

MORTALIDAD EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO

Francisco Jiménez Martén
Ronald Alvarado Cordero

RESUMEN

A principios de la década de los años ochenta, se publicó un estudio de seguimiento de una población de 3.000 internos del Departamento de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos del Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA. Diez años después se logró determinar cuántos de ellos habían fallecido. Se procedió entonces al análisis de las condiciones socio-demográficas y de la historia de consumo de bebidas alcohólicas del grupo resultante, concluyendo que se trataba de consumidores con deterioro alcohólico severo. En el presente estudio se describen la edad, las causas y se analiza la manera de muerte.

Palabras Claves: alcoholismo, mortalidad

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica es abundante en relación con la elevada tasa de mortalidad en grupos de dependientes y consumidores abusivos de alcohol. Muertes por neumonía y otras infecciones del sistema respiratorio, cáncer del sistema digestivo alto y del hígado, laringe, faringe y pulmón, enfermedades del corazón y cirrosis hepática, se presentan en cifras mucho mayores en bebedores que en la población general. Igualmente alta es la inci-

SUMMARY

In the early 1980's a study of 3.000 patients from the Department of Rehabilitation of Alcoholics of the Alcohol and Drug Institute was published. Ten years later it was possible to determine how many of them had died. The socio-demographic conditions were then analyzed as was the history of the use of alcoholic beverages within this population, concluding that they were chronic alcoholics with severe deterioration. The present study examines age as well as causes and manner of death.

Key words: alcoholism, mortality.

dencia de muertes violentas; en particular accidentes y suicidios.

La condición de consumo crónico de alcohol, intoxicaciones agudas a repetición, trastornos emocionales asociados, la tendencia a fumar en exceso propia de los alcohólicos, el descuido personal, abandono de la higiene y de la buena nutrición, son todos factores asociados a riesgos de patologías y muerte prematura.

En un estudio realizado en Toronto, con una muestra de 5359 hombres y 1119 mujeres,

con un seguimiento de 12 años (de 1951 a 1963), se reportó una relación de muertes observadas *versus* esperadas de 2.02 en hombres y 3.19 en mujeres, con una mortalidad mayor entre los grupos de menor edad.¹

En el tanto el consumo de alcohol y el fumado de cigarrillos provocan un incremento de la mortalidad, Rehm y colaboradores reportaron que la actividad física y la disponibilidad de un compañero permanente tuvieron efectos protectores.²

Las mujeres, tradicionalmente con mayores expectativas de vida que los hombres, pierden esa prerrogativa cuando consumen alcohol en forma excesiva y su riesgo de muerte aumenta dramáticamente si consumen el equivalente a 20 c.c. de alcohol puro por día, sin actividad física concomitante.²

El peor escenario es el de un hombre de 40 años, que consume más de 80 c.c. de alcohol diarios, fuma un paquete de cigarrillos al día, no tiene una compañera fija, y no desarrolla actividad física alguna. Por otra parte, el riesgo de muerte se eleva exponencialmente con alcoholemias más elevadas. Así se observó en un estudio de mortalidad en conductores ebrios,³ que la mayor frecuencia de muertes se atribuyó a: accidentes y muertes violentas en primer término; enfermedad cardiovascular isquémica en segundo lugar, y enfermedad hepática crónica en tercer lugar.

La fatalidad por accidentes de tránsito es especialmente elevada, y se relaciona con el nivel de alcoholemia. El consumo de alcohol aumenta las posibilidades de tener un accidente y reduce las de sobrevivir en tales situaciones. Una alcoholemia de 100 duplica el riesgo de muerte, y una de 250 lo triplica. No deben quedar por fuera otro tipo de accidentes en los que el alcohol puede jugar un papel

importante, tal el caso de accidentes de aviación, de trenes, caídas y de tipo laboral.⁴

Yañez y colaboradores señalan que en el año 1986, el 6,1% de las muertes en España se relacionaron con el consumo de alcohol (7,9% en hombres y 4,2% en mujeres).⁵ Estudios de población en ese país revelan que un 25% de la población toma a diario, un 65% lo hace al menos una vez por semana y de un 3 a 7% son consumidores de más de 80 gr. de alcohol por día. El cigarrillo es la principal causa de muerte entre los españoles (13% en 1983).⁵

Un estudio en veteranos de guerra de más de 55 años de edad mostró una mortalidad 2.64 veces mayor que lo esperado, y los autores determinaron que los predictores fueron la edad, la carencia de compañera, la presentación de un evento de psicosis alcohólica, otros desórdenes orgánicos y diagnósticos varios.⁶ Es de hacer notar que la mortalidad en exceso es menos pronunciada en grupos de mayor edad.

Los estudios de mortalidad en alcohólicos deben interpretarse con reserva. Los certificados de defunción son a menudo poco confiables, en parte porque son llenados por médicos no familiarizados con las historias o que se resisten a estigmatizar a los descendientes. Por otro lado, datos sobre el consumo de alcohol obtenidos *post-mótem* de parte de parientes y amigos, se correlacionan positivamente con hígado graso, pancreatitis crónica, alcoholemia positiva y enfermedades cardiovasculares.⁷

Los pacientes con problemas asociados al consumo de otras drogas tienden a tasas de mortalidad mayores que los alcohólicos.⁶

1. Schmidt, W.; De Lint, J.: "Causes of death of alcoholics". *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1972; 33 (1): 171-185.
2. Rehm, J.; Fichter, M.M.; Elton, M.: "Effects on mortality of alcohol consumption, smoking, physical activity, and close personal relationships". *Addiction*. 1993; 88 (1): 101-112.
3. Mann, R.E.; Anglin, L.; Wilkins, K.; Virgilis E.R.; MacDonald, S.: "Mortality in a sample of convicted drinking drivers". *Addiction*. 1993; 88 (5): 643-647.

4. Evans, L.; Frick, M.C.: "Alcohol's effect on fatality risk from a physical insult". *Journal of Studies on Alcohol*. 1993; 54 (4): 441-449.
5. Yañez, J.L.; Del Río, M.C.; Alvarez, F.J.: "Alcohol related mortality in Spain". *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 1993; 17 (2): 253-255.
6. Maos, R.H.; Brennan, P.L.; Mertens, J.R.: "Mortality rates and predictors of mortality among late-middle-aged and older substance abuse patients". *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 1994; 18 (1): 187-195.
7. Karhunen, P.J.; Penttilä, A.: "Validity of post-mortem alcohol reports". *Alcohol and Alcoholism*. 1990; 25(1): 25-32.

