



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL DEL OESTE

INGESTA DE ALCOHOL: ANÁLISIS DE SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar el título de Especialista en
Medicina Interna

Juxy Alejandra Bolívar Calderón

Nairelys Isabel Bonaldy Figuera

Tutora: Trina Navas

Caracas, enero 2017

Dra. Trina Navas
Tutora

Dra. Eva Essinfeld de Sekler
Directora del Curso de Especialización en Medicina Interna
Hospital General del Oeste

Dra. Trina Navas
Coordinadora del Curso de Especialización en Medicina Interna
Hospital General del Oeste

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	10
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	15
REFERENCIAS	23
ANEXOS	28

INGESTA DE ALCOHOL: ANALISIS DE SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD

Autor: Juxy Alejandra Bolívar Calderón, CI: V- 19475901. Sexo: Femenino
Telef.: 0414-7664760, Dirección: Hospital General del Oeste, Servicio de Medicina
Interna
email: jxalejandra@gmail.com
Curso de Especialización en Medicina Interna.

Autor: Nairelys Isabel Bonaldy Figuera, CI. V-19489196. Sexo: Femenino
Telef.: 04241140338, Dirección: Hospital General del Oeste, Servicio de Medicina
Interna
email: nairelysbfg@gmail.com
Curso de Especialización en Medicina Interna.

Tutora: Trina Navas, C.I. 5.064.162. Sexo: Femenino,
Email: wilownavasblanco@gmail.com .
Telef.: 04143169383, Dirección: Hospital General del Oeste, Servicio de Medicina
Interna.

Resumen:

Objetivo: Analizar la relación entre el uso de alcohol y la mortalidad. **Método:** Se diseñó una investigación de casos, retrospectiva y analítica, basada en la revisión de historias. La muestra estuvo comprendida por los fallecidos del Hospital General del Oeste hospitalización durante el periodo enero 2006 y enero 2016. Se clasificaron en dos grupos consumidores y no consumidores. **Tratamiento estadístico:** Se realizó: descripción estadística (medidas de tendencia central - promedios y DS-) y de proporción (porcentaje). Y la comparación a través de la T de student de dos colas o Chi cuadrado modificado para la muestra. **Resultados:** se revisaron 276 historias. El grupo A (no consumidores) tuvo 185 fallecidos y el grupo B (consumidores) fueron 91. En el grupo A 55,1% eran mujeres y en el grupo B 85,7% eran hombres. En el grupo A la edad promedio $65,4 \pm 19$ DS años y para el grupo B de $59,6 \pm 15,1$ DS años. En ambos grupos predominó el Graffar IV. El uso de otras drogas adictivas se observó en 69% en el grupo de B y del 42% en el A. La neumonía fue la causa de hospitalización mas frecuente en ambos grupos. La complicación principal fue la sepsis. La comparación entre mortalidad e ingesta de alcohol se relacionó estadísticamente solo con el tromboembolismo pulmonar. **Conclusión:** el consumo anormal predominó en los hombres, hubo

mayor frecuencia de uso de drogas adictivas en el grupo de consumidores y solo el tromboembolismo pulmonar se relacionó estadísticamente con la mortalidad.

Palabras claves: consumo de alcohol, mortalidad, drogas adictivas

Alcohol intake: analysis of its relationship with mortality

Abstract

Background: The consumption of alcohol is a public health problem and currently its relationship with multiple pathologies and mortality is known. **Objective:** To analyze the relationship between alcohol use and mortality. **Method:** an investigation of cases, retrospective and analytical, based on the review of clinical records is designed. The sample was intentional and not probabilistic and includes hospitalized patients who died in the Hospital General del Oeste, Caracas, Venezuela in any department between the January 2006 and January 2016, of any gender and older than 18 years. **Statistical treatment:** a statistical description was made through measures of central tendency (mean and SD) and percentage. Comparison of the frequencies of the variables was made through T student two tails for numeric and Chi square for the sample modified. **Results:** 276 stories were reviewed. Group A (non-consumers) had 185 deaths and group B (consumers) were 91. In group A 55.1% were women and in group B 85.7% were men. In group A the age average was 65.4 ± 19 SD years and for group B 59.6 ± 15.1 SD years. In both groups Graftar IV predominated. The use of other addictive drugs was observed in 69% in the B group and 42% in the A group. Pneumonia was the most frequent cause of hospitalization in both groups. The main complication was sepsis. The comparison between mortality and alcohol intake was statistically related only to pulmonary thromboembolism. **Conclusion:** abnormal consumption predominated in men, there was a higher frequency of addictive drug use in the consumer group and only pulmonary thromboembolism was statistically related to mortality

Keywords: alcohol consumption, mortality, addictive drugs

INTRODUCCIÓN

El uso de alcohol, en rango que implica riesgo y trastornos alcohólicos es común y está asociado con efectos adversos en la salud que repercuten en la sociedad.⁽¹⁾ En los Estados Unidos, según datos obtenidos en la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas III (NESARC-III) indican que el 14% de la población adulta actualmente tiene algún trastorno de consumo de alcohol y el 29% lo han tenido en algún momento de sus vidas; las mayores tasas se observan en hombres y personas jóvenes ⁽²⁾. El consumo de alcohol es poco saludable y es la tercera causa de muerte prevenible, con un costo alrededor de 220 billones de dólares cada año para USA ⁽³⁾.

Según el Informe mundial de la OMS para el 2014, la región de las Américas, junto con Europa, tenían las tasas más altas de consumo de alcohol en el mundo. También tienen la segunda tasa más alta de consumo episódico de alcohol (después de Europa), un patrón de consumo asociado con efectos nocivos para la salud. Además, el continente americano tiene el menor índice de personas sin consumo de alcohol de por vida. ⁽⁴⁾

El consumo nocivo de alcohol conlleva al desarrollo de complicaciones médicas, psiquiátricas y relacionadas a la conducta, cuyo riesgo incrementa con niveles elevados de consumo⁽⁵⁾, por lo que describir la relación entre el consumo de alcohol con cualquier causa de mortalidad, representa una necesidad epidemiológica, siendo el propósito de esta investigación describir las características demográficas, epidemiológicas, clínicas, clasificar la cantidad y tipo de consumo, así como relacionar el consumo de otras drogas con la mortalidad.

Planteamiento del problema

La población venezolana tiene una elevada tasa de consumo de alcohol, la cual ha venido en aumento en los últimos años y según informe de la OMS para el 2015 Venezuela fue el tercer país del continente americano con mayor consumo

de alcohol con un promedio en Venezuela con 8,9 per cápita ⁽⁶⁾ y pese a que múltiples estudios abordan la relación del consumo de alcohol con el desarrollo de diversas patologías, existe poca documentación sobre la relación entre éste y la mortalidad general. Actualmente no contamos con datos estadísticos sobre las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados en el Hospital General del Oeste que fallecieron por cualquier causa y si existía alguna relación con el consumo de alcohol.

Debe destacarse que el efecto nocivo del alcohol aumenta proporcionalmente con los niveles de consumo, por lo que es de suma importancia describir el tipo de sustancia, frecuencia y cantidad de la misma. Así mismo, este consumo se ha relacionado con el uso de otras drogas adictivas tanto de fines terapéuticos como recreacionales, por lo que esta investigación será útil no solo para identificar la asociación con la mortalidad; sino también, para identificar y clasificar el consumo adicional de otras sustancias adictivas.

