

11227

4



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
BENEMERITO HOSPITAL GENERAL
"JUAN MARIA DE SALVATIERRA"

RELACION DEL ALCOHOLISMO CON
LOS DIAGNOSTICOS DE INGRESO AL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN
EL HOSPITAL GENERAL DE LA PAZ, BCS.

288245

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A:

DR. FCO. JAVIER BALCAZAR ALMANZA

ASESOR DE TESIS
DR. JUAN MANUEL COTA ABAROA



LA PAZ, B.C.S.

FEBRERO DE 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**BENEMERITO HOSPITAL GENERAL
JUAN MARIA DE SALVATIERRA**

TESIS DE POSTGRADO

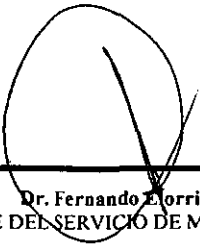
***RELACION DEL ALCOHOLISMO CON LOS
DIAGNOSTICOS DE INGRESO AL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE
LA PAZ.***

PRESENTA:

DR. FCO. JAVIER BALCAZAR ALMANZA



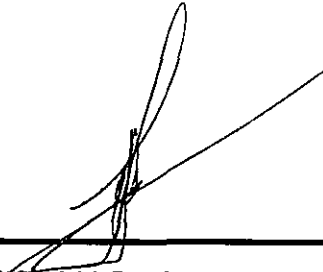
HOJA DE FIRMAS



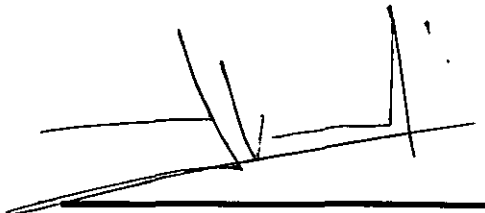
Dr. Fernando Morriaga Sánchez
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA



Dr. Juan Manuel Cota Abaroa
JEFE DE TERAPIA INTENSIVA Y ASESOR
METODOLÓGICO DE TESIS.



Dr. Morris Scholnick Corral
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL BHJMS



Dr. Luis Manuel Vargas Sánchez
JEFE DE ENSEÑANZA ESTATAL DE
LA SECRETARIA DE SALUD EN B.C.S.



S.S.A.
HOSPITAL JUAN MARIA
DE SALVATIERRA
La Paz, B.C.Sur

INDICE

INDICE	I
AGRADECIMIENTOS	II
DEDICATORIA	III
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
MATERIAL Y METODOS	10
Grupo problema	10
Variable independiente	10
Variable dependiente	10
Criterios de inclusión	10
Criterios de exclusión	11
Criterios de eliminación	11
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	11
ANÁLISIS DE DATOS	12
TÁBLAS DE RESULTADOS	15
Tabla 1 Número de pacientes	15
Tabla 2 Diagnósticos médicos	16
Tabla 3 Diagnósticos en trauma	17
Tabla 4 Grado de alcoholismo	18
Tabla 5. Comparación de series	19
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	23

AGRADECIMIENTOS:

Durante muchos días he estado pensando a quienes agradecer el encontrarme a estas alturas de mi profesión. Y es que han sido ya tantos años los que he sido alumno de alguien, compañero de alguien, amigo de alguien que seguramente omitiría algún nombre de quererlos mencionar a todos. Desde la monja que me enseñó a leer hasta el doctor que me ha explicado el funcionamiento de los canales de intercambio iónico de sodio y potasio dependiente de adenosintrifosfato, gracias.

Una mención especial merecen mis hermanos, porque de cada uno de ellos he recibido siempre confianza, muchísimo apoyo, consejos, enseñanza en las labores diarias y en las específicas de la medicina.

Pero principalmente, gracias, muchas gracias a todos y cada uno de los pacientes que aún sin saberlo confiaban su vida en manos inexpertas y en los pocos conocimientos de un residente, enseñándome los secretos que la ciencia trata de describir en los textos, pero ante todo lo que ningún libro, ningún maestro ni nadie podría haberlo hecho mejor: el significado de ser MEDICO. Gracias.

DEDICATORIA

A Paquito y Fer, porque ellos dos son la razón de mi vida, la motivación para ser siempre el mejor, mi fortaleza cuando todo parece serme adverso y porque sin ellos simplemente no hubiera trascendido más allá de mi propia circunferencia.

