

ORIGINAL BREVE

Recibido: 25 de septiembre de 2019

Aceptado: 18 de febrero de 2020

Publicado: 8 de abril de 2020

DETECCIÓN Y REGISTRO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN URGENCIAS^(*)

Pol Bruguera (1,4,5), Pablo Barrio (1,4,5), Clara Oliveras (1,4,5), Mireia Vázquez (3), Victòria Soler (3), Laura Nuño (1,4,5), Eduard Vieta (2,4,6) y Antoni Gual (1,4,5)

(1) Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut de Neurociències. Hospital Clínic. Barcelona. España.

(2) Programa Trastorns Bipolars. Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut de Neurociències. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona. España.

(3) Servei de Urgències i Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut de Neurociències. Hospital Clínic. Barcelona. España.

(4) Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

(5) Grup de Recerca en Addiccions Clínic. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS. Universitat de Barcelona. Red de Trastornos adictivos (RETICS). Barcelona. España.

(6) Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Madrid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

(*) Financiación: Este artículo ha sido financiado con la beca "Emili Letang" del Hospital Clínic de Barcelona.

RESUMEN

Fundamentos: El consumo excesivo de alcohol es uno de los factores de riesgo de morbimortalidad más importantes en nuestro entorno, por lo que en los últimos años se han desarrollado múltiples programas para la detección e intervención sobre los consumidores de riesgo en los centros de atención primaria y de Urgencias. El objetivo de este estudio fue analizar la tasa de detección y registro del consumo excesivo de los pacientes atendidos en un servicio de Urgencias.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con un consumo de riesgo de alcohol, mayores de 18 años, atendidos en un servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, tras evaluar los informes de alta de los pacientes.

Resultados: Se evaluaron 2.047 pacientes mediante la escala AUDIT, detectándose 247 consumidores de riesgo, de lo que 200 aceptaron participar. De estos, solamente se realizó una adecuada detección y registro en el 32,5%. En 122 historias clínicas no había ninguna referencia sobre el consumo de alcohol, y en 13 la referencia era inexacta y no informaba sobre si la cantidad de alcohol consumida era excesiva.

Conclusiones: El consumo de riesgo de alcohol se registra de manera adecuada en menos del 35% de los pacientes. Es necesario evaluar las barreras que están obstaculizando la detección y registro para una mejor identificación de estos pacientes.

Palabras clave: Servicio de Urgencias, Consumo de riesgo de alcohol, Cribado.

Correspondencia:
Pol Bruguera
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona, España
pbruguera@clinic.cat

ABSTRACT

Detection and registration of alcohol use in the emergency department

Background: Due to the high economic and morbimortality burden associated to alcohol use, in the last decades, public health services have developed several programs to detect and to intervene on at risk drinkers in primary care settings and emergency departments (ED).

The aim of this study is to determine the proportion of detected and registered risky drinkers in an ED of Hospital Clínic de Barcelona.

Methods: All patients over 18 years old, presenting to the ED and reporting risky drinking, were asked to participate. We did a descriptive analysis of the data after revising clinical records.

Results: We detected 247 risky drinkers after assessing more than 2,047 patients with AUDIT-C scale. From these, 200 accepted to participate. Only 65 (32.5%) of these patients were properly detected and registered as risky drinkers, while the majority of them (122, 61%) had no record about their alcohol use in their clinical records.

Conclusions: Risky drinkers are properly detected and registered in less than 35% of the patients. It is necessary to evaluate which barriers are restricting the implementation of screening programs to detect at risk drinkers.

Key words: Emergency department, Risky drinking, Screening.

Cita sugerida: Bruguera P, Barrio P, Oliveras C, Vázquez M, Soler V, Nuño L, Vieta E, Gual A. Detección y registro del consumo de alcohol en Urgencias. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 8 de abril e202004019.

