

Alcoholismo en el hospital general: mortalidad y hospitalizaciones a los 4 años de su detección



Miquel Monras, Silvia Mondon, Lluïsa Ortega y Antoni Gual

Unidad de Alcoholología. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico. Barcelona. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: Analizar la mortalidad, rehospitalizaciones y uso del servicio de urgencias en pacientes alcohólicos a los 4 años de su detección en un hospital general.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo a 4 años de los 198 pacientes en que se detecta una dependencia alcohólica durante su ingreso hospitalario en 1998, consultando datos centralizados del Registro de Mortalidad de Cataluña.

RESULTADOS: Ha fallecido el 30,8% de los pacientes a una edad media (desviación estándar) de 57,5 (11,3) años. Las causas de muerte tienen relación directa con la enfermedad que motivó el ingreso estudiado. El 42,6% de los pacientes había ingresado previamente y el 74% había acudido a urgencias. Tienen nuevos ingresos, urgencias e interconsultas alcoholológicas el 54,6, el 72,7 y el 20% de los pacientes, respectivamente. La existencia de más ingresos previos pronostica más reingresos. La aceptación de un tratamiento del alcoholismo no disminuye la mortalidad. Esta se relaciona con la edad, pero está acrecentada en pacientes con deterioro cognitivo y disminuida en los que presentan trastornos psiquiátricos.

CONCLUSIONES: La detección del alcoholismo en estadios avanzados hace poco eficaces las estrategias terapéuticas disponibles, así como el tratamiento de la enfermedad somática concomitante, y no mejora la supervivencia, que es muy baja. Las técnicas de detección temprana del consumo alcohólico de riesgo deberían implementarse en el ámbito hospitalario incidiendo sobre todo en los primeros ingresos e urgencias que se realizan.

Palabras clave: Alcoholismo. Hospital general. Mortalidad. Psiquiatría de enlace. Detección.

Alcoholism in the general hospital: 4 years mortality and hospitalization

BACKGROUND AND OBJECTIVE: We aimed to analyze the mortality, and emergency room and hospital admissions in a sample of alcohol dependent patients during the four years following their identification in a general hospital.

PATIENTS AND METHOD: 198 inpatients from a general hospital who were identified as alcohol dependent and referred during 1998 to the liaison-psychiatry service.

RESULTS: 30.8% had died, at a mean age of 57.5 (11.3). Deaths had a direct relationship to the illness responsible for the initial admission to hospital. 42.6% of patients had previous admissions, and 74% had been previously attended at emergency room departments. During the 4 years of follow up, there were new hospital admissions (54.6%), emergency room visits (72.7%) and repeated liaison-psychiatry consultations (20%). Previous admissions to hospital predicted future admissions. Acceptance of alcohol treatment did not reduce the mortality rates. Mortality correlated with age, it was increased in patients with cognitive deficits and was reduced in those with psychiatric co-morbidity.

CONCLUSIONS: Late detection of alcohol dependence leads to poor outcomes both in the treatment of alcohol dependence and the concomitant somatic diseases. Early detection strategies of hazardous and harmful alcohol consumption should be implemented in hospital settings.

Key words: Alcoholism. General hospital. Mortality. Liaison-psychiatry. Detection.

El abuso o la dependencia del alcohol se diagnostica poco en los hospitales generales, a pesar de la elevada prevalencia de las enfermedades causadas por su consumo¹. Son pacientes que presentan muchas, variadas y repetidas enfermedades causadas por el alcohol², pero a los que en cambio se les ofrece en pocas ocasiones tratamientos especializados para su alcoholismo^{3,4}.

Cuando se detectan son pacientes graves, que se encuentran en estadios avanzados de sus enfermedades orgánicas y que, frecuentemente, presentan alteraciones sociales y mentales. Ello hace difícil disponer de algún tipo de tratamiento adecuado de su alcoholismo y, cuando se les intenta tratar, tanto de su enfermedad física como alcohólica, la tasa de cumplimiento es muy baja⁴.

