

## **Contribución del consumo excesivo de alcohol a las muertes y a los años potenciales de vida perdidos en los Estados Unidos**

**Mandy Stahre, PhD, MPH; Jim Roeber, MSPH; Dafna Kanny, PhD; Robert D. Brewer, MD, MSPH; Xingyou Zhang, PhD**

*Citación sugerida para este artículo:* Stahre M, Roeber J, Kanny D, Brewer RD, Zhang X. Contribution of Excessive Alcohol Consumption to Deaths and Years of Potential Life Lost in the United States. *Prev Chronic Dis* 2014; 11:130293. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130293>.

### **RESUMEN**

#### **Introducción**

El consumo excesivo de alcohol es una causa principal de mortalidad prematura en los Estados Unidos. Los objetivos de este estudio fueron actualizar las estimaciones nacionales de las muertes atribuibles al alcohol (MAA) y los años potenciales de vida perdidos (APVP) en los Estados Unidos, calcular las tasas de MAA y APVP ajustadas por edad en los estados, evaluar la contribución de MAA y APVP a la cifra total de muertes y APVP entre adultos en edad laboral, y calcular la cantidad de muertes y APVP entre los jóvenes menores de menos de 21 años.

#### **Métodos**

Utilizamos la aplicación Impacto de las enfermedades relacionadas con el alcohol (*Alcohol-Related Disease Impact*) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para el periodo 2006-2010 a fin de calcular la cantidad total de MAA y APVP relacionados con 54 afecciones, por sexo y edad, en los Estados Unidos. Las tasas de MAA y de APVP y la proporción total de muertes atribuibles al consumo excesivo de alcohol entre adultos en edad laboral (20-64) se calcularon para los Estados Unidos y para cada uno de los estados.

#### **Resultados**

En los Estados Unidos, entre el 2006 y finales del 2010, se registró un promedio anual de 87 798 (27.9/100 000 habitantes) MAA y de 2.5 millones (831.6/100 000 habitantes) de APVP. Las tasas de MAA estatales ajustadas por edad oscilaron entre 51.2/100 000 en Nuevo México y 19.1/100 000 en Nueva Jersey. El 9.8 % de todas las muertes entre los adultos en edad laboral en los Estados Unidos durante este periodo fueron atribuibles al consumo excesivo de alcohol. Los adultos en edad laboral representaron el 69 % de todas las MAA.

#### **Conclusiones**

El consumo excesivo de alcohol representó 1 de cada 10 muertes entre adultos en edad laboral en los Estados Unidos. Las tasas de MAA varían de estado a estado, sin embargo, el consumo excesivo de alcohol sigue siendo una causa principal de mortalidad prematura en todo el país. Las estrategias recomendadas por el Grupo de Trabajo sobre Servicios de Prevención Comunitarios (*Community Preventive Services Task Force*) pueden ayudar a reducir el consumo excesivo de alcohol y sus efectos nocivos.

\*\*\*

#### **Introducción**

El consumo excesivo de alcohol constituye la cuarta causa principal prevenible de muerte en los Estados Unidos (1) y representó un costo de \$223 500 millones, o aproximadamente \$1.90 por trago, en el 2006 (2). El consumo excesivo de alcohol incluye la modalidad de ingesta de alcohol en exceso en un breve lapso conocida como *binge* ( $\geq 5$  tragos en una sola ocasión en los hombres, y  $\geq 4$  tragos en una sola ocasión en

las mujeres), el consumo de alcohol semanal en exceso ( $\geq 15$  tragos por semana en los hombres, y  $\geq 8$  en las mujeres) y cualquier cantidad de ingesta de alcohol por parte de mujeres embarazadas o aquellas que tengan menos de 21 años (2). La ingesta de alcohol en exceso en un breve lapso, la forma más común de consumo excesivo de alcohol, por lo general causa ebriedad aguda y es responsable de más de la mitad de las muertes y tres cuartos de los costos económicos asociados al consumo excesivo de alcohol. Este hábito también es responsable de muchos otros problemas sociales y de salud (3,4).

En el 2004, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) dieron a conocer una versión en línea de la aplicación Impacto de las enfermedades relacionadas con el alcohol (ARDI, por sus siglas en inglés) para permitir a las agencias de salud pública estatales y a otros usuarios a que evalúen las muertes y los años potenciales de vida perdidos (APVP) atribuibles al consumo excesivo de alcohol. Mediante la aplicación ARDI, los CDC calcularon que aproximadamente 75 000 muertes y 2.3 millones de APVP se debieron al consumo excesivo de alcohol en los Estados Unidos en el 2001 (5). Sin embargo, desde esa fecha, no se ha realizado ningún análisis integral de las muertes y de los APVP en los Estados Unidos a causa del consumo excesivo de alcohol. Más aún, la aplicación ARDI no proporciona tasas de mortalidad ni de APVP relacionadas con el consumo excesivo de alcohol. La evaluación de estas tasas es importante porque se sabe que la cantidad total de muertes atribuibles al alcohol (MAA) y los APVP varían considerablemente de estado a estado (6), al igual que la prevalencia y la intensidad del consumo de alcohol en exceso en un breve lapso (3). Finalmente, no se entiende bien de qué manera el consumo excesivo de alcohol contribuye a causar la muerte en los adultos en edad laboral (20-64 años) y en las personas de menos de 21 años, aun cuando sí se sabe que el consumo excesivo de alcohol es una causa fundamental de mortalidad prematura, que da como resultado una pérdida promedio de vida equivalente a 30 años por MAA (5).