A ti Hermosa, porque has sabido ser mi inspiración con tu belleza, la paz interior que siempre he buscado con tu paciencia, mi orgullo con tu presencia a mi lado y sobre todo un gran dique en mi vida cuando parecía que todo se había derrumbado.

A ti mamá, porque aunque siempre me sigas viendo como el niño que ya no soy, me ayudaste a ser mejor estudiante cada vez y ahora hasta confías en mí como médico, porque me forjaste humano, dentro de la gran filosofía de la familia Almanza, que tiene a mi abuelo como punto de partida.

A ti papá, porque siempre has estado a mi lado, porque gracias a ti y a nadie más que a ti soy médico, porque tienes la fuerza de carácter que me ha hecho falta tantas veces y porque eres el único ejemplo de rectitud y fidelidad a los valores que conozco que nunca ha claudicado.

Francisco Javier

INTRODUCCION

Durante los últimos cinco años se ha mencionado al alcoholismo como uno de los principales problemas de salud del estado de Baja California Sur ⁽¹⁾, incluso en algunas fuentes de prensa se ha publicado que una de las poblaciones del estado tiene el consumo de cerveza per. cápita más alto del país:

El servicio de Medicina Interna del B. Hospital Juan Ma. de Salvatierra incluye el área de hospitalización para adultos, tanto hombres como mujeres, que no tengan un padecimiento quirúrgico u obstétrico y el área de Terapia Intensiva, en la que se admiten pacientes adultos de todos los servicios del hospital. Se ha hecho la observación en repetidas ocasiones durante las visitas diarias y las revisiones bibliográficas de este servicio que el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas representa una causa muy frecuente de ingresos a nuestro servicio por diversas patologías relacionadas con este hábito.

Los efectos deletéreos para la salud por el consumo de alcohol pueden dividirse en aquellos a corto y largo plazo ⁽²⁾, convirtiéndose en una de las principales causas de ingreso a las unidades médicas. El promedio de ingresos al servicio de Medicina Interna es de 840 pacientes / año, ocupando las enfermedades del corazón el primer

lugar como causa de ingreso con el 19.2%, las enfermedades del hígado derivadas del alcohol ocupan un 6% del total traumatismos por cualquier causa un 14%; otras causas de ingreso estadísticamente importantes podrían estar directa o indirectamente relacionadas con el consumo de alcohol como lo son las anemias con un 6% y pancreatitis con un 3%⁽¹⁾.

No existen sin embargo estudios que vinculen al alcohol con la morbilidad hospitalaria y siendo el alcoholismo un problema de salud pública deberían conocerse tales datos para poder de esa manera elaborar programas de salud orientados a la prevención del alcoholismo a nivel local o estatal.

ANTECEDENTES

El alcohol es la droga de la que más frecuentemente se abusa en todo el mundo. En los Estados Unidos cobra 100,000 vidas anualmente y acarrea costos por atención de problemas de salud por 100 billones de dólares. De las personas admitidas a los hospitales generales del 20 al 40% tienen problemas derivados del alcohol y en los ancianos las hospitalizaciones relacionadas con el alcohol son tan numerosas como las causadas por infarto agudo al miocardio ⁽⁴⁾. Estos hallazgos concuerdan con estudios europeos, en los cuales se encuentran estadísticas similares, con un 20% de prevalencia del uso de alcohol en todos los servicios médicos. Uno de cada dos hombres y una de cada cinco mujeres entre los 35 y los 45 años han tenido por lo menos un problema de salud relacionado con el consumo de alcohol. Sin embargo los cuidados para los problemas de salud relacionados con alcohol son seriamente inadecuados, llegando incluso a pasar por alto hasta el 50% de los diagnósticos. ⁽⁵⁾.

El daño que ocasiona el alcohol a la sociedad es muy alto. Cada año ocurren cerca de 35,000 accidentes fatales de auto en los Estados Unidos relacionados con el alcohol, lo que significa que al menos una de las víctimas, usualmente conductor, se encontraba intoxicado. El etilismo agudo es un factor importante en otros tipos de

accidentes fatales que incluyen incendios, caídas y ahogamiento. Además el alcohol está implicado en la mayoría de los homicidios, muchos suicidios y en una gran proporción de los episodios de violencia familiar. Los efectos a largo plazo son también muy importantes. La hepatopatía crónica, de la cual el 50% es derivado del abuso de alcohol es la onceava causa de muerte en los Estados Unidos. El alcohol está también asociado con otras muchas enfermedades, incluyendo pancreatitis, miocardiopatía, neuropatía periférica, demencia, cáncer y el síndrome alcohólico fetal ⁽⁶⁾.

