumbourou JW, Patton GC, Hemphill SA, Hall WD, Catalano RF. A longitudinal study of the association of adolescent polydrug use, alcohol use and high school non-completion. Addiction. 2015 Apr;110(4):627-35. doi: 10.1111/add.12829. Epub 2015 Jan 26.

Knott CS, Coombs N, Stamakis E and Biddulph JP. All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts. BMJ 2015;350:h384, doi: 10.1136/bmj.h384



Programa de Actividades  
Preventivas y de Promoción  
de la Salud



Grupo de Educación  
Sanitaria y Promoción  
de la Salud del PAPPS

Ministerio Sanidad y Consumo, 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España Prevención de los problemas derivados del alcohol. Documento de trabajo. Madrid, 2008

Mostofsky E, van der Bom JG, Mukamal KJ, Maclure M, Tofler GH, Muller JE et al. Risk of Myocardial Infarction Immediately After Alcohol Consumption. *Epidemiology*. 2015 March; 26(2): 143–150. doi:10.1097/EDE.0000000000000227

National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients with alcohol problems. A healthPractitioner'sguide. 2005.

Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M y Barrio B. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.88 no.4 Madrid jul./ago. 2014. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272014000400005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272014000400005&script=sci_arttext)

Riley EP, Infante MA, Warren KR Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview *Neuropsychol Rev* ;2011, 21:73–80

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria-Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Programa para abordar el consume de riesgo de alcohol desde atención primaria: Mójate con el alcohol. Madrid, 2014

Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T and Chickritzhs T. Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 77, 185–198, 2016

Schütze M, Boeing H, Pischon P, Kehoe T, Gmel G, Olsen A et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 2011;342:d1584

Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online September 17, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00235-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00235-4)

Virginia A. Moyer, MD, MPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol. Recommendation Statement. Misuse: U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013;159:210-218.

World Cancer Research Fund. Diet, Nutrition, Physical activity and breast cancer. 2017 [http://www.wcrf.org/sites/default/files/CUP\\_BREAST\\_REPORT\\_2017\\_WEB.pdf](http://www.wcrf.org/sites/default/files/CUP_BREAST_REPORT_2017_WEB.pdf)

World Health Organization, Global Status Report on Alcohol and Health 2014.