

Relación entre el consumo de alcohol y los adultos mayores

Natalia Soengas

Versión web: <http://www.geriatriaclinica.com.ar>

El alcohol es la sustancia psicoactiva que más se usa y se ha usado en la historia de la humanidad. Con fines muy diversos, religiosos, festivos, alimentarios, como estimulante y desinhibidor ante situaciones que sin su uso no hubieran podido realizarse. Aceptado, consumido por casi todos nosotros y criticado también por su mal uso y abuso.

En el año 2007, Sara Aguilar Navarro publica un trabajo en mayores de 65 años en México, realizado en 2001 sobre una muestra de 4872 personas. Halló una dependencia alcohólica del 2,8% según la escala CAGE en esa población, de ellos 3% eran hombres y 0,46% eran mujeres. El abuso de alcohol en los mayores de 70 años, en esta muestra se daba sobre todo en los que vivían solos¹. Entre los años 1996 y 2006 Reynolds K tomó y relacionó 122 estudios, cohortes, casos control y observacionales sobre las enfermedades cerebrovasculares y el consumo de alcohol y encontró que el consumo excesivo de alcohol aumentaba el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), y que el consumo leve a moderado lo disminuía a expensas de disminuir los ACV isquémicos².

En el trabajo de Mukamal KJ se mostró que aumentaba las muertes por suicidio en ancianos, asociado más a la cantidad que se consumía de alcohol por vez, que a la frecuencia y a la cantidad total. Por ello se recomendaba tratar de limitar el consumo a no más de dos bebidas día³.

Entre los distintos usos del alcohol, están los malos usa-

dores, que lo consumen para lograr desinhibición ante una situación que le causa estrés, por ejemplo una reunión, una conferencia, una salida con amigos, etc. que lo expone socialmente y le da temor. Otros porque creen que tiene efectos que en realidad no posee, efecto como potenciadores de la actividad sexual, inductores del sueño, antidepresivo ante situaciones estresantes. Otros tienen un consumo elevado de alcohol, que no les produce problemas familiares, sociales ni legales pero les traen problemas de salud (falta de adherencia a tratamientos, inadecuada respuesta a fármacos, mayor incidencia de cáncer de páncreas, hígado, mama, ACV, IAM, etc. Estos dos tipos de consumidores tienen mayor riesgo de sufrir dependencia y abuso que el abstemio o el bebedor leve. Tienen riesgo también los usuarios ocasionales, que son aquellos que toman ocasionalmente pero cuando lo hacen no pueden dejar de consumir y pueden sufrir una intoxicación aguda, accidentes, actos de violencia o problemas legales.

Los que no beben nunca o solo lo hacen ocasionalmente y en pequeñas cantidades tienen menos riesgo de padecer una adicción.

Los que más chance tienen de padecer un trastorno asociado al alcohol son los que tienen tolerancia al consumo elevado; se cree que se debe a mayor producción de alcohol deshidrogenasa en los consumidores crónicos, y a cierta tolerancia celular a los efectos en los bebedores crónicos, sin síntomas de intoxicación aguda, ya que no tienen conciencia del riesgo que tiene en su salud el consumo elevado de alcohol. Otros con adicción o abuso establecido continúan el consumo de la sustancia, para evitar la aparición de un síndrome de abstinencia o supresión.

En el manual de diagnóstico psiquiátrico V (DSM V) se habla de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En el caso del alcohol habla de trastornos y no de adicción y codifica según sean leve, moderado o intoxicación por alcohol⁴.

La acción del alcohol en el organismo humano y los síntomas luego de beberlo comienzan entre los 15 y 60 minutos de la ingesta según la cantidad, y su eliminación es constante de 10 g por hora por el riñón (es el equivalente a 30 ml de whisky o una botella de cerveza). El nivel de alcohol en sangre disminuye de 4 a 7 mmol por hora.

La ingesta aguda de alcohol disminuye el metabolismo de algunas drogas por competición hormonal, mientras la ingesta crónica aumenta el metabolismo de otras drogas.

