

CONSUMO DE ALCOHOL EN LA CONSULTA DE UNA SALA DE EMERGENCIA

ETHEL ALDERETE¹, PABLO BIANCHINI²¹Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)²Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy

Resumen Se examinaron patrones de consumo de alcohol y alcoholemia en sala de emergencia del hospital público de referencia para traumatismos en la provincia de Jujuy aplicando el Instrumento de Evaluación para los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, versión corta (AUDIT-C). Se entrevistaron pacientes durante las 24 horas de 4 días (N=500) y se obtuvieron muestras para prueba de alcoholemia en el 84%. El 37% presentaba consumo de riesgo (hombres 50% vs. mujeres 23%) y el 29% tenía síntomas de dependencia (hombres 48% vs. mujeres 11%). El 17% de los hombres y el 3% de las mujeres tenían un nivel de alcoholemia igual o mayor a 50 mg/dl. En modelos de regresión logística multivariados la razón de posibilidades para los hombres de ser consumidores de riesgo (*OR* ajustado 3.2; IC 95% 2.1-5.0), tener síntomas de dependencia (*OR* ajustado 7.5; IC 95% 4.4-12.7) o niveles elevados de alcoholemia (*OR* ajustado 8.0; IC 95% 2.2-28.8), fue mayor que para las mujeres. Para ingresos por accidentes, situaciones de violencia o uso de drogas, la razón de posibilidades de ser consumidores de riesgo (*OR* ajustado 2.4; IC 95% 1.5-3.9), presentar síntomas de dependencia (*OR* ajustado 2.0; IC 95% 1.2-3.3), o alcoholemia (*OR* ajustado 7.7; IC 95% 3.0-19.8) fue mayor comparados con ingresos por otras causas. El alcoholismo tiene un impacto significativo en la ocurrencia de lesiones e influye sobre la demanda de atención médica. La implementación de programas de prevención podría ser una herramienta efectiva para reducir el impacto negativo del alcoholismo.

Palabras clave: alcoholismo, sala de emergencia, lesiones

Abstract *Alcohol consumption in the emergency room.* We examined patterns of alcohol consumption and blood alcohol levels in emergency room patients. The study was conducted in a public hospital of the province of Jujuy, Argentina. A survey was conducted among all patients during the 24 hours of 4 consecutive days (N=500) using the Alcohol Use Disorders Identification Test, short version (AUDIT-C). Blood samples were collected in 84% of participants. Results showed that 37% were hazardous drinkers (men 50% vs. women 23%), 29% had symptoms of dependence (men 48% vs. women 11%); 17% of men and 3% of women had high blood alcohol levels, equal or greater than 50 mg/dl. In multivariate logistic regression models men had increased likelihood of hazardous drinking (Adjusted OR 3.2; 95% CI 2.1-5.0), symptoms of dependence (Adjusted OR 7.5; 95% CI 4.4-12.7) and increased blood alcohol levels (Adjusted OR 8.0; 95% CI 2.2-28.8), compared with women. Patients admitted due to accidents, violence, or drug use, had increased likelihood of hazardous drinking (Adjusted OR 2.4; 95% CI 1.5-3.9), dependence symptoms (Adjusted OR 2.0; 95% CI 1.2-3.3) and increased blood alcohol levels (Adjusted OR 7.7; 95% CI 3.0-19.8), compared with those admitted for other reasons. Alcoholism has a significant impact on the occurrence of injuries and on the demand imposed on health services. Prevention programs can potentially reduce the negative health and social impact of alcoholism.

Key words: alcoholism, emergency room, injuries

La bibliografía existente da cuenta de la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la ocurrencia de lesiones que pueden derivar en consultas a salas de emergencia. Estimaciones recientes indican que el 32% de las muertes y el 28% de la morbilidad por lesiones no intencionales son atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas¹. La ocurrencia de lesiones está relacionada

con el volumen y los patrones de consumo^{2,3}. En gran medida, la evidencia epidemiológica sobre la relación entre alcoholismo y lesiones proviene de estudios en pacientes de salas de emergencia⁴. Estos estudios demostraron que los pacientes atendidos por lesiones tenían mayor probabilidad de presentar valores positivos para concentración de alcohol en sangre al ingreso, y de informar haber bebido con anterioridad al hecho en el que se produjo la lesión. Sin embargo, la magnitud de esta asociación varía significativamente en distintos países^{5,6}. Estas variaciones ocurren como resultado de la influencia de factores culturales, por ejemplo la aceptabilidad social de la ingesta excesiva de alcohol, o por factores relacionados a los

Recibido: 13-VII-2007

Aceptado: 25-IX-2007

Dirección postal: Dra. Ethel Alderete, Lavalle 333, 4600 San Salvador de Jujuy, Argentina
Fax: (54-388) 4236139

e-mail: e_alderete@arnet.com.ar

sistemas de salud, como el tipo de cobertura o nivel de atención que proporciona cada institución⁷.

La principal acción farmacológica del etanol es la depresión del sistema nervioso central. Los efectos sobre el mismo pueden comprender, dependiendo de la concentración de etanol en sangre, desde euforia e inhibiciones leves (menor de 50 mg/dl) hasta problemas graves de orientación y coordinación (entre 100 mg/dl y 300 mg/dl), llegando a provocar estados de coma y la muerte (más de 400 mg/dl). Existen distintas formas de consumo de alcohol que implican un riesgo o daño para la salud. Entre ellas, el consumo diario elevado y los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación. El consumo de riesgo se refiere a patrones de consumo que incrementan el riesgo de sufrir daños en la salud física, mental o social del consumidor o de terceros. La dependencia de alcohol constituye un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer como consecuencia del consumo repetido de alcohol. Los síntomas de dependencia incluyen el deseo intenso de consumir, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y síntomas físicos de abstinencia cuando se interrumpe el consumo⁸.

En la Argentina, según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas del año 2004⁹, el consumo de bebidas alcohólicas en la población de entre 16 y 65 años de edad en la vida fue del 84% (91% varones; 78% mujeres), en el último año del 73% (83% varones; 64% mujeres), y en el último mes del 55% (69% varones; 43% mujeres). La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se llevó a cabo en el 2005, en la población mayor de 18 años de una muestra representativa de viviendas del país. El 10.1% de los encuestados informaron consumo episódico excesivo, 5 o más medidas estándar de 10 gramos de alcohol en una oportunidad, en los últimos 30 días, con un porcentaje de 18.4% para los varones y del 2.5% para las mujeres¹⁰.

Nuestro estudio examina patrones de consumo de alcohol y niveles de alcoholemia en pacientes de sala de emergencia de un hospital público en una región de Argentina con altos niveles de pobreza y desocupación. Se busca examinar 1) cuáles son las características demográficas de los pacientes con ingesta excesiva de alcohol y 2) la relación entre el motivo de admisión a sala de emergencia (accidentes, situaciones de violencia o uso de drogas) y la ingesta de bebidas alcohólicas.

Materiales y métodos

El estudio se llevó a cabo en la provincia de Jujuy al noroeste de Argentina, donde un 44% de la población vive bajo la línea de pobreza y existe un 25% de desempleo¹¹. La insti-

tución participante es el hospital público de referencia en la provincia para casos de traumatismos. Entre el 7 y el 10 de septiembre de 2006 se realizó una encuesta a pacientes ingresados a sala de emergencia, durante las 24 horas de cada día del período indicado hasta completar las 500 encuestas. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la institución. Se realizó una jornada de información con el personal de salud de la sala de emergencia para maximizar la colaboración con el estudio. Se capacitó al coordinador, al supervisor, y al equipo de entrevistadores conformado por asistentes sociales de la institución. El jefe de laboratorio capacitó a los técnicos. Los técnicos y entrevistadores cubrieron tres turnos diariamente durante el período del estudio. Se realizó supervisión diaria del proceso de recolección y registro de datos y toma de muestras de sangre.

Los pacientes fueron entrevistados luego de proporcionar su consentimiento informado. Entre ellos, 47 pacientes (10%) que ingresaron en estado inconsciente, respondieron el cuestionario al momento de su recuperación. No se presentaron casos de pacientes con trastornos psiquiátricos graves. Se obtuvieron muestras de sangre para determinación de alcoholemia en 421 (84.2%) de los pacientes encuestados, mientras que 79 (15.8%) se negaron a que se les realizara la extracción.

La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado el Instrumento de Evaluación para los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) que permite la identificación de consumo de riesgo y síntomas de dependencia¹². Estudios de validación comparando el AUDIT con entrevistas en profundidad, demostraron que es una prueba efectiva para detectar abuso o dependencia de alcohol en hombres y mujeres adultos¹³ y también en jóvenes¹⁴. En este estudio se aplicó la versión corta (AUDIT-C)^{15, 16} que evalúa la variable consumo de riesgo mediante los ítems frecuencia de consumo, cantidad típica de consumo y frecuencia de consumo elevado durante el último mes. La variable síntomas de dependencia se evalúa con los ítems pérdida de control sobre el consumo, e incremento de la importancia atribuida al consumo en el último año. La variable consumo perjudicial se evalúa con el ítem preocupación de otros por el consumo en el último año. Las preguntas aplicadas poseen respuestas con una escala de puntuación de 0 a 4. Los algoritmos de las 3 preguntas sobre consumo de riesgo se computan en una escala de 0 a 12 puntos. Para los varones, un puntaje de 4 o más se considera positivo para consumo de riesgo, mientras que para las mujeres se considera positivo un puntaje de 3. Una puntuación de más de 0 para las preguntas de las variables síntomas de dependencia y consumo perjudicial, indica la presencia de daños relacionados con el alcohol, o la presencia o inicio de dependencia de alcohol respectivamente. Cuanto más alto sea el puntaje, más probable es que el patrón de consumo de alcohol sea perjudicial o indicativo de dependencia.

Para la determinación de alcoholemia se utilizaron los reactivos "Etanol Rea" de Laboratorios Abbot con el analizador *Abbot AXSYM*¹⁷, mediante el método de inmunoensayo de polarización fluorescente (FPIA) en sangre entera anticoagulada con heparina, tomada con desinfectante del tipo povidona yodo. Periódicamente y de acuerdo a las especificaciones del fabricante se realizaron determinaciones de muestras control de diferentes niveles, bajo (50 mg/dl), medio (100 mg/dl) y alto (150 mg/dl) determinándose en todos los casos valores dentro del rango óptimo del ensayo. Dado que el intervalo del ensayo se encuentra entre 13 mg/dl y 300 mg/dl las muestras con concentraciones menores a 13 mg/dl se informaron como no detectadas.

Se recabó información sobre variables demográficas (sexo, edad, nivel educativo, situación conyugal y situación laboral) para evaluar la relación entre las mismas y el consumo de

bebidas alcohólicas. Entre las variables clínicas se analizó la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el motivo de ingreso. Para ello se registró si el mismo se originó en accidentes de tránsito, de trabajo o en el hogar, situación de violencia, intento de suicidio, sobredosis o síndrome de abstinencia, versus otro motivo médico o desconocido. Asimismo se registró la impresión del médico sobre si el ingreso estaba relacionado o no al consumo de alcohol, y el estado de conciencia o inconciencia del paciente al momento del ingreso.

En el análisis de datos se calcularon porcentajes para las variables demográficas y clínicas por sexo. Se calcularon tablas de contingencia, el test de Chi cuadrado y el valor *p* para las variables consumo de riesgo, consumo perjudicial, síntomas de dependencia y alcoholemia, por sexo. Se crearon modelos de regresión logística multivariados con las variables consumo de riesgo, consumo perjudicial, síntomas de dependencia y alcoholemia como variables de efecto, y variables demográficas y clínicas como factores de exposición. Para estos modelos se calcularon las razones de posibilidades (*odds ratio*) ajustadas, y los intervalos de confianza del 95%.

Resultados

La mitad de los pacientes eran varones. La muestra presentó una distribución similar para los distintos rangos de edad; la mitad de los participantes eran casados; un 30% tenía educación primaria y solo un 8% había alcanzado educación terciaria o universitaria (Tabla 1). Sólo el 39% tenía trabajo, ya sea a tiempo completo o parcial. El 27% había ingresado por accidentes, situaciones de violencia o uso de drogas, pero la proporción de hombres que ingresaron por estas causas fue casi cuatro veces mayor que la de mujeres. Entre las personas que ingresaron por estos motivos el mayor porcentaje se debió a accidentes en el hogar (38.5%) seguido de accidentes de tránsito (32.6%), situaciones de violencia (15.6%), accidentes en el trabajo (8.1%), síndrome de abstinencia (4.4%) y sobredosis (0.8%).

TABLA 1.— Características sociodemográficas y clínicas. Pacientes de sala de emergencia. Jujuy, 2005

	Mujeres N=246 %	Hombres N=247 %	Total N=493 %	p*
<i>Variabes demográficas</i>				
<i>Edad</i>				
14-25	33.7	36.8	35.3	0.089
26-40	36.2	27.1	31.6	
41-88	30.1	36.0	33.1	
<i>Situación conyugal</i>				
Soltero	39.6	45.6	42.6	0.320
Casado	50.2	46.9	48.6	
Divorciado/viudo	10.2	7.5	8.9	
<i>Educación</i>				
Primaria	31.8	32.6	32.2	0.289
Secundaria	58.0	61.1	59.5	
Terciaria/ universitaria	10.2	6.3	8.3	
<i>Situación laboral</i>				
Trabaja	30.4	48.0	39.3	0.000
No trabaja	21.5	12.7	17.0	
Estudiante/ama de casa/jubilado	48.2	39.3	43.7	
<i>Motivo de ingreso</i>				
Diversos	86.2	59.3	72.7	0.000
Accidentes/violencia	13.8	40.7	27.3	
<i>Variabes relacionadas al consumo de alcohol</i>				
AUDIT-C consumo de riesgo	23.3	50.2	36.6	0.000
AUDIT-C consumo perjudicial	7.0	35.0	20.8	0.000
AUDIT-C dependencia	11.4	47.5	29.2	0.000
Alcoholemia (≥ 50 mg/dl)	2.5	16.6	10.0	0.000

* Test de Chi cuadrado

Mientras que el 37% del total de la muestra se clasificó como consumidor de riesgo, un 29% demostró tener síntomas de dependencia de alcohol. La proporción de hombres con consumo de riesgo fue el doble que la de mujeres (50% vs. 23%); la proporción de hombres con consumo perjudicial fue casi cinco veces mayor que la de mujeres (35% vs. 7%), así como la proporción de hombres con síntomas de dependencia de alcohol (48% vs. 11%) y la proporción de hombres con niveles de alcoholemia iguales o mayores a 50 mg/dl (17% vs. 3%) (Tabla 1).

En modelos de regresión logística, la razón de posibilidades (*odds ratio*) para los hombres de ser consumidores de riesgo (*OR* ajustado 3.2; IC 95% 2.1-5.0), de consumo perjudicial (*OR* ajustado 5.9; IC 95% 3.3-10.8), de tener síntomas de dependencia (*OR* ajustado 7.5; IC 95% 4.4-12.7) o de presentar niveles elevados de alcoholemia (*OR* ajustado 8.0; IC 95% 2.2-28.8), fue de dos a ocho

veces mayor que para las mujeres, persistiendo estas diferencias aun luego de controlar por variables demográficas. Las personas divorciadas y las que ingresaron en estado inconsciente presentaron mayor riesgo de alcoholemia. El ser mayor de 40 años y tener mayor nivel educativo resultó ser indicativo de una menor razón de posibilidades para consumo de riesgo, consumo perjudicial o síntomas de dependencia. Las personas desocupadas también demostraron tener menor riesgo de consumo perjudicial. En estos modelos también se encontró que para los pacientes admitidos por accidentes, situaciones de violencia o uso de drogas, la razón de posibilidades de ser consumidores de riesgo (*OR* ajustado 2.4; IC 95% 1.5-3.9), de consumo perjudicial (*OR* ajustado 2.6; IC 95% 1.5-4.4), o de presentar síntomas de dependencia (*OR* ajustado 2.0; IC 95% 1.2-3.3), era dos veces mayor, comparado con ingresos por otras causas; mientras que la razón de posibilidades de presentar concen-

TABLA 2.- Regresión logística multivariada de consumo de alcohol y variables sociodemográficas y clínicas. Pacientes de sala de emergencia. Jujuy, 2005

	Audit-C Consumo de riesgo <i>OR</i> (IC 95%)	p	Audit-C Consumo perjudicial <i>OR</i> (IC 95%)	p	Audit-C Síntomas de dependencia <i>OR</i> (IC 95%)	p	Alcoholemia ≥ 50 mg/dl <i>OR</i> (IC 95%)	p
<i>Sexo</i>								
Mujer	1		1		1		1	
Varón	3.2 (2.1-5.0)	0.000	5.9 (3.3-10.8)	0.000	7.5 (4.4-12.7)	0.000	8.0 (2.2-28.8)	0.001
<i>Edad</i>								
14-25	1		1		1		1	
26-40	1.0 (0.6-1.6)	0.850	0.8 (0.4-1.5)	0.496	0.7 (0.4-1.3)	0.275	0.7 (0.2-2.1)	0.481
41-88	0.3 (0.2-0.6)	0.001	0.3 (0.1-0.6)	0.002	0.2 (0.1-0.4)	0.000	0.2 (0.1-1.0)	0.042
<i>Situación conyugal</i>								
Soltero	1		1		1		1	
Casado	1.0 (0.6-1.6)	0.894	1.1 (0.6-1.9)	0.810	1.1 (0.6-1.8)	0.803	1.3 (0.5-3.8)	0.598
Divorciado/Viudo	1.1 (0.4-2.6)	0.892	1.5 (0.5-4.6)	0.433	1.6 (0.6-4.2)	0.381	14.7 (2.6-83.0)	0.002
<i>Educación</i>								
Primaria/sin escolaridad	1		1		1		1	
Secundaria	0.7 (0.5-1.2)	0.250	0.7 (0.4-1.2)	0.171	0.3 (0.2-0.6)	0.000	0.7 (0.2-2.0)	0.474
Terciaria/universitaria	0.4 (0.2-1.0)	0.049	0.3 (0.1-1.0)	0.050	0.2 (0.1-0.5)	0.001	0.9 (0.2-5.4)	0.874
<i>Situación laboral</i>								
Trabaja	1		1		1		1	
No trabaja	1.4 (0.8-2.5)	0.275	0.4 (0.2-0.9)	0.028	0.6 (0.3-1.2)	0.124	1.3 (0.4-4.6)	0.714
Estudiante/ama de casa/jubilado	1.0 (0.6-1.6)	0.972	0.5 (0.3-1.0)	0.032	0.8 (0.5-1.4)	0.436	1.7 (0.7-4.7)	0.269
<i>Motivo de ingreso</i>								
Otros	1		1		1		1	
Accidente/violencia/drogas	2.4 (1.5-3.9)	0.000	2.6 (1.5-4.4)	0.001	2.0 (1.2-3.3)	0.006	7.7 (3.0-19.8)	0.000
<i>Estado</i>								
Consciente	1		1		1		1	
Inconsciente	1.1 (0.4-2.6)	0.874	1.2 (0.4-3.2)	0.772	0.9 (0.3-12.7)	0.805	6.0 (1.9-18.5)	0.002

OR odds ratio

IC intervalo de confianza

traciones elevadas de alcohol en sangre al momento de la consulta era 7.7 veces mayor (*OR* ajustado 7.7; IC 95% 3.0-19.8) (Tabla 2).

En un 60% de la muestra no se pudieron detectar concentraciones de alcoholemia con los reactivos utilizados, en un 30% se detectaron concentraciones menores a 13 mg/dl y en un 10% se detectaron concentraciones de 50 mg/dl o más. En el rango de 50 mg/dl a 99 mg/dl se encontraban 1.9% de los pacientes, en el de 100 mg/dl a 149 mg/dl se encontraba el 1.2% de los pacientes y en el de 150 mg/dl o más, se encontraba el 6.9% de los pacientes. Los intervalos de tiempo relacionados con el consumo difieren en la medición de alcoholemia, comparada con el test AUDIT. La primera mide concentración al momento del ingreso y el segundo mide patrones de consumo en el último año. Sin embargo, comparado con la medición de alcoholemia –prueba de referencia–, el test AUDIT tuvo para consumo de riesgo una sensibilidad del 88.6% y una especificidad del 67.0%, mientras que para síntomas de dependencia la sensibilidad fue del 85.3% y la especificidad del 75.2%. La concordancia entre la opinión médica y los niveles de alcoholemia fue elevada, con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 85%.

Discusión

Nuestros resultados de prevalencia de consumo de riesgo en pacientes de sala de emergencia utilizando el test AUDIT-C concuerdan con resultados de estudios anteriores en los que se publicaron prevalencias del 28% para las mujeres y del 40% para los varones¹⁶. El porcentaje de pacientes de sala de emergencia que informaron consumo de riesgo en nuestro estudio (varones 57%; mujeres 20%) fue mucho mayor que el informado en la población general (18% varones; 3% mujeres)⁹.

Los resultados obtenidos permiten ponderar el impacto del consumo de bebidas alcohólicas en las demandas de atención de salas de emergencia. Si bien los sectores de la población con mayor riesgo fueron los varones y las personas menores de 40 años, es de notar que el nivel educativo sólo resultó asociado a la presencia o emergencia de síntomas de dependencia, y no a las otras variables de efecto examinadas. El menor riesgo de consumo perjudicial en personas desocupadas debiera ser examinado en futuros estudios a fin de verificar si se replican los resultados y de dilucidar el significado de los mismos. Este resultado podría deberse a que los allegados a estas personas tienen tendencia a manifestar en menor medida preocupación por el consumo excesivo, ya sea porque la situación laboral del consumidor se constituye en explicación de la conducta, o porque las personas desocupadas tienden a asociarse con individuos que exhiben patrones de consumo similares a los suyos, dis-

minuyendo así la probabilidad de recibir apercibimiento o manifestaciones de preocupación por su conducta. Otra explicación posible sería las limitaciones económicas para la adquisición de bebidas alcohólicas entre los desocupados.

El consumo excesivo de alcohol produce resultados catastróficos para la sociedad. Uno de los aspectos más preocupantes son las lesiones, intencionales o no, que en muchos casos deben ser atendidas en salas de emergencia de hospitales y clínicas. La atención de estos pacientes, que en nuestro estudio eran en un alto porcentaje desocupados, es decir carentes de cobertura de atención médica, tiene implicaciones presupuestarias significativas, especialmente para los magros recursos del sistema público de salud¹⁸. Debido a que una gran proporción de los casos de traumatismos atendidos en salas de emergencia están relacionados con el consumo indebido de alcohol, es de vital importancia implementar programas preventivos y de reducción de daño. Entre las estrategias probadamente efectivas se encuentran los controles en la venta, medidas para evitar el conducir en estado de ebriedad y las intervenciones breves por parte de trabajadores de la salud para promocionar el tratamiento de las personas con alcoholismo¹⁹.

Agradecimientos: La Directora de la institución, Dra. Ana María Alcoba brindó el apoyo institucional para este estudio, junto al Director de Laboratorio Dr. Jorge Morales. El equipo técnico estuvo conformado por la coordinadora del trabajo de campo Lic. Lirompeya Fernández, las entrevistadoras Lic. Mónica Páez, Lic. Silvana Alfaro, Educadora Sanitaria Mónica Vilte, y los Técnicos de Laboratorio Alicia Flores, Susana Zamudio y Gimena Flores.

Este estudio fue financiado por CONICET, proyecto PIP 2000 y la ANPCYT proyecto BID 1728/OC AR – PICTO 2004 N° 644.

Bibliografía

1. Rehm J, Room R, Monteiro M, et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *Eur Addict Res* 2003; 9: 157-64.
2. Rehm J, Greenfield TK, Rogers JD. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and all-cause mortality. Results from the U.S. National Alcohol Survey. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 64-71.
3. Rehm J, Monteiro M, Room R, et al. Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *Eur Addict Res* 2001; 7: 138-47.
4. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: A review of international emergency room studies. *Addiction* 1993; 88: 923-37.
5. Cherpitel CJ. Alcohol and injuries resulting from violence: A comparison of emergency room samples from two regions of the U.S. *J Addict Dis* 1997; 16: 25-40.
6. Cherpitel CJ. Alcohol and injury: A comparison of three emergency room samples in two regions. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 323-31.

7. Room R, Mäkelä K. Typologies of the cultural position of drinking. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 475-83.
8. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT. The Alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. WHO/MSD/MSB/01.6a. Second Edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.
9. SEDRONAR. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Buenos Aires, Argentina: SEDRONAR, 2004. En: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Encuesta_en_Poblacion_General_2004.pdf; consultado el 27/08/07.
10. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Informe de Resultados. Buenos Aires, Argentina: MSAL, 2005. En: http://www.msal.gov.ar/html/Site/enfr/que_aspectos.asp; consultado el 27/08/07.
11. INDEC Anuario Estadístico. Buenos Aires, Argentina: INDEC, 2005. En: http://www.dippecc.jujuy.gov.ar/titulos_biblioteca/genero_eph.xls; consultado el 27/08/07.
12. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
13. Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, et al. Two brief alcohol screening tests from the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female VA patient population. *Arch Intern Med* 2003; 163: 821-39.
14. Chung T, Colby SM, Barnett NP, et al. Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 579-87.
15. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arc Intern Med* 1998; 158: 189-95.
16. Nordqvist C, Johansson K, Bendtsen P. Routine screening for risky alcohol consumption at an emergency department using the AUDIT-C questionnaire *Drug Alcohol Depend* 2004; 74: 71-5.
17. Alt A, Reinhardt G. The accuracy of blood alcohol determination with head-space GC, ADH and REA ethanol assay for the AXSYM system, a comparison of the methods. *Blutalkohol* 1996; 33: 209-14.
18. Salome HJ, French MT, Matzger H, Weisner C. Alcohol consumption, risk of injury, and high-cost medical care. *J Behav Health Serv Res* 2005; 32: 368-80.
19. Room R, Graham K, Rehm J, Jernigan D, Monteiro M. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *Eur Addict Res* 2003; 9: 165-75.

Ninguna acción a que atienden muchos la aprueban todos, porque donde asisten malos y buenos, no es posible la concordia y es forzosa la diferencia. Es violenta siempre la victoria, porque le da la mayor parte: vence el número, y no la razón. Este riesgo tienen las juntas populares, que las convoca el primero grito, y las arrebatara cualquiera demostración. En ellas tiene más parte el que se adelante que quien se justifica.

Francisco de Quevedo y Villegas (1580-1645)

Marco Bruto (1644). En: *La fortuna con seso y la hora de todos*. Buenos Aires: Hyspamérica, 1985, p 227