

Original

Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según la edad y el sexo?

Anna M. Guitart^{a,b,*}, Albert Espelt^{a,b,c}, Yolanda Castellano^{a,b,c}, Montse Bartrolí^{a,b}, Joan R. Villalbí^{a,b,c}, Antonia Domingo-Salvany^{b,d} y M. Teresa Brugal^{a,b,c}

^a Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^b Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Grupo de Investigación en Epidemiología de las Drogas de Abuso. IMIM-Institut de Recerca de l'Hospital del Mar, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de octubre de 2010

Aceptado el 20 de marzo de 2011

On-line el 30 de julio de 2011

Palabras clave:

Trastornos relacionados con alcohol

Mortalidad

Riesgo atribuible

RESUMEN

Objetivos: Estimar el exceso de mortalidad en pacientes con trastorno por consumo de alcohol y calcular el impacto poblacional que puede atribuirse a dicho trastorno, haciendo especial énfasis en las diferencias según sexo y edad.

Métodos: Estudio longitudinal de cohorte dinámica de tipo retrospectivo. Se reclutaron 7109 pacientes (76,5% hombres) de 18 a 64 años de edad que iniciaron tratamiento ambulatorio durante el periodo 1997-2006. El seguimiento de las defunciones se realizó mediante el registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística. Se estimó la razón de mortalidad estandarizada (SMR) según la edad y el sexo, y el riesgo atribuible poblacional (RAP) por grupo de edad.

Resultados: Murieron 557 personas (83% hombres). El exceso de mortalidad total fue ocho veces mayor respecto a la población general de 18-64 años de edad, y especialmente en el grupo de 25-34 años (SMR: 11,2 [intervalo de confianza del 95% (IC95%): 7,8-16,0] en hombres y 24 [IC95%: 11,5-50,4] en mujeres). Se observaron diferencias significativas según el sexo en todas las variables analizadas. En Barcelona ciudad, se estimó que el trastorno por consumo de alcohol ocasionaba 73 muertes al año; el 3,3% del total de defunciones de la ciudad en esta franja de edad. Este porcentaje era notablemente más alto en el grupo de 25-34 años (RAP: 19,4% [IC95%: 19,2-19,6]) y en el de 18-24 años (RAP: 11,1% [IC95%: 10,7-11,4]).

Conclusiones: Los jóvenes y las mujeres con trastorno por consumo de alcohol tienen un riesgo elevado de mortalidad prematura. Para prevenirla debería mejorarse la detección del consumo problemático de alcohol y reforzar los programas de prevención selectiva e indicada.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Impact of alcohol use disorder on mortality: are there age and gender differences?

ABSTRACT

Keywords:

Alcohol-related disorders

Mortality

Attributable risk

Objectives: To estimate excess mortality in patients with an alcohol use disorder and to calculate the population-based impact attributable to this disorder, with emphasis on differences according to gender and age.

Methods: We carried out a longitudinal study of a dynamic retrospective cohort in which 7,109 patients (76.5% men) aged 18-64 years who started medical day treatment between 1997 and 2006 were recruited. Deaths were monitored until the end of 2006 using a national mortality register. Standardized mortality ratios (SMR) by age and gender and population attributable risks (PAR) by age group were estimated.

Results: There were 557 deaths (83% were men). The total excess mortality was 8 times higher than in the general population aged 18-64 years, especially in the group aged 25-34 years old (SMR: 11.2 [95% CI: 7.8-16.0] in men and 24 [IC95%: 11.5-50.4] in women). Significant differences by gender were found in all the variables analyzed. In Barcelona, alcohol use disorder was estimated to cause 73 deaths per year, representing 3.3% of the total annual deaths in this city in persons aged 18-64 years. This percentage was substantially higher in the groups aged 25-34 years (PAR: 19.4% [95% CI: 19.2-19.6]) and 18-24 years (PAR: 11.1% [95% CI: 10.7-11.4]).