Los objetivos de este estudio fueron actualizar las estimaciones nacionales anteriores de MAA y APVP en los Estados Unidos, calcular las tasas de MAA y APVP ajustadas por edad en los estados, evaluar la contribución de MAA y APVP a la cantidad total de muertes y los APVP entre adultos en edad laboral, y calcular la cantidad de muertes y de APVP que incluían específicamente a personas jóvenes de menos de 21 años.

## **Métodos**

Calculamos el promedio anual de muertes y los APVP atribuibles al consumo excesivo de alcohol entre 2006 y finales de 2010 mediante la aplicación en línea ARDI de los CDC (6). Los métodos utilizados en ARDI fueron diseñados por un grupo de científicos entre los cuales había expertos en alcohol y salud pública. Los detalles de estos métodos se han analizado en otro sitio (5). En resumen, la aplicación ARDI calcula las MAA multiplicando la cantidad de muertes por edad y sexo de 54 causas relacionadas con el alcohol, identificadas por la causa subyacente de muerte indicada en los certificados de defunción, por las fracciones atribuibles al alcohol (FAA) para esa causa de muerte.

La mayoría de las FAA para las afecciones crónicas son calculadas por ARDI según las estimaciones de riesgo relativo del metanálisis y de la prevalencia del consumo de alcohol a niveles de riesgo específicos (7,8). Se utilizó el consumo de alcohol autorreportado conocido a partir del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (BRFSS, por sus siglas en inglés) (9) para determinar la conducta alcohólica a niveles especificados por los metanálisis, los cuales utilizan puntos de corte levemente más altos para el consumo alcohólico de riesgo que aquellos más comúnmente utilizados en los Estados Unidos. Para la mayoría de las afecciones agudas (es decir, lesiones), ARDI incluye una estimación directa de las FAA. Las FAA para

estas afecciones se basan en estudios que evalúan la proporción de muertes a causa de una afección en particular que se produjo a un nivel de alcohol en sangre de 0.10g/dL o más alto (10). Además, ciertas afecciones (p. ej. la cirrosis alcohólica del hígado) son por definición atribuibles 100 % al alcohol y por lo tanto no fue necesario estimarlas. Para calcular los APVP atribuibles al consumo excesivo de alcohol, se multiplicaron las estimaciones de MAA específicas por edad y sexo de cada causa por la estimación correspondiente de expectativa de vida según la edad y el sexo de la persona fallecida. En cuanto a las causas de muerte consideradas crónicas (p. ej. cáncer, enfermedad hepática, enfermedad cardiovascular) se calcularon las MAA y los APVP para los fallecidos de 20 años o más; en cuanto a la mayoría de las afecciones agudas, se calcularon para los fallecidos de 15 años o más. Sin embargo, la aplicación ARDI también calcula las MAA y los APVP asociados a afecciones crónicas en personas de menos de 20 años que fallecieron por afecciones atribuibles al consumo de alcohol durante el embarazo (p. ej. trastornos del espectro alcohólico fetal) o por afecciones agudas en personas de menos de 15 años que fallecieron a causa de accidentes automovilísticos o maltrato infantil. La aplicación ARDI prepara informes de MAA y APVP por sexo, grupo etario, estado, y sobre personas de menos de 21 años. Las MAA y los APVP debidos al consumo excesivo de alcohol, incluidas las personas que fallecieron antes de los 21 años, se obtuvieron directamente a partir de la aplicación ARDI. Las tasas promedio nacionales y estatales anuales de MAA y APVP por cada 100 000 habitantes, entre 2006 y finales de 2010, se calcularon dividiendo las estimaciones promedio anuales de MAA y de APVP obtenidas a través de ARDI entre 2006 y finales de 2010 por las estimaciones demográficas promedio anuales del Censo de Estados Unidos para el periodo 2006-2010, y luego se multiplicaron por 100 000. Luego se ajustaron las tasas por edad a la población estadounidense del 2000 (11). La proporción del promedio total de muertes anuales y de APVP entre adultos en edad laboral atribuibles al consumo de alcohol se calculó dividiendo el promedio anual de las estimaciones de MAA y de APVP para adultos de 20 a 64 años, entre el 2006 y finales del 2010, a partir de ARDI por el promedio total anual de muertes y los APVP correspondientes a todas las causas para adultos de entre 20 y 64 años a partir de las estadísticas demográficas, y luego se multiplicaron por 100.

## **Resultados**

Entre el 2006 y finales del 2010 se registró anualmente en Estados Unidos un promedio de 87 798 muertes atribuibles al alcohol y 2 560 290 APVP ([Tabla 1](#)). En general, el 44 % de las MAA y 33 % de los APVP se debieron a afecciones crónicas, y 56 % de las MAA y 67 % de los APVP, a afecciones agudas. La población masculina representó la mayoría de las MAA (71 %) y de los APVP (72 %). La causa más común de las MAA crónicas fue la enfermedad hepática alcohólica, mientras que la causa más común de las MAA agudas fueron los accidentes automovilísticos de tránsito.

