

Agradecimiento

A Dios: Nuestro padre celestial porque sin su voluntad no sería posible alcanzar día a día las metas que nos proponemos en nuestras vidas.

A mi Tutor: Dr. Marcio Mendoza Por su apoyo brindado y su tiempo y dedicación, paciencia al igual que sus amplios conocimientos para la realización de este trabajo.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar las complicaciones más frecuentes del alcoholismo en los pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del HEODRA- león en el periodo Enero 2015 a Enero 2017.

El tipo de estudio descriptivo de corte transversal, la población de estudio fueron los pacientes ingresados, la muestra total fueron 340 pacientes. El 37.1% eran adulto en edades de 31-40 años predominando el sexo masculino con un 97.1% de baja escolaridad 57.1% procedentes del área urbana 65.9%. Las complicaciones asociadas al consumo del alcohol la frecuente fue la abstinencia alcohólica con un 80.3 % seguida de la gastritis 13.2% y la cirrosis hepática con 6.2%.

El tiempo de ingesta alcohólica en su mayoría eran consumidores de más de 10 años con un 57.4%.El consumo de drogas que más se encontró asociado al alcohol fue el tabaco y la marihuana con un 15 y 13.2 % respectivamente.

Es importante señalar en este estudio que los datos de referencia el 81.2% de los paciente no tenían referencia a ninguna institución para su seguimiento y apenas el 18.8% se refirieron a centros de atención como CAPS.

INDICE

Introducción.....	4
Antecedentes.....	5
Planteamiento del problema.....	5
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
Marco Teórico.....	9
Diseño Metodológico.....	19
Resultados.....	23
Discusión.....	31
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	39

INTRODUCCIÓN

El alcohol deriva del árabe Alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su uso en forma de brebaje data desde los albores de la humanidad (1).

El alcoholismo y sus consecuencias tienen una incidencia biológica, psicológica y social. Constituye la toxicomanía de mayor relevancia a nivel mundial por su prevalencia y repercusión. El consumo de alcohol es una de las causas de transgresiones sociales como violaciones, prácticas de sexo sin protección, abandono familiar y laboral, y se relaciona mundialmente con accidentes de tránsito. (2).

El consumo de alcohol es un problema de salud pública ya que los costos personales y sociales, tanto en términos de morbilidad y mortalidad son considerables, se estima que cada año 1.8 millones de muerte en el mundo son por alcoholismo lo cual representa un 3.2% del total de las muertes a nivel mundial (3).

El alcoholismo también conocido como síndrome de dependencia al alcohol consiste en dos fases: consumo de riesgo y adicción al alcohol. El abuso del alcohol como de otras sustancias son los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia a lo largo de la vida.

El alcohol produce daño físico como mental por ende vamos encontrar complicaciones médico psiquiátricas en diferentes sistemas del organismo humano: Complicaciones a nivel del sistema gastrointestinal, sistema nervioso central, sistema nervioso periférico, sistema cardiovascular, trastornos metabólicos, nutricionales, sistema inmunológico y a nivel psiquiátrico (4).

El presente estudio abordará por primera vez las complicaciones que se dan en población ingresada por consumo de alcohol.

ANTECEDENTES

A principios del siglo XXI el alcoholismo sigue siendo un grave problema sanitario y social en países como España, sin embargo puede afirmarse que han cambiado esencialmente las características socio demográfico y cultural de los consumidores así como las actitudes del entorno. (5)

Méndez, Juan Carlos et en su estudio del 2007 en Alianza terapéutica en pacientes adictos de dos instituciones de Antofagasta, Chile obtuvieron como principal resultado que el mayor porcentaje de casos fueron hombres 84% (808) Y de estos más de dos tercios eran menores de 40 años. La droga principal consumida fue el alcohol seguido del tabaco. (6).

En Nicaragua según una encuesta realizada en 2005, 78.7% de los hombres y 43.8% de las mujeres han consumido alcohol una vez, de ellos 21.9% notifico haber consumido alcohol en el último año. (19).

Vanegas Y.V. 2008 en su estudio Relación entre el alcoholismo y deterioro de la función renal en pacientes mayores de 15 años en medicina interna del HEODRA león 2005-2007 encontró que solamente el 6.4% de los pacientes tuvo un consumo de bajo riesgo. El riesgo de consumo de alcohol fue estadísticamente mayor en los pacientes del área urbana de mayor edad, este estudio proveyó evidencia de que el alcoholismo y los pacientes de mayor edad incrementan el deterioro de la función renal. El porcentaje de riesgo atribuible al mayor consumo de alcohol y la edad de 40 años o más fue de 56% y 63 % respectivamente. (20).

Chang et al en 2009 en su estudio Comportamiento clínico de los pacientes con diagnóstico de alcoholismo o con complicaciones alcohólicas en el HEODRA LEÓN se encontró que las complicaciones más frecuentes fueron: El síndrome abstinencia alcohólica con 31%, convulsiones 12%, cirrosis 11%, respectivamente (21)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las alteraciones del consumo del alcohol son una causa reconocida de morbilidad y mortalidad en muchos países del mundo, al igual que los efectos negativos del alcohol sobre nuestro organismo aumentan a medida que aumenta el consumo, y actualmente sabemos que la edad de inicio de ingesta de alcohol en nuestro país y especialmente en nuestro departamento de León cada vez menor por lo cual nos surgió la siguiente interrogante.

¿Cuáles son las complicaciones del alcoholismo de los paciente ingresados en el departamento de Medicina interna en el período comprendido de Enero 2015 a Enero del 2017?

JUSTIFICACIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud la cantidad de jóvenes que consumen alcohol ha venido incrementando en los últimos 10 años. El alcoholismo es un problema de salud pública que afecta a nivel mundial a todos los países y actualmente cada vez más son los pacientes que presenta complicaciones tempranas de esta enfermedad. Por lo tanto con nuestro estudio pretendemos identificar el comportamiento que tienen las complicaciones del alcoholismo en los pacientes del departamento de medicina interna sobre todo de las complicaciones que agravan la morbi-mortalidad con el fin de realizar un programa de intervención para disminuirlas o evitarlas. Y así mismo poder hacer énfasis en el tratamiento adecuado de estas complicaciones y promover la prevención en la población en riesgo de desarrollarlas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar las complicaciones del alcoholismo en pacientes ingresados al departamento de Medicina Interna en el periodo de Enero 2015 a Enero del 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar las características socio demográficas de la población de estudio.
2. Identificar las complicaciones más frecuente del alcoholismo.
3. Relacionar el tipo de complicación según e tiempo de evolución del alcoholismo.

