



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Borges, Guilherme; Medina, María Elena; Cherpitel, Cheryl; Casanova, Leticia; Mondragón, Liliana;  
Romero, Martha

Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de  
Pachuca, Hidalgo

Salud Pública de México, vol. 41, núm. 1, enero-febrero, 1999, pp. 3-11

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10641102>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo\*

Guilherme Borges, Dr. en C.,<sup>(1)</sup> María Elena Medina-Mora, Dr. en Psic.,<sup>(1)</sup> Cheryl Cherpitel, Dr., en S.P.,<sup>(2)</sup> Leticia Casanova, Lic. en Psic.,<sup>(1)</sup> Liliana Mondragón, Lic. en Psic.,<sup>(1)</sup> Martha Romero, M. en C.<sup>(1)</sup>

Borges G, Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L, Mondragón L, Romero M. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencia de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Publica Mex* 1999;41:3-11.

Borges G, Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L, Mondragón L, Romero M. Alcohol consumption in emergency room patients in the city of Pachuca, Hidalgo, Mexico. *Salud Publica Mex* 1999;41:3-11.

## Resumen

**Objetivo.** Se estudió la prevalencia del consumo y el abuso en la ingestión de alcohol entre los casos de urgencias médicas, accidentes y violencias atendidos en las salas de urgencias de tres hospitales del sector salud de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. **Material y métodos.** Se aplicó un cuestionario y se hizo una medición de alcohol en sangre a las personas que solicitaron atención por primera vez en estos servicios de urgencias. El cuestionario recabó datos demográficos, patrones de consumo de alcohol, escalas para medir la dependencia y el consumo riesgoso de alcohol, tales como el CAGE y el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Se comparó, por medio de la prueba  $\chi^2$ , el consumo de alcohol entre los pacientes que ingresaron por un accidente o acto de violencia y aquellos que ingresaron debido a una urgencia médica. **Resultados.** Se evaluaron 1 511 pacientes. El consumo fue mayor y más frecuente en los pacientes que ingresaron por un accidente o porque fueron víctimas de la violencia, en comparación con las urgencias médicas. De los pacientes con accidentes o víctimas de la violencia, 17.7% fueron positivos al alcosensor y 15.8% notificaron consumo de alcohol en las seis horas previas al accidente. El CAGE detectó como dependiente a 9.2% de los casos, y 10.9% calificaron como bebedores riesgosos según el AUDIT. **Conclusiones.** El consumo de bebidas alcohólicas, especialmente en los pacientes atendidos en los servicios de urgencias debido a un accidente o acto de vio-

## Abstract

**Objective.** Prevalence of alcohol consumption and abuse among patients with medical emergencies, accidents and violence, attending an emergency room in one of three public health hospitals in Pachuca, Hidalgo, was studied. **Material and methods.** Patients answered a questionnaire and their blood alcohol was measured on their first visit to the emergency room. The questionnaire gathered socio-demographic data, patterns of alcohol consumption and included scales for heavy and dependent drinkers, such as the CAGE and the alcohol use disorders identification test (AUDIT). Injured and non-injured patients were compared with the  $\chi^2$  statistics. **Results.** A total of 1 511 patients were evaluated. Alcohol consumption was higher in those attending for accidents or violence than in medical patients. Positive blood alcohol levels were found in 17.7% of injured patients and 15.8% reported alcohol consumption 6 hours prior to the accident. According to the CAGE, 9.2% of the patients were alcohol-dependent, and 10.9% were heavy drinkers according to the AUDIT. **Conclusions.** Alcohol consumption, especially among emergency room patients attending for accidents or injuries is high. Preventive measures are indispensable to diminish social and individual costs of alcohol abuse in this population.

\* Este trabajo fue posible gracias a los apoyos de CONACyT, la Secretaría de Salud (Proyecto MO148H9602), el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Proyecto 4271) y el National Institute on Alcohol and Alcoholism (Proyecto R01 AA09271, R21 AA11503 y R01 AA09271).

(1) Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.

(2) Alcohol Research Group, Estados Unidos de América.

**Fecha de recibido:** 15 de mayo de 1998 • **Fecha de aprobado:** 9 de noviembre de 1998

Solicitud de sobreiros: Dr. Guilherme Borges. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calzada México Xochimilco 101, colonia San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F., México.

lencia, es elevado. Son indispensables las medidas preventivas para disminuir el costo individual y social del abuso en el consumo de alcohol en esta población.

Palabras clave: consumo de bebidas alcohólicas; servicio de urgencia en hospital; México

Key words: alcohol drinking; emergency service, hospital; Mexico

**E**l objetivo de esta investigación fue estudiar la prevalencia del consumo y el abuso en la ingestión de alcohol entre los casos de urgencias médicas, accidentes y violencias atendidos en las salas de urgencias de los hospitales del sector salud de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas no sólo vulnera la salud y el bienestar del bebedor, sino que las repercusiones de esta práctica alcanzan a la sociedad en general. Por otra parte, también implica un costo elevado para el país debido a su contribución a la mortalidad prematura por problemas crónicos en la salud y como resultado de los accidentes y actos de violencia que ocasiona. Entre los costos sociales están el uso de servicios médicos caros, pérdidas significativas en la productividad, accidentes e inversión en la procuración de justicia. Para el sujeto que consume bebidas alcohólicas de manera excesiva, implica dependencia económica, aislamiento social y pérdida de oportunidades de trabajo, con importantes efectos negativos para su familia y la sociedad. Una de las consecuencias principales del abuso en el consumo de alcohol es un aumento en la incidencia de los accidentes y actos de violencia, que se ubican actualmente entre las primeras 10 causas de muerte en el país.<sup>1</sup>

El consumo de bebidas alcohólicas es un problema difundido, muy común en la sociedad. Frenk y colaboradores<sup>2</sup> estimaron que el abuso en el consumo de alcohol, por sí solo, significa 9% del peso total de la enfermedad en México. Los padecimientos asociados con el consumo de alcohol que más pérdida de años de vida saludable (AVISA) provocan son la cirrosis hepática (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%) y la dependencia alcohólica (18%). Sin embargo, el control del abuso en este consumo es una de las nueve acciones de salud pública que tienen un mejor nivel de recuperación de la inversión (costo/beneficio), junto con los programas de control del tabaquismo, de salud escolar, información sobre salud, nutrición, planificación familiar y control de vectores. De hecho, estos autores han estimado que los programas de prevención del abuso en el consumo de alcohol ocupan el lugar 19 de 120 intervenciones en cuanto a costo/efectividad.

Al tomar en cuenta la importancia del problema y las posibilidades actuales de intervenir en el mismo, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con el apoyo de la Secretaría de Salud y de la Dirección General de Servicios de Salud del estado de Hidalgo, inició en 1996 un trabajo de gran envergadura sobre el abuso en el consumo de alcohol y sus consecuencias en dicho estado. Este macroproyecto incluye una fase de diagnóstico sobre el abuso en el consumo de alcohol en Pachuca, con estudios clínicos y sociales al respecto, así como una etapa posterior de intervención en el problema y una fase de evaluación de las medidas preventivas. Como parte de este macroproyecto, se llevó a cabo una medición del problema en los servicios de urgencias de los hospitales del sector salud de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. El interés por incluir un subestudio en salas de urgencias deriva del importante lugar que tiene el consumo de alcohol en los accidentes y actos de violencia. Estudios previos realizados en la Ciudad de México<sup>3,4</sup> y en Acapulco, Guerrero,<sup>5</sup> mostraron la importancia del consumo de alcohol en los servicios de urgencia de estas ciudades, pero aún no se tienen indicadores sobre bebedores dependientes y con consumo riesgoso que hacen uso de los servicios de urgencias.

## Material y métodos

El estudio se llevó a cabo en los servicios de urgencias de los tres hospitales generales de Pachuca, pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El trabajo de campo se realizó en dos periodos: el primero tuvo lugar del 7 de octubre al 24 de noviembre de 1996, y el segundo se realizó del 2 de junio al 28 de julio de 1997. Se incluyó a todos los pacientes que tenían entre 18 y 65 años de edad y que solicitaron, por primera vez, atención en los servicios de urgencias de esos hospitales generales, debido a una urgencia médica o a un traumatismo. Se optó por este grupo de edad a fin de que la investigación en servicios de urgencias fuera comparable con la encuesta de la población general de Pachuca que se realizó en paralelo; además, los costos asociados con la obtención

del consentimiento informado entre los padres de los pacientes menores de 18 años atendidos en los servicios de urgencias; volvían prohibitiva la inclusión de estos últimos en el estudio. Se excluyó a las personas con trastornos psiquiátricos severos y a aquellas que reingresaron a los servicios de urgencias para alguna consulta de seguimiento en el transcurso del trabajo de campo. El equipo de investigación estuvo formado por supervisores y entrevistadores, médicos, enfermeras y psicólogos, todos especialmente entrenados en el manejo de los instrumentos. Se trabajó las 24 horas en que se proporciona el servicio, durante los siete días de la semana.

El procedimiento general para obtener la información, así como el cuestionario utilizado, son similares a los que se han utilizado anteriormente en México para investigaciones realizadas en servicios de urgencias en la Ciudad de México<sup>4</sup> y en Acapulco.<sup>5</sup> Todos los pacientes fueron entrevistados y proporcionaron una muestra de aliento, después de que dieron su consentimiento informado al equipo de investigación. El cuestionario se aplicó mediante una entrevista individual cara a cara, y la estimación de alcohol en sangre se obtuvo a partir de un alcosensor que utiliza una muestra de aliento del paciente.

El alcosensor se aplicaba en las seis horas posteriores al ingreso del paciente al servicio de urgencias. Enseguida, se entrevistaba al paciente. En caso de que el sujeto se encontrara en estado crítico o que el equipo médico estuviera realizando alguna intervención delicada, se posponía la entrevista hasta que el paciente se encontrara más estable. Todas las entrevistas se realizaron al interior de los hospitales participantes.

Por medio del cuestionario se obtuvo información sociodemográfica así como datos sobre el motivo de ingreso o consulta a los servicios de urgencias. Para fines de este trabajo, la población se dividió en pacientes que acudieron debido a una urgencia médica (p.e. dolores, sangrado del tubo digestivo, diarrea, etc.) y en pacientes que acudieron debido a algún accidente, mordedura, envenenamiento o a lesiones intencionales (p.e.: accidente de vehículo de motor, caídas de caballo, intoxicación por sustancias, riñas, etc.). Además de estos datos generales, el cuestionario incluyó una muy detallada sección sobre el consumo de alcohol durante las seis horas previas al accidente o problema médico y sobre el consumo habitual en los últimos 12 meses. Este cuestionario se encuentra validado en México, en investigaciones de campo realizadas desde la década de los setenta<sup>6</sup> y en trabajos que se han hecho en otros servicios de urgencias.<sup>3</sup>

En el presente trabajo se ha agregado una serie de escalas para medir la dependencia y el consumo riesgoso de alcohol; en particular se incluyen los resulta-

dos obtenidos en la escala del CAGE y del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). El primero de estos instrumentos, compuesto por cuatro preguntas, es muy conocido en el campo y se ha probado en servicios de urgencias con población hispana de Estados Unidos de América (EUA).<sup>7</sup> El segundo de ellos, el AUDIT, lo desarrolló en 1982 un grupo internacional de investigadores dirigidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>8</sup> Los resultados de los pacientes mexicanos estudiados como parte de un proyecto internacional de la OMS, mostraron que el AUDIT es un instrumento de tamizaje muy sensible (80%) y específico (89%), con valores medios predictivos positivos y negativos de 60 y 90%, respectivamente.<sup>9</sup> Otras aplicaciones del AUDIT en diferentes escenarios clínicos y sociales del país han mostrado excelentes resultados.<sup>10</sup>

Para fines de esta investigación, se presentan las siguientes variables relacionadas con el consumo de alcohol.

1. Patrón de consumo habitual de bebidas alcohólicas, durante los últimos 12 meses. Por medio del autorreporte de la frecuencia habitual y la cantidad habitual de alcohol consumido (frecuencia/cantidad) se crearon las siguientes categorías del patrón de consumo:
  - A. Abstemio: bebe menos de una vez al año o nunca ha consumido bebidas alcohólicas.
  - B. Consumidor infrecuente de bajas cantidades: bebe de una vez al año a una vez al mes. Nunca consumió cinco o más copas en una ocasión durante los últimos 12 meses.
  - C. Consumidor infrecuente de altas cantidades: bebe de una vez al año hasta una vez al mes. Consumió cinco o más copas por lo menos en una ocasión durante el año anterior.
  - D. Consumidor frecuente de bajas cantidades: bebe de dos a tres veces al mes hasta una o dos veces a la semana, o de tres o cuatro veces al mes hasta diario. Nunca consumió cinco o más copas en una ocasión el año anterior.
  - E. Consumidor frecuente de altas cantidades: bebe de dos a tres veces al mes hasta diario, y consumió de 5 a 11 copas por lo menos en una ocasión el año anterior.
  - F. Frecuente/alta: bebe de tres a cuatro veces al mes hasta diario. Consumió 12 o más copas por lo menos en una ocasión el año anterior.

Este patrón de consumo ya se ha utilizado en otros trabajos en servicios de urgencias, y permite caracterizar adecuadamente a esta población.<sup>11</sup>

2. Autorreporte del consumo de bebidas alcohólicas en las seis horas anteriores al accidente o a la enfermedad.
3. Medición del alcohol en la sangre por medio del alcosensor. De acuerdo con trabajos similares, se crearon dos categorías: positivo ( $\geq 10$  mg/100 ml) y negativo ( $\leq 9$  mg/100 ml).
4. Frecuencia de embriaguez durante los últimos 12 meses.
5. Prevalencia de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol en los últimos 12 meses de acuerdo con dos indicadores: el CAGE y el AUDIT.
6. Prevalencia de los pacientes que fueron positivos a una serie de problemas relacionados con el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses. Esta escala incluye problemas personales, en el trabajo, con la policía u otras autoridades, problemas físicos y de salud mental.
7. Por último, prevalencia, durante los últimos 12 meses, del consumo de drogas tales como anfetaminas, estimulantes, marihuana, cocaína/crack, alucinógenos e inhalantes, y consumo ilícito de drogas de uso médico sin prescripción.

Con el objeto de comparar la distribución del consumo de alcohol entre la población de los servicios de urgencias que ingresó debido a una urgencia médica o a una traumática, se utilizó el estadístico  $\chi^2$  y se notificó también la significancia estadística de la prueba, como es de uso común en este tipo de estudios.

## Resultados

Durante los dos periodos del estudio se estableció contacto con 1 624 pacientes en los servicios de urgencias de los tres hospitales participantes, de los cuales 1 511 (93%) aceptaron participar en el estudio: 517 procedieron de la SSA, 366 del ISSSTE y 628 del IMSS. El hospital con mayor porcentaje de no participantes fue el ISSSTE, con 9.2%, seguido del hospital de la SSA, con 7.5%, y del IMSS con 5.1%. Los no participantes fueron de mayor edad que los participantes ( $\chi^2 = 6.2$ ,  $p \leq 0.01$ ), pero no se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo de ambos grupos. De los 113 pacientes que no participaron en el estudio, la gran mayoría rechazó la entrevista (81%); 9% se retiró del hospital sin ser visto por el equipo; 5% falleció antes de que se estableciera el contacto, y el 5% restante fue transferido a otro hospital antes de que el equipo de entrevistadores se pusiera en contacto con ellos.

En el cuadro I se puede apreciar que la mayoría de los entrevistados pertenecían al sexo masculino

(52.5%), y la muestra fue principalmente mayor de 30 años. De los participantes, 56.4% estaban casados, y 25.5%, solteros; 29% habían cursado la primaria, y 24.1%, la secundaria. Respecto a su situación laboral, sin incluir a las amas de casa (20.9%), la mayoría de los pacientes trabajaban en oficinas (20.6%) o eran obreros no calificados (18.3%).

La distribución de los pacientes por motivo de ingreso fue equitativa: la mitad estaba ahí por problemas médicos, y la otra mitad, por accidentes y actos de violencia. Al analizar estas variables por hospital de procedencia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0.05$ ) en todas las variables sociodemográficas anteriores. En forma breve, en la SSA 62.5% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y tenían menor edad (49.4% era menor de 30 años). En ese mismo hospital, 29% eran solteros, y se encontró una mayor proporción de pacientes en unión libre. En términos generales, en la SSA el nivel educativo de la población fue menor: 10% carecía de estudios formales y sólo 8% tenía estudios universitarios. De la población de la SSA, 26.5% estaba compuesta por obreros no calificados; 7.9%, por obreros calificados, y 4.8%, por campesinos. Por último, hubo diferencias importantes en las causas de ingreso entre los hospitales participantes: de los pacientes de la SSA, 76.2% acudió a consulta por accidentes y actos de violencia, a diferencia del 34.7% en el ISSSTE y del 37.4% en el IMSS ( $\chi^2 = 216$ ,  $p \leq 0.001$ ).

En el cuadro II se puede observar que el consumo de bebidas alcohólicas es mayor y más frecuente en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias debido a un accidente o acto de violencia. Respecto al patrón de consumo, entre los pacientes que acuden por una urgencia médica, 73.2% se declaran abstemios, en tanto que 48.6% de los pacientes con accidentes o víctimas de violencia son abstemios. Asimismo, prácticamente el doble de los pacientes con accidentes o lesiones por actos de violencia, en comparación con los de urgencia médica, son bebedores frecuentes de alta cantidad. De los pacientes que habían sufrido un accidente o habían experimentado algún acto de violencia, 17.7% resultaron positivos al alcosensor, y de ellos, 15.8% informaron haber consumido alcohol en las seis horas previas al accidente. En comparación, sólo 2.6 y 3% de los pacientes de urgencias médicas fueron positivos en las mismas variables. Además, casi 10% de los pacientes accidentados o que habían experimentado actos de violencia informaron que se habían embriagado más de una vez al mes durante el año anterior. En todas estas variables se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos de pacientes. Sin embargo, los pacientes no di-

Cuadro I  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS  
 DE LOS PACIENTES EN SERVICIOS DE URGENCIAS.  
 PACHUCA, HIDALGO, 1996-1997**

	(n= 1 511) %
Sexo	
Masculino	52.5
Femenino	47.5
Edad	
18-29 años	42.0
30-65 años	58.0
Estado civil	
Soltero	25.5
Casado	56.4
Unión libre	10.3
Separado	3.1
Divorciado	1.7
Viudo	2.9
Escolaridad	
Sin educación formal	6.8
Primaria	29.0
Secundaria o equivalente	24.1
Preparatoria o vocacional	25.4
Universidad	13.9
Posgrado	0.8
Situación laboral	
Profesionista	2.5
Maestro	5.0
Comerciante	3.5
Empleado de oficina	20.6
Obrero calificado	11.0
Obrero no calificado	18.3
Agricultor	0.8
Campeño	1.9
Subempleado	2.1
Estudiante	6.7
Ama de casa	20.9
Otro	6.7
Motivo de ingreso	
Accidentes y actos de violencia	50.0
Problemas médicos	50.0

firieron entre sí en la variable de consumo de droga: de la muestra total de pacientes, 3.3% informó haber consumido una o más drogas durante el año anterior.

Al analizar los resultados por hospital de procedencia, se encontraron dos resultados relevantes: en primer lugar, al interior de cada hospital se encontraron las mismas diferencias entre los pacientes de urgencias médicas y los que estaban ahí como consecuencia de accidentes. Es decir, los pacientes víctimas de accidentes o actos de violencia tuvieron mayor prevalencia de consumo de alcohol que aquellos de urgencias médicas en todas las variables señaladas. La única excepción fue en la variable de frecuencia de embriaguez, para la cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de la SSA. En segundo lugar, al analizar los datos comparativamente entre los hospitales, a nivel de urgencias médicas y accidentes, se observó que los pacientes de la SSA presentan mayor prevalencia de consumo de alcohol. Así por ejemplo, en la SSA 41% de los pacientes víctimas de accidentes o actos de violencia, y 61% de los correspondientes a las urgencias médicas, son abstemios. En el ISSSTE, estos porcentajes fueron de 58 y 75%, respectivamente, y en el IMSS, de 55 y 76%. Por otro lado, 25% de los pacientes de urgencias traumáticas y 5% de las médicas, de la SSA, fueron positivos al alcosensor; en el mismo orden, para el ISSSTE, estas prevalencias fueron de 9 y 2%, y en el IMSS, de 8 y 2%. Respecto al consumo de drogas, en el mismo orden de tipo de urgencia y hospital, los porcentajes para el consumo de una o más drogas fueron de 4.6 y 4.3% en la SSA, 2.4 y 3.8% en el ISSSTE y 1.3 y 2.8% en el IMSS.

En el cuadro III se presentan diferentes instrumentos para medir bebedores problema; cabe aclarar que el CAGE destaca las características psicológicas; el AUDIT, las fisiológicas, y la Escala de Problemas Relacionados se enfoca en las consecuencias sociales y personales. Como se puede observar en la columna del total de la muestra, 9.2% fue positivo para el CAGE en los últimos 12 meses; 10.9% resultó positivo para el AUDIT, y 7.4%, para los problemas relacionados. En ese mismo cuadro se puede observar la gran variación que hay en estas prevalencias según el hospital participante y el tipo de padecimiento que presentaba el paciente. Así, en el interior del cuadro se encuentran variaciones que van desde 1.5% para la prevalencia de problemas relacionados en los pacientes de urgencias médicas del IMSS, hasta 22.4% de pacientes positivos al AUDIT en las urgencias traumáticas de la SSA. Como en el cuadro anterior, todas las pruebas de  $\chi^2$  para las comparaciones entre las urgencias médicas y las traumáticas son estadísticamente significativas ( $p \leq 0.001$ ), y las urgencias traumáticas presentan mayores niveles de positividad a las pruebas de bebedores problema. La única excepción es el CAGE en el ISSSTE, que muestra una prevalencia más elevada en los pacientes de

Cuadro II  
**CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS, POR MOTIVO DE INGRESO.**  
**PACHUCA, HIDALGO, 1996-1997**

	Motivo de ingreso		
	Accidentes/violencias (No. = 756) %	Médicos (No. = 755) %	Total (No. = 1 511) %
Patrón de consumo			
A. Abstemio	48.6	73.2	61.2
B. Consumidor infrecuente de baja cantidad	12.4	9.9	11.1
C. Consumidor infrecuente de altas cantidades	24.9	9.8	17.2
D. Consumidor frecuente de bajas cantidades	4.4	2.2	3.3
E. Consumidor frecuente de altas cantidades	7.8	3.9	5.8
F. Consumidor frecuente/alta	1.9	1.0	1.4
$\chi^2 = 102.6, p \leq 0.001$			
Lecturas del alcosensor			
Negativo ( $\leq 9$ mg/100 ml)	82.3	97.4	89.1
Positivo ( $\geq 10$ mg/100ml)	17.7	2.6	10.9
$\chi^2 = 68.1, p \leq 0.001$			
Autorreporte de consumo de alcohol seis horas antes del accidente/enfermedad			
Si	15.8	3.0	9.3
No seis horas antes, pero si ha bebido	62.1	54.4	58.2
No consume alcohol	22.1	42.6	32.5
$\chi^2 = 114, p \leq 0.001$			
Frecuencia de embriaguez			
No en el último año	73.0	87.6	80.3
Hasta 11 veces al año	17.4	8.4	12.8
Más de una vez al mes	9.6	4.1	6.8
$\chi^2 = 49.3, p \leq 0.001$			
Consumo de drogas			
No consumió drogas	96.8	96.6	96.7
Consumió una droga	2.8	2.8	2.8
Consumió más de una droga	0.4	0.5	0.5
$\chi^2 = 0.1, p = 0.93$			

Nota:  $\chi^2$  para la comparación entre urgencias médicas y traumáticas

las urgencias médicas. Asimismo, se puede observar que los pacientes de la SSA siempre tienen niveles más elevados de positividad en comparación con los de otros hospitales. Los pacientes de urgencias médicas del ISSSTE presentan prevalencias más elevadas que los del IMSS para las tres pruebas, pero los pacientes de urgencias traumáticas del IMSS tienen niveles de positividad más elevados que los del ISSSTE en las tres pruebas.

## Discusión

En este trabajo se encontró que 9.3% de la población que acude a los servicios de urgencias de los tres hospitales principales de la ciudad de Pachuca notifican consumo de alcohol seis horas antes del accidente o la urgencia médica que motivó su ingreso. Se puede considerar que 7.2% de esos pacientes consumen alcohol en cantidades y frecuencia elevadas. Además, 9.2% de

Cuadro III  
**PREVALENCIA DE BEBEDORES PROBLEMA POR SERVICIOS DE URGENCIAS Y POR MOTIVO DE INGRESO.  
 PACHUCA, HIDALGO, 1996-1997**

	SSA		Motivo de ingreso		IMSS		Total
	Accid./viol.	Med.	Accid./viol.	Med.	Accid./viol.	Med.	
CAGE							
Positivo	17.7	12.9	4.1	6.8	10.3	2.8	9.2
$\chi^2 = 22.5, p \leq 0.001$							
AUDIT							
Positivo	22.4	12.8	8.8	5.1	9.1	4.6	10.9
$\chi^2 = 35.8, p \leq 0.001$							
Problemas relacionados							
Positivo	14.1	11.1	5.6	6.0	7.4	7.4	7.4
$\chi^2 = 19.2, p \leq 0.001$							

Nota:  $\chi^2$  para la comparación entre urgencias médicas y traumáticas para el total de la muestra

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

Accid.: accidentes

Viol.: actos de violencia

Med.: urgencias médicas

ellos resultaron positivos como bebedores dependientes según el CAGE, o bien, 10.9% resultó dependiente al alcohol según el AUDIT. Por último, 3.3% de la población consumió alguna droga en los 12 meses previos a la entrevista.

Las prevalencias de urgencias traumáticas con niveles altos de alcohol en sangre son superiores a las observadas en otros países. En la Ciudad de México,<sup>12</sup> 20.9% de los ingresos a salas de urgencias por eventos traumáticos tuvieron lecturas positivas de alcohol en sangre. En este estudio efectuado en la ciudad de Pachuca la proporción fue ligeramente más baja en los tres hospitales (17.7%). En los servicios del Hospital General de la SSA esta prevalencia ascendió a 25%. Un estudio similar realizado en un condado de California, en EUA, indicó lecturas positivas sólo en 10.9% de los ingresos por razones similares.<sup>3</sup>

En los hospitales de seguridad social de Pachuca se encontraron resultados más bajos, aunque igualmente preocupantes, que son congruentes con lo notificado en estos servicios en la Ciudad de México. Así, durante el lapso comprendido entre julio de 1994 y junio de 1995, los servicios de urgencias de una institución de seguridad social en la zona metropolitana del valle de México registraron un total de 17 225 consultas por accidentes, traumatismos y actos de violencia, lo que a su vez generó 10 512 intervenciones quirúrgicas, 124 944 días de hospitalización y 2 592 días de es-

tancia en servicios de terapia intensiva. Si se asume que la distribución de casos por grupo de edad en el género masculino tuvo, durante el periodo considerado, la misma distribución porcentual señalada por Rosovsky,<sup>12</sup> en otro estudio hecho en servicios de urgencias, Peña Corona\* estimó que 2 083 consultas, 1 281 intervenciones quirúrgicas, 15 730 días de estancia hospitalaria y 395 días cama en unidades de cuidados intensivos, se asocian con el consumo de bebidas alcohólicas, lo que representó una erogación por costos directos e indirectos (de acuerdo con el sistema de integración de costos de la Contraloría del IMSS) de 17 113 285.60 pesos.

Los accidentes y los actos de violencia son causas de muerte de primera magnitud en el panorama epidemiológico actual de México.<sup>13,14</sup> El papel del consumo de alcohol en estas muertes, especialmente en los homicidios, suicidios y accidentes de tránsito, es de primera importancia.<sup>15,16</sup> Los resultados que se han encontrado al analizar los intentos de suicidio que llegan a los servicios de urgencias,<sup>17</sup> así como los actos de

\* Peña-Corona, MP. Accidentes, traumatismos y violencias asociados con el consumo de alcohol atendidos en los servicios de urgencias en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Aproximación costo-beneficio. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995. Documento interno.



violencia,<sup>5</sup> en especial en pacientes del sexo masculino,<sup>11</sup> muestran que, además de su impacto en la mortalidad, el consumo de alcohol también tiene repercusiones de primera magnitud en la morbilidad hospitalaria.

En otros estudios previos que se llevaron a cabo, principalmente en el Distrito Federal,<sup>18-20</sup> ya se había señalado la importancia del consumo de bebidas alcohólicas en los pacientes que hacen uso de los servicios de urgencias de la capital. No obstante, algunos de esos trabajos utilizaron muestras limitadas de hospitales de urgencias, como los del Departamento del Distrito Federal, que no son necesariamente representativos de otras instituciones del sector salud. En este trabajo se ha mostrado que la prevalencia de varios indicadores de consumo de alcohol varía de acuerdo con la institución a la que acuden los pacientes. Asimismo, algunos de los trabajos anteriores se caracterizaron por haber tomado la información sobre consumo de alcohol directamente de las hojas de ingreso al servicio. En estas últimas se utilizaron criterios poco definidos, variables y subjetivos del estado de ebriedad del paciente, y muchas veces la información sobre ese factor es incompleta. En México, desde finales de los ochenta se han realizado investigaciones más sofisticadas sobre la base de muestras representativas de pacientes que acuden a los servicios de urgencias de diferentes instituciones públicas y privadas; asimismo, dichas investigaciones han utilizado instrumentos de medición de muestras biológicas así como cuestionarios reproducibles y uniformes. A los resultados que se habían encontrado anteriormente en los servicios de urgencias tanto de la Ciudad de México como del puerto de Acapulco, se suman ahora el de los hospitales de una ciudad de tamaño mediano, todavía con muchas características rurales. En todas estas ciudades, el consumo de alcohol afecta a la población y representa una pesada carga para los servicios de urgencias. No obstante, en dichos servicios ya es posible detectar a una parte importante de esa población que tiene problemas serios con el consumo de alcohol, como se ha hecho por primera vez en el país en esta investigación. Es necesario aprovechar la consulta médica para intervenir en un medio y en un momento muy conveniente, pues se trata de situaciones en las cuales las consecuencias del consumo de alcohol se han hecho presentes pero, muchas veces, todavía son reversibles. Puesto que el consumo de alcohol no afecta por igual a todas las causas de ingreso a los servicios de urgencias, en un trabajo posterior se analizarán los tipos de problemas médicos y lesiones sufridas por esta población y su relación con la ingesta de alcohol.

## Agradecimientos

Agradecemos al doctor Leonel Fierro por apoyo en la supervisión del trabajo de campo de esta investigación. Agradecemos también a las autoridades y al personal de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE del estado de Hidalgo por su apoyo en los servicios de urgencias, y a los miembros del Comité Estatal contra las Adicciones por su cooperación y dedicación al trabajo que aquí se presenta.

## Referencias

1. Secretaría de Salud. Mortalidad 1996. México, D.F.: SSA, 1997.
2. Frenk J, Lozano R, González M. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
3. Cherpitel C, Rosovsky H. Alcohol consumption and casualties: A comparison of emergency room populations in the United States and Mexico. *J Stud Alcohol* 1990; 51(4):319-326.
4. López JL, Rosovsky H, Narváez A, Casanova L, Rodríguez E, Juárez F et al. Características de la población que solicita atención en los servicios de urgencia y su relación con el consumo de alcohol en la ciudad de México. *Salud Mental* 1991;14:19-24.
5. Borges G, García G, Gill A, Vandale, S. Casualties in Acapulco: results of a study of alcohol use and emergency room care. *Drug Alcohol Depend* 1994;36:1-7.
6. Campillo C, Medina-Mora ME. Evaluación de los problemas y de los programas de investigación sobre el uso de alcohol y drogas (especialmente solventes) en México. *Salud Publica Mex* 1978; 20:733-743.
7. Cherpitel C. Screening for alcohol problems in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1995; 26(2):158-166.
8. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction* 1993;88(6):791-804.
9. De la Fuente JR, Kershenovich D. El alcoholismo como problema médico. *Rev Invest Clin* 1992; 35(29):47-51.
10. Medina-Mora ME, Carreño S, De la Fuente JR. Experience in Mexico with the Alcohol Use Identification Test (AUDIT). En: Galanter Marc, ed. Recent developments in alcoholism: The consequences of alcoholism. Nueva York: Plenum Press, 1998; vol. 14.
11. Borges G, Cherpitel C, Rosovsky H. Male drinking and violence-related injury in the emergency room. *Addiction* 1998;93:103-112.
12. Rosovsky H, García G, López JL, Narváez A. El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. *Memorias de la IV Reunión de Investigación*. México, D.F.: Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1988: 261-267.
13. Híjar-Medina MC. Mortalidad por lesiones accidentales e intencionales en el Distrito Federal de 1970 a 1986. *Salud Publica Mex* 1990;32: 395-404.
14. Híjar-Medina MC, López-López MV, Blanco-Muñoz J. La violencia y sus repercusiones en la salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Publica Mex* 1997;39:565-572.
15. Celis A, Valencia N. Traumatismos y envenenamientos en Jalisco. *Salud Publica Mex* 1991;33:77-87.

16. Celis A, Rivas-Souza M, Valencia N, Salazar-Estrada JG. Alcohol y muerte traumática en Jalisco. *Salud Publica Mex* 1994;36:269-274.
17. Borges G, Rosovsky H. Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *J Stud Alcohol* 1996;57:543-548.
18. Híjar-Medina M, Ortega-Mejía L, Dimas-García M. Traumatismos y envenenamientos como causa de demanda de servicios de urgencia. *Salud Publica Mex* 1989;31:447-468.
19. Híjar-Medina MC, Tapia-Yáñez JR, Lozano-Ascencio R, Chávez-Ayala R. Violencia y lesiones. *Salud Mental* 15:15-23.
20. Meneses-González F, Rea R, Ruiz-Matos C, Hernández-Avila M. Accidentes y lesiones en cuatro hospitales generales del Distrito Federal. *Salud Publica Mex* 1993;35:448-455.