

Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica en la Comunidad Autónoma de Galicia

Epidemiology of alcohol withdrawal syndrome in Galicia Autonomic Community

Rubén Baldomero Puerta Louro¹, Rafael Monte Secades², Javier de la Fuente Aguado¹, Arturo González Quintela³, Francisco Javier Fernández Fernández¹, Esteban Otero Antón³, Consuelo Carballeira Roca⁴

¹Servicio de Medicina Interna. POVISA hospital. ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. ³Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. ⁴Xefe de Servicio de Codificación. Subdirección Xeral da Análise, Avaliación Asistencial e Atención ao Paciente. Secretaría Xeral de Información e Servizos Tecnolóxicos.

Resumen

Definimos Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA) a la aparición de sintomatología relacionada con la disminución o interrupción de consumo de alcohol, que incluyen síntomas como cefalea, sudoración, temblor, insomnio, nerviosismo, náuseas, vómitos, alucinaciones auditivas y visuales, o convulsiones; evolucionando algunos a Delirium Tremens.

Objetivo: Conocer la prevalencia y características epidemiológicas del SAA en Galicia; Comunidad Autónoma española con alta prevalencia de consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas en la que la aparición de sintomatología relacionada con abstinencia alcohólica debe, por lo tanto, ser frecuente.

Material y métodos: Se estudiaron las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios de Galicia entre cuyos diagnósticos se incluía Abstinencia de Alcohol (AA) o Delirio por Abstinencia de Alcohol (DAA) desde 1 de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 2008. Los datos fueron facilitados de la base de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de altas hospitalarias de los hospitales de agudos del Sergas y de Povisa. Recogimos los datos referentes a edad, sexo, estancia media, servicio de ingreso, estancias en diferentes servicios y la evolución.

Resultados: Se identificaron 7990 casos en (6452 pacientes), un 78% AA y un 22% DAA con una estancia media 13,7 días (DE: 14,8). La edad media fue de 52 años (DE 13), 85% varones. La AA o DAA fueron el diagnóstico principal de ingreso hospitalario en el 45% de los casos, y estuvieron presentes en el 73% de las altas cuando consideramos los 3 primeros diagnósticos. El 55% de los pacientes ingresaron inicialmente en el servicio de Medicina Interna (55%), y un 24% precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La mortalidad fue del 4,6%. El SAA supuso el 0,27% de los ingresos en estos años en el global de los Servicios Hospitalarios, tanto médicos como quirúrgicos. Considerando el servicio de Medicina Interna, dicho porcentaje se elevó al 0,95%. En los años 2007-2008 descendió el número de casos tanto en Medicina Interna (0,76%) como en el resto de los Servicios Hospitalarios (0,24%).

Conclusiones: El SAA tiene una prevalencia relativamente elevada en nuestra comunidad y una mortalidad destacable. Los servicios de Medicina Interna son los más frecuentemente implicados en su atención.

Palabras clave: Alcoholismo. Abstinencia. Epidemiología.

Abstract

We define alcohol withdrawal syndrome (AWS) as a group of symptoms that may occur after decrease or suddenly stopping the alcohol intake, including headache, sweating, tremor, insomnia, nervousness, nausea, vomiting, visual and auditive hallucinations, or convulsions. Some patients evolve to delirium tremens.

Objective: To determine the prevalence and epidemiologic characteristics of AWS in Galicia (Spain), an autonomic community with high prevalence of risk drinkers, where the apparition of alcohol withdrawal symptoms might be frequent.

Patients and methods: We have performed a retrospective analysis of the hospital in Galicia Hospitals with the diagnosis of Alcohol Withdrawal (AW) or Delirium Tremens (DT) from 1 January 1996 to 31 December 2008. Data were provided by the computerized administrative database of the hospitals of Sergas and Povisa. Data were collected regarding age, gender, mean stay, admission department, length of stay and clinical course.

Results: We identified 7990 cases in 6452 patients, 78% AW and 22% DT, with mean stay of 13,7 days (SD: 14,8). Mean age was 52 years old (SD: 13), 85% male. AW or DT were the main diagnosis in 45% of discharges, and in 73% of cases it was into the three main diagnoses. 55% of patients were admitted to Internal Medicine departments and 24% to Critical Care Units. Mortality was 4,6%. AWS was present in 0,27% of all admissions to medical and surgical Hospital-Services. Considering Internal Medicine departments, AWS was present in 0,95% of all discharges. During the period 2007-2008, cases of AW have decreased both in Internal Medicine (0,76%) and other Hospital-Services (0,24%).

Conclusions: The prevalence of AWS in our community is relatively high and its mortality is significant. Internal Medicine services are most frequently involved in its management.

Key words: Alcoholism. Alcohol Withdrawal. Epidemiology.

Introducción

El alcoholismo es un problema de salud frecuente. La población gallega tiene un mayor consumo y frecuencia de bebedores de alcohol frente a otras comunidades, situándose como la cuarta comunidad detrás de Navarra, Comunidad Valenciana y País Vasco¹, siendo la edad, profesión de labrador y bajo estatus socioeconómico factores personales y sociales asociados a mayor consumo².

Hasta más del 71% de los pacientes que se desintoxican manifiestan la aparición de sintomatología relacionada con

la disminución o interrupción de consumo de alcohol³, y que definimos como SAA. Los episodios de Delirium Tremens en el ámbito hospitalario no pasan desapercibidos y suponen un motivo de atención y preocupación, pudiendo tanto incrementar como disminuir la impresión del impacto que el SAA puede tener en nuestros hospitales.

Teniendo en cuenta que en Galicia existe mayor prevalencia de consumidores, la importancia del SAA en nuestros hospitales pudiera ser mayor. Encontramos prevalencias en los servicios de Medicina Interna desde el 2,44% en la década

de los 80⁴ hasta un 4,38% actual⁵. Más recientemente se han descrito las manifestaciones y curso clínico hospitalario del síndrome de abstinencia alcohólica en nuestro medio, aunque sin describir su prevalencia⁶. En todo caso, no se evaluó el impacto que supone el síndrome de abstinencia alcohólica en nuestra Comunidad de forma global, en el ámbito hospitalario.

Material y métodos

Se estudiaron las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios de Galicia entre cuyos diagnósticos se incluía Abstinencia de Alcohol (AA) o Delirio por Abstinencia de Alcohol (DAA) (CIE 291.81 y 291.0) desde 1 de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 2008. Los datos fueron extraídos de la base de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de altas hospitalarias de los hospitales de agudos del Sergas y de Povisa. Recogimos los datos referentes a edad, sexo, estancia media, servicio de ingreso, estancias en diferentes servicios y la evolución.

Figura 1: diagnóstico AA-DAA por año

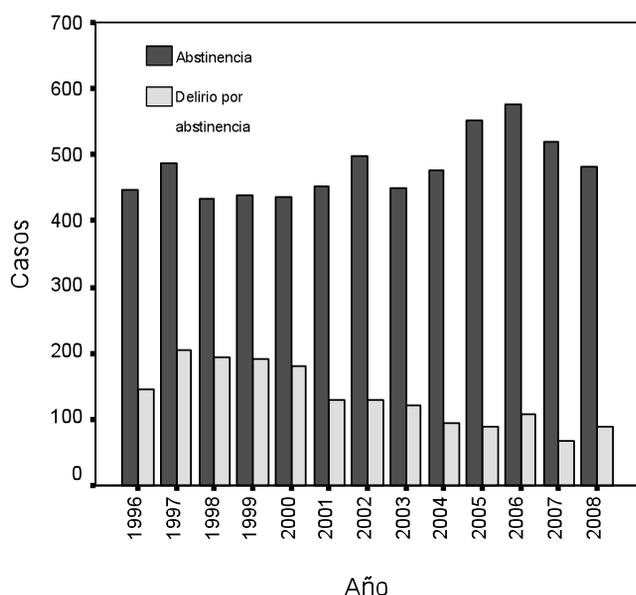
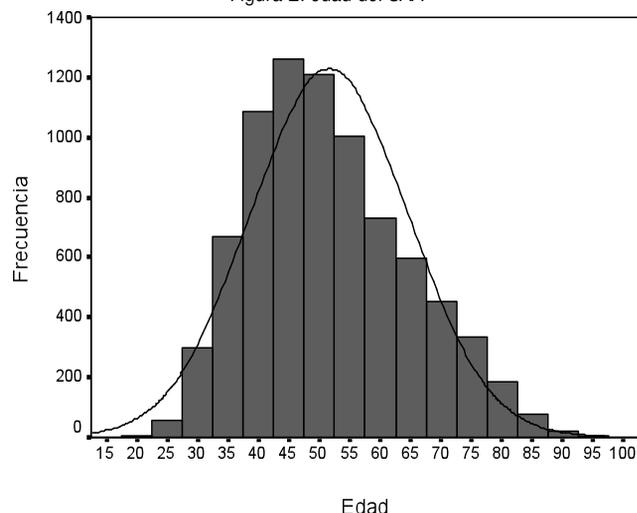


Figura 2: edad del SAA



Resultados

Se identificaron 7990 casos (6452 pacientes), un 78% AA y un 22% DAA (observándose una tendencia a la disminución de los casos de DAA en los últimos años (figura 1). La edad media de los pacientes fue de 52 años (50 años en año 1996 y 54,6 años en año 2007), y el 85% eran varones, manteniéndose la misma proporción de AA y DAA en ambos sexos. La estancia media fue 13,7 días (12,9 días en el año 2000 y 15,12 días en el año 2008).

Cuando analizamos los rangos de edad observamos que el 9% pertenecen al rango 15-35 años, 56% al 35-55 años, 30% 55-75 años, 7% 75-85 años y 1,5% 85-95 años; lo que supone que un 86% de los SAA se encuentran en el rango de edad 35-75 años (Figura 2).

La AA o DAA son el diagnóstico principal de ingreso hospitalario en el 45% de los casos, alcanzando un 73% cuando consideramos los 3 primeros diagnósticos. Otros diagnósticos prevalentes en estos enfermos fueron: epilepsia y otras convulsiones 4,5%, neumonía 4%, fractura 3,75%, cirrosis hepática alcohólica 3,25%, pancreatitis aguda 2,8%, hemorragia digestiva 2,5%, bronquitis crónica 2%, hepatitis alcohólica 2%, otras lesiones hepáticas alcohólicas 1,6%, neoplasia 1,6%. Éstos y otros diagnósticos se detallan en la tabla 1.

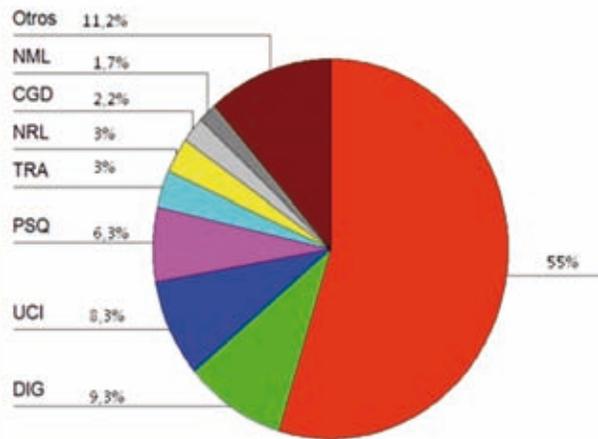
Tabla 1. Diagnósticos Prevalentes del SAA

DIAGNÓSTICO	%
Epilepsia y otras convulsiones	4,5%
Neumonía	4%
Fractura	3,75%
Cirrosis hepática alcohólica	3,25%
Pancreatitis aguda	2,80%
Hemorragia digestiva	2,50%
Bronquitis crónica	2%
Hepatitis alcohólica	2%
Otras lesiones hepáticas alcohólicas	1,60%
Neoplasia	1,60%
Trombosis cerebral	1,30%
Hemorragia cerebral	1,20%
Hemorragia intracraneal	1,15%
Infarto agudo de Miocardio	1%
Conmoción-contusión	0,90%
Fracaso respiratorio	0,80%
Anemia	0,40%
Infección Respiratoria	0,15%

Más de la mitad de los casos ingresaron en un Servicio de Medicina Interna. Los siguientes en orden de frecuencia fueron Digestivo 9,3% y Unidades de Cuidados Intensivos 8,3%. Éstos y el resto de frecuencias de los diferentes servicios de ingreso se muestran en la figura 3.

Figura 3: servicio de ingreso del SAA

Servicios de Ingreso del SAA: MI, Medicina Interna; DIG, Digestivo; UCI, Unidad de Cuidados intensivos; PSQ, Psiquiatría; TRA, Traumatología; NRL, Neurología; CGD, Cirugía General y Digestivo; NML, Neumología.

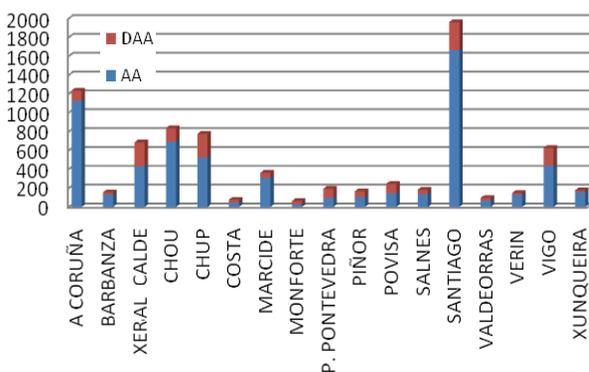


A lo largo de su estancia hospitalaria ingresa en Medicina Interna el 68% y en Unidades de Cuidados Intensivos un 24%. La estancia media fue diferente según el Servicio en el que ingresa el paciente oscilando desde 11,23 días (DS 11,8) del servicio de Medicina Interna a 22,8 días en Traumatología, Neurología 12,5 días, Digestivo 13 días, Neumología 17 días, Cirugía General y Digestivo 18 días, y en Unidades de Cuidados Intensivos 21,4 días.

La evolución fue buena en la mayor parte de los casos con una mortalidad de 4,6% (rango 3,2% 2006 y 5,6% 2002). El SAA supone un 0,27% de los ingresos en estos años en el global de los Servicios Hospitalarios, tanto médicos como quirúrgicos. Cuando el servicio evaluado es Medicina Interna, esta cifra se incrementa hasta un 0,95% del total de las altas.

Existen diferencias entre los diferentes Hospitales de Galicia en el número de casos, desde los 63 casos de Monforte hasta los 1959 casos de Santiago, así como en la proporción

Figura 4: número de casos y AA-DAA por hospital



de DAA, desde el 1% del Hospital del Salnés y Virxen da Xunqueira al 7% del Hospital POVISA (figura 4). La mortalidad oscila entre el 1% del Hospital del Salnés y 6,5% del Hospital POVISA (figura 5), mientras que la estancia media varía desde los 7,6 días del Hospital Virxen da Xunqueira (Cee) hasta los 15,7 días del Hospital Xeral-Calde (figura 6).

Figura 5: mortalidad por hospital

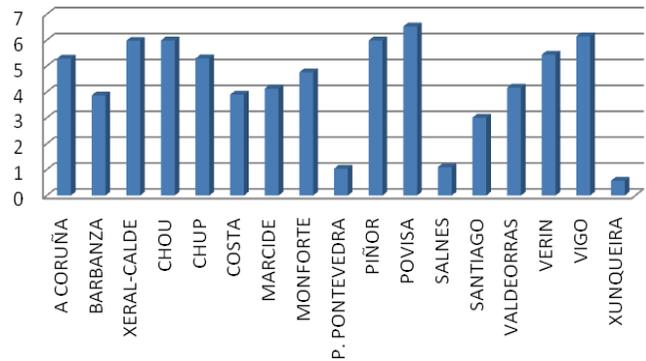
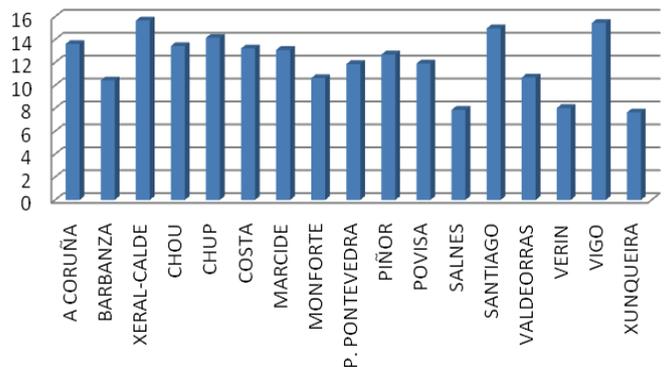


Figura 6: estancia media por hospital (días)



Discusión

Este estudio muestra que el impacto del síndrome de abstinencia alcohólica en el ámbito hospitalario de nuestra Comunidad Autónoma es elevado, y que los servicios de Medicina Interna son la referencia en su tratamiento. Dos de cada 3 enfermos con AA o DAA son atendidos por internistas durante su ingreso hospitalario. Estas preferencias se deben probablemente a una amplia experiencia en el reconocimiento de sus manifestaciones y clínicas y en el manejo de sus complicaciones. Sin embargo, se observa una frecuencia elevada de traslados a Servicios de Medicina Intensiva (24%), lo que puede interpretarse de varias formas. De un lado cerca de un 10% de los enfermos ingresan directamente en dichas unidades, con cuadros evidentemente evolucionados, lo que podría indicar una tendencia a presentar cuadros graves en nuestros enfermos, que habría que evaluar de forma prospectiva. Por otra parte la ausencia de protocolos estandarizados de reconocimiento del abuso del alcohol en el ámbito hospitalario y de tratamiento de la AA-DAA en muchos de nuestros hospitales puede propiciar un control deficiente de los síntomas de la abstinencia, que

aumente el porcentaje de traslados a Unidades de Críticos. Se encontraron diferencias entre los distintos hospitales tanto en el número de casos, proporción de DAA, estancia media y mortalidad. Aunque es posible que en algunos casos estas diferencias traduzcan diferencias epidemiológicas entre las diferentes zonas en relación al porcentaje de bebedores excesivos, posiblemente también son reflejo del empleo de diferentes protocolos de tratamiento y vigilancia entre hospitales. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que los hospitales comarcales suelen derivar a aquellos pacientes más graves a sus centros de referencia.

Hasta el año 2005 la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en España y en Galicia se mantenía estable, pero a partir de dicho año puede haber comenzado a descender como queda recogido en el Informe de la Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2007/08¹. A pesar de ello un 10,2% de la población lo consume a diario. Este consumo está más extendido en los varones, hasta un cociente de varones/mujer de 3,2 para la prevalencia de consumo diario en el último mes. Es también más prevalente el consumo diario en el rango de edad 35-65 frente a 15-34 (14,5% vs 4%)¹. Estas características de consumo se reflejan en los resultados de nuestro estudio respecto a las características del AA-DAA, en cuanto a predominio de varones y grupos de edad. Asimismo, parece observarse una tendencia a la disminución del número de casos con DAA en los últimos años, que podría estar en relación con la disminución del consumo registrada en dichas encuestas epidemiológicas.

Se considera consumo de riesgo como aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico; mientras consumo perjudicial o dañino sería aquel patrón de consumo que causa daño a la salud, físico o mental⁷. La prevalencia de bebedores excesivos ingresados en hospitales españoles es del 10%-12% en unidades de Medicina Interna^{8,9} y 12,8% en Cirugía General¹⁰, menores que los años 80 que alcanzaban 20-30%. Estos pacientes presentan mayor mortalidad y mayor probabilidad de traslado a unidades de cuidados intensivos¹⁰. Es necesario

establecer protocolos de reconocimiento de enfermos con consumos de riesgo de alcohol en nuestros hospitales, con el fin de establecer su diagnóstico y tratamiento, así como poner en marcha los mecanismos necesarios para evitar el desarrollo de AA-DAA. Por otra parte, y vista la heterogeneidad observada en los datos por hospitales, sería deseable la adopción de protocolos estandarizados de manejo de esta patología¹¹.

Agradecimientos

Al grupo de trabajo de "Problemas relacionados con el alcohol" de la SOGAMI.

Bibliografía

- Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES) 2007/08. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mateos R, Paramo M, Carrera I, Rodríguez-Lopez A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse* 2002; 37(14): 1957-76
- Asplund CA, Aaronson JW, Aaronson HE. Regimens for alcohol withdrawal and detoxification. *J Fam Pract.* 2004 Jul; 53(7): 545-54.
- Gippini Pérez A, Rodríguez Lopez I, Torre Carballeda A, Tomé y Martínez de Rituerto S, Barrio Gómez E. Alcohol withdrawal syndrome at the internal medicine department of a general hospital; epidemiology and hospital costs. *An Med Interna.* 1990 Apr; 7(4): 171-3.
- Puerta Louro R, Otero Antón E, Lorenzo Zúñiga V. Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica: mortalidad y factores de mal pronóstico. *An Med Interna (Madrid).* 2006; 23: 307-9.
- Monte Secades R, Casariego Vales E, Pértega Díaz S, Rabuñal Reya R, Peña Zemsch M, Pita Fernández S. Manifestaciones y curso clínico del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general. *Rev Clin Esp.* 2008; 208(10): 506-12.
- Rosón Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica* 2008; 69(1): 29-44
- Jarque-López A., González-Reimers E., Rodríguez-Moreno F, Santolaria-Fernández F, López-Lirola A., Ros-Vilamajo R., Espinosa-Villarreal J.G, Martínez-Riera A. Prevalence and mortality of heavy drinkers in a general medical hospital unit. *Alcohol Alcohol* 2001 Jul-Aug; 36(4): 335-8.
- Rosón Hernández B., Monte Secades R., Gamallo Theodosio R., Puerta Louro R., Zapatero Gaviria A., Puerta Encinas I., Fernandez Solà J., Laso Guzman J. En representación del Grupo de estudio ASMI. Grupo de Estudio de Alcohol y Alcoholismo de la FEMI Estudio ASMI. Prevalencia y registro del consumo perjudicial de alcohol en Hospitales Españoles. Poster del XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna.
- Delgado-Rodríguez M., Gómez-Ortega A., Mariscal-Ortiz M., Palma-Pérez S., Sillero-Arenas M. Alcohol drinking as a predictor of intensive care and hospital mortality in general surgery: a prospective study. *Addiction* 2003 May;98(5):611-6.
- Monte Secades R, Otero Antón E, González Quintela A. Protocolo diagnóstico y tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica. *Medicine*, ISSN 0304-5412, Serie 10, Nº. 10, 2008 (Enfermedades del aparato digestivo (X): enfermedades hepáticas, hepatopatías por tóxicos): pags. 678-681.