Estudios en Suecia relacionan al alcohol con el 44% de las muertes no naturales en la población general, lo que trata de llamar la atención hacia el establecimiento de mejores políticas para controlar el abuso de etanol ⁽⁷⁾.

Contrario a otras drogas el alcohol es una importante fuente de energía, con 7.1kcal/gramo, un valor que excede la energía contenida en la misma cantidad de carbohidratos o proteínas. En promedio, el etanol provee la mitad de la ingesta calórica de los pacientes alcohólicos, se desplazan entonces nutrientes normales, causando malnutrición, que incluye deficiencias de folatos, tiamina y otras vitaminas. La malnutrición también ocurre por malabsorción secundaria a complicaciones gastrointestinales, tales como

insuficiencia pancreática e inhabilitación del metabolismo hepático de nutrientes como la vitamina A ⁽⁸⁾.

El abuso de alcohol se asocia con neoplasias del tracto digestivo y respiratorio y posiblemente con el cáncer de mama ⁽⁹⁾. El alcohol aumenta también la mutagenicidad de los productos derivados del tabaco. La deficiencia de vitamina A se asocia al alcoholismo por aceleración de la degradación hepática de retinol. La deficiencia de retinol y cáncer se ha demostrado ya en varios estudios epidemiológicos, además la vitamina A es esencial para la integridad de las defensas intestinales y se opone a la activación de carcinógenos ⁽¹⁰⁾.

Tradicionalmente las mujeres consumen menos alcohol que los hombres, aunque la diferencia se está estrechando desde la década pasada, particularmente entre hombres y mujeres jóvenes ⁽¹¹⁾. Para una cantidad dada de alcohol consumido, los niveles en sangre de alcohol son más altos en mujeres que en hombres, por dos razones: la talla menor de las mujeres y la distribución del alcohol en un menor espacio líquido por su mayor contenido de tejido graso ⁽¹²⁾. De esta forma, la cantidad de alcohol para definir el consumo como leve a moderado en un hombre no es necesariamente la misma en una mujer. El alcoholismo moderado se define como el consumo de dos bebidas al día en el hombre pero solamente una en las mujeres, definiendo

como una bebida a 335ml de cerveza regular (12oz), 148ml (5oz) de vino de mesa o 44ml (1/2oz) de productos destilados, cada una de las cuales contiene cerca de 14gr de alcohol.⁽¹³⁾

La herencia parece jugar un papel importante en el desarrollo del alcoholismo, tanto en hombres como en mujeres y se le ha atribuido un papel importante a *ADH4* para el receptor D2 de la dopamina. Las diferencias individuales en la velocidad del metabolismo del etanol y la severidad de las enfermedades derivadas de su consumo son, en parte, determinadas genéticamente. La identificación de genes específicos asociados con fenotipos que afecten el riesgo de alcoholismo puede facilitar estudios prospectivos de individuos predispuestos quienes se encuentren silentes y aún no expresen el desorden. Por ejemplo, hay reportes preliminares que indican que las personas con mayor umbral de tolerancia al alcohol tienden a desarrollar dependencia del alcohol con la asociación de características de personalidad que aumentan la susceptibilidad y los hace bebedores compulsivos. Si se corroboraran los genes involucrados en el alcoholismo, los jóvenes con un fenotipo determinado podrían beneficiarse con intervenciones que ayuden a disminuir su consumo impulsivo de alcohol.⁽¹⁴⁾

En estudios controlados en Estados Unidos se ha referido que el 50% de la población ha padecido al menos un episodio de enfermedad psiquiátrica clasificable en el DSM IV, a lo largo de la

vida. los padecimientos más frecuentes son cuadros de depresión mayor, dependencia de alcohol, fobia social y fobias sociales ⁽¹⁵⁾. Algunos estudios observacionales indicaban que entre más joven se comience a ingerir bebidas alcohólicas, más riesgo se corre de desarrollar dependencia de alcohol, sin embargo, los estudios controlados han encontrado esta asociación como no causal y el tratar de retardar el inicio en el consumo de bebidas embriagantes no asegura éxito en la prevención del desarrollo de dependencia de alcohol.⁽¹⁶⁾.