Las personas de menos de 21 años representaron un promedio total anual de 4358 MAA (5 %) y 249 727 APVP (10%) entre el 2006 y finales del 2010 (no se muestran los datos). De manera similar a los hallazgos correspondientes a los adultos, la población masculina representó aproximadamente el 78 % de las MAA y el 76 % de los APVP entre los que tenían menos de 21 años. Sin embargo, a diferencia de los hallazgos correspondientes a los adultos, las tres primeras causas de muerte entre las personas de menos de 21 años —específicamente los accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios— fueron afecciones agudas. De hecho, los accidentes automovilísticos de tránsito solos representaron el 36 % del total de las MAA entre las personas de menos de 21 años.

La tasa promedio anual de las MAA ajustada por edad en Estados Unidos, entre 2006 y finales de 2010, fue de 27.9 muertes por cada 100 000 habitantes, con un rango de entre 51.2 muertes por 100 000 (Nuevo México) y 19.1 muertes por 100 000 (Nueva Jersey) (Tabla 2). Veintiséis estados y el Distrito de Columbia (DC) registraron tasas promedio anuales de MAA ajustadas por edad más altas que la tasa nacional, y 2 estados (Nuevo México y Alaska) reportaron tasas promedio anuales de MAA ajustadas por edad por encima de 40 muertes por cada 100 000 habitantes. La tasa promedio anual de APVP ajustada por edad en los Estados Unidos, entre el 2006 y finales del 2010, fue de 831.6 por cada 100 000 habitantes, con un rango de entre 1570 APVP por 100 000 habitantes (Nuevo México) y 570 APVP por cada 100 000 habitantes (Hawái) (Tabla 3). Las tasas promedio anuales de APVP ajustadas por edad en 23 estados y el Distrito de Columbia fueron más altas que la tasa nacional, y 12 estados y el DC reportaron más de 1 000 APVP por cada 100 000 habitantes.

Las MAA promedio anuales representaron un promedio total de 9.8 % de muertes (Tabla 2) y un promedio de 11.5 % de APVP entre adultos en edad laboral (20-64 años) (Tabla 3), entre el 2006 y finales del 2010. La proporción promedio total de muertes entre adultos en edad laboral atribuibles al alcohol osciló entre 16.4 % en Nuevo México y 7.5 % en Maryland; la proporción promedio total de APVP atribuibles al alcohol osciló entre 18.5 % en Nuevo México y 9.1 % en Maryland.

Entre el 2006 y finales del 2010, los adultos en edad laboral representaron más de dos tercios (69 %) de las MAA promedio anuales (Tabla 2 ) y el 82 % de los APVP promedio anuales (Tabla 3) (20-64 años). La proporción de las MAA promedio anuales en estados que participaban adultos en edad laboral osciló desde el 83 % en Alaska hasta el 56 % en Vermont, y la proporción de los APVP promedio anuales atribuibles al alcohol que involucraba a adultos en edad laboral osciló desde el 88 % en Alaska hasta el 77 % en Nebraska y Vermont.

## **Discusión**

Entre el 2006 y finales del 2010, el consumo excesivo de alcohol representó casi 1 de cada 10 muertes y más de 1 de cada 10 de años potenciales de vidas perdidos entre adultos en edad laboral en los Estados Unidos. Más aún, los adultos en edad laboral representaron un promedio de 2 de cada 3 MAA y 8 de cada 10 APVP atribuibles al alcohol. Si bien las tasas de MAA variaron según el estado, la tasa promedio nacional anual de MAA de 27.9 muertes por cada 100 000 habitantes estuvo por encima de la tasa de mortalidad promedio anual en 10 de cada 15 causas principales de muertes entre el 2006 y finales del 2010 (12). La población masculina representó la mayoría (71 %) de las MAA promedio anuales; las causas agudas de muerte, las cuales por definición fueron todas atribuibles a la conducta del consumo de alcohol en exceso en un breve lapso, fueron responsables de más de la mitad de las MAA y dos tercios de los APVP. Aproximadamente el 5 % de todas las MAA promedio anuales y el 10 % de los APVP promedio anuales se registraron entre personas de menos de 21 años; en su mayoría estos resultados se debieron a afecciones agudas.

Las estimaciones anuales promedio de MAA y de APVP en los Estados Unidos, desde el 2006 hasta finales del 2010, son similares a las estimaciones correspondientes al 2001 (5) y subrayan el considerable y continuo efecto que tiene en la salud pública el consumo excesivo de alcohol en los Estados Unidos. Las diferencias de las tasas de MAA y APVP ajustadas por edad en los estados probablemente reflejen las diferencias en la prevalencia del consumo excesivo de alcohol, en particular de la práctica de ingesta de alcohol en exceso en un breve lapso, el cual está sujeto a las leyes estatales y locales que gobiernan los precios, la disponibilidad y la promoción de bebidas

alcohólicas (13). Las diferencias de las tasas de MAA y APVP en los estados probablemente reflejen otros factores, incluidos el acceso a la atención médica y las distancias recorridas en automóvil, lo cual podría incidir en el riesgo de muerte por afecciones relacionadas con el alcohol (13,14). Las tasas más altas de MAA y de APVP entre los hombres que entre las mujeres probablemente también reflejen niveles más altos de prevalencia, frecuencia e intensidad de la práctica de ingesta de alcohol en exceso en un breve lapso, la forma más común de consumo excesivo de alcohol entre los hombres (15).