Conclusions: Women and young men with an alcohol use disorder have a higher risk of early mortality. Early detection of problematic alcohol consumption and selective and well-indicated prevention programs should be improved.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: aguitart@aspb.cat (A.M. Guitart).

Introducción

El alcohol es una sustancia psicoactiva cuyo consumo se asocia a altos índices de mortalidad, morbilidad y problemas sociales^{1,2}. En España, se ha estimado que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno por dependencia de alcohol es del 3,6% (6,47% en hombres y 0,96% en mujeres), mientras que la prevalencia para los últimos 12 meses disminuye al 0,69% (1,38% en hombres y 0,05% en mujeres)³. Esta cifra es inferior a la estimada en Europa, con una prevalencia-vida de 5,2% (9,2% en hombres, 1,4% en mujeres) y una prevalencia-año del 1% (1,7% en hombres y 0,3 en mujeres)⁴. En Estados Unidos se ha calculado que la prevalencia de abuso o dependencia en los últimos 12 meses es del 4,7% y el 3,8%, respectivamente^{5,6}, lo que lo sitúa como el trastorno psiquiátrico más prevalente después de los trastornos de ansiedad (11,08%) y los trastornos afectivos (9,21%)⁷.

Anualmente, en Cataluña, alrededor del 44% del total de inicios de tratamiento ambulatorio en los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) se deben a un trastorno por consumo de alcohol. En el año 2008 iniciaron tratamiento por este trastorno 5495 personas, de las cuales 1209 eran mujeres y 609 eran menores de 30 años. Del total de los inicios de tratamiento en Cataluña, el 22% eran residentes en Barcelona⁸.

Diversos estudios epidemiológicos internacionales han estimado el número de muertes atribuibles al consumo de alcohol, tanto en la población general⁹⁻¹² como en la población con dependencia del alcohol⁹. En España, para el periodo 1999-2004, el porcentaje de mortalidad (ajustada a la población estándar europea) atribuible al consumo de alcohol fue del 2,1% (2,9% en hombres y 1,1% en mujeres)¹³. En Cataluña se calculó, para un periodo previo (1988-1997), que el número de muertes atribuibles al consumo excesivo representaba alrededor del 5,5% del total de muertes¹⁴, proporción que descendió al 4,8% en el año 1997¹⁵. Estudios basados en pacientes tratados por dependencia del alcohol han documentado la mortalidad prematura de dicha población¹⁶⁻¹⁸, sin valorar el peso de dichas muertes en la mortalidad general ni el diferencial entre jóvenes o mujeres.

La hipótesis de partida apuntaría a que, a pesar de haber una mayor mortalidad en los hombres, el impacto sería mayor en la población juvenil y en las mujeres. Es por ello que el objetivo de nuestro estudio fue estimar el exceso de mortalidad en los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol (abuso o dependencia) y calcular el impacto en la mortalidad general que puede atribuirse a este trastorno, haciendo especial énfasis en las diferencias según sexo y edad.

Métodos

Sujetos

Se trata de un estudio longitudinal con una cohorte dinámica de tipo retrospectivo, formada por todos los pacientes de 18 a 64 años de edad, residentes en Barcelona ciudad, que iniciaron tratamiento por primera vez por un trastorno de consumo de alcohol entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2006, independientemente de que hubieran iniciado otro tratamiento en los años anteriores, en nueve de los 14 CAS de la red pública asistencial de drogodependencias de la ciudad, lo que representa el 66% de todos los inicios de tratamiento por alcohol en la red pública de atención a las drogodependencias de la ciudad.

Se excluyeron 211 pacientes con consumo concomitante de opiáceos, ya que se valoró que el consumo simultáneo de heroína comportaría una mayor mortalidad asociada a dicha sustancia (sida/VIH, sobredosis de heroína, etc.)¹⁹ e impediría estudiar el efecto del consumo de abuso o de la dependencia del alcohol, objeto principal del estudio.

Los trastornos por consumo de alcohol estudiados son los que cumplen los criterios del DSM-IV²⁰ de trastorno por abuso o dependencia del alcohol, 305.00 y 303.90, respectivamente, y que se corresponderían en la CIE-10 con el consumo perjudicial (F10.1) y el síndrome de dependencia (F10.2x).

Los datos procedían de la encuesta clínico-epidemiológica estandarizada que se completó cuando el paciente inició tratamiento en los CAS monitorizados. Esta encuesta contempla variables sociodemográficas, patrones de consumo, historia toxicológica, antecedentes de patología somática y psiquiátrica distinta al trastorno por consumo de alcohol, y salud autopercibida²¹. El porcentaje de datos completos en dichas variables superó el 95%, teniendo en cuenta la variable peor completada (antecedentes patológicos). Las variables se analizaron estratificando por sexo.

El seguimiento de los pacientes se realizaba anualmente para confirmar su estado vital. Si no se encontraban en tratamiento, se comprobaba la posible migración en el padrón de habitantes de la ciudad. Los que emigraron fuera de España fueron censurados en la fecha de emigración. Para conocer el estado vital se cruzaron los datos con el Registro Nacional de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística, que es un registro exhaustivo de todos los fallecidos en España, del cual se recogía la fecha de defunción. Los pacientes de quienes no se tuvo información sobre su fallecimiento al finalizar el periodo de estudio (31 de diciembre de 2006) se consideraron vivos.

La información recogida en los centros de tratamiento se almacenó en una base de datos central con identificadores cifrados. La vinculación entre bases de datos se realizó con un identificador construido a partir de las dos primeras letras de cada apellido, la fecha de nacimiento, el sexo y la provincia de nacimiento, velando por la confidencialidad absoluta. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. El diseño del estudio fue aprobado por el Comité de Bioética.

Análisis estadístico

Las diferencias entre grupos en las variables estudiadas se analizaron mediante la prueba de χ^2 . Las diferencias estadísticas se consideraron significativas para un valor de $p < 0,05$.

La estimación de la prevalencia-año para cualquier trastorno por consumo de alcohol, según grupos de edad, se extrajo de estudios recientes en nuestro entorno³.

El exceso de mortalidad de la población del estudio se valoró con la razón estandarizada de mortalidad (SMR) y su intervalo de confianza²² del 95% (IC95%) según el método indirecto para hombres y mujeres, y según grupos de edad, con la mortalidad de la población de Barcelona del año 2006 como estándar.

Para evaluar el impacto del riesgo de morir derivado de un trastorno por consumo de alcohol en la población general de la ciudad se calculó el riesgo atribuible poblacional (RAP) o fracción atribuible poblacional, a partir de la fórmula²³:

$$\text{RAP} = \text{POH}(\text{SMR} - 1)/[\text{POH}(\text{SMR} - 1) + 1]$$

donde POH es la prevalencia-año para cualquier trastorno por consumo de alcohol en la población general.

El tratamiento estadístico se realizó con el paquete SPSS 15.0.

Resultados

En total, 7109 pacientes iniciaron por primera vez un tratamiento por un trastorno de consumo de alcohol en los CAS monitorizados de la red pública asistencial de drogodependencias de la ciudad de Barcelona. Estos pacientes aportaron un total de 32.130 personas-año de seguimiento durante los 10 años que se prolongó el estudio, con una media de seguimiento de 4,5 años

Tabla 1

Características sociodemográficas, clínicas y patrones de consumo de los pacientes que inician tratamiento por un trastorno de consumo de alcohol en los Centros de Atención y Seguimiento de la red pública de atención a las drogodependencias (Barcelona, 1997-2006)