También es importante señalar que en otro estudio de mortalidad, a los dos años de seguimiento en un grupo de alcohólicos que no estaban abusando, la tasa no fue mayor a la esperada, de donde se infieren los beneficios de la abstinencia.⁸

En un estudio de 49 464 sujetos masculinos jóvenes, se determinó que el consumo de más de 250 gramos de alcohol por semana implicaba un aumento en el riesgo relativo de muerte de 2.8, comparado con consumidores moderados (de 1 a 100 gr./semana). En esta investigación predominaron las muertes por causas violentas: 50% fueron suicidios y 32% accidentes de tráfico; un 12,2% se debieron a tumores y un 5,8% a trastornos de tipo cardiovascular.⁹

En el caso de Costa Rica, no hay estudios sobre la mortalidad de la población alcohólica, particularmente procedente de un Centro de Tratamiento para alcohólicos que, como en este caso, constituyó un hogar al cual acudían individuos con la enfermedad desarrollada en condiciones de deterioro evidente.

La presente investigación pretende reunir información acerca de las características particulares de la mortalidad en la población alcohólica masculina costarricense y su relación con hallazgos en otras latitudes.

Objetivos

1. Objetivo General

- 1.1 Estudiar las causas de muerte en la población alcohólica costarricense.

2. Objetivos Específicos

- 2.1 Determinar las causas de muerte en la población objeto.

- 2.2 Analizar las causas de muerte según grupos de edad.

- 2.3 Determinar la pérdida en años de vida según la expectativa de vida al nacer.

- 2.4 Comparar la edad de muerte de la población alcohólica con la población general.

ANTECEDENTES

En 1976 abrió sus puertas el Centro de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos de Tirrases (C.R.E.A.T.), en las mismas instalaciones que habían albergado al Sanatorio "Las Mercedes" dedicado a la atención de víctimas del mal de Hansen.

El C.R.E.A.T. tenía una capacidad física de 200 camas (todas dedicadas al sexo masculino) y, desde el principio experimentó una demanda de servicios muy intensa, que lo llevó rápidamente a la saturación. El Centro daba servicios a los enfermos alcohólicos de todo el país; pero por razones de accesibilidad, predominaban los sujetos provenientes de la capital y ciudades circunvecinas.

Años después se realizó una investigación¹⁰ sobre las características sociodemográficas y la evolución de la enfermedad en la población atendida. Se consideró que 6000 (seis mil) era el número de alcohólicos "severos" en la Costa Rica de la época, razón por la cual se optó por incluir 3000 (tres mil) pacientes en el estudio.

El propósito principal de la investigación fue servir de base para evaluar los programas de tratamiento del Centro e introducir mejoras en la atención al paciente alcohólico.

Se hizo un perfil clínico-social de cada paciente, que incluía la historia de consumo y abstinencia, el tratamiento aplicado y el pronóstico estimado, así como aspectos socioeconómicos y familiares. El uso de bebidas alco-

8. Barr, H.L.; Antes, D.; Ottenberg, D.J.; Rosen, A.: Mortality of treated alcoholics and drug addicts: the benefits of abstinence". *Journal of Studies on Alcohol*. 1984; 45: 440-452.

9. Andréason, S.; Romelsjö, A.; Allebeck, P.: "Alcohol, social factors and mortality among young men". *British Journal of Addiction*. 1991; 86 (7): 877-887.

10. Miguez, H.A.: *Estudio del paciente alcohólico: perfil de 3000 internos*. Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, Departamento de Investigación, San José, Costa Rica, 1982.

hólicas se estudió en detalle, con aspectos tales como: edad de inicio en la bebida, hábitos de ingesta, tratamientos recibidos, etc. Se basó en el expediente clínico y una entrevista efectuada al estar el paciente internado.

Se incluyeron en la investigación los pacientes internados en C.R.E.A.T. desde noviembre de 1978 hasta enero de 1981, excluyendo los casos de reinternamiento en ese lapso. Se realizó un seguimiento hasta enero de 1982.

El total de pacientes estudiados fue 3175, la mayoría de los cuales tenía edades que oscilaban entre los 26 y los 55 años.

El cuadro 1 muestra la distribución de la muestra en cinco categorías por edad.

Cuadro 1

Pacientes del C.R.E.A.T. entre 1978 Y 1981
según grupos de edad

Grupo de edad	Cifras absolutas	Cifras relativas
Total	3175	100.0
< 26 años	178	5.6
De 26 a 35 años	850	26.8
De 36 a 45 años	941	29.6
De 46 a 55 años	735	23.2
> 55 años	471	14.8

Casi la mitad de estos pacientes se desempeñaban como obreros no agrícolas. Le seguían en orden de importancia las categorías de "trabajador agrícola" y de "comerciantes y vendedores". Los trabajadores agrícolas aparecían con mayor frecuencia en los grupos de mayor edad y los pacientes más jóvenes se concentraban en ocupaciones del sector urbano de "baja calificación".

El nivel educativo de los pacientes de la muestra era bajo. El abandono de los estudios elementales era frecuente: un 10% no tenía estudio alguno, el 65% concluyó primaria y solo un 8,6% terminó los estudios secundarios.

En relación con la condición de convivencia, al 32% de solteros se sumaba un 21,2% de divorciados, separados o viudos, mientras que al 37% de casados se agregaba un 9,8% de individuos en unión libre.

En el estudio de Míguez se describe:

"el inicio de los pacientes en la ingestión alcohólica se produjo tempranamente, por

lo general en los primeros años de la adolescencia. Un número importante (18%) se inició en la niñez. Se observa una significativa iniciación en las edades más tempranas en los pacientes más jóvenes".

"Los episodios de embriaguez suelen presentarse aproximadamente entre uno y dos años después de la primera ingestión alcohólica". "Las bebidas consumidas habitualmente por los pacientes son el guaro (aguardiente) y la cerveza".

Es importante subrayar que la cantidad de bebida consumida con mayor frecuencia fue de 230 c.c. de alcohol absoluto, lo que equivale aproximadamente a una botella de guaro como ingestión habitual. Un 11% de los pacientes declararon que consumían diariamente más de 500 c.c. de alcohol absoluto y los pacientes de mayor edad consumían cantidades significativamente menores.

Para el 25% de los pacientes, el internamiento en que se realizó el estudio constituyó el primer tratamiento que recibían por alcoholismo. El 50% recibió su primer tratamiento antes de los 36 años.

Durante un año, después del estudio, se realizó un seguimiento a los pacientes. El propósito era el de registrar, mes a mes, la abstinencia de bebidas alcohólicas. En 2300 casos se obtuvo el dato exacto de los días de abstinencia alcanzados. El 50% no sobrepasó el mes de abstinencia. Un 18% entró en crisis alcohólica el mismo día de su egreso del C.R.E.A.T. Solo el 11% sobrepasó el año sin consumir bebidas alcohólicas. Cabe señalar, finalmente, que los pacientes menores de 36 años de edad mostraron lapsos menores de abstinencia.¹⁰

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Cohorte de estudio

Está compuesta por todos los pacientes que fueron internados en el C.R.E.A.T. entre 1978 y 1981 que, al año 1993 habían fallecido. En total 668 individuos de los 3175 iniciales.