INTRODUCCIÓN

El alcohol es una sustancia psicoactiva con gran aceptación social y amplio consumo tanto en nuestro país como en países de nuestro entorno. Sin embargo, lejos de ser una sustancia inocua, se asocia a innumerables riesgos para la salud, y las consecuencias implican un elevado gasto económico⁽¹⁾. En España, el alcohol está relacionado con el 10% de la mortalidad total y el 30% de la mortalidad por accidentes de tráfico⁽²⁾. Esto señala la necesidad de implementar estrategias de detección para prevenir e intervenir sobre el consumo excesivo de alcohol y los problemas asociados, con el objetivo de mejorar la salud de la población y disminuir la carga económica asociada⁽³⁾. En las últimas décadas se han promovido programas de detección e intervención en distintas áreas médicas, como atención primaria y los servicios de Urgencias. A pesar de la relevancia del tema, se dispone de escasa información sobre la tasa de detección y registro del consumo de alcohol en los servicios de Urgencias.

El consumo excesivo de alcohol, conocido como consumo de riesgo, es aquel consumo a partir del cual se incrementa el riesgo de presentar problemas relacionados con el alcohol, tanto a nivel médico como social, y que se relaciona con un mayor uso de recursos sanitarios^(3,4,5). Estos niveles se han fijado en un consumo semanal igual o superior a 280 gramos de alcohol en hombres y 140 en mujeres⁽⁶⁾, cifras que presentarían entre un 5 y un 10% de la población^(7,8). Estos niveles están actualmente en revisión y probablemente disminuyan a la luz de publicaciones recientes⁽⁹⁾ que sugieren que el menor riesgo de mortalidad por todas las causas estaría por debajo de los 100 gramos semanales de alcohol.

No existe una forma estandarizada para el registro del consumo de alcohol, algo que probablemente explica la heterogeneidad en los

registros, así como la escasa concreción de los mismos. En un estudio publicado recientemente en la revista científica *Lancet*, en el que se analizan los resultados de una consulta entre los distintos profesionales que trabajan en este ámbito, se sugiere que la utilización de las escalas AUDIT y AUDIT-C es la mejor herramienta para la detección y registro⁽¹⁰⁾, dado que son fáciles de administrar y permiten la estratificación en distintos niveles de riesgo^(11,12).

En las últimas décadas se han desarrollado los programas SBIRT (de las siglas en inglés “*screening, brief intervention and referral to treatment*”) con el objetivo de realizar una detección precoz e intervención sobre los pacientes en riesgo de presentar un problema relacionado con el consumo de alcohol⁽¹³⁾. Estos programas han demostrado ampliamente su eficacia en cuanto a la reducción del consumo de alcohol y las consecuencias del mismo en los servicios de atención primaria⁽¹⁴⁾. Además, mejoran los circuitos de derivación a centros de tratamiento especializado. Sin embargo, muchos de estos pacientes mantienen un vínculo escaso con estos servicios, frecuentando en cambio en mayor medida los servicios de Urgencias^(15,16). Por este motivo, los servicios de Urgencias representan una ventana de oportunidad, ya que son el principal o único vínculo de estos pacientes con el sistema de salud⁽¹⁷⁾, por lo que en muchos casos será la única posibilidad de intervenir sobre ellos. Además, la detección y registro del consumo de alcohol puede prevenir complicaciones durante su estancia en Urgencias, eventual ingreso y/o posteriores visitas médicas. Sin embargo, se han encontrado numerosas dificultades que limitan esta práctica en estos servicios⁽¹⁸⁾.

A pesar de la numerosa bibliografía alrededor de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de los programas SBIRT^(19,20), no existen estudios sobre la tasa de detección y registro del consumo de alcohol en Urgencias

en nuestro entorno, por lo que se planteó este estudio con este objetivo.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño. Se diseñó un estudio descriptivo observacional para evaluar la prevalencia, detección y registro del consumo de riesgo de alcohol en el servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona.