La considerable contribución del consumo excesivo de alcohol al total de muertes y mortalidad prematura entre adultos en edad laboral (20-64 años) en los Estados Unidos, así como la gran proporción de estas muertes (69 %) y de APVP (82 %) que incluían a adultos en edad laboral, coinciden con los estudios que evalúan la contribución del consumo dañino de alcohol a la carga global de enfermedades (16) y también refleja el efecto considerable que el consumo excesivo de alcohol tiene a lo largo de toda la vida. La concentración de MAA y APVP entre adultos en edad laboral es también un factor importante que contribuye a las pérdidas de productividad atribuibles al alcohol a causa de la mortalidad prematura, lo cual, conjuntamente con la reducción de ingresos por parte de los bebedores empedernidos, fue responsable del 72 % de los \$223 500 millones calculados en costos económicos por el consumo excesivo de alcohol en el 2006 (2).

Los hallazgos que se recogen en este informe están sujetos a varias limitaciones. En primer lugar, los datos sobre el consumo de alcohol utilizados para calcular las estimaciones indirectas de MAA se basan en autoinformes y podrían subestimar la prevalencia real del consumo excesivo de alcohol debido a informes incompletos por parte de los encuestados y a muestreos incompletos (17). Un estudio reciente que utilizó datos de BRFSS determinó que los autoinformes identifican solamente del 22 % al 32 % del presunto consumo de alcohol en los estados sobre la base de las ventas de alcohol (18). Segundo, las estimaciones del riesgo utilizadas en ARDI se calcularon utilizando los niveles de consumo diario promedio de alcohol que comienzan a partir de niveles mayores a aquellos típicamente utilizados para definir el consumo excesivo de alcohol en los Estados Unidos. Tercero, las muertes entre exbebedores, quienes puede que hayan dejado de beber por problemas de salud relacionados con el alcohol, no están incluidas en el cálculo de MAA, aun cuando algunas de estas muertes pudieran ser atribuibles al alcohol. Cuarto, ARDI no incluye estimaciones de MAA relacionadas con varias causas (p. ej., tuberculosis, neumonía, hepatitis C) para las cuales se cree que el alcohol constituye un factor de riesgo importante, pero para las cuales no se disponía de adecuadas estimaciones del riesgo. Quinto, ARDI utiliza exclusivamente la causa subyacente de muerte de las estadísticas demográficas para identificar las causas asociadas al alcohol y no considera las causas coadyuvantes de muerte que pudieran estar relacionadas con el alcohol. Finalmente, las estimaciones de MAA por edad estuvieron disponibles solamente en relación con las muertes por accidentes automovilísticos de tránsito, aun cuando la presencia del alcohol varía por edad, en particular cuando se trata de causas agudas de muerte. Mientras nuestros resultados sí muestran la carga considerable de las consecuencias relacionadas con el alcohol, muchas de las limitaciones citadas podrían hacer subestimar de manera considerable la contribución real del consumo excesivo de alcohol a la cantidad total de muertes y de APVP en los Estados Unidos.

Este análisis ilustra la magnitud y la variabilidad de los efectos en la salud del consumo excesivo de alcohol en los Estados Unidos, y la contribución considerable de esta práctica a la mortalidad prematura entre adultos en edad laboral. Una implementación

más amplia de las intervenciones recomendadas por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos Comunitarios (19), incluido el aumento de los precios del alcohol a través del aumento de los impuestos al alcohol, la puesta en práctica de que los bares y licorerías cumplan con sus responsabilidades legales con respecto a la venta de alcohol y la regulación de la densidad de los puntos de venta de bebidas alcohólicas, podrían reducir el consumo excesivo de alcohol y los costos económicos y de salud asociados al mismo.

### **Agradecimientos**

Este artículo está dedicado a Ron Davis, MD, MA, por su visionario liderazgo y compromiso con la prevención del consumo excesivo de alcohol. Agradecemos a Henry Wechsler, PhD, jubilado, de la Escuela de Salud Pública de Harvard, Universidad de Harvard. El diseño de la aplicación ARDI contó con generosos aportes (nos. 044149 and 059738) de la Fundación Robert Wood Johnson a la fundación CDC.

### **Información sobre los autores**

Autor responsable de la correspondencia: Mandy Stahre, PhD, MPH, Epidemic Intelligence Service Officer, Washington State Department of Health, Olympia, WA 98504. Teléfono: 360 236-4247. Correo electrónico: [mandy.stahre@doh.wa.gov](mailto:mandy.stahre@doh.wa.gov).

Afiliaciones de los autores: Jim Roeber, Departamento de Salud de New Mexico, Santa Fe, New Mexico; Dafna Kanny, Robert D. Brewer, Xingyou Zhang, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia.

