

# **Detección de problemas relacionados con el alcohol mediante el test AUDIT-C en el Servicio de Urgencias. Estudio piloto**

Director: Dr Rodrigo Córdoba García  
Alumna: Jenifer Juez Clavería  
Master de Iniciación a la Investigación en Medicina

## RESUMEN

**Objetivo:** estimar la prevalencia de consumidores perjudiciales de alcohol a través del test AUDIT-C (versión corta del test AUDIT de 10 ítems) en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias (SU) del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, y su relación con ciertas variables sociodemográficas.

**Material y métodos:** Diseño: estudio descriptivo transversal, aleatorizado, no controlado. Selección: 211 pacientes que acuden al SU de entre 18 y 65 años, tras consentimiento informado verbal. Se excluyeron a pacientes en situación grave, emergencias vitales, personas con alteración del nivel de conciencia al ingreso, sospecha de intoxicación etílica aguda, pacientes psicóticos, y aquellos pacientes con dificultades idiomáticas. Las variables del estudio han sido: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, ocupación, diagnóstico en el servicio de urgencias y decisión de ingreso.

**Resultados:** el 21,8% de los encuestados tenían un AUDIT-C positivo. Se encontró asociación estadística entre consumo de riesgo de alcohol y ser varón ( $p = 0,02$ ), no casado ( $p = 0,03$ ) y con diagnóstico de traumatismo ( $p = 0,01$ ).

**Discusión:** el consumo de riesgo de alcohol es un hecho frecuente entre los pacientes que acuden al SU, y a menudo puede pasar desapercibido. El AUDIT-C no sirve para detectar consumos agudos, pero sí para detectar prácticas de riesgo que a medio y largo plazo pueden dar problemas de salud.

## INTRODUCCIÓN

A pesar de la extensión de su consumo y de su aceptación social, el consumo de alcohol es una causa importante morbilidad, mortalidad y costes sanitarios en España. El número de muertes relacionadas con el consumo de alcohol en 2004 fue de 8.391, lo que supone el 2,3% de la mortalidad para ese año y el 9,2% de la carga de morbilidad, cifras que están sólo por detrás del tabaco y la presión arterial<sup>1</sup>. Durante el año 2004, la media de años potenciales de vida perdidos por causas relacionadas con el consumo de alcohol fue de 22,5 años, con un total de años de vida perdidos por esta causa en el 2004 fue de 118.411<sup>2 3</sup>.

En la mortalidad relacionada con el alcohol, tienen mayor peso las causas crónicas que las agudas. Las causas crónicas representan aproximadamente el 60% y las causas agudas el 40%. Tanto para las causas crónicas como agudas, la relación hombre/mujer es aproximadamente de 3:1. Las enfermedades del sistema digestivo suponen alrededor del 39-40% de toda la mortalidad. Los accidente no intencionales suponen entre un 28-29% de la mortalidad atribuible al alcohol. Los accidentes intencionales supusieron la tercera causa más importante de mortalidad durante los seis años del estudio oscilando entre un 10,37% de 1999 y el 12,86% en 2004. En cuarto lugar, la mortalidad por enfermedades del sistema cardiovascular supuso en esos seis años el 9-11% de todas las muertes. La cirrosis es la causa que contribuye con el mayor número de fallecimientos. El número de defunciones por cirrosis

alcohólica podemos estimarlo a partir de los datos de INE referidos a Defunciones según causa de muerte. Existe una categoría de “cirrosis hepática alcohólica”, que es el 100% atribuible al alcohol, y otra categoría llamada “otras cirrosis” (que engloba varios códigos de la CIE-10), y de la que se estima que es un 40% atribuible al alcohol.

Tras analizar las defunciones correspondientes al año 2010, se observa que 4017 muertes corresponden a la categoría “otras cirrosis”, por lo que 1607 podrían atribuirse al alcohol aplicando el razonamiento anterior. A esas muertes habría que sumar las 951 debidas a “cirrosis alcohólica”. Podríamos estimar, que durante el año 2010, se produjeron 2558 muertes por cirrosis secundaria al alcohol. Respecto al total de muertes por cirrosis hepática, las debidas al consumo de alcohol, representan un 51,4%. Explicado de otra manera, 1 de cada 2 muertes por cirrosis, fue debida al alcohol. El consumo de alcohol, también aumenta el riesgo de muerte por neoplasias malignas, enfermedades gastrointestinales, metabólicas y endocrinas, enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, miocardiopatía alcohólica y arritmias) y lesiones, intencionales y no intencionales. Los trastornos neurológicos como la neuropatía alcohólica y la demencia alcohólica, no son infrecuentes.

