

Alcoholismo en adultos mayores en Costa Rica

Alcoholism in elderly population in Costa Rica

Luis Eduardo Sandí^{1a}, Luis Armando Solano-Sandí^{2b}, Yoel Merenstein-Hoffman^b

RESUMEN

El alcoholismo es una enfermedad que puede ser discapacitante, con una alta prevalencia en población adulta mayor en Costa Rica. Para su diagnóstico se utilizan los criterios del DSM-5. El consumo excesivo de alcohol de forma aguda puede causar un cuadro de intoxicación aguda, así como el cese abrupto de este puede producir un síndrome de abstinencia; ambos casos requieren de un manejo oportuno, para evitar complicaciones. En el manejo integral del adulto mayor, el uso de farmacoterapia efectiva que incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas es de suma importancia para el abordaje de los distintos espectros del abuso del alcohol. Los desórdenes del consumo del alcohol, tienen múltiples consecuencias orgánicas y psicosociales a corto y largo plazo, es por esto que el manejo adecuado y oportuno puede ayudar a prevenirlas o a manejarlas.

Palabras clave: adulto mayor, alcoholismo, Costa Rica (Fuente: DECS-BIREME)

ABSTRACT

Alcoholism is a disease that can be disabling, with a high prevalence in the elderly population in Costa Rica. The DSM-5 criteria are used for its diagnosis. Excessive consumption of alcohol in an acute way can cause an acute intoxication, as well as the abrupt cessation of this can produce a withdrawal syndrome, both cases require a timely management, to avoid complications. In the comprehensive management of the elderly, the use of effective pharmacotherapy, taking as a pillar the use of benzodiazepines and other non-pharmacological measures are very important for addressing the problems of alcohol abuse. Alcohol use disorders have multiple organic and psychosocial consequences in the short and long term, which is why proper management can help prevent or manage them.

Keywords: aged, alcoholism, Costa Rica (Source: NLM-MeSH)

- 1 Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica
- 2 Área de Salud de Santa Cruz, Caja Costarricense del Seguro Social. Guanacaste, Costa Rica.
 - a. Médico Psiquiatra, Especialista en Adicciones
 - b. Médico General

Recibido: 03/03/2020 Aprobado: 24/03/2020

Citar como:

Sandí LE, Solano-Sandí LA, Merenstein-Hoffman Y. Alcoholismo en adultos mayores en Costa Rica. Rev Hisp Cienc Salud. 2020; 6(1): 22-30.

INTRODUCCIÓN

Según el Global Burden of Disease Study 2017, el consumo de alcohol se encuentra entre los primeros 50 riesgos de discapacidad en Latinoamérica ⁽¹⁾. Además, existe una asociación entre las muertes violentas y la concentración de alcohol en la sangre ⁽²⁾.

Se ha descrito que la cantidad de consumo de alcohol disminuye en cierta medida en las personas mayores en comparación con las personas más jóvenes ⁽³⁾. Sin embargo, los adultos mayores pueden ser particularmente más vulnerables a los efectos nocivos del consumo de alcohol debido a que alcanzan niveles de concentración de alcohol en sangre mayores, por los cambios fisiológicos relacionados con la edad, como el funcionamiento menos eficaz de las enzimas hepáticas ⁽⁴⁾, una mayor vulnerabilidad del sistema nervioso central y una disminución en el Volumen Extracelular que resulta en una mayor concentración de alcohol en la sangre ⁽⁵⁾.

En segundo lugar varios fármacos hipnóticos sedantes (como benzodiacepinas, neurolépticos y antidepresivos) se usan con mayor frecuencia en adultos mayores en comparación con otros grupos de edad, interaccionan con el uso concomitante de alcohol, lo cual constituye un factor de riesgo particularmente alto para lesiones accidentales ⁽⁶⁾. En tercer lugar, debido a un aumento de las comorbilidades relacionados con la edad, los problemas de salud relacionados con el alcohol pueden ser más graves en pacientes de edad avanzada que en grupos de edad más jóvenes ⁽⁵⁾.

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Un instrumento sencillo, breve de fácil aplicación ha sido validado en Costa Rica para realizar una entrevista de tamizaje que permita detectar problemas con el consumo. El instrumento se resume en el acrónimo CAGE, por sus siglas en inglés, y sencillamente pregunta si ha sentido la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma, si se siente culpable por la cantidad de alcohol que toma, si se siente molesto porque le critican la manera de beber y si ha necesitado un trago matutino para sentirse mejor. Quién conteste dos o más preguntas amerita una evaluación más profunda para analizar su patrón de consumo ⁽⁷⁾.