2. Procedimiento

Diez años después de concluido el estudio de Míguez, se realizó una consulta a nivel

del Registro Civil, con el propósito de determinar cuántos pacientes de la cohorte habían fallecido, y cuáles habían sido las condiciones de su deceso.

Para tal efecto se hizo una revisión de los cuestionarios y los expedientes de los 3175 internos incluidos en el estudio referido. El listado correspondiente fue enviado al Registro Civil. Todos los sujetos incluidos en la muestra del estudio original fueron contrastados con los archivos de muertes del Registro. En los casos positivos, es decir aquellos en los que coincidía el nombre, se procedió a la verificación formal (utilizando: nombre, dos apellidos, número de cédula y otros datos), para luego llenar una boleta con información precisa sobre su fallecimiento.

Se incluyeron en ella aspectos tales como: edad al morir, lugar donde murió, ocupación y estado civil al morir, causa y manera de muerte.

Con la información obtenida se procedió al análisis respectivo.

RESULTADOS

Una vez realizada la revisión de los archivos de defunciones del Registro Civil, se determinó que, de la muestra estudiada, un total de 668 individuos habían fallecido en el período de diez años posteriores al estudio de Míguez.

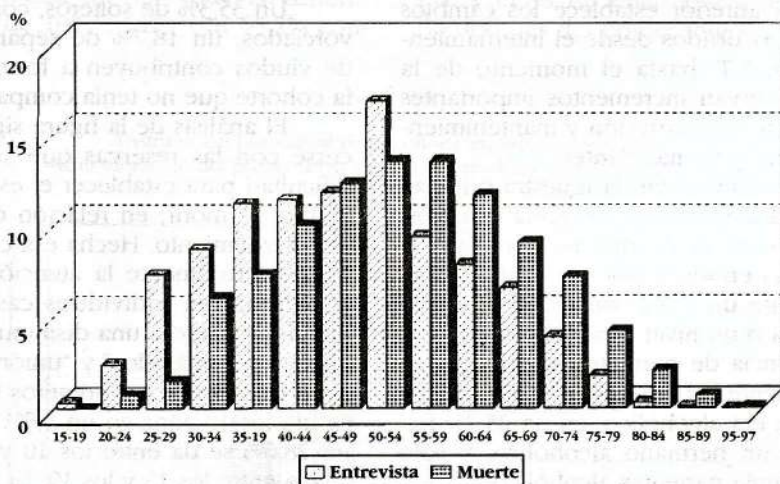
Se procedió entonces al análisis de las características de esta cohorte.

Cuando estuvieron internados, el 62,1% procedía de San José, un 9,9% de Heredia, un 7,3% de Alajuela y un 4,2% de Cartago. Esta distribución no es en términos generales diferente a la observada en el C.R.E.A.T. a lo largo de los años, y es resultado de la ubicación del Centro. Un 8,7% no tenía residencia fija.

Entre los fallecimientos únicamente se contaron dos casos que fueron internados con menos de 20 años. Sólo 65 estuvieron en el C.R.E.A.T. entre los 20 y los 29 años. Más del 51% corresponden al grupo de edades comprendidas entre los 35 y 54 años.

Gráfico 1

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por edad, según momento de entrevista y muerte Costa Rica, 1978-1992



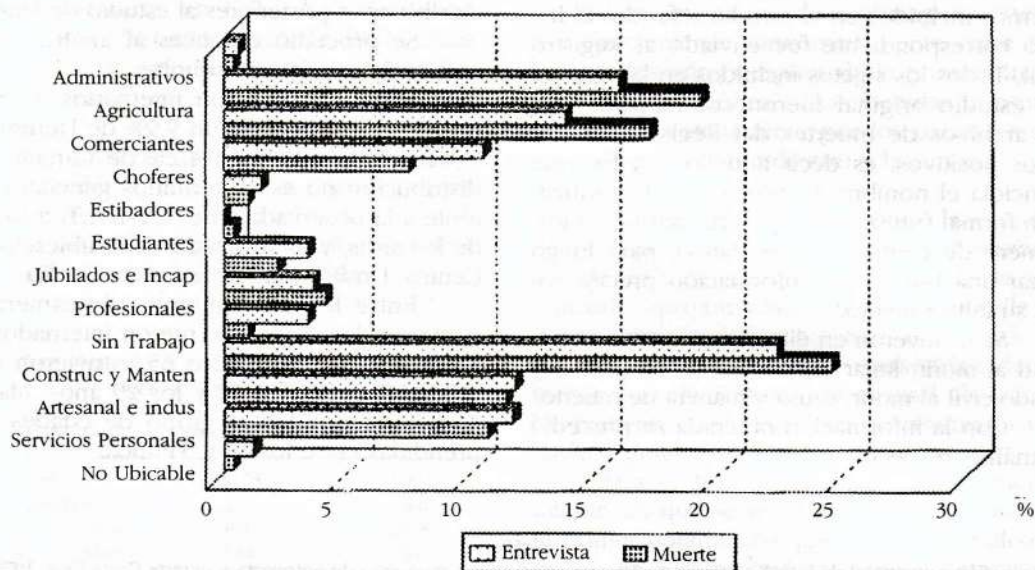
La figura anterior relaciona la curva de edades a la que los sujetos estuvieron internados en el C.R.E.A.T. y se les aplicó la entrevista, con la curva de edades de muerte.

Los sectores laborales representados al momento de la entrevista fueron, de mayor a

menor: Construcción y Mantenimiento (22,3%), Agricultura y Ganadería (16%) y Comerciantes y Vendedores (13,8%). En la muestra se incluyen 24 "profesionales" (3,6%) y 23 pensionados (3,4%).

Gráfico 2

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por ocupación,
según momento de entrevista y muerte
Costa Rica, 1978-1992



La figura anterior establece los cambios ocupacionales ocurridos desde el internamiento en el C.R.E.A.T. hasta el momento de la muerte. Se observan incrementos importantes en los rubros de "construcción y mantenimiento", "agricultura" y "comerciantes".

En concordancia con la muestra original, un 11,8% de los fallecidos no tenía estudios, lo que sumado al 42,5% que no completó la primaria resulta en un 54,3% sin su título básico. Escasamente un 7,4% contaba con secundaria completa o un nivel superior.

La presencia de parientes alcohólicos se da en la siguiente forma: en un 36,6% de los casos el padre era alcohólico, en un 25,2% había al menos un hermano alcohólico, y sólo un 20,5% no tenía parientes alcohólicos.

La edad en que se tuvo el primer trabajo llama poderosamente la atención: de 5 a 9 años, un 28,2%, de 10 a 14 un 44,4% y de 15 a 19 años, un 22,5, lo que conjuntamente representa un 95,1% del total de la cohorte. Este es un parámetro muy representativo en lo que a definición de características se refiere.

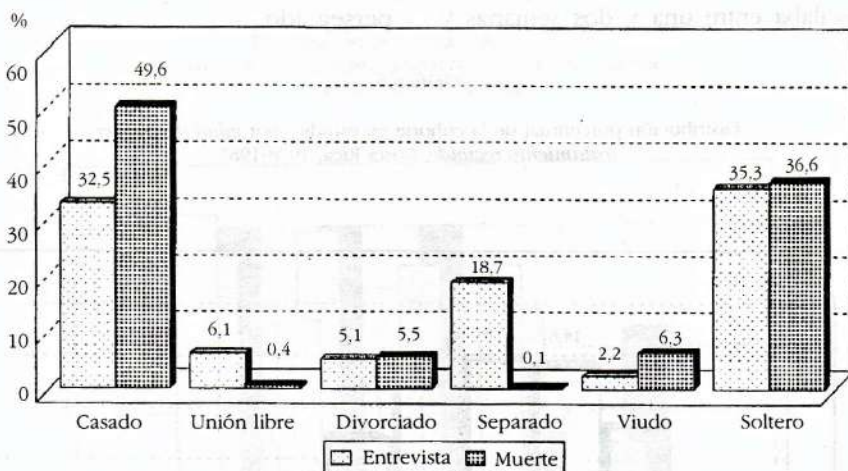
Un 35,3% de solteros, con un 5,1% de divorciados, un 18,7% de separados y un 2,2% de viudos contribuyen a formar un 61,4% de la cohorte que no tenía compañera.

El análisis de la figura siguiente debe hacerse con las reservas que supone la mayor dificultad para establecer el estado civil al momento de morir, en relación con la condición de internamiento. Hecha esa consideración llama poderosamente la atención el incremento porcentual en individuos casados, aparentemente asociado a una disminución de las categorías de "separados" y "unión libre".

La edad de los primeros tragos ocurre antes de los 10 años en un 5,8% de los casos. En un 28,6% se da entre los 10 y los 14; y en un 43,0% entre los 15 y los 19. La primer borrachera ocurre entre los 5 y los 9 años en el 3,5% de los casos; entre los 10 y 14 en un 24,2% y entre los 15 y 19 años en 40,9%, lo que suma un 68,6% que se emborracha antes de la mayoría de edad. La siguiente figura ilustra lo descrito anteriormente, y refleja el alto grado de coincidencia entre la primera ingesta y la primera

Gráfico 3

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por estado civil, según momento de entrevista y muerte Costa Rica, 1978-1992



embriaguez, evidencia del rápido avance en la carrera alcohólica del grupo en estudio.

La mayoría de los sujetos, un 61,7%, consumía preferentemente licores corrientes (guaro); un 23,4% tomaba cerveza y otros.

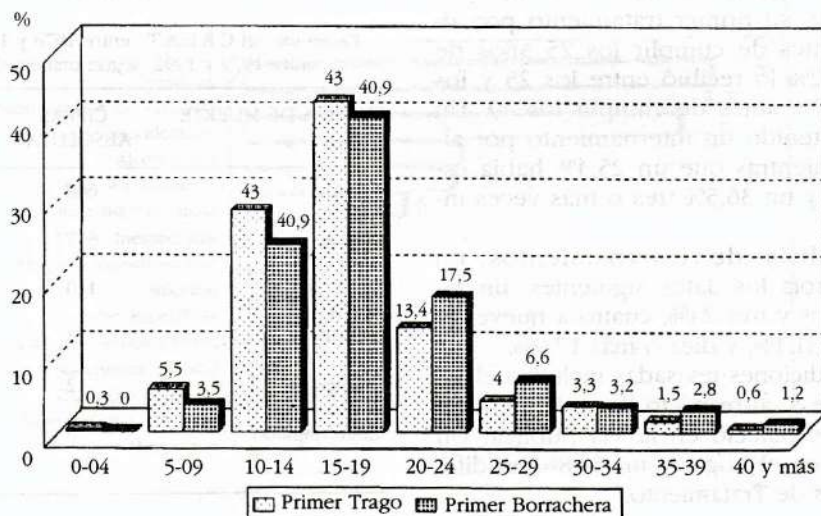
El consumo de alcohol absoluto revela cifras muy elevadas: un 82,7% de la cohorte consumía más de 100 c.c./día (un 65,2% con-

sumía más de 150 c.c./día y un 24,1% entre 201 y 250 c.c./día); un 92,8% ingería más de 250 c.c./semana.

Casi el 58% de la cohorte no había logrado siquiera un año de abstinencia alguna vez en la vida; el 50,7% perdía el equilibrio al tomar y el 88,3% tenía deseos de seguir tomando después del primer trago.

Gráfico 4

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por edad, según momento del primer trago y primer borrachera Costa Rica, 1978-1992



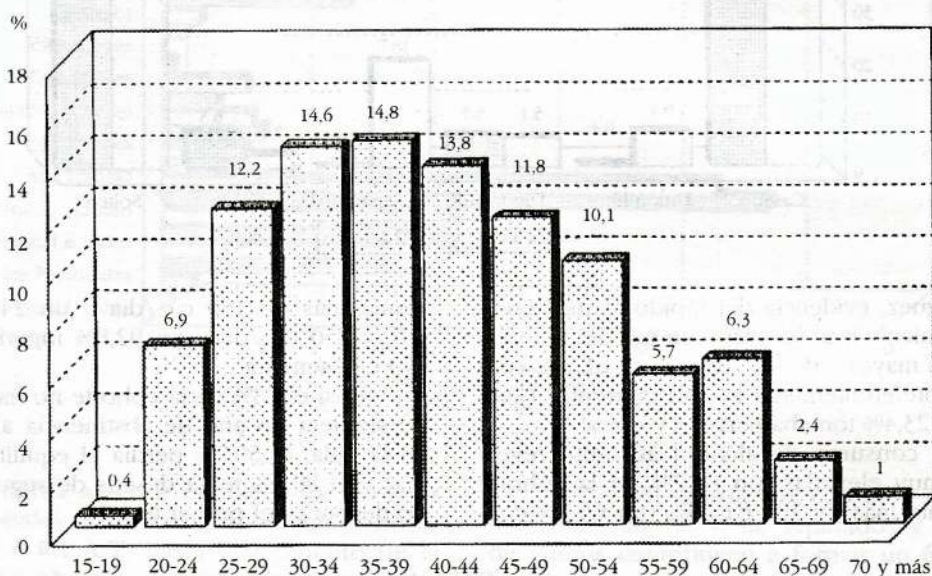
Con el fin de establecer categorías de consumo es necesario mencionar que un 90,6% de la cohorte hacía "tandas", de las cuales un 29% tenía una duración de menos de una semana, un 19,6% oscilaba entre una y dos semanas y

un 42% se extendía por más de 2 semanas.

El 67,7% había sufrido "lagunas mentales", un 46,9% había experimentado alucinaciones visuales y un 42,9% sensaciones de ser perseguido.

Gráfico 5

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por edad del primer tratamiento recibido, Costa Rica, 1978-1981



Entre los pacientes fallecidos un 7,3% había recibido su primer tratamiento por alcoholismo antes de cumplir los 25 años de edad, un 12,2% lo recibió entre los 25 y los 29, y un 48,9% antes de cumplir los 40. Un 38,1% había tenido un internamiento por alcoholismo, mientras que un 25,4% había estado 2 veces y un 36,5% tres o más veces internados.

El análisis de internamientos en C.R.E.A.T. arroja los datos siguientes: un ingreso 27%, dos y tres 24%, cuatro a nueve internamientos 31,1%, y diez o más 17,9%.

Las condiciones revisadas incluyen el lugar de muerte, y al respecto llama la atención que un 20,5% falleció en la vía pública. Un 24,7% murió en el hogar y un 54,8% en diferentes Centros de Tratamiento.

Cuadro 2

Pacientes del C.R.E.A.T., entre 1978 y 1981, fallecidos entre 1979 y 1992, según manera de muerte

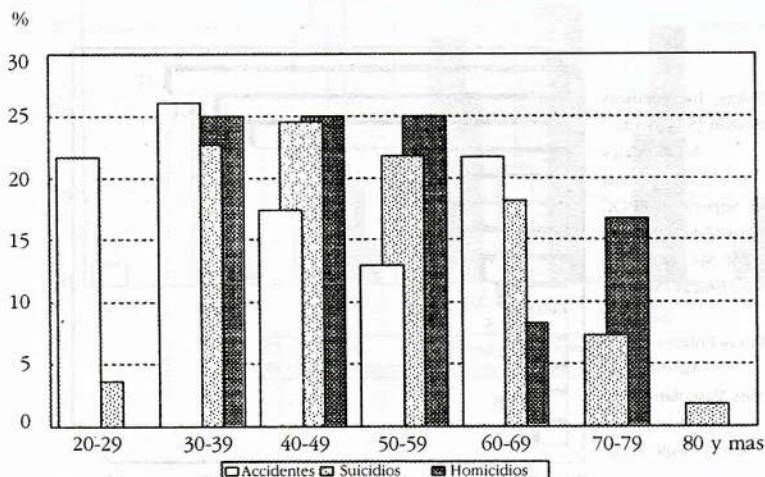
MANERA DE MUERTE	CIFRAS ABSOLUTAS	CIFRAS RELATIVAS
TOTAL	668	100,0
Natural	517	77,4
Accidental	110	16,5
Suicidio	23	3,4
Homicidio	12	1,8
Indeterminado	6	0,9

Del cuadro anterior se desprende que la proporción de muertes violentas alcanza un

22,6%, cifra muy elevada en relación con lo observado en población general.

Gráfico 6

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por edad, según tipo de muerte violenta, Costa Rica, 1979-1992

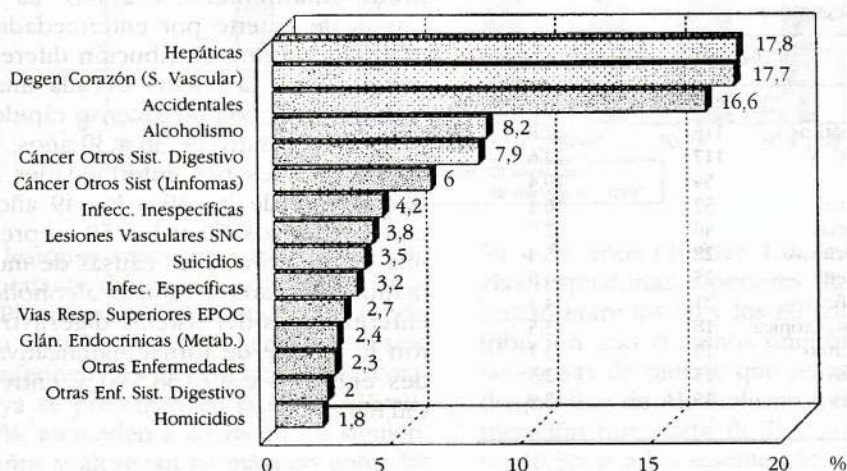


Las muertes accidentales se presentan con una distribución bastante uniforme a lo largo del espectro etario, al igual que las causadas por suicidios. Los homicidios afectan a esta población particularmente de los 30 a los 60 años (75%).

Por otra parte, las enfermedades hepáticas, las degenerativas del Sistema Cardiovascular y las accidentales, representan en conjunto un 52,11% de las causas de muerte en la población analizada.

Gráfico 7

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por causa de muerte Costa Rica, 1979-1992

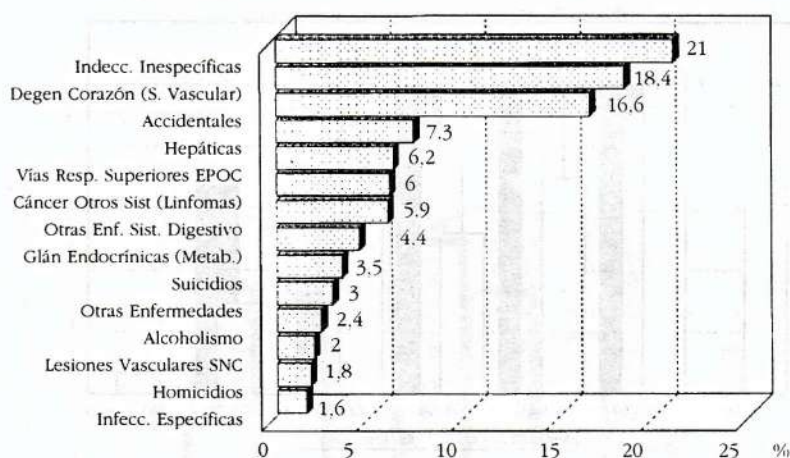


El episodio de muerte o desenlace final, muestra variaciones significativas; particularmente en lo referente a la importancia relativa

de las infecciones inespecíficas en organismos afectados por otros padecimientos. En el gráfico siguiente se muestra el detalle respectivo.

Gráfico 8

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, por episodio final de muerte Costa Rica, 1979-1992



El análisis de la causa de muerte entre los pacientes fallecidos de manera natural destaca de nuevo a las Enfermedades Hepáticas, del Corazón y Sistema Cardiovascular y Cáncer del Sistema Digestivo y otros sistemas, como las principales causas de defunción en la población alcohólica costarricense.

Cuadro 3

Pacientes del C.R.E.A.T., entre 1978 y 1981, fallecidos de manera natural entre 1979 y 1992 según causa de muerte

Causa de muerte	Cifras absolutas	Cifras relativas
Total	517	100.0
Enfermedades Hepáticas	118	22.8
E. Corazón Y Sist. C. V.	117	22.6
Alcoholismo	54	10.4
Cáncer Sist. Digestivo	52	10.1
Cáncer Otros Sistemas	40	7.7
Infecciones Inespecíficas	28	5.4
Les. Vasc. Sist. Ner. Cent	25	4.8
Infecciones Específicas	21	4.1
Enf. Pulmonar Obst. Crónica	18	3.5
Enf. Sistema Endocrino	16	3.1
Enf. Sistema Digestivo	13	2.5
Otras Enfermedades	15	2.9

Los gráficos 9a, 9b y 9c dan una panorámica de la incidencia de muerte por grupos de edad en cada una de las patologías mencionadas.

El cáncer del sistema digestivo aparece en la cuarta década con una incidencia en la población estudiada del 5,8% y aumenta progresivamente hasta culminar con un 32,7% en las edades de 60 a 69 años. Los linfomas igualmente se presentan en ese nivel etario predominantemente (32,5%). La curva de causas de muerte por enfermedades hepáticas presenta una distribución diferente, mostrando desde la tercera década una proporción de 2,5%, con un ascenso rápido a 21,5% en el grupo etario de 30 a 39 años. Un 30,5% de las muertes por enfermedades hepáticas se presenta de los 40 a los 49 años, y otro tanto entre los 50 y los 59, representando una de las principales causas de muerte prematura asociada al abuso alcohólico. Otras enfermedades del sistema digestivo provocaron la muerte de forma significativa en edades entre 40 y 49 (38,5%) y entre 60 y 69 (30,8%).

Gráfico 9a

Distribución porcentual de la cohorte
en estudio, según *causa de muerte*,
por *edad* Costa Rica, 1979-1992

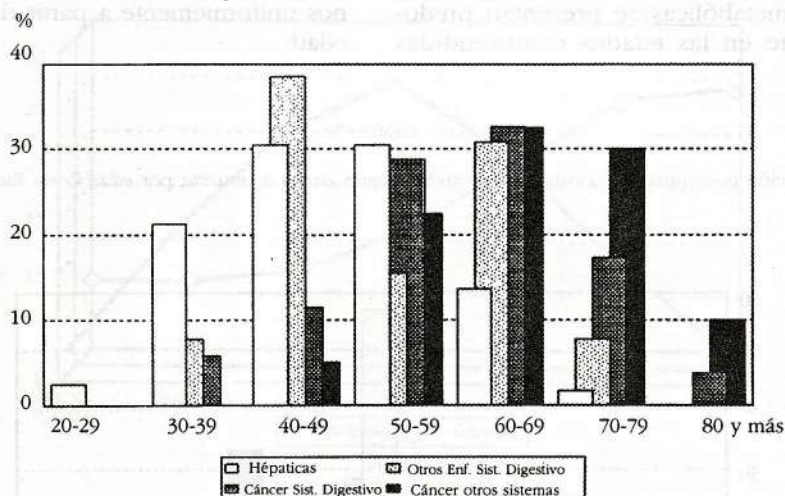
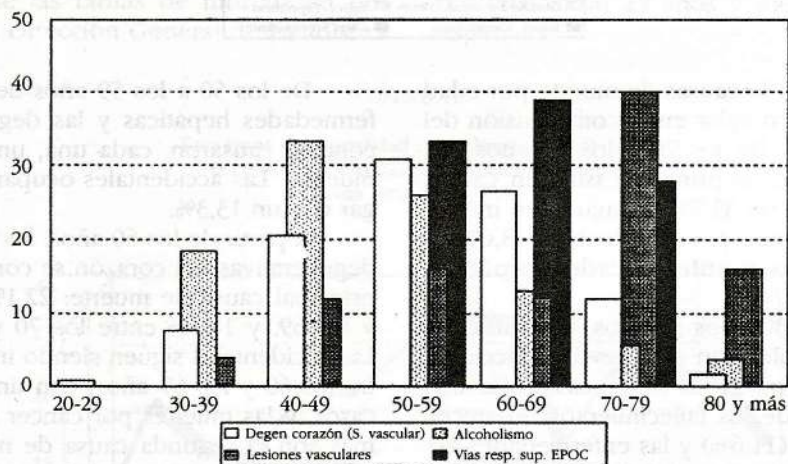


Gráfico 9b

Distribución porcentual de la cohorte
en estudio, según *causa de muerte*,
por *edad* Costa Rica, 1979-1992



Las lesiones vasculares aparecen como causa importante de muerte hasta los 70 años de edad. Previamente representan una proporción poco significativa. No sucede lo mismo con las enfermedades degenerativas del corazón que ya se presentan en la cuarta década en un 7,7%, ascienden a 20,5% en los siguientes diez años y alcanzan su máximo entre los

50 y 59 años (30,8%). Las enfermedades de vías respiratorias superiores (E.P.O.C.) se presentan entre los 50 y los 80 años con una distribución más o menos uniforme. Finalmente, las causas de muerte que se engloban bajo el diagnóstico de Alcohólico muestran una distribución que parte de la cuarta década con un 18,5% y, a los sesenta años ha abarcado un

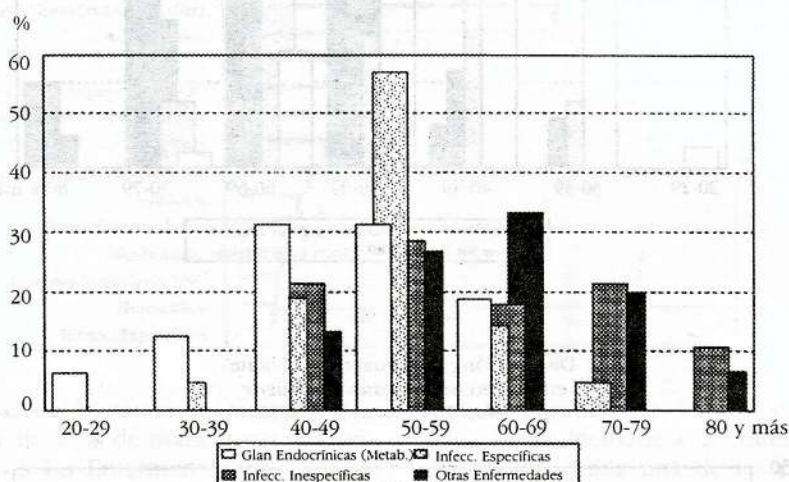
77,7% de los casos. Esta clasificación constituye un grupo importante de las muertes que se presentan prematuramente.

Con respecto al siguiente gráfico; las enfermedades metabólicas se presentan predominantemente en las edades comprendidas

entre los 40 y los 60 años. Las infecciones específicas producen su mayor impacto de mortalidad en la sexta década de vida y las infecciones inespecíficas se distribuyen más o menos uniformemente a partir de los 40 años de edad.

Gráfico 9c

Distribución porcentual de la cohorte en estudio, según causa de muerte, por edad Costa Rica, 1979-1992



El análisis de causas de muerte por edad resulta de mucho valor en la comprensión del cuadro general. De los 20 a los 29 años, los suicidios ocupan la primera casilla en causas de muerte, con un 35,7%; le siguen en importancia las muertes por accidentes (28,6%) y las secundarias a enfermedades hepáticas (21,4%).

Entre los 30 y los 39 años, las causas de muerte principales son de nuevo los accidentes y las enfermedades hepáticas, cada una con un 29,1% de los fallecimientos. Aparecen el alcoholismo (11,6%) y las enfermedades degenerativas del corazón (10,5%) en proporciones significativas.

Durante la cuarta década se repite el patrón de mortalidad: todavía predominan las muertes secundarias a enfermedades del hígado (24,8%) y las accidentales (18,6%), seguidas por las del sistema vascular (16,6%) y las agrupadas bajo el diagnóstico de alcoholismo (12,4%).

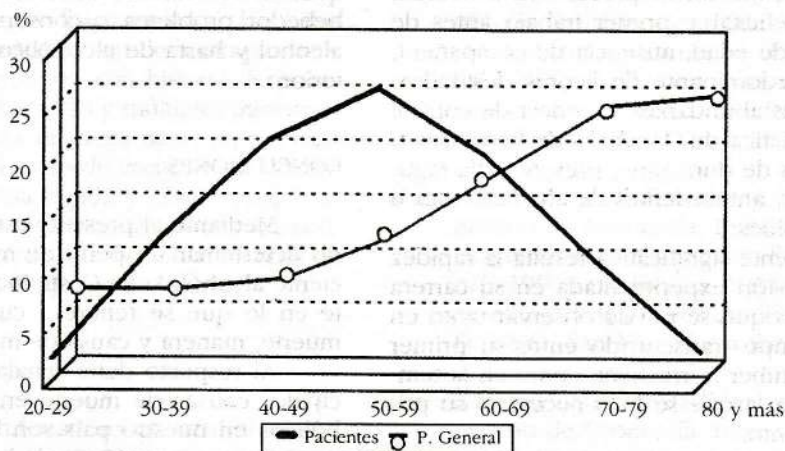
De los 50 a los 59 años de edad, las enfermedades hepáticas y las degenerativas del corazón causaron, cada una, un 19,9% de las muertes. Las accidentales ocupan un tercer lugar con un 13,3%.

A partir de los 60 años, las enfermedades degenerativas del corazón se constituyen en la principal causa de muerte: 22,1% entre los 60 y los 69, y 18,4% entre los 70 y los 79 años. Las accidentales siguen siendo importantes entre los 60 y los 69 años, con un 14,3% de los casos, y las muertes por cáncer de otros sistemas son la segunda causa de muerte (15,8%) en las edades comprendidas entre los 70 y los 79 años.

EDAD DE MUERTE

La edad al morir en la población de alcohólicos es temprana en relación con la población general. Lo anterior se presenta en forma dramática en la figura siguiente.

Gráfico 10
Distribución porcentual de la edad de muerte, por tipo
de población Costa Rica, 1979-1992

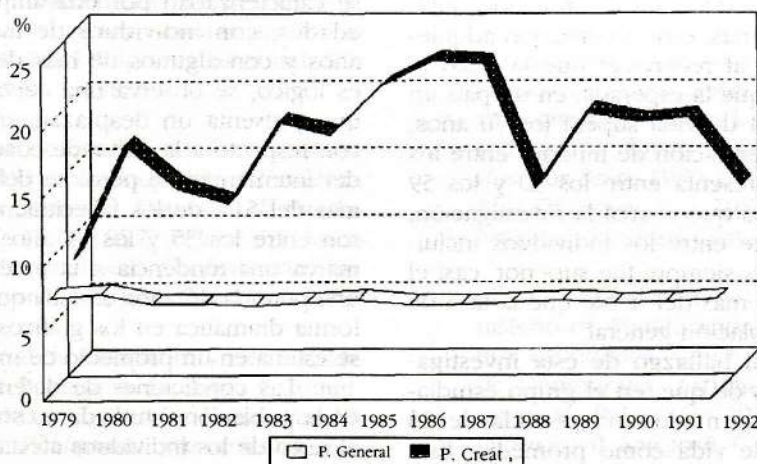


Más específicamente, en el Gráfico 11, se comparan las tasas de muerte de la cohorte en estudio y la población general, desglosado por año, de 1979 a 1992.

Con el propósito de determinar la pérdida promedio de años de vida, se procedió al análisis de las tablas de mortalidad por edades de la Dirección General de Estadística

y Censos y se comparó en cada caso, y de acuerdo al año del deceso, la edad de muerte y la edad esperada de muerte. Mediante el anterior procedimiento se obtuvo una diferencia promedio de 25.63 años, lo que significa que los miembros de la cohorte en estudio fallecieron 25 años y medio antes de lo esperado.

Gráfico 11
Tasa bruta de mortalidad masculina (por mil) entre
la cohorte de estudio y la población general
Costa Rica, 1979-1992



DISCUSIÓN

El grupo estudiado reveló características en común como: inicio precoz en la bebida, educación deficitaria, primer trabajo antes de los 20 años de edad, ausencia de compañera, consumo predominante de licores destilados, en cantidades abundantes, carencia de control al beber, práctica de "tandas" —de hasta dos o más semanas de duración—, presencia de lagunas mentales, antecedentes de alucinaciones e ideas paranoides.

Igualmente significativa resulta la rapidez de la progresión experimentada en su carrera alcohólica, lo que se puede observar tanto en el corto tiempo transcurrido entre su primer trago y su primer borrachera, como en la temprana edad a la que se hizo necesario su primer tratamiento.

Se trata entonces de un grupo de alcohólicos con niveles de deterioro moderado y predominantemente severo.

El análisis de la mortalidad revela en primer lugar una alta proporción de muertes violentas, que alcanzan en importancia a las mismas enfermedades hepáticas y a las degenerativas del sistema vascular.

El cáncer del sistema digestivo y de otros sistemas ocupa un lugar importante en la escala de causas de muerte natural, seguido de las infecciones inespecíficas; ésta última presente en primer lugar como episodio final, situación comprensible en el caso de organismos profundamente debilitados.

Es importante señalar al alcoholismo y las enfermedades hepáticas como causa de muerte que se hace manifiesta en edades relativamente tempranas, esta observación adquiere mayor fuerza al reconocer que la edad al morir es menor que la esperada: en un país en que la esperanza de vida supera los 70 años, la más alta concentración de muertes entre los alcohólicos se presenta entre los 50 y los 59 años. En los años que abarca la investigación, la tasa de muerte entre los individuos incluidos en la muestra siempre fue superior, casi el doble, y a veces más del doble que la tasa de muerte en la población general.

El principal hallazgo de esta investigación es el hecho de que, en el grupo estudiado, se pudo determinar una pérdida de 25 años y medio de vida como promedio. Esta

cifra debe considerarse en función de las características de la población estudiada, un grupo de alcohólicos con deterioro severo que, en ese sentido debe ser diferenciado del bebedor problema o consumidor abusivo de alcohol y hasta de alcohólicos con menor deterioro.

CONCLUSIONES

Mediante el presente estudio se ha logrado determinar un perfil de mortalidad del paciente alcohólico en Costa Rica, particularmente en lo que se refiere a curvas de edad de muerte, manera y causa de muerte.

Al respecto debe señalarse que las principales causas de muerte en individuos alcohólicos en nuestro país son las enfermedades hepáticas, con un 17,8% de los casos, y las degenerativas del corazón y el sistema vascular, con un 17,7%.

Una observación muy importante es el alto porcentaje de muertes accidentales que ocurren en este grupo poblacional, correspondiente al tercer puesto de causas de muerte, con un 16,6% de los casos.

Por otra parte, a las muertes provocadas por accidentes se deben agregar las que son producto de homicidios o suicidios, que también se constituyen en una proporción muy elevada en relación con las muertes que por esas causas se producen en la población general: 1,8% y 3,4% respectivamente.

Los 3175 pacientes, del Centro de Rehabilitación para Enfermos Alcohólicos de Tirrases, se caracterizaban por una amplia variedad de edades, con individuos de menos de veinte años y con algunos de más de setenta. Como es lógico, se observa una curva de mortalidad que presenta un desplazamiento cronológico con respecto a la curva de edades al momento del internamiento; pero, se debe destacar que más del 51% de los fallecimientos se presentaron entre los 35 y los 54 años, condición que marca una tendencia a la muerte prematura y una pérdida de años de vida que se expresa en forma dramática en los gráficos 10 y 11, y que se estima en un promedio de más de 25 años.

Las condiciones de deterioro psico-social en la población estudiada no son generalizables al resto de los individuos afectados por el alco-

holismo. Es justo reconocer que quienes se internaban en "Tirrases" a finales de los setenta e inicios de los ochenta, eran personas con pocos recursos económicos y lo anterior se asocia igualmente a deterioro físico y mental. Los hábitos de ingestión descritos son de inicio precoz y rápidamente progresivos, con historia de pocas alternativas de tratamiento y múltiples trastornos asociados. No obstante, ciertamente representan una expresión del estilo de consumo del costarricense, con ingesta rápida y con el propósito de llegar al estado de embriaguez; con un consecuente desarrollo de su adicción al alcohol en forma mucho más temprana de lo usual.

BIBLIOGRAFÍA

- Caetano, R.: "Manifestations of alcohol-related problems in Latin America: a review". *PAHO Bulletin*. 1984; 18 (3): 258-280.
- Conn, H.O.; Bircher, J.: *Hepatic Encephalopathy Syndromes and Therapies*. Medi-Ed Press, Bloomington, Illinois, 1994.
- Cooper, M.L.: "Alcohol and increased behavioral risk for AIDS". *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 64-72.
- Chassoul, Ch.; Morales, Y.: *Encuesta Nacional de Hábitos de Ingestión Alcohólica*. Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, San José, Costa Rica, 1970.
- Dirección General de Estadística y Censos, Centro Latinoamericano de Demografía: *Estimaciones y Proyecciones de Población: 1950-2025*. Imprenta Nacional, San José, Costa Rica, 1983.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Diez años de Estadística Vital: 1978-1987; Población, Nacimientos, Defunciones, Contrayentes*. Imprenta Nacional, San José, Costa Rica, 1992.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1988; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios*. Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1993.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1989; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios*. Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1994.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1990; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios*. Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1994.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1991; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios*. Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1994.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1992; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios*. Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1995.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Industria y Comercio: *Estadística Vital: 1993; Población, Nacimientos, Defunciones, Matrimonios*. Publicaciones D.G.E.C., San José, Costa Rica, 1995.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Centro Latinoamericano de Demografía: *Tablas Abreviadas de Mortalidad por Sexo: 1950-1963-1973-1984. Tablas Quinquenales: 1950-2025*. Imprenta Nacional, San José, Costa Rica, 1988.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Centro Latinoamericano de Demografía: *Estimaciones y Proyecciones de Población: 1950-2025*. Imprenta Nacional, San José, Costa Rica, 1988.

- Friedman, H.S.: "Alcohol, arrhythmia and sudden death. *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 87-91.
- Garro, A.J.; Espina, N.; Lieber, C.S.: "Alcohol and cancer". *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 81-86.
- Jacobson, J.M.: "Alcoholism and tuberculosis. *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 39-45.
- Kruger, T.E.; Jerrels, T.R.: "Potential role of alcohol in human immunodeficiency and virus infection". *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 57-63.
- Mendenhall, C.L.: "Immunity, malnutrition and alcohol". *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 23-28.
- Míguez, H.A.: *Frecuencias observadas en una Población de pacientes internos en el Centro de Rehabilitación de Enfermos Alcohólicos*. Instituto Nacional Sobre Alcoholismo, Departamento de Investigación, San José, Costa Rica, 1978.
- Naveillan, P.; Vargas, S.: *Expectativa de Vida del Bebedor Problema en Santiago, Chile. VI. Jornadas Laborables Perdidas. Años 1960 y 1980*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol.97, Nº 3, Setiembre 1984: 252-60.
- Nelson, S.; Shellito, J.; Mason, C.: "Alcohol and bacterial pneumonia". *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 73-80.
- Organización Panamericana de la Salud: *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*. Vol. 2. Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D.C., E.U.A., 1978.
- Rodríguez, A.: "Transición del consumo de riesgo al síndrome de dependencia del alcohol". *Adicciones*. 1995; 7 (2): 179-210.
- Roizen, R.; Cahalan, D.; Shanks, P.: "Spontaneous remission among untreated problem drinkers". En Kandel D.B.: *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. Hemisphere Publishing Corporation, Washington, D.C., 1978.
- Roselle, G.A.: "Alcohol and the immune system". *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 16-22.
- Rosman, A.S.: "Viral hepatitis and alcoholism". *Alcohol, Health and Research World*. 1992; 16 (1): 48-56.
- Francisco Jiménez M.
Junta Directiva
IAFA
Apdo. 4494-1000
San José, Costa Rica
- Ronald Alvarado C.
IAFA
Apdo. 4494-1000
San José, Costa Rica