

**INFORME SOBRE MORBILIDAD
HOSPITALARIA POR ALCOHOL
COMUNIDAD DE MADRID, CMBD
2016 Y 2017**

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



**Comunidad
de Madrid**

INFORME SOBRE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR ALCOHOL COMUNIDAD DE MADRID, CMBD 2016 Y 2017

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Edita:

COMUNIDAD DE MADRID

Realiza:

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Edición:

11/2019

Impreso en España - Printed in Spain

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	7
METODOLOGÍA.....	7
RESULTADOS	8
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA.....	29

RESUMEN

Antecedentes: El alcohol es la principal sustancia psicoactiva consumida en el mundo, que produce muchas enfermedades y problemas de salud. La morbilidad hospitalaria nos aporta una parte importante del impacto en salud debido al consumo de alcohol.

Objetivos: Determinar la morbilidad hospitalaria de los trastornos relacionados con el alcohol en pacientes residentes en la Comunidad de Madrid, en 2016 y 2017.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los trastornos relacionados con el alcohol que han requerido ingreso hospitalario, incluidos en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y Cirugía Ambulatoria (CMBD) de la Comunidad de Madrid de los años 2016 y 2017. Para este estudio se han seleccionado las altas hospitalarias con códigos de la CIE-10-ES relacionados directamente con el alcohol, registrados en el diagnóstico principal, en pacientes residentes en la Comunidad de Madrid. Se calculan tasas de incidencia por 100.000 habitantes, globales y específicas por año, sexo, grupo de edad y diagnóstico. Se realizan comparaciones mediante el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%). El análisis estadístico se ha efectuado con el programa SPSS v26.0.

Resultados: En los años 2016 y 2017 se han registrado respectivamente 2.543 y 2.784 altas hospitalarias en pacientes residentes en la Comunidad de Madrid ingresados por trastornos relacionados con el alcohol. El 78-79% de los pacientes eran varones y la edad media fue de 52 años. El 70% fueron ingresos urgentes y la estancia media fue de 11 días. En 2016 fallecieron 85 pacientes ingresados por esta causa y 125 en 2017 (letalidad del 3,3% y 4,5% respectivamente). La mortalidad ha sido de 1,31 y 1,92 fallecidos por 100.000 habitantes respectivamente en 2016 y 2017.

La incidencia en 2016 ha sido de 39,32 por 100.000 habitantes y de 42,78 por 100.000 en 2017. El grupo de edad que presenta la mayor incidencia es el de 45-54 años, tanto a nivel global como en mujeres, siendo el de 55-64 años en hombres. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad, excepto en los menores de 15 años. La principal causa de ingresos es la dependencia de alcohol, seguida de la cirrosis hepática alcohólica, la pancreatitis aguda inducida por alcohol y la hepatitis alcohólica. Se presentan diferencias por sexo y grupo de edad según el diagnóstico. La mayor letalidad se presenta en la insuficiencia hepática alcohólica, la cirrosis hepática alcohólica, la hepatitis alcohólica y la enfermedad hepática alcohólica sin especificar.

Conclusiones: El consumo de alcohol produce una importante morbilidad hospitalaria, especialmente en hombres y en el grupo de edad de 45-64 años. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad, excepto en los menores de 15 años. En 2017 se observa un aumento de la incidencia, la letalidad y la mortalidad respecto a 2016. Los diagnósticos que han registrado un incremento significativo han sido la pancreatitis aguda inducida por alcohol, el abuso de alcohol y el efecto tóxico de etanol en hombres; y la insuficiencia hepática alcohólica en mujeres.

INTRODUCCIÓN

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida a nivel mundial. El consumo de alcohol causa más de 200 enfermedades y problemas de salud (especialmente dependencia de alcohol, cirrosis hepática, cáncer, enfermedades cardiovasculares y lesiones). El efecto perjudicial del consumo de alcohol está determinado por la cantidad de alcohol consumida y los patrones de consumo.

El consumo de alcohol puro per cápita a nivel mundial en mayores de 15 años en el año 2016 se estimó en 6,4 litros (4,8 litros en 1990 y 5,5 litros en 2005). A nivel mundial se estima que el 18,2% de la población en 2016 había realizado un consumo intensivo (60 o más gramos de alcohol puro en una misma ocasión). La prevalencia de consumo es mayor en los hombres y éstos consumen más cantidad y presentan también con más frecuencia un consumo intensivo.

En el año 2016 unas 3 millones de muertes a nivel mundial fueron atribuidas al consumo de alcohol suponiendo el 5,3% de la mortalidad total (2,2% en mujeres y 6,8% en hombres). El consumo de alcohol fue el séptimo principal factor de riesgo de muerte y de años de vida perdidos ajustados por discapacidad. En la población de 15-49 años el alcohol fue el principal factor de riesgo, con un 3,8% de las muertes atribuidas al alcohol en mujeres y el 12,2% en hombres.

Europa es el continente con mayor prevalencia de consumo de alcohol. En 2016, 10.1% de todas las muertes en la Región Europea de la OMS fueron atribuidas al consumo de alcohol. Se estima que 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres presentan problemas por alcohol, con una prevalencia del 14,8% y del 3,5% respectivamente.

En la Comunidad de Madrid el 75,7% de la población de 15-64 años ha consumido alcohol en el último año (82,7% en hombres y 69,1% en mujeres). La edad media de inicio al consumo de alcohol es de 14,1 años. El 18,3% de la población ha realizado un consumo intensivo de alcohol en el último mes (24,1% en hombres y 12,8% en mujeres). El 2,1% de las mujeres ha consumido alcohol durante el embarazo.

En la Comunidad de Madrid el 5,7% de la población de 15-64 años ha realizado un consumo de riesgo de alcohol durante el último año (8,2% en hombres y 3,4% en mujeres). El mayor consumo de riesgo de alcohol se presenta en hombres de 15-24 años (11,7%).

El Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y Cirugía Ambulatoria (CMBD) es un registro hospitalario de obligado cumplimiento en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Se recogen datos relativos al centro (hospital, servicio), datos de identificación del paciente (nº de historia clínica, código de identificación personal, fecha de nacimiento, sexo) y datos relativos al proceso asistencial (fecha de ingreso, fecha de alta, circunstancias de ingreso, diagnóstico principal, otros diagnósticos secundarios, procedimientos quirúrgicos y obstétricos, otros procedimientos, fecha de intervención, fecha de alta, circunstancias al alta, etc.). En el CMBD los diagnósticos se codifican según la Clasificación Internacional de Enfermedades,

utilizándose a partir del año 2016 la 10ª edición Modificación Clínica (CIE-10-ES) y los años previos la 9ª edición (CIE-9).

El CMBD es una herramienta de probada eficacia tanto en la planificación sanitaria y gestión de centros, como en la vigilancia epidemiológica. Este registro aporta una información complementaria sobre los efectos en salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es determinar la morbilidad hospitalaria de los trastornos debidos al consumo de alcohol en pacientes residentes en la Comunidad de Madrid en los años 2016 y 2017.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los trastornos por consumo de alcohol que han requerido ingreso hospitalario, incluidos en el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y Cirugía Ambulatoria (CMBD) de la Comunidad de Madrid en los años 2016 y 2017. Para este estudio se han seleccionado las altas hospitalarias de pacientes residentes en la Comunidad de Madrid con los siguientes códigos de la CIE-10-ES (relacionados directamente con el alcohol) registrados en el diagnóstico principal:

F10: Trastornos relacionados con alcohol

K70: Enfermedad alcohólica del hígado

E24.4: Síndrome de pseudo-cushing inducido por alcohol

G31.2: Degeneración del sistema nervioso debida al alcohol

G62.1: Polineuropatía alcohólica

G72.1: Miopatía alcohólica

I42.6: Cardiomiopatía alcohólica

K29.2: Gastritis alcohólica

K85.2: Pancreatitis aguda inducida por alcohol

K86.0: Pancreatitis crónica inducida por alcohol

O35.4: Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol

P04.3: Feto y recién nacido afectados por alcoholismo de la madre

Q86.0: Síndrome fetal debido al alcohol

T51.0: Efecto tóxico de etanol

Las variables analizadas han sido: sexo, edad, centro, tipo de ingreso, tipo de alta y diagnóstico. Se realiza un análisis específico para cada uno de los principales trastornos relacionados con las sustancias psicoactivas.

