

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS DE LA REGIÓN CAPITAL, VENEZUELA. RESULTADOS PRELIMINARES DEL EVESCAM

Rocío Iglesias-Fortes¹, Leidy De Jesus-Henriques¹, Diana De Oliveira-Gomes¹, Katherine A. Rosales-Pereira¹, Erik L Dávila A^{1,2}, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁵, María Inés Marulanda⁶, Ramfis Nieto-Martínez⁷

¹Escuela de Medicina "Luis Razetti". Universidad Central de Venezuela (UCV), Caracas, Venezuela. ²Servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. ³Departamento de Medicina Preventiva y Social. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto. ⁴Departamento de Medicina Interna, Clínica El Ávila, Caracas, Venezuela. ⁵Clínica de Estudios Cardiometaabólicos los Andes, Mérida, Venezuela. ⁶Endocrinos Asociados de Florida, Departamento de Investigación, Orlando, Florida, USA. ⁷South Florida Veterans Affairs Foundation for Research & Education, Miami VA, Health Care System. GRECC, USA.

Rev Venez Endocrinol Metab 2019;17(3): 103-110

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia del consumo de alcohol en la región Capital, Venezuela, evaluada en el Estudio Venezolano de Salud Cardiometaabólica (EVESCAM).

Métodos: Estudio poblacional, observacional, transversal de muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados. Se evaluaron 7 comunidades de la Región Capital desde julio de 2015 hasta enero de 2016: El Retiro (n=50); Miranda, Municipio de Chacao: Casco Central (n=104) y Bello Campo (n=56); Los Teques: La Cima (n=39); Guatire: Centro (n=56), Castillejo (n=48) y La Candelaria(n=63); para un total de 416 sujetos desde los 20 años de edad. El consumo de alcohol fue definido según la clasificación de la OMS en abstemios (cero raciones en el último mes), bebedor ligero (desde 1 ración por mes hasta 4 raciones semanales), bebedor moderado (5 o más raciones semanales hasta 1 ración diaria) y bebedor pesado (2 o más raciones diarias).

Resultados: La prevalencia del consumo de alcohol en el último mes fue de 42,7%; en hombres 60,7% y en mujeres 34,9% (p< 0,001). La prevalencia más elevada fue de bebedores ligeros, 36,3%, seguidos de bebedores moderados 5,4% y bebedores pesados 1,0%. El consumo de alcohol se redujo con la edad y aumentó a mayor nivel educativo y estrato social (p< 0,05).

Conclusión: Cuatro de cada 10 adultos de la región Capital de Venezuela reportó consumo de alcohol durante el último mes, principalmente consumo ligero

Palabras Clave: Alcohol; prevalencia; Venezuela.

PREVALENCE OF ALCOHOL CONSUMPTION IN ADULTS OF THE CAPITAL REGION, VENEZUELA. PRELIMINARY RESULTS EVESCAM STUDY

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of alcohol use in adults from the Capital region of Venezuela, evaluated in the Cardio-Metabolic Health Venezuelan Study (EVESCAM).

Artículo recibido en: Enero 2019. Aceptado para publicación en: Septiembre 2019

Dirigir correspondencia a: Rocío Iglesias Fortes. Email: rocioiglefort@gmail.com

Methods: A population based, observational, cross-sectional, and cluster sampling study was designed. Seven communities from the Capital Region were evaluated from July 2015 to January 2016: El Retiro (n=50); Miranda, Chacao: Casco Central (n=104) and Bello Campo (n=56); Los Teques: La Cima (n=39); Guatire: Centro (56), Castillejo (n=48) and LaCandelaria (n=63), for a total of 416 subjects from 20 years old. Alcohol consumption was defined according to the World Health Organization as abstainers (zero rations in the last month), light drinkers (from 1 ration per month to 4 rations per week), moderate drinkers (5 or more rations per week up to 1 daily ration) and heavy drinkers (2 or more rations per day).