En España, se estima que hay dos millones de personas que realizan un consumo de riesgo de alcohol, es decir un 7,4% de la población, de los que un 0,3% son posibles dependientes<sup>4</sup>. En los últimos años se observa una tendencia ascendente de las borracheras y los episodios de consumo intensivo de alcohol, de ahí la importancia del tema. A menudo el consumo de riesgo pasa desapercibido, y los profesionales sanitarios, nos encontramos en una situación privilegiada para producir cambios. La Organización Mundial de la Salud, estima que la intervención breve desde atención primaria sobre el consumo de alcohol evita enfermedades y muertes prematuras siendo la intervención sanitaria más costo efectiva solo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco.

Las tres actividades principales para abordar los problemas relacionados con el alcohol en las consultas de atención primaria son tres: identificar a los pacientes que pueden tener un problema relacionado con el alcohol (cribado), intervenir sobre ellos (intervención breve) y derivar activamente a los que necesitan ayuda más especializada<sup>5</sup>. El AUDIT fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular, para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados; y a menudo, éstos, presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con el consumo de alcohol. El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo no haya experimentado ningún trastorno. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los

daños causados por el alcohol. La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol, lo que puede conducir al aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono de consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, nadie desarrolla dependencia sin haber mantenido durante algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol.

El test AUDIT comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Es barato, rápido y flexible, es consistente con las definiciones de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol, y se centra en el consumo reciente de alcohol. El AUDIT, se ha utilizado con éxito en diversos ámbitos: atención primaria de salud<sup>6</sup>, urgencias<sup>7</sup>, drogodependientes, desempleados<sup>8</sup>, estudiantes universitarios, pacientes mayores hospitalizados, y en personas con niveles bajos de renta. Asimismo, el AUDIT ha sido estudiado en una grana variedad de países y culturas<sup>9</sup>, lo cual hace pensar que ha cumplido la promesa de ser un instrumento internacional de cribado. A pesar de que su validez en mujeres es menor<sup>10</sup>, el AUDIT se puede utilizar en ambos géneros. El efecto de la edad no se ha estudiado sistemáticamente, pero un estudio<sup>11</sup> encontró una menor sensibilidad y mayor especificidad para pacientes mayores de 65 años.

En relación con otros instrumentos de cribado, el AUDIT ha mostrado en todos los casos un rendimiento igual o superior. Bohn et al<sup>12</sup>, encontraron una alta correlación entre el AUDIT y el MAST ( $r=0,88$ ) y Hays et al. Encontraron también una elevada correlación (0,78) entre el AUDIT y el CAGE en pacientes de consulta externa. Asimismo, en otro estudio, el test AUDIT se mostró más sensible que el CAGE para la detección de consumo excesivo de alcohol y algo menos sensible, pero más específico que aquél para la detección de abuso o dependencia de alcohol<sup>13</sup>.

Dos trabajos, han estudiado la relación del AUDIT con la futura aparición de problemas. Clausen y Asland encontraron un mayor riesgo de continuar desempleados en trabajadores en paro con AUDIT superior a 8<sup>14</sup>. En el estudio de Conigrave et al, los resultados, los resultados del AUDIT predijeron tanto la futura aparición de patología orgánica y social relacionadas con el alcohol, como la utilización de recursos sanitarios<sup>15</sup>. La fiabilidad del AUDIT ha sido evaluada por diversos autores. Los resultados indican una alta consistencia interna, lo que sugiere que el AUDIT es un instrumento fiable<sup>16</sup>.

El AUDIT- C (versión corta del test AUDIT) incluye, las tres preguntas sobre consumo de alcohol del AUDIT. Bush et al evaluaron el AUDIT-C en la población masculina, y aunque obtuvo mejores resultados que el AUDIT y el CAGE en la identificación de bebedores de riesgo, este estudio se limitó a varones y las entrevistas fueron telefónicas, lo cual puede haber inducido un sesgo en los resultados<sup>17</sup>. Gordon et al, usaron el AUDIT-C para identificar a bebedores de riesgo en una amplia selección de pacientes de atención primaria; donde la versión corta del AUDIT (AUDIT-C), se mostró igual de

efectivo<sup>18</sup>. En una revisión realizada por Fiellin et all, el AUDIT - C ha mostrado una sensibilidad del 54 al 98% y una especificidad entre el 57 y el 63%<sup>19</sup>.

En el estudio de validación español, se comparó el AUDIT- C con el AUDIT en pacientes con diagnóstico de consumo de riesgo realizado por médicos de atención primaria<sup>20</sup>. Las correlaciones entre los resultados del AUDIT-C, AUDIT y el consumo alcohólico medido en unidades de bebida estándar fueron positivas y muy significativas. El AUDIT- C y el AUDIT mostraron sensibilidades y especificidades similares en la detección de bebedores de riesgo. En un estudio, llevado a cabo en la población general estadounidense, el rendimiento del AUDIT-C se mostró similar a los anteriores<sup>21</sup>.