Se describe la distribución de las altas hospitalarias por sexo, grupo de edad y tipo de diagnóstico. Se calculan tasas de incidencia por 100.000 habitantes globales y específicas por sexo, grupo de edad y tipo de diagnóstico. Se realizan comparaciones de la incidencia mediante el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Como población de referencia se utiliza el Padrón continuo de habitantes de la Comunidad de Madrid. El análisis estadístico se ha efectuado con el programa SPSS v26.0.

RESULTADOS

En los años 2016 y 2017 se registraron respectivamente 2.543 y 2.784 altas hospitalarias en pacientes residentes en la Comunidad de Madrid, ingresados por trastornos relacionados con el alcohol. La media de edad ha sido de 51,6 años (igual en los dos años de estudio). El grupo de edad más afectado ha sido el de 45-54 años que supone aproximadamente el 34% de los casos cada año, seguido del de 55-64 años (24%) y el de 35-44 años (19-20%) (tabla 1).

Tabla 1.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia* y letalidad por grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2016			AÑO 2017		
	CASOS	TASAS	FALLECIDOS (Letalidad %)	CASOS	TASAS	FALLECIDOS (Letalidad %)
<15	13	1,28	1 (7,7)	16	1,57	0 (0,0)
15-24	36	5,89	0 (0,0)	55	8,85	0 (0,0)
25-34	143	16,93	2 (1,4)	128	15,58	1 (0,8)
35-44	489	42,44	5 (1,0)	557	48,85	9 (1,6)
45-54	874	87,72	25 (2,9)	951	93,54	30 (3,2)
55-64	603	81,13	20 (3,3)	675	88,48	45 (6,7)
>64	385	34,91	32 (8,3)	402	35,69	40 (10,0)
Total	2.543	39,32	85 (3,3)	2.784	42,78	125 (4,5)

*Tasas por 100.000 habitantes

Se ha registrado el fallecimiento de 85 pacientes en 2016 y de 125 pacientes en 2017, siendo la letalidad superior éste último año (4,5% vs 3,3%). La mortalidad en 2017 también ha sido superior a la de 2016 (1,92 vs 1,31 fallecidos por 100.000 habitantes). La letalidad más elevada se observa en los mayores de 64 años. No se han registrado fallecimientos en pacientes ingresados por esta causa en el grupo de edad de 15-24 años (tabla 1).

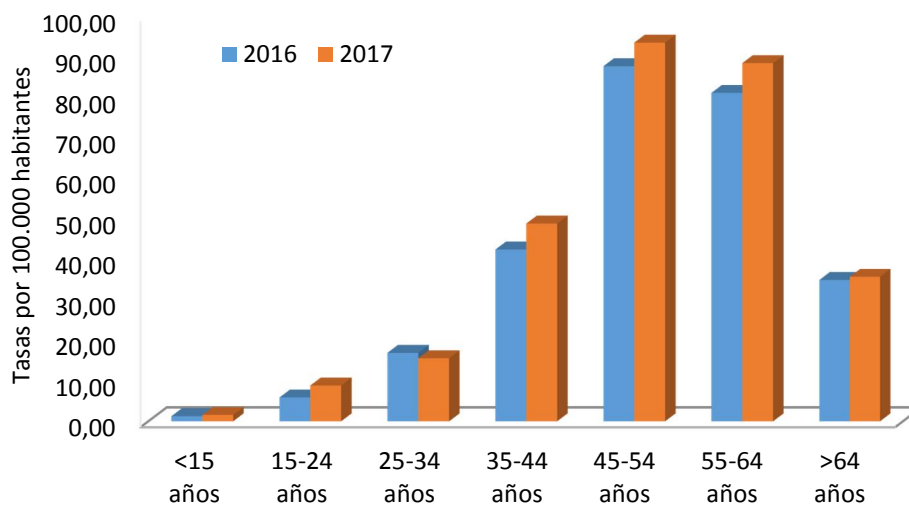
La incidencia en 2016 fue de 39,32 casos por 100.000 habitantes, siendo de 42,78 casos por 100.000 habitantes en 2017. La mayor incidencia se presenta en el grupo de edad de 45-54 años (87,72 y 93,54 por 100.000 en 2016 y 2017 respectivamente). La incidencia en los menores de 15 años ha sido muy baja (menor de 2 por 100.000). La incidencia en 2017 ha sido ligeramente superior a la registrada en 2016 tanto a nivel global como en el grupo de edad de 35-44 años (diferencias estadísticamente significativas) (tabla 2 y fig. 1).

Tabla 2.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia* por grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2017	AÑO 2016	RR (IC 95%)
<15	1,57	1,28	1,23 (0,59-2,55)
15-24	8,85	5,89	1,50 (0,99-2,29)
25-34	15,58	16,93	0,92 (0,73-1,17)
35-44	48,85	42,44	1,15 (1,02-1,30)
45-54	93,54	87,72	1,07 (0,97-1,17)
55-64	88,48	81,13	1,09 (0,98-1,22)
>64	35,69	34,91	1,02 (0,89-1,18)
Total	42,78	39,32	1,09 (1,03-1,15)

*Tasas por 100.000 habitantes

Fig. 1.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por grupos de edad.



La distribución de los ingresos por sexo muestra un predominio de varones, con una razón hombre/mujer de 3,63 en 2016 y 3,82 en 2017. La media de edad ha sido mayor en hombres (52 años) que en mujeres (49 años), siendo similar en ambos años (fig. 2). No se presentan diferencias significativas en la letalidad por sexo.

Fig. 2.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Media de edad por sexo.



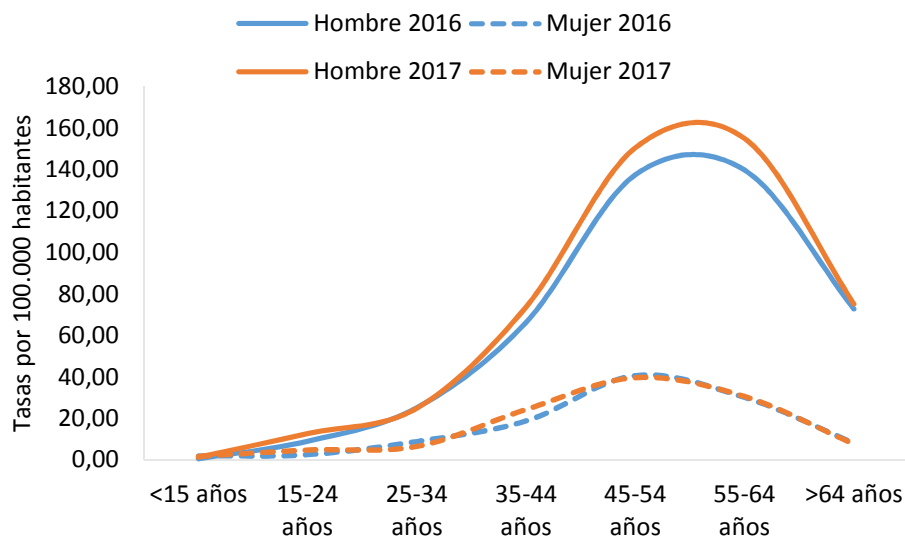
La incidencia en hombres es superior a la de mujeres, tanto a nivel global como en todos los grupos de edad, excepto en los menores de 15 años. Las mayores diferencias por sexo se presentan en los mayores de 64 años (RR=8,88 en 2016 y de 9,73 en 2017) (tabla 3 y fig. 3).

Tabla 3.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia* por sexo y grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2016			AÑO 2017		
	Hombres	Mujeres	RR (IC 95%)	Hombres	Mujeres	RR (IC 95%)
<15	0,58	2,02	0,29 (0,08-1,04)	1,34	1,82	0,74 (0,28-1,98)
15-24	9,05	2,65	3,42 (1,56-7,51)	12,73	4,88	2,61 (1,44-4,72)
25-34	25,25	9,01	2,80 (1,94-4,05)	25,01	6,64	3,77 (2,48-5,73)
35-44	66,36	18,93	3,51 (2,84-4,33)	73,79	24,46	3,02 (2,49-3,65)
45-54	137,45	40,78	3,37 (2,89-3,94)	150,50	39,78	3,78 (3,24-4,41)
55-64	139,68	30,19	4,63 (3,79-5,65)	154,89	30,65	5,05 (4,16-6,14)
>64	72,78	8,20	8,88 (6,64-11,87)	75,19	7,73	9,73 (7,25-13,05)
Total	64,35	16,30	3,95 (3,59-4,43)	70,84	17,01	4,16 (3,80-4,56)

*Tasas por 100.000 habitantes

Fig. 3.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por sexo y grupos de edad.



La mortalidad también ha sido superior en hombres que en mujeres, en ambos años de estudio. En el año 2016 la tasa de mortalidad ha sido de 2,10 en hombres y de 0,59 en mujeres (RR=3,53 IC95% 2,14-5,83); siendo en 2017 de 3,21 en hombres y 0,74 en mujeres en 2017 (RR=4,35 IC95% 2,81-6,75).

La incidencia global en hombres ha sido superior en 2017 que en 2016 (RR= 1,10 IC95% 1,04-1,17), no presentándose diferencias significativas por edad. Sin embargo en mujeres no se presentan diferencias significativas a nivel global, pero sí en el grupo de edad de 35-44 años (RR=1,29 IC 95% 1,01-1,66) (tabla 4).

Tabla 4.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia* por sexo y grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES			MUJERES		
	Año 2017	Año 2016	RR (IC 95%)	Año 2017	Año 2016	RR (IC 95%)
<15	1,34	0,58	2,33 (0,60-9,00)	1,82	2,02	0,90 (0,37-2,21)
15-24	12,73	9,05	1,41 (0,87-2,28)	4,88	2,65	1,85 (0,78-4,35)
25-34	25,01	25,25	0,99 (0,75-1,30)	6,64	9,01	0,74 (0,45-1,20)
35-44	73,79	66,36	1,11 (0,97-1,28)	24,46	18,93	1,29 (1,01-1,66)
45-54	150,50	137,45	1,09 (0,99-1,22)	39,78	40,78	0,98 (0,81-1,18)
55-64	154,89	139,68	1,11 (0,98-1,25)	30,65	30,19	1,02 (0,79-1,30)
>64	75,19	72,78	1,03 (0,89-1,20)	7,73	8,20	0,94 (0,64-1,39)
Total	70,84	64,35	1,10 (1,04-1,17)	17,01	16,30	1,04 (0,93-1,17)

*Tasas por 100.000 habitantes

Más del 90% de los ingresos por trastornos debidos al alcohol se realizaron en hospitales públicos (94% en 2016 y 92% en 2017). Aproximadamente el 70% de los ingresos fueron urgentes y la estancia media fue de unos 11 días.

No se presentan diferencias por sexo según el tipo de hospital en el que los pacientes fueron ingresados, pero sí por edad; registrando una media de edad mayor los pacientes ingresados en hospitales privados (54 años).

Los hospitales públicos presentan una mayor proporción de ingresos urgentes que los hospitales privados, disminuyendo el porcentaje de ingresos urgentes en los hospitales privados en 2017 respecto a 2016 (48% vs 58%). El 94% de los ingresos urgentes se realizaron en hospitales públicos.

Respecto a la estancia media no se han registrado diferencias a nivel global en ambos años, pero sí según el tipo de hospital. Los hospitales privados presentaron una mayor estancia media que los públicos (14-15 días vs 11 días). No se presentan diferencias en la estancia media por sexo. La estancia media aumenta con la edad hasta el grupo de 55-64 años, en el que se registra una estancia media de 13 días (tabla 5 y figura 4).

El principal diagnóstico relacionado con estos ingresos fue el de dependencia de alcohol, seguido por la cirrosis hepática alcohólica, la pancreatitis aguda inducida por alcohol y la hepatitis alcohólica (tabla 6 y fig. 5). Al comparar los diferentes diagnósticos en los dos años de estudio observamos que en 2017 la incidencia ha sido mayor que en 2016 para los siguientes procesos: pancreatitis aguda por alcohol (RR=1,34 IC95% 1,14-1,58), abuso de alcohol (RR= 1,31 IC95% 1,01-1,70) y efecto tóxico por alcohol (RR=1,52 IC95% 1,08-2,13).

Tabla 5.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Estancia media en días.

	AÑO 2016	AÑO 2017
Total	11,4	11,1
Hombres	11,0	11,0
Mujeres	12,8	11,5
<15	1,1	1,4
15-24	3,2	4,6
25-34	8,9	8,7
35-44	10,5	10,3
45-54	11,8	10,8
55-64	12,9	13,2
>64	11,0	11,4

Fig. 4.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017.
Estancia media en días por sexo y grupos de edad.

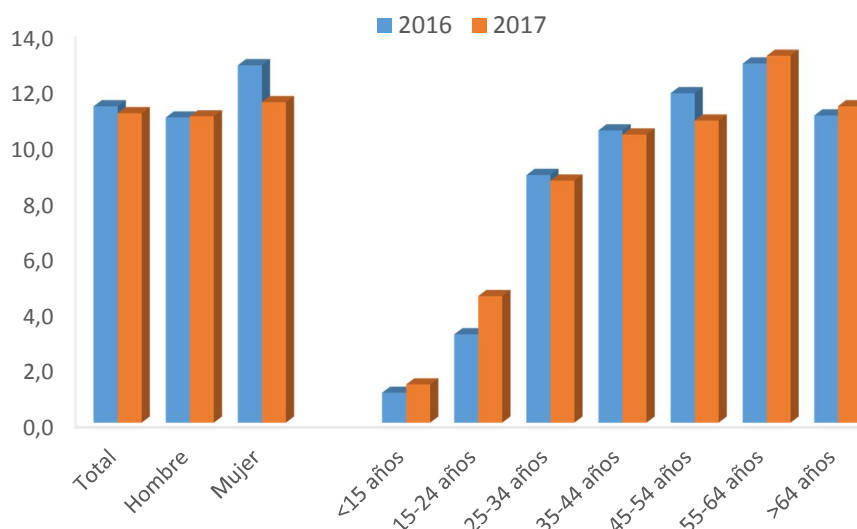


Tabla 6.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia* según diagnóstico.

DIAGNÓSTICOS	Año 2016		Año 2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Dependencia de alcohol	988	15,28	1.044	16,04
Cirrosis hepática alcohólica	565	8,74	587	9,02
Pancreatitis aguda por alcohol	250	3,87	337	5,18
Hepatitis alcohólica	241	3,73	236	3,63
Abuso de alcohol	100	1,55	132	2,03
Enfermedad hepática alcohólica sin especificar	129	1,99	131	2,01
Insuficiencia hepática alcohólica	86	1,33	100	1,54
Efecto tóxico de etanol	55	0,85	84	1,29
Consumo de alcohol no especificado	38	0,59	43	0,66
Pancreatitis crónica por alcohol	26	0,40	31	0,48
Polineuropatía alcohólica	16	0,25	17	0,26
Cardiomiopatía alcohólica	16	0,25	16	0,25
Degeneración del sistema nervioso por alcohol	21	0,32	15	0,23
Fibrosis y esclerosis de hígado por alcohol	1	0,02	5	0,08
Hígado alcohólico adiposo	6	0,09	3	0,05
Gastritis alcohólica	4	0,06	2	0,03
Feto y RN afectados por alcoholismo de la madre	0	0,00	1	0,02
Síndrome fetal debido al alcohol	1	0,02	0	0,00

*Tasas por 100.000 habitantes

Fig. 5.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017.
Incidencia según los principales diagnósticos.



La incidencia en hombres es mayor que en mujeres para la gran mayoría de los diagnósticos, en ambos años de estudio (tabla 7 y fig. 6 y 7).

Tabla 7.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia* por sexo y diagnóstico.

DIAGNÓSTICOS	Año 2016		Año 2017	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Dependencia de alcohol	23,30	7,90	24,91	7,90
Cirrosis hepática alcohólica	15,43	2,58	15,98	2,62
Pancreatitis aguda por alcohol	7,07	0,92	9,57	1,15
Hepatitis alcohólica	6,20	1,45	5,75	1,68
Abuso de alcohol	2,07	1,07	2,99	1,15
Enfermedad hepática alcohólica sin especificar	3,42	0,68	3,63	0,53
Insuficiencia hepática alcohólica	2,36	0,39	2,38	0,77
Efecto tóxico de etanol	1,13	0,59	2,05	0,59
Consumo de alcohol no especificado	0,87	0,33	1,00	0,35
Pancreatitis crónica por alcohol	0,74	0,09	0,93	0,06
Polineuropatía alcohólica	0,39	0,12	0,45	0,09
Cardiomiopatía alcohólica	0,48	0,03	0,51	0,00
Degeneración del sistema nervioso por alcohol	0,58	0,09	0,39	0,09
Fibrosis y esclerosis de hígado por alcohol	0,03	0,00	0,16	0,00
Hígado alcohólico adiposo	0,16	0,03	0,06	0,03

Gastritis alcohólica	0,10	0,03	0,06	0,00
Feto y RN afectados por alcoholismo de la madre	0,00	0,00	0,03	0,00
Síndrome fetal debido al alcohol	0,03	0,00	0,00	0,00

*Tasas por 100.000 habitantes

Fig. 6.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016.
Incidencia por sexo según los principales diagnósticos.

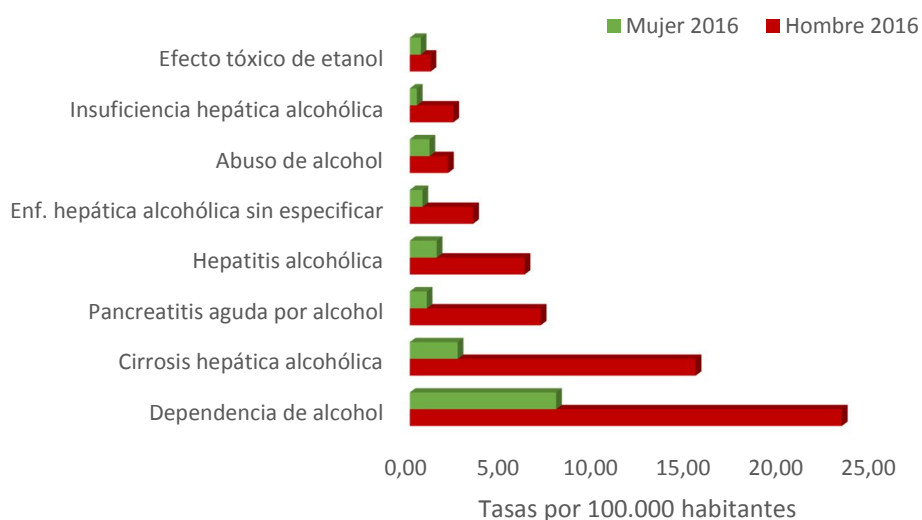


Fig. 7.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2017.
Incidencia por sexo según los principales diagnósticos.



La incidencia en hombres ha sido superior en 2017 que en 2016 para los siguientes diagnósticos: efecto tóxico por alcohol (RR=1,82 IC 95% 1,20-2,75), abuso de alcohol (RR=1,45 IC95 1,05-1,99) y pancreatitis aguda por alcohol (RR=1,35 IC95% 1,14-1,61) (fig. 8). La incidencia en mujeres ha sido mayor en 2017 que en 2016 para la insuficiencia hepática alcohólica (RR=1,99 IC95% 1,02-3,87) (fig. 9).

Fig. 8.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017.
Incidencia en hombres según los principales diagnósticos.

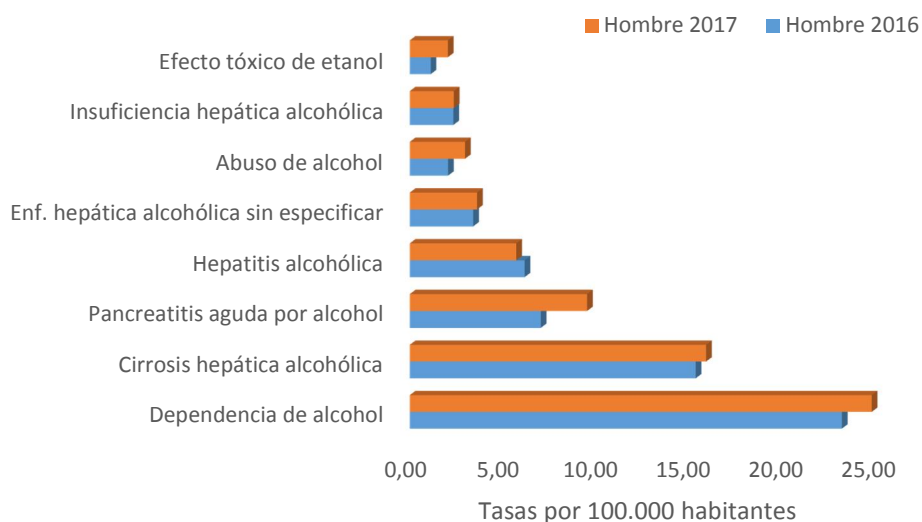


Fig. 9.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017.
Incidencia en mujeres según los principales diagnósticos.



La distribución por edad presenta diferencias según el diagnóstico. Sin tener en cuenta los trastornos en feto y recién nacido, en el período de estudio la media de edad menor se ha registrado para el efecto tóxico de etanol (39,7 años), el abuso de alcohol (39,8 años) y la gastritis alcohólica (41,3 años); presentando la mayor edad media la insuficiencia hepática alcohólica (60,5 años), la degeneración del sistema nervioso debida al alcohol (60,2 años), la cirrosis hepática alcohólica (59,5 años) y la cardiomiopatía alcohólica (59,4 años) (fig. 10).

Fig. 10.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Media de edad según diagnóstico.



Al analizar la incidencia por edad observamos algunas diferencias según los diagnósticos. Así, los ingresos por dependencia de alcohol muestran un patrón con incremento por edad hasta el grupo de 45-54 años y después una disminución (fig. 11); mientras que los ingresos por abuso de alcohol presentan una doble onda con picos en los grupos de edad de 15-24 años y de 45-54 años (fig. 12).

En cuanto al resto de diagnósticos con mayor incidencia se observan patrones por edad similares al de dependencia de alcohol, para la pancreatitis aguda por alcohol (fig. 13) y la hepatitis alcohólica (fig. 14); mientras que la cirrosis hepática alcohólica (fig. 15), la enfermedad hepática alcohólica sin especificar (fig. 16) y la insuficiencia hepática alcohólica (fig. 18) presentan la mayor incidencia en el grupo de edad de 55-64 años (fig. 17).

Fig. 11.- Altas hospitalarias por Dependencia de alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por grupo de edad.

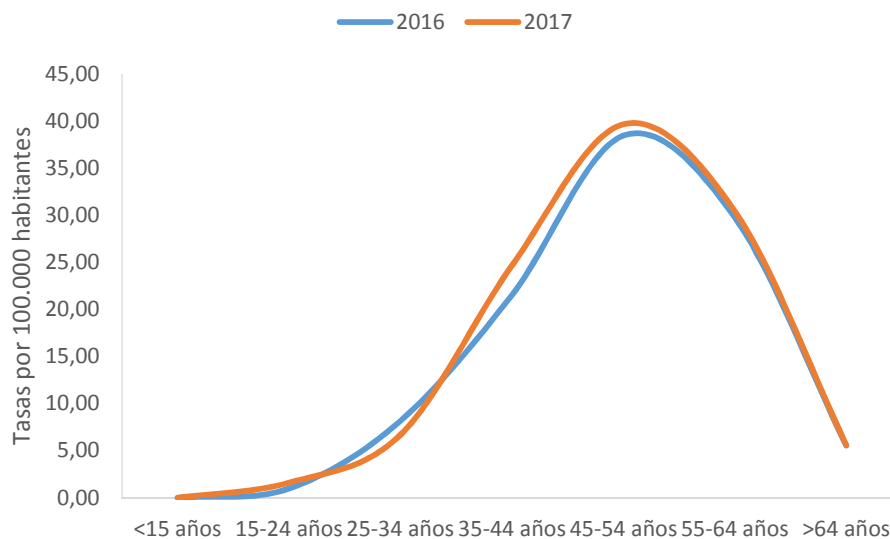


Fig. 12.- Altas hospitalarias por Abuso de alcohol.
Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por grupo de edad.

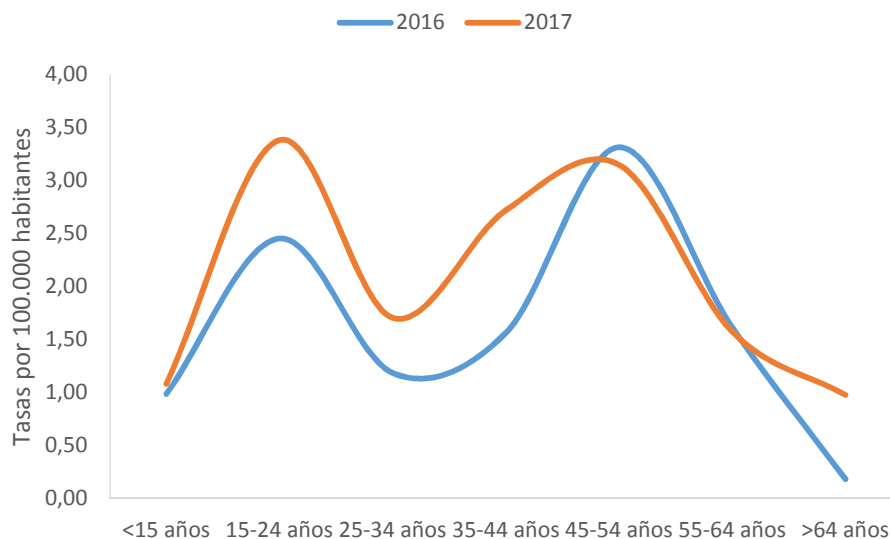


Fig. 13.- Altas hospitalarias por Pancreatitis aguda por alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por grupo de edad.

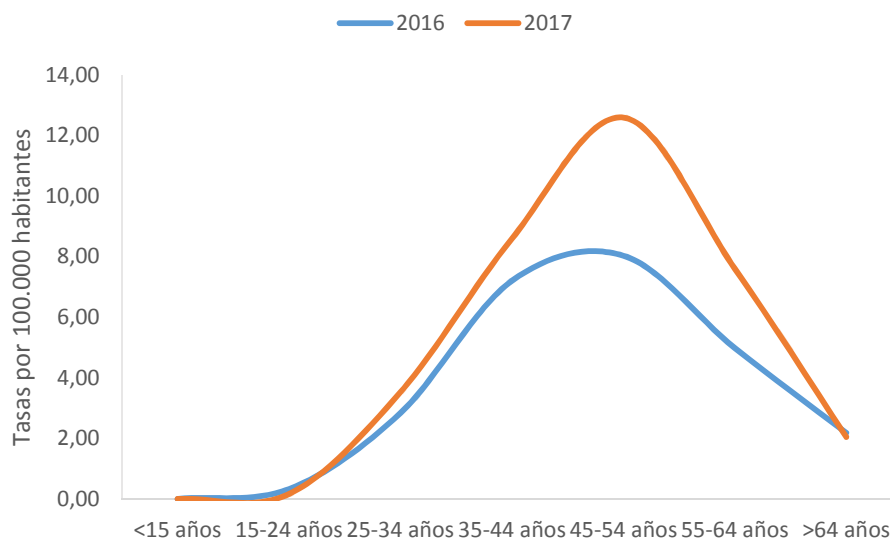


Fig. 14.- Altas hospitalarias por Hepatitis alcohólica. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por grupo de edad.

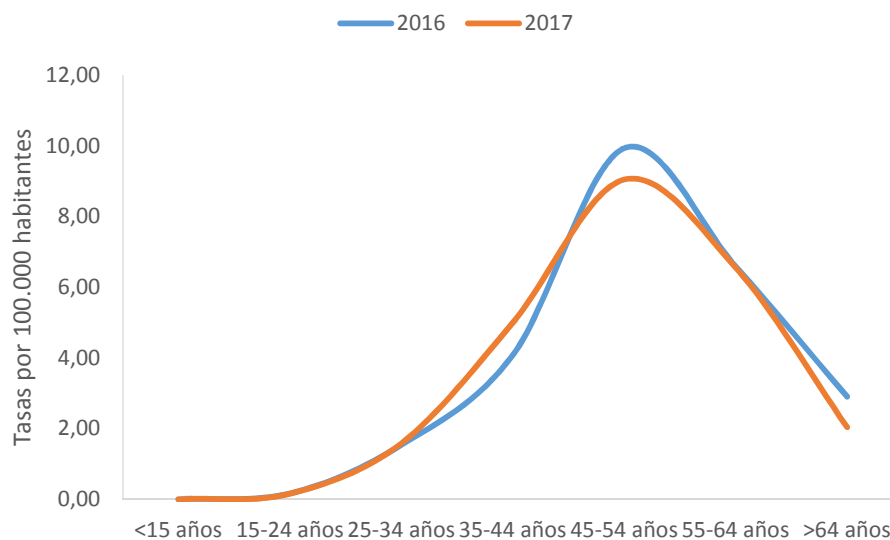


Fig. 15.- Altas hospitalarias por Cirrosis hepática alcohólica. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por grupo de edad.

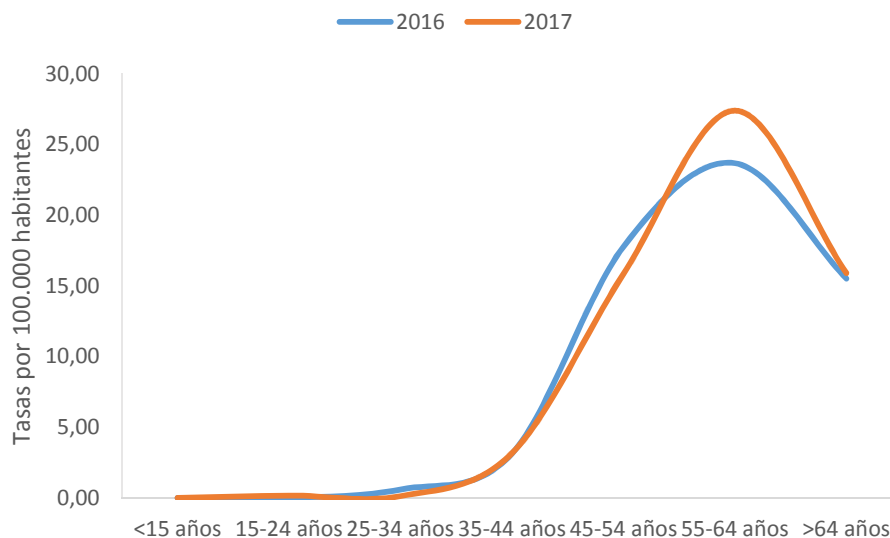


Fig. 16.- Altas hospitalarias por Enfermedad hepática alcohólica sin especificar. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por grupo de edad.

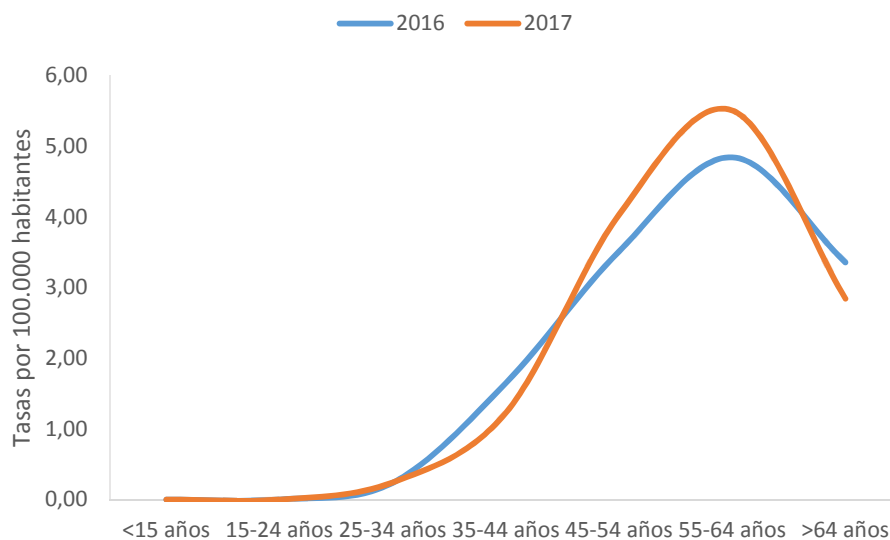
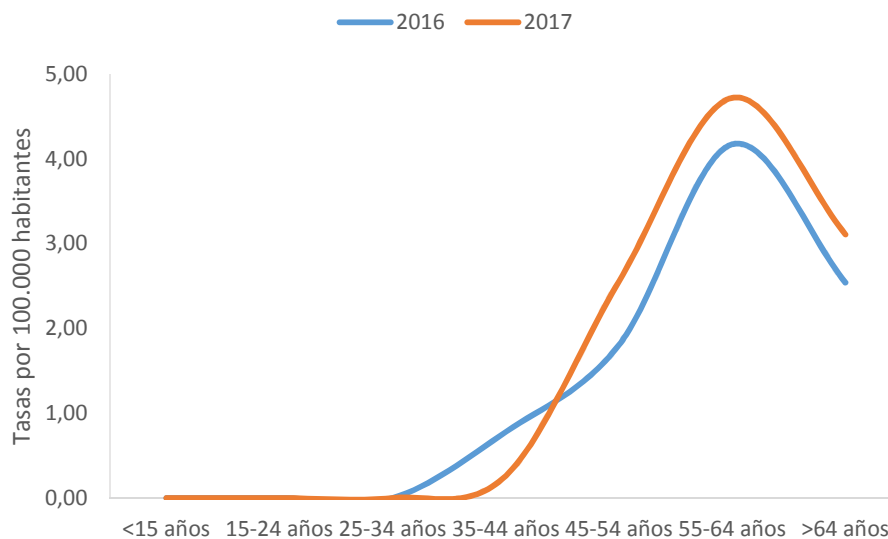


Fig. 17.- Altas hospitalarias por Insuficiencia hepática alcohólica. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Incidencia por grupo de edad.



También se presentan diferencias en la estancia media según el tipo de proceso, con la mayor estancia media en el período de estudio registrada en la polineuropatía alcohólica (23,3 días), el consumo de alcohol no especificado (19,8 días) y la degeneración del sistema nervioso debida al alcohol (15,1 días (fig. 18).

Fig. 18.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016-2017. Estancia media según diagnóstico.



El número de fallecidos y la letalidad según diagnóstico para cada año del estudio se muestra en la tabla 8. El mayor número de fallecidos se registra para la cirrosis hepática alcohólica, seguida de la hepatitis alcohólica y la insuficiencia hepática alcohólica.

Tabla 8.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016 y 2017. Fallecidos y letalidad según diagnóstico.

DIAGNÓSTICOS	Año 2016		Año 2017	
	Fallecidos	Letalidad	Fallecidos	Letalidad
Abuso de alcohol	0	0,0	0	0,0
Dependencia de alcohol	4	0,4	9	0,9
Consumo de alcohol no especificado	0	0,0	1	2,3
Degeneración del sist. nervioso debido al alcohol	2	9,5	0	0,0
Polineuropatía alcohólica	0	0,0	0	0,0
Cardiomiopatía alcohólica	0	0,0	0	0,0
Gastritis alcohólica	0	0,0	0	0,0
Hígado alcohólico adiposo	0	0,0	0	0,0
Hepatitis alcohólica	13	5,4	20	8,5
Fibrosis y esclerosis de hígado por alcohol	0	0,0	0	0,0
Cirrosis hepática alcohólica	48	8,5	71	12,1
Insuficiencia hepática alcohólica	7	8,1	14	14,0
Enf. hepática alcohólica sin especificar	8	6,2	9	6,9
Pancreatitis aguda por alcohol	2	0,8	1	0,3
Pancreatitis crónica por alcohol	0	0,0	0	0,0
Feto y RN afectados por alcoholismo de la madre	-	-	0	0,0
Síndrome fetal debido al alcohol	0	0,0	-	-
Efecto tóxico de etanol	1	1,8	0	0,0

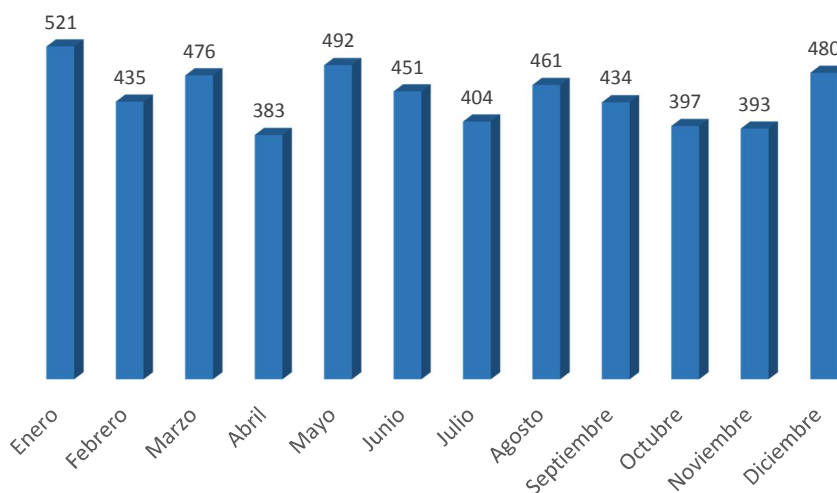
En la figura 19 se muestra la letalidad en el período de estudio para aquellos procesos que han registrado algún fallecido durante su ingreso hospitalario. La mayor letalidad se presenta en la insuficiencia hepática alcohólica (11,3%), seguida de la cirrosis hepática alcohólica (10,3%).

Fig. 19.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016-2017. Letalidad según diagnóstico.



La distribución de los ingresos según el mes del año se muestra en la figura 20, en la que no se observa patrón estacional. El mes de enero es en el que ingresa un mayor número de pacientes (521), seguido por los meses de mayo (492) y diciembre (480 casos).

Fig. 20.- Altas hospitalarias por trastornos debidos al alcohol. Comunidad de Madrid, CMBD 2016-2017. Distribución según mes de ingreso.



DISCUSIÓN

La incidencia de ingresos por trastornos debidos al consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid en 2017 ha sido de 42,78 por 100.000 habitantes, ligeramente superior a la registrada en 2016 (39,32 por 100.000).

La incidencia de estos procesos es superior en hombres que en mujeres, siendo la razón de tasas de 3,53 en 2016 (IC 95% 2,14-5,83) y de 4,35 en 2017 (IC 95% 2,81-6,75). La incidencia en hombres, al igual que se observa para la incidencia global, ha aumentado en 2017 respecto a 2016 (RR=1,10 IC95% 1,04-1,17). No se observan diferencias en la incidencia global en mujeres en ambos años de estudio.

La edad media de los pacientes ingresados por esta causa es de 52 años y el grupo de edad más afectado ha sido el de 45-54 años. No se observan diferencias por grupo de edad al comparar los dos años de estudio, salvo un ligero incremento en el grupo de 35-44 años (RR=1,15 IC95% 1,02-1,30).

Al analizar la incidencia por sexo y grupo de edad observamos que los hombres presentan una mayor incidencia que las mujeres en todos los grupos de edad excepto en los menores de 15 años. Al comparar los dos años de estudio no se observan diferencias por grupo de edad en los hombres, sin embargo la incidencia en mujeres de 35-44 años aumentó en 2017 respecto a 2016 (RR=1,29 IC 95% 1,01-1,66). El proceso que más ha contribuido a este incremento ha sido la dependencia de alcohol.

El 70% de los ingresos por esta causa fueron ingresos urgentes y más del 90% se realizaron en hospitales públicos. La estancia media fue de 11 días, superior en los pacientes de 55-64 años (13 días), en los hospitales privados y en los ingresos programados. También fue mayor la estancia media en los diagnósticos de polineuropatía alcohólica, consumo de alcohol no especificado y degeneración del sistema nervioso debido al alcohol.

La letalidad hospitalaria por trastornos debidos al consumo de alcohol ha sido superior en 2017 que en 2016 (4,5% vs 3,3%), sin diferencias por sexo. La mayor letalidad se presenta en los mayores de 64 años (9,1%), en la insuficiencia hepática (11,3%) y en la cirrosis hepática alcohólica (10,3%).

Por su parte la mortalidad hospitalaria en pacientes ingresados por trastornos debidos al alcohol ha sido de 1,92 por 100.000 en 2017, también superior a la de 2016 (1,31 por 100.000).

El cuadro clínico que presenta el mayor número de ingresos ha sido la dependencia de alcohol (incidencia de 15-16 por 100.000), seguida de la cirrosis hepática alcohólica (incidencia de 9 por 100.000), la pancreatitis aguda por alcohol (incidencia de 4-5 por 100.000) y la hepatitis alcohólica (incidencia de 4 por 100.000). Al comparar ambos años de estudio se observa incremento en los diagnósticos de efecto tóxico de etanol, abuso de alcohol y pancreatitis aguda por alcohol.

La incidencia en hombres ha sido superior que en mujeres para todos los diagnósticos, excepto en el hígado alcohólico adiposo y la gastritis alcohólica. Las mayores diferencias por sexo se observan en la cardiomiopatía alcohólica y las pancreatitis (aguda y crónica) por alcohol. En los dos años de estudio no se han registrado ingresos en mujeres por fibrosis y esclerosis de hígado por alcohol, ni por feto y recién nacido afectados por alcoholismo de la madre.

La distribución por edad presenta diferencias según el tipo de diagnóstico. La mayor edad media se presenta en los ingresos por insuficiencia hepática alcohólica, degeneración del sistema nervioso debido al alcohol, cirrosis hepática alcohólica y cardiomiopatía alcohólica (media de edad de unos 60 años). A parte de los trastornos que afectan al feto y al recién nacido, la menor edad media se observa en los ingresos por efecto tóxico de etanol, por abuso de alcohol y por gastritis alcohólica (media de edad de unos 40 años).

El patrón por edad muestra una típica forma en onda con la mayor incidencia en el grupo de edad de 45-54 años para los ingresos por dependencia de alcohol, pancreatitis aguda inducida por alcohol y hepatitis alcohólica; observándose una doble onda en los ingresos por abuso de alcohol (con pico a los 15-24 años y a los 45-54 años), y un retraso en el grupo de edad de mayor incidencia a los 55-64 años para los ingresos por cirrosis hepática alcohólica, insuficiencia hepática alcohólica y enfermedad hepática alcohólica sin especificar.

En el CMBD se recogen además del diagnóstico principal otros diagnósticos secundarios que “coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria e influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado”. En los dos años de nuestro estudio el principal diagnóstico secundario ha sido el de abuso o dependencia de alcohol (código F10) que asciende al 14%, seguido de la enfermedad alcohólica de hígado (código K70) que supone el 11,4%. También se observa un elevado porcentaje de estos procesos en el tercer diagnóstico (8,6% y 4,3% respectivamente). Por lo que comprobamos la múltiple afectación de los diferentes órganos y sistemas por el consumo de alcohol.

Según datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2016 se produjeron en España 4.844.832 altas hospitalarias (2,1% más que en el año anterior). La tasa de morbilidad hospitalaria fue de 10.430 altas por 100.000 habitantes. Las enfermedades del aparato digestivo y las enfermedades del aparato circulatorio fueron los diagnósticos principales en estas altas hospitalarias (12,5% del total respectivamente), seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio (12,1%). En el 61,2% de los casos los ingresos se realizaron con carácter urgente. La edad media de los pacientes fue de 56,1 años (con un incremento de más de cuatro años desde 2007) y la estancia media hospitalaria fue de 7,39 días.

Por lo que observamos que la proporción de ingresos urgentes registrada en nuestro estudio (70%) es superior a la descrita a nivel global, sin embargo la edad media de los pacientes es menor (52 años) y la estancia media superior (11 días).

El CMBD a pesar de ser una fuente de información cuyo uso fundamental es a nivel de gestión, ha demostrado su utilidad en vigilancia epidemiológica. Este Registro forma parte del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud e incluye entre sus objetivos “...

favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios sanitarios y de resultados de salud”. Las ventajas de esta fuente de información son su fácil disponibilidad y su sencillez. Debido a su estabilidad permite monitorizar los procesos y determinar tendencias temporales. Además al estar implantado en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, tanto públicos como privados, asegura la exhaustividad de los datos y permite estimar incidencias.

Los códigos seleccionados en este estudio han sido los atribuidos completamente al consumo de alcohol, por lo que una parte importante de los problemas de salud relacionados con el alcohol no se han tenido en cuenta (tumores, enfermedades cardiovasculares, accidentes y lesiones, etc.)

La carga global de enfermedad relacionada con el consumo de alcohol incluye tanto la mortalidad, como la morbilidad y discapacidad. En los estudios realizados en Inglaterra sobre los procesos atribuidos al alcohol se incluyen 52 condiciones o problemas de salud, de los que 20 se atribuyen completamente al consumo de alcohol y 32 se atribuyen parcialmente al mismo. Las condiciones atribuidas completamente al alcohol supusieron únicamente el 32% del total de admisiones hospitalarias relacionadas con el alcohol. La enfermedad hipertensiva fue la principal causa de ingreso hospitalario relacionado con el alcohol, seguida por los trastornos mentales y del comportamiento.

En España en el año 2016 los principales problemas de salud atribuidos al alcohol han sido la cirrosis hepática, las lesiones, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Así, el alcohol fue la causa del 68,4% de las cirrosis, del 19% de las lesiones, del 6,6% de los cánceres y del 2,3% de las enfermedades cardiovasculares. Dentro de las lesiones el papel del alcohol es mayor en las lesiones intencionadas que en las no intencionadas (21,1% vs 18,1%).

En nuestro estudio el principal grupo diagnóstico que contribuye a los ingresos hospitalarios atribuidos al alcohol ha sido el de “abuso o dependencia de alcohol” (incluido en el grupo de trastornos mentales y del comportamiento) que supone el 44% de dichos ingresos. Esto coincide con lo observado en el estudio realizado en Inglaterra.

El alcohol es la sustancia que presenta las mayores tasas de ingresos por abuso o dependencia de sustancias, presentando una incidencia media anual de 26,12 ingresos por 100.000 habitantes, en la Comunidad de Madrid, en el período 2003-2015.

En Inglaterra la tasa de admisiones hospitalarias relacionadas con el alcohol se incrementó en el periodo 2013/14 respecto a 2002/03 (razón de tasa de 1,39), presentando diferencias en las tendencias por sexo, edad y situación socioeconómica. Las tasas aumentan con la edad y fueron mayores en hombres. Los procesos agudos atribuidos completamente al alcohol (intoxicación aguda) presentaron un patrón bimodal con respecto a la edad con las mayores tasas en los grupos de edad de 15-24 años y de 35-54 años. Por su parte los procesos crónicos (enfermedad hepática de hígado) se concentraron en los hombres de mediana edad (40-54 años). Esto coincide con lo observado en nuestro estudio.

Para poder determinar la importancia de los ingresos por alcohol tenemos que comparar su incidencia con la de otras patologías. Según el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, en el año 2015 la mayor incidencia de altas hospitalarias en ambos sexos se registró en las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (26,53 por 1.000). En las mujeres la siguen el embarazo, parto y puerperio (24,67 por mil) y los tumores (20,08 por mil); y en los hombres las enfermedades del aparato digestivo (20,23 por mil) y los tumores (20,21 por mil).

En el año 2015 las enfermedades del aparato digestivo supusieron la quinta causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres, ocasionando el 4,4% de las muertes. Estas enfermedades presentan la segunda tasa más elevada de altas hospitalarias en hombres y la cuarta en mujeres. La carga de enfermedad de estas enfermedades es especialmente elevada en los hombres de 45 a 59 años. La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son la primera causa de muerte por enfermedad digestiva en los hombres y la segunda en mujeres. Como se ha comentado previamente el papel del alcohol en estos procesos es muy importante.

En 2017 se observa un incremento tanto de la incidencia como de la letalidad y mortalidad de los ingresos atribuidos al alcohol, respecto a 2016.

El grupo de edad con un aumento significativo de la incidencia es el de 35-44 años, tanto a nivel global como en mujeres. Los procesos cuya incidencia aumenta son los agudos (efecto tóxico de etanol, pancreatitis aguda por alcohol y abuso de alcohol) en hombres y la insuficiencia hepática alcohólica en mujeres.

En la Comunidad de Madrid el consumo de alcohol presenta una tendencia estable en niveles elevados (65,5% de la población de 15 a 64 años lo había consumido en el último mes) y una prevalencia de consumo intensivo especialmente alta en hombres de 35-44 años (28,2% en el último mes). Por su parte la mayor prevalencia de consumo de riesgo (medido mediante el test CAST) en los que han bebido alcohol en el último año se presenta en los hombres de 15-24 años (16,0%).

En cuanto a la percepción de riesgo del consumo de alcohol en la población madrileña, sólo el 50% considera que tomarse 5-6 cañas/copas de alcohol en el fin de semana puede ocasionar problemas. Sin embargo un 32,9% refiere que se encuentra de forma frecuente personas borrachas en el lugar donde vive.

Respecto a las actitudes sobre las políticas en materia de alcohol más del 80% de la población madrileña de 15 a 64 años considera que la educación y la formación son lo más importante, un 75% piensa que los envases deberían llevar advertencias de los daños que provoca el alcohol y un 62% opina que la publicidad del alcohol debería prohibirse.

En 2011 la Región Europea de la OMS adoptó el Plan de Acción Europeo para reducir los daños por el uso del alcohol 2012-2020. Este plan ofrece una serie de opciones políticas basadas en la evidencia y define 10 áreas de acción, siendo las tres prioritarias el aumento del precio, la disminución de la disponibilidad (reducir las horas de venta) y las restricciones y prohibición de la publicidad.

Por otra parte la prevención del consumo de riesgo de alcohol además de realizarse a nivel poblacional mediante campañas en los medios de comunicación, tiene que incorporarse en la práctica clínica. Los instrumentos de cribado para detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en adultos presentan una buena sensibilidad y especificidad. El test AUDIT y su versión reducida el AUDIT-C son los más adecuados para ser utilizados en Atención Primaria. El cribado por sí sólo es efectivo en la reducción del consumo, siendo más coste-efectivo que los marcadores bioquímicos y las entrevistas clínicas.

El consejo de salud o intervención breve es una charla encaminada a sensibilizar a un individuo sobre su comportamiento de riesgo y motivarle a cambiar dicho comportamiento. Estas intervenciones, promovidas por la Organización Mundial de la Salud desde los años 80, son una forma simple de abordar el consumo de riesgo de alcohol.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que una intervención breve de los médicos de familia con una tasa de cobertura de un 25% podría evitar 91 años de enfermedad y muerte prematura por cada 100.000 personas. El coste-efectividad de la intervención breve es de 1.960 euros por año de vida libre de discapacidad, siendo una de las intervenciones preventivas con mejor coste-efectividad.

La implantación de estas intervenciones con efectividad comprobada ha dado lugar a su incorporación en diferentes guías de práctica clínica. A pesar de ello, en general los servicios de salud no cuentan con infraestructuras para ofrecer estos programas. Así, a nivel europeo el estudio ODHIN (Optimizing Delivery of Health Care Interventions), realizado en el período 2011-2014, concluye que menos de la mitad de los países contaban con estos programas y aquellos que disponían de los mismos no podían proporcionar datos sobre su cobertura. Según los resultados de este estudio, sólo el 11% de los pacientes adultos que consultaron a su médico de atención primaria recibió un consejo breve sobre su consumo excesivo de alcohol, suponiendo 1 de cada 30 de los que se podrían haberse beneficiado de dicha intervención.

Según el estudio AMPHORA (Alcohol Public Health Research Alliance), estudio europeo sobre la efectividad del cribado y las intervenciones breves, en España sólo el 15,3% de los adultos que podrían beneficiarse del tratamiento por abuso continuado de alcohol recibe tratamiento.

Aunque la mayoría de estas intervenciones se han realizado en el ámbito de Atención Primaria, la implantación de estos programas en el medio hospitalario se ha descrito capaz de disminuir la mortalidad y los reingresos.

La Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations ha incluido el cribado, la intervención breve y la derivación para tratamiento por problemas por consumo de alcohol como un indicador de calidad para los hospitales.

En un estudio realizado en pacientes ingresados en España en 2008 se detectó una prevalencia de consumo de riesgo de alcohol de un 12%, superior a la registrada en población general (5,7%); constatándose también una falta de información en la historia clínica sobre la cantidad de alcohol consumida.

En el estudio ALCHIMIE sobre detección del consumo de alcohol en pacientes hospitalizados en medicina interna en Europa realizado en el año 2011, en el que participaron 43 hospitales de 8 países entre los que se incluía España, el 16% de los pacientes cumplían criterios de problemas por consumo de alcohol (9% en España). El consumo de alcohol se registró en el 43% de los pacientes (53% en España) y se cuantificó dicho consumo en un 7% de los casos (10% en España). Los principales factores relacionados con la falta de registro fueron el sexo femenino y la mayor edad de los pacientes.

Es necesario mejorar las medidas de intervención para prevenir el consumo de riesgo de alcohol y evitar los problemas derivados del mismo, incorporando en la práctica clínica herramientas de eficacia demostrada.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol en nuestro medio produce una elevada incidencia de ingresos hospitalarios, especialmente en varones de 45-54 años. Los principales diagnósticos que presentan estos pacientes son la dependencia de alcohol y la cirrosis hepática alcohólica.

La incidencia en hombres es superior a la de las mujeres en todos los grupos de edad excepto en los menores de 15 años, y para la mayoría de los procesos. El patrón por sexo y grupo de edad difiere según los diagnósticos. La estancia media de estos procesos es elevada, aunque la letalidad es baja.

La incidencia en 2017 ha aumentado respecto a 2016, a nivel global y en hombres. La incidencia por grupos de edad muestra un incremento para el grupo de edad de 35-44 años, a expensas de las mujeres.

Los diagnósticos que han registrado un incremento significativo han sido la pancreatitis aguda inducida por alcohol, el abuso de alcohol y el efecto tóxico de etanol en hombres; y la insuficiencia hepática alcohólica en mujeres.

En 2017 también se observa un aumento de la letalidad y la mortalidad hospitalarias de los procesos relacionados con el alcohol, respecto a 2016.

La información aportada por el CMBD complementa la procedente de otros indicadores de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. WHO 2018.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Public Health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in de WHO European Region, 1990-2014. WHO 2016.

3. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet August 23, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
4. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en la Comunidad de Madrid, año 2017. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Ref. 20270.
<http://www.comunidad.madrid/publicacion/1354764890176>
5. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2016. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Ref. 20152.
<http://www.comunidad.madrid/publicacion/1354721072331>
6. Decreto 89/1999, de 10 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de alta hospitalaria y cirugía ambulatoria en la Comunidad de Madrid (BOCM de 22 de junio de 1999. Corrección de errores: BOCM de 22 de julio de 1999).
7. Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. BOE nº 35 de 10 de febrero de 2015.
8. CIE-10-ES 2ª edición, enero de 2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_2018_0202.pdf
9. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid. Datos demográficos. Padrón anual.
<http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/estructupcpr.htm>
10. INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Año 2016. Notas de prensa. 25 de abril de 2018.
http://www.ine.es/prensa/emh_2016.pdf
11. Jones L, Bellis MA. Updating England-specific alcohol-attributable fractions. Centre for Public Health. Liverpool John Moores University. Liverpool March 2014.
12. Green MA, Strong M, Conway L and Maheswaran R. Trends in alcohol-related admissions to hospital by age, sex and socioeconomic deprivation in England, 2002/03 to 2013/2014. BMC Public Health 2017; 17:412.
13. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2017.
<http://informesdesalud.salud.madrid.org/>
14. Informe sobre evolución de los ingresos hospitalarios por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid. CMBD 2013-2015.
http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/drog/cmbd_evolucion_ingresos_hospitalarios_sustancias_psicoactivas_2003_2015.pdf
15. World Health Organization. Regional Office for Europe. Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries. WHO 2018.
16. Optimizing Delivery of Health Care interventions (ODHIN). Seventh Framework Programme. Cost-effectiveness-Model Report. Deliverable D3.1, Work Package 3. December 2013. Disponible online: <http://www.odhinproject.eu>
17. Anderson P, Braddick F, Reynolds J & Gual A eds. (2013) Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA. 2nd ed. The AMPHORA Project. ISBN: 978-84-695-7411-9
<http://www.amphoraproject.net>
18. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Montero M. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. OMS 2001.

19. Alvarez J, Cabezas M, Colom J et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
20. McCambridge J, Kypri K. Can simply answering research questions change behavior? Systematic review and meta analyses of brief alcohol intervention trials. PLoS One 2011; 6(10):e23748.
21. The BISTAIRS project "Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings". October 2015. <http://www.bistairs.eu>
22. Kaner E, Beyer F, Dickinson H et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev 2007; 2. CD004148.
23. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 8. Art. No.: CD005191.
24. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Shulte B, Schmidt Ch, Reimer J and Kaner E. The impact of brief alcohol interventions in Primary Healthcare: A systematic review of reviews. Alcohol and Alcoholism 2014; 49:66-78.
25. Cuijpers P, Riper H and Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction 2004; 99:839-845.
26. Kamer E, Bland M, Cassidy P et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. BMJ 2012; 345:e8706.
27. Helping patients who drink too much. A Clinician's guide. Updated 2005 Edition. U.S. Department of health & Human Services. National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
28. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Uso y Abuso de Alcohol. Ministerio de sanidad y Consumo y Organización Médica Colegial de España. Madrid 2006.
29. Primary Health Care European Project on Alcohol. PHEPA. Alcohol and Primary Health Care. Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. 2008. <http://www.phepa.net>
30. National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline. Alcohol-use disorders: prevention. June 2010. <http://www.nice.org.uk>
31. JCAHCO. (2018) Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures. Version 5.3. www.jointcommission.org/specifications_manual_for_national_hospital_inpatient_quality_measures
32. Rosón B, Monte R, Gamallo R, Puerta R, Zapatero A, Fernández-Solá J, Pastor I, Girón JA and Laso J. Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. Eur J Intern Med 2010; 21:458-464.
33. Rosón B, Corbella X, Perney P et al. Prevalence, clinical characteristics and risk factor for non-recording of alcohol use in hospital across Europe: The ALCHIMIE study. Alcohol Alcohol 2016; 51:457-64.