Los estudios realizados en entornos médicos han demostrado que entre el 10% y el 15% de los adultos mayores en los entornos de atención primaria y hasta el 30% de los adultos hospitalizados en medicina general tienen problemas de consumo de alcohol y drogas. Desafortunadamente, la mayoría de estos adultos mayores permanecen sin ser detectados ⁽⁸⁾. En la VI Encuesta Nacional 2015 de Consumo de Drogas en Costa Rica, realizada por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en población residente en hogares, con edades entre los 12 a 70 años cumplidos al momento de la encuesta, se encontró que aproximadamente dos de cada diez personas entre los 60 y 70 años había consumido alcohol en los últimos 30 días, y al menos tres de cada diez en los últimos doce meses. Una proporción significativa, el 61.4% refirió haber consumido alguna vez en la vida. La tabla 1 resume los principales hallazgos ⁽⁹⁾.

Tabla 1. Edad de inicio, incidencia y niveles de prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año y último mes, por sexo, en adultos entre 60 y 70 años.

	Alguna vez en la vida	Último año	Último mes	Edad de inicio	Incidencia
Hombres	77,9%	35,4%	24,8%	17,0	65
Mujeres	45,9%	23,1%	14,0%	24,8	38
Total	61,4%	29%	19,3%	19.9	45

Además, en los centros de internamiento acreditados por el IAFA, en año 2019, se encontró que 67 pacientes fueron internados por trastornos por el consumo de alcohol. La edad promedio de las personas internadas fue de 70 años, con un rango entre 65 y 89 años, 62 hombres y 5 mujeres. La mayoría de los pacientes, el 41.8%, fueron internados por familiares, un 34,33% fueron referidos por el IAFA, un 15% por centros de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social, y un minoría procedían de centros privados. La edad promedio de inicio de consumo fue a los 25 años, un 49.25 % lo inició entre los 18 y 45 años, un 38% entre los 45 y 4 años. Sólo uno de cada diez inició el consumo de alcohol siendo adultos mayores.

Para la mayoría de los pacientes internados por alcohol, un 76%, la principal droga de consumo fue el alcohol, un 18% refirió consumo de otras drogas y el resto consumió, además de alcohol, dos o más drogas. Es dable resaltar que un 37,31% de los pacientes vivían en condición de calle, lo que representaba una importante problemática social.

Estos datos son similares a los datos con los que se cuentan del consumo de alcohol en adultos mayores a nivel mundial. "The 2013 National Survey on Drug Use and Health" encontró que el consumo excesivo de alcohol entre los adultos comunitarios de los Estados Unidos, no institucionalizados, de 50 años o más, aproximadamente el 60% había consumido alcohol. Aunque la investigación disponible muestra que un mayor porcentaje de hombres de edad avanzada en comparación con las mujeres se dedican al consumo de alcohol, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de comenzar a beber mucho más tarde ⁽⁸⁾, situación muy similar a la de Costa Rica.

DIAGNÓSTICO

En comparación con el DSM-IV, el capítulo sobre adicciones del DSM-V se cambió de "Trastornos relacionados con sustancias" a "Trastornos relacionados con sustancias y adicción". Se enumera específicamente

nueve tipos de sustancias adicciones dentro de esta categoría (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes y tabaco)⁽¹⁰⁾.

Los criterios para el diagnosticar el abuso y dependencia del alcohol se encuentran en la tabla 2.

Tabla 2. Criterios de abuso de alcohol ⁽¹¹⁾

A. Un patrón problemático de consumo de alcohol que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativo, que involucre al menos dos las siguientes, en un período de 12 meses:

1. Se consume el alcohol de forma frecuente en grandes cantidades o durante un período más largo de lo deseado.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fallidos para reducir o controlar el consumo de alcohol.
3. Gran cantidad de tiempo se dedican a las actividades necesarias para obtener alcohol o recuperarse de sus efectos.
4. Insidia (*Craving*), o deseo desesperado o urgente de usar alcohol.
5. El uso recurrente de alcohol resulta en una falla en el cumplimiento de los principales roles en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuo de alcohol a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. Las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes se abandonan o reducen debido al consumo de alcohol.
8. Uso recurrente de alcohol en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. El consumo de alcohol continúa a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que

probablemente haya sido causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, como se define por cualquiera de los siguientes:

- a. Una necesidad de cantidades marcadamente aumentadas de alcohol para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad

11. Abstinencia, como se manifiesta por cualquiera de los siguientes:

- a. El síndrome de abstinencia característico del alcohol.
- b. Se toma alcohol (o una sustancia relacionada, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

CONSECUENCIAS MÉDICAS

Alucinaciones

En el contexto del consumo de alcohol, pueden ocurrir alucinaciones durante la intoxicación o la abstinencia por alcohol. Aunque las alucinaciones relacionadas con el alcohol no están asociadas con una incidencia familiar elevada de esquizofrenia, podría convertirse en una enfermedad psicótica en el 5% de los casos. Incluyen alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, y olfatorias, en orden de frecuencia (12).

Depresión

La literatura actual sugiere un vínculo causal entre los trastornos por consumo de alcohol y la depresión mayor, de modo que una mayor implicación con el alcohol aumenta el riesgo de depresión. Se han establecido modelos que expliquen esta conducta, entre ellos, factores genéticos (alteraciones en el receptor M2 de acetilcolina), y factores metabólicos, como la relación entre la exposición de alcohol

y la disminución de la producción de la enzima metilenoetrahidrofolato reductasa, importante en el metabolismo de ácido fólico (13).

Neurodegeneración

Entre los síndromes que pueden generar el abuso de alcohol, se encuentra el Wernicke-Korsakoff. La encefalopatía de Wernicke es un trastorno neuropsiquiátrico precipitado por la deficiencia de tiamina, asociada a la desnutrición asociada con el alcoholismo, que involucra oftalmoplejía, ataxia y confusión mental (14). Puede presentarse tanto en alcohólicos como de pacientes con problemas nutricionales por deficiencia o enfermedades concomitantes (15).

El síndrome de Korsakoff afecta la memoria de trabajo del paciente y la capacidad de consolidar recuerdos de corto y largo plazo debido a lesiones en el circuito de diencefalo-hipocampo. Se describe que cambios cognitivos y conductuales concurrentes. Todavía no está claro si, en ausencia de trastorno por consumo de alcohol, los pacientes pueden presentar el síndrome de Korsakoff (14).

Demencia

La "demencia alcohólica", o "demencia relacionada con el alcohol", generalmente ocurre en ausencia de déficits nutricionales u otras formas de daño cerebral como causadas, por ejemplo, por trauma cerebral e insuficiencia hepática. En estos casos, presumiblemente está implicado un efecto neurotóxico directo del alcohol(16).

La atrofia cerebral en el alcoholismo crónico está bien descrita. Se cree que los lóbulos frontales son particularmente vulnerables. Los estudios de resonancia magnética también han reportado atrofia cortical generalizada, que puede afectar particularmente los lóbulos frontales. El hipocampo se ve constantemente afectado en individuos con alcoholismo crónico. La atrofia del cuerpo mamilar y los núcleos talámicos es casi universal en el alcoholismo crónico (17).

La presencia de consumo de alcohol prolongado y anormal y la persistencia de los síntomas durante más de tres semanas después de la abstinencia de alcohol son necesarios para el diagnóstico de demencia alcohólica. En su mayoría, los pacientes desarrollan un deterioro cognitivo multidominio gradualmente progresivo, mientras que en raras ocasiones la demencia es una evolución del síndrome de Wernicke-Korsakoff. (16).

Densidad mineral

Se ha descrito el alcohol como un factor de riesgo de osteoporosis, y hay estudios que demuestran que el consumo excesivo de alcohol puede estar asociado con una densitometría ósea con scores más bajo en los hombres (18). Además, un metanálisis realizado por Cheraghi et al. demostró que el consumir 1-2 bebidas alcohólicas por día aumenta el riesgo 1.34 veces de desarrollar osteoporosis y consumir dos bebidas o más por día lo aumenta 1.63 veces (19). Se propone que la alcohol deshidrogenasa 3 contribuye al desarrollo de osteoporosis alcohólica al participar en el metabolismo del alcohol, aumentar la toxicidad metabólica y disminuir la actividad reductora de S-nitrosoglutatión (20).

