

ORIGINAL

Atenciones urgentes realizadas durante la pandemia por consumo de tóxicos en una provincia española

Emergency care carried out during the pandemic due to substance abuse in a Spanish province

MARÍA IRIGOYEN-OTIÑANO^{*,**,***}, LUCÍA IBARRA-PERTUSA^{*,**}, EUGÈNIA NICOLAU-SUBIRES^{*,**}, CARLA ALBERT-PORCAR^{*,**}, MARINA ADRADOS-PÉREZ^{*,**}, ESTHER BUIL-REINÉ^{*}, LAURA ARENAS-PIJOAN^{*}, GIOVANNI TORTEROLO^{*}, MARTA SÁNCHEZ-CAZALILLA^{*}, MARGARITA PUIGDEVALL-RUESTES^{***}, VICENT LLORCA-BOFI^{*,**}.

* Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Santa María de Lérida, España.

** Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, España.

*** Servicio de Psiquiatría. Vithas Lleida, España.

Resumen

Introducción: Durante los períodos de aislamiento, las personas con trastornos por uso de sustancias pueden reducir la tensión, el estrés, la incertidumbre y la posible angustia aumentando el uso de sustancias o prácticas de las que han abusado. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la pandemia en las atenciones urgentes y continuidad asistencial de pacientes con trastorno por uso de sustancias. **Método:** Estudio realizado en el único servicio de urgencias de Psiquiatría de la provincia en el Hospital Universitario Santa María de Lérida, que atiende a 431.183 personas. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas de todos los pacientes atendidos durante un periodo previo al confinamiento (13 de enero de 2020, hasta el 14 de marzo de 2020) y durante el primer (15 de marzo de 2020 hasta su 20 de junio de 2020) y segundo estado de alarma (desde el 25 de octubre de 2020 hasta el 9 de mayo de 2021). **Resultados:** 908 pacientes atendidos con Trastorno por Uso de Sustancias, representa el 23,8% de todas las visitas. Durante el primer estado de alarma, aumento de las visitas ($p < 0,001$) con una disminución de la edad media ($p = 0,023$). Durante el segundo estado de alarma, aumento del consumo de OH respecto al resto de tóxicos ($p < 0,001$) y un aumento de las visitas de pacientes sin seguimiento previo ($p = 0,005$). **Conclusiones:** Aumentaron las consultas por trastorno por uso de sustancias en el primer estado de alarma siendo más jóvenes y acudiendo por motivos de consulta relacionados con la discontinuidad ambulatoria mientras en el segundo estado de alarma repuntó el consumo de alcohol en personas sin seguimiento previo y con escasa red social. Los ingresos del primer estado de alarma fueron más breves, sin vinculación posterior a otros centros terapéuticos de desintoxicación y con un retorno más precoz a urgencias sobre todo en mujeres consumidoras.

Palabras clave: pandemia, trastorno por uso de sustancias, alcoholismo, urgencias, continuidad asistencial

Abstract

Introduction: During periods of isolation, people with substance use disorders may reduce tension, stress, uncertainty and possible distress by increasing the use of substances or practices that they have abused. The objective of this study was to evaluate the impact of the pandemic on emergency care and continuity of care for patients with substance use disorders. **Method:** Study carried out in the only psychiatric emergency service in the province at the Hospital Universitario Santa María de Lérida, which cares for 431,183 people. Sociodemographic, clinical and evolutionary variables were collected from all the patients treated during a period prior to lockdown (January 13, 2020, until March 14, 2020) and during the first (March 15, 2020 until June 20, 2020) and second states of emergency (from October 25, 2020 to May 9, 2021). **Results:** 908 patients attended with substance use disorder, representing 23.8% of all visits. During the first state of emergency, visits increased ($p < 0.001$) with a decrease in the average age ($p = 0.0023$). During the second state of emergency, there was an increase in the use of alcohol with respect to the rest of toxic substances ($p < 0.001$) and an increase in the visits of patients without prior follow-up ($p = 0.005$). **Conclusions:** Substance use disorder consultations increased in the first state of emergency, with patients being younger and attending for reasons related to outpatient discontinuity, while in the second state of emergency, alcohol use increased in people without prior follow-up and with small social networks. Admissions in the first state of emergency were shorter, with no subsequent link to other detoxification treatment centers and with an earlier return to the emergency room, especially in female users.

Keywords: pandemic, substance use disorder, alcoholism, emergencies, continuity of care

■ Recibido: Abril 2022; Aceptado: Diciembre 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

María Irigoyen-Otiñano. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Santa María de Lérida.
E-mail: mariairigoyen@gmail.com

La crisis de COVID19 ha creado muchos desafíos adicionales para los pacientes con trastorno por uso de sustancias. Algunos de ellos han sido el cierre de las clínicas de tratamiento por uso de sustancias, el enfoque de los departamentos de emergencia en los pacientes con COVID-19, las órdenes de distanciamiento social y el suministro de sustancias para las personas que consumen drogas (Khatry y Perrone, 2020). A pesar de ello, algunas iniciativas orientadas a promover encuentros telemáticos sin requerir una evaluación presencial, han posibilitado satisfacer las necesidades de los más vulnerables durante la pandemia actual (Samuels et al., 2020).

El trastorno por uso de sustancias presenta una alta comorbilidad con enfermedades físicas y mentales, como ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación y cambios anómalos del estado de ánimo (Kim, Qian y Aslam, 2020). Durante los períodos de aislamiento, las personas con trastornos relacionados con sustancias psicoactivas y otras adicciones pueden verse tentadas a reducir la tensión, el estrés, la incertidumbre y la posible angustia aumentando el uso de sustancias o prácticas de las que han abusado. Esto puede significar recaídas y contratiempos para los pacientes en tratamiento (Fabelo-Roche, Iglesias-Moré y Gómez-García, 2021). También es importante prestar atención a los pacientes que presentan remisión completa de consumo de tóxicos. Un estudio realizado en Israel analizó el impacto de la pandemia en pacientes en remisión completa observándose que los sentimientos de soledad más intensos y menor tiempo libre de consumo de drogas estaba asociado con un mayor deseo de consumir drogas (Bonny-Noach y Gold, 2021). Un reciente estudio español también alerta de que los pacientes con un trastorno por uso de sustancias en remisión también podrían tener que hacer frente a la tensión presentando un mayor riesgo de recaída (García-Álvarez, Fuente-Tomás, Sáiz, García-Portilla y Bobes, 2020).

La pandemia tuvo un impacto significativo en España. Durante algunos meses de 2020 este fue el país con el segundo mayor número de muertes por coronavirus en el mundo (Henríquez, Gonzalo-Almoro, García-Goñi y Paolucci, 2020; RTVE 2022). De los muchos momentos de tensión provocados por la pandemia, quizás el periodo que coincidió con el primer confinamiento en España —del 14 de marzo al 21 de junio de 2020— fue el que mayor conmoción causó a los ciudadanos españoles, que se encontraban ante una situación sin precedentes (Henríquez et al., 2020). Durante este período se decretó el estado de emergencia, se cerraron las escuelas y se ordenó a los ciudadanos permanecer en sus casas excepto por razones justificadas, como trabajo ineludible, compra de alimentos o asistencia a los centros de salud por motivos urgentes (Henríquez et al., 2020). El periodo de confinamiento tuvo importantes consecuencias a nivel económico, siendo España el país más afectado de Europa en este sentido (Expansión, 2022).

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto que ha podido tener la pandemia de COVID 19 en las atenciones urgentes realizadas en un servicio de Psiquiatría a pacientes con trastornos por uso de sustancias, comparando con las realizadas en un período previo.

Método

Muestra y procedimiento

Este estudio se ha realizado en el Hospital Universitario Santa María de Lérida. Este hospital es el único que brinda atención psiquiátrica urgente en la provincia de Lérida, y cuenta con un área de influencia de 431.183 personas (INE, 2020). El hospital cuenta con una red de hospitalización compuesta por 52 camas de adultos siendo 10 específicas de patología dual y una red de consultas externas ambulatorias específicas de conductas adictivas. Durante el periodo más crítico de transmisión de la infección se reconvirtieron las distintas unidades de hospitalización para limitar el contagio y la red ambulatoria realizaba visitas a distancias según las indicaciones de las autoridades sanitarias.

Los datos de este estudio se obtuvieron mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas digitales, que registran los datos sociodemográficos de los pacientes, su diagnóstico, motivos de consulta e ingresos hospitalarios. Los periodos de observación fueron: 1) Antes del confinamiento, desde el 13 de enero de 2020, hasta el 14 de marzo de 2020 y 2) Durante el confinamiento por primer estado de alarma, desde el inicio del estado de alarma en España (15 de marzo de 2020) hasta su conclusión (20 de junio de 2020) y el durante segundo estado de alarma en España (desde el 25 de octubre de 2020 hasta el 9 de mayo de 2021) (BOE, 2020) (Irigoyen-Otiñano et al., 2022).

Medidas

De la historia clínica digital se recogió la siguiente información: número de visitas a urgencias por motivos psiquiátricos en todos los periodos descritos, perfil sociodemográfico de los pacientes que acudieron a urgencias (sexo, fecha de nacimiento y estado civil), diagnóstico psiquiátrico (que sigue los criterios del DSM-IV (Tucker, 1991), motivo de consulta y derivación al alta).

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico IBM-SPSS v.23. Los datos continuos se expresaron como media \pm desviación estándar, mientras que los datos categóricos se presentaron como porcentajes. La distribución normal se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Al analizar las diferencias entre grupos (prepandemia, primer estado de alarma y segundo estado de alarma), se utilizaron análisis de covarianza de una vía (ANCOVA) y se realizaron comparaciones por pares para identificar qué

grupos son diferentes utilizando medias marginales estimadas. Al analizar variables entre dos grupos (prepandemia y estado de alarma) se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y t-student. Como alternativa no paramétrica se utilizó la prueba exacta de Fisher y la U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para variables longitudinales desde el alta hospitalaria (días hasta la primera visita ambulatoria, días hasta el primer contacto con urgencias de psiquiatría y días hasta el reingreso) para comparar el tiempo entre pacientes prepandemia y primer estado de alarma. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba Log-Rank. Se calcularon las razones de riesgo (HR) y los intervalos de confianza del 95%. El error tipo I se fijó en el valor habitual del 5% (alfa = 0,05) con una aproximación bilateral.

Los autores afirman que todos los procedimientos que contribuyen a este trabajo cumplen con los estándares éticos de los comités nacionales e institucionales pertinentes sobre experimentación humana y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008 (World Medical Association, 2020). Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética e investigación clínica de Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

Resultados

Atenciones urgentes realizadas

Reclutamos 908 pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), lo que representa el 23,8% de todas las visitas a urgencias de psiquiatría (Tabla 1). Durante el primer estado de alarma se observó un aumento de las visitas ($p < 0,001$) con una disminución de la edad media de los pacientes ($p = 0,0023$). Durante el segundo estado de alarma objetivamos un aumento del consumo de OH respecto al resto de tóxicos

($p < 0,001$) y un aumento de las visitas de pacientes sin seguimiento previo ($p = 0,005$). Durante este período también encontramos una disminución de visitas de pacientes solteros y un aumento de los separados ($p < 0,001$ y $p = 0,010$ respectivamente). En cuanto al motivo de consulta, observamos una disminución de las descompensaciones psicóticas en ambos estados de alarma respecto al periodo pre pandemia ($p = 0,019$) y un aumento de las visitas por otros motivos en el primer estado de alarma ($p = 0,020$). No encontramos cambios significativos en el núcleo de convivencia, diagnóstico del eje II o derivación al alta entre los periodos. Ver Tabla Suplementaria para las comparaciones por pares.

Al comparar los pacientes ingresados por TUS durante el período prepandemia y el primer estado de alarma (Tabla 2), encontramos una reducción de 6 ± 3 días en la duración de los ingresos durante el primer estado de alarma ($p = 0,035$) y un aumento de las derivaciones a domicilio tras el alta junto a una reducción de derivaciones a otros dispositivos no hospitalarios ($p = 0,047$ y $p = 0,040$ respectivamente).

En el análisis de supervivencia tras el alta hospitalaria (Tabla 2, Figura 1), la mediana hasta la visita a urgencias fue menor en los pacientes ingresado durante el estado de alarma que en el periodo previo (40,1 días vs. 160,7 días; HR para la visita a urgencias = 0,37; IC95% = 0,15 a 0,87). El tiempo hasta la visita ambulatoria y el tiempo hasta el reingreso no mostraron diferencias significativas. Al estratificar por sexos, encontramos que la mediana de supervivencia hasta la visita a urgencias fue menor en las mujeres que en los hombres durante el primer estado de alarma (38,9 días vs. 67,4 días; HR para la visita a urgencias = 0,32; IC95% = 0,14 a 0,95) pero no durante el período prepandemia (61,2 días vs. 162,0 días; HR para la visita a urgencias = 1,53; IC95% = 0,33 a 6,95).

Figura 1

Curvas Kaplan-Meier analizando el tiempo (en días) desde el alta hospitalaria hasta la primera visita en urgencias: A) comparando el periodo prepandemia y el primer estado de alarma; B) comparando hombres y mujeres en el periodo prepandemia; C) comparando hombre y mujeres en el primer estado de alarma

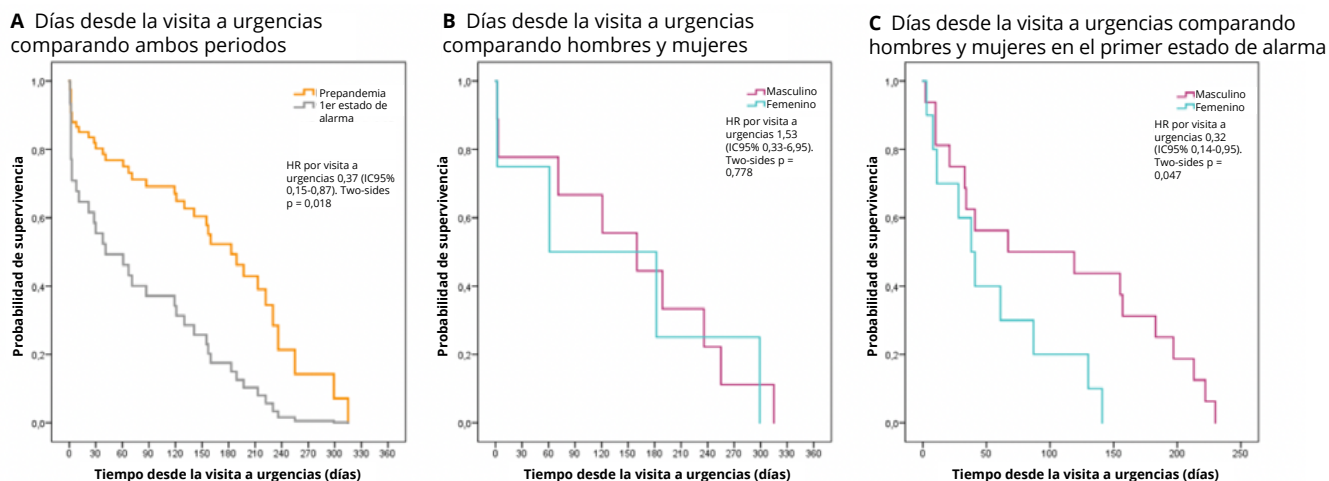


Tabla 1

Características de las visitas a urgencias de psiquiatría HUSM de pacientes con Trastorno por uso de sustancias durante la pandemia

| | Prepandemia (N = 173) | EA 1 (N = 264) | EA 2 (N = 471) | Prueba estadística; p |
|---|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| % del total en el período | 173/697 (24,8) | 264/902 (29,2) | 471/2212 (21,2) | $\chi^2=22,92$; <0,001* |
| Tóxicos (%) | | | | |
| - Alcohol | 17 (9,8) | 18 (6,8) | 94 (20) | $\chi^2=27,32$; <0,001* |
| - Otros | 156 (90,2) | 246 (93,2) | 377 (80) | |
| Mujeres (%) | 45 (26) | 57 (21,5) | 132 (28) | $\chi^2=3,66$; 0,160 |
| Edad (DS) | 37,2 (11,6) | 35,2 (12,06) | 37,5 (12,0) | t=-2,45; 0,023* |
| Estado civil (%) | | | | |
| - Soltero | 94 (56,2) | 165 (63,2) | 223 (50,1) | $\chi^2=15,73$; <0,001* |
| - Emparejado | 45 (26,9) | 63 (24,1) | 111 (25,3) | $\chi^2=0,42$; 0,808 |
| - Separado | 27 (16,1) | 31 (11,8) | 96 (21,9) | $\chi^2=9,24$; 0,010* |
| - Viudo | 1 (0,6) | 2 (0,7) | 8 (1,8) | F=1,45; 0,374 |
| Núcleo de convivencia | | | | |
| - Vive solo | 59 (35,9) | 106 (40,6) | 161 (36,5) | $\chi^2=2,92$; 0,232 |
| - Vive con familiares | 95 (57,9) | 139 (53,2) | 242 (55) | $\chi^2=0,64$; 0,726 |
| - Institución | 10 (6,1) | 16 (6,1) | 37 (8,4) | $\chi^2=1,28$; 0,525 |
| Motivo de consulta (%) | | | | |
| -Descompensación psicótica | 12 (6,9) | 9 (3,4) | 11 (2,3) | $\chi^2=7,89$; 0,019* |
| -Descompensación unipolar | 4 (2,3) | 0 (0) | 8 (1,6) | $\chi^2=5,35$; 0,069 |
| - Descompensación bipolar | 0 (0) | 0 (0) | 2 (0,4) | $\chi^2=1,86$; 0,395 |
| - Consumo de sustancias | 67 (38,7) | 82 (31,1) | 184 (39,0) | $\chi^2=5,05$; 0,080 |
| - Ideación suicida | 6 (3,5) | 8 (3) | 22 (4,6) | $\chi^2=1,33$; 0,513 |
| - Intento suicida | 12 (6,9) | 16 (6,1) | 34 (7,2) | $\chi^2=0,36$; 0,835 |
| - Cualquier conducta suicida ^a | 18 (10,4) | 24 (9,1) | 56 (11,8) | $\chi^2=1,41$; 0,494 |
| - Alteración de la conducta | 16 (9,2) | 33 (12,5) | 39 (8,2) | $\chi^2=3,49$; 0,175 |
| - Descompensación ansiosa | 19 (10,9) | 26 (9,8) | 49 (10,4) | $\chi^2=0,14$; 0,929 |
| - Problema de sueño | 16 (9,2) | 26 (9,8) | 31 (6,5) | $\chi^2=2,86$; 0,239 |
| - Administrativo | 13 (7,5) | 31 (11,7) | 49 (10,4) | $\chi^2=2,06$; 0,357 |
| - Otros | 8 (4,6) | 33 (12,5) | 42 (8,9) | $\chi^2=7,86$; 0,020* |
| Diagnóstico eje II (%) | | | | |
| - Sin diagnóstico | 121 (69,9) | 162 (61,3) | 288 (61,1) | $\chi^2=4,56$; 0,102 |
| - Cluster B | 52 (30,1) | 102 (38,6) | 180 (38,2) | $\chi^2=4,171$; 0,124 |
| - Cluster C | 0 (0) | 0 (0) | 3 (0,6) | F=2,793; 0,248 |
| Sin seguimiento previo (%) | 44 (25,4) | 64 (24,2) | 163 (34,6) | $\chi^2=10,66$; 0,005* |
| Derivación al alta (%) | | | | |
| - Ingreso psiquiatría | 33 (19,6) | 53 (20,7) | 87 (18,5) | $\chi^2=2,08$; 0,601 |
| - Alta domiciliaria | 140 (80,4) | 211 (79,6) | 384 (81,5) | |

Nota. ^aIncluye ideación e intento suicida. Abreviaciones: DS= Desviación Estándar; EA= Estado de Alarma; CT= Comunidad Terapéutica; χ^2 = Chi-cuadrado; t= t-student; * = p < 0,001.

Tabla 2
Características de los ingresos hospitalarios de pacientes con Trastorno por uso de sustancias y análisis de supervivencia tras el alta

| | Prepandemia (N = 33) | Estado de alarma 1 (N = 53) | Prueba estadística; p |
|--|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| % del total en el período | 33/163 (20,2) | 53/235 (22,5) | $\chi^2=0,29$; 0,582 |
| Tóxicos (%) | | | |
| - Alcohol | 4 (12,1) | 3 (5,7) | F=1,12; 0,287 |
| - Otros | 29 (87,9) | 50 (94,3) | |
| Mujeres (%) | 10 (30,3) | 15 (28,3) | $\chi^2=0,04$; 0,842 |
| Edad (DS) | 38,7 (15,4) | 36,1 (12,9) | t=0,861; 0,392 |
| Estado civil (%) | | | |
| - Soltero | 19 (57,6) | 24 (45,3) | $\chi^2=1,75$; 0,193 |
| - Emparejado | 11 (33,3) | 21 (39,6) | $\chi^2=1,01$; 0,884 |
| - Separado | 2 (9,1) | 7 (13,2) | F=3,28; 0,426 |
| - Viudo | 0 (0) | 1 (1,9) | - |
| Núcleo de convivencia | | | |
| - Vive solo | 15 (45,5) | 17 (32,1) | $\chi^2=0,31$; 0,618 |
| - Vive con familiares | 17 (51,5) | 33 (62,3) | $\chi^2=0,15$; 0,729 |
| - Institución | 1 (3) | 3 (5,7) | F=1,31; 0,239 |
| Sin seguimiento previo (%) | 22 (66,7) | 42 (79,2) | $\chi^2=1,74$; 0,194 |
| Diagnóstico eje II (%) | | | |
| - Sin diagnóstico | 21 (63,6) | 38 (71,7) | $\chi^2=0,59$; 0,612 |
| - Clúster B | 12 (26,4) | 15 (28,3) | $\chi^2=0,51$; 0,468 |
| - Clúster C | 0 (0) | 0 (0) | - |
| Tipo ingreso | | | |
| - Voluntario | 13 (46,4) | 19 (44,2) | $\chi^2=0,03$; 0,853 |
| - Involuntario | 15 (53,6) | 24 (55,8) | |
| Nº ingresos previos | 3,4 (4,8) | 3,7 (7,2) | t=-0,20; 0,837 |
| Duración del ingreso (días) | 17 (13) | 11 (10) | t=2,14; 0,035* |
| Derivación al alta (%) | | | |
| - Domicilio | 16 (57,1) | 36 (83,7) | $\chi^2=5,46$; 0,047* |
| - Subagudos | 8 (28,6) | 6 (14) | $\chi^2=1,89$; 0,114 |
| - CT | 0 | 0 | - |
| - Otros | 4 (14,2) | 1 (2,3) | $\chi^2=5,42$; 0,040* |
| Nº de visitas a URGENCIAS tras alta, media (DS) | 2,3 (8,1) | 7,1 (22,4) | U=459,5; 0,678 |
| Visita AMBULATORIA tras alta | | | |
| - Presencial | 18 (54,4) | 23 (43,3) | $\chi^2=1,48$; 0,216 |
| - Telefónica | 8 (24,2) | 10 (18,9) | |
| Análisis de supervivencia | | | |
| Mediana de supervivencia hasta (95% CI) | | | |
| - visita ambulatoria, días | 25,3 (2,7 to 47,8) | 12,3 (6,8 to 17,1) | LR=2,58; 0,087 |
| - 1ª visita urgencias, días | 160,7 (32,6 to 287,3) | 41,1 (2,1 to 87,2) | LR=4,24; 0,018* |
| - reingreso, días | 239,9 (115,3 to 356,6) | 175,2 (118,5 to 231,4) | LR=2,50; 0,161 |

Nota. Abreviaciones: DS= Desviación Estándar; CT= Comunidad Terapéutica; χ^2 = Chi-cuadrado; t= t-student; U= Prueba U de Mann-Whitney; LR= Log-Rank test; *= p < 0,001.

Tabla suplementaria

Comparación por pares de las variables significativas de la ANCOVA de la Tabla 1

| | Prepandemia (N = 173) | EA 1 (N = 264) | EA 2 (N = 471) | Prueba estadística; p |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| % del total en el período | 173/697 (24,8) | 264/902 (29,2) | 471/2212 (21,2) | $\chi^2=22,92$; <0,001* PP vs EA1; 0,038* PP vs EA2; 0,056 EA1 vs EA2; <0,001* |
| Alcohol (%) | 17 (9,8) | 18 (6,8) | 94 (20) | $\chi^2=27,32$; <0,001* PP vs EA1; 0,626 PP vs EA2; 0,021* EA1 vs EA2; 0,002* |
| Edad (DS) | 37,2 (11,6) | 35,2 (12,06) | 37,5 (12,0) | $t=-2,45$; 0,023* PP vs EA1; <0,001* PP vs EA2; 0,046 EA1 vs EA2; 0,011* |
| Soltero (%) | 94 (56,2) | 165 (63,2) | 223 (50,1) | $\chi^2=15,73$; <0,001* PP vs EA1; 0,302 PP vs EA2; 0,048* EA1 vs EA2; 0,003* |
| Separado (%) | 27 (16,1) | 31 (11,8) | 96 (21,9) | $\chi^2=9,24$; 0,010* PP vs EA1; 0,051 PP vs EA2; 0,566 EA1 vs EA2; 0,027* |
| Descompensación psicótica (%) | 12 (6,9) | 9 (3,4) | 11 (2,3) | $\chi^2=7,89$; 0,019* PP vs EA1; 0,041* PP vs EA2; 0,015* EA1 vs EA2; 0,302 |
| Otros motivos de consulta (%) | 8 (4,6) | 33 (12,5) | 42 (8,9) | $\chi^2=7,86$; 0,020* PP vs EA1; 0,012* PP vs EA2; 0,035* EA1 vs EA2; 0,048* |
| Sin seguimiento previo (%) | 44 (25,4) | 64 (24,2) | 163 (34,6) | $\chi^2=10,66$; 0,005* PP vs EA1; 0,524 PP vs EA2; <0,001* EA1 vs EA2; 0,002* |

Nota. Abreviaciones: DS= Desviación Estándar; EA= Estado de Alarma; * = p < 0,001.

Discusión

Durante el primer estado de alarma observamos un aumento significativo de pacientes que acuden a urgencias de Psiquiatría por trastorno por uso de sustancias respecto al periodo prepandemia y respecto al segundo estado de alarma. Son varios los estudios realizados durante el confinamiento que informan de un aumento de afluencia de pacientes consumidores (Czeisler et al., 2020; Rehm et al., 2020). Destacaron las visitas por otros motivos de consulta en alta medida relacionados con los perjuicios relativos a la interrupción de la continuidad asistencial debido a las res-

tricciones impuestas por las autoridades sanitarias (Moreno et al., 2020). En este primer estado de alarma analizado en nuestro estudio, destaca que los pacientes presentaban menor edad media. Otros estudios así lo reportan (Faris et al., 2021) y es que el confinamiento parece haber afectado en particular a los adultos más jóvenes, probablemente porque su bienestar psicosocial depende de interacciones sociales frecuentes en mayor medida que en el caso de los adultos mayores (Carstensen, 1992).

En el segundo estado de alarma, en cambio, identificamos un aumento de visitas por problemática específica con

el consumo de alcohol respecto a otros tóxicos. Son varios los estudios que reportan un incremento en el consumo de alcohol en la sociedad durante el confinamiento (Vanderbruggen et al., 2020). También aumentaron en dicho periodo las visitas de pacientes que no estaban vinculados a la red de salud mental. Existen varias hipótesis que permiten interpretar este aumento del consumo de alcohol en el periodo más prolongado del confinamiento ya que los contextos de consumo de alcohol y las razones para el consumo pueden haber cambiado durante la pandemia (Patrick et al., 2022). Un estudio que examinó el cambio en los motivos para beber entre la población general indicó aumentos relacionados con COVID en la depresión y los motivos de afrontamiento, así como disminuciones en los motivos sociales, de mejora y de conformidad (Graupensperger et al., 2021). A pesar de ello, nosotros no objetivamos resultados significativos en cuanto al diagnóstico. En cuanto a aspectos sociodemográficos, sí observamos un aumento de pacientes separados y una disminución de solteros en el segundo estado de alarma. La literatura refiere que el apoyo social puede reducir el estigma internalizado y mejorar la salud mental entre las personas con problemas de trastorno por uso de sustancias (Birtel, Wood y Kempa, 2017). Esto concuerda con lo reportado en la literatura en la que se señala que los cónyuges, así como resto de familiares y amigos pueden ser factores protectores en los consumidores de tóxicos (Gariépy, Honkaniemi y Quesnel-Vallée, 2016).

A pesar de que el trastorno por uso de sustancias puede estar íntimamente relacionado con la psicosis (Moggi, 2018), en ambos periodos de confinamiento disminuyeron el número de pacientes con trastornos por uso de sustancias que presentaban descompensación psicótica.

Respecto a los pacientes que ingresaron por trastorno por uso de sustancias, en el primer estado de alarma disminuyó su estancia media significativamente y predominó la derivación al alta a domicilio sin procederse a derivaciones a comunidades terapéuticas para consolidar deshabitación. Este hecho concuerda con lo reflejado en otros estudios internacionales en los que se reflejaba la necesidad de mantener los procesos terapéuticos al tratarse de una población vulnerable debido al consumo, la precariedad social y la comorbilidad médica (Chacon et al., 2021). En congruencia con estas dificultades para la continuidad asistencial óptima, nosotros identificamos un retorno al servicio de urgencias de Psiquiatría al alta hospitalaria en un tiempo más acortado que en periodos previos a la pandemia siendo esto más predominante en mujeres consumidoras que en varones consumidores. Este aspecto ya ha sido recogido en un estudio español en el que participaron 21.207 sujetos, reveló que los factores relacionados con el sexo se asociaron con el consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento durante la pandemia [mujeres, OR = 0,600, $p < 0,001$] (Martínez-Cao et al., 2021).

Limitaciones y fortalezas

Estos resultados deben interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, los datos aquí presentados proceden de la historia clínica digital y nos hemos basado en el diagnóstico clínico realizado por diferentes psiquiatras. Sin embargo, al tratarse de un estudio unicéntrico, existe un criterio clínico común entre todos los psiquiatras que trabajan en nuestro servicio de urgencias que respalda la validez interna de los resultados. En segundo lugar, no empleamos medidas validadas de gravedad de los síntomas, sino que se utilizó el “ingreso hospitalario” como medida lógica de la gravedad de la enfermedad. Esta medida aumenta la transferibilidad clínica de nuestros resultados, pero pueden verse afectados por la logística hospitalaria durante la pandemia. Tercero, esta muestra es representativa de una población que promueve servicios de atención secundaria y los resultados pueden no ser generalizables a pacientes que requieran servicios de atención primaria. Cuarto, el período previo a la pandemia de dos meses observado puede resultar corto a pesar de ser representativo de la situación previa a la pandemia. Quinto, no se pudo desglosar íntegramente el tipo de consumo. Finalmente, este es un estudio transversal basado en un servicio de urgencias de un solo centro y no se puede hacer una inferencia causal. Como fortaleza del estudio, hemos podido obtener una muestra representativa de todas las urgencias psiquiátricas atendidas en la provincia por problemática de consumo pudiéndose extraer datos relevantes de interés clínico y asistencial que permitan establecer otros modelos de atención en situación de nueva crisis sanitaria.

Conclusión

Aumentaron las consultas por trastorno por uso de sustancias en el primer estado de alarma siendo más jóvenes y acudiendo por motivos de consulta relacionados con la discontinuidad ambulatoria mientras en el segundo estado de alarma repuntó el consumo de alcohol en personas sin seguimiento previo y con escasa red social. Los ingresos del primer estado de alarma fueron más breves, sin vinculación posterior a otros centros terapéuticos de desintoxicación y con un retorno más precoz a urgencias sobre todo en mujeres consumidoras.

Reconocimientos

Los autores agradecen la correcta recogida de datos en los registros clínicos de la historia clínica informatizada.

Conflicto de intereses

Los autores niegan cualquier tipo de conflicto de interés.

Financiación

Este estudio no ha recibido financiación.

Referencias

- Birtel, M. D., Wood, L. y Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1-8. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.097.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2020). Documento BOE-A-2020-3692. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>.
- Bonny-Noach, H. y Gold, D. (2021). Addictive behaviors and craving during the COVID-19 pandemic of people who have recovered from substance use disorder. *Journal of Addictive Diseases*, 39, 257-264. doi:10.1080/10550887.2020.1856298.
- Carstensen, L. L. (1992). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. *Nebr Symp Motiv.*, 40, 209-54.
- Chacon, N. C., Walia, N., Allen, A., Sciancalepore, A., Tiong, J., Quick, R.,... Rodriguez, I. (2021). Substance use during COVID-19 pandemic: Impact on the underserved communities. *Discoveries (Craiova)*, 9, e141. doi:10.15190/d.2021.20.
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R.,... Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic - United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 69, 1049-1057. doi:10.15585/mmwr.mm6932a1.
- EXPANSION (2022). España es el país más afectado por la caída de la productividad en la pandemia. <https://www.expansion.com/economia/2020/11/10/5faa-5d47468aebf41b8b468f.html>.
- Fabelo-Roche, J. R., Iglesias-Moré, S. y Gómez-García, A. M. (2021). Persons with substance abuse disorders and other addictions: Coping with the COVID-19 pandemic. *MEDICC Review*, 23, 55. doi:10.37757/MR2021.V23.N2.2.
- Faris, L. H., Gabarrell-Pascuet, A., Felez-Nobrega, M., Cristóbal-Narváez, P., Mortier, P., Vilagut, G.,... Domènech-Abella, J. (2021). The association between substance use disorder and depression during the COVID-19 lockdown in Spain and the moderating role of social support: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 27, 1-11. doi:10.1007/s11469-021-00651-7.
- García-Álvarez, L., Fuente-Tomás, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2020). Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown? *Adicciones*, 32, 85-89. doi:10.20882/adicciones.1546.
- Gariépy, G., Honkaniemi, H. y Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal Psychiatry*, 209, 284-293. doi:10.1192/bjp.bp.115.169094.
- Graupensperger, S., Fleming, C. B., Jaffe, A. E., Rhew, I. C., Patrick, M. E. y Lee, C. M. (2021). Changes in young adults' alcohol and marijuana use, norms, and motives from before to during the COVID-19 pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 68, 658-665. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.01.008.
- Henríquez, J., Gonzalo-Almorox, E., García-Goñi, M. y Paolucci, F. (2020). The first months of the COVID-19 pandemic in Spain. *Health Policy and Technology*, 9, 560-574. doi:10.1016/j.hlpt.2020.08.013.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020). Población por municipios, sexo y edad (año a año). <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e244/avance/p02/10/&file=1mun00.px#!tabs-tabla>.
- Irigoyen-Otiñano, M., Nicolau-Subires, E., González-Pinto, A., Adrados-Pérez, M., Buil-Reiné, E., Ibarra-Perutusa, L.,... Llorca-Bofi, V. (2022). Characteristics of patients treated for suicidal behavior during the pandemic in a psychiatric emergency department in a Spanish province. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15, ISSN 1888-9891. doi:10.1016/j.rpsm.2022.03.004.
- Khatri, U. G. y Perrone, J. (2020). Opioid use disorder and COVID-19: Crashing of the crises. *Journal of Addiction Medicine*, 14, e6-e7. doi:10.1097/ADM.0000000000000684.
- Kim, Y. J., Qian, L. y Aslam, M. S. (2020). The impact of substance use disorder on the mental health among COVID-19 patients: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 99, e23203. doi:10.1097/MD.00000000000023203.
- Martínez-Cao, C., de la Fuente-Tomás, L., Menéndez-Miranda, I., Velasco, Á., Zurrón-Madera, P., García-Álvarez L.,... Bobes, J. (2021). Factors associated with alcohol and tobacco consumption as a coping strategy to deal with the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in Spain. *Addictive Behaviors*, 121, 107003. doi:10.1016/j.addbeh.2021.107003.
- Moggi, F. (2018). Epidemiologie, ätiologie und behandlung von patienten mit psychosen und komorbider suchterkrankung [epidemiology, etiology and treatment of patients with psychosis and co-morbid substance use disorder]. *Ther Umsch*, 75, 37-43. doi:10.1024/0040-5930/a000964.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N.,... Arango C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 813-824. doi:10.1016/S2215-0366(20)30307-2.

- Patrick, M. E., Terry-McElrath, Y. M., Miech, R. A., Keyes, K. M., Jager, J. y Schulenberg, J. E. (2022). Alcohol use and the COVID-19 pandemic: Historical trends in drinking, contexts, and reasons for use among U.S. adults. *Social Science & Medicine*, 301, 114887. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114887.
- Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C. D. H.,... Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*, 39, 301-304. doi:10.1111/dar.13074.
- RTVE (2022). Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución. <https://www.rtve.es/noticias/20220519/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>.
- Samuels, E. A., Clark, S. A., Wunsch, C., Jordison Keeler, L. A., Reddy, N., Vanjani, R. y Wightman, R. S. (2020). Innovation during COVID-19: Improving addiction treatment access. *Journal of Addiction Medicine*, 14, 8-9. doi:10.1097/ADM.0000000000000685.
- Tucker, G. J. (1991). DSM-IV: Proposals for revision of diagnostic criteria for delirium. APA work group on organic disorders of the DSM-IV task force and major contributors. *Int Psychogeriatr*, 3, 197-208.
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Ameele, S. y Crunelle, C. L. (2020). Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures: Results from a web-based survey. *European Addiction Research*, 26, 309-315. doi:10.1159/000510822.
- World Medical Association (2020). World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA*, 310, 2191.

