
DetECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN UN HOSPITAL GENERAL.

MIQUEL MONRAS ¹, LLUÏSA ORTEGA ², SILVIA MONDON ², ANTONI GUAL ³

1 Psicólogo Adjunto, 2 Médico Adjunto, 3 Jefe Unidad.
Unidad de Alcoholología. Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Clínic de Barcelona

Enviar correspondencia a:
Miquel Monras. Unidad de Alcoholología. Hospital Clínic de Barcelona. Recinto Casa Maternidad.
c/ Mejía Lequerica, 1. Edificio Helios-II. 08028 Barcelona. mmonras@clinic.ub.es

RESUMEN

Debido a la importancia del consumo de drogas entre las causas de ingreso hospitalario se analiza una cohorte de interconsultas hospitalarias (IC) por consumo de drogas (N=303). La mayoría se generan en Hepatología (30%), Medicina Interna (22%) y Psiquiatría (11%). El 83,5% son por alcohol. El 72% de éstas y el 100% de las IC por opiáceos presentan trastornos psico-sociales que interfieren gravemente en los tratamientos. En las IC por opiáceos abundan más las mujeres y son más urgentes. El 47% de IC tienen antecedentes de ingresos y el 22% de IC previas. El 49% acepta visitas ambulatorias post-alta, derivándose 18% a otros centros, 14% rechaza tratamiento y el resto mueren o no se indica seguimiento ambulatorio. Se concluye que el consumo de alcohol está mucho más relacionado con las causas de los ingresos hospitalarios, aunque los opiáceos generan más sensación de urgencia y tienen mayor psicopatología. Se detecta a los consumidores más graves y cronicados, en estadios finales de su enfermedad y no en los primeros ingresos, cuando las IC serían más eficaces.

Palabras claves: *Abuso de drogas, alcoholismo, enfermedades relacionadas con sustancias, hospital general, psiquiatría de enlace.*

SUMMARY

A high proportion of hospital admissions are drug related. All patients referred to the Liaison Psychiatry Service for alcohol or drug related problems were studied. Most of the patients were referred by Hepatology (30%) and Internal Medicine Departments (22 %) and Psychiatry (11%). 83.5% of referrals were alcohol related. 72% of these and 100% opiate related referrals presented with severe psychosocial impairments. 47% of the sample had previous admittances to the hospital and 22% had also been previously referred to the Liaison Psychiatry Service. 14% of patients refused any follow up, while 49% accepted continuing treatment on an outpatient basis. 18% were referred top other outpatient facilities, while 19% were not found suitable for follow up or died while in the hospital. In conclusion, alcohol related diseases are the most common drug related problems in general hospitals, even though opiate related problems are perceived as more urgent and with more associated psychiatric comorbidity. Drug related problems are mostly identified in chronic users with severe medical conditions. Early identification strategies could increase the effectiveness of therapeutic interventions in hospital settings.

Key words: *Alcoholism, drug abuse, substance-related disorders, general hospitals, referral and consultation.*

INTRODUCCIÓN

Las estimaciones cifran en España entre un 2 y un 10% la población mayor de edad con un consumo de alcohol de riesgo para desarrollar un alcoholismo ^{1,2,3,4}. Estudios en EE.UU lo elevan al 16% ^{5,6,7} siendo junto con la depresión el trastorno psiquiátrico más común a lo largo de la vida de las personas ⁸. Si se diferencia el diagnóstico en el último año de la prevalencia de vida, los porcentajes son del 7 y 14% res-

pectivamente en el caso de la dependencia y del 2,5 y 9,4% en el del abuso de alcohol ⁸.

Respecto de las otras drogas en 1998 el 0,15% de la población en España había consumido heroína en el mes anterior a la encuesta, y en el año anterior eran un 1,5% los que habían consumido cocaína y un 1% los consumidores de drogas de síntesis. El 2,6% además puede considerarse consumidor habitual de cannabis ⁹.

En EE.UU. en 1999, alrededor de 14,8 millones de ciudadanos eran usuarios corrientes (una vez durante el mes anterior a ser entrevistados) de drogas ilegales, de los que unos 3,5 millones eran dependientes. Otros 8,2 millones de personas eran dependientes del alcohol¹⁰.

A pesar de estos datos el consumo de drogas, y muy especialmente el alcohol, es claramente infradetectado por los servicios públicos de asistencia (sanitarios, sociales y educativos) y cuando lo es se trata poco, limitándose en muchos casos al simple consejo.

En toda España en 1998 sólo se visitaron 25637 pacientes alcohólicos en centros especializados ambulatorios. Por otras drogas lo fueron 82361, además de 63000 pacientes en programas de mantenimiento con metadona⁹.

En la red de centros públicos de drogodependencias de Cataluña inician anualmente nuevos tratamientos especializados (incluyendo los reinicios) unas 11000 personas, de las que 4500 son por alcohol, lo que representa sólo un 0,08 % de la población, 4200 por heroína, 900 cocaína y 700 otras drogas¹¹.

En ambos casos el número de tratamientos del alcoholismo es inferior al de tratamientos de personas con otras adicciones, cuya prevalencia en la población es claramente inferior.

Para el observador mínimamente atento se hace evidente de forma constante el impacto del consumo de alcohol en la salud pública, en la prensa en forma de noticias sobre violencia, en las escuelas con alumnos desadaptados, problemáticos y con graves carencias psicológicas, en los Servicios Sociales con personas marginadas o en trance de serlo y con familias desestructuradas, en la Justicia, tanto civil como penal, con separaciones, crímenes y agresiones, y en las instituciones psiquiátricas con enfermos crónicos o demenciados.

Las drogas ilegales también aparecen frecuentemente en los medios de comunicación, pero en su caso tienden a ser más conocidas por la espectacularidad de algunas de sus consecuencias y la ilegalidad de su entorno, que por la información objetiva, confundiendo en ocasiones los efectos de la drogodependencia con problemas sociales, legales y psicopatológicos que son simultáneos o incluso antecedentes de ella.

Entre los datos contrastados disponibles sobre ellas se tienen indicadores sociológicos acerca del consumo de drogas en población general, entre escolares y adolescentes, de inicios de tratamiento y diversos indicadores policiales y judiciales, como la altísima prevalencia del consumo de drogas entre internos en prisiones¹².

El campo sanitario debería constituir una excelente atalaya para primero detectar a estas personas enfermas y después tratarlas. Desde hace algún tiempo se

hacen campañas para sensibilizar a los médicos de atención primaria acerca del alcoholismo¹³.

A nivel de los hospitales generales, tanto en las distintas salas de hospitalización como en sus servicios de urgencia, hace más de 20 años que hay abundantes datos acerca de la gran influencia que tiene el alcohol en los enfermos atendidos¹⁴. Se conoce bien que la prevalencia de patología orgánica relacionada con el alcohol en los servicios de medicina, se sitúa alrededor del 25%^{15, 16, 17}. Además el alcoholismo se da entre un 8 y un 47% de los enfermos de hospital^{18, 19, 20}, el 15% de los atendidos en los servicios de urgencias y el 40% de los internos psiquiátricos²¹. En España la prevalencia de alcoholismo oscila entre un 15 y el 35 % de toda la población ingresada²².

A pesar de la gran cantidad de pacientes ingresados con un alcoholismo encubierto, muy pocos son detectados^{23, 24}, e incluso cuando lo son mediante instrumentos psicométricos sólo el 50% de ellos se identifican por la enfermera o el equipo médico²⁵, siéndole ofrecido tratamiento a un porcentaje aún más pequeño de enfermos²⁶.

Entre las causas de esta situación puede haber la escasa información y formación que se da al personal sanitario sobre el alcoholismo, además de la "mentalidad de usuario" y de la actitud de rechazo que despierta esta enfermedad.

En el caso de las otras drogas los datos sanitarios hacen especial hincapié en los casos de SIDA, la mortalidad por reacciones agudas tras su consumo (444 muertes en el año 2000) y las urgencias asociadas¹², pero conocemos poco de su incidencia hospitalaria. Sabemos que hay una estabilización en las urgencias hospitalarias por consumo de drogas y una disminución del papel de la heroína y aumento de la cocaína en ellas, pero en cambio el impacto global en los servicios de urgencias tiende mezclarse con el del alcohol²⁷ y el mismo PND, que depende del Ministerio del Interior, no ofrece datos del papel de estas drogas en el conjunto de la sanidad.

Estudios ocasionales encuentran que en la mitad de solicitudes de interconsulta psiquiátrica por consumo de sustancias existe un consumo de drogas ilegales, pero el denominador común en la totalidad de las interconsultas sigue siendo el abuso de alcohol²⁸.

Por todo ello el presente estudio pretende conocer las características de los enfermos ingresados en un hospital general a los que se detecta un abuso y/o dependencia al alcohol o a otras drogas.

También se analizan las características diferenciales entre ambos tipos de enfermos, así como del proceso mismo de su detección mediante interconsulta (IC) a una Unidad de Alcoholología integrada en un servicio de Psiquiatría, las dificultades en su manejo y el tipo de seguimiento post-alta que se indica.

2.- MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal de la cohorte formada por las 303 interconsultas (IC) recibidas en la Unidad de Alcoholología del Hospital Clínico de Barcelona (UA-HCB) durante 1998.

Criterios de inclusión: petición de IC a la UA-HCB por parte de cualquier servicio del HCB durante 1998. Criterios de exclusión: ninguno.

Se clasifican las IC por tipo de sustancia adictiva, servicio que la origina, motivo (urgente o crónico), momento dentro del proceso del ingreso, dificultades y resistencias que presenta para su manejo, la evolución posterior hasta el día del alta y el tratamiento que se indica.

2.1. Procedimiento:

La sospecha de la existencia de un problema de abuso y/o dependencia al alcohol u otros tóxicos por parte del médico responsable de cualquier paciente ingresado en el Hospital Clínico de Barcelona (HCB) origina la solicitud de una interconsulta (IC) a la Unidad de Alcoholología (UA-HCB) dependiente del Instituto de Psiquiatría y Psicología del HCB.

Una vez recibida la IC en la UA-HCB se contacta antes de las 24 horas con el médico de sala que ha hecho este primer diagnóstico de presunción y se cruza la información disponible. Mientras tanto este médico ha explicado al enfermo la solicitud de la IC y le ha informado desde la vertiente orgánica de los problemas asociados a su consumo de alcohol u otras drogas.

A continuación los profesionales de la UA-HCB se encargan de la tarea de entrevistarse con el paciente en la misma sala donde se encuentra, pero a solas en un despacho o en su habitación, nunca en compañía de otros enfermos o de grupos de estudiantes (como máximo un médico o psicólogo residente en formación). Se confirma o modifica el diagnóstico, se completa el historial (toxicológico, psicológico y social), valorando y orientando la situación personal del paciente y en caso de ser necesario se le motiva a establecer y realizar un programa terapéutico post-alta conjuntamente con el equipo asistencial o en los centros adecuados.

El equipo de IC se compone de psiquiatra y psicólogo que actúan independiente y coordinadamente y disponen hasta el alta hospitalaria de los días que creen necesarios para entrevistarse con el paciente y familiares o personas allegadas. Pueden solicitar pruebas o indicar tratamientos complementarios de común acuerdo con los médicos de la sala. También pueden implicar a otros profesionales de la propia UA-HCB (asistente social, enfermera, etc.) o contactar con recursos externos al hospital (hospitales de día,

residencias, comunidades, etc). Se pueden utilizar las pruebas neuropsicológicas pertinentes de acuerdo con las necesidades de cada caso.

2.2. Análisis estadístico:

Frecuencias, medias y desviaciones típicas para la descripción de los sujetos. T de Student para la comparación de medias y la Chi al cuadrado (χ^2) para comparaciones entre variables cualitativas. Correlación r de Pearson para la comparación de datos cuantitativos.

3.- RESULTADOS:

3.1. Características de la muestra:

La edad media de las IC es de $47,2 \pm 12$ años y el 73,9% son hombres. Los hombres son mayores que las mujeres ($48,6 \pm 12$ vs. $43,3 \pm 11$ años; $t=3,2$; $p=0,001$).

Las edades de los pacientes varían significativamente en función del motivo de la IC (ANOVA, $F=23,23$, $p<0,001$): los mayores son los pacientes alcohólicos en valoración pre-trasplante (51 ± 6 años) y las peticiones por el alcohol ($49,5 \pm 12$). Los consumidores de heroína ($34,5 \pm 8$ años) y de otras drogas (41 ± 17) son más jóvenes. El porcentaje de hombres en cada uno de estos grupos también es distinto ($\chi^2=26,1$ $p<0,001$) siendo respectivamente del 75%, 80,4%, 44% y 50%.

Las edades difieren en función del Servicio que solicita la IC (ANOVA $F=10,1$; $p=0,000$), siendo Cardiología, con $52,4 \pm 12$, Medicina Interna (MDI) con $51,7 \pm 13$ y Hepatología con $50,7 \pm 8$ años los que solicitan IC de mas edad, mientras que Enfermedades Infecciosas y Traumatología con 34 ± 8 y 38 ± 9 años solicitan las mas jóvenes. Obviamente ello se relaciona el tipo de tóxico predominante en cada sala.

También la frecuencia relativa de cada sexo difiere ($\chi^2=30,6$; $p=0,000$): La totalidad de IC de Cardiología, 81% de Traumatología y 80% de Gastroenterología son varones, y sólo el 34% en Infecciosos o el 62% de otros servicios.

3.2. Características de la IC:

La Tabla 1 muestra la distribución de solicitudes de interconsulta en función del tipo de droga o de solicitud de evaluación.

La duración media del ingreso es de 13 ± 11 días, con un rango de 1 a 96. Desde el momento del ingreso hasta la petición de la IC el tiempo medio transcurrido es de $4,6 \pm 5$ días, con un rango de 0 a 39 días. El tiempo entre la petición y el alta hospitalaria es de $8,7 \pm 9,8$ días con un margen que oscila desde los 83 días hasta un caso en que la petición llego 3 días después del alta.

Tabla 1. Servicio de origen de la interconsulta (IC) y distribución de esta por tipo de sustancia o de solicitud.

	Interconsultas	Alcohol	Heroína	Pre-TX	Cocaína y BZD
Hepatología	92 (30.4%)	57	0	34	1
Medicina Interna	66 (21.8%)	61	5	0	0
Psiquiatría	34 (11.2%)	33	0	0	1
Gastroenterología	25 (8.3%)	20	2	3	0
Enf. Infecciosas	23 (7.6%)	2	20	0	1
Traumatología	16 (5.3%)	10	6	0	0
Cardiología	10 (3.3%)	5	1	4	0
Resto	37 (12.2%)	24	13	0	0
Total	303 (100%)	212 (70%)	47 (16%)	41 (13%)	3 (1%)

Pre-TX: Solicitud de IC para evaluación de trasplante en enfermos alcohólicos.

La duración media del ingreso es similar (ANOVA; $F= 2,1$; $p= 0,09$) en todos los motivos de IC -alcohol, opiáceos, pre-TX, otras drogas-, aunque este último es el que tiene una duración superior a la media ($20,3\pm 18$ días) y menor en la IC de alcohol (12 días). La tardanza hasta la IC también es mayor en los consumidores de drogas como benzodiazepinas o cocaína (8 días), mientras que en los de alcohol y opiáceos es menor (4,1 y 4,9 días respectivamente) (ANOVA. $F= 2,5$; $p= 0,05$).

Los días de ingreso están directamente correlacionados con los días que tarda la petición de IC ($r= 0,54$; $p= 0,000$) y con los días que tarda el alta después de la IC ($r= 0,88$; $p= 0,000$). En cambio estas dos magnitudes (tardanza y alta post-IC) no lo están ($r= 0,1$; $p= 0,06$).

El motivo de la IC es urgente en el 12,5% de casos, habitualmente crisis comiciales por privación de alcohol o de opiáceos, aunque también son frecuentes los casos de trastornos de la conducta y conflictos con enfermería motivados por tóxicos, o simplemente porque se quiere dar el alta con rapidez. Sin embargo la mayoría de IC (87,5%) se deben a causas crónicas, es decir a la detección de la propia dependencia alcohólica en el enfermo o a su inclusión en un protocolo de valoración.

Curiosamente, las IC urgentes no se cursan antes que las normales o por motivos crónicos (4,7 versus 4 días desde el ingreso respectivamente; $t=0,7$; $p= n.s.$), ni se observan diferencias significativas entre ambas en los días hasta el alta post-IC (8,8 versus 7,8 días; $t=0,5$; $p= n.s.$) o la duración total del ingreso (13,4 versus 11,8; $t= 0,7$; $p= n.s.$).

Sí las hay en cambio con el tipo de droga: El 40,4% de las interconsultas (IC) por opiáceos y el 33,3% de las de BZD o cocaína son urgentes y sólo el 8,5% de

las de alcohol y ninguna de las IC para valoración pre-TX ($\chi^2= 43,5$; $p= 0,000$). La urgencia se relaciona con menor edad (42 ± 12 años) y la cronicidad con personas mayores ($47,8\pm 12$), pero esta diferencia desaparece si se controla por el tipo de sustancia consumida.

Las mujeres predominan relativamente en las IC por drogas ($\chi^2= 24,8$; $p= 0,000$), pues representan el 53,2% de las de opiáceos y el 67% de las de BZD o cocaína, pero no presentan más urgencia en la IC, con tiempos similares de ingreso, de demora en la IC y de estancia post-IC.

3.3. Origen de las peticiones de IC:

La Tabla 1 también muestra el Servicio de origen de cada tipo de IC.

La duración de los ingresos para los pacientes de IC difiere (ANOVA. $F= 2,5$; $p= 0,016$) según el servicio donde ingresa: máxima en Traumatología (20 ± 20 días) y Cardiología (19 ± 10 días) y mínima en MDI ($9,7\pm 11$ días).

También difiere la tardanza en solicitar la IC (ANOVA. $F= 3,9$; $p= 0,000$): desde $10,2\pm 8$ días en Cardiología a $2,5\pm 2$ en Psiquiatría. Todos los demás servicios están entre los $6,8\pm 10$ de Traumatología y $3,6\pm 3$ de MDI.

En cambio no hay diferencias entre servicios en cuanto a los días que se tarda en dar el alta después de haberse solicitado la IC.

La urgencia es más frecuente entre las IC's de Enfermedades Infecciosas (30,4%), Traumatología (25%) u otros servicios (18,9%), mientras que está por debajo del promedio ($\chi^2= 21$; $p= 0,003$) en Cardiología (0%) y Hepatología (2,2%).

Tabla 2. Tipo de derivación en función de la droga motivo de la interconsulta.

Tipo de derivación	MOTIVO DE LA INTERCONSULTA				Total
	Alcohol	Heroína	TX (bzd-cocaína)	Otros	
UA-HCB	121 (57,1%)	0	25 (61%)	1 (33,3%)	147 (48,5%)
Otro CAS	13 (6,1%)	35 (74,5%)	5 (12,2%)	2 (66,7%)	55 (18,2%)
Rechaza tratamiento	37 (17,5%)	5 (10,6%)	0	0	42 (13,9%)
Otros recursos	14 (6,6%)	4 (8,5%)	3 (7,3%)	0	21 (6,9%)
Alta antes de visitarse	12 (5,7%)	1 (2,1%)	2 (4,9%)	0	15 (5%)
No derivado	11 (5,2%)	1 (2,1%)	4 (9,8%)	0	16 (5,3%)
Muerto	4 (1,9%)	1 (2,1%)	2 (4,9%)	0	7 (2,3%)
Total	212 (70%)	47 (16%)	41 (13%)	3 (1%)	303 (100%)

Lugar del tratamiento de seguimiento: UA-HCB: la propia Unidad de Alcoholología; Otro CAS: otro centro ambulatorio de drogodependencias; Rechaza tratamiento: rechazo activo y específico del tratamiento ambulatorio que se les indica; Otros recursos: comorbilidad psiquiátrica que requiere derivación a otros Centros de Salud Mental (CSMA), Comunidades Terapéuticas (CT), Hospitales Psiquiátricos, Servicios Sociales o Residencias de media-larga estancia; No derivado: debido a otras causas orgánicas graves que imposibilitan el seguimiento ambulatorio (enfermedad terminal, fuera de protocolo pre-trasplante).

3.4. Características orgánicas y psicopatológicas de los pacientes:

La Tabla 2 muestra el tipo de derivación de los pacientes de IC en función del tipo de droga que la motiva. Indirectamente también ofrece una imagen de la gravedad de estos enfermos (pacientes que mueren durante el ingreso que motiva la IC y descartados para su seguimiento ambulatorio).

La Tabla 5 muestra la elevada presencia de dificultades para aceptar un tratamiento de su dependencia alcohólica o a otros tóxicos. Es habitual además la coexistencia de varios problemas simultáneos, como la marginación, los trastornos psiquiátricos y el deterioro mental. La negación psicológica también acostumbra a ir acompañada de algún trastorno neurológico, psicológico y/o social.

Estas dificultades se presentan más en las IC's por heroína u otras drogas (χ^2 : 20,7 ; $p= 0,000$). La totalidad de ellas las presentan, frente al 72,2% de las de alcohol y el 63,4% de los pacientes pre-TX, en este caso seguramente debido al proceso más selectivo para su ingreso.

Las causas de estas dificultades también varían: i) en las IC's por consumo de opiáceos predominan los tratamientos previos repetidamente fracasados (76,6% de casos), ii) en las otras drogas los trastornos psiquiátricos (66,7% de casos), iii) en los pacientes en pre-TX la negación rotunda de problemática relacionada con el alcohol a pesar de las múltiples evidencias (30,8%) o el deterioro cognitivo (23,1%), atribuible tanto al efecto tóxico directo del alcohol como a las repetidas encefalopatías hepáticas, y finalmente, iv)

en las interconsultas por alcohol se dan tanto los trastornos psiquiátricos (31,4%), como el deterioro cognitivo (22,9%), o la negación de problemas (19,6%).

El 81% de las mujeres presentan complicaciones psicopatológicas y orgánicas, frente al 71% de los hombres ($\chi^2= 9,8$; $p= 0,002$). La diferencia se concentra en que sufren de más muertes (3,8% vs. 1,8%), marginación (6,3% vs. 3,6%) y cronicidad alcohólica (25,3% vs. 19%) que los hombres. La significación en el predominio de complicaciones en las mujeres se mantiene incluso si sólo consideramos el alcohol como motivo de IC (85% en mujeres vs. 68% en hombres, $\chi^2= 4,7$ $p= 0,02$).

Sorprendentemente estas complicaciones abundan más en los sujetos más jóvenes ($45,6 \pm 12$ vs $52,2 \pm 10$ años; $t= 4$; $p= 0,000$). En los mayores se da la falta de soporte socio-familiar, la muerte, o el deterioro neuropsicológico y en los jóvenes las fugas, la marginación o la cronicidad en la adicción (sobre todo a opiáceos) a pesar de la menor edad.

3.5. Antecedentes de tratamientos:

La Tabla 3 muestra los antecedentes de interconsultas, ingresos y urgencias previos en el mismo hospital de estos pacientes.

La edad no se relaciona con ninguno de estos antecedentes, pero sí el número de ingresos con el de urgencias (r de Pearson= 0,58; $p= 0,000$).

No hay diferencias significativas en cuanto a ingresos o urgencias previas en función del sexo, pero sí en el número de IC previas, superior en las mujeres ($0,47 \pm 0,8$ vs. $0,2 \pm 0,6$ en los hombres; $t=2$; $p= 0,04$).

Tabla 3. Tipo de derivación en función de antecedentes de interconsultas, ingresos y urgencias de los pacientes

Tipo de derivación.	IC previas Chi ² = 8,2; p= n.s	Número de Ingresos previos F=1,4; p= n.s.	Pacientes con Ingresos previos Chi ² = 10,6; p= n.s.	Número de Urgencias previas F= 0,6; p= n.s.	Pacientes con Urgencias previas Chi ² = 10,1; p= n.s.
UA-HCB	26,5%	1,5±2	49,7%	5±8	76,9%
Otro CAS	16,4%	1,2±2	38,2%	3,7±5	63,6%
Rechaza tratamiento	14,3%	1,7±3	50%	5,6±8	71,4%
Otros recursos	23,8%	0.8±1	42,9%	3,4±5	47,6%
Alta antes de visitarse	6,7%	0,5±1	28,6%	6,9±15	64,3%
No derivado	18,8%	2.6±4	62,5%	4±4	81,3%
Muerto	42,9%	0,5±0,7	42,9%	2,2±2	71,4%
Total	21,8%	1,4±2	46,7%	4,7±7	71,2%

El tipo de droga no se relaciona con distintos antecedentes de IC, ni con el número de ingresos previos, pero sí con el número de urgencias previas, muy superior (ANOVA. F= 2,7; p= 0,04) en los pacientes consumidores de cocaína o benzodiazepinas (BZD) (12,6±9 urgencias) frente a los de alcohol (5,2±8), heroína (4,1±5) o en pre-TX (2,2±3).

La existencia de complicaciones psicopatológicas se relaciona con más urgencias (5,2±8 vs. 3,1±3 urgencias; t=2,7; p=0,006) e IC's previas (0,3±0,7 vs. 0,1±0,4 IC's; t= 2,8 p= 0,005), pero no con más ingresos (1,5±2 vs. 1,1±2 ingresos; t= 1,1; p= n.s.).

Finalmente la Tabla 3 muestra la falta de relación significativa entre el tipo de derivación que se pacta y el número de ingresos, urgencias y de ICs previas o los porcentajes de pacientes. Sin embargo es destacable el alto porcentaje de estas en algunos grupos de pacientes, como que al 42% de los pacientes que mueren se les había realizado IC previa o el 14% de los que rechazan tratamiento.

3.6. Tipo de seguimiento ofertado y su aceptación:

La Tabla 2 muestra el tipo de tratamiento que se ofrece a los pacientes en función de la droga o motivo de la IC.

Las diferencias en el tipo de derivación en función de si la droga que motiva la IC es el alcohol o la heroína son estadísticamente significativas (Chi²= 145,1; p<0,000). Se tiende a derivar los pacientes consumidores de heroína a otros dispensarios especializados o bien a otros tipos de servicios, mientras que en el caso de los consumidores de alcohol el rechazo explícito y las altas precipitadas son mucho más frecuentes (Tabla 2). Este rechazo no se da en los enfermos pre-TX debido a la obligatoriedad de su aceptación.

Un 30% de las mujeres son derivadas a otros CAS y sólo siguen en la UA-HCB un 29%, frente a unos

porcentajes en hombres del 13,8 y 55% respectivamente, pero se debe a la mayor prevalencia de consumo de opiáceos en ellas.

Teniendo en cuenta sólo los pacientes alcohólicos la significación en la diferencia desaparece, aunque en las mujeres el porcentaje de rechazos de tratamiento es del doble (28,6% vs. 14,7%) y de muertes el cuádruple (4,8% vs. 1,2%).

En ellos la edad no se relaciona de forma estadísticamente significativa con el tipo de derivación, pero al tener en cuenta las otras drogas se aprecia como los sujetos más jóvenes son derivados a CAS (36±8 años), los mayores o bien están en situaciones terminales o crónicas (51±11 años), o bien aceptan tratarse en la UA-HCB (50±11 años) y en una edad intermedia los pacientes que rechazan tratamiento (46,8±14 años).

La duración del ingreso es distinta (ANOVA. F= 4,4; p= 0,000) según el resultado final de la IC y lógicamente en función de la gravedad del motivo del ingreso (Tabla 4). Es mayor en las IC que finalmente mueren, que se derivan a residencias o servicios sociales, o que por su gravedad se excluyen de protocolos o no se les ofrece seguimiento alcohólico ambulatorio. En el caso de las altas antes de poder efectuarse la IC el ingreso sólo dura 6,7 días.

La demora en la IC desde el momento del ingreso es similar (ANOVA. F= 1; p= n.s.), pero el periodo transcurrido entre su petición y el alta (ANOVA. F= 4; p= 0,000) también es significativamente mayor entre los pacientes que mueren, los no derivados por enfermedad grave o los derivados a otros recursos y menor en los que marchan con alta "precoz" antes de la IC.

En todos los casos los pacientes que aceptan un seguimiento en la propia UA-HCB tienen los ingresos mas breves, aparte de las altas "precozes", lo que indica que tienen un nivel de gravedad moderado (Tabla 4).

Tabla 4. Duración del ingreso, demora en la petición de la interconsulta y tiempo hasta el alta posterior a la interconsulta en función del tipo de derivación.

Tipo de derivación.	Ingreso * p=0,000	Hasta petición IC * p= n.s.	Desde IC hasta alta * p= 0,000	Porcentaje de IC urgentes \$ p= 0,000
UA-HCB	11±6	4±4	7±5	8,8%
Otro CAS	14±12	5±5	9,8±9,8	30,9%
Rechaza tratamiento	14±15	4±6	9,5±13	4,8%
Otros recursos	18±14	5,7±6	12,6±11	14,3%
Alta antes de visitarse	6±3	4±4	2,5±3	0
No derivado	17±22	3±3	14±20	18,8%
Muerto	25±19	8±13	17,4±18	0
Total	13±11	4,6±5	8,7±9,8	12,5%

*ANOVA \$ Chi²

La urgencia de la IC guarda estrecha relación con la derivación (Chi²= 24,8; p=0,000) : El porcentaje de IC urgentes es nulo entre los pacientes que mueren durante el ingreso o son altas precoces y llega al máximo del 30% entre los pacientes derivados a otros CAS. Los pacientes derivados a otros recursos o los cronificados también tienen porcentajes elevados de urgencias (Tabla 4).

Cuando se analiza la relación del tipo de seguimiento que se establece con las características del

paciente, vemos que cuando existen dificultades e impedimentos individuales para realizar el tratamiento éste tiende a ser rechazado con una frecuencia muy superior a cuando no existen (19,5% versus 3,3%) o bien debe ser dirigido a otros recursos (9,8% versus 1,7%) (Chi²= 30,8; p= 0,000). Otra manera de verlo es con los porcentajes de impedimentos individuales en función del tratamiento o no que al final del ingreso se pauta (Tabla 5), que cuanto mayores son provocan menos probabilidad de querer tratarse.

Tabla 5. Dificultades objetivas/subjetivos para realizar un tratamiento.

Tipo de derivación.	Presencia de dificultades	Deterioro	Marginación	Falta de soporte familiar	Fuga o alta voluntaria	Trastorno de psiquiátrico	Negación de problemas	Cronicidad tratamientos
UA-HCB	95/147 (64,6%)	24	3	1	0	28	21	18
Otro CAS	50/55 (90,9%)	4	2	0	2	9	0	33
Rechaza tratamiento	40/42 (95,2%)	4	3	0	3	11	16	3
Otros recursos	20/21 (95,2%)	6	4	0	0	8	1	1
Total	205/265 (77%)	38	12	1	5	56	38	5

4.- DISCUSIÓN:

El alcohol es la droga más relacionada con los ingresos en un hospital general y claramente la que motiva más demandas de interconsulta.

La urgencia en la petición de IC, en cambio, no la provoca el alcohol sino las otras drogas. Esta urgencia se debe, mas que a lo reciente del ingreso (con la aparición de síntomas de abstinencia o de deterioro cognitivo), a la presencia de alteraciones comportamentales

al cabo de unos días o simplemente a la inminencia del alta.

Tampoco hay mas urgencias cuando la situación orgánica del paciente es mas grave, pues ni la duración del ingreso ni los casos de muerte se asocian con IC mas urgentes.

Con respecto a la derivación post-alta, la urgencia se da precisamente cuando los tratamientos que se ofrecen tienen una duración superior: se produce principalmente en consumidores de opiáceos, que deben

ser derivados a dispensarios especializados pero por sus características psicológicas tienen poca capacidad de espera y tienden a generar gran ansiedad y prisas. Otro grupo son los enfermos con patología orgánica terminal que precisan recursos socio-sanitarios a medio y largo plazo.

Todo ello sugiere que la urgencia se debe menos a las necesidades reales del paciente, que a las del encuadre del ingreso, y que los alcohólicos en mejores condiciones de aceptar tratamientos no son los más graves.

Los pacientes alcohólicos tienen características socio-demográficas distintas que los consumidores de opiáceos, cocaína o BZD (estos son más jóvenes y hay mayor proporción de mujeres) o los alcohólicos en pre-TX (un poco mayores y con más mujeres).

Podemos decir que cada droga también tiene un perfil de interconsulta característico:

i) La urgencia subjetiva, no asociada a la gravedad del ingreso, en la demanda de la IC de los heroínómanos.

ii) El ingreso en unos Servicios determinados: Enfermedades Infecciosas y Traumatología para los consumidores de opiáceos, Hepatología para pacientes en pre-trasplante y/o alcohólicos y Medicina Interna y Gastroenterología en estos últimos.

iii) Una estancia más corta precisamente en los consumidores de alcohol.

iv) Unos porcentajes de patología psiquiátrica, neurológica y social menor en los alcohólicos, a pesar de que globalmente son pacientes que presentan altas tasas (las 3/4 partes de ellos) de estos problemas.

Si el momento de la interconsulta durante el ingreso puede ser precipitado en algunos casos, debido a la urgencia subjetiva del enfermo, en otros es demasiado lento, como demuestran el 15% de altas antes de haberse realizado la IC y las limitaciones de tiempo que a veces existen para programar un adecuado seguimiento post-alta en estos pacientes, que en muchas ocasiones rechazan cualquier tratamiento.

Estas dificultades para tratarse después del alta se relacionan con otro tema: la tardanza en detectar al enfermo dependiente de drogas durante su recorrido de ingresos hospitalarios. Hay que tener en cuenta que casi la mitad de los pacientes habían tenido ingresos previos en el mismo hospital, y no ocasionales, sino repetidos (3 de promedio). Sin embargo sólo de la quinta parte se habían realizado IC previas.

Quizás los clínicos duden de la utilidad de la IC, ante el porcentaje del 21% de pacientes que repiten ingresos con nuevas IC, pero esta actitud favorece que no se detecte al resto de enfermos consumidores de drogas, que son muchos más.

Una de las características principales de las IC's es su gravedad psicopatológica, pues las 3/4 partes pre-

sentan alteraciones importantes tanto en su esfera psiquiátrica y neurológica, como en la socio-familiar, siendo mucho más frecuente en los consumidores de opiáceos (las presentan el 100% de ellos).

Esta gravedad tiene su expresión en las dificultades posteriores para adherirse a un tratamiento, tanto subjetivas del paciente, como objetivas de su entorno o sus medios físicos y materiales, ya que muchos son derivados a centros de media-larga estancia.

La conclusión principal es que además de infradetectar a los enfermos consumidores de alcohol y drogas, lo hacemos tarde, precisamente con los más graves orgánica y psicológicamente, de mayor edad y que están en fases muy avanzadas de su proceso de deterioro psíquico y social^{29,30,31}, lo que hace más difícil que se beneficien de una ayuda terapéutica. Este tipo de enfermos crónicos en el futuro generaran un elevado número de atenciones sociosanitarias con los consiguientes costes sociales y sanitarios que se derivan³². Presentan múltiples patologías orgánicas y psiquiátricas que provocan, incluso en el caso de seguir tratamiento alcohólico, un 7% de muertes a los 5 años de seguimiento³³.

En cambio los enfermos menos graves, cuando hacen sus primeros ingresos y disponen de un amplio margen de mejoría, no se detectan o sólo reciben consejos poco precisos y firmes, desaprovechando durante años la oportunidad de tener una intervención eficaz y relativamente fácil¹⁵. Quizás debido a que algunas manifestaciones de la dependencia alcohólica son inespecíficas o porque se cree que el miedo y el consejo son suficientes para cambiar (la famosa "voluntad").

No es cierto que la detección precoz provoque mayor rechazo de la ayuda, pues los pacientes rechazadores tienen una edad similar y cuentan también con un amplio historial de ingresos y sobretodo IC previas.

La IC por tanto cumple distintos cometidos en función de las características de los pacientes, no en cuanto a la droga que consumen sino respecto al momento del proceso de su dependencia:

En los pacientes que debutan en su patología orgánica es una oportunidad única para encauzar el tratamiento de su dependencia a sustancias, en un momento en que las ganancias de orden físico, psíquico y social pueden ser muy importantes.

En los pacientes cronicados, que repiten ingresos y que presentan deterioro psico-social importante tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, la IC puede permitir un objetivo de disminución de daños y minimización de los ingresos, mediante el establecimiento de una buena relación terapéutica y de controles externos, más adecuados a sus capacidades cognitivas y sociales.

REFERENCIAS

1. Soler Insa PA, Freixa F, Reina Galan F y cols. Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales. Barcelona: Laboratorios Delagrangue; 1988.
2. Edwards G, Anderson P, Babor TF, et al. Alcohol policy and the Public Good. Oxford University Press; 1994.
3. Lligoña A, Mondón S. Epidemiología y sociopatología de la enfermedad alcohólica. En: Rodés J, Urbano-Marquez A, Bach L. y cols, eds. Alcohol y enfermedad. Barcelona: Prous Editores; 1990.
4. Portella E, Ridao M, Carrillo E, Ribas E, Ribo C, Salvat M. El Alcohol y su Abuso: Impacto Socioeconómico. Madrid: Ed. Panamericana; 1998.
5. Miller N, Gold M. Alcohol. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1993.
6. Miller JD et al. National Survey on Drug Abuse: Main Findings. Rockville, MD: NIDA; 1985.
7. Robins NL, Helzer JE, Przybeck TR, Regiev DA. Alcoholism in the Community: A Report from the Epidemiologic Catchment Area. En: Rose R, Barrett J eds. Alcoholism Origins and Outcomes. NY: Raven Press; 1988.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhai S et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
9. Plan Nacional sobre drogas. Memoria 1998. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Secretaría General Técnica. Madrid; 1999.
10. NIDA Infobox. Tendencias Nacionales Disponible en: (www.drugabuse.gov) <http://165.112.78.61/Infobox/TendenciasNac-Sp.html>.
11. Informes anuales. Sistema d'informació sobre drogodependencies a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Organ Tècnic de Drogodependències. Barcelona; 1991 a 1998.
12. Observatorio Español sobre drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 5. Julio-2002. Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/oed-5.pdf>
13. Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. Jano 1998; LIV (1241): 40-46.
14. Pirmohamed M, Brown C, Owens L, Luke C, Gilmore IT, Breckenridge AM, Park BK. The burden of alcohol misuse on an inner-city general hospital. Q J Med 2000; 93:291-5.
15. Wallerstedt S, Denison H, Sandstrom J, Westin J. The prevalence of alcoholism and its relation to cause of hospitalization and long-term mortality in male somatic inpatients. J Intern Med 1995; 237: 339-44.
16. Ulibarri S, Martinez MI, Alvarez S, Casado MA, Villanueva R, Sierra C, Martinez ML, de Lucas MT, Mata F, Fadon P, Rubio G, Marin J, Santodomingo J. Métodos de detección de alcoholismo en el hospital general: comparación de la eficacia de pruebas psicométricas y marcadores de laboratorio. En: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, eds. La psiquiatría en la década del cerebro, Sevilla; 1995: 345-348.
17. Galanter M, Karasu TB, Wilder JF. Alcohol and drug abuse consultation in the general hospital: a system approach. Am. J. Psychiat 1976, 133: 930-934.
18. Moore RD, Bone LR, Geller G, Mamon JA, Stokes EJ, Levine DM. Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. JAMA 1989; 261: 403-407.
19. Gual A. Consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en pacientes hospitalizados. Estudio epidemiológico. En: IX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Libro de ponencias. Barcelona: Editorial S. B. Ferrer Int.; 1984: 133-192.
20. Santo-Domingo J. Programas de alcoholismo en el hospital general. Arch Neurobiol 1985; 48: 89-104.
21. Solé-Puig JR, Freixa F. Epidemiología del alcoholismo en España. En: Soler Insa PA, et al. editores. Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales. Madrid: Lab. Delagrangue 1988: 23-40.
22. Rojo Rodes JE, Cirera Costa E. Interconsulta Psiquiátrica. Barcelona: Masson SA; 1997.
23. Gual A. Sensibilización, actitudes y conocimientos sobre el alcoholismo entre los médicos residentes de un Hospital General. Comunicación presentada a las XVI Jornadas Socidrogalcohol, Valladolid, 1988.
24. Rumpf HJ, Bohlmann J, Hill A, Hapke U, John U. Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: a matter of methodological shortcomings?. Gen Hosp Psychiatry 2001; 23: 133-7.
25. Sharkey J, Brennan D, Curran P. The pattern of alcohol consumption of a general hospital population in north Belfast. Alcohol & Alcoholism 1996, 31: 279-85.
26. Lligoña A, Ortega L. Asistencia intrahospitalaria a enfermos alcohólicos. Investigación por encargo del Organ Tècnic de Drogodependencies- Departament de Sanitat, Generalitat de Catalunya, 1987.
27. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, de Jonge P, van Dijck R, Creed F, Crespo MD, Cardoso G, Guimaraes-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. Gen Hosp Psychiatry 2001; 23:124-32.
28. Alaja R, Seppa K. Six-month outcomes of hospital-based psychiatric substance use consultations. Gen Hosp Psychiatry 2003; 25:103-7.
29. Monras M, Ortega L. Drogodependencias en el Hospital General: las interconsultas. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 13-3-2000]; Conferencia 3-POS-A: [12 pantallas]. Dispo-

nible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa3/poster/3_pos_a.htm.

30. Monras M, Ortega L. Abordaje de pacientes alcohólicos y toxicómanos en un Hospital General: dificultades en las interconsultas. Comunicación presentada a las XXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Madrid 8-10 de Marzo del 2000.
31. Monras M. Cambios en la edad de inicio del tratamiento de la dependencia alcohólica. ¿Debemos cambiar la oferta asistencial?. *Adicciones* 2001, 13: 139-146.
32. Marik P, Mohedin B. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit. *Alcohol & Alcoholism*. 1996; 31: 393-396.
33. Gual A; Lligona A; Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol & Alcoholism* 1999; 34: 183-192.