Cardiovascular

Beber en exceso es un factor de riesgo de enfermedad coronaria e hipertensión (21). Sin embargo, la ingesta de cantidades de consumo de alcohol pequeñas a moderadas se ha asociado a la protección cardiovascular (22). Sin embargo, en adultos mayores, el consumo excesivo puede acarrear mayores problemas que beneficios, por ejemplo, existe una estrecha relación del alto consumo y su abstinencia con enfermedad coronaria (23), ya que primero ejerce un efecto aparentemente positivo, seguido de un impacto negativo (es decir, es bifásico) en el sistema generador de óxido nítrico endotelial. El endotelio es un regulador clave de la función vascular. (24).

Además, cualquier cantidad de consumo de alcohol se asoció con un aumento en el riesgo de hipertensión en los hombres (25). Por último, se han realizado varios metaanálisis para determinar la relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca, y uno que se realizó en adultos mayores demostró que el consumo excesivo de alcohol se asocia con un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca en hombres vulnerables con isquemia miocárdica subyacente (26).

Gastrointestinal

Se reporta que el consumo de más de 28 g / día de etanol (dos bebidas estándar), se asocia con un mayor riesgo de cáncer colorrectal en pacientes con predisposición genética (27). Además, el alcoholismo continúa siendo el factor de riesgo más importante para la pancreatitis crónica (28).

El consumo de alcohol se asocia también con un mayor riesgo de sangrado digestivo superior mayor y potenciar el riesgo de sangrado asociado a AINES (29). Por último, exista una relación con enfermedades hepáticas y un peor pronóstico en pacientes cirróticos, ya que aumenta el riesgo de infección y muerte (30).

TRATAMIENTO

Manejo integral en el adulto mayor

El abordaje integral del adulto mayor se basa en su estado funcional como primera interrogante al momento de la evaluación; pacientes con desordenes por consumo de alcohol suelen tener alteraciones de su estado funcional. A diferencia de la medicina practicada en otros grupos etarios es de suma importancia en adultos mayores una evaluación que involucre distintas aristas entre las cuales destacan; el estado cognitivo, historial patológico, factores psicosociales, factores ambientales, estado económico, nutrición, actividad física y su espiritualidad. Además de abordar el proceso agudo por el uso de alcohol es importante durante la intervención abordar todas las aristas

para poder tener una mayor posibilidad de éxito terapéutico y un mejor conocimiento del paciente. (31)

Manejo de intoxicación con alcohol

Las intoxicaciones se pueden dividir según la concentración sérica de etanol, en leve, moderada y severa. En la intoxicación leve (< 100 mg/dL) se les brinda manejo de soporte. En la intoxicación moderada (100-300 mg/dL) se requiere hidratación IV y corrección del estado hidroelectrolítico. Y en la intoxicación severa (> 300 mg/dL) se requieren de monitorización constante de signos vitales, terapia agresiva de reposición de fluidos, uso de tiamina acompañado de glucosa para prevenir la encefalopatía de Wernicke, manejo del desbalance hidroelectrolítico, control de la glicemia y de la temperatura corporal. Además se requiere un examen físico exhaustivo en busca de estigmas de algún trauma que requiera la toma de radiografías o tomografía axial computarizada. Algunos pacientes durante el periodo de intoxicación se presentan con cuadros de agitación psicomotriz o estados de agresividad, el manejo de estas manifestaciones es suma importancia, ya que pone en peligro al personal de salud así como a la población en general, por lo que se cuentan con dos pilares fundamentales para el manejo de los síntomas (32):

- El uso de benzodiazepinas, así como antipsicóticos típicos, como el haloperidol, se utilizan para generar sedación sobre el paciente, es importante monitorizar muy de cerca los signos vitales ya que ambas sustancias en conjunto con el alcohol generan depresión respiratoria. Las benzodiazepinas son más efectivas reduciendo los cuadros de delirium y morbi-mortalidad del cuadro agudo con respecto a los antipsicóticos (33,34). En su defecto se pueden utilizar antipsicóticos atípicos como la respiridona a dosis bajas cuando es necesario sedar al paciente (35)

- El uso de medidas mecánicas de restricción se reservan si la terapia farmacológica no ha alcanzado los objetivos y si el paciente aún persiste siendo un riesgo para el mismo o para los que se encuentran alrededor (36).