En los pacientes alcohólicos que inician un tratamiento ambulatorio convencional, y que son los más jóvenes, menos deteriorados física y mentalmente y más concienciados de su enfermedad, la mortalidad a los 5 años es del 7,6%⁵, sobre todo a causa de enfermedades gastrointestinales y neoplasias.

En personas entre 46 y 49 años que presentan elevaciones de los valores de gammaglutamiltranspeptidasa, los estudios epidemiológicos hallan una mortalidad del 12,7% a los 13 años, siendo casi la mitad de las muertes atribuible al consumo de alcohol⁶.

En las personas con abusos de drogas, la mortalidad a los 4 años es del 4,9%⁷, 6 veces superior a la de la población general de su misma edad. Paradójicamente, el consumo de alcohol es un factor de riesgo de muerte más grave que la droga teóricamente principal⁷. Además, más de un tercio de esos pacientes sigue consumiendo alcohol en cantidades de riesgo⁸, lo que raramente se tiene en cuenta en sus tratamientos⁹.

Por todo ello, el objetivo del presente estudio es conocer la mortalidad y los reingresos de enfermos alcohólicos tras su detección en un hospital general y que reciben un tratamiento ambulatorio orientado hacia la reducción de daños, en que el cumplimiento de las visitas e indicaciones terapéuticas sea menos exigente.

Correspondencia: Dr. M. Monras.
Unidad de Alcoholología. Recinto Hospital Casa Maternidad (Hospital Clínic de Barcelona).
Mejía Lequerica, 1. Edificio Helios II. 08028 Barcelona. España.
Correo electrónico: mmonras@clinic.ub.es

Recibido el 13-12-2004; aceptado para su publicación el 19-4-2005.

Pacientes y método

Seguimiento longitudinal a los 4 años de la cohorte de 198 enfermos ingresados en el Hospital Clínico de Barcelona (HCB) durante el año 1998 y de los que se solicitó interconsulta a la Unidad de Alcoholología (UA-HCB) del mismo hospital debido a sus enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol. Durante 1998 estos enfermos generaron 212 interconsultas pero, a efectos del estudio, sólo se han tenido en cuenta, en caso de varias interconsultas del mismo enfermo, los datos de la primera.

Se incluyó por tanto a los pacientes para los que se solicitó, debido a las complicaciones causadas por el consumo de alcohol, una interconsulta a la UA-HCB para valorar la enfermedad y los problemas de ese consumo. Se excluyó a los pacientes con consumo principal de otras drogas o solicitud de interconsulta debido a valoración alcohólica y psicológica pre-trasplante.

Con anterioridad se han descrito las características de esta muestra, así como las dificultades que presentan para su manejo. La totalidad eran pacientes con abuso y/o dependencia al alcohol grave, diagnosticados clínicamente según criterios del Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition, revised (DSM-III-R)¹⁰, y con un número elevado de trastornos psíquicos, neuropsicológicos y sociales crónicos¹. Entre los trastornos psíquicos pertenecientes al DSM-III-R destacaban las psicosis alcohólicas, los trastornos de la personalidad (especialmente antisocial o límite), la dependencia a otras sustancias (especialmente benzodiacepinas), los intentos de suicidio, los cuadros delirantes o la depresión mayor.

El deterioro cognitivo o neuropsicológico se diagnosticó por vías diversas en función de la situación del enfermo. En los casos más claros habían aparecido clínicamente síndromes de Wernicke-Korsakoff o cuadros de agitación. En otros casos se usaron técnicas de neuroimagen o baterías neuropsicológicas. Finalmente, en la totalidad de estos casos existían síntomas indicativos, como los déficit objetivables de memoria, las fabulaciones, los cambios inapropiados de humor, las incoherencias y contradicciones en la elaboración de la anamnesis, la incomprensión de las indicaciones terapéuticas o la actitud de negación patológica de los problemas alcohólicos, que puede considerarse una forma atenuada de deterioro cognitivo.