| | Hombres | | Mujeres | | p |
|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|-------|
| | N (%) 5.437 (76,5) | Personas-año 24.666,6 | n (%) 1.672 (23,5) | Personas-año 7.463,6 | |
| Defunciones | 464(8,5) | | 93(5,6) | | |
| Edad al inicio del estudio | | | | | |
| < 25 años | 199(3,7) | 350,6 | 67(4,0) | 127,2 | |
| 25-34 años | 1.294(23,8) | 4.260,9 | 352(21,1) | 1.057,5 | 0,129 |
| 35-49 años | 2.740(50,4) | 13.299,7 | 865(51,7) | 4.021,8 | |
| 50-64 años | 1.204(22,1) | 6.755,4 | 388(23,2) | 2.257,1 | |
| Nivel de instrucción | | | | | |
| Estudios primarios incompletos | 576(10,7) | 2.653,9 | 179(10,7) | 736,4 | |
| Estudios primarios | 1.439(26,6) | 6.674,5 | 376(22,6) | 1.789,5 | 0,000 |
| Estudios secundarios | 2.892(53,5) | 12.893,9 | 889(53,3) | 3.963,5 | |
| Estudios universitarios | 500(9,2) | 2.239,6 | 223(13,4) | 941,9 | |
| Situación laboral | | | | | |
| Trabajando | 2.975(55,2) | 13.442,9 | 725(43,9) | 3.061,9 | |
| En paro | 1.497(27,8) | 7.205,9 | 515(31,2) | 2.562,3 | 0,000 |
| Incapacitado | 506(9,4) | 2.000,0 | 147(8,9) | 531,3 | |
| Amas de casa y otras situaciones | 408(7,6) | 1.797,6 | 264(16,0) | 1.219,8 | |
| Convivencia 30 días antes de iniciar tratamiento | | | | | |
| Con familia directa | 3.734(70,1) | 17.360,4 | 1.207(73,7) | 5.587,7 | 0,016 |
| Solo | 1.027(19,3) | 4.525,7 | 283(17,3) | 1.222,6 | |
| Sin techo y otras situaciones | 565(10,6) | 1.989,2 | 147(9,0) | 423,0 | |
| Salud general autopercibida | | | | | |
| Muy buena/buena | 2.789(53,6) | 13.525,7 | 794(50,0) | 3.792,1 | 0,004 |
| Regular | 2.008(38,6) | 8.923,1 | 635(40,0) | 2.822,2 | |
| Mala/muy mala | 405(7,8) | 1.554,6 | 159(10,0) | 610,4 | |
| Tipo de patología | | | | | |
| Sin patología | 1.840(35,4) | 8.442,5 | 421(26,3) | 1.868,3 | 0,000 |
| Solo patología orgánica | 1.730(33,3) | 7.828,1 | 360(22,5) | 1.597,9 | |
| Patología psiquiátrica (con o sin enfermedad orgánica) | 1.632(31,4) | 6.762,9 | 822(51,3) | 3.484,0 | |
| Tiempo de consumo (años) | | | | | |
| < 10 | 741(13,7) | 3.728,7 | 402(24,1) | 2.032,9 | |
| 10-24 | 2.539(47,0) | 12.293,1 | 765(45,9) | 3.527,4 | |
| > 24 | 2.126(39,3) | 8.421,8 | 498(29,9) | 1.857,0 | |
| Consumo de drogas los últimos 30 días antes de iniciar tratamiento | | | | | |
| Sólo alcohol | 2.951(54,3) | 15.151,1 | 1.019(60,9) | 5.272,7 | 0,000 |
| Alcohol y tabaco | 976(18,0) | 3.484,4 | 274(16,4) | 902,5 | |
| Alcohol y drogas ilegales | 1.510(27,8) | 6.031,2 | 379(22,7) | 1.288,3 | |
| Proceso terapéutico | | | | | |
| Alta terapéutica | 392(7,2) | 1.959,7 | 137(8,2) | 7.54,0 | |
| Abandono | 4.264(78,4) | 21.617,5 | 1.237(74,0) | 6.210,3 | 0,001 |
| En tratamiento | 781(14,4) | 1.089,5 | 298(17,8) | 499,3 | |

(desviación estándar [DE]: 2,9). Al iniciar el tratamiento, el 76,5% eran hombres, con una media de edad de 41 años (DE: 9,6). Las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas en todas las variables sociodemográficas, de patrones de consumo y clínicas, salvo en la distribución de la cohorte por grupos de edad, que es similar en ambos sexos. En comparación con los hombres, se observó una mayor proporción de mujeres en paro o amas de casa, con estudios universitarios, viviendo en familia (pareja o con hijos), con una peor salud autopercibida y con un menor consumo concomitante de otras sustancias psicoactivas en los 30 días antes de iniciar el tratamiento (**tabla 1**). En cuanto a la patología asociada, destaca la mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en las mujeres (51%) respecto a los hombres (31,4%). Por el contrario, las enfermedades orgánicas o la ausencia de cualquier tipo de afección eran más prevalentes en los hombres. Otro aspecto a subrayar son los años de consumo de alcohol previos al inicio de tratamiento, con una mayor proporción de hombres que iniciaron el tratamiento con 25 o más años de consumo de alcohol (39,3% frente al 29,9% de las mujeres).

Durante el periodo de seguimiento, se identificaron como fallecidas 557 personas, el 7,4% del total de la población, lo que supone una tasa de 1,7 por 100 personas-año. El 83,3% eran hombres y la media de edad de defunción de la cohorte fue de 49,7 años (DE: 8,9). El porcentaje de hombres fallecidos durante el periodo de seguimiento fue del 8,5%, con una tasa anual de 1,9 por 100 personas-año; en las mujeres, el porcentaje fue del 5,6% y la tasa de 1,2 por 100 personas-año.

Se observó un exceso de mortalidad estadísticamente significativo respecto a la población general en todos los grupos de edad, con una SMR total de 8,1 (IC95%: 7,5-8,8). Este exceso de mortalidad es superior en las mujeres en todos los grupos de edad, y es especialmente relevante en las edades más jóvenes: en el grupo de 25 a 34 años de edad, la SMR fue de 11,2 (IC95%: 7,8-16,0) en los hombres y de 11,5 (IC95%: 11,5-50,4) en las mujeres (**tabla 2**).

En cuanto al RAP de mortalidad, se observa que en los grupos de edad más jóvenes hay un mayor porcentaje de muertes atribuibles al alcohol: en el grupo de 18 a 24 años es el 11,1% de todos los fallecimientos anuales que se producen en la ciudad de Barcelona, en el grupo de 25 a 34 años el 19,4%, en el de 35 a 44 años el 5,2%,

Tabla 2

Razón estandarizada de mortalidad e intervalo de confianza del 95% de los pacientes que inician tratamiento por un trastorno por consumo de alcohol en los Centros de Atención y Seguimiento a las drogodependencias de la red pública según grupos de edad y sexo (Barcelona, 1997-2006)

| Grupos de edad (años) | Muertes observadas | | Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes ^a | | | Muertes esperadas | | SMR (IC95%) | | |
|-----------------------|--------------------|---------|--|---------|-------|-------------------|---------|-----------------|------------------|------------------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Total |
| 18-24 | 1 | 1 | 33,3 | 17,0 | 25,2 | 0,12 | 0,02 | 8,6 (1,2-60,8) | 46,2 (6,5-328,0) | 16,6 (4,1-66,3) |
| 25-34 | 30 | 7 | 63,1 | 27,5 | 45,9 | 2,69 | 0,29 | 11,2 (7,8-16,0) | 24,0 (11,5-50,4) | 15,6 (11,0-20,9) |
| 35-49 | 172 | 37 | 204,0 | 102,3 | 152,6 | 27,13 | 4,11 | 6,3 (5,5-7,4) | 9,0 (6,5-12,4) | 7,9 (6,9-9,1) |
| 50-64 | 261 | 48 | 811,7 | 299,5 | 537,0 | 54,83 | 6,76 | 4,8 (4,2-5,4) | 7,1 (5,4-9,4) | 6,4 (5,7-7,1) |
| Total | 464 | 93 | 298,7 | 130,0 | 213,3 | 73,68 | 9,70 | 6,3 (5,7-6,9) | 9,6 (7,8-11,7) | 8,1 (7,5-8,8) |

SMR: razón estandarizada de mortalidad; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Tasa de mortalidad de la ciudad de Barcelona, 2006.

y en el de 50 a 64 años es el 1,1% (**tabla 3**). Puede estimarse que un 3,3% de todas las defunciones anuales que se producen en Barcelona son atribuibles a un trastorno por abuso o dependencia del alcohol en la franja de edad de 18 a 64 años.

Discusión

Este estudio documenta el exceso de mortalidad que presentan los pacientes con trastorno por abuso o dependencia del alcohol respecto a la población general del ámbito de estudio. Destaca el grupo de 25 a 34 años de edad que, en comparación con la población general del mismo grupo de edad y sexo, sufre 15 veces más mortalidad en el caso de los hombres y 24 veces más en las mujeres.

Hemos de hacer énfasis en la relativa juventud de los fallecidos, con una media de edad de 50 años, lo que ratifica la mortalidad prematura de las personas con trastorno por consumo de alcohol descrita por otros autores^{17,18,24,25}. Este impacto afecta principalmente a los jóvenes y los adultos jóvenes, entre los cuales casi uno de cinco fallecidos es por un trastorno por abuso o dependencia del alcohol, cifra superior a la asociada al consumo de drogas ilegales en España, que en este grupo de edad representa poco más del 10% del total de la mortalidad¹⁹.

Si se tiene en cuenta la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol en la población general³, el cálculo estimado del número de defunciones en Barcelona debidas a este trastorno sería de 73 muertes por año. Esta cifra nos indica que el 3,3% de la mortalidad total de la ciudad, para las edades de 18 a 64 años, está relacionado con un trastorno por consumo de alcohol. Si a esta cifra se añade el porcentaje de mortalidad atribuible al consumo de riesgo de alcohol (bebedores excesivos que no cumplen criterios de abuso o dependencia), el impacto del consumo de alcohol sería aún mayor.

A pesar de que las tasas anuales de mortalidad de los pacientes con un trastorno por consumo de alcohol son más altas en los hombres (1,9 por 100 personas-año) que en las mujeres (1,2 por 100 personas-año), el impacto en la mortalidad, medido con la SMR, es superior en las mujeres con este trastorno. Una explicación podría ser que, en la población general, la mortalidad de las

mujeres menores de 65 años es muy pequeña en comparación con los hombres, especialmente en los grupos de edad más jóvenes, y por ello el impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mujer es mayor²⁶.

Las tasas de mortalidad más altas en los hombres, ya descritas en otros estudios, podrían deberse a sus distintos patrones de consumo²⁷, las diferencias en el rol social²⁸ y los estilos de vida²⁹. Estos determinantes, junto con una larga historia de consumo de alcohol previa al inicio del tratamiento, harían que en los hombres fuera mayor el riesgo de morir³⁰, como muestra este estudio. En el caso de las mujeres, la demora en el inicio del tratamiento es menor (fenómeno también observado en otros problemas de salud³¹) y la adherencia sería mayor que en los hombres; esto podría explicar la menor tasa de mortalidad femenina, concordante con otros estudios^{30,32}.

La comorbilidad de los trastornos por dependencia del alcohol con otros trastornos mentales es alta. En nuestro estudio, las mujeres tienen una comorbilidad psiquiátrica del 51%, ligeramente inferior al 58,2% de un estudio europeo⁴. En el caso de los hombres, los porcentajes son menores y más altos que los hallados en otros estudios (31% frente a 19%)⁴.

El tamaño de la muestra, el elevado número de personas-año de seguimiento y ser el primer estudio en España realizado con una perspectiva poblacional, al incluir todos los inicios de tratamiento en los centros ambulatorios de la red pública de drogodependencias, serían las fortalezas de este estudio. Sus principales limitaciones serían: 1) una posible subestimación de la fracción atribuible poblacional si la prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol descrita en otros estudios^{3,33} está subestimada, y por consiguiente del número de muertes atribuibles al trastorno por consumo de alcohol; 2) que las personas que migraron, cuyo estado vital se desconoce, fueran sistemáticamente distintas en algunas de las variables estudiadas, circunstancia poco probable dado que el porcentaje de censurados fue inferior al 1%; 3) que al adoptar el criterio conservador de considerar vivas a aquellas personas de quienes no hay indicios de muerte pueden subestimarse las defunciones, por ejemplo las de aquellos que, aunque murieron en España, pudieron no ser identificados por haber algún error