El AUDIT- C, por tanto, ha demostrado ser un instrumento de validez para atención primaria. En esta línea, podemos decir que los Servicios de Urgencias (SU) se encuentran en una posición privilegiada para identificar e intervenir sobre individuos con consumo de riesgo o que ya han desarrollado problemas relacionados con el alcohol pues se encuentran en un momento receptivo tras el evento impactante. Aunque disponemos de menos estudios, en una revisión, se puso de manifiesto el buen resultado de la intervención breve de estos pacientes, con una reducción del consumo no siempre significativa frente al grupo control, y una reducción significativa de los problemas relacionados con el alcohol<sup>22</sup>. Sin embargo, la identificación precoz e intervención breve siguen siendo una asignatura pendiente en los SU de todo el mundo.

Aunque la relación causal entre alcohol y lesión no ha sido siempre homogénea en los diversos estudios realizados en los SU, el consumo antes del accidente y los problemas relacionados con el alcohol continúan siendo elevados entre los pacientes traumáticos y no traumáticos. Sin embargo, el nivel estimado de alcoholemia en el momento de la admisión del paciente en urgencias, no sirve para identificar a la mayoría de bebedores excesivos a aquellos con trastornos por uso de alcohol. Un estudio puso de manifiesto que, mientras dos tercios de los pacientes traumáticos con alcoholemia positiva cumplían criterios diagnósticos estándar de adicción al alcohol, casi la mitad de los pacientes con alcoholemia negativa cumplían asimismo criterios diagnósticos<sup>23</sup>; otro estudio encontró que la alcoholemia positiva identificaba sólo al 20% de los individuos con trastornos actuales por uso de alcohol<sup>24</sup>. A pesar del escaso rendimiento del nivel de alcoholemia para pronosticar clínicamente la presencia de un consumo perjudicial o de una adicción al alcohol en el marco de los servicios de urgencias, hasta hace muy poco apenas se ha investigado el rendimiento de los instrumentos de cribado que deberían considerarse especialmente adecuados para emplear en dicho entorno, por su brevedad, sencillez y puntuación.

Se considera que los SU, a pesar de las dificultades debidas sobre todo a la presión asistencial, están en una posición clave para identificar y aplicar una intervención breve oportunista a bebedores con consumo de riesgo o perjudicial, la mayor parte de los cuales, no han recibido consejo<sup>25</sup>. Por intervención breve se entiende una intervención, de duración limitada en el

tiempo que, que tiene como objetivo, promover un cambio en una conducta de riesgo previamente identificada. Comprende evolución, consejo y cierto seguimiento. Los destinatarios principales, van a ser bebedores con un consumo perjudicial o de riesgo.

En diversos estudios<sup>26 27</sup>, se ha demostrado que la intervención breve en el entorno de urgencias, suele obtener una reducción significativa del consumo con respecto a los valores basales, especialmente a los tres meses. De ahí, la importancia de encontrar con test breve, sencillo y de fácil aplicación, que consiga detectar aquellos pacientes en situación de riesgo de consumo perjudicial de alcohol. Otro estudio controlado realizado en urgencias<sup>28</sup>, demostró que la intervención breve resultó útil en pacientes que sufrieron un accidente de tráfico, durante un año de seguimiento. En esta línea, en otro trabajo, el AUDIT-C mostró su utilidad en pacientes de urgencias traumatológicas en un hospital de Barcelona<sup>29</sup>. Asimismo, otro estudio realizado en cuatro hospitales de Tailandia, el AUDIT mostró ser un instrumento válido para detectar situaciones de riesgo perjudicial de consumo de alcohol<sup>30</sup>.

El objetivo de nuestro estudio, por tanto, y dada la relevancia del tema, se va a centrar en estimar la prevalencia de consumidores perjudiciales de alcohol, a través de un instrumento breve y sencillo, de probada validez (test AUDIT-C) en aquellos pacientes que son atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza, y su posible relación con ciertas variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel de estudios, ocupación laboral, estado civil y diagnóstico al alta. Como ya se ha reflejado en párrafos anteriores, se estima que la prevalencia en la población general en España, de personas en riesgo de realizar un consumo perjudicial de alcohol se encuentra en torno al 7,4%, pero apenas hay estudios realizados en el servicio de Urgencias sobre prevalencia, con lo cual queda justificado la pertinencia de nuestro estudio.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se ha utilizado un cuestionario que incluía el test de AUDIT-C, versión reducida del AUDIT de 10 ítem, que incluye las tres primeras preguntas del AUDIT sobre consumo de alcohol. El test de AUDIT se consideró positivo para consumo de riesgo de alcohol si la puntuación era igual a o superior a 5 en varones y a 4 en mujeres, ya que resultó ser el mejor punto de corte en numerosos estudios, entre ellos, el estudio de Gual20, que estableció ese punto de corte con una sensibilidad del 92,4% y especificidad del 74,3% en el caso de los hombres; y con una sensibilidad del 90,9% y especificidad del 68,4% en el caso de las mujeres<sup>21</sup>.