Results: The prevalence of alcohol consumption in the last month was 42.7%; in men 60.7% and in women 34.9% ($p < 0.001$). The highest prevalence was of light drinkers, 36.3%, followed by moderate drinkers 5.4% and heavy drinkers 1.0%. Alcohol consumption decreased with age and increased with a higher academic degree and social economic stratum ($p < 0.05$).

Conclusion: Four out of 10 adults in the Capital Region of Venezuela reported alcohol consumption during the last month, mainly light consumption.

Keywords: Alcohol; prevalence; Venezuela

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol fue el primer factor de riesgo de Años de Vida Ajustados por Discapacidad y Muerte (DALYs - disability-adjusted-life-years) entre los 15 y 49 años de edad y el séptimo en aquellos con 50 o más años, en 2016¹. En el primer grupo etario, las principales causas de DALYs fueron tuberculosis, lesiones viales y autolesiones; en el segundo grupo etario, la principal causa fue cáncer¹. América es la segunda región en el mundo con mayor consumo de alcohol per cápita, en ella Venezuela ocupó la séptima posición².

Dos estudios han reportado la prevalencia de consumo de alcohol en poblaciones de la región Capital, 86,1% en el municipio Baruta en 2007 y 65% en hombres y 35% en mujeres en el municipio Sucre en 2013^{3,4}. Acorde a nuestro conocimiento, ningún estudio previo ha reportado la prevalencia de consumo de alcohol en una muestra representativa de la región Capital, por ende, el objetivo de este reporte fue presentar la prevalencia de consumo de alcohol en la región por edad, sexo y localidades evaluadas como parte del Estudio Venezolano de Salud Cardio-Metabólica (EVESCAM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población

El diseño, muestreo e implementación del estudio han sido descritos previamente^{5,6}. Brevemente, el EVESCAM fue un estudio poblacional, observacional, transversal y de muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados, diseñado para evaluar la salud cardiometabólica de sujetos seleccionados de ≥ 20 años entre julio de 2014 y enero de 2017. El tamaño mínimo de la muestra se calculó utilizando la fórmula de muestreo aleatorio para grandes poblaciones, considerando una muestra suficiente para detectar la condición menos prevalente en Venezuela (prevalencia de diabetes 7,7%)⁷. Se estableció un nivel de confianza del 95%, un error máximo admisible de 1,55% y se determinó que el número mínimo de sujetos que debían ser evaluados era de 2.940. Se reclutaron 4.454 sujetos en el país, de los cuales se evaluaron 3.420, tasa de respuesta de 77,3%. Cada ciudad fue estratificada por los municipios, seleccionando al azar dos municipios por ciudad, dos parroquias de cada municipio y dos localidades de cada parroquia, representando esto el conglomerado o grupo, luego se seleccionaron las casas de manera aleatoria. En

la región Capital se evaluaron 7 comunidades desde julio de 2015 hasta enero de 2016: El Retiro (n=50); Miranda- municipio de Chacao: Casco Central (n=104) y Bello Campo (n=56); Los Teques: La Cima (n=39); Guatire: Centro (n=56), Castillejo (n=48) y La Candelaria (n=63); para un total de 416 sujetos (Tasa de respuesta en la región capital: 71,4%). Se incluyeron personas mayores de 20 años que habitaban en las casas seleccionadas. Fueron excluidos los sujetos con incapacidad para mantenerse de pie o comunicarse verbalmente, mujeres embarazadas y aquellos que se negaron a participar en el estudio al no firmar el consentimiento informado. El protocolo de estudio fue diseñado acorde con la declaración de Helsinki y aprobado por el Comité Nacional de Bioética (CENABI) de Venezuela. El presente reporte está presentado acorde a las recomendaciones STROBE (The Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology)⁸.

