

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### ALCOHOLISMO: SU REPERCUSIÓN SOBRE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA EN UNA COMUNIDAD MONTAÑOSA GUANTANAMERA

Por:

Dr. Yoandy López de la Cruz

Residente de 2do. Año de Medicina General Integral.

*Descriptor DeCS:*

ALCOHOLISMO

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE  
SALUD

*Subject headings:*

ALCOHOLISM

DIAGNOSIS OF HEALTH SITUATION

Sería difícil hacer el recuento total de los daños que el alcohol ocasiona, tanto en la salud individual como colectiva en las sociedades modernas. Baste decir que en América Latina y EE.UU. se calculan unos 40 y 14 millones de alcohólicos respectivamente<sup>1,2</sup> y se ha demostrado su protagonismo en la mitad de todas las fatalidades provocadas por incendios y accidentes del tráfico, el 67 % de los homicidios, del 30 - 40 % de las violaciones<sup>2</sup> y el 33 % de los suicidios; como enfermedad, disminuye en once años la esperanza de vida promedio de la población.<sup>3</sup> En Cuba se señala una prevalencia global de 7 - 9 % en adultos masculinos y de 4 - 5% si se consideran ambos sexos; se estima, además, un consumo per cápita de alcohol que ronda los 8 lt al año<sup>2</sup>. Prácticamente, sin conocer estos hechos, en septiembre de 2004 comenzamos a desempeñar nuestra función como médico del Equipo Básico de Salud del Consultorio Médico de la Familia "La Caridad de los Indios", perteneciente al municipio Manuel Tames en la provincia de Guantánamo, e inmediatamente nos enfrentamos a esta problemática; al percatarnos de que un elevado porcentaje de la población era consumidora habitual de bebidas alcohólicas de diversos orígenes, inferimos que el alcoholismo sería uno de los principales problemas de salud en la comunidad. Sin embargo, curiosamente, al examinar los Análisis de la Situación de Salud de años anteriores, solo encontramos 18 pacientes dispensarizados como riesgo de alcoholismo y ninguno catalogado como alcohólico.

Convencidos de lo absurdo de estos datos, nos propusimos realizar un estudio descriptivo que nos permitiera clasificar a la totalidad de los bebedores, conocer además sus relaciones parenterales, su nivel educacional y profesional e identificar la coexistencia del alcoholismo con factores de riesgos priorizados y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), así como su posible relación de causalidad con estas últimas.

Decidimos, para lograr estos objetivos, emplear el cuestionario CAGE, que con sus valores de sensibilidad del 80 % y especificidad del 89 %<sup>2</sup> es actualmente el más estudiado, validado y empleado en el mundo para el diagnóstico del alcoholismo<sup>1</sup>.

Una vez aplicado este a los 102 pacientes que durante el proceso de dispensarización individual refirieron ser consumidores de bebidas alcohólicas, encontramos 26 bebedores sociales, 27 de riesgo, 28 perjudiciales y 21 consumidores dependientes; esta última es la más grave dentro de las actuales clasificaciones de alcoholismo. De manera simplificada, esto nos mostró una incidencia de 49 pacientes alcohólicos y 53 con riesgo de llegar a serlo, cifras que en determinados aspectos

coinciden con las halladas por otros autores que emplearon el Cuestionario de Indicadores Diagnósticos (cubano) y son superiores a las señaladas por investigadores que basan sus observaciones en pacientes dispensarizados<sup>4</sup>.

Hasta este momento, la hipertensión era la ECNT de mayor prevalencia en nuestro consultorio (46 casos), y en la actualidad el alcoholismo pasó ser el principal problema emergente de salud, al afectar a 7,16 % de los 684 pacientes de nuestra comunidad; este hecho fue desconocido durante años, a pesar de coincidir casi perfectamente con estudios regionales en nuestro país, que muestran una prevalencia del 2 % de dependientes alcohólicos y del 5 % de consumidores perjudiciales<sup>5</sup>.

Agrupando luego a nuestros pacientes según su relación parenteral o familiar, hallamos que las relaciones consanguíneas de primera línea fueron las que más predominaron (43 pacientes); con esto se demuestra lo que ha sido planteado en otras investigaciones, donde se ha observado un 30 - 50 % de aumento en el abuso de alcohol cuando hay familiares cercanos alcohólicos<sup>1-3</sup>.

En lo concerniente al nivel educacional, encontramos pacientes en todas las categorías definidas por la Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud, lo que confirma la realidad de que la ingestión de alcohol etílico está presente en todos los niveles educacionales del pueblo<sup>4</sup>. A su vez, 76 tenían la categoría ocupacional de técnicos u obreros, mientras que solo dos se desempeñaban como profesionales, situación que no coincide con la encontrada en países del primer mundo, donde las grandes diferencias económicas existentes entre las capas de la sociedad determinan que esta enfermedad sea más frecuente entre profesionales y hombres de negocios<sup>3</sup>.

Un análisis de sus historias clínicas nos mostró que 45 de los pacientes bebedores estaban expuestos a factores de riesgos priorizados, y se encontró predominio del hábito de fumar en 30 de estos. Esta situación resulta realmente preocupante, cuando sabemos que junto a los fumadores, los bebedores excesivos crónicos tienen el más alto riesgo para desarrollar hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e infarto agudo del miocardio<sup>1-3</sup>, y que el uso excesivo de alcohol combinado con tabaco, ha sido implicado como el más grande factor de riesgo para el cáncer gástrico, bucal, de faringe, laringe, esófago e hígado, entre otros<sup>3</sup>. Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol hace que el cáncer de esófago sea 19 veces más frecuente que en los que beben normalmente, y cuando dicha ingestión se combina con el tabaco el riesgo aumenta en 44 veces<sup>1</sup>. Además, hallamos cinco pacientes dispensarizados como riesgo de suicidio por dificultades sociales y económicas, lo que se potencia con el alcoholismo, si tenemos en cuenta que este promueve conductas e ideas suicidas, situación que ha sido plenamente demostrada, al punto de que la autoquiritia es 75 veces más probable entre los alcohólicos que en la población general<sup>1,2,6</sup>.

En cuanto a las ECNT, encontramos 31; predominó la hipertensión arterial en nueve pacientes, la artrosis y la litiasis renal en cuatro, respectivamente, así como úlcera gastroduodenal, sacrolumbalgia, várices en miembros inferiores, hipercolesterolemia, polineuropatías, bronquitis crónica, entre otras.

Basándonos en hallazgos de nuestras investigaciones, nos propusimos evidenciar una posible relación de causalidad del alcoholismo con estas enfermedades; los resultados fueron sorprendentes y, en cierto modo, inesperados.

Por ejemplo, estudios recientes en EE.UU. muestran al alcohol como una de las causas fundamentales de hipertensión, y señalan incluso, que el 24 % de los que padecen esta enfermedad pudieran tener al alcohol como causa primaria<sup>3</sup>. En cuanto a la litiasis renal, no encontramos estudios que la relacionaran directamente con el alcoholismo, pero se ha demostrado que una acidemia láctica moderada, provocada por la ingestión de alcohol, puede contribuir a la elevación asintomática de ácido úrico, al interferir con la secreción renal de este<sup>3,7,8</sup>, y posiblemente provocar cálculos renales; sin dudas, esta es una teoría bastante atrayente que pudiera explicar la alta prevalencia de este trastorno entre los bebedores de nuestro estudio.

La incidencia de úlcera gastroduodenal, como se conoce, es mayor en alcohólicos, por mecanismos que no explicaremos, pues son realmente evidentes<sup>1-3</sup>. De igual modo, la ingestión de alcohol induce una elevación del colesterol total y se considera la hipercolesterolemia un factor temprano que contribuye a la aparición de enfermedades cardíacas y hepáticas relacionadas con el alcohol<sup>1,2</sup>.

Se conoce perfectamente también que un proceso degenerativo de los nervios y tejidos cerebrales, consecutivo a deficiencia nutricional, es común en una larga historia de alcoholismo<sup>3</sup>, y puede ser causa, entre otras, de alteraciones dolorosas o parestésicas a determinados niveles.

La bronquitis crónica podría igualmente estar causada o verse complicada por el alcoholismo, al aumentar las posibilidades de infecciones pulmonares por neumococo, klebsiella y haemophylus<sup>3</sup>, al disminuir la resistencia bacteriana del tracto respiratorio y verse afectados otros mecanismos de defensa, como pudiera ser el de la tos.

Al resumir, debemos señalar que de las 31 ECNT que afectan hoy a nuestros pacientes bebedores, 25 teóricamente señalan al alcohol como posible causa o génesis de futuras complicaciones.

Esta conclusión, por supuesto, podría estar sujeta a discusión, pero lo importante está en el hecho de que todos estos hallazgos se realizaron en una comunidad, al azar, con características que no difieren mucho del resto de los asentamientos montañosos de nuestro país, en la cual esta importante y no menos evitable problemática había estado ocurriendo sin el conocimiento de los profesionales de la medicina.

Sin lugar a dudas, constituye un llamado a todos los guardianes de la salud de nuestro país, a prestar especial atención a un mal potencialmente letal, que acecha nuestras propias debilidades para adueñarse enteramente de nuestra salud física y mental.

### ***Referencias bibliográficas***

1. González R. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. Santiago de Cuba: Oriente; 2000.
2. González R. Alcoholismo. Abordaje integral. Santiago de Cuba: Oriente; 2004.
3. Tong TG, Baldwin JN. Alcoholism. In: Herfindal ET, Gourley DR. Textbook of therapeutics: drug and disease management. Atlanta: William & Wilkins; 1996. p. 1179-201.
4. Rodríguez OS, Baldo RS, Cardoso SC. Consumo de alcohol, alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(3):255-9.
5. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de prevención del alcoholismo y otras farmacodependencias. La Habana: MINSAP; 1997.
6. González R, Goicolea S, Martínez N, Calzadilla L. La repercusión del alcoholismo en una cohorte de pacientes seguidos a los 5 y 12 años del egreso. Rev Esp Drogr. 2000;25(1):49-56.
7. Liang MH, Fries JF. Asymptomatic hyperuricemia: the case for conservative management. Ann Intern Med. 2000;88:666-70.
8. Maloley PA, Shaefer MS. Gout and hyperuricemia. In: Herfindal ET, Gourley DR. Textbook of therapeutics: drug and disease management. Atlanta: William & Wilkins; 1996. p. 607-19.