Tabla 3

Riesgo atribuible poblacional de mortalidad para el trastorno por consumo de alcohol, según grupos de edad (Barcelona, 1997-2006)

| Grupos de edad (años) | Población de Barcelona ^a | Prevalencia-año del trastorno por consumo de alcohol ^b (%) | RAP (%) (IC95%) | Muertes en Barcelona ^a | Muertes anuales estimadas por trastorno por consumo de alcohol |
|-----------------------|-------------------------------------|---|------------------|-----------------------------------|--|
| 18-24 | 118.829 | 0,8 | 11,1 (10,7-11,4) | 30 | 3 |
| 25-34 | 285.444 | 1,7 | 19,4 (19,2-19,6) | 131 | 25 |
| 35-49 | 358.359 | 0,8 | 5,2 (4,9-5,6) | 547 | 29 |
| 50-64 | 283.819 | 0,2 | 1,1 (-0,3-2,4) | 1.524 | 16 |

RAP: riesgo atribuible poblacional; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Departamento de Estadística, Ayuntamiento de Barcelona. Fuente: Instituto de Estadística de Cataluña. Instituto Nacional de Estadística. 2006.

^b Haro JM, et al. 2006³.

en los datos identificativos; y 4) la falta de potencia estadística en algunos resultados estratificados por sexo, dado el bajo número de inicios de tratamiento en las mujeres. A pesar de estas limitaciones, considerando la estrecha coordinación establecida entre los centros de tratamiento en los últimos años, se cree que la calidad y la cantidad de la información recogida garantizan una elevada validez.

Este estudio pone de relieve que los jóvenes y las mujeres son especialmente vulnerables a una muerte prematura asociada a un trastorno relacionado con el abuso o la dependencia del alcohol. La estimación del número de muertes anuales que se producen en nuestra ciudad es sólo una medida parcial de su impacto: no se ponderan las muertes por los años potenciales de vida perdidos, ni el número de víctimas por los daños relacionados por cualquier trastorno por consumo de alcohol⁹, ni los años de vida perdidos por discapacidad³⁴. En cualquier caso, el efecto devastador de los trastornos por consumo de alcohol en la morbilidad y la mortalidad plantea la necesidad de mejorar la detección temprana del consumo de riesgo y problemático de alcohol, especialmente entre las mujeres y los jóvenes, desde la atención primaria sanitaria y social, y desde los servicios de urgencias, promoviendo estrategias basadas en la evidencia, tales como las intervenciones breves motivacionales³⁵, para fomentar el inicio del tratamiento e implementar estrategias terapéuticas que mejoren su adherencia. Asimismo, sería necesario reforzar los programas de prevención selectiva e indicada dirigidos a prevenir el consumo problemático de alcohol en los jóvenes, teniendo en cuenta el factor diferencial de sexo.

Contribuciones de autoría

A. Espelt y Y. Castellano obtuvieron los datos y los analizaron. M.T. Brugal concibió y diseño el estudio, y supervisó todos los aspectos de su realización. A.M. Guitart interpretó los hallazgos y redactó el primer borrador del manuscrito. J.R. Villalbí y A. Domingo-Salvany realizaron una revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales. M. Bartroli y el resto de los autores aportaron ideas e interpretaron los hallazgos. Todos los autores aprobaron la versión final. A.M. Guitart es la responsable del artículo.

Financiación

Esta investigación ha sido posible gracias a la ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS PI061807), y a las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RTICS FIS RD06/001/1018) y al Plan Nacional de Drogas (PND-P5890009C).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen el esfuerzo de las personas e instituciones sin cuya ayuda no hubiera sido posible esta investigación, a los profesionales del registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística por su colaboración en la identificación de los pacientes fallecidos, y a los profesionales de los Centros de Atención y Tratamiento de Barcelona por su contribución en la recogida de los datos de las historias clínicas de los pacientes en tratamiento.