En general, el examen de la biografía conductual del enfermo era una fuente de evidencia clara de esta afectación. En ella, además de las dificultades para una conducta diaria integrada en su medio o los cambios en el comportamiento, son frecuentes el historial de *delirium* por abstinencia, encefalopatías hepáticas y neuropatías. Con todo, a pesar de la abundancia de signos de deterioro neuropsicológico, el diagnóstico de demencia alcohólica ha sido poco frecuente, al no llegar a cumplirse todos los criterios DSM-III-R, pero sí el de trastorno amnésico. Por ello se ha usado el criterio de tener cualquier indicador de los anteriores para diagnosticar deterioro neuropsicológico o cognitivo, junto a la presencia de dificultades en la comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas.

Las complicaciones sociales se evaluaron a partir de la existencia de pérdida de contacto con la familia propia o el abandono o incluso marginación social, que requirió frecuentemente el uso de recursos de servicios sociales.

La interconsulta puede ser solicitada por cualquier servicio del HCB a la UA-HCB cuando se detecta a un enfermo con algún trastorno que pudiera estar relacionado con el consumo de alcohol. En ella se valora al enfermo, se trata el proceso psiquiátrico y psicológico, tanto urgente como crónico, relacionado con el consumo de alcohol por el que se solicita, y se ofrece un seguimiento en un programa ambulatorio de tratamiento en la propia UA-HCB. Por la experiencia anterior con este tipo de enfermos y su estado físico y mental, el tratamiento estándar se ha adaptado hacia la disminución de daños mediante la abundante utilización de instrumentos de soporte y control externo (controles toxicológicos sistemáticos, asistencia frecuente, flexibilidad en las visitas y coordinación con servicios sociales, entre otros).

Este estudio presenta 4 características diferenciales respecto a otros de similares: a) intenta reflejar con realismo y de forma natural la práctica clínica habi-

tual en la detección del alcoholismo hospitalario, evitando la utilización de protocolos de investigación que se reducen a objetivos específicos y durante cortos períodos; b) no excluye a ningún paciente, a pesar de la frecuente presencia de deterioro mental o sociofamiliar, y por tanto refleja objetivamente la situación clínica de este tipo de enfermos; c) ofrece a los pacientes un tratamiento especializado del alcoholismo, en el mismo hospital, en una unidad de alcoholología, y d) realiza un seguimiento individualizado de estos enfermos después del alta hospitalaria en coordinación con los otros servicios que los atienden. Se han estudiado la mortalidad y el número de reingresos, urgencias y nuevas interconsultas durante ese período. Se tienen en cuenta factores previos, como los ingresos, urgencias e interconsultas anteriores, así como la edad, el sexo, los trastornos psicosociales previos y el tipo de acuerdo terapéutico que se estableció con cada uno de los enfermos durante el ingreso hospitalario que motivó la realización de la interconsulta, por si influyen en la mortalidad y la utilización de recursos hospitalarios.

Para el análisis de la mortalidad se han utilizado datos centralizados hasta el final de 2002, obtenidos del Registro de Mortalidad de Cataluña de la Generalitat de Catalunya¹¹, que recoge todas las notificaciones de defunción al Registro Civil en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Por la edad, gravedad y cronicidad de estos enfermos, los desplazamientos y cambios de residencia son excepcionales, por lo que hay una alta seguridad que disponer, mediante la consulta a este único registro, de datos fiables para toda la muestra.

Análisis estadístico

Se utilizan frecuencias, medias y desviaciones estándar para la descripción de los sujetos, la prueba de la t de Student para la comparación de 2 medias, el análisis de la variancia en caso de comparar más de 2 medias y la prueba de la χ^2 para comparaciones entre variables cualitativas.

Se efectúa un análisis de la supervivencia a los 4 años según el método de Kaplan-Meier, considerando el fallecimiento como el acontecimiento analizado. La evaluación de diferencias en la supervivencia según diversas variables clínicas (tipo de aceptación del tratamiento, servicio de ingreso o problema psicopatológico) ajustando por edad y sexo, se ha realizado mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox.

