

## Caracterización de pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico en una unidad de cuidados intensivos

Characterization of the patient with a history of chronic alcoholism in the intensive care unit

Alberto García Gómez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7232-343X>

Keilan Martínez Pérez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9662-8307>

Yaqueline Agüero Carbonell<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0365-7756>

Juan Carlos Pradere Pensado<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7893-3906>

Ozohydhy Leal Capdesuñer<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7270-0503>

<sup>1</sup>Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [albertogarcia@infomed.sld.cu](mailto:albertogarcia@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** El alcoholismo constituye el tercer factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en el mundo.

**Objetivo:** Caracterizar pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico, ingresados en una unidad de cuidados intensivos.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. La serie quedó constituida por 123 pacientes. Se utilizaron para las variables cualitativas el análisis estadístico univariado, (frecuencia absoluta y relativa) y en las cuantitativas la media aritmética y desviación estándar. Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba del Chi cuadrado para los datos cualitativos y la prueba t de Student. La cuantificación del riesgo se efectuó por el *odds ratio* con intervalo de confianza del 95 %. Se consideró como nivel de significación el 5 %.

**Resultados:** La edad media fue de  $58,5 \pm 12,4$  años. Predominó el grupo de edad de 40-59 años (48,8 %) y el sexo masculino (92,7 %). La proporción sexo masculino/ femenino fue de 12,7:1. Más de la mitad

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

de los pacientes egresaron fallecidos (56,1 %). El ingreso por causa clínica presentó el mayor número de pacientes (67,5 %). La media del valor de la escala APACHE II fue de 18,1; en los fallecidos fue superior que en los vivos (22,0 vs 13,1). Más de la mitad de los pacientes fueron ventilados (67,4 %). La estadía media fue de 6,9 días, más prolongada en los fallecidos (8,1 vs 5,4). La principal causa de muerte fue la bronconeumonía bacteriana (28,6 %).

**Conclusiones:** La mortalidad de pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico fue elevada.

**Palabras clave:** alcoholismo; unidad de cuidados intensivos; mortalidad.

## ABSTRACT

**Objective:** Characterization of alcoholic patients with admitted at the Intensive Care Unit.

**Method:** A descriptive and retrospective study. The final sample was 123 patients. The statistical methods for the study included absolute and relative frequency distributions, central tendency measures, Chi-square and Student's t tests.

**Results:** Average age was of 58, 5 ± 12,4 years old. The 40-59 (48, 8 %) prevailed as well as Males (92, 7 %). The proportion of male/female sex was of 12, 7:1, 0. More than half of the patients died (56, 1 %). The media age of this group was lightly high to that of the alive discharged patients (60,0 vs 56,6 years old). The clinic admittance cause was most frequent (67, 5 %). The mean of APACHE II value was 18, 1 and it was higher in the diseased than in the survivors (22, 0 vs 13, 1). Most patients ventilated (71, 5 %). The main stay was 6, 9 days, more extended in the dead (8, 1 vs 5, 4). The main causes of death were bacterial bronchopneumonia (28, 6 %).

**Conclusion:** Patients with antecedent of alcoholism have high mortality.

**Keywords:** alcoholism; intensive care unit; mortality.

Recibido: 04/10/2019

Aprobado: 17/04/2020

## INTRODUCCIÓN

El alcohol es la sustancia psicoactiva más común, y el alcoholismo, el tipo de adicción más frecuente.<sup>(1)</sup> Se ha propuesto utilizar el concepto de "*heavy use over time*" (consumo excesivo reiterado) con la intención de relegar el concepto estigmatizante de alcoholismo y dar mayor peso a la cantidad de alcohol consumida a lo largo del tiempo, que tiene una relación directa con la morbilidad y la mortalidad.<sup>(2)</sup>

Aproximadamente una de cada tres personas mayores de 15 años es bebedora de alcohol. Ese hábito causa 2,8 millones de muertes al año en todo el mundo.<sup>(3)</sup> La mayoría de los dependientes alcohólicos, tienen entre 25 y 42 años. A inicios del siglo XXI, se ha observado una tendencia mayor. También se ha observado un aumento de su consumo por parte de jóvenes y mujeres. Afecta de diferente manera a hombres y mujeres, pues las últimas son más sensibles a la dependencia y a los daños orgánicos ante similares cantidades.<sup>(4)</sup>

Constituye el tercer factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en el mundo. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), es responsable de 200 enfermedades, lesiones, traumatismos, discapacidades y que las personas sean más susceptibles a las enfermedades infecciosas,<sup>(4)</sup> por lo cual muchos de estos, son atendidos en urgencias.<sup>(4,5,6,7)</sup>

Europa tiene una prevalencia estimada de 5,4 % en hombres y 1,5 % en mujeres; comparables con otras afecciones médicas. En Latinoamérica, los países donde más se bebe son, Chile, Argentina y Venezuela.<sup>(4)</sup>

En Cuba, en el año 1995, la prevalencia llegó a ser de 8,8 % a nivel nacional, con valores entre 10 y 12 % en La Habana, Cienfuegos, Isla de la Juventud, Camagüey y Villa Clara.<sup>(4)</sup>

En el Hospital "Dr. Carlos J. Finlay", es frecuente admitir en urgencias, pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico, lo cual exige un amplio conocimiento de las principales enfermedades que se asocian a esta adicción.

Este trabajo tuvo como objetivo caracterizar a los pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, sobre la base de la revisión de la base de datos existente en el servicio, se seleccionaron los pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico, ingresados en la UCI del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", desde enero del 2017 a diciembre del 2018. El universo de estudio estuvo integrado por todos los pacientes ingresados en ese periodo (1032) y la serie quedó constituida por los 123 con antecedentes de alcoholismo crónico. Fueron excluidos 5 pacientes cuyos datos no estaban completos en la base de datos.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, causa de ingreso, escala APACHE II (*Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation II*), ventilación mecánica (VM), estadía, estado al egreso y causa directa de muerte.

Se clasificaron las causas de ingreso como: traumática (paciente que tuvo cualquier tipo de traumatismo que requirió o no intervención quirúrgica); quirúrgica (paciente ingresado por entidad quirúrgica, sometido a intervención electiva o de urgencia que no fuera por traumatismos) y clínica (paciente ingresado por enfermedad clínica). Los valores de la escala de APACHE II se obtuvieron al ingreso en la UCI y se distribuyeron en dos grupos:  $\leq$  de 15 puntos y  $\geq$  16 puntos, de igual forma la estadía en dos grupos  $\leq$  de 7 y  $\geq$  8 días.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico Statistic 10.0. Para las variables cualitativas se utilizó el análisis estadístico univariado, mediante las distribuciones de frecuencia absoluta y relativa (porcentaje), mientras que en las cuantitativas se utilizaron la media aritmética y desviación estándar. En cuanto al contraste de hipótesis de homogeneidad e independencia se utilizó la prueba del Chi-cuadrado para los datos cualitativos y la prueba t de Student en el caso de los cuantitativos. Se consideró como nivel de significación el 5 %. La cuantificación del riesgo se efectuó por el *odds ratio* con un intervalo de confianza del 95 %, calculado por el método de Woolf.

Solo se manejó la información de los pacientes para el análisis grupal. La investigación fue aprobada el consejo científico.

## RESULTADOS

La mortalidad de los pacientes con antecedentes de alcoholismo fue 56,1 % (tabla 1).

**Tabla 1** - Distribución de pacientes alcohólicos según grupos de edades y estado al egreso

Edad (años)	Fallecidos		Vivo		Total	
	n	%*	n	%*	n	%**
20-39	3	37,5	5	62,5	8	6,5
40-59	31	51,7	29	48,3	60	48,8
60-79	32	62,7	19	37,3	51	41,4
≥ 80	3	75	1	25	4	3,3
Total	69	56,1	54	43,9	123	100

\*% en base a las filas; \*\*% en base a la columna.  $X^2 = 3,07$ ; gl = 1; p = 0,07.

La edad media de la serie fue de  $58,5 \pm 12,4$  años, en los egresados vivos de  $56,6 \pm 13,5$  y en los fallecidos de  $60,0 \pm 11,3$  años; no existió significación estadística al comparar las medias de ambos grupos. Predominó el grupo de edad de 40- 59 años seguido por el de 60- 79, que en total constituyeron el 90,2 %. Tampoco hubo relación estadística significativa al comparar por grupos de edades.

La proporción del sexo masculino/ femenino fue de 12,7:1, el sexo masculino representó el 92,7 % (114 pacientes), de los cuales falleció el 57,0 %; el sexo femenino tuvo 9 pacientes y de ellos egresaron vivos el 55,6 % (5 pacientes). No hubo significación estadística del sexo, con relación a la mortalidad ( $X^2 = 0,14$ ; gl = 1; p = 0,70; OR = 1,65; IC 95 % = 0,42 - 6,50.). Proporcionalmente fallecieron más hombres que mujeres.

La principal causa de ingreso fue de tipo clínica y la menor, la traumática, con predominio de los fallecidos en las quirúrgicas y clínicas, sin presentar significación estadística (tabla 2).

**Tabla 2** - Distribución de pacientes alcohólicos según tipo de ingreso y estado al egreso

Causas de ingreso	Fallecido		Vivo		Total	
	n	%*	n	%*	n	%**
Traumática	8	44,4	10	55,6	18	14,6
Quirúrgica	13	59,1	9	40,9	22	17,9
Clínica	48	57,8	35	42,2	83	67,5
Total	69	56,1	54	43,9	123	100

\*% en base a las filas; \*\*% en base a la columna.

$X^2 = 1,174$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0,55$ .

La media del valor de la escala APACHE II de la muestra fue de  $18,1 \pm 7,5$ , en los fallecidos de  $22,0 \pm 6,0$ , mientras en los egresados vivos fue de  $13,1 \pm 6,0$ ; existió significación estadística al comparar las medias de ambos grupos ( $p < 0,0001$ ). Hubo mayor cantidad de pacientes en el grupo de  $\geq 16$  puntos de valor de la escala, al relacionar ambos grupos con la mortalidad también mostró significación estadística, los pacientes con valor del APACHE II con 16 puntos o más tuvieron 18 veces más probabilidades de fallecer (tabla 3).

**Tabla 3** - Distribución de pacientes alcohólicos según valor en la escala APACHE II y estado al egreso

Valor APACHE al ingreso	Fallecido		Vivo		Total	
	n	%*	n	%*	n	%**
$\geq 16$ puntos	61	79,2	16	20,8	77	62,6
$\leq 15$ puntos	8	17,4	38	82,6	46	37,4
Total	69	56,1	54	43,9	123	100

\*% en base a las filas; \*\*% en base a la columna.  $X^2 = 42,22$ ;  $gl = 1$ ;  $p < 0,0001$ ; OR = 18,10; IC 95 % = 7,07 - 46,38.

La mayoría de los pacientes presentaron insuficiencia respiratoria aguda y requirieron de VM. En este grupo fue donde de forma proporcional hubo más fallecidos. El análisis estadístico entre las variables fue significativo ( $p < 0,0001$ ); los pacientes que necesitaron de VM tuvieron casi 17 veces más probabilidades de fallecer (tabla 4).

**Tabla 4** - Distribución de pacientes alcohólicos según ventilación mecánica y estado al egreso

Ventilación mecánica	Fallecido		Vivo		Total	
	n	%*	n	%*	n	%**
Sí	61	82,3	17	17,7	78	67,4
No	8	15,6	37	84,4	45	32,6
Total	69	56,1	54	43,9	123	100

\*% en base a las filas; \*\*% en base a la columna.

 $X^2 = 39,89$ ;  $g1 = 1$ ;  $p < 0,0001$ ;  $OR = 16,59$ ;  $IC\ 95\ \% = 6,51 - 42,25$ .

La media de estadía de la serie fue de  $6,9 \pm 7,4$  días, en los fallecidos de  $8,1 \pm 7,4$  y en los egresados vivos de  $5,4 \pm 6,6$ , al comparar las medias hubo significación estadística ( $p = 0,04$ ); la relación estadística de los dos grupos de estadía con la mortalidad fue significativa ( $p = 0,01$ ), hubo 85 pacientes (69,1 %) en el grupo  $\leq 7$  días, con un 48,2 % de fallecidos, mientras en el grupo de  $\geq 8$  días predominaron los fallecidos con un 73,7 % (28 pacientes).

Se realizaron 50 necropsias (40,7 %) del total de fallecidos, de ellas 8 médico legales (16,0 %), de estas últimas no se pudo obtener el resultado de las necropsias, lo cual fue una limitante en el estudio. Las tres primeras causas directa de muerte fueron la bronconeumonía bacteriana (28,6 %), tromboembolismo pulmonar (19,0 %) y edema cerebral grave (16,7 %), que representaron el 64,3 % de las 42 necropsias realizadas en el hospital.

## DISCUSIÓN

Según la OMS, cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al uso nocivo del alcohol, que representa un 5,9 % de todas las defunciones.<sup>(8)</sup>

En Latinoamérica, en los años 2007 y 2008, las tasas más altas de mortalidad ocurrieron en el Salvador (un promedio de 27,4 en 100 mil muertes por año), Guatemala (22,3) y Nicaragua (21,3), seguidas por México (17,8) y Brasil (12,2). El alcohol es responsable de al menos 80 000 muertes al año en las Américas.<sup>(5, 9)</sup>

Un análisis realizado por *Wood AM* y otros indica que la relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de mortalidad por todas las causas, fue más bajo para las personas que por semana bebían 100 g o menos de alcohol, y mostró una relación positiva y curvilínea con ingestas de alcohol más altas.<sup>(10)</sup>

En un estudio realizado sobre neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y pacientes con alcoholismo o sin este, se comprobó que la mortalidad fue de 9,8 % en aquellos que tenían este antecedente y de 6,5 % en los que no lo presentaban.<sup>(11)</sup>

El riesgo de mortalidad por alcoholismo también difiere según el grupo etario. Entre el 2007 y 2009 Argentina, Canadá, Costa Rica, Cuba, Paraguay y Estados Unidos tuvieron las tasas más altas de mortalidad en personas entre 50 - 69 años, mientras en Brasil, Ecuador y Venezuela aumentaron, comenzando entre los 40 y 49 años de edad, luego se mantuvieron estables y cayeron después de la edad de 70 años. En cambio, México mostró un patrón diferente, con el riesgo de muerte en aumento a lo largo de la vida y alcanzando su pico luego de los 70 años.<sup>(5)</sup> En un estudio en Perú en el año 2018, de pacientes con intoxicación alcohólica en el servicio de urgencias, el 53,5 % estuvo entre 15 y 30 años. Los anteriores trabajos no se corresponden con el de esta investigación donde casi el 49 % estuvo en el grupo de edad de 40 a 59 años de edad.<sup>(12)</sup>

En el trabajo de NAC y alcoholismo, la edad media de la muestra fue de 55,5 años<sup>(11)</sup> y en el de *Wood AM* y otros, la media de edad fue de 57 años.<sup>(10)</sup> En ambos similar al presente estudio que fue de 58,5 años.

El consumo de bebidas alcohólicas y los trastornos por consumo de alcohol teóricamente se han visto como un fenómeno del género masculino. En una revisión sistémica se cuestiona esta relación y parece indicar que, en las mujeres jóvenes en particular, se encuentra en aumento.<sup>(13)</sup> En Europa su prevalencia estimada es del 5,4 % en los hombres y del 1,5 % en las mujeres adultas, que equivale a unos 12 millones de personas afectadas.<sup>(14)</sup>

En este trabajo el sexo femenino tuvo pocos pacientes. Lo cual puede ser ocasionado por que en la población femenina cubana este hábito es más restringido socialmente.

En un estudio multicéntrico internacional que comprendió los años 1990 al 2016, se mostró que el consumo de alcohol fue a nivel mundial, y durante el año 2016, el séptimo factor de riesgo para muertes y años de vida ajustados por discapacidad y representó el 2,2 % de las muertes en mujeres, y 6,8 % de las muertes en hombres,<sup>(3)</sup> lo cual se observa en esta serie.



La mayoría de las muertes vinculadas al alcohol (84 %) se registraron en hombres, aunque los números varían para las mujeres según los países.<sup>(9)</sup> El riesgo de morir por una causa totalmente vinculada al alcohol fue 27,8 veces más alto para un hombre que para una mujer en el Salvador, 18,9 veces más alta en Nicaragua, y 14,8 veces más alta en Cuba. Entre los países más bajos en la escala, el riesgo de mortalidad fue 3,2 veces más alto para hombres que para mujeres tanto en Canadá como en EE.UU.<sup>(9)</sup> En este trabajo los hombres igualmente tuvieron proporcionalmente mayor porcentaje de fallecidos que las mujeres.

En Cuba predomina el sexo masculino, es responsable de múltiples muertes al año por el consumo temprano del alcohol en jóvenes antes de los 15 años a diferencia de las féminas.<sup>(8)</sup> Como se mostró en este estudio.

Con respecto a las causas de ingreso en las UCI; un estudio realizado en el año 2012, en el Hospital "Joaquín Albarrán" hubo predominio de fallecidos en los pacientes ingresados con perfil clínico (111 pacientes para el 17,4 %), mientras que de los pacientes ingresados con perfil quirúrgico solo fallecieron 42 para el 6,5 %.<sup>(15)</sup> Contrario a lo hallado en esta investigación, lo cual puede estar en relación con la carga asistencial de cada hospital.

Igualmente, en una unidad de cuidados intensivos polivalente de Argentina, en un estudio entre enero de 2007 y diciembre de 2013, la mayoría de los ingresos fueron de motivo médico (68,5 %) y los fallecidos también (8,3 %).<sup>(16)</sup> Lo mismo aconteció en este estudio.

En el servicio de emergencias del Hospital III Goyeneche, durante el año 2018 se encontró que el mayor número de casos pertenecieron a pacientes atendidos en medicina (74,8 %).<sup>(12)</sup> Algo similar se encontró en esta investigación con predominio de los ingresos por causa clínica.

En cuanto a la puntuación en la escala APACHE II, existe un resultado similar al compararlo con otros estudios.

En el Hospital "Salvador Allende", entre los años 2013 y 2014, el mayor número de fallecidos se presentó con valores de APACHE II superiores a los 20 puntos, lo cual representó una mortalidad del 86,6 % del total de casos fallecidos.<sup>(17)</sup>

Una unidad de cuidados intensivos de Ecuador, tuvo la mayor mortalidad en pacientes que con una puntuación  $\geq 25$  puntos (96,42 % del total de muertes).<sup>(18)</sup>

En la serie del Hospital "Joaquín Albarrán", el mayor número de fallecidos se encontró en los pacientes con  $\geq 20$  puntos (44,4 % de mortalidad).<sup>(15)</sup>

En el estudio de la unidad de cuidados intensivos en Argentina, se obtuvo un puntaje de APACHE II, con una media de 11,74 ( $\pm 6,7$ ) en los egresados vivos y de 22,03 ( $\pm 8,1$ ) en los fallecidos.<sup>(16)</sup> Similar al de esta serie.

Con respecto a la VM; en un trabajo en la provincia de Mayabeque, Cuba, durante los años 2014 al 2015, la mortalidad secundaria al uso de la ventilación mecánica alcanzó el 51 %.<sup>(19)</sup>

En la serie de Argentina, la mortalidad de los pacientes ventilados fue de 38,4 %.<sup>(16)</sup> mientras, en otro estudio del Hospital General Universitario "Carlos Manuel de Céspedes", durante los años 2013 al 2015 que incluyó 186 pacientes ventilados tuvo una mortalidad del 36 %.<sup>(20)</sup>

En este estudio la mortalidad del paciente con VM fue superior al de los estudios mencionados, pero se debe tener en cuenta que son pacientes con ingestión crónica de alcohol, lo que produce cambios importantes en diferentes sistemas orgánicos.

En el estudio en pacientes con NAC con alcoholismo, se comparó la estadía con un grupo sin este antecedente y se obtuvo una media de 15 vs 12,7 en pacientes sin alcoholismo.<sup>(11)</sup> Superior al del trabajo realizado, lo que puede estar en relación a que se trata de pacientes alcohólicos con NAC que pueden tener varias complicaciones sépticas y prolonga la estadía.

La serie de Argentina tuvo una estadía media de 6,45 ( $\pm 8,9$ ) para los egresados vivos y de 7,9 ( $\pm 9,1$ ) para los fallecidos.<sup>(16)</sup> En este trabajo la estadía mayor fue también para los fallecidos lo cual puede estar en relación a complicaciones en la evolución de estos que los lleva finalmente a la muerte.

Una investigación en México tuvo una gran proporción de pacientes con estadía prolongada que fallecieron en la UCI, en comparación con aquellos que no tuvieron estadía prolongada (35,0 vs 18,9 %,  $p < 0,001$ ).<sup>(21)</sup> En esta serie los que tuvieron estadía mayor o igual a 8 días presentaron mayor proporción de fallecidos.

En la investigación en Ecuador, de los pacientes que fallecieron, la causa de muerte más frecuente fue la sepsis, con 11 casos (39,28 % del total de la mortalidad).<sup>(18)</sup> Igualmente en esta investigación 23 pacientes fallecieron por sepsis o complicaciones de esta.

El alcoholismo constituye un factor de riesgo de NAC, influye en las complicaciones, que se acompañe de sepsis, prolongación de la estadía y empeoramiento del pronóstico.<sup>(11)</sup> En este trabajo la bronconeumonía/ neumonía bacteriana constituyeron la principal causa de muerte directa.

En el estudio multicéntrico las tres principales causas de muerte fueron tuberculosis, accidentes de tránsito, y daño autoinfligido.<sup>(3)</sup> Esto no se corresponde con los hallazgos.

Los resultados de este estudio evidencian que predominó el grupo de edad de 40 - 59 años y el sexo masculino. La principal causa de ingreso fue de tipo clínico. Hubo mayor cantidad de pacientes en el grupo de  $\geq 16$  puntos de valor de la escala APACHE II y el grupo de 7 o menos días de estadía. La mayoría de los pacientes requirieron de VM. La primera causa directa de muerte fue la bronconeumonía bacteriana. Los pacientes con alcoholismo crónico tuvieron mortalidad elevada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Hurtado M. Alcoholismo. En: Martínez Hurtado M. Urgencias psiquiátricas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. [acceso 4/09/2018]. Disponible en: [https://www.bvs.sld.cu/libros/urgencias\\_psiquiatricas/cap\\_8.pdf](https://www.bvs.sld.cu/libros/urgencias_psiquiatricas/cap_8.pdf)
2. Rehm J, Marmet S, Anderson P, Gual A, Kraus L, Nutt DJ, et al. Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? Alcohol Alcohol. 2013 Nov-Dec [acceso: 28/05/2019]; 48(6):633-40. Disponible en: <https://academic.oup.com/alcalc/article/48/6/633/444152>
3. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018 Sep 22 [acceso: 28/05/2019]; 392(10152):1015-35. Disponible en: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
4. Alomá Águila CM. El consumo de alcohol en Cuba. Medicentro. 2011 [acceso: 28/05/2019]; 15(4):288-93. Disponible en: <https://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/353>
5. Gawryszewski VP, Monteiro MG. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-09. Addiction. 2014 Apr [acceso: 28/05/2019];109(4):570-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.12418>

6. LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS, Merrill JK, Alberg AJ. Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol*. 2018 Jan 1 [acceso: 28/05/2019];36(1):83-93. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2017.76.1155>.)
7. Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*. 2017 Jun [acceso: 28/05/2019];112(6):968-1001. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.13757>
8. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cuba. Alcoholismo. Epidemiología y complicaciones. *Bibliomed*. 2018 Ene [acceso: 28/05/2019];25(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/bibliomed-enero-2018.pdf>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2015. [acceso: 28/05/2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/amp/15422496-Informe-de-situacion-regional-sobre-el-alcohol-y-la-salud-en-las-americas.html>
10. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*. 14 Abr 2018 [acceso: 28/05/2019]; 391(10129):1513-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5899998/>
11. Gili Miner M, López Méndez J, Béjar Prado L, Ramírez Ramírez G, Vilches Arenas A, Sala Turrens J. Trastorno por consumo de alcohol y neumonía neumocócica adquirida en la comunidad: mortalidad atribuible, prolongación de estancias y sobre costes hospitalarios. *Arch Bronconeumol*. 2015 [acceso: 28/05/2019]; 51(11):564-70. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-trastornos-por-consumo-alcohol-neumonia-articulo-S0300289615000551>
12. León Ramos YA. Frecuencia y complicaciones clínico-laboratoriales en pacientes con intoxicación alcohólica atendidos en el servicio de emergencia del Hospital III Goyeneche, durante el año 2018. [tesis de especialidad]. Arequipa, Perú. 2019. [acceso: 28/05/2019]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8234>
13. Slade T, Chapman C, Swift W, Keyes K, Tonks Z, Tee sson M. Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and

- metaregression. *BMJ Open*. 2016 Oct 24 [acceso: 28/05/2019]; 6(10): e011827. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5093369/>
14. Erdozain AM, Callado LF. Neurobiological alterations in alcohol addiction: a review. *Adicciones*. 2014 [acceso: 28/05/2019]; 26, 360-70. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/40>
15. Hernández Ruiz A, Delgado Fernández RI, Castillo Cuello JJ, Monteagudo Aguilar J, Vinent Llorente JA, Monteagudo Aguilar AR. Pronóstico de mortalidad con la aplicación de APACHE II en pacientes graves. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2015 [acceso: 28/05/2019];14(3):51-60. Disponible en: [https://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/104/pdf\\_2](https://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/104/pdf_2)
16. Rocchetti NS, Bagilet DH, Settecase CJ, Quagliano M. Desempeño de los puntajes APACHE II y SAPS II para calcular la razón de mortalidad estandarizada en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de la Argentina. *Medicina Intensiva*. 2016 [acceso: 28/05/2019]; 33(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/437>
17. Pérez Cabrera D, Suárez Méndez BE. Valoración del APACHE II inicial como predictor de mortalidad en pacientes ventilados. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2017 [acceso: 28/05/2019]; 16(2):80-92. Disponible en: [https://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9\\_3\\_10/mie02310.htm](https://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_3_10/mie02310.htm).
18. Velez Vera MJ. Marcador APACHE II como predictor de mortalidad en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos. [tesis de grado médico]. Guayaquil. Ecuador. 2018 [acceso: 28/05/2019]. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31468>
19. Brito Cruz A, Alonso Oviedo PA, Ones García A, Retamero Rodríguez A. Comportamiento de la ventilación mecánica en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2016 [acceso: 28/05/2019]; 15(2):63-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2016/cie162h.pdf>
20. González Aguilera JC, Pupo Jiménez JM, Cabrera Lavernia JO. Factores de riesgo de muerte en pacientes con ventilación mecánica artificial invasiva. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2017 [acceso: 28 /05/ 2019]; 16(2):109-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie172n.pdf>.
21. Marfil Garza BA, Belaunzarán Zamudio PF, Gullías Herrero A, Zuñiga AC, Caro Vega Y, Kershenovich Stalnikowitz D, et al. Risk factors associated with prolonged hospital lengthof-stay: 18-

year retrospective study of hospitalizations in a tertiary healthcare center in Mexico. PLoS ONE. 2018 [acceso: 28/05/2019]; 13(11): e0207203. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6224124/>

### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en relación con el trabajo.

### Contribución de los autores

*Alberto García Gómez:* diseñó, redactó y realizó el análisis e interpretación de los resultados del trabajo.

*Keilan Martínez Pérez:* contribuyó al análisis e interpretación de los resultados.

*Yaqueline Agüero Carbonell:* contribuyó al análisis e interpretación de los resultados.

*Juan Carlos Pradere Pensado:* contribuyó en el diseño y redacción del trabajo.

*Ozohydy Leal Capdesuñer:* contribuyó en el diseño y redacción del trabajo.

Los autores nombrados, se hacen individualmente responsables de la totalidad del trabajo presentado a publicar.