MARCO TEORICO

MARCO TEÓRICO

El síndrome de dependencia del alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue ingiriendo a pesar de las consecuencias adversas. En el alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello hay que observar los tres niveles básicos de la vida: Individual, familiar y social (7).

Para el diagnóstico del alcoholismo este debe basarse en la correcta anamnesis y exploración clínica que puede complementarse con el uso de cuestionarios de identificación (cuestionario de CAGE) y el test de AUDY.

El CAGE consta de 4 ítems, su sensibilidad es 65% y su especificidad 85% se considera positivo si responde afirmativamente a un mínimo de 2 preguntas. No estudia cantidad, frecuencia, ni tiempo de la ingesta. Diseñado para la detección del alcoholismo crónico.

CUESTIONARIO CAGE

¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir dejar la bebida?

¿Le han molestado las observaciones de la gente acerca sus hábitos de bebida?

¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable por su costumbre de beber?

¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse en forma?

Si el paciente responde afirmativamente 3 o 4 puntos es definitivamente dependiente del alcohol, 2 puntos indica que tiene riesgo de ser alcohólico. Y si es 0 o 1 probablemente no es alcohólico.

El test AUDIT (Alcohol, Use Disorders Identifications contiene 10 ítems.

1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?
2. Nunca (1) Cada mes o menos (2) Dos o cuatro veces al mes

(3) Dos o tres veces a la semana (4) Cuatro veces o más a la semana

2. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol consume en un día típico cuando está bebiendo?

(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 o 9 (4) 10 o más

3. Con qué frecuencia consume seis o más bebidas en una ocasión?

(0) Nunca (1) Menos de cada mes (2) Cada mes (3) Cada semana

(4) Diario o casi diario

4. Durante el año pasado, ¿Con qué frecuencia no pudo dejar de beber una vez que había comenzado?

(0) Nunca (1) Menos de cada mes (2) Cada mes (3) Cada semana

(4) Diario o casi diario

5. Durante el último año, ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba normalmente de usted por beber?

(0) Nunca (1) Menos de cada mes (2) Cada mes (3) Cada semana

(4) Diario o casi diario

6. Durante el último año, ¿Con qué frecuencia necesitó consumir una primera bebida por la mañana para poder comenzar el día después de una sesión de consumo intenso de alcohol?

(0) Nunca (1) Menos de cada mes (2) Cada mes (3) Cada semana

(4) Diario o casi diario

7. Durante el último año, ¿Con qué frecuencia ha tenido sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?

(0) Nunca (1) Menos de cada mes (2) Cada mes (3) Cada semana

(4) Diario o casi diario

8. Durante el año pasado, ¿Con qué frecuencia fue incapaz de recordar lo que sucedió la noche anterior por haber estado bebiendo?

(0) Nunca (1) Menos de cada mes (2) Cada mes (3) Cada semana

(4) Diario o casi diario

9. Usted o alguien más se ha lesionado como resultado de su consumo de alcohol?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año

10. ¿Algún pariente, amigo, médico u otro miembro del personal de salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o ha sugerido que lo suprima?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, durante el último año

Referido al consumo en el último año. Discrimina consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. Es un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol. Puntuaciones superiores a 8 es indicativo de un bebedor de riesgo y superiores a 13 indican probable dependencia del alcohol. (8)

El National Institute on alcohol Abuse and alcoholismo recomienda formular la siguiente pregunta como mecanismo de detección ¿Cuántas veces en el año pasado tomó X o más bebidas en el día? (X es cinco para varones y cuatro para mujeres y una respuesta >1 se considera positiva).Esta prueba de detección de una sola pregunta ha sido convalidada en el entorno de atención primaria (8).

El National Institute on Alcohol abuse and alcoholismo define un bebedor problema cuando un varón consume más de cuatro tragos por día o 14 tragos por semana: y tres tragos al día o siete tragos por semana en el caso de las mujeres.

ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL

En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello en su estudio hay que observar los tres niveles básicos de la vida

del paciente: individual, familiar y social. Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión. Se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz prosencefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutamatérgica, de opioides endógenos, GABA, y canales del calcio. (20)

El consumo agudo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina, inhibición de los canales de calcio, inhibición de los receptores para glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato) y potenciación del GABA. El consumo crónico produce deseo de consumo por disminución niveles de dopamina, incremento canales del calcio, incremento de los receptores de NMDA y disminución del GABA. En la abstinencia se produce un estado de excitabilidad neuronal en el que están implicados el elevado número de receptores NMDA, y canales de Calcio y la disminución de gabaérgicos. La actividad del receptor NMDA en hipocampo puede provocar convulsiones y el aumento de liberación de dopamina en hipocampo puede provocar alucinaciones en el delirium. (19).

MARCADORES BIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Existen algunos marcadores biológicos que es importante considerar en los pacientes que consumen alcohol como:

El volumen corpuscular medio (VCM) se encuentra elevado en 31-96% de los pacientes alcohólicos se origina por efecto tóxico directo del alcohol sobre los hematíes, deficiencia de ácido fólico y hepatopatías.

La GGT O gamma glutamil transpetidasa sérica es el marcados más utilizado por su alta sensibilidad (65-80%) y facilidad de determinación. Su especificidad es de (50-65%). La determinación del VCM y el GGT permiten identificar más del 75% de bebedores excesivos (9)

La CDT o transferrina deficiente en carbohidratos tiene una sensibilidad del 82% y especificidad, es el marcador biológico más definido del alcoholismo crónico. (10)

COMPLICACIONES MEDICO PSIQUIATRICAS POR EL ALCOHOL.

Se habla de consumo problemático cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol (DSM-IV-TR) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El síndrome de dependencia de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas. (11)

La vinculación patológica al alcohol evoluciona durante 5-15 años hacia una expresión de alteraciones físicas y psíquicas, consecuencia de la intoxicación prolongada. En este tiempo las alteraciones que produce el alcohol son subclínicas, después surgen las alteraciones psíquicas.