### **Referencias**

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. [Published erratum in: JAMA 2005;293(3):293-4, 298]. JAMA 2004;291(10):1238–45. [CrossRef](#) [PubMed](#)
2. Bouchery EE, Harwood H, Sacks JJ, Simon CJ, Brewer RD. Economic costs of excessive alcohol consumption in the US, 2006. [Published erratum in: Am J Prev Med 2013;44(3):198]. Am J Prev Med 2011;41(5):516–24. [CrossRef](#) [PubMed](#)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Vital signs: binge drinking prevalence, frequency, and intensity among adults — United States, 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61(1):14–9. [PubMed](#)
4. Institutos Nacionales de Salud. 10th Special Report to the US Congress on Alcohol and Health. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2000.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol-attributable deaths and years of potential life lost — United States, 2001. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004;53(37):866–70. [PubMed](#)
6. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Related Disease Impact (ARDI) application, 2013. [http://apps.nccd.cdc.gov/DACH\\_ARDI/Default.aspx](http://apps.nccd.cdc.gov/DACH_ARDI/Default.aspx). Accessed April 3, 2013.
7. English DR, Holman CDJ, Milne E, Winter MG, Hulse GK, Codde JP, et al. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. 1995 edition. Canberra (AU): Commonwealth Department of Human Services and Health; 1995.
8. Corrao G, Bargnardi V, Zambon A, Arico S. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related

- conditions: a meta-analysis. *Addiction* 1999;94(10):1551–73. [CrossRef](#) [PubMed](#)
9. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System. <http://www.cdc.gov/brfss>. Accessed April 1, 2013.
  10. Smith GS, Branas CS, Miller TR. Fatal nontraffic injuries involving alcohol: a meta-analysis. *Ann Emerg Med* 1999;33(6):659–68. [PubMed](#)
  11. Klein RJ, Schoenborn CA. Age adjustment using the 2000 projected US population. *Statistical Notes*. No. 20. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2001.
  12. Murphy SL, Xu JQ, Kochanek KD. Deaths: final data for 2010. *National Vital Statistics Reports*; Vol 61 no 4. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2013.
  13. Naimi TS, Blanchette J, Nelson TF, Nguyen T, Oussayef N, Heeren TC, et al. A new scale of the US alcohol policy environment and its relationship to binge drinking. *Am J Prev Med* 2014;46(1):10–6. [CrossRef](#) [PubMed](#)
  14. Branas CC, MacKenzie EJ, Williams JC, Schwab CW, Teter HM, Flanigan MC, et al. Access to trauma centers in the United States. *JAMA* 2005;293(21):2626–33. [CrossRef](#) [PubMed](#)
  15. Kanny D, Liu Y, Brewer RD, Lu H. Binge drinking — United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2013;62(Suppl 3):77–80. [PubMed](#)
  16. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373(9682):2223–33. [CrossRef](#) [PubMed](#)
  17. Stockwell T, Donath S, Cooper-Stanbury M, Chikritzhs TN, Catalano P, Mateo C. Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduate-frequency and recent recall. *Addiction* 2004;99(8):1024–33. [CrossRef](#) [PubMed](#)
  18. Nelson DE, Naimi TS, Brewer RD, Roeber JUS. State alcohol sales compared to survey data, 1993–2006. *Addiction* 2010;105(9):1589–96. [CrossRef](#) [PubMed](#)
  19. Community Preventive Services Task Force. Preventing excessive alcohol consumption. In: *The guide to community preventive services*. New York, NY: Oxford University Press; 2005. <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/index.html>. Accessed April 3, 2014.

## Tablas

**Tabla 1. Cifra promedio anual de muertes y años potenciales de vida perdidos (APVP) atribuibles a los efectos dañinos del consumo excesivo de alcohol, por causa y sexo, Estados Unidos, 2006-2010.**

Causa	Muertes			APVP		
	Hombres, n (%)	Mujeres, n (%)	Total	Hombres, n (%)	Mujeres, n (%)	Total
<b>Causas crónicas</b>						
Pancreatitis aguda	411(57)	313 (43)	724	8459 (62)	5263 (38)	13.722
Abuso de alcohol	1587 (78)	435 (22)	2.022	39 949 (76)	12 842 (24)	52.791
Cardiomiopatía por alcohol	441 (86)	73 (14)	514	10 357 (84)	1 909 (16)	12.266
Síndrome de dependencia alcohólica	2892 (78)	836 (22)	3.728	72 208 (75)	24 099 (25)	96.307
Polineuropatía alcohólica	7 (100)	0	7	117 (100)	0	117
Pancreatitis crónica producida por el alcohol	59 (72)	23 (28)	82	1546 (70)	673 (30)	2.219
Gastritis alcohólica	23 (79)	6 (21)	29	586 (75)	191 (25)	777
Enfermedad hepática alcohólica	10 403 (72)	3 961 (28)	14 364	251 921 (69)	114 347 (31)	366 268
Miopatía alcohólica	1 (100)	0	1	23 (100)	0	23
Sicosis alcohólica	502 (77)	151 (23)	653	10 511 (76)	3294 (24)	13 805
Cáncer de mama (solamente en mujeres)	NA	391 (100)	391	NA	7429 (100)	7429
Colelitiasis	0	0	0	0	0	0
Hepatitis crónica	1 (100)	< 1	1	20 (71)	8 (29)	28
Pancreatitis crónica	139 (55)	116 (45)	255	2940 (56)	2297 (44)	5 237
Degeneración del sistema nervioso debido al alcohol	104 (83)	22 (17)	126	1804 (79)	477 (21)	2281
Epilepsia	108 (53)	95 (47)	203	3170 (55)	2612 (45)	5783
Cáncer de esófago	437 (89)	55 (11)	492	6957 (89)	848 (11)	7805
Várices esofágicas	47 (72)	18 (28)	65	1 032 (72)	397 (28)	1430
Síndrome alcohólico fetal	3 (75)	1 (25)	4	163 (68)	78 (32)	241
Feto y recién nacido afectados por el consumo de alcohol materno	1 (50)	1 (50)	2	75 (48)	80 (52)	155
Hemorragia gastroesofágica	19 (61)	12 (39)	31	332 (66)	173 (34)	505
Hipertensión	874 (55)	729 (45)	1603	13 684 (61)	8 737 (39)	22 421
Cardiopatía isquémica	516 (70)	223 (30)	738	6745 (73)	2434 (27)	9178
Cáncer de laringe	198 (86)	33 (14)	231	3126 (84)	581 (16)	3707
Cáncer de hígado	752 (75)	245 (25)	997	13 033 (77)	3893 (23)	16 926