Aumentan el *clearance* del alcohol, el ácido ascórbico, la leche lo disminuye por retraso del vaciamiento gástrico. Aumentan su nivel en sangre la glutetimida, la cimetidina, la ranitidina. Aumentan sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) los inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRRS) – los antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA), anticonvulsivantes, neurolépticos, hidrato de cloral, etc.

En los ancianos, uno de los problemas mayores a los que nos enfrentamos por el consumo excesivo de alcohol es el subdiagnóstico originado muchas veces en el prejuicio del médico en averiguar acerca de su consumo y realizar su cuantificación, más que por la negación del problema por parte del paciente o de su familia.

El alcoholismo en el anciano tiene una mayor morbimortalidad que en los pacientes jóvenes, se asocia con una tasa mayor de suicidios, depende mucho de la actitud de sus parejas y personas convivientes que a veces tienen otras adicciones. El retiro del trabajo, la pérdida del mismo, las jubilaciones que no cubren las necesidades básicas, pueden provocar un aumento en el consumo, o inicio especialmente en las mujeres con la ida de los hijos. Tiene más importancia la cantidad que consumen cada vez que el total semanal de consumo.

El examen físico no difiere del que debemos hacer en forma habitual a cualquier paciente. A veces nos van a referir como síntomas que padecen: dispepsia, náuseas, sensación de plenitud gástrica, epigastralgia, temblor, problemas sexuales, inestabilidad en la marcha, trastornos del sueño. Como antecedentes nos pueden referir internaciones por accidentes laborales, en la vía pública, accidentes domésticos frecuentes, como caídas, quemaduras, fracturas, traumatismos de cráneo, sin que tengan una explicación del todo convincente.

Entonces debemos evaluar si al examinarlos encontramos vasodilatación facial, presencia de ramillete de capilares en distintas regiones corporales las *spiders* o arañitas vasculares especialmente visibles en la piel de la cara, torso y abdomen, sequedad bucal, aumento del ta-

maño parotídeo, mala higiene bucal, halitosis. Palidez de piel y mucosas, piel seca, podemos encontrar hipertensión arterial, secuelas de ACV, hallar un temblor fino distal, simétrico, manos calientes, ansiedad, irritabilidad, cambios de humor, dificultades cognitivas, déficit de atención durante la entrevista, puntos dolorosos en las maniobras palpatorias abdominales, sobre todo en epigastrio, hepatomegalia, circulación abdominal colateral, ascitis, atrofia testicular, ginecomastia, pérdida de masa muscular sobre todo en extremidades, edemas periféricos, alteraciones de la sensibilidad en miembros inferiores, alteración de faneras, onicomicosis, mala higiene, pérdida de vello corporal, más común en los hombres, y el vello de distribución sexual característico (hay que tener cuidado con ello porque estos últimos hallazgos en los muy ancianos pueden suceder sólo por disminución hormonal).

Si es un paciente que vemos en la internación y no de urgencia, por un motivo ajeno al alcohol y en forma programada, puede presentar un cuadro de abstinencia, un cuadro de confusión al que no encontramos otra explicación orgánica. Es más difícil sospecharlo en aquel anciano que falta a las citas médicas, que no alcanza los objetivos del tratamiento farmacológico a pesar de tomar las dosis y las drogas indicadas o que refiere no tener dinero para comprar medicación a pesar de tener un retiro que se lo permitiera. Puede que también consulte por enfermedades asociadas a un consumo elevado de alcohol o a un consumo excesivo durante años aunque ahora ya no persista, pero siempre quedan secuelas y es un factor de riesgo para otras enfermedades graves.

Por eso no solamente debemos preguntar si bebe o no alcohol, sino qué tipo de alcohol bebe –no es lo mismo beber vino, que cerveza, un aperitivo o una bebida destilada– y saber qué cantidad consume. Es diferente si hablamos de un hombre o mujer o si se trata de un mayor de 65 años. Algunos hablan de un máximo de 50 g de alcohol por día en el hombre adulto, y no más de 30 g/día en la mujer y en ambos sexos en los mayores de 65 años.