La mayor complicación de la intoxicación etílica son los accidentes de tráfico. Se relaciona también con actos criminales y suicidios, accidentes y caídas que producen fracturas y traumatismos cráneo-encefálicos. La exposición a la intemperie puede ocasionar congelación o quemaduras. Por supresión de los mecanismos inmunológicos puede predisponer a las infecciones.

La intoxicación patológica se define por alteración conductual importante incluyendo, casi siempre, agresividad, que aparece a los pocos minutos de la ingestión de alcohol en una cantidad que es insuficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente. La conducta es atípica, en el sentido de que no se presenta cuando el sujeto no ha bebido.

El alcohol es la sustancia psicoactiva de uso más común que va producir complicaciones medico psiquiátricas en el ser humano:

Sistema gastrointestinal: Pancreatitis, gastritis, cirrosis hepática, varices esofágicas, úlceras gástricas, hepatitis

Sistema nervioso periférico: Neuropatía alcohólica.

Sistema cardiovascular: Miocardiopatía Alcohólica.

Sistema nervioso central: Demencia alcohólica, convulsiones, síndrome de wernicke-korsakoff.

Trastornos metabólicos nutricionales: Desnutrición deficiencia de vitamina B1, B6. Ácido fólico.

Complicaciones psiquiátricas: Síndrome de abstinencia alcohólica, Alucinosis alcohólica, Paranoia Alcohólica, Depresión, psicosis, (11).

Pancreatitis alcohólica.

La asociación entre alcohol y pancreatitis aguda ha sido reconocida desde hace mucho tiempo, el impacto del consumo de alcohol y su relación con pancreatitis ya que se sabe que el alto consumo de alcohol se ha asociado con el riesgo de 2.5-3% de desarrollar la enfermedad en los pacientes que consumen alcohol. Siendo solo un 10% los que desarrollan pancreatitis aguda y un 5% pancreatitis crónica en los bebedores moderados. (12)

Gastritis alcohólica y enfermedad ácido péptica.

El efecto del alcohol en la mucosa gástrica es dosis dependiente y aparece el daño a los 30 minutos después de la ingestión con un pico máximo a los 90 minutos después de la ingestión. El alcohol está señalado como agente etiológico implicado en gastritis y la úlcera péptica. Los cambios de la mucosa gástrica pueden ser eritema, gastritis o hemorragia de la mucosa. La gastritis erosiva crónica son más frecuentes en paciente con abuso de alcohol. (13).

Cirrosis alcohólica.

Es una de las complicaciones más frecuentes del consumo de alcohol en la cual se reduce la capacidad del metabolismo hepático. Existe una disfunción hepática, fibrosis del tejido hepático, y por lo tanto se aumenta el riesgo de desarrollar encefalopatía hepática, ascitis y varices esofágicas. (14).

Hepatitis alcohólica.

Es un síndrome clínico caracterizado por una falla hepática aguda que se presenta en los bebedores de moderado a severos que consumen 100g de alcohol por día.

El signo cardinal es la rápida aparición de la ictericia asociado a síntomas como: Fiebre, ascitis debilidad muscular. Los estudios de laboratorios revelan aumentos principalmente de las transaminasas hepáticas (GOT, GPT) en aproximadamente entre 200- 300ul / litro.(15).

Miocardopatía alcohólica.

El consumo crónico del alcohol puede provocar disfunción miocárdica aunque el paciente se encuentre asintomático, y estos pacientes deben recibir tratamiento con IECAS, y diuréticos aunque estén asintomáticos. (16).

Neuropatía alcohólica.

La neuropatía alcohólica es la más frecuente de las neuropatías toxica, en su etiología se admite que influyen factores como el déficit nutricional y déficit de tiamina, como el efecto toxico primario del alcohol sobre el sistema nervioso periférico los síntomas suelen ser preferentemente sensitivos afectando la sensibilidad superficial con evolución lentamente progresiva. (17).

Síndrome de abstinencia alcohólica.

Este síndrome se define como un conjunto de síntomas que se presentan cuando se interrumpe o se reduce bruscamente la ingesta de alcohol, en un sujeto que previamente tiene un consumo prolongado en el tiempo y/ o ingiere dosis elevadas.

El cuadro clínico puede observarse entre las 4-12 horas posteriores a la supresión de la ingesta de alcohol y los síntomas alcanzan su máxima expresión durante los 3-4 días siguiente con una duración de aproximadamente 5-10 días.(18)

Intoxicación alcohólica.

La intoxicación alcohólica consiste en grados variables de: Excitación y risa, comportamiento irregular, locuacidad, lenguaje escandido, incoordinancia de movimientos y de la marcha, irritabilidad, mareos, estupor y coma. El alcohol actúa sobre los nervios similar a los anestésicos generales, sin embargo el margen entre la dosis de alcohol que produce anestesia quirúrgica y lo que deprime el S.N.C. es muy angosta y este hecho es puesto en evidencia en los casos fatales de narcosis alcohólica. Los signos de intoxicación alcohólica son distintivos y en la mayoría de los casos no hay problema a su diagnóstico y su manejo; pero el coma alcohólico puede presentar dificultades a su diagnóstico diferencial. El coma alcohólico no es hecho en las bases clínicas, de cara roja, estupor, olor a alcohol, sino después de la acuciosa exclusión de otras causas de coma, específicamente las enfermedades que causan coma sin signos de focalización y ni alteración del Líquido Cefalorraquídeo.