Universo y muestra

Durante la visita de reclutamiento a las casas seleccionadas se realizó la invitación a los participantes a una evaluación en un centro de campo, se informó sobre el estudio, se entregó y explicó el consentimiento informado, se tomaron datos de identificación, uso de servicios de salud, nivel académico y el cuestionario de estrato social. Todos los sujetos fueron evaluados por personal entrenado y certificado acorde a un protocolo estándar. Durante la evaluación se completaron los datos generales y cuestionarios: psicológico, actividad física, insuficiencia cardiaca, frecuencia de alimentos y adherencia a la dieta mediterránea.

Definición de variables

El consumo de alcohol fue medido con el cuestionario de frecuencia de alimentos, en el cual se interrogó la frecuencia de consumo de alcohol durante el último mes y luego se determinó la cantidad de raciones consumidas. Una ración fue definida como un trago “estándar” que contiene aproximadamente 14 gramos de alcohol puro, lo que representa: una (1) ración de cerveza (360 cc); una (1) ración de vino (100 cc); una (1) ración de

brandy, whisky, anís, vodka, tequila y ron (50 cc). Para categorizar el consumo de alcohol se utilizó la clasificación de la Organización Mundial de la Salud⁹ ajustada al formato de preguntas utilizado en el estudio: abstemios: cero raciones de alcohol el último mes; bebedor ligero: desde 1 ración por mes hasta 4 raciones semanales; bebedor moderado: 5 o más raciones semanales hasta 1 ración diaria; bebedor pesado: 2 o más raciones diarias. Se obtuvo el status socioeconómico familiar mediante el Método Graffar modificado por Méndez-Castellano^{5,6}.

Análisis de datos

Todos los datos fueron calculados usando el programa SPSS 20 (IBM; corp. Released 2011. Armonk, NY: USA). Todas las variables continuas fueron inicialmente analizadas con el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Las variables fueron presentadas como medias \pm error estándar de la media y sus diferencias se evaluaron utilizando t de Student. Las prevalencias fueron mostradas como porcentaje. El test de Chi-cuadrado fue utilizado para establecer la asociación entre las variables categóricas. Debido a que el porcentaje de valores perdidos fue menor al 1% se realizó el análisis sin ningún ajuste o evaluación para estos datos. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Características generales

La edad promedio fue $53,5 \pm 0,82$ años, un 69,9% fueron mujeres. Se observó que la instrucción secundaria fue la más frecuente (36,8%), seguido por la universitaria (34,4%). No hubo diferencia significativa entre géneros para edad ni grado de instrucción (Tabla I).

Prevalencia de consumo de alcohol por sexo y edad

La prevalencia del consumo de alcohol fue de 42,7%, siendo mayor el consumo de alcohol en el sexo masculino (60,7% vs 34,9%; $p < 0,001$)

Tabla I. Características de la población

	Masculino	Femenino	Total	p
Participantes n (%)	125 (30,1)	291 (69,9)	416 (100,0)	
Edad (años)	55,7 ± 1,56	52,5 ± 0,98	53,5 ± 0,82	0,075
Grado de instrucción (%)				0,337
Analfabeta	2,4	1,7	2,0	
Primaria	21,1	29,3	26,8	
Secundaria	41,5	34,8	36,8	
Universitario	35,0	34,1	34,4	

Los datos continuos se presentan como medias ± error estándar de la media y las proporciones como porcentaje. La t de Student se usó para la diferencia entre las medias y el Chi-cuadrado para las diferencias entre proporciones.

(Tabla II). La prevalencia de bebedores ligeros y moderados se redujo con la edad, a diferencia del comportamiento de los bebedores pesados quienes mostraron mayor prevalencia en el grupo etario de 45 – 69 años (1,4%).

Prevalencia del consumo de alcohol según estrato social

La prevalencia de consumo de alcohol varió acorde al estrato social. A mayor estrato social incrementa la prevalencia de consumo de alcohol, encontrándose 78% de bebedores ligeros en el estrato social I, por el contrario, en el estrato social más bajo (V) hay mayor prevalencia de abstemios 66,7% ($p < 0,001$) (Figura 1). La frecuencia de bebedores moderados fue similar en los estratos II y III (3,4% y 4,7% respectivamente). Los

bebedores moderados fueron más prevalentes en el estrato IV (8,7%).