Primero hay que ver cómo se debe calcular el y para ello tenemos la fórmula que nos va a permitir realizar el cálculo exacto:

Cálculo de gramos de alcohol puro consumido

$0,79 \text{ g de alcohol puro} \times \text{g de alcohol en ml de bebida}$

A pesar de las nuevas tecnologías se sabe que la mejor herramienta diagnóstica del alcoholismo es que el médico lo sospeche y lo pregunte, y como ocurre con otras sustancias como el tabaco, cuando el médico da consejos y muestra el peligro potencial de seguir con un consumo excesivo muchos pacientes reflexionan más que con otras medidas.

A pesar de los trabajos que hablan de un efecto protector del consumo de vino tinto o de whisky en enferme-

dades vasculares, en los abstemios y en general no está aconsejado incentivar su consumo como factor protector. Siempre es mejor no consumir que hacerlo⁵.

Sí es cierto que en pacientes ancianos sin factores de riesgo de abuso ni comorbilidades psiquiátricas o físicas que puedan empeorar, se puede permitir el consumo leve de alcohol, ya que hace que no sufran tanta hiporexia con dietas muy restringidas en grasa y sodio y pierdan peso.

La escala de rastreo en población general más conocida es el cuestionario CAGE, cuyas letras son en inglés el inicio de la pregunta que debemos hacer a nuestros pacientes.

C (*cut down* = disminuir)

¿Alguna vez ha pensado que debería dejar de beber?

A (*annoyed* = molesto)

¿Alguna vez ha pensado que debería dejar de beber?

G (*guilt* = culpa)

¿Alguna vez se sintió culpable por una acción que realizó estando alcoholizado?

E (*eye opening* = al despertar)

¿Alguna vez ha tomado una copa para calmar los nervios?

El autor de este *test* lo presentó primero en una conferencia: Ewing JA, Rouse BA. Identifying the hidden alcoholic. Presented at the 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney, Australia, Feb, 3, 1970.

Y lo publicó varios años más tarde: Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252: 905-7

Fue validado al español por Rodríguez – Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11:132-9

Una respuesta positiva tiene una sensibilidad del 70% y una especificidad del 80%.

Con más de dos respuestas positivas el valor predictivo positivo VPP es del 75%; el resultado negativo no excluye los problemas con el alcohol y el positivo lo sugiere, por eso necesitamos otros estudios para corroborarlo.

Estudios complementarios de laboratorio y de imágenes

La gamma glutamil transpeptidasa (γ -GT) está aumentada en un 50-90% de los pacientes dependientes y en un 15% de los bebedores sociales. Si el valor es mayor de 35 u de γ -GT es sensible para indicar un consumo grave.

El volumen corpuscular medio de los eritrocitos (VCM) está aumentado y no solo en los casos de anemia por déficit de ácido fólico o cianocobalamina (vitamina B12), ya que puede no existir anemia ni défi-

cit nutricional y aún hallar macrocitosis ya que recordemos que el alcohol es un tóxico directo medular y actúa en la eritropoyesis. Nos puede indicar una ingesta crónica, abusiva o simplemente excesiva de alcohol.

Acerca de la transaminasa, la alanina aminotransferasa (ALT, TGP) podemos encontrarla aumentada, tiene una sensibilidad del 40% y una especificidad del 80%, hay trabajos que en ancianos no es tan sensible como en pacientes jóvenes y que un valor bajo puede estar asociado a fragilidad y mayor morbimortalidad⁶. También encontrar aumentada a la fosfatasa alcalina tiene una sensibilidad del 60% y una especificidad del 50%.

Podemos encontrar aumentado el nivel de triglicéridos, especialmente luego de ingestas importantes. La lipoproteína de alta densidad (HDL) puede estar elevada, también la lipoproteína de baja densidad (LDL), y se produce un aumento de la hiperuricemia por lo que es un desencadenante de crisis gotosa en pacientes crónicos aunque no sean alcohólicos.

En la mayoría de los hospitales podemos contar en la urgencia con un método diagnóstico incruento como una ecografía, radiológicamente podemos ver fracturas viejas, osteopenia, en estudios tomográficos o de resonancia nuclear magnética de cerebro podemos encontrar secuelas de isquemia, hemorragias, hematomas subdurales en distintos momentos de su evolución, que cursan frecuentemente sin que el anciano refiera haber sufrido golpes o traumatismos importantes.

Los tratamientos deben ser realizados por especialistas en adicciones, en general son psiquiatras que trabajan con otros profesionales para obtener el mejor resultado posible; eso no quiere decir que en la etapa de mantenimiento o en el tratamiento ambulatorio no nos involucremos en el seguimiento, pero no son enfermedades fáciles de afrontar sin el conocimiento y el equipo y lugar adecuados. Por eso como médicos de cabecera y de atención primaria, luego de hallarlas debemos derivarlas adecuadamente. Tratamientos adversivos de deshabitación del alcohol no se utilizan en ancianos por las contraindicaciones y reacciones adversas que produce, por ejemplo en pacientes con insuficiencia hepática, renal, cardíaca, epilepsia, diabetes, psicosis está contraindicado y se debe advertir acerca del consumo de productos que contengan alcohol, medicamentos elementos de higiene bucal, etc. Debemos recordar que produce depresión respiratoria, arritmias, convulsiones y puede ocasionar la muerte. Debemos tener cuidado con productos como el tóner, jarabe para la tos, enjuagues bucales, salsas, bebidas, productos de limpieza que pueden tener alcohol y también tenemos que cuidarnos de las reacciones semejantes al disulfiram con el uso conjunto de cefalosporinas, doxiciclina, metronidazol, clorpropamida, ketoconazol. Cuando los debemos usar, hay que prevenir a nuestros pacientes de no tomar alcohol porque se pueden producir palpitations, cefalea, náuseas, taquicardia, hipotensión aunque no tengan problemas con esta sustancia.

Se pueden utilizar en las alucinaciones y excitación psicomotriz drogas como el haloperidol, luego de que el paciente se halle compensado hemodinámicamente y estable se pueden utilizar drogas como la buspirona, fluoxetina para disminuir el interés y deseo, pero debemos saber que esta última es anorexígena y productora de ansiedad por lo que no es la mejor opción terapéutica en un anciano. Según si presentan ideaciones suicidas, alucinaciones, precisan la utilización de antipsicóticos, pero no hablaremos de eso ya que es materia del especialista, en un ambiente hospitalario o en una institución especializada con régimen cerrado y entorno protegido.

Si son pacientes crónicos, con recaídas, patología psiquiátrica asociada, el tratamiento debe ser prolongado, trabajar sobre las estrategias para mantener la abstinencia y disminuir el efecto de las sustancias de abuso.

Si la intoxicación aguda alcohólica es leve, presentan verborragia, desinhibición y euforia. Si es severa, aparece agresividad, irritación, alteraciones del juicio, depresión, irritabilidad, temblor, dificultad para concentrarse y pensar, dificultad para dormir, cefalea, sequedad de boca, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, alucinaciones visuales y auditivas, warning.

Debemos hacer el diagnóstico diferencial con un síndrome confusional o una tormenta tiroidea; no es imposible que un cuadro de hipoglucemia, aunque el paciente presente antecedentes de consumo, tenga otra enfermedad acompañante y lo peor que podemos hacer es adjudicar todas las complicaciones al alcohol.

Iniciar antes de dar suero glucosado tratamiento endovenoso con vitamina B1 endovenosa, por el riesgo de desencadenar una encefalopatía de Wernicke. Además del sostén hemodinámico del paciente y el control de enfermedades asociadas o complicaciones agudas, si tiene riesgo de convulsiones debemos administrarle lorazepam, ya que el 25% de los episodios las presentan.