Causa	Muertes			APVP		
	Hombres, n (%)	Mujeres, n (%)	Total	Hombres, n (%)	Mujeres, n (%)	Total
Cirrosis hepática, no especificada	4 592 (59)	3 255 (41)	7847	93 308 (59)	64 114 (41)	157 422
Bajo peso al nacimiento, nacimiento prematuro, muerte por restricción del crecimiento intrauterino	106 (64)	60 (36)	165	7915 (62)	4790 (38)	12 705
Cáncer orofaríngeo	309 (85)	56 (15)	365	5 401 (86)	912 (14)	6313
Hipertensión portal	24 (63)	14 (37)	38	511 (66)	261 (34)	772
Cáncer de próstata	202 (100)	NA	202	1985 (100)	NA	1.985
Psoriasis	<1	<1	<1	2 (67)	1 (33)	3
Aborto espontáneo	NA	<1	<1	NA	10 (100)	10
Accidente cerebrovascular hemorrágico	1357 (83)	286 (17)	1643	21 292 (83)	4 389 (17)	25 681
Accidente cerebrovascular isquémico	329 (74)	118 (26)	447	3812 (76)	1227 (24)	5039
Disritmia cardíaca supraventricular	122 (43)	160 (57)	282	1065 (44)	1356 (56)	2421
<b>Subtotal</b>	<b>26 564 (69)</b>	<b>11 689 (31)</b>	<b>38 253</b>	<b>584 050 (68)</b>	<b>269 722 (32)</b>	<b>853 771</b>
<b>Causas agudas</b>						
Transporte aeroespacial	81 (84)	15 (16)	96	2408 (81)	569 (19)	2977
Intoxicación por alcohol	1264 (77)	383 (23)	1647	42 299 (75)	13 833 (25)	56 132
Aspiración	125 (57)	94 (43)	220	2431 (59)	1701 (41)	4132
Maltrato infantil	98 (59)	70 (42)	167	6947 (57)	5345 (43)	12 292
Ahogamiento	770 (80)	193 (20)	963	27 802 (82)	6 194 (18)	33 997
Nivel excesivo de alcohol en la sangre	0	0	0	0	0	0
Lesiones por caídas	3853 (51)	3688 (49)	7541	53 443 (58)	39 015 (42)	92 458
Lesiones por fuego	645 (59)	444 (41)	1089	15 914 (59)	11 014 (41)	26 928
Lesiones de bomberos	86 (88)	12 (12)	98	3337 (87)	481 (13)	3817
Homicidio	6221 (80)	1535 (20)	7756	274 753 (81)	64 612 (19)	339 364
Hipotermia	177 (67)	88 (33)	265	4114 (72)	1585 (28)	5 699
Accidentes automovilísticos fuera de las vías públicas	171 (78)	49 (22)	220	5345 (77)	1554 (23)	6899
Accidentes automovilísticos de tránsito	9764 (78)	2696 (22)	12 460	398 376 (77)	121 314 (23)	519 690
Lesiones ocupacionales y causadas por máquinas	126 (94)	8 (6)	134	3359 (94)	201 (6)	3560
Otros accidentes de tránsito	146 (79)	38 (21)	184	4857 (78)	1363 (22)	6220

Causa	Muertes			APVP		
	Hombres, n (%)	Mujeres, n (%)	Total	Hombres, n (%)	Mujeres, n (%)	Total
Intoxicación (no por alcohol)	5457 (65)	2947 (35)	8404	203 635 (65)	111 371 (35)	315 007
Suicidio	6460 (79)	1719 (21)	8179	210 811 (77)	62 395 (23)	273 206
Suicidio por alcohol y exposición al alcohol	28 (67)	14 (33)	42	842 (62)	524 (38)	1366
Transporte acuático	69 (87)	10 (13)	79	2 349 (85)	427 (15)	2776
Subtotal	35 540 (72)	14 004 (28)	49 544	1 263 023 (74)	443 497 (26)	1 706 519
Total	62 104 (71)	25 693 (29)	87 798	1 847 072 (72)	713 218 (28)	2 560 290

Abreviatura: NA, no aplicable

**Tabla 2. Cifra promedio anual de muertes atribuibles al alcohol (MAA), y porcentaje de muertes entre personas de todas las edades y entre personas de entre 20 y 64 años de edad, por estado, Estados Unidos, 2006-2010.**