A pesar de la prevalencia tan alta de alcoholismo en la población mundial, a menudo es difícil el diagnóstico apropiado de alcoholismo, lo que resulta sobre todo en investigaciones innecesarias y en tratamientos inapropiados. Más aún, actualmente existe evidencia de mayores posibilidades de éxito entre más temprano se detecte el problema de etilismo, incluso si la intervención es breve ⁽¹⁷⁾. Existen actualmente algunos cuestionarios utilizados en la práctica clínica en los Estados Unidos, que ayudan, junto con algunos exámenes de laboratorio, a hacer el diagnóstico de alcoholismo en estadios tempranos, tales como los llamados: MAST (por sus siglas en inglés de Cuestionario para la Detección del Alcoholismo de Michigan), o el cuestionario CAGE, con excelentes resultados para detectar el uso o abuso de alcohol, pero no ha demostrado su utilidad para señalar consumo peligroso o dañino. El Cuestionario para la Identificación de

Desórdenes Relacionados con el uso de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés) es actualmente, el instrumento más útil para la detección de problemas de salud derivados del alcohol ⁽¹⁸⁾.

A pesar del efecto protector que parece tener el alcohol sobre el desarrollo de cardiopatía isquémica, los grandes bebedores (más de 6 tragos al día), presentan un riesgo muy alto de morir por otras causas diferentes a las coronariopatías, especialmente de cirrosis, traumatismos y neoplasias relacionadas con tabaco. Este riesgo se encontró más alto en mujeres y en jóvenes. Los bebedores moderados o ligeros (1 a 2 bebidas al día), tuvieron un riesgo relativo de morir por causas cardiovasculares, especialmente de coronariopatía isquémica menor a la población de la misma edad y con los mismos factores de riesgo que sirvieron de caso control, siendo esta reducción mayor en los ancianos. Se encontró también que la ausencia de enfermedad coronaria en bebedores moderados parece ejercer un efecto protector sobre las demás causas de muerte no cardiovasculares. ⁽¹⁹⁾

Recientemente en la ciudad de La Paz, B.C.S. se ha puesto en marcha un operativo policiaco para tratar de impedir que se consuman bebidas embriagantes mientras se conduce un vehículo automotor o si se está en estado de ebriedad. Esta medida parece congruente con un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos de 1980 a 1989, en el que se encontró una fuerte relación entre el número de arrestos por

manejar en estado de ebriedad y las muertes por accidente relacionadas con alcohol. La fortaleza de esta asociación parece incrementarse con el número de arrestos previos por conducir bajo efectos del alcohol, ya que entre más arrestos previos se tuvieran más son las posibilidades de morir o causar una muerte al haber consumido alcohol. Este problema fue con mucho más frecuente entre jóvenes. Si se considerara el ser arrestado por conducir ebrio como un problema de salud relacionado al consumo de alcohol, resulta que esta patología es mucho más frecuente entre jóvenes, particularmente entre los menores de 30 años ⁽²⁰⁾. Estos hallazgos nos deben llamar la atención hacia la necesidad de crear medidas más agresivas para controlar a los conductores ebrios o consumidores de alcohol mientras de encuentren al volante, además de que se debe poner mayor atención en los pacientes que ingresen por cualquier causa al servicio de medicina interna y tengan historia de problemas relacionados con el consumo de alcohol para poder llevar a cabo un programa adecuado de prevención y tratamiento de este problema de salud pública en Baja California Sur.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, seleccionando para ello a los pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna del hospital Juan Ma. de Salvatierra entre agosto de 1996 julio de 1998, para los cuales se definieron las siguientes variables:

Grupo problema:

Pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna por cualquier causa y tuvieran historia de ingestión de bebidas alcohólicas.

Variable Independiente:

Número de ingresos al servicio de Medicina Interna

Variable Dependiente:

Historia de alcoholismo

Criterios de Inclusión:

Todo paciente aceptado al servicio de Medicina Interna del Hospital Juan Ma. de Salvatierra durante el periodo comprendido entre el primero de agosto de 1996 y el treinta y uno de julio de 1998

Criterios de exclusión.