Muestra. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años atendidos de un servicio de urgencias. De los 2.047 pacientes evaluados, se incluyeron 200 pacientes con un consumo de riesgo de alcohol.

Procedimiento. Un investigador independiente realizó durante 4 meses una evaluación de los pacientes que se presentaron en el servicio de Urgencias. Todos los pacientes que presentaban un adecuado nivel de conciencia, y cuyo motivo de derivación a Urgencias lo permitía, eran candidatos para participar en el estudio. Se realizó una evaluación del consumo de alcohol mediante la escala AUDIT-C (versión abreviada de la *Alcohol Use Identification Test* de Saunders et al, que evalúa la frecuencia, cantidad de alcohol por ocasión de consumo y frecuencia de consumos excesivos -“binge drinking”- de alcohol). Dicha información se contrastó posteriormente con la presencia en la historia clínica de un registro de consumo de alcohol.

Variables. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas de la historia clínica. Se evaluó el consumo de alcohol mediante la escala AUDIT-C. Para elevar la especificidad de la prueba y evitar falsos positivos se determinó como consumo de riesgo aquellos pacientes con una puntuación igual o superior a 6 en hombres e igual o superior a 5 en mujeres. El registro del consumo de alcohol en la historia clínica se evaluó mediante la observación del

informe de alta de Urgencias. El registro del consumo de alcohol podía ser inexistente (sin referencia sobre el consumo de alcohol), infraestimado (para aquellos pacientes en los que a pesar de haber una referencia sobre el consumo de alcohol, este no informaba de un consumo de riesgo) o adecuado (una referencia que informara de un consumo de alcohol por encima de los límites recomendados). Para el análisis final sólo se tuvo en cuenta cuando el registro era adecuado. La variable “motivo de consulta relacionado con el consumo de alcohol” incluyó aquellos diagnósticos en los que el alcohol tenía una implicación directa (intoxicación alcohólica, abstinencia alcohólica, traumatismo en contexto de consumo de alcohol, hepatopatía alcohólica).

Análisis estadístico. Se realizó un análisis estadístico mediante SPSS v23 de los resultados de las variables sociodemográficas y clínicas. Finalmente, se analizó mediante análisis de regresión logística la relación entre las variables de género, edad, AUDIT-C, motivo de consulta relacionado con el consumo de alcohol, especialidad del doctor que atiende y el registro del consumo de alcohol en la historia clínica. Dentro de la categoría “doctor que atiende”, se escogió “Psiquiatría” como la categoría de referencia.

Consideraciones éticas. El presente estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínic de Barcelona.

RESULTADOS

Durante el proceso de reclutamiento, se presentaron 3.027 pacientes en el servicio de Urgencias. De estos, 983 presentaban un deterioro cognitivo y/o una condición médica que impedía su inclusión en el estudio. A los 2.044 restantes se les administró la prueba AUDIT-C. Un 12% (n=247) de los pacientes evaluados presentaban una puntuación en la escala que indicaba un

consumo de riesgo de alcohol. En la **tabla 1** se muestran las características demográficas y clínicas de estos pacientes.

De los 247 pacientes con un consumo de riesgo de alcohol, 47 no aceptaron participar en el estudio. De los 200 pacientes con un consumo de riesgo de alcohol, en 122 pacientes no había ninguna referencia sobre el consumo de alcohol y en 13 la referencia era inexacta y no

informaba sobre si la cantidad de alcohol consumida era excesiva. En 65 pacientes había una referencia sobre el consumo de alcohol que informaba de un riesgo incrementado sobre la salud del paciente. En la **figura 1** se presenta el porcentaje de registro en función de los profesionales que atienden.

En la **tabla 2** se analizan los factores asociados al registro del consumo de alcohol según la

Tabla 1
Variabes clínicas y sociodemográficas.