Bibliografía

- Rehm J, Patra J, Popova S. Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Canada 2001: implications for prevention and policy. *Addiction*. 2006;101:373-84.
- Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365:519-30.
- Haro JM, Palacin C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445-51.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109 (Suppl 420): 21-7.
- Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, et al. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74:223-34.
- Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:830-42.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:807-16.
- Subdirecció General de Drogodependències. Sistema d'Informació sobre Drogodependències. En: Informe anual 2008. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2009.
- Britton A, Nolte E, White IR, et al. A comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries. *Eur J Epidemiol*. 2003;18:643-51.
- Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*. 2009;6:e1000058.
- Martin J, Barry J, Goggins D, et al. Alcohol-attributable mortality in Ireland. *Alcohol Alcohol*. 2010;45:379-86.
- Rey G, Boniol M, Jouglà E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration with French data for 2006. *Addiction*. 2010;105:1018-29.
- Fitto I, Ochoa R, Yáñez JL, et al. Mortalidad y mortalidad prematura relacionadas con el consumo de alcohol en España entre 1999 y 2004. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:10-3.
- Farreny M, Godoy P, Revuelta E. Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña y sus provincias. *Aten Primaria*. 2001;27:318-23.
- Revuelta E, Godoy P, Farreny M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997. *Aten Primaria*. 2002;30: 112-8.
- Gual A, Llgonà A, Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol Alcohol*. 1999;34: 183-92.
- Gual A, Bravo F, Llgonà A, et al. Treatment for alcohol dependence in Catalonia: health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol Alcohol*. 2009;44:409-15.
- Monras M, Mondon S, Ortega LL, et al. Alcoholismo en el hospital general: mortalidad y hospitalizaciones a los 4 años de su detección. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:441-7.
- Brugal MT, Barrio G, Royuela L, et al. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc)*. 2004;123: 775-7.
- DSM-IV. Manual diagnóstico, estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
- Idler EL, Benyamin Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37.
- Greenland S, Rothman KJ. Introduction to categorial statistics. En: Rothman KJ, Greenland S, editores. Modern epidemiology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998. p. 231-52.
- Nieto FJ, Peruga A. Riesgo atribuible: sus formas, usos e interpretación. *Gac Sanit*. 1990;4:112-7.
- Liskow BL, Powell BJ, Penick EC, et al. Mortality in male alcoholics after ten to fourteen years. *J Stud Alcohol*. 2000;61:853-61.
- Montero M, Vega JA, Fuente Dader B, et al. Factores pronósticos de supervivencia en el alcoholismo crónico en un estudio de seguimiento a 10 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:281-4.
- Agència de Salut Pública de Barcelona. La salud a Barcelona 2007. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2007.
- Lemke S, Schutte KK, Brennan PL, et al. Gender differences in social influences and stressors linked to increased drinking. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69:695-702.
- Moller-Leimkuhler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253:1-8.
- Johnson JE, Finney JW, Moos RH. Predictors of 5-year mortality following inpatient/residential group treatment for substance use disorders. *Addict Behav*. 2005;30:1300-16.
- Moos RH, Moos BS, Timko C. Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clin Med Res*. 2006;4:163-74.
- Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, et al. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006;6:155.

32. Timko C, DeBenedetti A, Moos BS, et al. Predictors of 16-year mortality among individuals initiating help-seeking for an alcoholic use disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006;30:1711–20.
33. Rossi C. Monitoring drug control strategies: hidden phenomena, observable events, observable times. *Int J Drug Policy.* 1999;10:131–44.
34. Rehm J, Mathers C, Popova S, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009;373:2223–33.
35. Dauer AR, Rubio ES, Coris ME, et al. Brief intervention in alcohol-positive traffic casualties: is it worth the effort? *Alcohol Alcohol.* 2006;41:76–83.