Para predecir nuevos ingresos, urgencias e interconsultas a los 4 años, se ha efectuado un análisis de regresión logística.

Resultados

La edad media (desviación estándar) de los pacientes para los que se solicita una interconsulta por consumo de alcohol a la UA-HCB es de 49,6 (12) años y el 80,8% son varones. No hay una diferencia de edad estadísticamente significativa entre varones y mujeres (50,1 (12) años frente a 47,2 (11) años; $t = 1,3$; $p = NS$). El 71,2% de los pacientes presenta alteraciones neuropsicológicas, psicosociales y familiares importantes, especialmente trastornos psiquiátricos (un 21,7% de los casos) y deterioro cognitivo (15,7%), que ya han sido abordados en otros estudios^{1,4}. Estos pacientes son más jóvenes que los que no presentan alteraciones (48,4 [12,4] frente a 52,5 [11,5] años; $t = 2,1$; $p = 0,03$).

La edad es distinta según el tipo de alteración psicosocial predominante: mientras que el deterioro cognitivo y la negación patológica de problemas con el alcohol se dan en sujetos mayores (52,4 [10] y 53,1 [12] años, respectivamente), la marginación social o los trastornos psi-

quiátricos ocurren en personas más jóvenes (43,4 [5] y 44,1 [13] años, respectivamente; $F = 3$; $p = 0,003$).

La edad de los pacientes también presenta diferencias significativas según el servicio que originó la interconsulta ($F = 4,7$; $p = 0,0001$), de modo que son mayores los de Cardiología, Medicina Interna y Hepatología (58,4 [14], 54,2 [12] y 50,3 [9] años, respectivamente) y más jóvenes los de Enfermedades Infecciosas, Psiquiatría y Traumatología (31 [1], 42 [14] y 43,8 [6] años, respectivamente).

Ingresos, urgencias e interconsultas previas

El número de ingresos, el de urgencias y el de interconsultas alcohólicas a la UA en el HCB anteriores al ingreso que origina la interconsulta que motiva el presente estudio están intercorrelacionados: ingresos frente a urgencias ($r = 0,52$; $p < 0,001$); ingresos frente a interconsultas ($r = 0,49$; $p < 0,001$) y urgencias frente a interconsultas ($r = 0,23$; $p = 0,001$).

No ocurre lo mismo con la edad, que no se relaciona con el número ni con la frecuencia de ingresos, urgencias e interconsultas previas. En la tabla 1 se muestran sus medias y frecuencias respectivas en función del tipo de indicación terapéutica al final del ingreso. El promedio de ingresos previos, teniendo en cuenta sólo a los pacientes que efectivamente habían ingresado alguna vez, es de 3,1 (2,7), con extremos comprendidos entre un ingreso y 13.

La frecuencia de urgencias previas entre los pacientes que posteriormente serán derivados a otros tipos de recursos o que fallecen durante el ingreso es significativamente menor, mientras que es mayor en aquellos que no pueden ser derivados debido a su gravedad orgánica (tabla 1). En el resto de casos no aparecen diferencias estadísticamente significativas entre ellos, ni siquiera analizando *post hoc* los grupos entre sí o cuando distinguimos entre personas que aceptan tratamiento, que lo rechazan o que no pueden beneficiarse de él, o cuando separamos los candidatos y los no candidatos a seguimiento en el mismo hospital.

La distribución de ingresos, urgencias e interconsultas alcohólicas previas en el HCB según el servicio de procedencia de la interconsulta no muestra diferencias significativas estadísticamente, aunque se aprecia una gran variabilidad en función de los distintos servicios.

Los ingresos y las urgencias previas se dan en un porcentaje similar en pacientes con o sin alteraciones psicosociales, pero hay una frecuencia significativamente mayor de pacientes con estos trastornos que tienen interconsultas previas (el 19,9 frente al 7%; $\chi^2 = 4,9$; $p = 0,02$).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9299034>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9299034>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)