Como estudio piloto, se encuestaron a 211 usuarios de 18 a 65 años que acudieron a urgencias del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza en los meses de Mayo, Junio y Julio de 2012. El estudio se realizó tras consentimiento informado verbal del paciente. Las encuestas se recogieron de forma aleatoria en el área de clasificación y previamente a que los pacientes fueran remitidos a las distintas áreas (atención médica, cirugía, traumatología,

oftalmología, ginecología) un solo día a la semana durante 12 semanas, excluyéndose la noche y los fines de semana. Se excluyeron a pacientes en situación grave, emergencias vitales, personas con alteración del nivel de conciencia al ingreso, sospecha de intoxicación etílica aguda, pacientes con algún grado de psicoticismo, así como pacientes con dificultades idiomáticas.

Las variables del estudio han sido: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, ocupación, diagnóstico en el Servicio de Urgencias y decisión de ingreso. La edad se recodificó en tres grupos (18-34; 35-49 y 50-65). El nivel de estudios se recodificó como bajo (sin estudios, primarios y graduado escolar); medio (bachiller, grado medio/FP) y alto (grado superior, Universitario). El Estado civil se recodificó en casados y no casados (soltero, viudo divorciado, separado). En cuanto a la ocupación, se tuvo en cuenta la variable parado frente a no parado (ama de casa, jubilado, estudiante, activo). Se planteó asimismo, si los profesionales dedicados a la hostelería o al transporte, tienen más riesgo de un consumo perjudicial de alcohol. En el diagnóstico se consideró específicamente la presencia de traumatismos. El resto de diagnósticos médicos incluían: enfermedades endocrinas, trastornos mentales no psicóticos, enfermedades oculares, auditivas, del sistema circulatorio, respiratorio, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades dermatológicas, del sistema osteomuscular no traumáticas, enfermedades hematológicas y del aparato genitourinario.

Se hizo un análisis bivariante. Las variables cuantitativas se describieron empleando las medias y las desviaciones estándar y para las cualitativas se emplearon las proporciones. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba de chi cuadrado y cuando no se cumplió el supuesto de normalidad o el de homogeneidad de varianzas se utilizó la corrección de Yates. Para la comparación de la media de edad se utilizó la t de Student. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA versión 11.

## RESULTADOS

Se encuestaron un total de 211 individuos de los cuales el 53,1% eran varones y el 46,9% mujeres. La media de edad fue de 38,4 años con una Desviación Estándar de 12,9. El 45,5% tenían de 18 a 34 años, el 29,9% tenía de 35 a 49 años y el 24,6% tenía de 50 a 65 años. El 19% estaba en situación de desempleo. El 50,2% tenían estudios básicos, el 28,4% medios y el 21,4% tenía estudios superiores.

El 21,8% de los encuestados tenían un test de AUDIT positivo. La media de edad de los que tenían test positivo fue de 37,04 (DS: 13,7) mientras que la de los que lo tenían negativo fue de 38,7 (DS: 12,7) con un nivel de significación de  $p=0,26$ .

En la tabla 1 (Anexo) se presenta la relación del test de AUDIT con las distintas variables estudiadas. Se encontró asociación estadística entre consumo de riesgo de alcohol y ser varón ( $p=0,02$ ), no casado ( $p=0,03$ ) y con diagnóstico de traumatismo ( $p=0,01$ ); (Figuras 1,2 y 3 en Anexo). . No se

encontró relación con edad, nivel de estudios y ocupación. Tampoco se encontró relación con dedicación a hostelería y transporte si bien el tamaño muestral era demasiado limitado para poder asegurarla.

## DISCUSIÓN

El consumo de riesgo de alcohol es un hecho frecuente entre los pacientes que acuden a servicio de urgencias y que a menudo puede pasar desapercibido. El AUDIT no sirve para detectar consumos agudos pero sí prácticas de consumo de riesgo que pueden dar problemas de salud y resultar perjudiciales a medio y largo plazo. Uno de cada 5 pacientes que acude a urgencias presentan un test de AUDIT positivo lo que supone una frecuencia 3 veces mayor a la observada en población general española que es del 7,4% según los estudios de Plan Nacional de Drogas<sup>4</sup>.