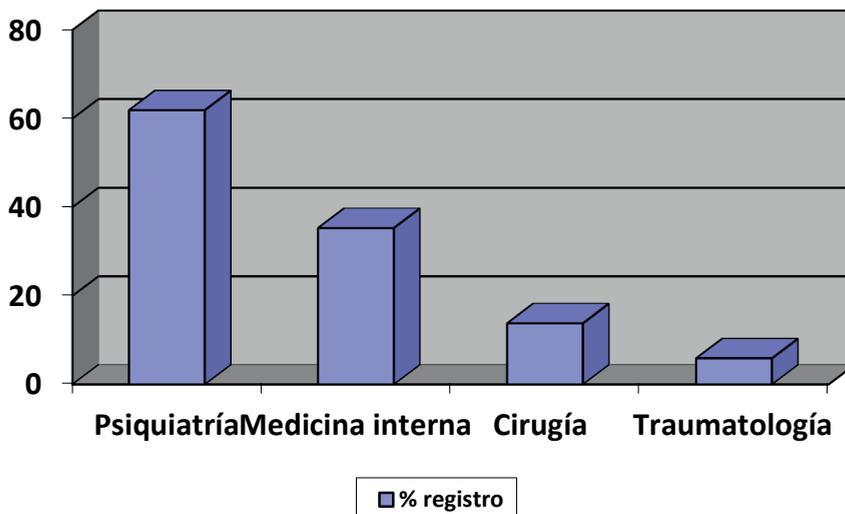
Variabes	Hombres	Mujeres	Toda la muestra
N (%)	144 (72)	56 (28)	200 (100)
Edad media en años (DE)	44,8 (17,2)	37,6 (14,5)	42,8 (16,7)
Motivo de consulta relacionado con el consumo de alcohol (%)	13 (9,7)	10 (17,8%)	23 (11,5)
Medicina interna (%)	97 (67,3)	36 (64,3)	133 (66,5)
Cirugía (%)	22 (15,2)	7 (12,5)	29 (14,5)
Traumatología (%)	13 (9)	4 (7,1)	17 (8,5)
Psiquiatría (%)	12 (8,3)	9 (16,1)	21 (10,5)
Media puntuación AUDIT-C (IQR)	8 (3)	7 (3)	7,61 (3)

Tabla 2
Regresión logística.

Variabes	OR	I.C. 95%	
		Inferior	Superior
Sexo masculino	1,4	0,55	3,55
Edad	1,03	1,004	1,05
Diagnóstico relacionado con el alcohol	44,36	5,39	365,46
Puntuación AUDIT-C	1,2	0,97	1,48
Medicina interna	0,56	0,16	2
Cirugía	0,17	0,03	0,92
Traumatología	0,09	0,01	0,98
Constante	0,044	-	-

Variabes especificadas en el paso 1: Sexo, edad, *Alcohol_related_diagnosis*, *Total result AUDIT-C during first assessment*, Doctor.

Figura 1
Registro del consumo de alcohol de riesgo en función del especialista.



regresión logística. El único factor que se asoció positivamente con el registro del consumo de alcohol fue que el motivo de consulta estuviera relacionado directamente con el consumo de alcohol (OR=44,36; IC: 5,39-365,46), mientras que el hecho de ser atendidos por cirujanos o traumatólogos se asoció negativamente (OR=0,17; IC: 0,03-0,92 y OR=0,09; IC:0,01-0,98, respectivamente).

DISCUSIÓN

Este estudio muestra la tasa de detección y registro del consumo de alcohol en pacientes con un consumo de riesgo, atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. Los resultados muestran una tasa de detección y registro del consumo de alcohol de riesgo muy pobre, y refleja las múltiples barreras para la implementación sistemática del cribado e intervención sobre el consumo de alcohol en Urgencias⁽¹⁸⁾.