Prevalencia del consumo de alcohol según nivel de instrucción

A mayor nivel de instrucción la prevalencia de consumo de alcohol aumenta, encontrándose en el nivel de instrucción universitario 49,6% de bebedores ligeros ($p < 0,001$) (Figura 2). Se evidenció una relación directamente proporcional entre el menor consumo de alcohol y el menor nivel educativo, con un 85,7% de abstemios en el nivel de instrucción analfabeta. La mayor prevalencia de bebedores moderados y pesados se encontró en el nivel de instrucción secundaria con 10,1% y 1,3% respectivamente.

Tabla II. Prevalencia del consumo de alcohol según sexo y grupo etario

Consumo de alcohol (%)	Sexo*		Edad*			Total
	Masculino	Femenino	20-44	45-69	≥70	
Abstemios	39,3	65,0	42,4	59,6	76,0	57,3
Bebedor ligero	45,1	32,5	50,4	34,1	18,6	36,3
Bebedor moderado	13,1	2,1	7,2	4,8	4,0	5,4
Bebedor pesado	2,5	0,3	0,0	1,4	1,3	1,0

Los datos son presentados en porcentajes y sus diferencias fueron evaluadas usando Chi-cuadrado.* $p < 0,001$.

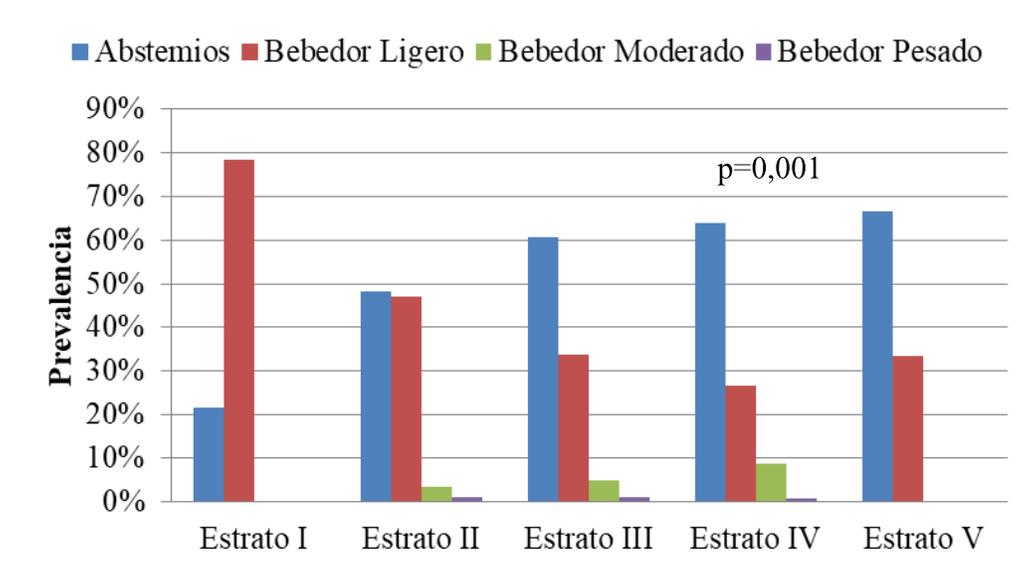


Figura 1. Prevalencia del consumo de alcohol según estrato social. I – Estrato más alto; V – Estrato más bajo (Pobreza extrema)