No obstante, este estudio presenta limitaciones. El tamaño muestral es modesto por tratarse de un estudio piloto que puede servir para diseñar uno más amplio y con más variables. El tamaño pequeño muestral reduce las posibilidades de desagregar datos por subgrupos. Sin embargo las principales conclusiones encontradas son congruentes con los datos publicados y las conclusiones tienen cierta consistencia. Los pacientes con mayor probabilidad de tener un consumo de riesgo son los varones, con estado civil distinto a casado y que acuden por un traumatismo. Los varones tiene un consumo de riesgo de alcohol en una proporción que suele doblar al de las mujeres salvo en el grupo de edad mas joven. En general en población adulta española la situación es similar a la observada en este estudio.

El hecho de que las encuestas fueran tomadas durante el día, excluyéndose la noche y el fin de semana, es porque es sabido que las personas que son atendidas en este momento, tienen una mayor prevalencia de problemas relacionados con el alcohol<sup>31</sup>.

Un estudio realizado en Tailandia en el Servicio de Urgencias, con metodología similar, detectó una prevalencia de AUDIT-C positivo del 32% en una muestra de 352 pacientes<sup>30</sup>. En un estudio Australiano también realizado en urgencias, la prevalencia de consumo perjudicial de alcohol, detectado por otros procedimientos diagnósticos, rondaba el 25% en hombres y el 9% en mujeres<sup>25</sup>. En este estudio además, cabe destacar además, que el 52% de los hombres que acudía por un traumatismo, y un 28% en mujeres, presentaba un consumo perjudicial de alcohol.

También es un tema ya descrito que el estado civil casado tiene un cierto efecto protector en el abuso de alcohol, con excepciones por supuesto. En general, los solteros tienden a abusar mas de alcohol, tabaco y otras drogas que las personas en situación familiar estable, tal y como se refleja en un estudio reciente de 2010<sup>32</sup>, que tenía por objetivo determinar los factores de riesgo predictores de mortalidad durante un periodo de seguimiento de dos años, seleccionando para ello una amplia muestra de atención primaria, en donde se utilizó el test AUDIT-C como detector de los riesgos relacionados con el alcohol. Es normal que las responsabilidades familiares (pareja, hijos, etc)

limiten el abuso de alcohol. En este estudio, además, se obtuvieron resultados relevantes en cuanto a que el consumo de riesgo en el sexo femenino, puede ser más peligroso, y conllevar más morbilidad, con lo que este grupo podría beneficiarse todavía más de una detección precoz, tal y como se afirma en otro estudio realizado en urgencias<sup>33</sup>.

En esta línea, en otro estudio realizado en la población general en Wisconsin, la prevalencia resultó del 25%, pero aquí si que encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grupo de edad, donde en el rango de 18-29 años, el AUDIT-C resultó positivo en el 40% de los casos<sup>34</sup>. Al igual que en nuestro estudio, el sexo masculino mostró una asociación al consumo perjudicial de alcohol, así como el hecho de ser soltero y también el hecho de no tener niños a su cargo.

En el ya mencionado estudio realizado en un Hospital de Barcelona, la prevalencia de AUDIT-C positivo fue del 35%. Aunque con una cierta limitación, ya que en principio estaba dirigido a pacientes víctimas de un accidente de tráfico que entran al servicio de urgencias con una alcoholemia positiva, con lo que la muestra no es del todo representativa de la población que suele frecuentar este servicio<sup>29</sup>. También otra limitación, supuso el bajo número de mujeres.

En cuanto a los traumatismos, también es un hecho descrito la asociación entre traumatismo y abuso de alcohol. Es esencialmente sospechoso el traumatismo costal en personas que acuden a urgencias presentando intoxicación más o menos aguda por alcohol. Algunos autores señalan que el traumatismo costal es un indicador muy certero de abuso de alcohol pero también parece ocurrir con los traumatismos en general tal como observamos en este estudio y en otros<sup>35 36</sup>. En otro estudio estadounidense, realizado en una muestra de 408 pacientes atendidos en urgencias odontológicas, a consecuencia del importante factor etiológico del alcohol en el cáncer oral, el 25% de los pacientes mostró un AUDIT-C positivo<sup>37</sup>.