Tras la evaluación de 2.047 pacientes que se presentaron en el servicio de Urgencias, se detecta una prevalencia de consumo de riesgo parecida a otros estudios, una cifra superior a la población general^(7,21), que rondaría el 5%⁽⁸⁾. De estos, sólo se registra el consumo en un tercio de las visitas. La tasa de detección y registro más alta es en las Urgencias psiquiátricas, seguidas de las Urgencias de medicina general. Cirujanos y traumatólogos presentan tasas de registro significativamente muy inferiores a las de sus colegas. Otro factor que se asocia significativamente con el registro del consumo de alcohol es que la causa que motiva la consulta en Urgencias tenga una relación directa con el consumo de alcohol, algo que es de esperar. Por el contrario, no se encuentra una asociación significativa entre la puntuación en el AUDIT-C y el registro del consumo de alcohol, aunque sí una tendencia.

Múltiples son los factores que podrían explicar estos pobres resultados, entre los que destacan

la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo, la falta de confianza en los resultados del cribado y la falta de formación sobre el manejo de estas circunstancias⁽¹⁸⁾. Sin embargo, la detección de los factores de riesgo de morbi-mortalidad es un elemento importante de la práctica médica que permite la intervención para la prevención de enfermedades y complicaciones médicas. Se trata de una práctica que concierne a todos los profesionales de la salud, y que requiere de adecuados métodos de registro para que la información pueda ser compartida con los distintos profesionales que atienden al paciente. Entendiendo su importancia y con el objetivo de mejorar esta práctica, en el marco del *Plan Nacional sobre Drogas 2009-2016*, elaborado por el Ministerio de Sanidad, se subraya la identificación e intervención sobre el consumo de alcohol como uno de los ejes principales, y se diseña un proyecto para implementar y mejorar esta práctica en los servicios de Urgencias⁽²²⁾. Esto se debe a la importancia que para las autoridades sanitarias tiene poder implementar una de las intervenciones sobre el consumo problemático de alcohol con una mejor relación de coste-efectividad⁽²³⁾.

A pesar de no tratarse siempre de una Urgencia médica, el consumo de alcohol es una de las causas más importantes de morbi-mortalidad y representa una gran carga económica para el Estado. Estos pacientes tienden a utilizar un mayor número de recursos de salud, entre los cuales destacan los servicios de Urgencias y los centros de hospitalización, por encima de los centros de atención primaria⁽¹⁷⁾. Por este motivo, consideramos que los servicios de Urgencias son una ventana de oportunidad para detectar, intervenir y derivar a un tratamiento especializado. Lamentablemente, nuestros resultados muestran que no se está realizando de manera adecuada. Por este motivo, consideramos que es necesario abordar las barreras que impiden un correcto manejo de

estas circunstancias, aplicando medidas para dotar de mecanismos que permitan una reducción o mejor distribución de las cargas de trabajo, ampliar la formación de los profesionales de Urgencias para aumentar la detección e intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol y, finalmente, facilitar la derivación y vinculación desde los servicios de Urgencias hacia áreas de tratamiento específico para el consumo de alcohol.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio observacional limitado en el tiempo y en un solo centro. Sin embargo, es el primer estudio que pone de relieve la necesidad de mejorar la detección del consumo de riesgo.

En segundo lugar, el consumo de alcohol es autoinformado y retrospectivo, lo que puede implicar una posible infravaloración de la prevalencia del consumo de riesgo, más aún tras aumentar los puntos de corte de la AUDIT-C. Esto probablemente solo implicaría una mayor prevalencia de consumidores de riesgo y no modificaría significativamente los resultados del objetivo del estudio.

Finalmente, es cierto que posiblemente algunos casos hayan sido detectados pero no registrados. Aún así, es importante señalar la necesidad del registro en la historia clínica del paciente para que no caiga en saco roto y pueda ser compartido con otros profesionales que atiendan al paciente.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha podido ser realizado gracias a la beca “Premi fi de residència Emili Letang” del Hospital Clínic. También queremos agradecer el trabajo de la investigadora Carla Bruguera, sin la que este artículo no se hubiera podido realizar, y a CERCA Programme / Generalitat de Catalunya.