Paciente hospitalizado en las áreas de las especialidades quirúrgicas, pediatría y psiquiatría.

Pacientes con más de dos ingresos en menos de un año al servicio de Medicina Interna.

Criterios de eliminación.

Paciente sin historia de etilismo agudo o crónico.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE ESTUDIO.

Se hizo una revisión de los expedientes clínicos de los pacientes admitidos al servicio de medicina interna del B Hospital Juan Ma. de Salvia tierra entre el primero de agosto de 1996 y el 31 de julio de 1998, buscando historia de etilismo agudo o crónico en la Historia Clínica o nota de ingreso al servicio de medicina interna. Si la historia clínica o nota de ingreso confirman el antecedente de etilismo se incluye en el estudio y se da seguimiento a su padecimiento, consignado el motivo de ingreso, determinando por la historia si el alcoholismo es un factor causal de ingreso o precipitó la

patología por la que se interna al paciente, valorando la evolución y el destino final de el paciente en cuestión.

Una vez llenada la célula de recolección de datos se clasificó a los pacientes por grupo de edad, sexo, tipo de padecimiento que motivó su ingreso y el destino final de tal paciente, que pudo ser: alta, traslado a otras instituciones o defunción.

Ya revisados los expedientes en su totalidad y clasificados cada uno de los casos se procedió al análisis de los datos obtenidos y a la descripción de los resultados.

ANÁLISIS DE DATOS.

En los dos años revisados se encontraron 912 ingresos al servicio de medicina interna, de estos se descartaron 153 pacientes por ser reingreso al servicio y solamente se analizaron los casos nuevos. Se revisaron 753 expedientes clínicos de pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna en los dos años comprendidos en esta revisión. Incluyendo a los pacientes que ingresaron al servicio de Terapia Intensiva aún cuando el destino final de estos pacientes haya sido un servicio diferente al de Medicina Interna.

Se encontraron 138 pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna por diferentes patologías consideradas como no quirúrgicas y 108 pacientes con diagnóstico de trauma como causal del ingreso y

estos en algún momento de su estancia intrahospitalaria fueron ingresados al servicio de Terapia Intensiva y en los cuales ya fuera en la nota de ingreso o en la historia clínica se consignara al etanol como un factor causal del ingreso, ya fuera agudo o crónico

De los 138 pacientes con diagnóstico de ingreso considerado como de manejo médico y en los cuales se encontrara historia de etilismo como un factor causal de ingreso se encontraron 119 hombres y 19 mujeres. 101 pacientes tenían historia de etilismo crónico intenso, 31 se definieron con etilismo crónico moderado y 6 llegaron al hospital en estado de ebriedad.

La distribución por grupo de edad fue de la siguiente manera: 14 pacientes de 21 a 30 años, 49 de 31 a 40 años, 34 de 41 a 50 años, 23 pacientes entre 51 y 60 años, 12 de 61 a 70, 5 pacientes de 71 a 80 años y 1 paciente de 81 a 90 años, no hubo pacientes con historia de etilismo como factor causal de ingreso al servicio mayores de 90 años.

Los diagnósticos de ingreso consignados en la nota respectiva, hecha por el residente de Medicina Interna de guardia y avalada por el médico adscrito de turno fueron los siguientes:

Bronconeumonía encontrando 2 pacientes, neumonía 3 pacientes, absceso pulmonar 4, hepatopatía secundaria a etanol 14 pacientes, síndrome de supresión etílica 38, sangrado de tubo digestivo alto 30

pacientes, urgencia hipertensiva 3 pacientes, crisis convulsivas 1 paciente, encefalopatía metabólica 22, intoxicación etílica 6 pacientes, tuberculosis pulmonar 1 paciente, infección de tejidos blandos 2 pacientes, miocardiopatía 1 paciente, intento suicida 1 paciente, peritonitis espontánea 1 y pancreatitis aguda 7 pacientes para un total de 138 pacientes. El número de pacientes dados de alta por mejoría del cuadro que ameritó el ingreso fue de 118, 5 se fueron de trasladado a otras instituciones y 17 fallecieron durante su estancia.