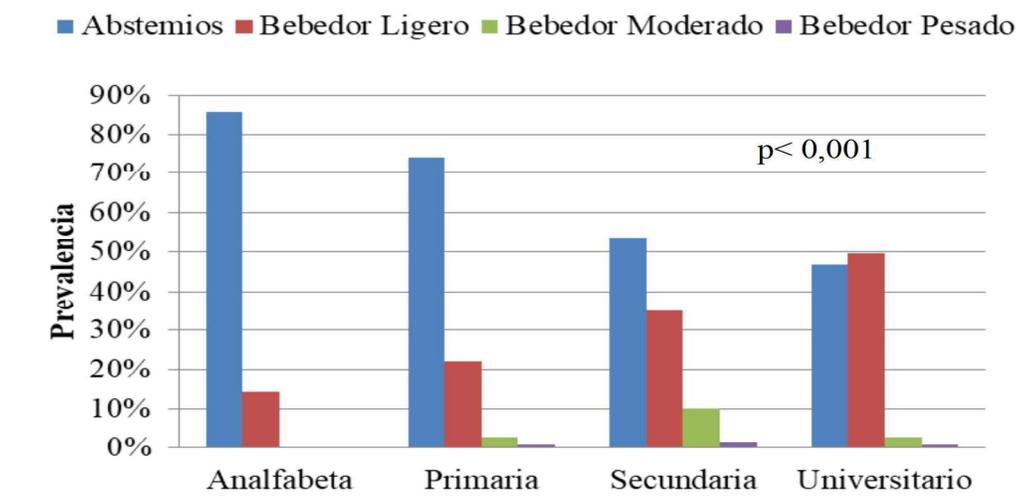


Figura 2. Prevalencia del consumo de alcohol según nivel de instrucción

Prevalencia del consumo de alcohol según grado de instrucción ajustado por edad

Hay mayor prevalencia de consumo de alcohol en el grupo etario de 20-44 años pertenecientes al nivel de instrucción universitario (61,1% de consumidores ligeros). La ingesta de alcohol disminuyó conforme aumentaba la edad

encontrándose un 100% de abstemios en el grupo etario de ≥ 70 años (Figura 3).

Prevalencia de consumo de alcohol según localidad evaluada

La mayor prevalencia de alcohol se encontró en las localidades urbanas. La mayoría de los

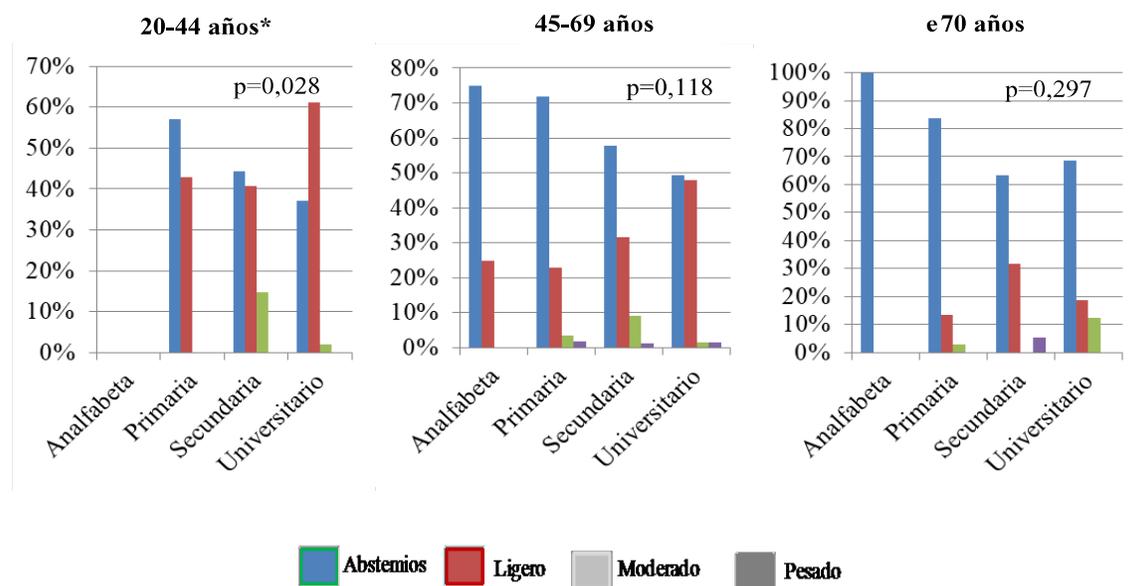


Figura 3. Prevalencia del consumo de alcohol según nivel de instrucción ajustado por edad

bebedores ligeros están en el casco central de Chacao (47,1%), los bebedores moderados en La Cima (10,3%), los bebedores pesados en el Retiro (4,2%) y los abstemios en Bello Campo con una prevalencia de 81,1% (Tabla III).

