



---

## Documento de consenso sobre la deshabituación alcohólica

---



---

# Documento de consenso sobre la deshabituación alcohólica

---

## AUTOR

**José Zarco Montejo.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Grupo de Trabajo Intervención en Drogas de la semFYC

---

## REVISORES

**José Ángel Arbesú Prieto.** Médico de Familia. CS de La Eria. Oviedo.  
Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SEMERGEN

**Rafael Casquero Ruiz.** Médico de Familia y Psiquiatra. CS de Las Cortes. Madrid.  
Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SEMERGEN

**Fernando Gonçalves Estella.** Médico General y de Familia. CS Almeida. Zamora.  
Coordinador del Grupo de Salud Mental de la SEMG

**José Manuel Solla Camino.** Médico General y de Familia. CS Allariz. Ourense.  
Grupo de Salud Mental de la SEMG

---

© 2016, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria  
Diputació, 320  
08009 Barcelona  
[www.semfy.com](http://www.semfy.com)

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:



Carrer del Pi, 11, 2.<sup>a</sup> planta, of. 13  
08002 Barcelona  
[ediciones@semfy.com](mailto:ediciones@semfy.com)  
Diseño y maquetación: Glòria Garcia Falcó  
ISBN: XXX-XX-XXXXXX-XX-X

# Índice

## Introducción

<b>Impacto clínico, social y económico de la dependencia del alcohol</b>	7
El consumo de alcohol en España	7
La dependencia del alcohol	7
Mortalidad y dependencia del alcohol	8
Morbilidad y dependencia del alcohol	8
Hipertensión	8
Hipertrigliceridemia	9
Hiperuricemia	9
Depresión	9
Ansiedad	9
Lesiones no intencionadas y accidentes de tráfico	10
Violencia de género y violencia familiar	10
Consecuencias de la dependencia del alcohol en el ámbito laboral	10
Costes económicos de la dependencia del alcohol en España	11
<b>La dependencia del alcohol y su abordaje desde la Atención Primaria</b>	12
Evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del alcohol en Atención Primaria en España	13
Recomendaciones de las guías clínicas sobre el papel de la Atención Primaria en la problemática de la dependencia del alcohol	14
Situación actual de prescripción de tratamiento para la reducción del consumo de alcohol en las comunidades autónomas	16
<b>Bibliografía</b>	17



# Introducción

---



## **Los médicos de familia nos encontramos en una situación privilegiada para detectar e intervenir en conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, es decir, con el consumo de drogas.**

**Los cambios en el perfil del consumidor**, la «normalización» en el consumo, el patrón de consumo ligado a la fiesta, la no vinculación del consumo a la delincuencia y la demanda creciente de asistencia médica por problemas derivados del consumo de sustancias diferentes a la heroína son ejemplos obvios que obligan a que Atención Primaria (AP) tenga que desempeñar un papel mucho mayor en relación con los problemas asociados con las drogas que el que hasta la fecha ha desarrollado, con el compromiso de los profesionales que trabajamos en ella.

La gran accesibilidad y el hecho de ser la principal puerta de entrada al sistema sanitario, el abordaje integral de los problemas de salud, la continuidad en los cuidados, las actividades de prevención y promoción de la salud, la integración en el sistema y la coordinación con otros niveles y recursos (en este caso, con la red específica de atención a las drogodependencias), la atención familiar y comunitaria, el trabajo en equipo interdisciplinario, la calidad de los profesionales, su capacidad docente e investigadora y todas las características que definen la Atención Primaria de Salud (APS) son precisamente las características imprescindibles para una mayor implicación en el manejo de las conductas adictivas<sup>1</sup>, el nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria supone una oportunidad única para hacerlo<sup>1</sup>.

