



<https://www.revclinesp.es>

## IC-61. - MIOCARDIOPATÍA ALCOHÓLICA: REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA 2000-2012 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

*P. Segovia Alonso<sup>1</sup>, C. Herrera Flores<sup>2</sup>, R. Antúnez Conde<sup>2</sup>, C. Santos Jiménez<sup>2</sup>, R. Casín Bricio<sup>2</sup>, T. González Sánchez<sup>3</sup>, M. Marcos Martín<sup>1</sup>, F. Laso Guzmán<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. <sup>2</sup>Grado de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Cabueñas. Gijón (Asturias).

### Resumen

**Objetivos:** El propósito de este trabajo fue estudiar las características de los pacientes atendidos por miocardiopatía alcohólica en el Hospital Universitario de Salamanca (HUS).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el HUS con miocardiopatía alcohólica como primer diagnóstico principal (CIE 9: 142.9), durante el período 2000-2012; los datos fueron obtenidos a través del registro del Servicio de Admisión y Documentación de dicho centro.

**Resultados:** Se identificaron 30 pacientes con miocardiopatía alcohólica, con una edad media de 55,83 años (desviación estándar [DE] = 10,20), 29 de ellos varones. La mayoría ingresó en el Servicio de Cardiología (23 pacientes, 76,67%). El motivo de ingreso más frecuente fue la realización de procedimientos cardíacos (11 pacientes, 36,70%), seguido de la insuficiencia cardíaca (10 pacientes, 33,33%). Durante un seguimiento de 13 años, se registraron 5 fallecimientos (16,67%). La estancia hospitalaria media fue de 9,27 (7,69) días. 20 pacientes reingresaron durante el seguimiento, con un total de 47 reingresos, de los que 11 fueron debidos a la propia miocardiopatía. En 8 pacientes (26,67%) fue necesario colocar un dispositivo automático implantable (DAI). La arritmia más frecuentemente encontrada en el ECG fue la fibrilación auricular (8 casos, 26,67%). En 8 pacientes (26,67%) se objetivaron signos electrocardiográficos de hipertrofia ventricular. Respecto a comorbilidades asociadas, destacaba la cardiopatía isquémica (5 pacientes, 16,67%). En el momento del ingreso, 10 pacientes (33,33%) presentaba algún tipo de alteración de las pruebas de función hepática. El ecocardiograma reveló en la mayoría de los casos una disfunción ventricular izquierda (27 pacientes, 93,10%), con un promedio de fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 38,90% (14,56%), o una dilatación del ventrículo izquierdo (23 pacientes, 79,31%), con un volumen telediastólico promedio de 167,65 (83,35) cm<sup>3</sup>. El consumo de alcohol se cuantificó en 19 de los 24 pacientes (80%), que presentaban una ingesta activa de alcohol al ingreso hospitalario, equivalente a un consumo enólico medio de 56,53 (33,32) unidades de bebida estándar/semana. En 4 pacientes, la cuantificación fue cualitativa, y en un caso no se determinó el consumo de alcohol. Sólo en 16 informes de alta se recomendó la abstinencia de alcohol como tratamiento básico y mantenido de la miocardiopatía alcohólica.

**Discusión:** La práctica totalidad de la serie estudiada eran varones (96,67%), reflejando la mayor prevalencia del consumo de alcohol en este grupo. El hallazgo más frecuentemente encontrado en la ecocardiografía fue la disfunción del ventrículo izquierdo (93,10%). La cuantificación de la ingesta de alcohol no fue la adecuada en todos los casos, y tampoco se indicó de forma constante la abstinencia de alcohol al alta, lo que indica una

sensibilización insuficiente al problema del consumo de alcohol, incluso en pacientes con daño orgánico asociado al mismo.

*Conclusiones:* Las características de los pacientes coinciden con las publicadas en la literatura médica. Es preciso mejorar el registro del consumo de alcohol, así como incidir en la abstinencia en grupos de riesgo.