Justificación e importancia.

Conocer la relación entre el consumo de alcohol y la mortalidad por cualquier causa nos permitirá conocer la epidemiología del país sobre el tema. Además, con los hallazgos de esta investigación se lograría documentar el uso de sustancias adictivas como factores de riesgo de mortalidad en nuestra realidad e iniciar en futuras investigaciones prospectivas un análisis mas detallado de la relación con la morbimortalidad; así como, plantar el desarrollo de estrategias para realizar una intervención oportuna en el abordaje de trastornos en el consumo de alcohol y/u otras drogas adictivas, para reforzar el nivel primario de prevención mediante el desarrollo de estrategias educativas a la población de riesgo y personas afectadas.

Antecedentes

Según la OMS, el alcohol es una causa importante de morbimortalidad tanto en países desarrollados como subdesarrollados, siendo la tercera causa (5%) de

riesgo global de carga de enfermedad medida en Años de Vida Ajustado a Discapacidad (AVAD).⁽⁷⁾

El alcohol está vinculado a más de 200 causas diferentes de enfermedad, condición o injuria (como se especifica en la clasificación internacional de enfermedades, en su 10° revisión).⁽⁸⁾ Las regiones con mayor proporción de muertes atribuibles a alcohol para el 2009, según la OMS fueron Europa del este (más de 1 de cada 10 muertes) y Latinoamérica (1 de cada 12 muertes).

Además de la pérdida directa de la salud debido a la adicción al alcohol, el alcohol es responsable de aproximadamente 20% de las muertes por accidentes de tránsito, 30% por cáncer de esófago, hepatocarcinoma, y homicidio, y 50% de las muertes debido a cirrosis hepática.⁽⁷⁾

En el reporte de la OMS de cerca de 340 mil muertes en el mundo son producto de cánceres atribuibles al consumo de alcohol.⁽⁹⁾ En Australia alrededor de 5000 casos de cáncer por año son atribuibles al consumo crónico de alcohol.⁽¹⁰⁾

En un estudio publicado en España, se describe una mortalidad ocho veces mayor en pacientes con trastorno por abuso o dependencia de alcohol respecto a la población general con edades entre 18 y 64 años de edad, y especialmente en el grupo comprendido entre 25 y 34 años, donde el aumento fué 15 veces mayor en hombres y 24 veces mayor en mujeres respecto a la población general. Este impacto afecta principalmente a los jóvenes y los adultos jóvenes, entre los cuales casi uno de cinco fallecidos es por un trastorno por abuso o dependencia del alcohol, cifra superior a la asociada al consumo de drogas ilegales en España.⁽¹¹⁾

Aunque también disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y diabetes^(12,13), en 2009, un total de 36.500 muertes en hombres y 12.500 en mujeres en Francia, fueron atribuidas al alcohol, demostrando un efecto perjudicial global del consumo moderado de alcohol.⁽¹⁴⁾

De acuerdo al Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas, publicado por la OMS, Venezuela tiene la tasa de mortalidad atribuible al consumo de alcohol más elevada de toda la región.⁽¹⁵⁾ Esto hace necesaria la caracterización de los pacientes en riesgo con estadísticas regionales.

Marco Teórico

El consumo excesivo de alcohol es uno de los problemas de salud pública de mayor magnitud relacionado con el consumo de una sustancia psicoactiva legal. Se conoce que afecta el desarrollo individual, la vida familiar y el desenvolvimiento social del sujeto. El consumo nocivo de alcohol es un factor importante que contribuye a la muerte, enfermedad o lesión; se estima que éste resulta en 2,5 millones de muertes aproximadamente cada año ^(4,6). Más de la mitad de esas muertes ocurren por enfermedades no notificables, incluyendo cáncer, cirrosis hepática y enfermedad cardiovascular. Un estimado de 4,5% de la carga mundial de morbilidad es causado por el consumo nocivo de alcohol ⁽⁴⁾. Existe una relación directa entre altos niveles de consumo de alcohol y aumento del riesgo de algunos tipos de cáncer, enfermedad hepática y enfermedad cardiovascular. Algunos datos epidemiológicos, generados principalmente en países de alto consumo, sugieren que patrones de consumo de bajo riesgo podrían tener efecto beneficioso en algunas enfermedades, sin embargo estos efectos tienden a desaparecer si el patrón de consumo está caracterizado por episodios de consumo excesivo. ⁽¹⁶⁾

Debido a los efectos sistémicos del consumo de alcohol, las múltiples patologías asociadas y una pobre nutrición, los individuos con un trastorno relacionado con el uso de alcohol frecuentemente requieren hospitalización por enfermedades relacionadas o no con el alcoholismo. Existen estudios que sugieren que entre el 20 y 40% de los pacientes hospitalizados tienen una condición relacionada al consumo de alcohol. ⁽¹⁷⁾

La clasificación internacional de enfermedades define el “uso” de alcohol como cualquier cantidad de consumo, independientemente de la frecuencia; “abuso” se considera consumo asociado con efectos adversos recurrentes y “dependencia” es el consumo que caracteriza un estado disfuncional. ⁽¹⁸⁾

El trastorno relacionado con el uso de alcohol es un patrón dañino de consumo que causa deterioro clínico significativo y ha sido explícitamente descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales IV (DSM IV). EL DSM V ha abandonado la categorización de “abuso” y “dependencia” que fueron previamente definidas en la versión anterior, a pesar de que el abuso y la dependencia de alcohol representan efectos fisiológicos diferentes del alcohol, con el propósito de clasificación. Estos términos han sido reemplazados por la caracterización de trastornos relacionados con el uso de alcohol ⁽¹⁷⁾.

Para el DSM V, se considera el diagnóstico de Trastorno relacionado con el consumo de alcohol si se cumple con 2 de los 11 criterios en los últimos 12 meses; la severidad de leve, moderado y severo está basado en el número de criterios cumplidos. Además la nueva clasificación de DSM V incluye el “craving” o deseo de consumo como uno de los criterios y así mismo elimina los problemas legales por el consumo de alcohol para realizar el diagnóstico.

En la actualidad existen múltiples cuestionarios de detección, diagnóstico y evaluación de dimensiones de los problemas relacionados con el alcohol. Dentro de los cuestionarios de detección destacan como más útiles, gracias a su validez, brevedad y sencillez, el CBA (Cuestionario Breve para Alcohólicos), el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) y el CAGE, éste último es el acrónimo en inglés de *cuttingdown, annoyance, guilty y eye-opener* (intento de suspensión, desagrado al ser criticado por el consumo, culpa y uso del trago despertador), se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta tan sólo de 4 ítems; 3 de ellos exploran aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica. El test de CAGE está diseñado para detección de alcoholismo, no incluye cantidad,

frecuencia, ni tiempo con una sensibilidad 65-95% y especificidad 40-95% ⁽¹⁹⁾. Sin embargo según la OMS, el AUDIT es el instrumento con mayor rendimiento para el despistaje de problemas relacionados con el alcohol.⁽²⁰⁾ Es importante señalar que en nuestro país no existe uniformidad en la forma de documentar en las historias el consumo de alcohol, lo que limita cualquier estudio para conclusiones definitivas.