En relación con las conductas de riesgo adictivo, el programa vigente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>2</sup> contiene un área competencial (figura 1). Realizar una correcta y completa historia clínica e investigar posibles consumos de drogas es una actividad prioritaria de los profesionales que trabajan en AP con un nivel de responsabilidad máximo. Así se podrán diagnosticar posibles consumos de riesgo, consumos perjudiciales (trastornos asociados a los consumos) y posibles dependencias. La efectividad de los consejos adecuados al consumo, las intervenciones mínimas e incluso los tratamientos de desintoxicación y deshabituación de las diferentes drogas está cada vez más contrastada.

## Figura 1. Conductas de riesgo adictivo.

Programa de Medicina Familiar y Comunitaria. MSyC 2004

Área: Conductas de riesgo adictivo

Actividades docentes agrupadas por prioridad

Nivel de  
responsabilidad

<b>Prioridad I</b>	
Conocer los diferentes patrones de consumo de sustancias adictivas	Primario
Realizar correctamente la anamnesis sobre el consumo de sustancias adictivas: tabaco, alcohol, benzodiazepinas, hipnóticos, cannabis, drogas de síntesis (MDMA), cocaína, heroína y otros psicoestimulantes	Primario
Detectar situaciones de riesgo para el consumo de sustancias adictivas	Primario
Detectar el consumo de sustancias adictivas	Primario
Saber aconsejar para dejar de fumar y reducir el consumo excesivo de alcohol	Primario
Proponer alternativas de reducción de riesgo para las drogas ilegales: cannabis, drogas de síntesis (MDMA), cocaína, heroína y otros psicoestimulantes	Primario
Estimar el grado de dependencia a sustancias adictivas	Primario
Conocer y aplicar las técnicas de deshabituación tabáquica. Intervenir con ayuda conductual y farmacológica para dejar de fumar	Primario
Identificar los síntomas de alarma sobre el consumo de sustancias	Primario
Diagnosticar y tratar la intoxicación aguda por las diferentes sustancias: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Intoxicación etílica</li> <li>— Sobredosis de drogas de síntesis y derivados anfetamínicos</li> <li>— Sobredosis de cocaína</li> <li>— Sobredosis de heroína (opiáceos)</li> <li>— Sobredosis de benzodiazepinas</li> </ul>	Primario
Diagnosticar y tratar las enfermedades asociadas a las drogodependencias	Primario
Realizar las actividades preventivas pertenecientes en el colectivo de usuarios de drogas y/o en situación de riesgo	Primario/ Secundario
Conocer los recursos específicos locales y regionales para las drogodependencias y derivación a los mismos cuando sea necesario	Primario
Intervenir y asesorar a los diferentes recursos comunitarios (asociaciones, colegios, etc.) realizando actividades de prevención primaria y secundaria	Primario
Intervenir específicamente con la unidad familiar asesorando a los tutores/padres sobre pautas de actuación correctas	Primario
<b>Prioridad II</b>	
Crear grupos de apoyo para la deshabituación tabáquica	Primario
Detectar problemas de salud mental asociados a consumo excesivo de drogas psicoactivas	Primario/ Secundario/ Terciario
Realizar deshabituación alcohólica	Secundario
Realizar desintoxicación de: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Opiáceos</li> <li>— Cocaína</li> </ul>	Primario/ Secundario
<b>Prioridad III</b>	
Realizar deshabituación de: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Opiáceos</li> <li>— Cocaína</li> <li>— Otras drogas ilegales</li> </ul>	Primario/ Secundario/ Terciario

MDMA: 3,4- metilendioxi metanfetamina; MSyC: Ministerio de Sanidad y Consumo



---

# Impacto clínico, social y económico de la dependencia del alcohol

---



## El consumo de alcohol en España

### **El alcohol es la droga más consumida en España**

y es, de entre todas, sobre la que se tiene menos percepción de riesgo sobre la salud.

La última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España<sup>3</sup> indica que el 62% de la población había consumido alcohol en los últimos 30 días y que el 42% de los hombres y el 23% de las mujeres entre 15 y 34 años se habían emborrachado en el último año.