Manejo del síndrome de abstinencia

El tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia cuenta con evidencia científica en términos de corrección de la sintomatología, así como prevención del desarrollo de convulsiones y cuadros de delirium (36–38). Para el síndrome de abstinencia se utiliza terapia intravenosa, corrección del desorden hidroelectrolítico, aplicación de tiamina, glucosa y ácido fólico (39).

Como fármaco principal se encuentran las benzodiazepinas, las cuales han demostrado la mayor eficacia en el control de la agitación psicomotriz, prevención de las convulsiones o tratamiento de las mismas y evitar la progresión a delirium tremens (37). En términos generales se prefiere la utilización de benzodiazepinas de larga duración, las cuales han mostrado una mejoría en la prevención de crisis convulsivas, además de mejoría de los síntomas. Sin embargo, en la tercera edad, por las complicaciones hepáticas subyacentes y el riesgo de sobredosis es preferible las benzodiazepinas de corta duración. La benzodiazepina por excelencia de larga acción es el diazepam y el clordiazepóxido: y de corta acción el lorazepam y la alprazolam (33).

Existen dos esquemas de tratamiento con benzodiazepinas. En el esquema fijo se administra con un intervalo fijo durante 4 a 7 días y posteriormente se realiza una reducción del 25% diario según control de síntomas. Es importante realizar una monitorización continua para valorar necesidad de dosis adicionales, tomando en cuenta que como principal efecto adverso se encuentra la sedación excesiva. El esquema con dosis de carga es utilizado con benzodiazepinas de larga acción; consiste en una

administración de dosis altas hasta el control de los síntomas o hasta alcanzar una sedación excesiva. Este método ha disminuido el tiempo de tratamiento; además ha sido eficaz en el tratamiento del delirium tremens. (36):

En pacientes con convulsiones refractarias al uso de benzodiacepinas, se recomienda utilizar anticonvulsivantes como la carbamazepina, aunque no se ha logrado determinar que prevenga la aparición de delirium tremens (38).

Los neurolépticos, como haloperidol y fenotiazinas, pueden contribuir al control de la sintomatología en un síndrome de abstinencia incluidos los síntomas de agitación; pero son menos eficaces en comparación con las benzodiacepinas en la prevención del delirium tremens y de las crisis convulsivas; en realidad disminuyen el umbral convulsivo por lo que no se recomiendan como monoterapia. En la actualidad se recomienda como última opción combinado con benzodiacepinas en pacientes con alucinaciones o una agitación importante (36).

Manejo del abuso de sustancia y proceso de recuperación

El tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de alcohol debe de ser un abordaje integral, el cual se centra en terapia psicosocial, la cual puede ser brindada en privado por un profesional en el ámbito o puede ser basada en grupos de ayuda como alcohólicos Anónimos (37).

En Costa Rica, solo existe un centro de internamiento acreditado por el IAFA, específico para personas mayores de 65 años: Centro Albergue para Adulto Mayor de Tirrases, que es principalmente para personas en situación de calle o de extrema vulnerabilidad. Por otra parte El Hogar Salvando al Alcohólico (HSA) de Desamparados, Coronado y de Curriabat interna a pacientes adultos mayores si están en condiciones de valerse por sí mismos. HSA es una modalidad de internamiento breve de 15 días, principalmente basada en

el programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos, de bajo costo.

A nivel farmacológico existen algunas terapias aprobadas por la FDA, entre las que se encuentra la Naltrexona, que es el agente de primera línea, es un antagonista no selectivo de los opioides, el cual ha demostrado reducir las ansias de ingerir alcohol (40). El Acamprosato es un bloqueador a nivel central de los receptores de glutamato y un agonista de los receptores GABA, por lo que reduce las ansias por ingerir alcohol (41). Y el Disulfiram, es un fármaco que inhibe la enzima acetaldéhidó deshidrogenasa lo que genera un acumulo de acetaldéhidó y con esto genera sintomatología aguda con consumos bajos de etanol. Entre las manifestaciones que provoca se encuentran: mareos, sudoración, vómitos, vértigo, debilidad (36).

Pacientes con uso crónico de alcohol van a requerir suplementación vitamínica con vitamina B1 -tiamina-, vitamina B6 -piridoxina- y vitamina B12 -cobalamina-, así como ácido fólico (36).