De los 108 pacientes con traumatismo 104 pacientes fueron hombres y 4 mujeres, la distribución por edades mostró diferencias importantes respecto a los diagnósticos médicos: 11 pacientes tuvieron edades de 15 a 20 años, 48 de 21 a 30, 23 de 31 a 40, 17 de 41 a 50, 5 de 51 a 60, 3 de 61 a 70 y no se registraron pacientes mayores de 70 años bajo este rubro. Los diagnósticos con los que fueron ingresados al hospital y que en algún momento de su estancia intrahospitalaria requirió de Terapia Intensiva fueron los siguientes: traumatismo cráneo encefálico 26 casos, herida por arma blanca 21 pacientes, politraumatizados 32, traumatismo de columna 2, caídas 22, herida por proyectil de arma de fuego 2, quemaduras 3 pacientes. 99 pacientes llegaron en estado de intoxicación etílica y 9 de ellos refirieron etilismo crónico intenso. De el total de estos pacientes 99 fueron dados de alta del hospital, 8 se trasladaron a diferentes instituciones y se registró solamente un fallecimiento.

TABLAS DE RESULTADOS:

Tabla 1. Número de pacientes:

<u>Causa de Ingreso:</u>	<u>Pacientes</u>
Traumatismos	138
Padecimientos médicos	108
Total:	246

Fuente: Archivo del BHJMS

Tabla 2. Diagnósticos Médicos:

Diagnóstico	No. de pacientes: (%)
Sx. de supresión etílica	38 (27.5%)
Sangrado de tubo digestivo alto	30 (21.7%)
Encefalopatía	22 (15.9%)
Hepatopatía etílica	14 (10.1%)
Pancreatitis aguda	7 (5%)
Intoxicación etílica	6 (4.3%)
Absceso pulmonar	4 (2.8%)
Otros *	17 (12.3%)

*Otros: Urgencia hipertensiva, neumonía, bronconeumonía, infección de tejidos blandos, crisis convulsivas, miocardiopatía, intento suicida, tuberculosis pulmonar, peritonitis espontánea.

Fuente: Archivo del BHJMS

Tabla 3. Diagnósticos en trauma:

Diagnóstico	No. de pacientes (%)	
Politraumatizados	32	(29.6%)
Traumatismo cráneo encefálico	26	(24.0%)
Caídas	22	(20.3%)
Herida por arma blanca	21	(19.4%)

Fuente: Archivo del BHJMS

Tabla 4. Grado de alcoholismo

Tipo de padecimiento	Intoxicación aguda	Crónico. Moderado	Crónico Intenso
Traumatismo	99	0	9
Padecimiento médico	6	31	101

Fuente: Archivo del BHJMS

Tabla 5. Comparación de series.

Serie	% de ingresos relacionados con alcohol.
BHJMS	36.6%
BIH	20-40%
Raynaud.	20%

BHJMS: Benemérito Hospital Juan Ma. De Salvatierra

BIH: Beth Israel Hospital ⁴

Raynaud: Hospital Morbidity in center of France ⁵

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

1.- Se encontraron 246 casos de pacientes que ingresan al servicio de medicina interna en los que el abuso de alcohol se pudo detectar como factor causal de su patología.

2.- Los casos totales de pacientes nuevos que ingresaron al servicio de medicina interna en el periodo comprendido en esta revisión fue de 753. Lo cual implica un 36% de casos de pacientes en los que el abuso de alcohol como factor desencadenante de su patología. Estos hallazgos son compatibles con los encontrados en la literatura mundial, en concreto con el estudio desarrollado en el Beth Israel Hospital por el Dr. Lieber en el que la prevalencia de alcoholismo en los pacientes ingresados a hospitales generales va del 20 al 40% y un poco más alto en relación con el estudio francés en el que se encuentra al alcohol como el causante del 20% de los ingresos hospitalarios a cualquier especialidad.

3.- La distribución por grupo de edad en pacientes con traumatismo muestra un incidencia mayor entre personas menores de 30 años. La incidencia por edad en pacientes con padecimientos médicos es mayor de lo 41 a los 50 años.

4.- La incidencia de alcoholismo sigue siendo más alta en varones que en mujeres, como lo demuestra el número muy alto de pacientes hombres en comparación con las mujeres que ameritaron hospitalizarse.