Estado	Todas las edades			20-64 años			
	Cifra total de muertes	MAA total	Tasa de MAA ajustada por edad cada 100 000 habitantes	Cifra total de muertes atribuibles al alcohol, %	Cifra total de muertes	MAA totales	Porcentaje total de muertes atribuibles al alcohol, %
Total en Estados Unidos	2 445 322	87 798	27.9	3.6	620 259	60 617	9.8
Alabama	47 377	1511	31.0	3.2	13 688	1119	8.2
Alaska	3531	275	41.1	7.8	1443	229	15.9
Arizona	46 023	2362	37.2	5.1	12178	1626	13.4
Arkansas	28 600	920	31.0	3.2	7874	650	8.3
California	234 436	10 572	29.1	4.5	60 612	7476	12.3
Colorado	30 684	1628	33.2	5.3	8429	1200	14.2
Connecticut	28 794	836	22.1	2.9	5904	544	9.2
Delaware	7477	248	26.8	3.3	1958	172	8.8
Distrito de Columbia	5035	210	34.7	4.2	1732	155	9.0
Florida	170 507	6643	32.6	3.9	40 970	4493	11.0
Georgia	69 347	2555	27.6	3.7	21 580	1854	8.6
Hawái	9591	304	20.8	3.2	2355	191	8.1
Idaho	10 985	437	28.9	4.0	2578	291	11.3
Illinois	101 218	3 042	23.4	3.0	24 479	2067	8.4
Indiana	55 816	1646	25.1	2.9	14 102	1168	8.3
Iowa	27 682	775	23.8	2.8	5 322	459	8.6
Kansas	24 508	762	26.6	3.1	5453	518	9.5

Estado	Todas las edades				20-64 años		
	Cifra total de muertes	MAA total	Tasa de MAA ajustada por edad cada 100 000 habitantes	Cifra total de muertes atribuibles al alcohol, %	Cifra total de muertes	MAA totales	Porcentaje total de muertes atribuibles al alcohol, %
Kentucky	40 976	1351	30.5	3.3	11 518	994	8.6
Luisiana	40 433	1475	32.8	3.6	12 495	1103	8.8
Maine	12 534	372	24.8	3.0	2722	241	8.9
Maryland	43 677	1318	22.6	3.0	11 928	899	7.5
Massachusetts	52 954	1525	21.8	2.9	10 920	1022	9.4
Michigan	87 136	2945	28.1	3.4	21 977	2020	9.2
Minnesota	37 897	1257	23.3	3.3	7896	778	9.9
Misisipi	28 603	1025	34.8	3.6	8711	755	8.7
Misuri	54 990	1866	30.3	3.4	13 661	1256	9.2
Montana	8713	390	37.7	4.5	2090	275	13.2
Nebraska	15 121	422	22.7	2.8	3040	261	8.6
Nevada	19 147	943	34.9	4.9	5979	694	11.6
Nuevo Hampshire	10 186	341	23.8	3.3	2289	222	9.7
Nueva Jersey	69 557	1754	19.1	2.5	15 543	1206	7.8
Nuevo México	15 670	1042	51.2	6.6	4619	758	16.4
Nueva York	147 610	4011	19.6	2.7	33 826	2659	7.9
Carolina del Norte	76 780	2761	28.9	3.6	20 949	1947	9.3
Dakota del Norte	5832	179	26.2	3.1	1123	115	10.2
Ohio	107 798	3288	26.9	3.1	25 994	2179	8.4
Oklahoma	36 120	1350	35.9	3.7	9974	1000	10.0
Oregón	31 655	1302	32.1	4.1	7456	863	11.6
Pensilvania	125 482	3510	25.8	2.8	26 807	2290	8.5
Rhode Island	9625	292	25.3	3.0	1948	188	9.7
Carolina del Sur	40 107	1534	32.6	3.8	11 995	1133	9.4
Dakota del Sur	7003	249	30.0	3.6	1431	158	11.0
Tennessee	58 120	2064	31.8	3.6	16 891	1511	8.9
Texas	162 469	6514	27.9	4.0	47 458	4660	9.8
Utah	14 171	529	22.9	3.7	3751	393	10.5
Vermont	5170	183	26.5	3.5	1125	103	9.2
Virginia	58 536	1865	23.1	3.2	15 193	1292	8.5
Washington	47 696	1981	29.2	4.2	11 702	1301	11.1
Virginia Occidental	21 195	660	33.1	3.1	5540	468	8.4
Wisconsin	46 442	1706	28.5	3.7	9866	1027	10.4
Wyoming	4305	210	37.5	4.9	1188	159	13.4

**Tabla 3. Cifra anual promedio de años potenciales de vida perdidos (APVP), APVP totales y porcentaje de APVP entre personas de todas las edades y entre personas de entre 20 y 64 años de edad, por estado, Estados Unidos, 2006-2010**