DISCUSIÓN

Un 42,7% de la población evaluada en la región Capital de Venezuela reportó consumo de alcohol en el último mes. El patrón de consumo ligero fue el más predominante. La prevalencia de consumo de alcohol fue mayor en hombres que en mujeres y se redujo con la edad, con el menor estrato social

y el menor nivel educativo. La población de Bello Campo fue la que tuvo menor consumo de alcohol y el Casco Central del municipio Chacao fue la de mayor consumo.

Al comparar nuestros resultados con los obtenidos en la encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud en el 2013, se observa que la prevalencia reportada de 52,2% es muy similar a la presentada en nuestro estudio¹⁰. La prevalencia del consumo de alcohol fue menor en comparación con la reportada en Baruta en el año 2007 (86,1%)³, pero similar a lo reportado en Sucre en el 2013 por sexo (en hombres: 65% Sucre y 60,7% EVESCAM Capital; en mujeres: 35,0% en ambos estudios)⁴.

Tabla III. Prevalencia del consumo de alcohol según localidad evaluada

Consumo de alcohol	Localidades evaluadas*							Total
	La Cima	Chacao-Centro	La Candelaria	Centro-Guatire	Castillejo	El Retiro	Bello Campo	
Abstemios	46,2	50,0	58,1	58,2	51,1	60,4	81,1	57,4
Bebedor ligero	43,6	47,1	33,9	34,5	44,7	29,2	13,2	36,3
Bebedor moderado	10,3	1,0	8,1	7,3	4,3	6,3	5,7	5,4
Bebedor pesado	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	1,0

Los datos son presentados en porcentajes y sus diferencias fueron evaluadas usando Chi-cuadrado.

*p=0,007

Esta diferencia pudiera justificarse en parte a los diferentes instrumentos utilizados entre los estudios para determinar la prevalencia del consumo de alcohol. En los estudios antes mencionados al igual que en nuestro trabajo la prevalencia de alcohol fue mayor en el sexo masculino^{4,3}. En cuanto al consumo de alcohol según los grupos etarios, en el municipio Sucre también se encontró mayor prevalencia en el grupo etario de 18 a 40 años⁴. El patrón de consumo de alcohol en relación con el estrato social mostró un comportamiento diferente a lo reportado previamente en Baruta y Sucre, en donde, la mayor prevalencia de consumo fue observada en los estratos sociales bajos, contrario a nuestro estudio. La elevada tasa de inflación en Venezuela pudiera explicar la menor prevalencia en estratos sociales bajos¹⁴.

El efecto tóxico del alcohol etílico depende de las dosis y de la predisposición genética del individuo. El alcohol en grandes cantidades en el organismo altera su metabolismo favoreciendo la acumulación de acetaldehído. Este causa la mayoría de las alteraciones ocasionadas por el alcohol etílico a nivel hepático^{15,16}, produce desequilibrio ácido-base que altera la respuesta inmune y favorece un estado proinflamatorio, conllevando a esteatosis hepática y posteriormente cirrosis biliar. Además, afecta la neurotransmisión a nivel del sistema nervioso central pudiendo ocasionar intoxicaciones agudas, dependencia y afectaciones crónicas del sistema nervioso^{15,16}. Por otra parte, el exceso en la ingesta de alcohol puede ocasionar violencia familiar, accidentes de tránsito y ausentismo laboral, trayendo esto consecuencias económicas a nivel personal y familiar¹⁷.