4.- La historia de alcoholismo también muestra diferencias importantes entre los dos grupos de patologías analizados, siendo la intoxicación aguda con un 91% de los pacientes de trauma el tipo de alcoholismo más frecuente.

5.- En pacientes con padecimientos médicos el antecedente de etilismo crónico intenso observó el mayor porcentaje con un 75%, el etilismo crónico moderado con un 22% el segundo lugar y solamente se encontró un 4% con intoxicación aguda.

6.- El 36% de pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna con historia de abuso de alcohol y siendo esta la causa de su patología que ameritó hospitalización, en los dos años analizados en esta revisión, nos deben hacer reflexionar acerca de las consecuencias que el alcoholismo tiene sobre la salud de la población general, con hincapié en la incidencia tan alta en traumatismos en personas jóvenes y que podrían traer consecuencias graves sobre la capacidad intelectual o física de estos individuos. Los efectos a largo plazo han

sido estudiados en múltiples artículos y revisiones y los resultados de esta son compatibles con los encontrados a nivel internacional.

7.- Al igual que en los estudios internacionales el diagnóstico de alcoholismo puede ser pasado por alto en nuestros ingresos, ya que no existen cuestionarios ni métodos apropiados en nuestro hospital que hagan énfasis en la búsqueda de esta patología, que como he podido ver en los resultados de esta revisión es sumamente frecuente.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Índices de Morbilidad y mortalidad de la Secretaría de Salud en Baja California Sur.
- 2.- . M. Carrillo Reid PhD; David A. Fiellin, MD; Patrick G O'Connor, MD. Hazardous and Harmful Alcohol Consumption in Primary Care. *Arch Intern Med* Vol 159, Aug 9 1999: 1681-1689.
- 3.- Archivo del B. Hospital Juan Ma. de Salvatierra.
- 4.- Charles Saul Lieber. Seminars in Medicine Beth Israel Hospital, Boston. Medical Disorders of Alcoholism. *The New England Journal of Medicine*. Oct 19, 1995 Vol 333, No. 16
- 5.- Raynaud M. Malet L. Facy F Glandier P. Hospital Morbidity of alcohol use disorders in the center of France. *JAMA* 1998; 279: 1227-1231.
- 6.- Alcohol and Other Drugs –Toward a More Rational and Consistent Policy. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
- 7.- Sjogren H, Eriksson A, Ahlm K Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all deaths in Sweden. *Journal of the Department of Community and Rehabilitation, Forensic Medicine, Umea University, Sweden*. Jul 1999.
- 8.- . Lieber CS, ed. Medical and nutritional complications of alcoholism: mechanisms and management. New York: Plenum Press, 1992.

- 9.- Garro AJ, Lieber CS. Alcohol and cancer. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 1990;30:219-49
- 10.- Leo MA, Lieber CS. Hepatic vitamin A depletion in alcoholic liver injury. *N Engl J Med* 1982;307:597-601.
- 11.- Bucholz KK, Heath AC, Madden PA. Transitions in drinking in adolescent females: evidence from the Missouri adolescent female twin study..
- 12.- Frezza M, di Padova C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieber CS. High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *N Engl J Med* 1990;322:95-9.
- 13.- . Department of Agriculture. Dietary guidelines, nutrition and your health: dietary guidelines for Americans. 3rd ed. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1990. (Publication no. 1990-273-930.)
- 14.- Marc A. Schuckit, MD. New Findings in the Genetics of Alcoholism, *JAMA* May 26, 1999 Vol 281 No 20: 1875-1877
- 15.- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatric*. 2000; 57: 803-811.

- 16.- Prescott CA, KendlerKS. Age at first drink and risk for alcoholism: a noncausal association. *J. Stud Alcohol* 1992 May; 53 (3): 197-202.
- 17.- Saunders JB, Conegrave KM. Early identification of alcohol problems. *JAMA* 1966 Dec 25; 276(24): 1964-1967.
- 18.- Li J-L, P... .. MA, Nagai Y, Lieber CS. Tissue inhibitor of metalloproteinases is elevated in the serum of precirrhotic and cirrhotic alcoholic patients and can serve as a marker of fibrosis. *Hepatology* 1994;19:1418-23.
- 19.- Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med* 1992 Oct 15; 117 (8): 646-654.