El alcoholismo es considerado uno de los factores asociados a la disfunción familiar, destacando principalmente el impacto directo a los hijos de alcohólicos, el impacto sobre el matrimonio y la expresión de sentimientos negativos o la represión de los sentimientos ⁽²¹⁾. En el caso específico del alcoholismo, la literatura ha demostrado que hijos de alcohólicos corren cuatro veces mayor riesgo para el desarrollo del alcoholismo.⁽²²⁾ Los hijos de padres alcohólicos están expuestos los altos niveles de agresión y el conflicto civil, falta de apoyo familiar, o el comportamiento antisocial, padre agresivo, depresión de uno de los padres, dificultades financieras y el abuso sexual y / o físico. Los familiares de los alcohólicos manifiestan dolor, frustración, estrés, culpa, mal humor, impotencia, la soledad, la desconfianza, ira, ansiedad, inseguridad, aislamiento emocional y disminución autoestima.⁽²³⁾

La relación de confrontación entre el alcohol y su familia lleva al deterioro de las relaciones familiares, ya que familia interfiere entre el alcohólico y su objeto de deseo, alcohol. En muchos casos, este decaimiento es extrapolable a desajustes sociales, de modo que la mayoría de los alcohólicos se encuentran solos, o porque se aíslan, o porque se abandonan.⁽²⁴⁾

La sensación de bienestar que el alcohol y otras drogas adictivas producen, dificultan toda actividad personal o familiar para el beneficio del paciente. La frecuencia es tan importante en nuestro país, que deben iniciarse líneas de investigación que nos permitan hacer el perfil tanto de riesgo como de consumo anormal y los estados comórbidos que lo acompañan. La intención de este

razonamiento es mejorar la salud tanto del individuo como de su entorno y mejorar el conocimiento médico sobre el tema para ser eficientes en su abordaje.

Objetivo General

Analizar la relación entre el uso de alcohol y la mortalidad

Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas, epidemiológicas, clínicas, uso de sustancias adictivas, discapacidad y tipo de núcleo familiar.
2. Clasificar la cantidad y el tipo de consumo
3. Relacionar el tipo de consumo de alcohol con la mortalidad

Aspectos éticos

El estudio siguió los lineamientos jurídicos y éticos del país y también aquellos contemplados en la última modificación (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (“Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos”).

Al ser un estudio de carácter retrospectivo, esta investigación se clasifica como una “Investigación sin riesgo” ya que la revisión de las fichas no presenta ningún riesgo para los pacientes. Además se respetó el secreto médico de tal forma que en ningún caso se tomó información que pueda lesionar la privacidad de los pacientes y el uso de los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para esta investigación.

Métodos

Tipo de Estudio

Se trata de una investigación de casos, retrospectiva y analítica.

Población

Estuvo comprendida por los pacientes hospitalizados que fallecieron por cualquier causa en cualquier servicio del Hospital general del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”

Muestra

Fue intencional y no probabilística, comprendida por los pacientes fallecidos en el Hospital General del Oeste en los servicios de hospitalización entre el periodo enero 2006 y enero 2016, de cualquier género y mayores de 18 años. Debido a ser el primer estudio realizado en nuestro hospital sobre el tema no se restringió el ingreso de la historia de ningún paciente.

Se excluyeron para el análisis las historias que obvian los datos relativos al consumo de alcohol.

Procedimiento

Una vez aprobada por el servicio de Historias Médicas la revisión de las mismas, se procedió a revisar el periodo planteado todas las historias de los pacientes fallecidos y los valores de las variables fueron vaciados en una hoja de recolección de datos. Cada paciente fue clasificado según el consumo o no de sustancias adictivas en 2 grandes grupos:

Grupo A: grupo de no consumidores, donde se incluyeron los usuarios eventuales de alcohol.

Grupo B: grupo de consumidores donde se ubicaron aquellos cuya descripción sea compatible con abusadores, dependientes e ingesta compulsiva de alcohol.

En ambos grupos se identificaron el uso de otras sustancias adictivas como el tabaco, drogas recreacionales y abuso de medicinales.

Una vez culminada la recolección de datos, se procedió al análisis de cada grupo y su comparación.

Tratamiento estadístico

Se realizó una descripción estadística a través de medidas de tendencia central (promedios y DS) a las variables numéricas y en las variables categóricas se aplicó medidas de proporción (porcentaje). La comparación de las frecuencias de las variables se realizó a través de la T de student de dos colas para las variables numéricas y Chi cuadrado modificado para la muestra en variables categóricas con un nivel de significancia de 0,05.

RESULTADOS

El análisis de la mortalidad hospitalaria reveló un total del 1086 fallecidos durante el periodo enero 2006 y enero 2016 y se realizó la revisión de 297 historias recuperadas. Se excluyeron 21 historias por no documentar datos correspondientes al consumo de alcohol.

Por esta razón la investigación se basó en 276 historias de pacientes fallecidos. El promedio de edad fue $63,57 \pm 18,02$ DS años, con una distribución por género de 41,3% mujeres y 58,7% hombres. Al dividir el grupo total según el consumo o no de alcohol, se obtuvo el grupo A conformado por 185 pacientes, de los cuales 55,1% eran mujeres y 44,9% eran hombres, y el grupo B, con 91 pacientes, de los cuales ,3% eran mujeres y 85,7% eran hombres. Entre los pacientes del grupo A la edad promedio $65,4 \pm 19$ DS años y para el grupo B de $59,6 \pm 15,1$ DS años. La comparación entre géneros fue estadísticamente significativa en función de una alta frecuencia por el sexo masculino con un $p: 0,0000$.

El estrato socioeconómico no se reportó en 40,2% de las historias, sin embargo para ambos grupos la clasificación predominante fue Graffar IV y correspondió en el grupo A: 35,1% y el grupo B: 30,8%.

Las características del núcleo familiar no se pudieron evaluar según las características de: nuclear, extendida, funcional o disfuncional, pues las historias no contemplaron estos criterios. Se identificó el índice de Barthel en el servicio de Medicina Interna solamente y se encontró 7,6% de dependientes totales. En el resto de pacientes con patologías limitantes en otros servicios se desconoce el tipo de dependencia, porque este criterio no es aplicado habitualmente por otros especialistas.

La distribución en los servicios de hospitalización para ambos grupos fue predominante en medicina interna con un 86% en grupo A (consumo de OH) y 95% en grupo B, seguido de cirugía general con un 10% y 3% respectivamente.

El grupo A tuvo además 2,2% de pacientes en urología, 1% en traumatología y 0,5% en la unidad de cuidados intensivos. El resto del grupo B tuvo 1,1% en urología y 0,5% en cirugía maxilofacial.

El promedio de días de hospitalización para el grupo A fue 16 días y para el grupo B 14 días.

Entre los pacientes del grupo B, la prueba utilizada para clasificar el consumo de alcohol fue el test de CAGE, que se aplicó sólo en los pacientes evaluados por el servicio de medicina interna, y en el cual 12,1% tenía dos preguntas positivas (abuso – con riesgo), 16,5% tres preguntas (abuso - perjudicial) y cuatro preguntas (dependencia) 39,3%. Sólo se describió la ingesta compulsiva de alcohol en 2 historias. Esto se resume en 28,2% de abusadores de alcohol y 39,3% dependientes, con una edad promedio de inicio de consumo 18 años, y un tiempo de consumo promedio de 37años.