Los grados medianos y moderados de intoxicación alcohólica no requieren especial tratamiento, ciertos remedios caseros como duchas de agua fría, café fuerte, actividad forzada, o inducción del vómito pueden ser de ayuda pero ninguno de ellos modifica la velocidad de eliminación. "El coma por el alcohol representa una emergencia médica" El objeto principal es prevenir la depresión respiratoria, y sus consecuencias, no debe de bajar rápidamente los niveles de alcoholemia pero la administración de glucosa, fructuosa e insulina son de poco valor práctico. Drogas analépticas como la anfetamina, Pentilentetrazol y mezclas de cafeína y pirotoxinas son antagonistas con el alcohol son poderosos estimulantes de la corteza pero no terminan con la combustión del alcohol. (7)

Alcohol y muerte súbita

Los pacientes alcohólicos tienen un mayor riesgo de sufrir una muerte súbita independientemente de que presenten o no una cardiopatía coronaria. De hecho,

aproximadamente una cuarta parte de las muertes súbitas en personas jóvenes o adultas de mediana edad se relacionan con una sobre ingesta de alcohol. Muchos de estos casos en realidad sufren una miocardiopatía alcohólica subclínica. Asimismo, en algún estudio epidemiológico se ha observado una correlación entre incidencia de muerte súbita y consumo de alcohol en varones de mediana edad con y sin cardiopatía coronaria. No obstante, en la mayoría de estudios, el aumento en la incidencia de muerte súbita sólo se observaba a partir de seis copas al día (16). Los mecanismos de muerte súbita relacionados con el consumo de alcohol todavía no se conocen con exactitud. No obstante, como se han identificado pocos pacientes alcohólicos con taquicardias ventriculares sostenidas, se ha postulado que la taquicardia ventricular en los alcohólicos rápidamente degenera a una fibrilación auricular.

Efectos del alcohol sobre la electrofisiología cerebral

Los efectos del alcohol sobre la actividad eléctrica del córtex cerebral y estructuras profundas del cerebro se han estudiado desde hace años. Aunque existen diferentes métodos de registro de la actividad eléctrica cerebral, los estudios más recientes se han basado en el análisis de los efectos del alcohol sobre los potenciales evocados visuales y auditivos. Los efectos de dosis bajas de alcohol sobre los potenciales evocados visuales suelen ser mínimos y de hecho en un estudio reciente se comprobaron más alteraciones en el examen de la función cerebral mediante el Wisconsin Card Sorting Test en los sujetos evaluados que trastornos de los potenciales evocados visuales (18). En cambio, en un estudio practicado con 40 alcohólicos asintomáticos que habían acudido para desintoxicación se comprobó una prolongación de la latencia P100 de los potenciales evocados auditivos. Esta alteración estaba muy estrechamente relacionada con la dosis total acumulada de alcohol, de modo que los pacientes que habían bebido más presentaron una alteración significativamente más acusada que los que habían bebido menos. (25)

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo de corte transversal.

AREA DE ESTUDIO: Se realizó en el HEODRA en el departamento de medicina interna en el periodo comprendido de Enero 2015 a Enero del 2017.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Todos los pacientes ingresados al departamento de medicina interna del HEODRA con el diagnóstico de consumo de alcohol

Muestra: Se tomó el 100% de la población que asistan consulta y hospitalización del departamento de medicina interna por tal razón no se realiza ningún tipo de muestreo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Paciente con consumo de alcohol

Mayores de 12 años.

Que estén completos los datos en el expediente.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Menor de 12 años.

Que no estén completos los datos en el expediente

FUENTE: Secundarias (Expedientes)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Estaba conformado por un formulario conteniendo los siguientes variables: Edad, sexo, ocupación, procedencia, estado civil, ingesta de alcohol, tipo de ingesta, complicaciones del alcoholismo. En el instrumento se pregunta: Los datos generales, datos de consumo, complicaciones del alcoholismo, y datos de referencia (ver anexos).

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Se hizo revisión de los expedientes de los pacientes ingresados en el periodo de estudio para estudiar las complicaciones alcohólicas. Previo permiso por escrito al director del HEODRA para la revisión de cada uno de los expedientes.

PLAN DE ANALISIS.

Los datos obtenidos de la ficha y resultados fueron introducidos en una base de datos en el programa de SPSS. Versión 15. Donde se analizaron a través de tablas de porcentajes, frecuencias, Y se presentaron en tablas y gráficos para conocer la prevalencia de las complicaciones del alcoholismo en la población de estudio. La relación entre las complicaciones y el tiempo de evolución se analizó a través de chi (χ^2) cuadrado. La significancia estadística fue definida como $p < 0.05$

CONSIDERACIONES ETICA.

Se solicitó permiso al director del HEODRA para la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados en donde los datos serán usados con fines de investigación y se mantendrá el sigilo de la información.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	PROCEDIMIENTO
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	19- 30años. 31 -40 años. 41-- 50 años. 51-- 60 años. Mayores de 60 años.
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Masculino. Femenino.
Ocupación.	Actividad Laboral que realiza	Obrero. Técnico. Profesional. Agricultor. Ama de casa.
Procedencia	Lugar de origen.	Urbano. Rural.
Estado Marital	Estado Marital	Casado. Soltero. Unión Libre. Viudo.
Escolaridad.	Nivel académico aprobado.	Primaria. Secundaria. Universitario. Analfabeto.
Tiempo de ingesta de alcohol.	Tiempo en que inicio a ingerir alcohol.	1-5 años. 6-10 años. Mayor de 10 años.
Consumo de otras drogas.	Ingesta o uso de otras sustancias psicoactivas.	Cocaína. Marihuana. Crack: Heroína. Éxtasis Otras.
Complicaciones del alcoholismo	Consecuencia o efectos adversos de la ingesta de alcohol.	Gastritis. Pancreatitis. Miocardiopatía Alcohólica. Cirrosis Alcohólica. Hepatitis alcohólica. Abstinencia Alcohólica. Neuropatía Alcohólica. Depresión. Psicosis. Otras.
	Sitio donde es referido el paciente una	CAPS (Centro de atención

Lugar de referencia	vez egresado del hospital.	psicosocial. Alcohólicos Anónimos.
---------------------	----------------------------	---------------------------------------