Las complicaciones graves que merecen internación hospitalaria y atención del especialista son el *delirium tremens* caracterizado por aumento del temblor y signos autonómicos, mayor confusión, desorientación y las alucinaciones. Puede necesitar una unidad de cuidados críticos y seguro de la atención de un psiquiatra para el tratamiento de las alucinaciones terroríficas que en general presentan, y los cuadros de temblores que hacen de este cuadro acompañado de los trastornos disautonómicos un cuadro con una alta mortalidad.

Trastornos crónicos relacionados con el alcoholismo son los trastornos amnésicos y los trastornos cognitivos asociados al consumo de sustancias.

En la encefalopatía de Wernicke, en muchas oportunidades el diagnóstico se establece lamentablemente *post mortem*; en general, el déficit vitamínico y algunos síntomas comienzan antes del episodio grave y agudo. Por eso es tan importante suplementar a los pacientes en riesgo y en el episodio agudo administrarles tiamina, magnesio, antes de administrar glucosa e hidratarlos correctamente ya que el daño, sobre todo a nivel cerebral, puede ser irreversible y si sobrevive el paciente queda con una enfermedad de Wernicke y un probable síndrome de Korsakoff. Si se pasa a vía oral debe tener cobertura entérica adecuada ya que las reservas en el organismo no duran más de 18 días y tendríamos expuesto a nuestro paciente nuevamente. Además, recordemos que si son ancianos muchas veces consumen inhibidores de la bomba de protones y otros medicamentos que pueden dificultar más su absorción, más allá de que nuestro paciente continúe bebiendo.

Los síntomas cardiovasculares que presentan estos pacientes son: taquicardia, hipertensión arterial, arritmias, cardiomegalia y disnea.

Entre las alteraciones mentales halladas se caracterizan por tener el habla pastosa y lenta, no espontánea, somnolencia, desorientación, apatía hacia el entorno, amnesias, disfunciones sensoriales, hipotermia, neuropatías periféricas, afasias y alucinaciones.

Alteraciones en la visión como la oftalmoplejía, diplopía, nistagmo y estrabismo. Alteraciones cerebelosas y ataxia.

Nuestros pacientes ancianos pueden padecer un uso abusivo o excesivo de alcohol u otra sustancia o adicción, no cometamos el error de subdiagnosticarlo. Creemos el hábito de preguntar sobre si bebe no, cuantificarlo y dar recomendaciones sobre los potenciales riesgos, aunque nuestros pacientes sean añosos, y hayan podido superar su adicción los riesgos de comorbilidades siguen latentes y es nuestro deber el control, la prevención y el tratamiento de las mismas. Como lo sugieren trabajos que hablan cada vez más de trasplantes en ancianos y en recuperados de adicciones, no seamos nosotros los que cortemos la posibilidad de tratamiento por desconocer o ser negligentes en ofrecerles una posibilidad⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Navarro SG, Reyes Guerrero J, Borges G. Cognitive impairment and alcohol and cigarette consumption in Mexican adults older than 65 years (original in Spanish) *Salud Pública Méx.* 2007; 49 Supl. 4: S 467- S 474.
2. Reynolds K, Lewis BL, Nolen JD, Kinney GL, Bhavani S, Jiang J. Alcohol consumption and risk of stroke. *JAMA* 2003, 289(5): 579- 588.
3. Mukamal K, Kawachi I, Miller M, Rimm E. Drinking frequency and quantity and risk of suicide among man. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology.* 2007 42(2); 153-60.
4. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V), 5ta Edición, Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
5. Rizzuto D, Tratiglioni L. Lifestyle factors related to mortality and survival: mini review *Gerontology* 2014;60:327-335. Doi 10.1159/000356771.
6. Zhengtau L, Sanyung Q, Jing XT. Alanine aminotransferasa – old biomarker a review. *Int J Med Sci* 2014 Vol. 11 925-935. Consultado 26 de junio de 2016 <http://www.medsci.org>
7. Lucey M. Liver transplantation in patients with alcoholic liver disease. *Liver Transplantation* VI17, NO 1, 2011 751- 759.