Estado	Todas las edades				20-64 años		
	APVP totales	APVP atribuibles al alcohol	Tasa de APVP ajustada por edad por cada 100 habitantes	APVP total atribuibles al alcohol, %	APVP totales	APVP atribuibles al alcohol	APVP total atribuibles al alcohol, %
Total Estados Unidos	38 281 133	2 560 290	831.6	6.7	18 380 927	2 106 126	11.5
Alabama	797 361	48 424	1030.1	6.1	408 573	40 535	9.9
Alaska	75 697	9131	1299.6	12.1	45 281	8042	17.8
Arizona	757 615	68 826	1111.8	9.1	368 170	56 603	15.4
Arkansas	469 241	28 226	991.3	6.0	234 355	23 211	9.9
California	3 704 628	304 472	822.0	8.2	1 806 358	251 821	13.9
Colorado	506 006	47 269	942.8	9.3	254 887	40 451	15.9
Connecticut	398 287	23 149	646.4	5.8	173 316	18 988	11.0
Delaware	119 510	7453	840.5	6.2	58 397	6079	10.4
Distrito de Columbia	93 741	6725	1083.9	7.2	52 568	5426	10.3
Florida	2 580 471	187 068	999.6	7.2	1 217 429	154 447	12.7
Georgia	1 227 003	79 183	829.1	6.5	645 519	65 864	10.2
Hawái	145 318	7915	569.7	5.4	68 676	6335	9.2
Idaho	171 134	12 311	819.7	7.2	76 901	9873	12.8
Illinois	1 557 893	91 615	711.8	5.9	723 596	73 823	10.2
Indiana	879 690	50 042	780.9	5.7	416 119	41 253	9.9
Iowa	375 846	19 885	654.8	5.3	153 969	15 498	10.1
Kansas	364 862	22 131	792.1	6.1	161 373	18 091	11.2
Kentucky	672	41 780	969.0	6.2	341	35 393	10.4

Estado	Todas las edades				20-64 años		
	APVP totales	APVP atribuibles al alcohol	Tasa de APVP ajustada por edad por cada 100 000 habitantes	APVP total atribuibles al alcohol, %	APVP totales	APVP atribuibles al alcohol	APVP total atribuibles al alcohol, %
	103				312		
Luisiana	715 228	49 719	1116.6	7.0	379 576	41 270	10.9
Maine	176 731	9 929	723.2	5.6	77 630	8 064	10.4
Maryland	713 579	40 075	694.8	5.6	357 601	32 410	9.1
Massachusetts	728 381	41 501	616.0	5.7	318 262	34 389	10.8
Michigan	1 343 335	84 215	838.0	6.3	644 275	68 738	10.7
Minnesota	537 350	32 829	616.2	6.1	231 357	26 237	11.3
Misisipi	504 546	32 916	1134.4	6.5	261 516	27 550	10.5
Misuri	856 379	55 681	941.2	6.5	405 162	44 787	11.1
Montana	133 084	11 331	1163.5	8.5	62 408	9471	15.2
Nebraska	214 124	11 682	651.0	5.5	88 984	9037	10.2
Nevada	334 423	27 923	1034.9	8.3	177 069	23 441	13.2
Nuevo Hampshire	145 490	8789	637.1	6.0	66 054	7260	11.0
Nueva Jersey	1 005 669	50 856	575.8	5.1	457 224	42 068	9.2
Nuevo México	268 778	31 129	1570.1	11.6	142 364	26 281	18.5
Nueva York	2 162 819	111 986	564.5	5.2	985 558	90 878	9.2
Carolina del Norte	1 259 703	83 125	886.8	6.6	619 963	68 842	11.1
Dakota del Norte	81 298	5132	785.5	6.3	33 320	4061	12.2
Ohio	1 632 999	91 851	789.8	5.6	757 943	74 828	9.9
Oklahoma	595 524	41 460	1134.1	7.0	295 639	34 833	11.8
Oregón	462	33 933	868.3	7.3	215	27 934	13.0

Estado	Todas las edades				20-64 años		
	APVP totales	APVP atribuibles al alcohol	Tasa de APVP ajustada por edad por cada 100 000 habitantes	APVP total atribuibles al alcohol, %	APVP totales	APVP atribuibles al alcohol	APVP total atribuibles al alcohol, %
	860				541		
Pensilvania	1 789 327	100 106	794.0	5.6	785 357	81 180	10.3
Rhode Island	131 293	7538	6874	5.7	56 371	6178	11.0
Carolina del Sur	680 320	47 267	1037.5	6.9	353 461	39 646	11.2
Dakota del Sur	101 838	7023	889.3	6.9	42 598	5519	13.0
Tennessee	972 290	63 058	999.8	6.5	500 315	52 831	10.6
Texas	2 799 886	199 618	823.6	7.1	1 429 308	165 170	11.6
Utah	245 204	16 800	673.9	6.9	119 423	14 075	11.8
Vermont	72 760	4335	664.6	6.0	32 292	3317	10.3
Virginia	931 966	55 232	687.3	5.9	447 064	45 349	10.1
Washington	719 348	53 050	784.1	7.4	342 548	43 400	12.7
Virginia Occidental	330 370	19 464	1056.6	5.9	162 457	16 477	10.1
Wisconsin	665 699	44 249	769.0	6.6	289 133	34 776	12.0
Wyoming	72 123	6480	1183.3	9.0	36 352	5563	15.3

Las opiniones expresadas por los autores que colaboran en esta revista no son necesariamente compartidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o las instituciones a las cuales están afiliados los autores.

Enlaces:

Original inglés:

[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/13\\_0293.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/13_0293.htm)

Versión original en castellano:

[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/13\\_0293\\_es.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/13_0293_es.htm)