RESULTADOS

TABLA 1 Características socio-demográficas de la población de estudio

Datos generales	N	%
Grupo Etéreo		
19-30	74	21.8%
31-40	126	37.1%
41-50	83	24.4%
51-60	39	11.5%
>60	18	5.3%
SEXO		
Femenino	10	2.9%
Masculino	330	97.1%
ESTADO CIVIL		
Casado	57	16.8%
Soltero	145	42.6%
Unión libre	138	40.6%
OCUPACION		
Profesional	14	4.1%
Técnico	18	5.3%
Obrero	192	56.5%
Agricultor	38	11.2%
Ama de casa	7	2.1%
Ninguna	91	20.9%
ESCOLARIDAD		
Primaria	194	57.1%
Secundaria	87	25.6%
Universitario	9	2.6%
Analfabeto	50	14.7%
PROCEDENCIA		
Urbana	224	65.9%
Rural	116	34.1%

n=340

Fuente: Expediente Clínico

En el presente estudio encontramos que el grupo etario que predominó fue de 31-40 años con el 37.1% seguido del grupo de 41-50 años con el 24.4%. En relación al sexo el que más predominó fue el masculino con el 97.1%. Con el estado civil el 42.6% eran solteros y 16.8% eran casados y un 40.6% tenían unión libre. La ocupación que predominó fue la de obrero con un 56.5%, la escolaridad primaria con 57.1% fue la que tuvo mayor representación. En relación a la procedencia encontramos que el 65.9% eran del área urbana y solamente un 34.1% rural (Ver tabla 1)

Tabla 2 Complicaciones del Alcoholismo

VARIABLE		Recuento	% del N de columna
Gastritis	Si	45	13,2%
	No	295	86,8%
Pancreatitis	Si	16	4,7%
	No	324	95,3%
Cardiomiopatía	Si	1	0,3%
	No	339	99,7%
Cirrosis	Si	15	4,4%
	No	325	95,6%
Abstinencia alcohol	Si	273	80,3%
	No	67	19,7%
Hepatitis	Si	21	6,2%
	No	319	93,8%
Varices esofágicas	Si	19	5,6%
	No	321	94,4%
Neuropatía	Si	1	0,3%
	No	339	99,7%
Depresión	Si	2	0,6%
	No	338	99,4%
Deficiencia nutricional	Si	9	2,6%
	No	331	97,4%
Delirium Tremens	Si	5	1,5%
	No	335	98,5%
Enf. Renal	Si	9	2,6%
	No	331	97,4%
Neumonía	Si	4	1,2%
	No	336	98,8%

Fuente: Expediente Clínico

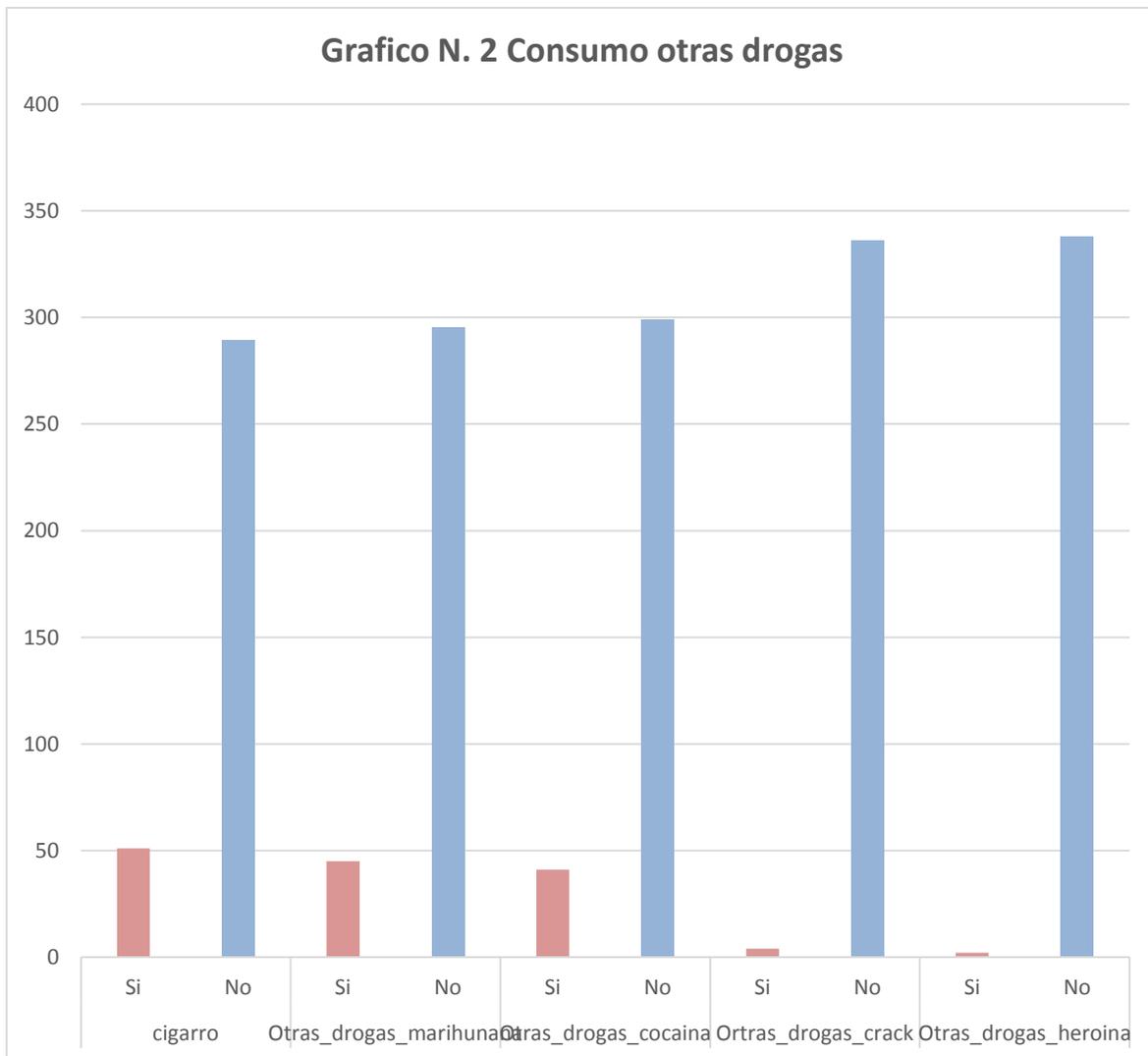
Las complicaciones más frecuentes asociadas al consumo de alcohol en nuestro estudio encontramos que la abstinencia alcohólica predominó con un 80.3%, seguida de la gastritis en un 13.2% y en un 6.2 % la hepatitis alcohólica, 4.7% la pancreatitis aguda y la cirrosis hepática con un 4.4% (Ver tabla 2)

GRAFICO 1-. TIEMPO DE INGESTA ALCOHOLICA



Datos de consumo

Al revisar los registros del Tiempo de ingesta Alcohólica encontramos que en su mayoría son consumidores de “más de 10 años” 57% y de “6 a 10 años” 25%. y de 1 a 5 años 18%.(Ver Gráfico 1)



En relación al consumo de otras drogas se encontró que en orden descendente de consumo, Cigarrillo 15%, Marihuana 13.2%, Cocaína 12.1% y Crack y Heroína, menos del 2%. (Ver gráfico 2)

GRAFICO No3. REFERENCIA DE PACIENTES



Con respecto a la referencia de pacientes encontramos que un 81% de pacientes no había sido referido a ninguna unidad para seguimiento y solo un 19% del total de pacientes lo fueron. De los pacientes referidos un 2% apenas lo fue al centro de atención psicosocial (CAPS) Ver Gráfico No 3.