LECCIONES

La intoxicación por el uso de alcohol y el alcoholismo son condiciones sumamente dañinas para la población. La población adulta mayor constituye un grupo etario con alto riesgo de abuso de consumo de alcohol en Costa Rica, su abordaje integral puede significar un abordaje eficaz en estos pacientes. El alcoholismo tiene múltiples consecuencias tanto orgánicas como psicosociales por lo que es importante abordar esta condición de forma adecuada. Existe un déficit de centros de tratamiento de alcoholismo específicos para este grupo etario.

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roth GA, Abate D, Hassen Abate K, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 GBD 2017 Causes of Death Collaborators* [Internet]. 2018 [citado 25 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://vizhub.health>
2. Juričková L, Ivanová K, Dobiáš M, Andrášik R, Ondra P. Manner of death of older people with regard to blood alcohol concentration. *Cent Eur J Public Health* [Internet]. 30 de diciembre de 2017 [citado 25 de febrero de 2020];25(4):266-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29346847>
3. Chan KK, Neighbors C, Gilson M, Larimer ME, Alan Marlatt G. Epidemiological trends in drinking by age and gender: Providing normative feedback to adults. *Addict Behav*. 2007;32(5):967-76.
4. Hashimoto M, Watanabe M, Uematsu Y, Hattori S, Miyai N, Utsumi M, et al. Relationships of alcohol dehydrogenase 1B (ADH1B) and aldehyde dehydrogenase 2 (ALDH2) genotypes with alcohol sensitivity, drinking behavior and problem drinking in Japanese older men. *Environ Health Prev Med*. 1 de mayo de 2016;21(3):138-48.
5. Vanschoenbeek GM, Hautekiet T, Calle S, Cornelis C, François H, Hautekiet A, et al. Alcohol-related emergency department admissions in an elderly population. *Acta Clin Belgica Int J Clin Lab Med*. 4 de mayo de 2019;74(3):194-9.
6. Bye EK, Rossow I. Concomitant alcohol and sedative-hypnotic drug use among the elderly in Norway. *NAD Nord Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 17 de febrero de 2017 [citado 25 de febrero de 2020];34(1):18-27. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1455072516683896>
7. Sandi L. Detección temprana de consumo problemático de alcohol: validación del MAST y del CAGE para Costa Rica. *Rev ciencias Soc* [Internet]. 1997 [citado 29 de febrero de 2020];77(77):35-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4585296>
8. Lal R, Pattanayak R. Alcohol use among the elderly: Issues and considerations. *J Geriatr Ment Heal* [Internet]. 2017 [citado 26 de febrero de 2020];4(1):4. Disponible en: <http://www.jgmh.org/text.asp?2017/4/1/4/208604>
9. IAFA. VI Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en Costa Rica 2015 [Internet]. 2018. 1-177 p. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/investigaciones/Encuesta--Nacional-de-Drogas-2015.pdf>
10. Grant JE, Chamberlain SR. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. Vol. 21, *CNS Spectrums*. Cambridge University Press; 2016. p. 300-3.
11. del Barrio V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. En: *Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set*. 2004. p. 607-14.
12. Stephane M, Arnaout B, Yoon G. Alcohol withdrawal hallucinations in the general population, an epidemiological study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018;262:129-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.021>
13. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. Vol. 106, *Addiction*. 2011. p. 906-14.
14. Chandrakumar A, Bhardwaj A, T'Jong GW. Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakoff psychosis. *J Basic Clin Physiol Pharmacol*. 2019;30(2):153-62.
15. Scalzo SJ, Bowden SC, Ambrose ML, Whelan G, Cook MJ. Wernicke-Korsakoff syndrome not related to alcohol use: A systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1 de diciembre de 2015;86(12):1362-8.
16. Sinforiani E, Zucchella C, Pasotti C, Casoni F, Bini P, Costa A. The effects of alcohol on cognition in the elderly: From protection to neurodegeneration. *Funct Neurol*. abril de 2011;26(2):103-6.
17. Topiwala A, Ebmeier KP. Effects of drinking on late-life brain and cognition. *Evid Based Ment Health*. 1 de febrero de 2018;21(1):12-5.
18. Cho Y, Choi S, Kim K, Lee G, Park SM. Association between alcohol consumption and bone mineral density in elderly Korean men and women. *Arch Osteoporos*. 1 de diciembre de 2018;13(1).
19. Cheraghi Z, Doosti-Irani A, Almasi-Hashiani A, Baigi V, Mansournia N, Etrinan M, et al. The effect of alcohol on osteoporosis: A systematic review and meta-analysis. Vol. 197, *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 197-202.
20. Okuda T, Naruo M, Iijima O, Igarashi T, Katsuyama M, Maruyama M, et al. The contribution of alcohol dehydrogenase 3 to the development of alcoholic osteoporosis in mice. *J Nippon Med Sch*. 2018;85(6):322-9.
21. Li Z, Bai Y, Guo X, Zheng L, Sun Y, Roselle AM. Alcohol consumption and cardiovascular diseases in rural China. *Int J Cardiol*. 15 de julio de 2016;215:257-62.
22. Chagas P, Mazocco L, Piccoli J da CE, Ardenghi TM, Badimon L, Caramori PRA, et al. Association of alcohol consumption with coronary artery disease severity. *Clin Nutr*. 1 de agosto de 2017;36(4):1036-9.
23. O'Neill D, Britton A, Hannah MK, Goldberg M, Kuh D, Khaw KT, et al. Association of longitudinal alcohol consumption trajectories with coronary heart disease: A meta-analysis of six cohort studies using individual participant data. *BMC Med*. 22 de agosto de 2018;16(1).
24. Ras RT, Streppel MT, Draijer R, Zock PL. Flow-mediated dilation and cardiovascular risk prediction: A systematic review with meta-analysis. *Int J Cardiol*. 20 de septiembre de 2013;168(1):344-51.
25. Roerecke M, Tobe SW, Kaczorowski J, Bacon SL, Vafaei A, Hasan OSM, et al. Sex-specific associations between alcohol consumption and incidence of hypertension: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. Vol. 7, *Journal of the American Heart Association*. American Heart Association Inc.; 2018.