BIBLIOGRAFIA

1. Barrio P, Reynolds J, García-Altés A, Gual A, Anderson P. Social costs of illegal drugs, alcohol and tobacco in the European Union: A systematic review. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2017 Mar; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28334460>.
2. Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:493–513.
3. Rehm J, Shield K, Rehm M, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 17]. Available from: <http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA>.
4. Cherpitel CJ, Ye Y. Risky Drinking, Alcohol Use Disorders, and Health Services Utilization in the U.S. General Population: Data from the 2005 and 2010 National Alcohol Surveys. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. NIH Public Access; 2015 Sep;39(9):1698–704. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26207948>.
5. Anderson P, Berridge V, Conrod P, Dudley R, Hellman M, Lachenmeier D et al. Reframing the science and policy of nicotine, illegal drugs and alcohol - conclusions of the ALICE RAP Project. *F1000Research* [Internet]. 2017 Mar;6:289. Available from: <https://f1000research.com/articles/6-289/v1>.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de términos de alcohol y drogas. 2008.
7. Miquel L, Manthey J, Rehm J, Vela E, Bustins M, Segura L et al. Risky Alcohol Use: The Impact on Health Service Use. *Eur Addict Res* [Internet]. 2018 Oct;24(5):234–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30282079>.
8. Ministerio de Sanidad C y BS. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). 2013.
9. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*. Elsevier; 2018 Apr;391(10129):1513–23.
10. Haroon S, Wooldridge D, Hoogewerf J, Bhala N, Nirantharakumar K. Information standards for recording alcohol use in electronic health records: findings from a national consultation. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2017 Nov 1 [cited 2019 Jul 23];390:S42. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361732977X>.
11. 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* [Internet]. 1993 Jun [cited 2019 Jul 26];88(6):791–804. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8329970>.
12. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2005 May [cited 2019 Jul 26];29(5):844–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15897730>.
13. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). *Subst Abus*. 2007 Nov;28(3):7–30.
14. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2013;49(1):66–78.
15. Wojnar M, Jakubczyk A. Brief Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption in Accident and Emergency Departments. *Front Psychiatry* [Internet]. 2014 Nov;5:152. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25404920>.

16. Merz V, Baptista J, Haller DM. Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2015 Sep;69(9):912–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25841242>.
17. Miquel L, Gual A, Vela E, Lligoña A, Bustins M, Colom J et al. Alcohol Consumption and Inpatient Health Service Utilization in a Cohort of Patients With Alcohol Dependence After 20 Years of Follow-up. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 2016 Oct;52(2):227–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28182212>.
18. Falcón M, Navarro-Zaragoza J, García-Rodríguez RM, Nova-López D, González-Navarro MD, Mercadal M et al. Barreras percibidas contra la implementación en los servicios de urgencias hospitalarios en España de un protocolo de cribado de consumo de alcohol e intervención breve en adolescentes. *Adicciones* [Internet]. 2017 Jul;0(0):896. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28749525>.
19. Shield KD, Gmel G, Gmel G, M?kel? P, Probst C, Room R et al. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction* [Internet]. 2017 Mar 20 [cited 2017 Jun 20]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28318072>.
20. Rehm J, Anderson P, Manthey J, Shield KD, Struzzo P, Wojnar M et al. Alcohol Use Disorders in Primary Health Care: What Do We Know and Where Do We Go? *Alcohol Alcohol* [Internet]. 2016 Jul;51(4):422–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26574600>.
21. Rosón B, Monte R, Gamallo R, Puerta R, Zapatero A, Fernández-Solá J et al. Prevalence and routine assessment of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *Eur J Intern Med* [Internet]. Elsevier; 2010 Oct;21(5):458–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816605>.
22. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. 2009.
23. Sassi F, OECD iLibrary. Tackling harmful alcohol use : economics and public health policy. 235 p.