TABLA No3 TIEMPO DE INGESTA ALCOHOLICA Y PRINCIPALES COMPLICACIONES

Complicaciones		Ingesta alcohólica					
		1 a 5 años		6 a 10 años		más de 10 años	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Gastritis	Si	7	11,3%	10	12,0%	28	14,4%
	No	55	88,7%	73	88,0%	167	85,6%
Pancreatitis	Si	2	3,2%	3	3,6%	11	5,6%
	No	60	96,8%	80	96,4%	184	94,4%
Cardiomiopatía	Si	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%
	No	61	98,4%	83	100,0%	195	100,0%
Cirrosis	Si	1	1,6%	1	1,2%	13	6,7%
	No	61	98,4%	82	98,8%	182	93,3%
Abstinencia alcohol	Si	54	87,1%	74	89,2%	145	74,4%
	No	8	12,9%	9	10,8%	50	25,6%
Hepatitis	Si	6	9,7%	5	6,0%	10	5,1%
	No	56	90,3%	78	94,0%	185	94,9%
Varices esofágicas	Si	1	1,6%	3	3,6%	15	7,7%
	No	61	98,4%	80	96,4%	180	92,3%

Las complicaciones más frecuentes presentan dos tipos de comportamientos en relación al tiempo de ingesta alcohólica: **DESCENDENTE EN EL TIEMPO**; **Abstinencia Alcohólica** 87.1% en el grupo de 1 a 5 años de consumo hasta 74.4% en el grupo de más de 10 años y Hepatitis Alcohólica 9.7% (1 a 5 años) hasta 5.1% (más de 10 años).

ASCENDENTE EN EL TIEMPO; Gastritis asciende desde 11.3% a 14.4%; Varices esofágicas asciende desde 1.6% a 7.7%; Pancreatitis asciende desde 3.2% a 5.6% y Cirrosis asciende desde 1.6% a 6.7%. (Ver TABLA No 3)

TABLA No4 RELACION ENTRE COMPLICACIONES DEL ALCOHOLISMO Y SEXO DE LOS PACIENTES

VARIABLES		Sexo			
		Femenino		Masculino	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
Gastritis	Si	3	30,0%	42	12,7%
	No	7	70,0%	288	87,3%
Pancreatitis	Si	1	10,0%	15	4,5%
	No	9	90,0%	315	95,5%
Cardiomiopatía	Si	1	10,0%	0	0,0%
	No	9	90,0%	330	100,0%
Cirrosis	Si	1	10,0%	14	4,2%
	No	9	90,0%	316	95,8%
Abstinencia alcohol	Si	10	100,0%	263	79,7%
	No	0	0,0%	67	20,3%
Hepatitis	Si	1	10,0%	20	6,1%
	No	9	90,0%	310	93,9%
Varices esofágicas	Si	1	10,0%	18	5,5%
	No	9	90,0%	312	94,5%

En relación a las complicaciones por sexo vemos que en el sexo femenino se presentaron como complicación principal la abstinencia del alcohol y en mucho menor frecuencia el resto de complicaciones sin embargo vemos que la población es bastante desigual para comparar las frecuencias de aparición en ambos sexos.

DISCUSION

En este estudio se realizó una revisión de las complicaciones del alcoholismo de 340 casos de pacientes que ingresaron en el servicio de Medicina Interna del Hospital HEODRA para el periodo de Enero del 2015 a Enero del 2017, realizándose de manera retrospectiva y de carácter descriptivo.

Se encontró que las principales características sociodemográficas fueron: Sexo masculino mayores de 18 años con baja escolaridad, solteros con ocupación obreros procedente del área urbana. Lo cual coincide la edad ya que según datos de la OMS el grupo etario más frecuente oscila de 20 – 39 años lo cual refleja el consumo de alcohol a edades mucho más temprana y que este consumo aumenta con la edad y predominando el sexo masculino.(22).

En estudios realizados se compara que la mayoría de los pacientes hospitalizados por alcoholismo presentan un bajo nivel de escolaridad lo que refleja que existen una serie de variables sociales que facilitan el consumo de alcohol como es el bajo nivel de educación y el bajo nivel socio económico.

Las principales complicaciones asociadas al consumo de alcohol en nuestro estudio encontramos que fue la abstinencia alcohólica seguida de la gastritis y la pancreatitis aguda. Lo cual corresponde con el estudio de Dra Chang.et el 2009 quien encontró que las complicaciones más frecuentes fue la abstinencia alcohólica. (21). Es importante señalar que la detección temprana de estas complicaciones nos puede permitir un mejor abordaje multidisciplinario, terapéutico en cada uno de los casos.

En otros estudios se ha comprobado que la dosis única de 200 ml de licor ya produce cierto grado de inflamación de la mucosa gástrica especialmente la del antro y en algunos casos llega a producir erosiones y hemorragias. En nuestro estudio la aparición de gastritis tiene relación principalmente con el tiempo de consumo de licor. La reversibilidad de la gastritis y la propensión a la hemorragia depende del grado de insulto de la barrera de la mucosa gástrica y de la concentración de ácido que entra en contacto con la mucosa lesionada. (24).

En general el paciente que desarrolla una pancreatitis aguda de origen etílico toma 4 o más bebidas alcohólicas al día o a lo largo de al menos dos décadas, esto de forma continua. Se estima que un 10% de los alcohólicos crónicos llega a padecer de una pancreatitis aguda (25). Con el tiempo, una proporción importante de pacientes con pancreatitis aguda etílica que continúan consumiendo alcohol desarrollan pancreatitis crónica lo que coincide con el tiempo de evolución de consumidores crónicos de alcohol en nuestro estudio, de igual forma en México y las estadísticas occidentales, las causas más comunes de pancreatitis aguda son la litiasis biliar (49-52%) y el alcoholismo (37-41%). El consumo ocasional de grandes cantidades de alcohol no suele producir pancreatitis.