Las limitaciones del presente reporte abarcan la no determinación de los tipos de bebidas ingeridas, el grado de alcohol consumido, ni los episodios de intoxicación aguda. Dentro de las fortalezas está la representatividad de la muestra de toda la región.

En conclusión, en la región capital de Venezuela la mayor parte de la población se encuentra en el grupo de abstemios, seguido de bebedores ligeros, predominando el consumo de alcohol en edades de

20-44 años, en estratos sociales y nivel educativo altos y en el sexo masculino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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;392:1015-1035.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. *Bull World Health Organ.* 2014;392.
3. Simonovis N, Piras R, Delgado P, Pulido P, Llatas I. Salud y alcoholismo en la población del municipio Baruta: un estudio epidemiológico. *AVFT [Internet]* 2007 [accesado 14 Feb 2013];26:49-61. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642007000100010&lng=es&nrn=iso&tlng=es
4. Díaz Ramírez JL. Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en el municipio Sucre, estado Miranda, 2013. *CDC* 2015;32:111-132.
5. Nieto-Martínez R, Marulanda MI, González-Rivas JP, Ugel E, Durán M, Barengo N, Aschner P, Patiño M, López Gómez L, Monsalve P, Marcano H, Florez H. Cardio-Metabolic Health Venezuelan Study (EVESCAM): Design and Implementation. *Invest Clin* 2017;58:056-069.
6. Nieto-Martínez R, Marulanda MI, Ugel E, Duran M, González-Rivas J, Patiño M, López Gómez L, Monsalve P, Marcano H, Barengo N, Aschner P, Florez H. Venezuelan Study of Cardio-metabolic Health (EVESCAM): General Description and Sampling. *Med Interna* 2015;31:102-111.
7. Nieto-Martínez R, Hamdy O, Marante D, Marulanda MI, Marchetti A, Hegazi RA, Mechanick JI. Transcultural diabetes nutrition algorithm (tDNA): Venezuelan application. *Nutrients* 2014;6:1333-1363.
8. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ* 2007;335:806-808.
9. Organización Mundial de la Salud. Guía Internacional para Vigilar el Consumo de Alcohol y sus Consecuencias Sanitarias. *Bull World Health Organ* 2000; 193.
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Substance Abuse and Mental

- Health Services Administration, 2014. Disponible en: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>.
11. Agoudavi K, Dalmay F, Legleyle S, Kumako K, Preux PM, Clément JP, Falissard B, Nubukpo P. Epidemiology of alcohol use in the general population of Togo. *Addict Behav Rep* 2015;2:1-5.
 12. Arévalo NM, Beltrán SD, Chavarro YL, Medina AL, Herazo E, Campo-Arias A. Prevalence of alcohol problem drinking among the indigenous population in Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 2013;42:320-323.
 13. Asiki G, Baisley K, Kamali A, Kaleebu P, Seeley J, Newton R. A prospective study of trends in consumption of cigarettes and alcohol among adults in a rural Ugandan population cohort, 1994-2011. *Trop Med Int Health* 2015;20:527-536.
 14. Bloomberg Markets. IMF Projects Venezuela Inflation Will Soar to 13,000 Percent in 2018. Accesado en 29 Enero 2018. Disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-01-25/imf-sees-venezuela-inflation-soaring-to-13-000-percent-in-2018>.
 15. Rodríguez García FD, Sanchez Ruiz ML, Bisquerra Alzina R. Consumo de alcohol en la adolescencia: Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud Ment* 2014;37:255-260.
 16. Pérez Carreras M, Castellano G. Hígado y Alcohol. *Asociación Española de Gastroenterología*. 2010:799-814.
 17. Herrera N, Reif B, Suárez A, Malo M, Castillo HA, Ayala A, Melkon R, Negrin S. El alcohol y las políticas públicas en Venezuela: dos estudios. *Organización Panamericana Salud*. 2009; 36-41.