La efectividad de las intervenciones breves ha sido sobradamente demostrada en atención primaria de salud. En el entorno de urgencias, la dificultad de reunir muestras suficientes de pacientes cribados y las elevadas pérdidas para el seguimiento plantean problemas metodológicos<sup>38</sup>. En cuanto al paciente, suele aceptar bien el cribado y la intervención<sup>39</sup>, especialmente si se trata de bebedores de riesgo, habiéndose comprobado una relación directa entre el nivel de consumo y la aceptación del consejo. Por lo que respecta a la plantilla de los SU, la falta de conciencia sobre la prevención y el temor a las implicaciones legales, sobre todo en el caso de agresiones o accidentes de tráfico, restan colaboración al personal de urgencias. Además, los médicos y enfermeras de los SU carecen de una falta de entrenamiento en técnicas de intervención. Por tanto, nos queda un largo camino de concienciación y motivación sobre la rentabilidad de intervenir en prevención, interviniendo sobre situaciones de riesgo o problemas subyacentes cuya resolución reduciría a medio plazo, la afluencia a los SU.

Para concluir, podemos decir que el test de AUDIT-C es un instrumento breve, sencillo y fiable que podría incluirse en la historia clínica de los servicios de urgencias para detectar consumo de riesgo de alcohol y en caso positivo poder ampliar la exploración del consumo y efectuar una intervención breve para señalar al paciente la asociación entre abuso de alcohol y riesgo de problemas de salud (traumatismos, accidentes de tráfico, hepatopatías, dependencia, etc.). Esta actuación breve y sencilla puede ser muy eficiente para prevenir en el futuro la aparición de esos problemas.

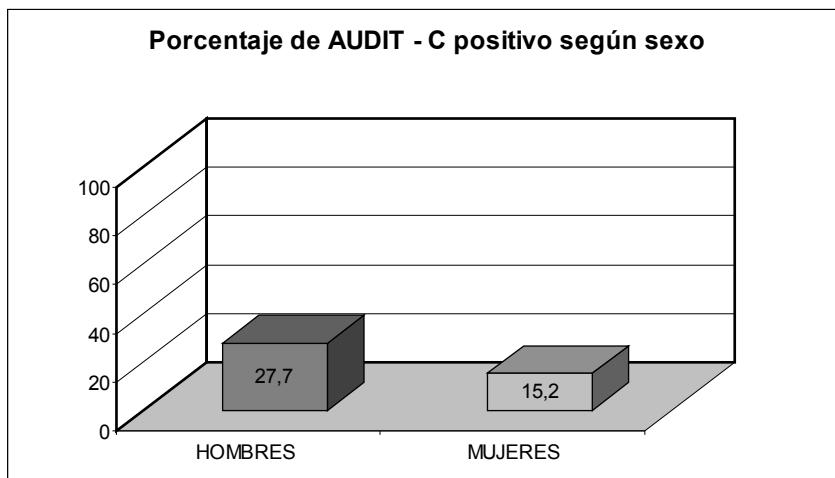
## ANEXO

**Tabla 1. Relación del Test de AUDIT-C positivo con las características de usuarios del Servicio de Urgencias (n=211)**

<b>Grupo de Edad</b>	<b>AUDIT positivo (%)</b>	<b>Significación Estadística</b>
18-35 35-49 50-65	20,9% 21,7% 23,9%	p= 0,31
<b>Sexo</b> Hombres Mujeres	27,7% 15,2%	p=0,02*
<b>Nivel de Estudios</b> Bajo Medio Alto	21,7% 23,3% 20,0%	p= 0,91
<b>Estado civil</b> Casado Otros(soltero, divorciado,separado, viudo)	16,2% 27,4%	p=0,03*
<b>Ocupación</b> Parado Otra	25,0% 21,1%	p= 0,36
<b>Dº de Traumatismo</b> Si No	33,5% 17,5%	p=0,01*

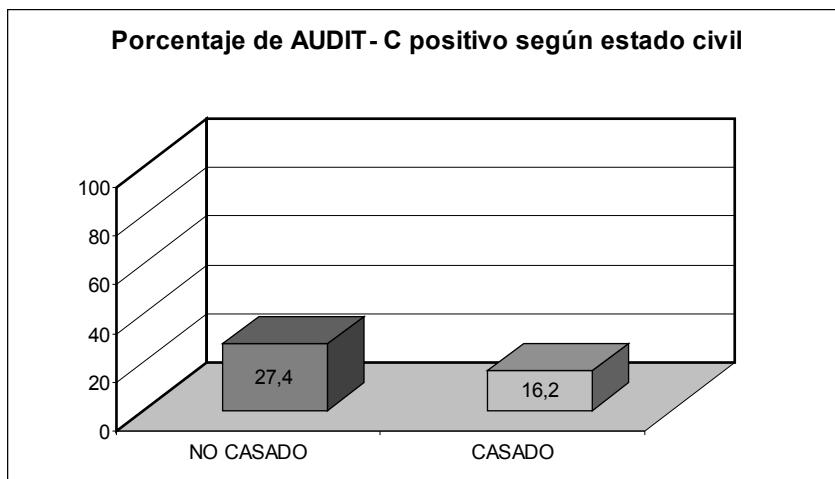
\*estadísticamente significativo (test Chi cuadrado)

**Gráfico 1**



\* $p = 0,02$

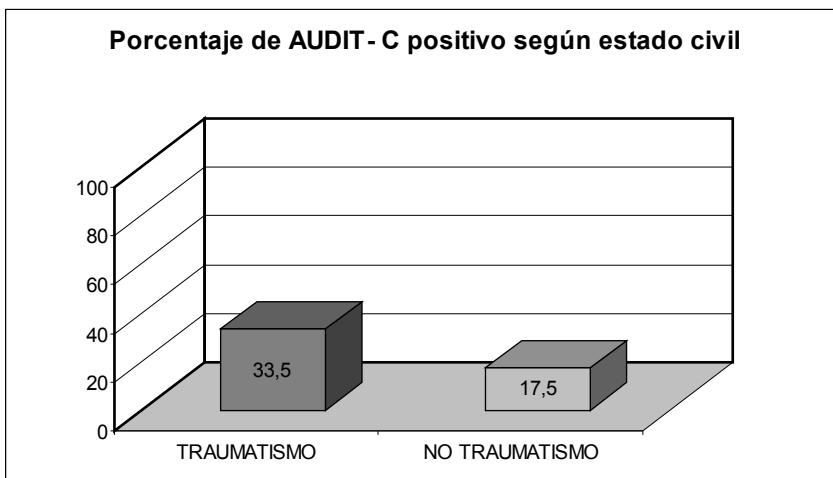
**Gráfico 2**



\* $p = 0,03$

No casado: soltero, viudo, divorciado/ separado

**Gráfico 3**



\* $p = 0,01$

\* Diferencias estadísticamente significativas.

<sup>1</sup> Robledo T. Alcohol: tercer factor de riesgo en países desarrollados. Atención primaria 2006. Atención primaria 2006; 38: 313-315.

<sup>2</sup> Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Alvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006.

<sup>3</sup> Álvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1<sup>a</sup> Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

<sup>4</sup> EDADES 1997- 2009/10 Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

<sup>5</sup> Babor T, Higgins J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria.

<sup>6</sup> Rigmaiden, RS, Pistorello, J, Johnson J, Mar D and Veach TL. Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. Substance Abuse 1995; 16: 49-57.

<sup>7</sup> Cherpitel, CJ. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. Journal of Studies on Alcohol 1995; 56: 695-700.

<sup>8</sup> Claussen, B and Aasland, OG. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. Addiction 1993; 88: 363-368.

<sup>9</sup> Fleming, MF, Barry KL and Mc Donald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. International Journal of the Addictions 1991; 26: 1173-1185.

<sup>10</sup> Powell, JE and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. Drug and Alcohol Review 1994; 13: 5-12.

<sup>11</sup> Isaacson, JH, Butler R, Zacharek, M. and Tzelepis, A. Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. Journal of General Internal Medicine 1994; 9: 550-553.

<sup>12</sup> Bohn, MJ, Babor, TF and Kranzler, HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. Journal of Studies on Alcohol 1995; 56: 423-432.

<sup>13</sup> Álvarez S, Gallego P, Latorre C, Bermejo F. Papel del test AUDIT para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. Medifam 2001; 11(9): 553-557.

<sup>14</sup> Clausen B, and Asland, OG. The alcohol Use Disorders identification test (AUDIT) in a routine health examination of long-term un employed. Addiction 1993; 88:363-368.

<sup>15</sup> Conigrave, KM, Saunders, JB and Reznik, RB. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. Addiction 1995; 90: 1479-1485.

<sup>16</sup> Fleming MF, Barry KL, Mc Donald R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a college sample. Int J Addict 1991; 26: 1173-1185.

<sup>17</sup> Bush K, Kihlavan DR, Mc Conell MB, FihnSD, Bradley KA. The AUDIT consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Arch Intern Med 1998; 158: 1789-1795.

<sup>18</sup> Gordon AJ, Maisto SA, mCnEIL m, Kraemer KL, Conigliaro, RL, Kelley ME and Conigliaro J. Three questions can detect hazardous drinkers. Journal of Family Practise 2001; 50: 313-320.

<sup>19</sup> Fiellin DA, Carrington R, R and O'Connor PG. Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review. Archives of Internal Medicine 2000; 160: 1977-1989.

<sup>20</sup> Gual A, Segura L, Contel M, Heather N & Colom J. Audit-3 y audit-4: effectiveness of two shorts forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol and Alcoholism 2002; 51: 206-217.

<sup>21</sup> Dawson D, Grant B, Stinson F, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for Alcohol Use Disorders and RiskDrinking in the US General Population. Alcohol Clin Exp Res 2005; 29 (5): 844-854.

<sup>22</sup> Preventive Care in the Emergency Department: Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems in the Emergency Department: a Systematic Review. Acad Emerg med 2002; 9 (6): 627-638.

<sup>23</sup> Soderstrom CA, Dailey JT & Kerns TJ. Alcohol and other drugs: An assessment of testing and clinical practices in US trauma centers. Journal of Trauma, 36: 68-73.

<sup>24</sup> Cherpit CJ. The Rapid Alcohol Problemes Screen: methods and application. Comprehensive Handbook of Alcohol Related Pathology. Selective Methods Used in Alcohol Research 2005; 3: 1415-1427.

<sup>25</sup> Conigrave KM, Burns FH, Rexnik RB & Saunders JB. Problem drinking in emergency department patients: the scope for early intervention. Med J Aust 1991; 15: 801-805.

<sup>26</sup> Wright S, Moran L, Meyrick M, O'Connor, R & Touquet R. Intervention by an alcohol health worker in an accident and emergency department. Alcohol & Alcoholism 1998; 33: 651-6.

<sup>27</sup> Patron R, Crawford M and Touquet R. Hazardous drinkers in the accident and emergency department – who accepts advice?. Emergency Medicine Journal 2004; 21, 491-192.

<sup>28</sup> Mello MJ, Nirenberg TD, Longabaugh R, Woolard R, Minugh A, Becker B, Baird J, Stein L. Emergency Department Brief Motivational Interventions for Alcohol With Motor Vehicle Crash Patients. Annals of Emergency Medicine 2005; 45 (6): 620-625.

<sup>29</sup> Rodríguez- Martos A, Santamaría E. Does the Shor Form of the Alcohol Use Disorders Identification Tes (AUDIT-C) Work a Trauma Emergency Department? 2007; 42: 923-932.

<sup>30</sup> Lapham SC, Brown P, Suriyawongpaisal P, Skipper BJ, Chadbunchachai W, Paisarnsilp S. Use of AUDIT for alcohol screening among emergency room patients in Thailand. Subst Use Misuse 1999; 34 (13): 1881-95.

<sup>31</sup> Rund DA, Summers WK, Levin M. Alcohol use and psychiatric illness in emergency patients. JAMA 1981; 245: 1240-1241.

<sup>32</sup> Harris A, Bradley K, Bowe T, Henderson P, Moos R. Associations between AUDIT-C and mortality vary by age and sex. Popul Health Manag 2010; 13 (5): 263-268.

<sup>33</sup> Trillo AD, Merchant RC, Baird JR, Liu T, Nirenberg TD. Sex Differences in Alcohol Misuse and Estimated Blood Alcohol Concentrations Among Emergency Department Patients: Implications for Brief Interventions. Acad Emerg Med 2012; [Epub ahead of print].

<sup>34</sup> Berger L, Frendrich M, Lippert A. Prevalence and Characteristics of Hazardous Drinkers: Results of the Greater Milwaukee Survey. Wisconsin Medical Journal 2007; 106 (7): 389-393.

<sup>35</sup> Rodríguez NN, Dalrifí MC, Alonso Castillo MM, García KS. [Accidents and injuries due to consumption of alcohol or drugs in patients treated at an emergency room]. Rev Lat Am Enfermagem. 2010 May-Jun; 18 :521-8.

<sup>36</sup> Chou SP, Chun S, Smith S, Ruan J, Li TK, Grant BF. Episodic heavy drinking, problem drinking and injuries - Results of the WHO/NIAAA collaborative emergency room study in South Korea. Alcohol. 2012 Aug; 46 (5):407-

13. Epub 2012 May 9.

<sup>37</sup> Miller PM, Rabéenle MC, Shealy AE, Thomas S. Alcohol screening in dental patients: the prevalence of hazardous drinking and patients' attitudes about screening and advice. J Am Dent Assoc 2006 Dec; 137 (12): 1692-8.

<sup>38</sup> Dill PL, Wells- Parker E, & Soderstrom CA. The emergency care setting for screening and intervention for alcohol use problems among injured and high-risk drivers: a review. Traffic Inj Prev, 5: 278-291.

<sup>39</sup> Rodriguez- Martos A, Santamaría E, Torralba L, Escayola M, Martí J & Plasencia A. Efectividad a corto plazo de las intervenciones breves sobre lesionados de tráfico con alcoholemia positiva. Gaceta Sanitaria, 19: 45-49.