La hepatitis alcohólica se encontró en un pequeño porcentaje lo cual corresponde con estudios realizados en el Hospital general de México por Higuera M en 2012 donde represento menos del 10%

El tiempo de ingesta alcohólica en su mayoría eran mayores de 10 años, aunque la relación de este con el tipo de complicación encontramos que la abstinencia alcohólica es más frecuente en aquellos pacientes que presentan menor tiempo de ingesta, de 1- 5 años respectivamente.

La cirrosis hepática en nuestro estudio asciende de 1.6 a 6.7% con respecto al tiempo de evolución y que coincide con las mayorías de estudios respecto al tiempo de aparición de la disfunción hepática crónica. Tomando como referencia el estudio de González C. Ascitis en pacientes con cirrosis publicada en 2011, la cirrosis alcohólica se observa fundamentalmente en pacientes con un consumo excesivo y prolongado de alcohol. Se han comunicado cifras de consumo que oscilan entre 40 y 80 gr/día, aunque en mujeres con un consumo menor puede originarse también cirrosis. Al no aparecer síntomas de intoxicación alcohólica o de abstinencia, el paciente puede mantener un elevado consumo alcohólico durante mucho tiempo, retrasando obviamente el diagnóstico.

No obstante no todos los individuos que abusan del alcohol de forma crónica desarrollan irremediamente una cirrosis, ya que su incidencia solo se ha demostrado en el 15% de las necropsias realizadas en alcohólicos. La aparición de varices esofágicas es inherente a la presencia de cirrosis hepática e hipertensión portal. Aproximadamente un 40% de los

pacientes asintomáticos presentan dichas varices cuando son diagnosticados; a medida que la enfermedad progresa, su frecuencia es mayor, estando presentes en el 90% de los enfermos.

Conclusiones

1. EL grupo etario más afectado fueron adultos, predominando el sexo masculino con baja escolaridad, solteros con ocupación obreros, procedentes del área urbana.
2. Las principales complicaciones fueron la abstinencia alcohólica seguida de la gastritis y la pancreatitis aguda.
3. EL tiempo de ingesta alcohólica encontramos que en su mayoría eran consumidores de más de 10años.
4. Con respecto a los datos de referencia la mayoría de los paciente no tenían referencia y solamente el 2% si tenían referencia al CAPS.

Recomendaciones

1. Concientizar al personal médico de la importancia de prevenir las complicaciones del alcoholismo en el paciente con un manejo integral por el médico, psicólogo y psiquiatra respectivamente.
2. Realizar campañas de motivación y educación a las nuevas generación en evitar el consumo de alcohol, ya que las complicaciones asociadas a ello pueden ser en muchos de los casos irreversibles.
3. Realizar la referencia de todo los pacientes con diagnóstico de alcoholismo al CAPS al igual que al grupo de alcohólicos anónimos de su comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Meniger.JA.Assement and treatment of alcoholism. And substance- related disorders in the elderly, Bull Menninger clinic 2002; 66(2):66-83.
2. Maisto SA Connors Gj Alcohol use disorders, Gottingen, Germany Huber publishers, 2007.
3. .Máxime A.Papadakis Stephen j. McPhee. Diagnóstico clínico y tratamiento. Manual moderno 2013.
4. Monografía sobre alcoholismo Dr. Pascual Josep. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2009.
5. Méndez Juan Carlos telestudio del 2007.Alianza terapéutica en pacientes adictos en chile.
6. Mendez Juan Carlos et en su estudio del 2007 en Alianza terapéutica en pacientes adictos de dos instituciones de Antofagasta.
7. Medicina y seguridad del trabajo (internet) 2011: 57 suplemento 1: 1-262.
- 8.Smith Pc et al Primary care validation of single question alcohol screening test J.Gen intern Med 2009 July: 24(7) 783-8.
9. Cronigrave KM, Saunders JB. Diagnostic test for alcohol Consumption. Alcohol 1995; 90 1479-85.

10. Guardia J. Guía clínica para el tratamiento de alcoholismo sociodrogalcohol. 2007.
11. Hernández A, Willian Rojas M. Fundamentos de Medicina y Psiquiatría CIB. 2004 4ta edición. pag 91-92.
12. Luis Bujarda. World J. Gastroenterology 2013. february Alcohol Consumption On Pancreatitis disease.
13. Edy. Stermer. MD. Alcohol Consumption and the Gastrointestinal Tract Review. Volumen 4 March. 2002.
14. Peter Jenson, Peter Otto. The clinical course of alcoholic cirrhosis: Effects of Hepatic metabolic capacity alcohol consumption research note 2012. 5: 509.
15. Michel R. Lucey. MD. Alcoholic Hepatitis the New England journal. Of Medicine June 2009.
16. S. Berbel. L.H. Revista Medifam abril 2013 volumen 13- Numero 14.
17. Consuelo V. JM. Fernandez. Revista española de Neurología 2008 pág. 408
18. H. Diaz Moreno, R. Olmos Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome de abstinencia alcohólica.
19. Organización Panamericana de la Salud en las Américas 2007. Vol. II Países Washington D.C: OPS. Publicación científica y técnica No. 622.
20. Vanegas. Y.V. Relación entre el alcoholismo y deterioro de la función renal en pacientes mayores de 15 años atendidos en Medicina Interna del HEODRA 2005- 2007. Tesis (Especialista en Medicina Interna) 2008.

21. Chang, et, Comportamiento clínico de los pacientes con diagnóstico de alcoholismo o con complicaciones alcohólicas en HEODRA 2009, tesis.
22. OMS. Informe Mundial sobre alcohol y salud.2014.
23. González C, López MJ, Casariego E, López L. ascitis en pacientes con cirrosis hepática. ELSEVIER 2012. Guías clínica Fisterra.
24. Gottfried EB, Korstein MA, Lieber CS. Alcohol induced gastric and duodenal lesion in man. Am J Gastroenterology. 1998; 70:587-592.
25. Irving HM, Samokhvalov AV, RehmJ. Alcohol as a risk factor for Pancreatitis. A systematic review and metaanalysis. JOP 2009; 10:387-92.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Consumo de alcohol en los pacientes atendidos en el departamento de medicina interna del HEODRA. León.