26. Wannamethee SG, Whincup PH, Lennon L, Papacosta O, Shaper AG. Alcohol consumption and risk of incident heart failure in older men: a prospective cohort study. *Open Hear.* agosto de 2015;2(1):e000266.
27. Ghazaleh Dashti S, Buchanan DD, Jayasekara H, Ouakrim DA, Clendenning M, Rosty C, et al. Alcohol consumption and the risk of colorectal cancer for mismatch repair gene mutation carriers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1 de marzo de 2017;26(3):366-75.
28. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology.* 2013;144(6):1252-61.
29. Strate LL, Singh P, Boylan MR, Piawah S, Cao Y, Chan AT. A prospective study of alcohol consumption and smoking and the risk of major gastrointestinal bleeding in men. *PLoS One.* 1 de noviembre de 2016;11(11).
30. Dos Santos SGR, Mattos AA, Guimarães MM, Boger BDS, Coral GP. Alcohol consumption influences clinical outcome in patients admitted to a referral center for liver disease. *Ann Hepatol.* 1 de mayo de 2018;17(3):470-5.
31. Reuben DB, Rosen S, Schickedanz HB. Principles of Geriatric Assessment. En: Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S, Supiano MA, et al., editores. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 7e* [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2017. Disponible en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1136586618>
32. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G, et al. Acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2008;19(8):561-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2007.06.033>
33. Nobay F, Simon BC, Levitt MA, Dresden GM. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. *Acad Emerg Med.* 2004;11(7):744-9.
34. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(3).
35. Pepa PA, Lee KC, Huynh HE, Wilson MP. Safety of Risperidone for Acute Agitation and Alcohol Intoxication in emergency Department Patients. *J Emerg Med.* 1 de octubre de 2017;53(4):530-5.
36. Monte Secades R, Rabuñal Rey R. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2a edición. *Galicia Clínica.* 2011;72(2):51-64.
37. Rehm J, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Gual A. Consumo de alcohol, dependencia alcohólica, trastornos relacionados con el alcohol en España. Impacto de los tratamientos de la dependencia alcohólica. *Adicciones.* 2013;25(1):11-8.
38. Barrons R, Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther.* 2010;35(2):153-67.
39. Schmidt KJ, Doshi MR, Holzhausen JM, Natavio A, Cadiz M, Winegardner JE. Treatment of Severe Alcohol Withdrawal. *Ann Pharmacother.* 2016;50(5):389-401.
40. Guardia J. Cambio de paradigma en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *Adicciones.* 2011;23(4):299-316.
41. Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: When are these medications most helpful? *Addiction.* 2013;108(2):275-93.

Correspondencia:

Luis Armando Solano Sandí

Email: luisarmandoss93@gmail.com