El uso concomitante de otras drogas adictivas se observó en el grupo B en un 69% de los casos. En el grupo A se reportó en 42%. El hábito tabáquico fue reportado 42% del grupo A y en 67% del grupo B, las drogas ilícitas en 3% del grupo A y 15% del grupo B, y la combinación de estos se observó en 3% del grupo A y 15% del grupo B.

La causa de hospitalización más frecuente en ambos grupos fue la neumonía y predominó en el grupo B con un 28%, mientras el grupo A tuvo 21%, el resto de causas de hospitalización fueron muy diversas para ambos grupos y se muestran en las tablas 1 y 2.

La patología asociada más frecuente fue la hipertensión arterial, la cual estuvo presente en el grupo A en 19,5% y en el grupo B en 17,7%. La cirrosis por alcohol estuvo presente en el grupo B en un 12,2%. La diabetes mellitus fue predominante

en el grupo A (10,6%) mientras que en el grupo B fue de 8,3%. El resto de patologías también fue muy diverso y se muestra en las tablas 3 y 4.

Dentro de las complicaciones intrahospitalarias, la más común fue la sepsis en ambos grupos, fue predominante en el grupo B con 35,2% y 28,1% en el grupo A.

Ambos grupos tuvieron las siguientes 3 causas de complicaciones: trastornos hidroelectrolíticos, neumonía y enfermedad renal aguda, el resto se muestra en las tablas 5 y 6

Las causas de muerte más comunes fueron: el shock séptico y las tres siguientes fueron diferentes en ambos grupos: en el grupo A tromboembolismo pulmonar, la cardiopatía isquémica y la enfermedad neoplásica; en el grupo B: la hemorragia digestiva superior, la cardiopatía isquémica y el SIDA, el resto se muestra en el gráfico 1.

La comparación de la muerte por diversas etiologías, según la prueba exacta de Fisher de 2 colas, resultó para la sepsis en $p: 0,5133$, pero fue estadísticamente significativa para el tromboembolismo pulmonar, estuvo en el límite para la cardiopatía isquémica y el resto no fue estadísticamente significativa con una $p:0,0480$. La hemorragia digestiva superior, neoplasia, cardiopatía isquémica y SIDA no tuvieron significancia estadística (tabla 7). Las patologías de baja frecuencia no fueron comparadas por poseer frecuencias muy similares en ambos grupos.

DISCUSIÓN

El consumo de alcohol es una costumbre que data de tiempos inmemoriales en la historia de la humanidad. Este hábito se ha relacionado con éxitos, fracasos, religión, enfermedad, tratamientos, aceptación social. Ha sido denominada como una droga lícita, lo que es criticable, pues al cumplir el concepto de una sustancia que genera dependencia y daño orgánico y/o psicosocial, estamos en el umbral ético de esta denominación.

De hecho, su asociación con diversas condiciones patológicas, hace necesaria la revisión de términos, con la respectiva educación en los pacientes y la población, para minimizar su daño.⁽⁷⁻¹⁰⁾

El estudio del consumo de alcohol es muy difícil. El hecho de que los parámetros de ingesta no estén del todo bien definidos de forma universal dificulta el análisis, limita las interpretaciones y puede sesgar la realización de cualquier estudio clínico. En esta investigación evidenciamos esa particularidad, expresada en las diferentes formas de interrogar y referir la ingesta de alcohol en la historia clínica según cada servicio, aun tratándose de una sola institución de salud.⁽¹¹⁾

En Estados Unidos se ha calculado que la prevalencia de abuso o dependencia de alcohol es del 4,7% y el 3,8% respectivamente, lo que lo sitúa como el trastorno psiquiátrico más prevalente después de los trastornos de ansiedad (11,08%) y los trastornos afectivos (9,21%).⁽¹¹⁾ En nuestra investigación la presencia de ingesta de alcohol en los pacientes analizados, estuvo presente en por lo menos el 33%. A pesar de tratarse de un estudio realizado sobre pacientes fallecidos, es importante señalar que nuestras cifras triplican las mencionadas.

El estudio "Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según la edad y el sexo?" que los jóvenes y las mujeres tienen mayor riesgo de una mortalidad prematura, especialmente en el grupo entre 25 y 34

años, con un exceso de mortalidad asociada al alcohol de 11,2 (IC del 95%: 7,8% – 16%).⁽¹¹⁾ En nuestro estudio el predominio de consumo fue de los hombres con una diferencia estadísticamente significativa, pero las edades tuvieron una distribución similar sin significancia estadística.

En contraste, respecto a las características demográficas de la población estudiada con consumo anormal de alcohol predominó el sexo masculino y obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, Esto señala probablemente un rasgo cultural propio del país. No debe olvidarse el sesgo de memoria o negación del tipo de ingesta que muchas veces contribuye a la interpretación incompleta de la realidad de cualquier estudio.

La edad de la muerte no mostró en el análisis, diferencias estadísticamente significativas, por lo que no puede analizarse la repercusión del alcohol en el tiempo de vida del paciente. Estos hallazgos nos señalan la importancia de conocer la epidemiología nacional del consumo para poder realizar una acción preventiva efectiva.

En cuanto a la edad, Guitart *et al.*, documentan un aumento de mortalidad en los pacientes con trastorno por abuso o dependencia del alcohol respecto a la población general del ámbito de estudio y destaca el grupo de 25 a 34 años de edad que, en comparación con la población general del mismo grupo de edad y sexo, tiene 15 veces más mortalidad en el caso de los hombres y 24 veces más en las mujeres. Haciendo énfasis en la relativa juventud de los fallecidos, con una media de edad de 50 años, lo que ratifica la mortalidad prematura de las personas con trastorno por consumo de alcohol descrita por otros autores.⁽¹¹⁾ La edad de muerte promedio en el grupo de pacientes con consumo de alcohol, descrita en nuestra investigación es de 60 años, con una edad máxima de 78 años comparado con el promedio de muerte del grupo de no consumidores que fue de 65 años y la edad mayor de 84 años respectivamente para el grupo de no

consumidores; esto señala una menor edad de muerte en los consumidores, pero no se puede hablar de temprana pues es muy parecida en ambos grupos.

En cuanto a la patología asociada, destaca en la literatura la mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en las mujeres (51%) respecto a los hombres (31,4%). Estas cifras no coinciden con nuestros hallazgos donde sólo se reportó la presencia de síndrome depresivo en 5 pacientes, 4 correspondientes al grupo de no consumidores y 1 paciente al grupo de consumidores. Otro aspecto a subrayar son los años de consumo de alcohol y la edad de inicio. Según esta investigación el inicio puede ser en la adolescencia y permanece a través del tiempo, con una mayor proporción de hombres con 25 o más años de consumo de alcohol (39,3% frente al 29,9% de las mujeres).⁽¹¹⁾ La importancia de esta descripción, es que a pesar de que la mortalidad se describe en forma similar en los dos grupos, la calidad de vida (que no era objetivo de esta investigación), es una variable que debe ser evaluada, porque con 30 años de ingesta promedio, las repercusiones familiares y sociales deben ser severas e irreversibles, hecho que vivimos durante hospitalización de los pacientes alcohólicos de nuestro país.

Sobre la enfermedad hepática, la relación es ampliamente conocida para la cirrosis hepática. El estudio de Yi *et al.*, demostró que los pacientes con ingesta diaria de por lo menos 5 copas (aproximadamente 45 g de alcohol) que denota mayor consumo semanal de alcohol, se asoció con un aumento claro de la mortalidad, que representó el 70% por enfermedades del hígado no neoplásicas, el 60% por cáncer del tracto digestivo superior.⁽²⁶⁾ En nuestra investigación la prevalencia de patologías hepáticas es mayor en el grupo de pacientes con consumo de alcohol que en los no consumidores, con una incidencia de cirrosis de etiología alcohólica de 24%, y ameritaron ingresos debido a hemorragia digestiva superior de 6.7% en comparación con un 2.7% en la población no consumidora, aunque esta última no fue estadísticamente significativa, tuvo importancia clínica evidente. Así mismo, la encefalopatía hepática representó el 12,1% de las causas de hospitalización en pacientes con consumo de alcohol.

Según Mehta *et al.*, en su evaluación del paciente con trastornos de ingesta de alcohol en pacientes críticos, cerca de 1 de 4 pacientes admitidos en la unidad de terapia intensiva tienen trastornos relacionados con el alcohol, y se relaciona el consumo patológico de alcohol con múltiples problemas clínicos. ⁽¹⁷⁾ En esta investigación solo un paciente se encontraba en la unidad de cuidados intensivos. Es importante recordar, que estos pacientes representan solamente la población que falleció, por lo tanto pudo haber mas que requirieron cuidados intensivos y sobrevivieron y el número podría ser mayor.

Los pacientes con trastornos asociados al consumo de alcohol no solo tienen mayor tendencia a desarrollar síndrome de abstinencia y otras condiciones que a menudo requieren cuidados críticos, usualmente desarrollan una mayor tasa de complicaciones, mayor estadía intrahospitalaria, mayor costos de recursos, y aumento considerable de la mortalidad comparado con pacientes con enfermedad crítica que no tenían abuso de alcohol. Los trastornos relacionados con el abuso de alcohol son encefalopatía, neumonía, distress respiratorio agudo, sepsis, hemorragia digestiva superior y traumatismos.⁽²⁸⁾

Similares resultados son descritos en nuestra investigación, donde, entre las complicaciones intrahospitalarias, la sepsis fue mayor dentro del grupo de pacientes con consumo de alcohol de 35% respecto a 28% en pacientes que no consumían alcohol. En contraste se describió una menor estancia intrahospitalaria de los pacientes consumidores de alcohol, asociada a una muerte mas temprana en comparación con el grupo de no consumidores. Es de hacer notar que el resto de las complicaciones fueron similares en ambos grupos.

Lindblad R *et al.*, realizaron una investigación basada en la comparación de la mortalidad de consumidores de sustancias que formaban parte de estudios clínicos con la población general, se encontró según género y ajustada por edad, que en mujeres la mortalidad fue más de cinco veces mayor, y para hombres era

más de tres veces más alto que sus pares comparables de género en la población general de Estados Unidos.⁽²⁷⁾ Se necesitan futuros análisis para definir por droga (alcohol, tabaquismo, ilícitas) los riesgos de forma mas exacta.

El uso concomitante de alcohol y otras drogas en nuestro estudio fue mayor en el grupo de pacientes consumidores de alcohol con un 69% respecto a un 42% en el grupo de no consumidores. Esto los convierte en una población de riesgo para mas de una conducta adictiva y dificulta su manejo. En el grupo de no consumidores el tabaquismo fue la adicción predominante.⁽²⁷⁾

En los pacientes con infección por VIH, la ingesta copiosa de alcohol de larga data se asoció mortalidad de toda causa de mientras que la ingesta elevada pero de inicio reciente, se asoció con mortalidad por enfermedad hepática fundamentalmente.⁽²⁸⁾

Sobre los subtipos de bebedores no se pudo concluir por lo heterogéneo de los patrones de ingesta en nuestra investigación, resultando la mortalidad en pacientes HIV mayor en el grupo de consumidores de alcohol con 16% respecto a 10% en los no consumidores aun sin significancia estadística.

La ingesta compulsiva de alcohol ha sido tomada en cuenta solamente en tiempos recientes.⁽²⁹⁾ En el mundo este tipo de ingesta se asocia con los adolescentes. En nuestro país esta sub estimado; y esto se podría demostrar, si las historias clínicas tuvieran clara la definición. En nuestro medio sucede la ingesta exclusiva de fines de semana y no es solo en los más jóvenes e impresiona como una costumbre socialmente aceptada y poco medida. En esta investigación se estimó en 2.2% de la población estudiada, sin embargo por ser una investigación retrospectiva, sin un patrón establecido de recolección de datos en las historias clínicas esta cifra puede estar siendo subestimada.

Roerecke M, plantea que el sesgo en el análisis de la epidemiología del alcohol es un problema grave, y que la práctica epidemiológica actual en la investigación del alcohol en relación con enfermedades crónicas puede beneficiarse determinando el patrón de consumo durante el curso de la vida. Los efectos de los trastornos por consumo de alcohol en la morbilidad y la mortalidad plantea la necesidad de mejorar la detección temprana del consumo de riesgo y problemático de alcohol, así como mejorar la descripción de patrones de consumo para identificar y prevenir riesgos potenciales.⁽²⁵⁾

La relación del consumo de alcohol con mortalidad por enfermedades oncológicas no se pudo demostrar en esta revisión. No obstante existe literatura de su relación y planteamientos abundantes de que debe ser tomado como un factor de riesgo.
(30)

La limitación más importante de este estudio es la historia clínica. La diversidad de formas en que se toma la información sobre la ingesta de alcohol, no permite hacer un análisis más fidedigno de la realidad. Es por ello que esta investigación señala a la necesidad de un trabajo multidisciplinario para unificar por cada institución e inclusive a nivel nacional la forma de recolectar la información en la historia clínica, sobre el tema.

El otro punto importante, es la limitación de los servicios de historias médicas, los cuales deben estar acordes con los avances tecnológicos y facilitar este tipo de investigación la cual corresponde a un valor incalculable, pues guarda la memoria de la realidad del país y solo conociéndola podemos influir en ella para modificarla a favor de la salud y los planes de atención médica en cualquier área que estudiemos.

Es importante señalar que la ingesta de alcohol en esta investigación se documentó hasta edades avanzadas. Este hallazgo es compartido con otros

autores quienes señalan que en la tercera en edad también existe el hábito de forma anormal.⁽³¹⁾

Queda claro que la mortalidad fue muy diversa y que la limitación en la recolección de la información, solo deja al azar la relación entre mortalidad e ingesta de alcohol, que era nuestra meta al iniciar el estudio. Sin embargo; encontramos que las causas de mortalidad no coinciden con las principales causas de mortalidad de la población general venezolana publicadas por el MPPS en el anuario del 2011, donde la primera causa son las enfermedades del corazón, seguidas de las causas neoplásicas y enfermedades cerebrovasculares, la diabetes y las muertes violentas ocupaban el cuarto y quinto lugar respectivamente.⁽³²⁾

Al comparar las causas más importantes entre los grupos de consumidores y no consumidores no se observó diferencia estadísticamente significativa con excepción del tromboembolismo pulmonar y las neoplasias que obtuvieron un p límite. La relación de estas dos situaciones clínicas no está del todo clara, existen estudios señalan una posible relación de riesgo, sobre todo en el abuso y otros que señalan la inexactitud de dicha relación.^(33,34) No debe olvidarse que la severidad de la patología de base puede ser el factor de riesgo mas importante para la enfermedad tromboembólica venosa en cualquiera de sus formas, por lo que este hallazgo solo señalaría una línea de investigación a seguir en nuestra realidad. El cáncer ha sido señalado también con una relación de riesgo con el alcohol. Si bien en esta investigación la asociación estadística fue limítrofe, no debe dejar de considerarse que la prevención del cáncer debe incluir al alcohol como factor de riesgo.⁽³⁵⁻³⁷⁾ La diversidad del resto de patologías con las que se asocia el consumo anormal de alcohol están bien documentadas tal y como lo encontramos en nuestra investigación.⁽³⁸⁾ Un estudio brasilero encuentra de forma similar edades de deceso en el norte del país con edades entre 50 y 69 años de predominio masculino.⁽³⁹⁾ Esto puede deberse a que la muestra estudiada está sesgada por el bajo número de historias evaluadas si partimos de la realidad de la mortalidad en el lapso de investigación o a otros factores no contemplados en la

investigación tales como cuidados en salud, nivel de conocimiento sobre las enfermedades, acceso a la salud entre las mas importantes.

- Conclusiones

- Hubo mayor consumo de alcohol por parte de los hombres
- La historias en servicios diferentes a medicina interna realizan una recolección de datos incorrecta sobre la ingesta alcohólica
- La causa de muerte más importante fue similar para ambos grupos: la sepsis
- El tromboembolismo pulmonar obtuvo una relación estadísticamente significativa con la mortalidad
- La diversidad de motivos de ingreso y estados comorbidos fue similar en ambos grupos, menos en el grupo de consumidores donde la hemorragia digestiva superior tuvo mayor frecuencia y la encefalopatía hepática que estuvo presente solamente en este.

- Recomendaciones

- Instar a todos los médicos y al sistema de salud a educar sobre la ingesta alcohólica y sus consecuencias
- Diseñar una estrategia común institucionnal y/o nacional para la recolección de datos sobre el consumo de alcohol en la historia clínica y asi poder conocer la realidad nacional
- Mantener la línea de investigación sobre la asociación de la ingesta anormal de alcohol y sus consecuencias en salud para poder guiar acciones preventivas efectivas.

REFERENCIAS

1. E. Jennifer Edelman, David A. Fiellin. Alcohol use. *Ann Intern Med.* 2016. 164(1):ITC1-ITC16. doi:10.7326/AITC201601050
2. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72:757-66. [PMID: 26039070] doi:10.1001 /jamapsychiatry.2015 .0584
3. Alcohol Facts and Statistics. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [Internet]. 2015 [citado 14 Feb 2016] Disponible en: <http://niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-facts-and-statistics>
4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2011. 85pp
5. Holt SR, Fiellin DA. Unhealthy alcohol use. *Scientific American Medicine*; 2014.
6. World Health Organization, Global status report on alcohol and health, 2014 392pp.
7. World Health Organization: Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks Geneva, Suiza, World Health Organization; 2009, 70pp
8. Rehm Rehm, Shield Kevin. Alcohol and Mortality: Global Alcohol-Attributable Deaths From Cancer, Liver Cirrhosis, and Injury in 2010, *Alcohol Research: Current Reviews*, Volume 35, Issue Number 2 [Citado el 27 de feb] Disponible en <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/174-183.htm>
9. Stewart B, Wild C, eds. *World Cancer Report 2014*. International Agency for Research on Cancer / World Health Organization. Lyon; 2014.
10. Miller et al. Message on a bottle: are alcohol warning labels about cancer appropriate?. *BMC Public Health* (2016) 16:139 DOI 10.1186/s12889-016-2812-8

11. Guitart Anna et al. Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según la edad y el sexo? *Gac Sanit.* 2011;25(5):385–390
12. Holmes Michael et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ* 2014; 349:g4164 doi: 10.1136/bmj.g4164
13. Bahareh Rasouli et al. Alcohol and the risk for latent autoimmune diabetes in adults: results based on Swedish ESTRID. *European Journal of Endocrinology* (2014) 171, 535–543
14. Guérin Sylvie et al. Alcohol-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health.* 2013. pp1–6. doi:10.1093/eurpub/ckt015
15. Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2015.
16. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. 2011. Italy. Pp176
17. Ashish Jitendra Mehta. Alcoholism and critical illness: A review. *World J Crit Care Med* 2016 February 4; 5(1): 27-35 ISSN 2220-3141 (online)
18. Martins-Oliveira JG, Jorge KO, et al. Risk of alcohol dependence: prevalence, related problems and socioeconomic factors. *Cien Saude Colet.* 2016 Jan;21(1):17-26
19. Sáiz, P.A. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones* 2002. Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. VOL. 14, SUPL. 1
20. Babor Thomas F. et al. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. 2001. pp: 40
21. Manguairal Suzana, Oliveira Lopes Marcos. Dysfunctional family in the context of alcoholism: concept analysis. Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Núcleo de Enfermagem. Submissão: 18-08-2012 Aprovação: 16-12-2013

22. Silva LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftun MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(3):585-90.
23. Son JY, Choi YJ. The effect of an anger management program for family members of patients with alcohol use disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2010;24(1):38–45.
24. Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(6):1028-
25. Roerecke M. On bias in alcohol epidemiology and the search for the perfect study. *Addiction.* 2016 Sep 20. doi: 10.1111/add.13549. [Epub ahead of print] consultada el 11 de octubre de 2016 en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13549/epdf>
26. Yi SW, Hong JS, Yi JJ, Ohrr H. Impact of alcohol consumption and body mass index on mortality from nonneoplastic liver diseases, upper aerodigestive tract cancers, and alcohol use disorders in Korean older middle-aged men: Prospective cohort study. *Medicine (Baltimore).* 2016 95(39):e4876. Consultada el 11 de octubre de 2016 en <http://journals.lww.com/md-journal/pages/articleviewer.aspx?year=2016&issue=09270&article=00029&type=abstract>
27. Lindblad R, Hu L, Oden N, Wakim P, Rosa C, Van Veldhuisen P. Mortality Rates Among Substance Use Disorder Participants in Clinical Trials: Pooled Analysis of Twenty-Two Clinical Trials Within the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *J Subst Abuse Treat.* 2016 Nov;70:73-80.
28. Canan CE, Lau B, Mc Caul ME, Keruly J, Moore RD, Chander G. Effect of alcohol consumption on all-cause and liver-related mortality among HIV-infected individuals. *HIV Med.* 2016. Consultada el 11 de Octubre de 2016 en http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hiv.12433/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
29. Correias A, Cuesta P, López-Caneda E, Rodríguez Holguín S, M.García-Moreno L, Pineda-Pardo JA, Cadaveira F, Maestú F. Functional and structural

brain connectivity of young binge drinkers: a follow-up study. *Sci Rep.* 2016 10;6:31293. consultada el 11 de octubre de 2016 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4978962/pdf/srep31293.pdf>

30. Ambade A, Satishchandran A, Szabo G. Alcoholic hepatitis accelerates early hepatobiliary cancer by increasing stemness and miR-122-mediated HIF-1 α activation. *Sci Rep.* 2016 18;6:21340

31. Luiz Guidolin L, Gomes da I, Lopes Nogueira E, Pascoal Ribeiro F, Cataldo Neto A. Patterns of alcohol use in an elderly sample enrolled in the Family Health Strategy program in the city of Porto alegre, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016, 21(1):27-35

32. Ministerio del poder popular para la salud. Anuario de morbilidad. Consultado el 18 de enero de 2016 en <https://drive.google.com/drive/folders/0By6RZhEq4ajUjFEeDg5dnVsVTQ>

33. Zöller B, Ji J, Sundquist J, Sundquist K Alcohol use disorders are associated with venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis* 2015 Aug;40(2):167-73.

34. Lippi G, Mattiuzzi C, Franchini M. Alcohol consumption and venous thromboembolism: friend or foe? *Intern Emerg Med* 2015 Dec;10(8):907-13

35. Balogh J, Victor D , Asham EH, Burroughs SG, Boktour M, Saharia A, Li X, Ghobrial RM, Monsour HP Jr. Hepatocellular carcinoma: a review. *J Hepatocell Carcinoma.* 2016 Oct 5;3:41-53. eCollection 2016. Consultada el 9 de noviembre de 2016 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5063561/>

36. Ben Q, Zhong J, Fei J, Chen H, Yv L, Tan J, Yuan Y. Risk Factors for Sporadic Pancreatic Neuroendocrine Tumors: A Case-Control Study. *Sci Rep.* 2016 Oct 26;6:36073. Consultada el 9 de noviembre de 2016 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080551/>

37. Cheng XJ, Lin JC, Tu SP Etiology and Prevention of Gastric Cancer. *Gastrointest Tumors.* 2016 Sep;3(1):25-36.

38. Mukamal KJ, Clowry CM, Murray MM, Hendriks HF, Rimm EB, Sink KM, Adebamowo CA, Dragsted LO, Lapinski PS, Lazo M, Krystal JH Moderate Alcohol Consumption and Chronic Disease: The Case for a Long-Term Trial. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016 Nov;40(11):2283-2291.

39. Posenato Garcia L, Rolim Santana Freitas L, Pinheiro Gawryszewski V, Carmen Duarte E. Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. Rev Panam Salud Publica 38(4), 2015

Anexo 1

Declaración de confidencialidad

Por medio de la presente declaración, nosotras las residentes de tercer año Juxy Alejandra Bolívar Calderón, CI: V- 19475901 y Nairelys Isabel Bonaldy Figuera, CI. V-19489196, en conjunto con nuestra tutora la Dra. Trina Navas, CI: 5964162, especialista, todas pertenecientes al Servicio de Medicina Interna del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, hacemos público nuestro los datos obtenidos en esta investigación serán utilizados exclusivamente para esta investigación, sin hacer uso de identificación personal de ningún paciente. Todo en respeto al Secreto Médico y Declaración de los principios de la Investigación Biomédica de la UNESCO.

Caracas, a los 20 días del mes de marzo del año dos mil dieciséis.

Juxy Alejandra Bolívar Calderón
CI: V- 19475901

Nairelys Isabel Bonaldy Figuera
CI. V-19489196

Anexo 2

Hoja de recolección de datos

Investigación: Ingesta de Alcohol: Análisis de Su Relación con la Mortalidad
 Autores: Juxy Alejandra Bolívar Calderón y Nairelys Isabel Bonaldy Figuera

Identificación	No.: historia:		Servicio:
Edad:	Género:	Graffar:	Ocupación:
Sexo	Definición biológica del género	Cualitativos	Femenino o masculino
Tipo de familia	Funcional <input type="checkbox"/> disfuncional <input type="checkbox"/>		Nuclear <input type="checkbox"/> extendida <input type="checkbox"/>
	Número de hijos:		Número de familias formadas
Discapacidad	Presente <input type="checkbox"/>	Ausente <input type="checkbox"/>	Escala de Barthel:
Causa de hospitalización:			
Diagnósticos adicionales:			
Tiempo de hospitalización:		Reingreso <input type="checkbox"/>	Numero de reingresos: <input type="checkbox"/>
Complicaciones intrahospitalarias			
Consume alcohol Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad de inicio:	Escala: Clasificación: Sin Escala:	Tiempo de consumo: Intento de cesación: Tiempo sin consumir: Ingesta compulsiva:	
Tabáquicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad de inicio:	Paquetes años: Estimación:	Tiempo de consumo: Intento de cesación: Tiempo sin consumir Consumo compulsivo:	
Consumo de otras sustancias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuales;	Para cada una: Tiempo de consumo: Intento de cesación: Tiempo sin consumir Consumo compulsivo:	
Causa de muerte	Situación que precipita el cese de la vida	Cualitativa	Diagnóstico según criterios internacionales

Anexo 3

Resultados

Tabla 1. Causa de hospitalización en el grupo A.

CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	%
Neumonía	25,9
Infección del tracto urinario	13,0
Síndrome Coronario Agudo	8,6
Sepsis	7,6
Enfermedad Cerebrovascular	6,5
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	5,4
Síndrome diarreico agudo	4,9
Infección de piel y partes blandas	4,3
Hemorragia digestiva superior, Neuroinfección, Hipoglicemia (cada uno)	2,7
Broncoaspiración, Síndrome mental orgánico	2,2
Pie diabético, Obstrucción intestinal (cada uno)	
Cetoacidosis diabética, Estado hiperosmolar,	1,6
Cáncer de colon, Síndrome icterico obstructivo, Abdomen agudo (cada uno)	
Neumocistosis, Pancreatitis, Síndrome convulsivo, Anemia, Politraumatismo,	1,1
Cáncer de pulmón, Neurológicos, Patología abdominal quirúrgica, Insuficiencia renal aguda, Síndrome de desgaste orgánico, Trombosis venosa profunda (cada uno)	

Derrame pleural, Histoplasmosis diseminada, 0,5

Síndrome diarreico crónico, Disfagia, Hemorragia digestiva inferior, Encefalopatía hepática, Síncope, Hiperglicemia, Pancitopenia,

Trombocitopenia, Apendicitis, Herida por arma de fuego, Emergencia dialítica, Miasis vaginal,

Síndrome febril prolongado, Síndrome febril agudo, Crecimiento prostático, Trastorno hidroelectrolítico (cada uno)

Tabla 2. Causa de hospitalización en el grupo B

Causa de hospitalización	%
Neumonía	33,0
Encefalopatía hepática	12,1
SCA	7,7
Hemorragia digestiva, superior, Enfermedad Cerebrovascular (cada uno)	6,6
Infeción del tracto urinario, Sepsis	4,4
Estado hiperosmolar	3,3
Arritmias, Neumocistosis,	2,2
Hipoglicemia, Broncoaspiración, TB pulmonar, Síndrome adenomegálico (cada una)	
Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Artritis séptica, Infección de piel y partes blandas, Peritonitis bacteriana espontánea, Angina de Ludwig, Pancreatitis, Síndrome diarreico agudo,	1,1
Síndrome diarreico crónico, Dolor abdominal, Síndrome mental orgánico, Síndrome convulsivo, Neuroinfección, Cetoacidosis diabética, Pancitopenia, Anemia, Trombocitopenia, Politraumatismo, Tumor de mediastino, Diverticulitis, Fístula rectovesical, Síndrome febril prolongado, Síndrome febril agudo, Trombosis Venosa Profunda, Hepatoesplenomegalia,	

Tabla 3. Grupo A: diagnósticos adicionales

DIAGNÓSTICO ADICIONAL	%
Hipertensión arterial	41,6
Diabetes mellitus	23,2
Insuficiencia cardíaca, Síndrome de desgaste orgánico	14,1
Enfermedad renal crónica	13,0
Cardiopatía isquémica crónica	12,4
SIDA	10,8
Enfermedades Hematológicas	10,3
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Síndrome de fragilidad del anciano (cada uno)	8,1
Arritmias, Enfermedad cerebral multinfarto	6,5
Demencia vascular	4,3
Litiasis vesicular	2,7
Trastornos de la conducción cardíaca, Asma, Crecimiento prostático, Hernia inguinal, Síndrome depresivo, Obesidad (cada uno)	2,2
Cirrosis viral, Esquizofrenia, Artritis reumatoide,	1,6
Caso social, Lupus Eritematosos Sistémico (cada uno)	
TB pulmonar, Enfermedad de Alzheimer, TB diseminada, Cáncer vesical, Cáncer de próstata, Tumor pélvico, (cada uno)	1,1
Hipotiroidismo, Pie diabético, Fibrosis pulmonar,	0,5
Derrame pleural, Hepatitis, Síndrome convulsivo,	
Encefalitis, Parálisis cerebral secuelar de la infancia, tumor abdominal, tumor en pulmón,	

Cáncer renal, Cáncer gástrico, Linfoma,

Cáncer de colon, Cáncer epidermoide, Trombosis venosa profunda, VDRL reactivo, Esclerosis lateral amiotrófica, Esclerosis múltiple (cada uno)

Tabla 4. Grupo B: diagnósticos adicionales

DIAGNÓSTICO ADICIONAL	%
Hipertensión arterial	35
Cirrosis por alcohol	24
SIDA	19
Diabetes mellitus	16
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad renal crónica	12
Enfermedad cerebral multiinfarto	7
Cardiopatía isquémica crónica, Insuficiencia cardíaca, Litiasis vesicular, (cada uno)	5
Crecimiento prostático, Caso social	4
Arritmias, Cirrosis viral, LOE pulmón, síndrome de desgaste orgánico, Síndrome de fragilidad del anciano, (cada uno)	3
Asma, TB pulmonar, síndrome convulsivo, TB diseminada, Enfermedades hematológicas, Artritis reumatoidea, (cada uno)	2
Trastornos de conducción, Hipotiroidismo, Pie diabético, Fibrosis pulmonar, Absceso hepático, Cirrosis biliar primaria, Disfagia,	1
Demencia senil, Encefalitis, Peritonitis bacteriana espontanea, Cáncer renal, Linfoma, Cáncer de próstata, Cáncer de esófago, Cáncer gástrico, Síndrome depresivo,	
VDRL reactivo, (cada uno)	

Tabla 5. Grupo A. Complicaciones intrahospitalarias

COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS	%
Sepsis	28,1
Trastorno hidroelectrolítico	14,1
Insuficiencia renal aguda	11,4
Neumonía	10,8
Infección del tracto urinario	8,6
Síndrome vena cava superior, Broncoaspiración (cada uno)	4,9
Derrame pleural	3,8
Síndrome coronario agudo	3,2
Síndrome convulsivo	1,6
Hiperglicemia, Cetoacidosis, Neumotórax, ECV hemorrágico, (cada uno)	1,1
Arritmias, Insuficiencia cardiaca, Edema agudo de pulmón, Flebitis, Fascitis necrotizante, Tromboembolismo pulmonar, Trauma cráneo encefálico severo, Encefalopatía hepática, Meningitis, Obstrucción intestinal, Peritonitis, (cada uno)	0,5

Tabla 6. Grupo B: complicaciones intrahospitalarias

COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS	%
Sepsis	35,2
Neumonía, Trastorno hidroelectrolítico (cada uno)	12,1
Enfermedad renal aguda	11,0
Broncoaspiración	9,9
Derrame pleural	4,4
Infección del tracto urinario, Endocarditis, Síndrome hepatorenal,	3,3
Encefalopatía hepática, Hematológicas, (cada uno)	
Peritonitis bacteriana espontanea, Hemorragia digestiva superior,	2,2
Insuficiencia hepática,	
Síndrome coronario agudo, Arritmias, Neuroinfección,	
Candidiasis orofaríngea, Nefropatía por HIV, Neumotórax,	1,1
Insuficiencia respiratoria, hemorragia pulmonar, Obstrucción intestinal,	
Síndrome de abstinencia, Hipoglicemia, Tromboembolismo pulmonar,	
Trombosis venosa profunda, (cada uno)	

Gráfico 1. Causas de muerte más comunes.

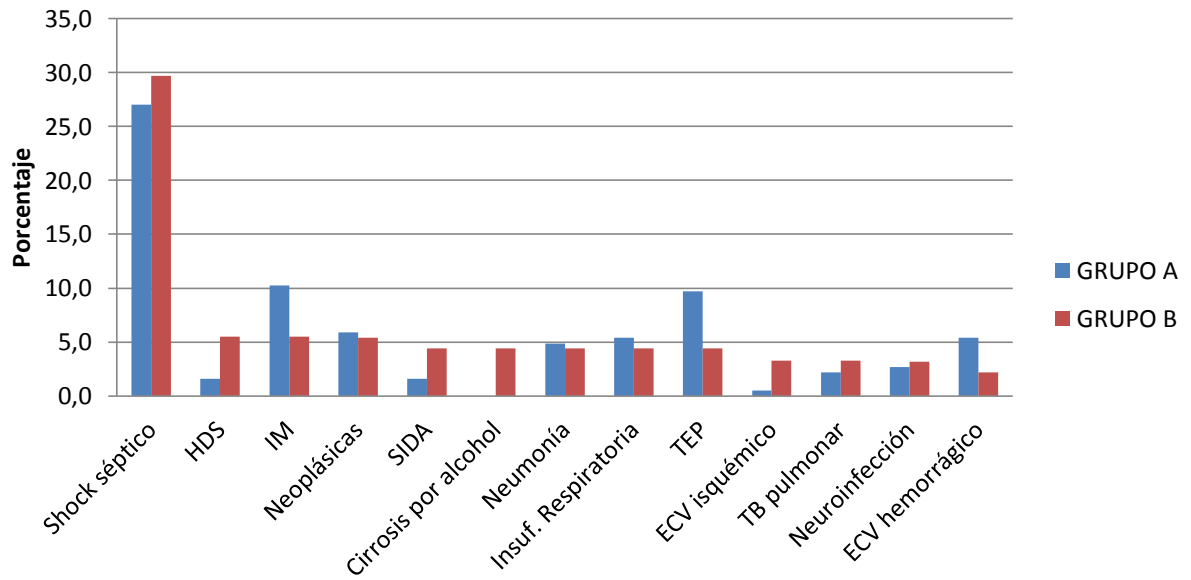


Tabla 7. Comparación entre patologías y consumo anormal de alcohol

Patología	p
Sepsis	0,4499
Hemorragia digestiva superior	0,5806
Neoplasia	0,0507
Tromboembolismo pulmonar	0,0480
Cardiopatía Isquémica	0,1647
SIDA	0.1830