I Datos generales

Edad_____

Sexo: Femenino___ Masculino___

Estado Marital: Casado___Soltero___ Unión Libre___

Ocupación: Profesional___Tecnico___Obrero___Agricultor___ Ama de casa___

Ninguna___

Escolaridad: Primaria___ Secundaria___ Universitario___Analfabeto___

Procedencia: Urbana___Rural_____

II Datos de consumo

Tiempo de ingesta alcohólica: 1-5años___6-10años___ Mayor de 10años___

Consumo de otras drogas: marihuana___cocaína___ crack___ heroína___Extasis ___

Otras___

III Complicaciones del alcoholismo

Gastritis___Pancreatitis___Miocardiopatía alcohólica___Cirrosis ___Abstinencia

alcoholica___Hepatitis alcoholica___ Varices esofágicas___neuropatía alcoholica___

Depresión___Deficiencias nutricionales___Delirium tremens_____

IV Datos de referencia

Tipo de referencia Sí___ No___ Si la respuesta es si

Caps.____ Alcohólicos anónimos_____ Otros___

GLOSARIO DE TERMINOS RELACIONADOS CON ALCOHOLISMO

- **Abstemio** (Teetotaller) Véase abstinencia.
- **Abstinencia** (Abstinence) Privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios” (“abstemers”), “abstinentes totales” (“total abstemers”) o según una terminología inglesa más antigua “teetotallers”. El término “abstinente actual”, usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses anteriores; esta definición puede no coincidir con la autodescripción como abstemio de un encuestado. No hay que confundir el término “abstinencia” con la expresión “síndrome de abstinencia” o con un término más anticuado como el de “síndrome de privación”
- **Abstinencia, condicionada** (withdrawal, conditioned; abstinence, conditioned) Síndrome de signos y síntomas parecidos a los causados por la abstinencia que a veces experimentan las personas con dependencia del alcohol o los opiáceos ante un estímulo asociado anteriormente al consumo de alcohol o de drogas. Conforme a la teoría clásica del condicionamiento, los estímulos ambiental es vinculados temporalmente a reacciones de abstinencia no condicionadas, se convierten en estímulos condicionados capaces de provocar los síntomas de abstinencia. En otra versión de la teoría del condicionamiento, una respuesta innata de compensación a los efectos de una sustancia (tolerancia aguda) llega a estar vinculada condicionalmente a los estímulos asociados al consumo de la sustancia. Si se presentan los estímulos sin la administración real de la sustancia, se suscita la respuesta condicionada como una reacción compensatoria parecida a la abstinencia.
- Abusivo, consumo de alcohol (heavy drinking)
- **Abuso (abuse)** (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas) Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente,

provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando proceda. El término “abuso” se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10) (excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia, véase más adelante); las expresiones “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” (“hazardous use”) son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término “abuso”, aunque expresiones tales como “abuso de sustancias” siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

-Adicción, a las drogas o alcohol (addiction, drug or alcohol) Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

-Alcohol (alcohol) En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas. El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química apto para el consumo.

-Alcoholismo, concepto como enfermedad del (alcoholism, disease concept of) Se considera que el alcoholismo es un trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible, lo que se ajusta a las definiciones aceptadas de cualquier enfermedad. La perspectiva lega de Alcohólicos Anónimos(1939) —que afirmaba que el alcoholismo, caracterizado por la pérdida de control sobre la bebida y, por tanto, sobre la propia vida, era una “enfermedad”— se trasladó a la bibliografía erudita en los años cincuenta en forma del concepto del alcoholismo como enfermedad.

– **Bebida alcohólica** (alcoholic beverage) Líquido que contiene alcohol(etanol) y que está destinado al consumo. Casi todas las bebidas alcohólicas se preparan mediante fermentación, seguida de destilación en el caso de las de alta graduación. La cerveza se elabora a partir de cereales fermentados (cebada malteada, arroz, mijo, etc.), a los que a menudo se añade lúpulo. El vino se produce por fermentación de frutas o bayas, sobre todo, uvas. Otros productos tradicionales obtenidos por fermentación son el aguamiel (de la miel), la sidra (de las manzanas u otras frutas), el sake (del arroz), el pulque (del cactus mague) y la chicha (del maíz).

– **Consumo de riesgo** (hazardous use, hazardous drinking) Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).

– **Consumo excesivo** (drinking, excessive) Término desaconsejado actualmente para referirse a un hábito de consumo que excede el standard de consumo moderado o aceptado. Un equivalente aproximado que se utiliza hoy en día es “consumo de riesgo”. En la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se hacía una distinción entre dos tipos de consumo excesivo de alcohol: el episódico y el habitual, donde el consumo excesivo era aparentemente equivalente al de intoxicación etílica. El consumo excesivo episódico consiste en episodios relativamente breves que se producen al menos algunas

veces al año. Pueden durar varios días o semanas (véase consumo intensivo de alcohol “binge drinking”). El consumo excesivo habitual consiste en el consumo regular de cantidades de alcohol lo bastante grandes como para perjudicar la salud de la persona o el orden social.

– **Dependencia** (dependence) En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-III-R, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10 (ICD-10). En el contexto de la CIE-10 (ICD-10), el término dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome. Este término se intercambia a menudo con el de adicción y alcoholismo.

– **Problema relacionado con el alcohol** (alcohol-related problem) Todo efecto adverso que acompaña al consumo de alcohol. Es importante señalar que “relacionado” no implica necesariamente causalidad. El término puede emplearse para hacer referencia a un bebedor aislado o a la sociedad y fue respaldado por un Comité de Expertos de la OMS en 1979. En un informe de la OMS de 1977, se había utilizado la expresión discapacidad relacionada con el alcohol como sinónimo a nivel individual. Otro término equivalente usado con frecuencia es “consumo problemático de alcohol” que no debe confundirse con “bebedor problema”, una denominación más anticuada que implica que el patrón de consumo de la persona es por sí mismo un problema).