## La dependencia del alcohol

**El riesgo de dependencia del alcohol** comienza con niveles bajos de consumo y se incrementa con la ingesta, siendo la población joven la más vulnerable en alcanzar la dependencia.

La dependencia del alcohol es una enfermedad con un curso crónico, recidivante y progresivo que está asociada con un aumento significativo de la mortalidad y con un aumento también significativo de la morbilidad. Existen más de 60 tipos de enfermedades y lesiones relacionados con la dependencia del alcohol, que van desde la cirrosis hepática y los problemas de salud mental, a un incremento en el riesgo de enfermedad cardiovascular, distintos tipos de cáncer, pancreatitis y problemas metabólicos, entre otros.

Se ha demostrado que existe una relación entre la reducción del consumo de alcohol y la disminución de la mortalidad y del riesgo de enfermedades relacionadas con el alcohol<sup>4</sup>.



---

## Mortalidad y dependencia del alcohol

- 📌 **El 70% de toda la mortalidad** atribuible al trastorno por consumo de alcohol ocurre en la población dependiente del alcohol<sup>5</sup>.
- 📌 **Según un estudio epidemiológico** realizado en España (1996-2006), el 12,3% de todas las muertes en hombres y el 8,4% de las muertes en mujeres entre 15 y 64 años son atribuibles al trastorno por consumo de alcohol. El exceso de mortalidad es todavía mayor, entre 11 y 24 veces mayor, en los jóvenes de 25-34 años<sup>6</sup>.

## Morbilidad y dependencia del alcohol

**El trastorno por consumo de alcohol** se relaciona con distintos tipos de enfermedades y lesiones, que van desde patologías muy graves y de menor prevalencia como la cirrosis hepática, la pancreatitis, la enfermedad cardiovascular (accidente cerebrovascular [ACV], infarto) o distintos tipos de cáncer, que se tratan en atención especializada, hasta patologías de curso crónico y de mayor prevalencia que se detectan, tratan y controlan desde la AP, como la hipertensión y los problemas metabólicos, y problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad.

## Hipertensión

**La hipertensión arterial (HTA) supone la mayor causa de morbilidad y mortalidad** a nivel global. El alcohol aumenta la presión arterial (PA) de una forma dosis dependiente y se considera que es la causa de un 5-30% de los casos de HTA<sup>7</sup>. Los dos son problemas prevalentes entre los pacientes que acuden a AP<sup>8</sup>. Un consumo alto de alcohol puede ser una de las explicaciones para la HTA no controlada<sup>9</sup>.

Incluso una pequeña reducción en la ingesta de alcohol puede verse reflejada en la reducción de la PA sistólica y diastólica<sup>10</sup>.

Llevar a cabo programas de detección de dependencia del alcohol entre pacientes con HTA en AP seguidos de intervenciones breves o tratamientos formales sería un paso importante en la prevención y control de este trastorno. Así como el manejo de la hipertensión está bien estructurado y se hace de forma rutinaria en AP, no pasa lo mismo con trastornos por abuso del alcohol. A pesar de las recomendaciones de las guías clínicas, estos últimos están «desatendidos»<sup>11</sup>.



---

## Hipertrigliceridemia

**El consumo habitual de alcohol** produce un aumento de las concentraciones plasmáticas de triglicéridos. La hipertrigliceridemia grave en el paciente con alcoholismo crónico es una patología importante, ya que el riesgo de pancreatitis aguda aumenta notablemente<sup>4</sup>.

## Hiperuricemia

**El alcohol es una causa de hiperuricemia secundaria.** En el alcoholismo crónico, junto a la recomendación de la reducción del consumo de alcohol, el tratamiento pasa por una correcta hidratación y tratamiento hipouricemiante<sup>4</sup>.

## Depresión

**El riesgo de desarrollar un trastorno de depresión mayor (TDM)** en la población con dependencia del alcohol es del 6,7 comparado con la población general<sup>12</sup>. Un 15,2% de los pacientes con dependencia del alcohol han tenido alguna vez un episodio de depresión<sup>13</sup>.

Además, la comorbilidad entre el TDM y los trastornos por abuso o uso del alcohol (TUA) pueden estar asociados con una peor respuesta al tratamiento antidepresivo<sup>14</sup>. Es más, la dependencia del alcohol disminuye la probabilidad de remisión en el TDM<sup>15</sup>.

Se ha demostrado que los pacientes con TDM sin dependencia del alcohol tienen el doble de posibilidades de recuperarse de la depresión en comparación con aquellos pacientes que sufren los dos trastornos<sup>16</sup>.

## Ansiedad

**Se ha demostrado que los pacientes con trastorno de ansiedad** tienen el doble de posibilidades de sufrir dependencia del alcohol, y que uno de cada cinco pacientes con ansiedad tiene historia de dependencia del alcohol en algún momento de su vida<sup>17</sup>.

Los TUA pueden aumentar la gravedad y persistencia del problema y se relacionan con una peor respuesta al tratamiento de la ansiedad en los pacientes con comorbilidad. Además, estos pacientes tienen tasas de recaídas más altas<sup>18</sup>.

Las recomendaciones del NICE para la dependencia del alcohol con depresión y/o ansiedad comórbida son tratar primero el problema de abuso del alcohol, ya que esto puede llevar a una mejoría importante de los trastornos por depresión y ansiedad<sup>19</sup>.

---

## Lesiones no intencionadas y accidentes de tráfico

**Existe una amplia evidencia científica** de que la concentración de alcohol en la sangre, incluso en niveles bajos, altera las habilidades de conducción e incrementa el riesgo de colisión<sup>20</sup>. Además, diferentes estudios han demostrado un alto nivel de participación del alcohol en todo tipo de lesiones no intencionadas<sup>4</sup>.

Según datos de la Dirección General de Tráfico (DGT) de 2013, un 4,1% de los conductores presentaron consumos recientes de alcohol (> 0,05 mg/l de aire aspirado), con o sin drogas.

En España, el último informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses<sup>21</sup> muestra que el 43,1% de los conductores fallecidos en accidente de tráfico presentaron resultado positivo a alguna droga. De estos, el alcohol (> 0,3 g/l) se detectó en el 67,1% de los casos. Esto supondría un resultado positivo al alcohol en casi un tercio (29%) del total de conductores fallecidos en accidente de tráfico. Entre los peatones fallecidos, este porcentaje es del 21%<sup>4</sup>.

## Violencia de género y violencia familiar

**Se atribuye al alcohol alrededor de un 40% de los casos de violencia** doméstica en Europa<sup>22</sup>. En una revisión de estudios se ha demostrado que los hombres que bebían alcohol eran tres veces más propensos a cometer actos violentos en la pareja que los que no bebían. Si tanto la víctima como el agresor presentaban un consumo problemático de alcohol, la tasa de homicidio en la pareja pasaba del 5% (en no bebedores) al 74%<sup>4</sup>.

Se estima que en un 30% de los casos de violencia familiar el agresor estaba bajo los efectos del alcohol<sup>23</sup>.

## Consecuencias de la dependencia del alcohol en el ámbito laboral

**El consumo de alcohol en el ámbito del trabajo** genera problemas de salud que afectan a la productividad de la empresa por aumentar el absentismo o tiempo de trabajo perdido debido a enfermedad o discapacidad causada por el alcohol<sup>24</sup>, incrementar las incapacidades laborales transitorias, disminuir el rendimiento en el trabajo y, por último, aumentar los accidentes de tráfico *in itinere*<sup>4</sup>.

Entre un 20 y un 25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos de cualquier sustancia adictiva, causando lesiones al mismo trabajador o a otros. Suelen darse hasta 4,5 veces más bajas por accidente laboral en consumidores excesivos de alcohol<sup>25</sup>.

---

## Costes económicos de la dependencia del alcohol en España

**Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la dependencia del alcohol constituye el segundo factor de riesgo global de enfermedad y discapacidad en Europa, con importantes consecuencias para la calidad de vida del paciente. En España, el alcohol también es la segunda causa de carga de enfermedad, con un 11% de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos en personas entre los 15 y los 29 años<sup>26</sup>.

La elevada morbilidad, mortalidad y discapacidad relacionada con la dependencia del alcohol conlleva una importante carga para el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como para la sociedad y el individuo.

- Los costes directos de la dependencia del alcohol en España, que incluyen tanto los costes de visitas médicas, hospitalización y urgencias, como los costes farmacológicos, se estimaron en 864 millones de euros en 2006<sup>27</sup>.
- Los costes indirectos, que incluyen las pérdidas de productividad por mortalidad prematura, morbilidad u otro tipo de incapacidad, ascendieron en España a 1.996 millones de euros en 2006<sup>28</sup>.
- La carga total de esta enfermedad en España, incluyendo los costes directos, indirectos, así como aquellos asociados con daños a terceros (accidentes, delitos), fueron de 3.110 millones de euros en 2006<sup>28</sup>.
- Se ha demostrado que el coste sanitario total es un 30% inferior en los pacientes que reciben medicación para tratar la dependencia del alcohol que en aquellos que no se tratan<sup>28</sup>.
- A partir de un estudio realizado en el Reino Unido<sup>29</sup>, se estima que en España, en 2014, el coste adicional anual de las enfermedades atribuibles al alcohol en pacientes dependientes no tratados fue de 2.389.475 euros, comparado con el de pacientes tratados.

---



## La dependencia del alcohol y su abordaje desde la Atención Primaria

---



**A pesar de la importante carga (mortalidad y morbilidad)** que supone para el Sistema Nacional de Salud, la dependencia del alcohol se halla infradiagnosticada y sobre todo infratratada.

Uno de cada 11 pacientes diagnosticados de dependencia del alcohol llega tarde a la consulta, con 10 años de evolución de la enfermedad.

En muchos casos, el rechazo a un tratamiento orientado a la abstinencia (42%) y el estigma social (18,8%) son las principales barreras para acceder al tratamiento<sup>30</sup>, lo que impide que el paciente acuda a centros de tratamiento especializado en fases tempranas de la enfermedad. Sin embargo, este perfil de paciente podría acudir a los centros de Atención Primaria y beneficiarse de intervenciones psicosociales breves y de tratamiento farmacológico orientado a la reducción del consumo de alcohol.

Detectar la patología en AP permitiría obtener mejores resultados desde el principio. Los expertos inciden en que los médicos de familia, a través de instrumentos eficaces validados —entrevistas motivacionales—, pueden detectar y tratar hasta el 80% de los enfermos dependientes de alcohol.

Por otro lado, se calcula que menos del 10% de los afectados por dependencia alcohólica reciben tratamiento en España<sup>12</sup>. Datos recientes muestran que, como mucho, solo uno de cada cuatro pacientes identificados en AP con un problema por consumo de alcohol recibe tratamiento<sup>8</sup>. Es importante que, siguiendo un abordaje *stepped care*, el médico de familia pueda indicar un tratamiento farmacológico a los pacientes que, a pesar de la intervención o consejo breve, no consiguen reducir sus consumos.

Un tratamiento orientado a la reducción del consumo como Selincro (nalmefeno), en los pacientes atendidos en la red de AP, facilitaría la superación de las barreras expuestas; por un lado, lográndose la abstinencia mediante la reducción del consumo, que se convertiría en un paso intermedio, y por otro, evitando el estigma que supone para el paciente con problemas de adicción *de novo* formar parte de los

---

pacientes atendidos en un centro de drogadicciones o en un centro de salud mental.

## **Evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del alcohol en Atención Primaria en España**

**Un estudio importante sobre prevalencia y comorbilidad de trastornos mentales en AP es el de Roca y sus colaboradores<sup>31</sup> en el que participaron 2.000 médicos distribuidos por toda España y casi 8.000 pacientes.**

Utilizando el PRIME-D para el diagnóstico, se demostró una prevalencia de cualquier trastorno relacionado con el alcohol (abuso o dependencia del alcohol) en AP del 9% (18% en hombres y 3,2% en mujeres). Además, este estudio puso en evidencia una importante comorbilidad entre los trastornos mentales; en concreto el 3,5 % de los pacientes del estudio presentó comorbilidad entre trastornos por abuso del alcohol y trastornos del ánimo y un 2,6% con ansiedad.

Según un estudio reciente en vías de publicación<sup>8</sup>, en el que participaron 30 médicos de familia escogidos al azar, de 20 centros de AP de Catalunya, un 8,6% de los 1.372 pacientes visitados por estos médicos fueron diagnosticados de dependencia del alcohol. De los pacientes dependientes del alcohol, solamente un 16,9% recibían tratamiento en el momento del estudio. La vergüenza y el estigma, con un 27,6% del total de respuestas, fueron los motivos principales de la falta de tratamiento, seguidos del miedo a dejar de beber y las barreras de acceso, ambos con un 11,7% de las respuestas.

En este estudio, se demostró también una mayor comorbilidad en los pacientes con dependencia del alcohol, y de estos, los que recibieron tratamiento respecto a los que no lo hicieron presentaban una mayor gravedad. Según Gili y sus colaboradores<sup>32</sup>, en España, debido a la crisis económica de los últimos años, los diagnósticos de trastornos de salud mental han experimentado un aumento en AP. En concreto, los trastornos por abuso del alcohol sufrieron un incremento relativo del 4,6 entre 2006 y 2010<sup>32</sup>.

Las barreras en el acceso al tratamiento, sumado a los enormes costes que la enfermedad supone para el sistema de salud y la sociedad ponen de manifiesto la importancia de implementar un cribado universal de la dependencia alcohólica mediante herramientas diseñadas para tal efecto en AP, tal y como ya recomiendan algunas guías<sup>33</sup>. Esto permitiría una detección temprana de la enfermedad y brindaría la posibilidad de prevenir su progresión.

---

## Recomendaciones de las guías clínicas sobre el papel de la Atención Primaria en la problemática de la dependencia del alcohol

**Actualmente, existen un total de 14 guías**, procedentes de distintos organismos y sociedades científicas de ámbito nacional e internacional, que hablan sobre cuál debería ser el papel de los profesionales sanitarios de AP, así como de las principales recomendaciones para la adecuada detección, tratamiento y seguimiento de los pacientes con dependencia del alcohol desde el primer nivel de atención o puerta de entrada al sistema sanitario por parte del paciente.

Además, en algunas de estas guías se considera a los profesionales de salud de AP como pieza clave para potenciar la reducción de daños relacionados con el consumo de alcohol.

En el programa para abordar el consumo de riesgo del alcohol desde la AP, del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de Salud (PAPPS)<sup>34</sup> se expresa que la intervención breve y el tratamiento farmacológico deben realizarse desde la AP.

.....

### OMS

#### **Alcohol y Atención Primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas (2008).**

En estas guías se señala que la formación de los profesionales de salud de AP es fundamental para potenciar la reducción de daños relacionados con el consumo de alcohol.

.....

### PHEPA

#### **PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol) GUIDELINES (2012).**

Las guías de este proyecto se han puesto en práctica en 21 países de la Unión Europea, incluyendo España.

.....

### NICE

#### **NICE guidelines on alcohol dependence (2011).**

.....

---

.....

## **MINISTERIO DE SANIDAD**

**Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde Atención Primaria. Guía publicada con la semFYC (2012).**

**El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas (alcohol). SemFYC y Plan Nacional sobre Drogas (PND) (2007).**

**Prevención problemas derivados del alcohol (2007).**

.....

## **COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

**Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. Comunidad Valenciana (2001).**

**Guía para la intervención de los profesionales de Atención Primaria en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Castilla y León (2007).**

**Alcohol i atenció primària de salut. Guia clínica per a la identificació i les intervencions breus. Catalunya (2008).**

**Programa beveu menys (2002).**

Se está implementando desde 2009 en el marco de un acuerdo de colaboración entre el Departament de Salut y la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

.....

## **SOCIEDADES CIENTÍFICAS**

**Guías clínicas Socidrogalcohol - Alcoholismo (3ª ed., 2013).**

**semFYC. Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol (2005).**

**CAMFiC. Guía de bolsillo. Alcohol y Atención Primaria de Salud (2009).**

**Semergen-Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.**

.....

Si las principales guías y recomendaciones proponen un modelo de detección, tratamiento y seguimiento desde la AP, vale la pena preguntarse y revisar cuál es la situación en las distintas comunidades autónomas a la hora de poder utilizar un tratamiento para la reducción del consumo de alcohol en aquellos pacientes con dependencia alcohólica que puedan beneficiarse del mismo.



---

## Situación actual de prescripción de tratamiento para la reducción del consumo de alcohol en las comunidades autónomas

**La aparición de una nueva alternativa terapéutica** como es el nalmefeno, que ha demostrado una reducción del consumo de alcohol de un 60% a los 12 meses, y mejorías, entre otras, en las variables de calidad de vida (SF-36 y EQ-5D), estado global (*Clinical Global Impression*, CGI) y en parámetros bioquímicos de afectación hepática como son las transaminasas (gamma-glutamiltanspeptidasa [GGT], alanina aminotransferasa [ALT] y (aspartato aminotransferasa [AST]) abre una opción más en el tratamiento de la dependencia al alcohol.

En España, algunas comunidades autónomas han interpretado el texto de la resolución de nalmefeno (visado y texto explicativo), entendiendo que solo puede prescribirse en unidades de drogodependencias o adicciones y de salud mental, a diferencia del acamprosato, la naltrexona, el disulfiram y la cianamida cálcica; todos ellos fármacos autorizados y financiados en España por el SNS, con la única indicación de la abstinencia en pacientes con dependencia del alcohol. Solo en el País Vasco está permitido el uso de nalmefeno en la AP.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente y dadas las condiciones de prescripción de nalmefeno actualmente vigentes, a la inmensa mayoría de los pacientes con dependencia alcohólica no se les está facilitando la posibilidad de recibir un tratamiento adecuado en una fase temprana de la enfermedad, y antes de que se produzcan importantes daños para la salud y el entorno inmediato de la persona. Por otro lado, además del enorme perjuicio que supone para el paciente y su entorno familiar y social, existe el riesgo de crear una situación de falta de equidad en el territorio español en relación con la prestación de servicios de atención sanitaria de la dependencia del alcohol.

Las sociedades científicas en el contexto de la AP –semFYC, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGE)– solicitan que, al igual que con otras prescripciones en las que se requiere el visado para su financiación por el Sistema Sanitario Público, sea el médico de familia el especialista que pueda realizar el informe correspondiente. Dicha acción no solo supondrá una mayor implicación del médico de familia en el tratamiento y seguimiento de los pacientes dependientes al alcohol, sino también un claro ahorro en derivaciones exclusivamente administrativas a otros niveles de atención.

---

## Bibliografía

1. Megías E, Bravo MJ, Júdez J, Navarro J, Rodríguez E, Zarco J. La Atención Primaria de salud ante las drogodependencias. Madrid: Ed. FAD; 2001.
2. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo el 22 de noviembre de 2004.
3. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2011-2012. [Internet.] Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>.
4. Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C y Bobes Garcia J. Alcoholismo. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL Basadas en la Evidencia Científica. 3ª edición. Madrid. Ed. SANED; 2013.
5. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. [Internet]. Centre for Addiction and Mental Health. En [http://www.camh.ca/en/research/news\\_and\\_publications/reports\\_and\\_books/Documents/CAMH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf](http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/CAMH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf)
6. Guitart A, Espelt A, Castellano Y, Bartroli M, Villalbí JR, Domingo-Salvany A, et al. Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según la edad y el sexo? *Gac San.* 2011;5(25):385-90.
7. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine.* 2004;38:613-9.
8. APC study –Alcohol Dependence in Primary Care Study–, unpublished data submitted to *Annals of Family Medicine*; 2014.
9. Stewart SH, Miller PM. *Curr Hypertens Rev.* 2007;3:119-27.
10. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension.* 2001;38:1112-7.
11. The WHO Global Action Plan for Prevention and control of non-communicable diseases (NCD); 2013-2020. [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)
12. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; Suppl 109(420):28-37.

- 
- 
13. Courtney KE, Ashenhurst J, Bacio G, Moallem N, Bujarski S, Hartwell E, Ray LA. Craving and subjective responses to alcohol administration: validation of the desires for alcohol questionnaire in the human laboratory. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013 Sep;74(5):797–802.
  14. Hashimoto E, Tayama M, Ishikawa H, Yamamoto M y Saito T. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *J Neural Transm* 2015; 122: 301-6.
  15. Le Fauve C, Liften RZ, Randall CR, MOak DH, Salloum IM y Green AL. Pharmacological treatment of alcohol abuse/depence with hsychiatric comoorbidity *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(2),302-12.
  16. Muller TI, Lavori PW, Keller MB, Swartz A, Warshaw M, Hasin D, et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 701-6.
  17. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*. 1996; 66,17-31.
  18. Zvolensky MJ, Smits JAJ (eds.). *Anxiety in Health behaviors and physical illness*, Springer 2007. p 29-54.
  19. NICE Clinical Guidelines CG 115. Alcohol-use disorder: alcohol dependence and harmful alcohol use. 2011. En <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/1-guidance>
  20. Moskowitz H, Fiorentino D. *A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills*. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration; 2000.
  21. Informe sobre lesiones y accidentes de tráfico de la DGT (Dirección General de Tráfico). 2013. <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/anuario-estadistico-accidentes/>
  22. Llamamiento de Eurocare en Bruselas sobre el daño del alcohol. Socidrogalcohol. <http://www.socidrogalcohol.org/ultimas-noticias/178-llamamiento-de-eurocare-en-bruselas-sobre-el-da%C3%B1o-del-alcohol.html>
  23. Boles S, Miotto K. Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2003;8:155-74.
  24. Schultz AB, Chen CY, Edington DW. The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 2009;27(5):365-78.
  25. Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez-Bueno MC, Blanco-Íñiguez A, Luna A. Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. *Adicciones*. 1996;8:419-28.
-

- 
- 
26. Catalá-López F, Genova M, Aleras F, Álvarez- Martín E, Fernández de Larrea-Baz N, et al. Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2013;6(2):80-5.
  27. Mohapatra S, Patra J, Popova S, Duhig A, Rehm J. Social cost of heavy drinking and alcohol dependence in high-income countries. *Int J Public Health*. 2010;55(3):149-57.
  28. Baser O, Chalk M, Rawson R, Gastfriend DR. Alcohol dependence treatments: comprehensive healthcare costs, utilization outcomes, and pharmacotherapy persistence. *Am J Manag Care*. 2011;17(Suppl 8):S222-S234.
  29. UKATT Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2005;331(7516):544-8.
  30. SAMHSA. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health. <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresults2012/NSDUHresults2012.pdf>
  31. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affective Disorders*. 2009;119:52-8.
  32. Gili M, Roca M, Basu M, Mckee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013 Feb;23(1):103-8.
  33. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002;97:279-92
  34. PAPPs. Programa para abordar el consumo de riesgo del alcohol desde la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo y semFYC. Aten Primaria. Junio 2014;46(IV):1-117.



---

## Documento de consenso sobre la deshabituación alcohólica

---

Con la colaboración de:

