

Recibido: 3 de enero de 2017.

Aceptado: 30 de marzo de 2017.

<sup>1</sup> Docentes de la Universidad Nacional de La Matanza.<sup>2</sup> Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

**AUTOR PARA CORRESPONDENCIA**

Dr. Pascual Valdez. Gascón 655 11 "E". Tel.: +54 (11) 4864-3622. Correo electrónico: rpascual46@gmail.com

# ESTUDIO DE PREVALENCIA SOBRE ALCOHOLISMO Y FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES INTERNADOS

## PREVALENCE STUDY OF ALCOHOLISM AND ASSOCIATED CLINICAL FACTORS IN INPATIENTS

Pascual Valdez,<sup>1</sup> Hugo Milione,<sup>1</sup> Cristián Panigadi,<sup>1</sup> Diego Fernández,<sup>1</sup> Sabrina Andreacchio,<sup>2</sup> Sebastián Arias,<sup>2</sup> Gabriela Balbuena,<sup>2</sup> Carla Lezcano,<sup>2</sup> Carolina Alfano,<sup>2</sup> Catalina Breit,<sup>2</sup> Mauro De Casali,<sup>2</sup> Nayla Denis,<sup>2</sup> Gabriela Nieto,<sup>2</sup> Jessica Martínez Leiva<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** A pesar de que el alcoholismo es un grave problema de salud pública, hay pocos trabajos publicados acerca de incidencia y clínica en instituciones psiquiátricas o en hospitales generales. **Objetivos.** Determinar la prevalencia del alcoholismo en internados, cuantificar factores clínicos asociados y medir alteraciones clínicas o humorales vinculadas a alcohol o a hepatopatía comparando hallazgos en pacientes con consumo de alcohol y sin él. **Material y métodos.** Estudio prospectivo, observacional, transversal, analítico. Población: pacientes internados en sala de clínica médica en cinco hospitales. Muestra aleatorizada. Se abordaron 126 pacientes de un total de 160 camas (78,75%) donde los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza realizan sus prácticas de la asignatura Campos Clínicos. Estadística descriptiva e inferencial. **Resultados.** Edad media  $\pm$  ES 57,54  $\pm$  1,78; intervalo de confianza (IC) del 95%: 54,00; 61,08; mediana  $\pm$  MAD: 60,50  $\pm$  14,50. Varones, 52,60%. Máximo nivel educativo: primario, 58%; secundario, 38,30%. Mediana de internación, 10  $\pm$  6 días. Mediana de internaciones previas, 3  $\pm$  1. Respecto del estado socioeconómico, pueden cubrir sus necesidades sin problemas, 7,8%; poseen ingreso fijo y estable, pero reducido, 53,90%, y no poseen un ingreso fijo, 38,30%. El motivo de internación está vinculado al alcohol en el 4,90% y a una hepatopatía en el 7,30% (en el 4,90% hay coincidencia). Las patologías asociadas más frecuentes son hipertensión (48,41%), enfermedades respiratorias (37,30%), cardiopatías (34,12%), diabetes (23,01%), infecciones urinarias (17,46%), neoplasias (15,87%), trastornos cognitivos (14,28%), hepatopatías previas (13,49%) e insuficiencias renales (13,49%). El 28,57% consume alcohol habitualmente; el 22,20% lo consumió en el último mes. De los consumidores, el 34% realiza un consumo diario; el 54% lo hace de manera esporádica, y el 12%, los fines de semana. Consumo diario (en gramos): media  $\pm$  ES 61,29  $\pm$  12,81 (IC 95: 35,63; 88,22); mediana  $\pm$  MAD 35,00  $\pm$  23,50. El 20,20% maneja vehículos. El 27,80% ha tenido cuadros de abstinencia o borrachera. El 2,30% de las mujeres han tomado alcohol durante el embarazo. Los hallazgos físicos más comunes son edema de miembros inferiores (48,41%), dolor en hipocondrio derecho (20,63%) y hepato o esplenomegalia (25,39%). Pacientes con Hb < 12: 31,74%; Goat > 60: 21,42%; BT > 2: 9,75%; TP < 60%: 27,77%; GPT > 60: 21,79%; KPTT > 45": 13,33%; glucemia < 60: 10,31%; glucemia > 110: 53,96%; FAL > 180: 12,96%; albúmina < 3: 50,79%; gamma glutamil transpeptidasa > 30: 5,55%. Los hallazgos ecográficos fueron: esteatosis, 23,01%; litiasis, 5,55%; hepatomegalia, 17,46%; esplenomegalia, 23,01%; engrosamiento de la pared vesicular, 29,36%; ascitis, 17,46%, y otros (microlitiasis múltiple, hemangioma, pólipos vesiculares, hígado cirrótico, múltiples imágenes hipodensas), 34,92%. En la población alcohólica se encuentra (con respecto a la no alcohólica) mayor número de internaciones previas ( $p = 0,04$ ) y más antecedentes de trastornos cognitivos ( $p = 0,01$ ) y de hepatopatía ( $p = 0,03$ ); en el examen físico, mayor presencia de edema de miembros inferiores ( $p = 0,005$ ) y de hepato o esplenomegalia ( $p = 0,01$ ); en el laboratorio, mayor prevalencia de hepatograma alterado ( $p = 0,005$ ) y de gamma glutamil transpeptidasa elevada ( $p = 0,0005$ ) y más hallazgos ecográficos de hígado graso ( $p = 0,0007$ ), hepatomegalia ( $p = 0,006$ ), esplenomegalia

( $p = 0,01$ ) y ascitis ( $p = 0,0001$ ). **Conclusiones.** Consume habitualmente el 28,40%. Consumo diario, 34%. Mediana de consumo diario, 35 g. Abstinencia o borrachera, 27,80%. Entre la población alcohólica se encuentra un mayor número de internaciones previas, de trastornos cognitivos y de hepatopatía, edema de miembros inferiores y hepato- o esplenomegalia; en el laboratorio, mayor prevalencia de hepatograma alterado y de gamma glutamil transpeptidasa elevada y más hallazgos ecográficos de hígado graso, hepatomegalia, esplenomegalia y ascitis.

**PALABRAS CLAVE.** Alcoholismo, hepatograma, hepatopatía, cirrosis, abstinencia, ecografía, ascitis.

### ABSTRACT

**Introduction.** Although alcoholism is a serious public health issue, there are few published papers about incidence and treatment in psychiatric institutions or general hospitals. **Objective.** To determine the prevalence of alcoholism in inpatients, quantify associated clinical factors, and measure clinical or humoral alterations related to alcohol or liver disease, by comparing findings in patients with and without alcohol consumption. **Material and methods.** Prospective, observational, cross-sectional, analytical study. Population: patients hospitalized in the general medicine unit in five hospitals, where medical students from the Universidad Nacional de La Matanza do their practical training in Clinical fields. Randomized sample: One hundred and twenty-six patients out of 160 beds (78.75%). Descriptive and inferential statistics. **Results.** Mean age  $\pm$  SE 57.54  $\pm$  1.78; 95% confidence interval (CI): 54.00; 61.08; median  $\pm$  MAD: 60.50  $\pm$  14.50. Male, 52.60%. Highest educational level: primary, 58%; secondary, 38.30%. Median hospitalization period, 10  $\pm$  6 days. Median previous hospitalization times, 3  $\pm$  1. As regards socioeconomic status, they can meet their needs without any problem, 7.8%; receive a fixed and regular income, though low, 53.90%, and do not receive a fixed income, 38.30%. The reason for hospitalization is linked to alcohol in 4.90%, and to liver disease in 7.30% (in 4.90%, there is a coincidence). The most frequent associated disorders are hypertension (48.41%), respiratory diseases (37.30%), heart diseases (34.12%), diabetes (23.01%), urinary infection (17.46%), neoplasia (15.87%), cognitive disorders (14.28%), previous liver diseases (13.49%), and renal impairment (13.49%). Twenty-eight point five seven per cent (28.57%) drink alcohol regularly; 22.20% consumed it in the last month. Alcohol consumption in 34% of drinkers is daily; 54% drink alcohol sporadically, and 12% consume it on weekends. Daily consumption (in grams): mean  $\pm$  SE 61.29  $\pm$  12.81 (95% CI: 35.63; 88.22); median  $\pm$  MAD 35.00  $\pm$  23.50. Twenty point two percent (20.20%) drive vehicles; 27.80% have had withdrawal symptoms or episodes of drunkenness. Two point three per cent (2.30%) of women have taken alcohol during pregnancy. The most common physical findings are lower-limb edema (48.41%), right upper quadrant (RUQ) pain (20.63%), and hepatomegaly or splenomegaly (25.39%). Patients with Hb <12: 31.74%; Goat >60: 21.42%; BT >2: 9.75%; TP <60: 27.77%; GPT >60: 21.79%; KPTT >45": 13.33%; glycemia <60: 10.31%; glycemia >110: 53.96%; LAP >180: 12.96%; albumin <3: 50.79%; gamma glutamyl transpeptidase >30: 5.55%. The ultrasound findings were: steatosis, 23.01%; lithiasis, 5.55%; hepatomegaly, 17.46%; splenomegaly, 23.01%; gallbladder wall thickening, 29.36%; ascites, 17.46%, and others (multiple microlithiasis, hemangioma, vesicular polyps, cirrhotic liver, multiple hypodense images), 34.92%. In the alcoholic population, we find (compared to the non-alcoholic) a greater number of previous hospitalization times ( $p = 0.04$ ), and more cases with a history of cognitive disorders ( $p = 0.01$ ) and liver disease ( $p = 0.03$ ); in the physical examination, we find more cases of lower-limb edema ( $p = 0.005$ ), and of hepatomegaly or splenomegaly ( $p = 0.01$ ). At the laboratory, we found a higher prevalence of abnormal liver test results ( $p = 0.005$ ), and of elevated levels of gamma glutamyl transpeptidase ( $p = 0.0005$ ), and more ultrasonographic findings of fatty liver ( $p = 0.0007$ ), hepatomegaly ( $p = 0.006$ ), splenomegaly ( $p = 0.01$ ), and ascites ( $p = 0.0001$ ). **Conclusions.** Regular consumption: 28.40%. Daily consumption: 34%. Median daily consumption: 35 g. Withdrawal or drunkenness: 27.80%. Among the alcoholic population, we observed a greater number of previous hospitalization times, cognitive disorders and liver diseases, lower-limb edema, and hepatomegaly or splenomegaly; at the laboratory, a higher prevalence of abnormal liver test results, and elevated levels of gamma glutamyl transpeptidase, and more ultrasound findings of fatty liver, hepatomegaly, splenomegaly and ascites.

**KEY WORDS.** Alcoholism, liver test, liver disease, cirrhosis, withdrawal, ultrasound, ascites.

## Introducción

El consumo humano de alcohol parece remontarse al Paleolítico, y desde entonces ha sido utilizado con distintos fines: religioso, lúdico, medicinal y como norma social (1).

El trastorno por consumo de alcohol es un grave problema sanitario. La mayoría de los estudios estima que el riesgo de padecerlo, a lo largo de la vida, es del 10% para los varones y del 3-5% para las mujeres, y el de alcanzar un consumo perjudicial es prácticamente el doble. Presenta una elevada comorbilidad médica; una evidencia de esto es que entre el 15% y el 50% de los consultantes a la asistencia médica primaria son personas con trastornos por consumo de alcohol. El trastorno por consumo de alcohol es una patología compleja, que tiene diversas formas de presentación clínica y siempre se muestra en comorbilidad con una o más patologías, tanto psiquiátricas como médicas, que deben ser tratadas en simultáneo, salvo que el criterio médico indique lo contrario. Según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizado en 2004, la población de entre 16 y 65 años tiene una prevalencia de consumo de alcohol del 72,60% (2).

El alcohol explica el 4% de la morbimortalidad global por todas las causas. Mundialmente, la prevalencia anual de consumo de alcohol es 42%, cifra ocho veces superior a la del consumo de drogas ilícitas (5%) (3).

Se ha hecho un estudio de la incidencia del alcoholismo en un hospital de la Policía en Perú (4) a través de un período de veinte años (1944-1964), en el cual se revisaron 7819 historias clínicas del Departamento de Psiquiatría. Hubo 278 individuos (3,50%) que correspondían al diagnóstico de las diferentes formas de alcoholismo. Se consideró la edad de comienzo como bebedores sociales, el tipo de bebida ingerida y la frecuencia de ingesta: un 68,30% había comenzado a beber antes de los 25 años; un 70,60% bebía diariamente y el 74,10% ingería bebidas con alta concentración de alcohol. Se estudió la frecuencia en las diferentes etapas de la adicción y se comprobó que un 85,50% de los sujetos eran alcohólicos de consumo diario; el 6,80%, bebedores sociales, y el 5,40%, bebedores sintomáticos.

Se investigó también la presentación de las diferentes formas clínicas clásicas, entre las que resaltó la alta frecuencia de *delirium tremens* (delirio alcohólico) y de embriaguez patológica (ambas con 12,90%). En más del 40% de los casos, el alcoholismo constituyó un síntoma de otra perturbación psicológica. Las alteraciones mentales que se asociaban más frecuentemente con el alcoholismo fueron disturbios de la personalidad (32%), síndromes cerebrales crónicos (11,50%) y reacciones depresivas (6,80%). Se comprobó que la asociación con cuadros orgánicos no cerebrales era baja.

Los hombres predominaban considerablemente por sobre las mujeres. Existían altas cifras de alcohólicos entre los egresados de la institución policial y en los individuos que habían servido en ese cuerpo durante diez a catorce años

consecutivos. También se verificaron cifras elevadas de alcohólicos entre los sujetos casados y los que tenían escasa instrucción escolar.

En España, en 2004, en la población de entre 15 y 64 años, el 12,30% de todas las muertes de hombres y el 8,40% de los decesos de mujeres fueron atribuibles al alcohol, de las que, a su vez, el 72,20% (57,60% en mujeres y 76,10% en hombres) fueron atribuibles al consumo excesivo regular, definido como un consumo promedio diario de 60 g o más para hombres y 40 g o más para mujeres. En cuanto a la carga de enfermedad, se estima que el 9,30% de los años potenciales de vida perdidos (AVP) en 1999-2004 en España fueron atribuibles al alcohol (10,50% en hombres y 6,10% en mujeres) (5-7).

Un estudio en Argentina encuestó a pacientes que concurren al Departamento de Urgencias del hospital Cullen, de Santa Fe (8), durante un mes y les aplicó el AUDIT como prueba individual para identificar alcoholismo en la población general y trastornos por consumo de alcohol. Participaron 116 pacientes, de los cuales 53 fueron mujeres (45,70%), y la edad media fue de 39 ± 15 años (rango 16-83).

Tres pacientes (2,60%) fueron catalogados como dependientes del alcohol, mientras que la mayoría (86 pacientes) fueron considerados bebedores responsables. En este último grupo predominaron las mujeres (43,10% contra 31,03%), mientras que, en el resto de los grupos, los varones superaron ampliamente a las mujeres.

Del total de pacientes que ingresaron a la guardia, 103 (89%) tuvieron accidentes que no pueden ser adjudicados al consumo de alcohol. De los 13 pacientes que tuvieron accidentes relacionados con este consumo, dos fueron considerados dependientes del alcohol, mientras que cinco fueron catalogados como bebedores responsables. En una discriminación por sexo, en todos los casos, los accidentes ocasionados por el alcohol fueron más frecuentes en los hombres (diez contra tres mujeres); de este grupo, el 80% (siete pacientes) se encontró en las categorías AUDIT con factores de riesgo o dependencia.

Según el Informe de Egresos Hospitalarios por Trastornos Mentales y del Comportamiento de 2011, los egresos por consumo de sustancias psicotrópicas en ambos sexos se debieron principalmente al uso de alcohol (74,40% en hombres y 68,80% en mujeres) (9).

En Argentina se estima que alrededor de 52.000 personas fallecen cada año por causas relacionadas de modo directo o indirecto con el consumo de sustancias, lo que representa el 16,30% de las muertes totales del país. La gran mayoría de estas se atribuyen al tabaquismo (82%), en segundo lugar se encuentra el consumo de alcohol (16%) y un porcentaje menor se relaciona con el uso de estupefacientes (0,80%) y sustancias de uso indebido (0,60%) (10). Si bien la mayor parte de estas muertes se observa en adultos, están fuertemente relacionadas con comportamientos de riesgo adquiridos en edades tempranas (11).

El consumo de alcohol y otras drogas ilícitas y la adicción al tabaco pueden tener en el corto y en el largo plazo consecuencias como el suicidio, lesiones no intencionales, sexo no protegido, comportamiento violento, ausentismo y bajo rendimiento escolar, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y, también, enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedad hepática y enfermedades respiratorias y cardiovasculares, entre otras (12-15).

Si bien hay muchos estudios sobre alcoholismo en pacientes ambulatorios o en la sala, pero en unidades de urgencia o de adicciones, no hemos encontrado en la literatura un estudio que hable de los aspectos clínicos del paciente alcohólico en la sala de internación clínica, motivo que nos llevó a realizar la presente investigación epidemiológica.

## Objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

- determinar la prevalencia del alcoholismo en internados;
- cuantificar factores clínicos asociados;
- cuantificar alteraciones clínicas o humorales vinculadas al alcohol, y
- comparar hallazgos en pacientes sin consumo de alcohol y en pacientes que lo consumen.

## Material y métodos

Diseño: prospectivo, observacional, transversal, analítico.

Población: véase Tabla 1.

Muestra: aleatorizada. Se abordaron 126 pacientes de un total de 160 camas (78,75%) donde los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza realizan sus prácticas de la asignatura Campos Clínicos.

Estadística: véase Tabla 2.

Instrumento utilizado: se observa en el Anexo.

Medidas de alcohol para establecer gramos de consumo:

- 1 vaso de vino (10 cl) a 12° de alcohol = 10 g de alcohol puro;
- 1 vaso de cerveza rubia (25 cl) a 5° de alcohol = 10 g de alcohol puro;
- 1 vaso de whisky o ginebra (3 cl) a 40° de alcohol = 10 g de alcohol puro.

TABLA 1.

<b>Criterios de inclusión</b>	Pacientes internados en la sala de clínica médica en cinco hospitales
<b>Criterios de exclusión</b>	No hay
<b>Criterios de eliminación</b>	No hay
<b>Tiempo</b>	Estudio de prevalencia de un día (16/6/2015)
<b>Lugar</b>	Vélez Sarsfield, Durand, Posadas, Simplemente Evita, Diego Paroissien

TABLA 2.

<b>Descriptiva</b>	Media $\pm$ ES IC 95% Mediana $\pm$ MAD Porcentajes
<b>Inferencial</b>	Prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para datos categóricos Prueba de Mann-Whitney para datos cuantitativos no gaussianos Prueba de t para dos muestras independientes para datos cuantitativos gaussianos
En todos los casos se consideró "diferencia significativa" cuando el <i>p</i> fue inferior a 0,05.	

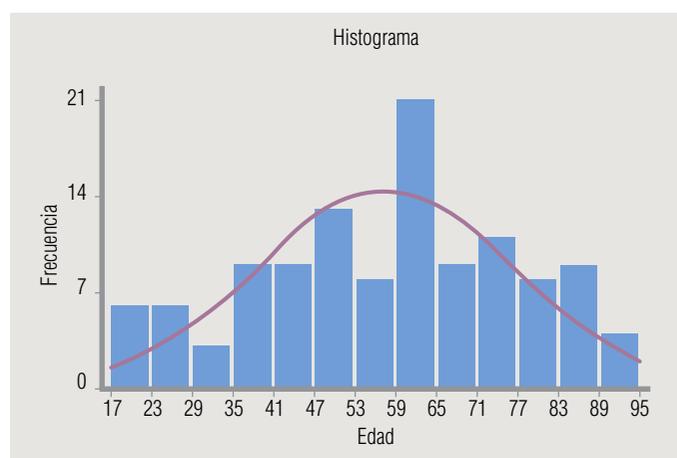


Figura 1.

## Resultados

La edad fue: media  $\pm$  ES 57,54  $\pm$  1,78, IC 95: 54,00; 61,08, mediana  $\pm$  MAD 60,50  $\pm$  14,50 (Fig. 1).

Hubo discreto predominio masculino (66 varones, 52,60%) (Fig. 2).

El máximo nivel educativo alcanzado fue el primario (58%), seguido del secundario (38,30%) (véase Fig. 3).

Con respecto a los días de internación, la media  $\pm$  ES 34,55  $\pm$  7,93 (IC 95: 18,83; 50,22) y la mediana  $\pm$  MAD 10,00  $\pm$  6,00 (Fig. 4).

Respecto de internaciones previas, la mediana fue 3  $\pm$  1 (Fig. 5). Con relación al estado socioeconómico de los pacientes, el 7,80% puede cubrir sus necesidades sin problemas; el 53,90% posee ingreso fijo y estable, pero reducido, mientras que el 38,30% no posee un ingreso fijo.

El motivo de internación está vinculado al alcohol en el 4,90% de los casos y a hepatopatía en el 7,30% (en el 4,90% hay coincidencia).

Las patologías asociadas más frecuentes son hipertensión (48,41%), enfermedades respiratorias (37,30%), cardiopatías (34,12%), diabetes (23,01%), infecciones

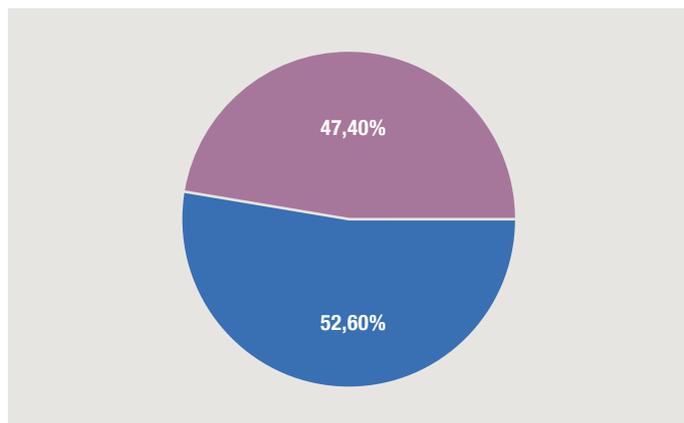


Figura 2.

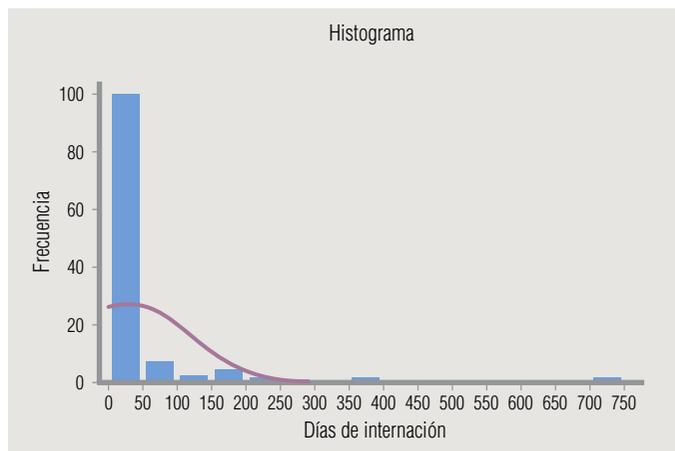


Figura 4.

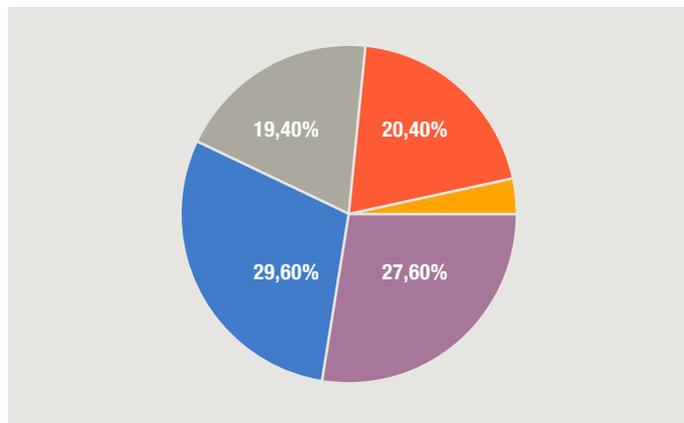


Figura 3. Primario incompleto, 27,60%; primario completo, 29,60%; secundario incompleto, 19,40%; secundario completo, 20,40%.

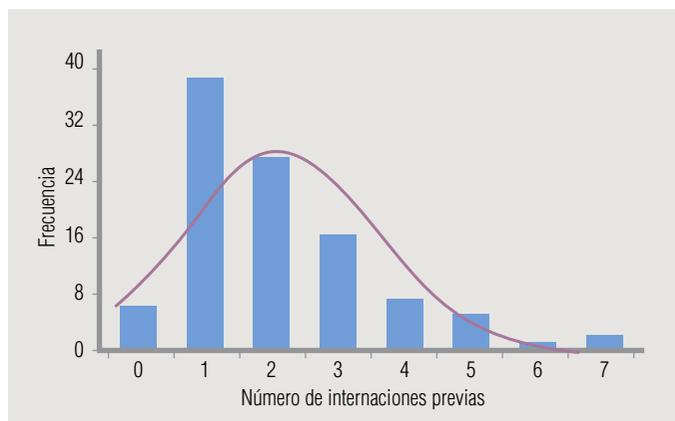


Figura 5.

urinarias (17,46%), neoplasias (15,87%), trastornos cognitivos (14,28%), hepatopatías previas (13,49%) e insuficiencias renales (13,49%).

Consumo habitualmente alcohol: 28,40% (véase Fig. 6).

Consumo diario: 34%.

Mediana de consumo diario: 35 g.

Abstinencia o borrachera: 27,80%

El 20,20% de los pacientes maneja vehículos. El 27,80% ha tenido cuadros de abstinencia o borrachera. Frecuencia relatada: rangos entre “una en la vida” hasta “tres por mes”. El último episodio relatado: rangos entre “hace diez años” hasta “hace un mes”

El 2,30% de las mujeres ha tomado alcohol durante el embarazo.

Los hallazgos físicos más comunes son edema de miembros inferiores (48,41%), dolor en hipocondrio derecho (20,63%) y hepato o esplenomegalia (25,39%). Con menor frecuencia, circulación colateral, ascitis, polineuritis.

Con respecto a los valores de laboratorio, véase Tabla 3.

Los hallazgos ecográficos fueron: esteatosis, 23,01%; litiasis, 5,55%; hepatomegalia, 17,46%; esplenomegalia, 23,01%; engrosamiento de pared vesicular, 29,36%; ascitis, 17,46%,

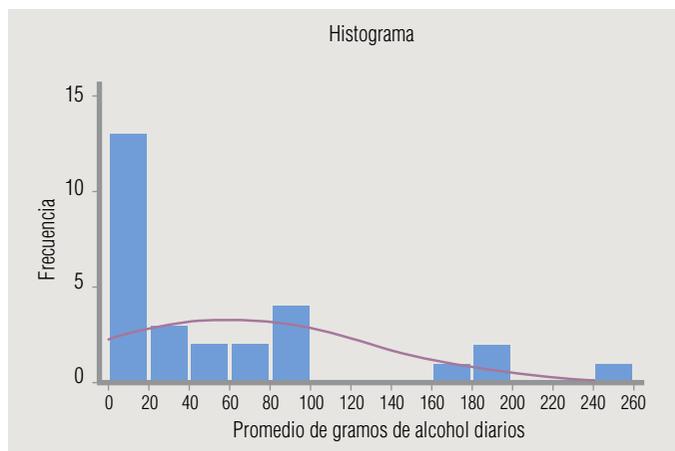


Figura 6.

TABLA 3.

**Midiendo valores de laboratorio alejados del punto de corte normal**      **Los promedios de peor valor durante la internación [se toman solamente aquellos con valores alterados] son los siguientes**

Hb <12: 31,74%	Hb: 12,12
Goat >60: 21,42%	Goat: 72,72
GPT >60: 21,79%	GPT: 71,32
Gamma glutamil transpeptidasa >30: 5,55%	Gamma glutamil transpeptidasa: 53
BT >2: 9,75%	BT: 1,24
TP <60%: 27,77%	TP: 71,81
KPTT >45": 13,33%	KPTT: 36,61
Glucemia <60: 10,31%	Glucemia (hipo): 52
Glucemia >110: 53,96%	Glucemia (hiper): 157,69
FAL >180: 12,96%	FAL: 125,98
Albúmina <3: 50,79%	Albúmina: 2,42
Urea >60: 46,03%	Urea: 94,18
Creatinina >1,5: 26,19%	Creatinina: 2,41
Sodio <135: 34,12%	Sodio: 132
Potasio <3,5: 13,49%	Potasio: 3,1

y otros (microlitiasis múltiple, hemangioma, pólipos vesiculares, hígado cirrótico, múltiples imágenes hipodensas, otras), 34,92%.

Para la comparación de los hallazgos entre los pacientes que consumen alcohol y aquellos que no lo consumen, véase Tabla 4 (se resaltan las diferencias estadísticamente significativas).

## Discusión

Se describirán paulatinamente los principales resultados del estudio y, a continuación de cada uno, se relatarán los resultados de otros estudios relacionados.

El motivo de internación está vinculado al alcohol en el 4,90% de los casos y a hepatopatía en el 7,30% (en el 4,90% hay coincidencia). No encontramos datos en la literatura que permitan cotejar estos hallazgos en lo referido a la sala de clínica médica.

En la sala de clínica médica –superada la etapa de intoxicación aguda, atendida en el Departamento de Urgencias o en Terapia Intensiva–, los pacientes que ingresaron debido a patologías vinculadas al alcohol –o bien por otro problema de salud del cual el alcoholismo es una complicación activa crónica– pueden tener manifestaciones en diversos sistemas, entre los que el neurológico y el digestivo son los más relevantes. También hay manifestaciones en los sistemas cardiovascular, osteomuscular, endocrino, reproductivo, renal y hematopoyético (16).

Con respecto al pronóstico y la mortalidad, un estudio en 11.850 pacientes críticos relacionó niveles de alcoholemia elevados al ingreso hospitalario con mayor mortalidad a los treinta días; el punto de corte al nivel del cual aumentaba la mortalidad fue 10 mg/dl (17).

En un estudio español retrospectivo (ambulatorio de una unidad de hepatología) con 164 pacientes (1), los principales motivos de consulta fueron: ascitis, en 40 sujetos (24,30%); signos de hepatopatía crónica, en 32 (19,50%); hipertransaminasemia, en 27 (16,40%); hemorragia digestiva alta, en 16 (9,7%); ictericia, en ocho (4,8%); plaquetopenia, en ocho (4,8%); coagulopatía, en ocho (4,8%); pancreatitis aguda, en cinco (3%); hepatitis aguda, en cinco (3%); encefalopatía hepática, en tres (1,8%); elevación de la gamma glutamil transpeptidasa, en tres (1,8%); hiponatremia, en tres (1,8%); existencia de masa hepática, en tres (1,80%), y anemia, en tres (1,80%). La esteatosis se halló en el 24,40% de los casos. Del total de la muestra, un 7,30% (12 pacientes) presentaban patología psiquiátrica y 14 pacientes (8,50%) fueron incluidos en protocolo de trasplante hepático. El hepatocarcinoma se desarrolló en el 8,50% de los sujetos. El porcentaje de pacientes que sufrieron un episodio de *delirium tremens* fue de 4,20%. La patología pancreática se presentó en el 7,30%.

En nuestro estudio, el máximo nivel educativo alcanzado fue el primario (58%), mientras que el secundario sumó el 38,30%. No hubo diferencias entre pacientes con consumo de alcohol y aquellos que no consumieron. Respecto del estado socioeconómico de los sujetos, el 7,80% puede cubrir sus necesidades sin problemas; el 53,90% posee ingreso fijo y estable, pero reducido, y el 38,30% no posee un ingreso fijo. El 28,57% de los pacientes consume alcohol habitualmente (83,33% son varones,  $n = 30$ ), mientras que el 22,20% lo consumió en el último mes. De los consumidores, el 34% tiene un consumo diario, el del 54% es esporádico y el 12% consume alcohol los fines de semana. La edad de inicio es mediana  $\pm$  MAD 21,00  $\pm$  3,50 años. El consumo diario (en gramos) es media  $\pm$  ES 61,29  $\pm$  12,81 (IC 95: 35,63; 88,22), mediana  $\pm$  MAD 35,00  $\pm$  23,50.

En un estudio sueco, la mayoría de los pacientes pertenecía a un nivel socioeconómico bajo (18).

El consumo de alcohol en un grupo de pacientes franceses alcohólicos mostró un consumo diario de alcohol de 118 g con un tiempo de alcoholismo de veintidós años (19).

Una investigación en Auckland, Nueva Zelanda (20), mostró que en el 78% de las historias se consigna el alcoholismo, pero sólo en el 12% hubo exactitud para reconocer los equivalentes de alcohol para la cerveza, el vino y la bebida destilada y sólo el 8% fue capaz de identificar con precisión los límites de bebida recomendados.

Un estudio español retrospectivo (1) con 164 pacientes ambulatorios de una unidad de hepatología por enfermedad hepática alcohólica muestra cómo la edad media de inicio en el consumo de alcohol fue 18,6  $\pm$  17,36 años; los años de alcoholismo medio fueron de 35,4  $\pm$  13,5 años y el consumo medio, de 161,2  $\pm$  116,7) gramos de alcohol/día. Sólo en 16 hombres (8%) se observó un consumo menor de 60 g de alcohol al día, mientras que cinco mujeres (35,70%) consumían menos de 40 g de alcohol al día. Del total de pacientes, 120 tenían un nivel sociocultural bajo (73,10%) y 44, uno medio (26,90%).

TABLA 4.

Hallazgo	Global (n = 126)	Con consumo (n = 36)	Sin consumo (n = 90)	P valor
Edad	57,54 ± 1,78	58,37 ± 1,82	57,20 ± 1,76	0,39 (Test T)
Género	Varones 52,60%	22 (61,11%)	44 (48,88%)	0,21 (χ <sup>2</sup> )
Secundario completo	26 (20,63%)	7 (19,44%)	19 (21,11%)	0,83 (χ <sup>2</sup> )
Mediana de días de internación	10 ± 6	11 ± 7,5	10 ± 6	0,09 (Mann-Whitney)
Mediana de internaciones previas	3 ± 1	4 ± 1,5	3 ± 1	0,04 (Mann-Whitney)
Antecedentes de hipertensión	61 (48,41%)	20 (55,55%)	41 (45,55%)	0,31 (χ <sup>2</sup> )
Antecedentes de neumopatías	47 (37,30%)	18 (50,00%)	29 (32,22%)	0,06 (χ <sup>2</sup> )
Antecedentes de cardiopatías	43 (34,12%)	11 (30,55%)	32 (35,55%)	0,66 (χ <sup>2</sup> )
Antecedentes de diabetes	29 (23,01%)	7 (19,44%)	22 (24,44%)	0,71 (χ <sup>2</sup> )
Antecedentes de ITU	22 (17,46%)	5 (13,88%)	17 (18,88%)	0,68 (χ <sup>2</sup> )
Antecedentes de neoplasias	20 (15,87%)	8 (22,22%)	12 (13,33%)	0,33 (χ <sup>2</sup> )
Antecedentes de trastorno cognitivo	18 (14,28%)	10 (27,77%)	8 (8,80%)	0,01 (χ <sup>2</sup> )
Antecedentes de hepatopatía	17 (13,49%)	9 (25,00%)	8 (8,88%)	0,03 (χ <sup>2</sup> )
Antecedentes de insuficiencia renal	17 (13,49%)	3 (8,33%)	14 (15,55%)	0,43 (χ <sup>2</sup> )
Edema MMII	61 (48,41%)	25 (69,44%)	36 (40,00%)	0,005 (χ <sup>2</sup> )
Dolor en hipocondrio derecho	26 (20,63%)	9 (25,00%)	17 (18,88%)	0,60 (χ <sup>2</sup> )
Hepato o esplenomegalia	32 (25,39%)	15 (41,66%)	17 (18,88%)	0,01 (χ <sup>2</sup> )
Anemia	40 (31,74%)	10 (27,77%)	30 (33,33%)	0,69 (χ <sup>2</sup> )
Hepatograma alterado	27 (21,42%)	14 (38,88%)	13 (14,44%)	0,005 (χ <sup>2</sup> )
Gamma glutamil transpeptidasa elevada	7 (5,55%)	6 (16,66%)	1 (1,11%)	0,0005 (χ <sup>2</sup> )
Coagulograma alterado	35 (27,77%)	14 (38,88%)	21 (23,33%)	0,12 (χ <sup>2</sup> )
Hiper glucemia	68 (53,96%)	19 (52,77%)	48 (53,33%)	0,88 (χ <sup>2</sup> )
Hipoglucemia	13 (10,31%)	6 (16,66%)	7 (7,77%)	0,24 (χ <sup>2</sup> )
Hipoalbuminemia	64 (50,79%)	22 (61,11%)	42 (46,66%)	0,20 (χ <sup>2</sup> )
Eco con hígado graso	29 (23,01%)	16 (44,44%)	13 (14,44%)	0,0007 (χ <sup>2</sup> )
Eco con litiasis	7 (5,55%)	2 (5,55%)	5 (5,55%)	0,66 (χ <sup>2</sup> )
Eco con hepatomegalia	22 (17,46%)	12 (33,33%)	10 (11,11%)	0,006 (χ <sup>2</sup> )
Eco con esplenomegalia	29 (23,01%)	14 (38,88%)	15 (16,66%)	0,01 (χ <sup>2</sup> )
Pared vesicular con engrosamiento	37 (29,36%)	10 (27,77%)	27 (30,00%)	0,95 (χ <sup>2</sup> )
Eco con ascitis	22 (17,46%)	14 (38,88%)	8 (8,88%)	0,0001 (χ <sup>2</sup> )
Eco con otras lesiones	44 (34,92%)	14 (38,88%)	30 (33,33%)	0,70 (χ <sup>2</sup> )

En cuanto a nuestro estudio, el 14,28% de los pacientes abordados presentaba alteraciones cognitivas, con diferencias significativas a favor de los pacientes alcohólicos (27,77% contra 8,88%). Entre ellas se encuentran el síndrome de Wernicke-Korsákov, con alteraciones oculomotoras, ataxia y confusión en la primera etapa y amnesia anterógrada y retrógrada, distorsión del tiempo, confabulación (ya que el paciente no puede estructurar sus recuerdos), apatía e imposibilidad de integrarse en sociedad en etapas avanzadas (21-24); también la esclerosis cortical laminar de Morel, caracterizada clínicamente por una pseudoparálisis cerebral y un cuadro psicótico (21,25).

Otra de las alteraciones cognitivas halladas en los sujetos de nuestro estudio es la enfermedad de Marchiafava-Bignami, que se manifiesta casi con exclusividad en pacientes alcohólicos desnutridos y, en especial, en aquellos individuos con consumos crónicos de vino tinto. Se caracteriza por la desmielinización y la posterior necrosis del cuerpo caloso y la materia gris subcortical, puede presentarse en el etilismo agudo o crónico y se manifiesta clínicamente por demencia, espasticidad, disartria y marcha inestable (16,23,25,26).

También se encuentra degeneración cerebelosa alcohólica con aumento de la base de sustentación, inestabilidad e incoordinación de los miembros inferiores (21,24,25); demencia alcohólica, relacionada con el consumo abusivo y crónico de etanol, que presenta al inicio un deterioro de las funciones cognitivas que es progresivo hasta llegar a una situación de demencia establecida (24,27,28); polineuropatía periférica alcohólica, que se traduce clínicamente en una neuropatía distal, simétrica y mixta que afecta sobre todo los miembros inferiores y produce una pérdida de fuerza muscular, sensación de quemazón en las plantas y parestias dolorosas (existe alteración de la sensación: es táctil, discriminatoria y vibratoria) (16,23,25); finalmente, el síndrome de disautonomía alcohólica presenta una combinación de sintomatología cardiovascular, digestiva, genitourinaria y endocrina (21,25,29).

La relación alcohol-demencia no es clara. Un examen de 45 estudios (30) muestra que un consumo leve a moderado puede reducir el riesgo de enfermedad de Alzheimer (RR: 0,72; IC del 95%: 0,61-0,86) y de demencia (RR: 0,74; IC del 95%: 0,61-0,91) y que los consumos excesivos no au-

mentan dicho riesgo (RR: 0,92; IC del 95%: 0,59-1,45 y RR: 1,04; IC del 95%: 0,69-1,56, respectivamente). Una revisión identifica dos estudios con vínculos entre el consumo de alcohol y la enfermedad de Alzheimer. No hacen referencia a la definición de consumo ni al tiempo de este.

El porcentaje de pacientes que sufrieron un episodio de *delirium tremens* en un estudio llevado a cabo en la ciudad alemana de Lübeck fue 12,80% (31).

El 13,49% de los pacientes de nuestro estudio registra antecedentes de hepatopatía, con diferencias significativas a favor de los pacientes alcohólicos (25,00% contra 8,88%). Asimismo, hubo diferencias a favor de la población alcohólica en el hallazgo de edema de miembros inferiores (69,44% contra 40,00%), de hepato o esplenomegalia (41,66% contra 18,88%), de hepatograma alterado (38,88% contra 14,44%), de gamma glutamil transpeptidasa elevada (16,66% contra 1,11%) y de hallazgos ecográficos como hígado graso (44,44% contra 14,44%), hepatomegalia (33,33% contra 11,11%), esplenomegalia (38,88% contra 16,66%) y ascitis (38,88% contra 8,88%).

En el hígado puede manifestarse el llamado hígado graso alcohólico, que se presenta en bebedores frecuentes cuyas manifestaciones clínicas son mínimas o están ausentes (32,33). La hepatitis alcohólica es la precursora de la cirrosis y sus manifestaciones clínicas, que pueden ser leves a graves, comprenden anorexia, náuseas, vómito, disminución de peso, dolor abdominal, ictericia, fiebre, angiomas arteriales cutáneos, ascitis, edema, encefalopatía y hemorragia de vías digestivas (16,32,33). La cirrosis alcohólica es una fase avanzada que se presenta en la enfermedad hepática por consumo crónico de alcohol etílico, se manifiesta por hipertensión portal, várices esofágicas, disminución del tamaño hepático e induración y genera fibrosis de vasos, anorexia, desnutrición, disminución de la masa muscular, fatiga, debilidad, infecciones interrecurrentes, ictericia crónica, coma hepático e insuficiencia renal aguda y crónica (32,33).

La lesión elemental consiste en la aparición de vacuolas de grasa de distinto tamaño en el interior del hepatocito, que se unen progresivamente hasta formar una gran vacuola sin membrana que ocupa todo el citoplasma y desplaza el núcleo hacia la periferia de la célula. En ocasiones se produce una lesión celular, ya sea por la distensión que provoca la vacuola o por una alteración en las membranas celulares, que induce una respuesta inflamatoria con la participación de linfocitos y macrófagos y constituye los lipogranulomas. La esteatosis se localiza preferentemente en las áreas centrolobulillares, aunque puede ocupar todo el lobulillo. Un 70% de las enfermedades hepáticas se confirman con una anamnesis meticulosa y un correcto examen físico; por tanto, cabe esperar que la misión del laboratorio sea la de confirmar, descartar y valorar la gravedad y la evolución de la hepatopatía alcohólica. Respecto del pronóstico, la supervivencia a cuatro años es 70% para hígado graso, 58% para hepatitis aguda, 49% para cirrosis y 35% para cirrosis con hepatitis alcohólica (34).

La prevalencia de esteatosis hepática por alcohol se sitúa en el 8,80% de una población masculina aparentemente sana. Un consumo de alcohol superior a 40 g al día es una variable independiente de riesgo para el desarrollo de esteatosis hepática (35).

Un estudio realizado durante diez años a 200 pacientes alcohólicos crónicos, la mayoría de los cuales efectuaba un consumo de 75-90 g/día, mostró como hallazgos clínicos más comunes la anorexia y la ictericia. Las anomalías más comunes en las pruebas fueron la hiperbilirrubinemia y la ictericia, con un aumento de la actividad histológica acorde al grado de consumo (36).

El porcentaje de pacientes con hepatocarcinoma fue 2,60% en un estudio de Sídney, Australia (37).

En un estudio ya mencionado (1), el porcentaje de pacientes que presentaron al menos un episodio de descompensación de su cirrosis fue del 39%, con predominio de la ascitis, con un 33,50%. Si bien no se indagó específicamente por pancreatitis, hubo un 39,42% de hallazgos inespecíficos en la ecografía abdominal. No se relataron afecciones digestivas.

La pancreatitis crónica se caracteriza clínicamente por dolor abdominal persistente, insuficiencia exocrina y cuadro de diabetes (23,25). Un estudio encontró una prevalencia de pancreatitis en el alcoholismo en el 19% de los casos (38).

El síndrome de hipoabsorción se produce debido a que el consumo crónico de etanol altera la absorción de minerales, vitaminas y otros nutrientes, principalmente en el intestino delgado; además, disminuye la concentración sanguínea de potasio, magnesio, zinc, fósforo y calcio. Estas deficiencias dan origen a múltiples alteraciones clínicas (16,23,25).

El 34,12% de nuestra población presenta cardiopatía y el 48,41% padece hipertensión arterial, y no se observan diferencias significativas entre los alcohólicos y los no alcohólicos.

Con respecto a la asociación con mortalidad cardiovascular, en 2005 se estudiaron 34.304 ciudadanos de Europa, de 45-69 años, que fueron seguidos por siete años. Hubo 2895 muertes; de ellas, 1222 se debieron a enfermedad coronaria y 489 se definieron como causas relacionadas al alcohol. El cociente de riesgos instantáneos (*hazard ratio*) para quienes consumían  $\geq 60$  g de etanol al día fue 1,23 (IC del 95%: 0,95-1,59) para todas las causas y 1,38 (0,5-2,02) para la enfermedad coronaria (39).

La relación entre el consumo de alcohol y la prevalencia de hipertensión arterial es un hecho evidente en la mayoría de los estudios epidemiológicos tanto transversales como prospectivos. Ya en 1915, Camille Lian (40), un médico del Ejército francés, observó la existencia de cifras altas de presión arterial en los soldados que ingerían cantidades elevadas de alcohol. Desde entonces, más de cincuenta estudios epidemiológicos transversales han demostrado valores de presión arterial más altos o una

mayor prevalencia de hipertensión arterial con el aumento del consumo crónico de alcohol (41-43). Estos estudios incluyen poblaciones de diferentes latitudes como Norteamérica, Europa, Australia y Japón, y dicha relación es independiente de otros factores de riesgo para la hipertensión arterial, como la obesidad, el consumo de sal o el tabaquismo. Además, esta relación es cierta para ambos sexos, para todos los grupos de edad, para diversas razas y para diferentes tipos de bebidas alcohólicas, incluidos el vino, la cerveza o los destilados.

Esta afirmación categórica requiere, no obstante, algunas puntualizaciones. Si bien es cierto que la mayoría de los estudios muestran un efecto hipertensivo del consumo crónico de alcohol cuando se sobrepasa un cierto umbral de bebida –correspondiente a unos 60 g de alcohol diarios–, consumos por debajo de dicha cifra no parecen tener ningún efecto sobre la presión arterial (43). Es más, algunos estudios sugieren la existencia de una curva en “J” en las mujeres (41,42), de forma que aquellas que consumen pequeñas cantidades de alcohol presentarían presiones más bajas que las abstemias.

La relación entre el consumo de alcohol y la hipertensión arterial se ha puesto también de manifiesto en algunos trabajos prospectivos. Los datos del estudio Framingham (44) indican que un aumento en el consumo de alcohol se asocia, con el tiempo, a un incremento paralelo de la presión arterial. Además, un estudio en casi 60.000 enfermeras mostró un mayor riesgo de desarrollo de hipertensión arterial cuando se superaba la ingesta de 60 g diarios (45).

En 1984, 16 pacientes hipertensos con un consumo de alcohol superior a 80 g/día fueron estudiados en régimen de hospitalización por Potter y Beevers (46). La mitad de ellos mantuvieron su consumo habitual de alcohol durante cuatro días, después de lo cual permanecieron abstinentes. Su presión arterial no se modificó durante el consumo de alcohol y descendió de forma significativa luego de la abstinencia. La otra mitad de los pacientes cesó el consumo de alcohol y lo retomó a los cuatro días. Nuevamente, la presión arterial descendió al dejar de beber y volvió a los valores previos al reintroducir el alcohol. Estos resultados fueron corroborados en dos estudios controlados y aleatorizados de un grupo australiano tanto en sujetos normotensos (47) como en pacientes hipertensos (48).

En otro trabajo, la prevalencia de hipertensión arterial, estimada mediante valores de presión arterial diurna superiores a 135/85, descendió del 42% (durante el consumo de alcohol) al 12% (luego del mes de abstinencia) (49). Estos resultados nos llevan a concluir que la abstinencia tiene un evidente efecto reductor de la presión arterial, al menos en los sujetos con un elevado consumo de alcohol.

Las enfermedades respiratorias se presentaron como antecedente en el 37,30% de los pacientes, y si bien no se establecieron diferencias significativas entre alcohólicos

y no alcohólicos, se observa una marcada tendencia de mayor prevalencia en alcohólicos. En 1994, un estudio en Cataluña sobre 2764 muertes atribuibles al alcohol las catalogó en la categoría diagnóstica de enfermedades respiratorias en 56 casos (2%), con una relación hombre-mujer de 1,3 (50).

Las enfermedades oncológicas se presentaron como antecedente en el 15,87% de los pacientes, sin diferencias según la presencia de alcoholismo o su ausencia. El mismo estudio mencionado antes (Cataluña, 1994) ubicó las muertes atribuibles al alcohol en la categoría diagnóstica de neoplasias en 810 casos (29,30%), con una relación hombre-mujer de 3,8. Los órganos comprometidos fueron los labios, la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el hígado, las vías biliares intrahepáticas y la laringe (50).

En referencia a la diabetes, estuvo presente en el 23,01% de los pacientes, sin diferencias entre alcohólicos y no alcohólicos. En tanto, un estudio chino con 134 diabéticos y 391 controles no halló vínculo entre diabetes y consumo de alcohol (51); incluso, un metaanálisis relata reducción del riesgo de diabetes entre alcohólicos de hasta 6 g/día. Fueron 15 los estudios, con 11.959 pacientes seguidos durante doce años. El RR para diabetes 2 fue 0,87 (IC 95: 0,79; 0,95) comparado con no consumidores (52).

La enfermedad renal estuvo presente en el 13,49% de los pacientes, sin diferencias entre alcohólicos y no alcohólicos. Un metaanálisis de 20 estudios y 292.431 pacientes (53) evalúa la asociación entre el consumo de alcohol y la enfermedad renal, y encuentra el alcohol asociado a un menor desarrollo de enfermedad renal crónica (RR: 0,83, IC del 95%: 0,71-0,98), sin relación para enfermedad crónica en estadio terminal ni para proteinuria.

Respecto de alteraciones hematológicas, hubo anemia en el 31,74% de los casos estudiados y coagulograma alterado en el 27,77%, sin diferencias entre alcohólicos y no alcohólicos. Un trabajo comparó 8839 no consumidores con 4976 consumidores de al menos doce meses recientes y midió déficit de hierro. El estudio halló que, a medida que aumenta el consumo, se reduce –hasta en un 40%– el riesgo de desarrollar anemia por déficit de hierro.

Es sabido que el alcohol se asocia a anemia (esofagitis, gastritis, síndrome de Mallory-Weiss, várices esofagogástricas e hipertensión portal), pero sólo una pequeña proporción de los alcohólicos desarrolla estas complicaciones (54). En 65 pacientes ingresados al hospital por causa de alcoholismo, 75% tenían anemia (40%, por déficit de folatos con megaloblastosis; 30%, de causa sideroblástica por defecto medular, y el resto, por hemorragia o déficit de hierro asociado a infección) (55). Un estudio (1) en 164 pacientes de consulta ambulatoria informa que el motivo de la anemia fue plaquetopenia, en ocho casos (4,80%), y coagulopatía, también en ocho (4,80%).

## Conclusiones

Los hallazgos más frecuentes en la población global al examen son edema de miembros inferiores, hepatomegalia y dolor en hipocondrio derecho; asimismo, son habituales la anemia, la alteración del hepatograma, la hipoalbuminemia y el hígado graso. Consume habitualmente el 28,40% de los sujetos. Con consumo diario, el 34%. La mediana de consumo diario es 35 g. Abstinencia o borrachera: 27,80%.

En la población alcohólica se encuentra (con respecto a la no alcohólica) un mayor número de internaciones previas y más antecedentes de trastorno cognitivo y de hepatopatía. En el examen físico se halla una mayor presencia de edema de miembros inferiores y de hepato o esplenomegalia. En el laboratorio, prevalencia de hepatograma alterado y de gamma glutamil transpeptidasa elevada, y más hallazgos ecográficos de hígado graso, hepatomegalia, esplenomegalia y ascitis.[RAM](#)

## Referencias bibliográficas

1. Ledro Cano D, Rebollo Bernárdez J, Torres Domínguez Y y col. Estudio descriptivo de los pacientes ambulatorios con enfermedad hepática por alcohol en nuestro medio. *Am Med Interna* 2001;18(11):19-22
2. Asociación de Psiquiatras Argentinos, Asociación Toxicológica Argentina. *Abordaje farmacoterapéutico del trastorno por consumo de alcohol*. Buenos Aires: Soubeiran-Chobet; 2010
3. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS; 2001
4. Bueno E, Jerí R. Alcoholismo en un hospital general. *Anales de la Facultad de Medicina* 1966;49(1):28-50
5. Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E y col. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública* 2014;88(4):493-513
6. Rehm J, Rehm MX, Shield KD, et al. Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones* 2013;25(1):11-8
7. Rehm JT, Shield KD, Rehm MX, et al. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. *Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)* 2012. Disponible en [http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/CAMH\\_Alcohol\\_Report\\_Europe\\_2012.pdf](http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf)
8. Domicone Bonet BL, Quaino FD, Pintos EJ y col. Prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en pacientes que concurren a la guardia de emergencias. Libro de resúmenes del XXII Congreso Nacional de Medicina. SAM 2014
9. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de Nación. Consumo de alcohol en Argentina (actualización Diciembre 2014)
10. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. *Mortalidad asociada al consumo de drogas en Argentina 2004-2010*. Buenos Aires: Sedronar; 2012
11. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. *Análisis de supervivencia para la estimación de la edad de inicio en el consumo de alcohol, marihuana y cocaína en población general, Argentina 2010*. Buenos Aires: Sedronar; 2010
12. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO; 2011. Disponible en <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>
13. Calling time on young people's alcohol consumption. *Lancet* 2008;371(9616):871
14. Monteiro MG. *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington: OPS; 2007. Disponible en <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf>
15. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, et al. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007;369(9570):1391-401
16. Repetto M. Toxicología del alcohol etílico. En: *Toxicología avanzada*. 3ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1997. pp. 425-75
17. Stehman CR, Moromizato T, McKane CK, et al. Association between blood alcohol concentration and mortality in critical illness. *J Crit Care* 2015;30(6):1382-9
18. Hemmingsson T, Lundberg I, Romelsjö A, et al. Alcoholism in social classes and occupations in Sweden. *Int J Epidemiol* 1997;26(3):584-91

19. Naveau S, Borotto E, Giraud V, et al. Descriptive epidemiology of patients with alcoholic liver disease hospitalized in a hepato-gastroenterology service. *Gastroenterol Clin Biol* 1999;23(5):544-51
20. Pulford J, McCormick R, Wheeler A, et al. Alcohol assessment: the practice, knowledge, and attitudes of staff working in the general medical wards of a large metropolitan hospital. *N Z Med J* 2007;120(1257):U2608
21. Charness ME, Simon RP, Greenberg DA. Ethanol and nervous system. *N Engl J Med* 1989;321(7):442-54
22. Ladrón de Guevara J, Moya Pueyo J. Alcoholes. En: *Toxicología médica, clínica y laboral*. Madrid: Interamericana - McGraw-Hill; 1995. pp. 409-23
23. Ladero Quesada JM. Alcohol (III). Otras complicaciones orgánicas del abuso de alcohol (I). En: Lozano Fernández P, Ladero Quesada JM, Leza Cerro JC y col. (coords.). *Drogodependencias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 1998. pp. 259-70
24. Martín del Moral M. Alcohol (V). Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. Complicaciones psiquiátricas del abuso de alcohol. En: Lozano Fernández P, Ladero Quesada JM, Leza Cerro JC y col. (coords.). *Drogodependencias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 1998. pp. 283-316
25. Hernández E, Bravo B, Mencías E. Alcoholes, cetonas y glicoles. En: Mencías Rodríguez E, Mayero Franco LM (coords.). *Manual de toxicología básica*. Madrid: Díaz de Santos; 2000
26. Téllez J. Toxicología del alcohol etílico. En: Departamento de Toxicología, Universidad Nacional de Colombia. *Guías académicas de Toxicología*. Bogotá: UNAL; 2004
27. Bocanument LG. *Síndrome de dependencia del alcohol*. Cali: Instituto de Seguros Sociales - Ultragraf; 1992
28. Kril JJ, Halliday GM, Svoboda MD, et al. The cerebral cortex is damaged in chronic alcoholics. *Neuroscience* 1997;79:983-98
29. Ladero Quesada JM. Alcohol (I). Farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En: Lozano Fernández P, Ladero Quesada JM, Leza Cerro JC y col. (coords.). *Drogodependencias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 1998. pp. 233-48
30. Ilomaki J, Jokanovic N, Tan EC, et al. Alcohol consumption, dementia and cognitive decline: an overview of systematic reviews. *Curr Clin Pharmacol* 2015;10(3):204-12
31. Gerke P, Hapke U, Rumpf HJ, et al. Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol Alcohol* 1997;32(2):179-84
32. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. *Patología estructural y funcional*. 5ª ed. Madrid - México: McGraw-Hill; 1998. pp. 488-9
33. Ladero Quesada JM. Alcohol (II). Hepatopatía alcohólica. En: Lozano Fernández P, Ladero Quesada JM, Leza Cerro JC y col. (coords.). *Drogodependencias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 1998. pp. 249-58
34. Llanque M, Gutiérrez C, Santos Sanjurjo A y col. Hepatopatía alcohólica. *Revista Medicis* 2005;(1):41-43
35. Parés A, Tresserras R, Núñez I y col. Prevalencia y factores asociados a la presencia de esteatosis hepática en varones adultos aparentemente sanos. *Med Clin* 2000;114(15):561-5
36. Ray S, Khanra D, Sonthalia N, et al. Clinico-biochemical correlation to histological findings in alcoholic liver disease: a single centre study from Eastern India. *J Clin Diagn Res* 2014;8(10):MC01-5
37. Larcos G, Sorokopud H, Berry G, et al. Sonographic screening for hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis or cirrhosis: an evaluation. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171(2):433-5
38. Hastier P, Buckley MJ, Francois E, et al. A prospective study of pancreatic disease in patients with alcoholic cirrhosis: comparative diagnostic value of ERCP and EUS and long-term significance of isolated parenchymal abnormalities. *Gastrointest Endosc* 1999;49(6):705-9
39. Bobak M, Malyutina S, Horvat P, et al. Alcohol, drinking pattern and all-cause, cardiovascular and alcohol-related mortality in Eastern Europe. *Eur J Epidemiol* 2016;31(1):21-30
40. Lian C. L'alcoholisme cause d'hypertension arterielle. *Bull Acad Natl Med* 1915;74:525-30
41. Klatsky AL, Friedman GD, Siegelab AB, et al. Alcohol consumption and blood pressure: Kaiser-Permanente Multiphasic Health Examination data. *N Engl J Med* 1977;296(21):1194-200
42. Klatsky AL, Friedman GD, Armstrong MA. The relationships between alcoholic beverage use and other traits to blood pressure: a new Kaiser-Permanente study. *Circulation* 1986;73(4):628-36
43. Klatsky AL. Alcohol, coronary disease, and hypertension. *Annu Rev Med* 1996;47:149-60
44. Gordon T, Kannel WB. Drinking and its relation to smoking, BP, blood lipids, and uric acid. The Framingham study. *Arch Intern Med* 1983;143(7):1366-74
45. Wittman JC, Willett WC, Stampfer MJ, et al. Relation of moderate alcohol consumption and risk of systemic hypertension in women. *Am J Cardiol* 1990;65(9):633-7
46. Potter JF, Beevers DG. Pressor effect of alcohol in hypertension. *Lancet* 1984;1(8369):119-22
47. Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R, et al. Evidence for a direct effect of alcohol consumption on blood pressure in normotensive men. A randomized controlled trial. *Hypertension* 1985;7(5):707-13
48. Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet* 1987;1(8564):647-51
49. Aguilera MT, de la Sierra A, Coca A, et al. Effect of alcohol abstinence on blood pressure: assessment by 24-hour ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension* 1999;33(2):653-7
50. Alesdá Graells M, Godoy García P. Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña: 1994. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72(1):25-31
51. Yin Y, Han W, Wang Y, et al. Identification of risk factors affecting impaired fasting glucose and diabetes in adult patients from Northeast China. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(10):12662-78
52. Koppe LL, Dekker JM, Hendriks HF, et al. Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Care* 2005;28(3):719-25
53. Cheungpasitporn W, Thongprayoon C, Kittanamongkolchai W, et al. High alcohol consumption and the risk of renal damage: a systematic review and meta-analysis. *QJM* 2015;108(7):539-48
54. Ioannou GN, Dominitz JA, Weiss NS, et al. The effect of alcohol consumption on the prevalence of iron overload, iron deficiency, and iron deficiency anemia. *Gastroenterology* 2004;126(5):1293-301
55. Eichner ER, Hillman RS. The evolution of anemia in alcoholic patients. *Am J Med* 1971;50(2):218-32

## ANEXO

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## HOSPITAL

## ENCUESTADOR/A

Género	Edad	Profesión
Máximo nivel educativo alcanzado	Estudia actualmente	Número de internaciones

## Estado socioeconómico

Puede cubrir sus necesidades sin problemas

Ingreso fijo y estable, pero reducido

No posee un ingreso fijo

¿Motivo de internación vinculado al alcohol?

SÍ  NO

¿Motivo de internación vinculado a hepatopatía?

SÍ  NO

**Problemas de salud principales:** Poner X en celda correspondiente (puede haber más de uno)

Enfermedad cardiovascular	Neumonía
Hipertensión	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Diabetes	Hepatopatía (actual o pasada, incluida hepatitis)
Dislipidemia	Trastorno cognitivo
Asma	Accidente cerebrovascular (ACV) o secuela
Insuficiencia renal (aguda o crónica)	Infección urinaria
Neoplasia	Virus de inmunodeficiencia humano (VIH)
Hipotiroidismo	Anemia
Coagulopatía	Patología digestiva o abdominal
Dolor cólico en hipocondrio derecho	Asma

## Preguntas vinculadas al alcohol

¿Consume alcohol habitualmente?	¿Consumió en el último mes?
Edad de inicio	Diario, esporádico o fines de semana
Señale promedio de consumo diario	Mencione el mayor consumo en el último mes
¿Maneja vehículos?	¿Hay otros consumos?
¿Cuándo fue su última ingesta de alcohol?	¿Cuánto tomó la última vez?
¿Ha tenido cuadros de abstinencia o de borrachera?	¿Cuántas veces tuvo cuadros de abstinencia o de borrachera?
¿Cuándo fue el último cuadro de abstinencia o de borrachera?	Para mujeres: ¿ha tomado alcohol estando embarazada?

## Examen físico

	Poner X		Poner X
Hepatomegalia		Hiporreflexia MMII	
Esplenomegalia		Hipoestesia MMII	
Circulación colateral en abdomen		Dolor en hipocondrio derecho	
Ascitis		Edemas MMII	
Hipertrofia parotídea			

## Laboratorio

(señale el peor valor durante la internación, alto o bajo)

Hb	GB	Plaquetas	Colesterol
Goat	GPT	FAL	Gamma glutamil transpeptidasa
BT	BD	BI	Glucemia
TP	KPTT	Proteínas	Albúmina
Na	K	Urea	Creatinina

## Ecografía hepática

	Poner X		Poner X
Esteatosis		Engrosamiento de la pared vesicular	
Litiasis		Ascitis	
Hepatomegalia		Otra lesión del parénquima hepático	
Esplenomegalia			

Comentarios sobre la ecografía: