



Secretaría de Programación para  
la Prevención de la Drogadicción  
y la Lucha contra el Narcotráfico  
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN



**El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia.**

**Cuarto Estudio Nacional**

**Argentina 2009**

**Informe Final de Resultados**

**Observatorio Argentino de Drogas  
Área de Investigaciones  
Noviembre 2009**

**SEDRONAR**

Secretaría de Programación para la Prevención  
de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico

**DR. JOSÉ RAMÓN GRANERO**

Secretario de Estado

**OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS****Diego Alvarez Rivero**

Coordinador

**Graciela Ahumada**

Coordinadora Área de investigaciones  
Dirección del estudio

**Alejandra Cuasnicu****Gabriela Wrobel**

Equipo de investigación: coordinación de campo y elaboración de informe.

## ÍNDICE

### I. ANTECEDENTES, INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS y METODOLOGÍA

<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>6</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
<b>METODOLOGIA</b>	
- Muestra .....	<b>8</b>
- Instrumento .....	<b>8</b>
- Trabajo de campo .....	<b>10</b>

### II. RESULTADOS .....

<b>1. Descripción de los pacientes encuestados</b> .....	<b>13</b>
-Variable distribución de la muestra .....	<b>13</b>
-Variables sociodemográficas .....	<b>15</b>
-Variables relacionadas a la consulta .....	<b>19</b>
-Variables relacionadas al consumo .....	<b>20</b>
<b>2. Análisis de la relación entre el consumo y la consulta de emergencia</b> .....	<b>29</b>
-Motivos de ingreso a la guardia de las consultas vinculadas, según consumos específicos .....	<b>45</b>
-Morbilidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas .....	<b>48</b>
- Motivos de ingreso a la guardia de las consultas vinculadas con consumo de SPA: Descripción de perfiles.....	<b>55</b>
<b>3. Análisis comparativo 2003, 2005, 2007 y 2009</b> .....	<b>65</b>

### III. CONCLUSIONES .....

### IV. ANEXO

- Listado de hospitales y coordinadores provinciales .....	<b>75</b>
- Encuesta a pacientes en salas de emergencia .....	<b>77</b>

## ANTECEDENTES

El registro de ingresos a salas de emergencia asociados al uso<sup>1</sup> de sustancias psicoactivas (en adelante SPA) se inicia hace muchos años en los países económicamente más desarrollados. Inicialmente respecto de los casos de consumo de alcohol y heroína, y desde los años setentas, de cocaína. Estos registros permitieron realizar las primeras aproximaciones al cálculo de cuántos casos eran atribuibles al consumo de SPA y a cuáles de ellas. También permitieron comenzar a estudiar las posibles relaciones causales entre el abuso de SPA y otras enfermedades.

En enero del año 2005 por la Resolución N° 205 de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) se pone en funcionamiento el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) con los siguientes objetivos: 1) evaluar la prevalencia e incidencia del uso indebido de drogas, los patrones de uso-consumo y tendencias; 2) realizar estudios sobre la población asistida por problemas de uso de indebido de drogas; 3) promover investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con la problemática del uso indebido de drogas; y 4) difundir la información a través de la publicación de informes periódicos.

Es así como la SEDRONAR a través de su Observatorio Argentino de Drogas (OAD) realizó en los años 2003, 2005 y 2007 el primer, segundo y tercer Estudio Nacional sobre la Relación entre el Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencia, entre otros estudios cuantitativos, cualitativos e informes. En este año 2009 se llevó a cabo el cuarto estudio nacional financiado por SEDRONAR.

En todos los casos el OAD ha realizado la dirección, coordinación del trabajo de campo, capacitación de los técnicos y elaboración del informe final del estudio.

En resumen, Argentina ya cuenta con antecedentes del Primer, Segundo y Tercer Estudio Nacional en pacientes en salas de emergencia (2003, 2005 y 2007) y a partir de esta cuarta observación se podrán analizar los cambios o variaciones en la asociación entre el consumo de SPA y los episodios mórbidos agudos que acuden a las salas de emergencia.

El Cuarto Estudio Nacional en pacientes en salas de emergencia brinda información sobre la problemática relacionada al uso de SPA que no se obtiene en otras fuentes de información

---

<sup>1</sup> Este documento utilizará la expresión *uso o consumo de sustancias* para referirse a cualquier forma de autoadministración de una sustancia psicoactiva, debido a que el instrumento no permite distinguir entre todos los grados de consumo, desde el ocasional, nocivo y peligroso hasta el prolongado que conlleva a la dependencia.

(encuestas escolares o encuestas en hogares) y se constituye en una fuente de información sobre la población con consumo reciente de SPA y que requieren atención médica de urgencia (población afectada, sustancias de consumo, consecuencias en la salud, aparición de nuevas sustancias). Permite también establecer una medida del impacto en el sistema de salud como consecuencia del consumo y por último, la implementación de la ventana epidemiológica es una instancia de capacitación y sensibilización de recursos humanos locales de los hospitales públicos en el registro, sistematización y análisis de información de base sobre el consumo de SPA.

## **INTRODUCCION**

Durante el mes de junio de 2009 se realizó el Cuarto Estudio Nacional sobre la relación entre el uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. La investigación consistió en la aplicación del cuestionario estandarizado (SIDUC-CICAD-OEA) en el hospital público de cabecera de las ciudades capitales del país. La investigación estuvo financiada por SEDRONAR y la dirección, la coordinación del trabajo de campo, capacitación de técnicos y la elaboración del informe final a cargo del Área de Investigaciones del OAD.

El trabajo de campo en el hospital correspondiente a cada ciudad capital de las provincias fue coordinado por un técnico provincial designado por el delegado provincial al COFEDRO<sup>2</sup>. El desarrollo de la investigación implicó la capacitación de profesionales y técnicos de cada una de las provincias y la sensibilización del personal médico, técnicos, enfermeros y administrativos de los hospitales públicos más importantes del país. El trabajo de campo se llevó a cabo durante la semana del 19 al 25 de junio del año 2009, durante las 24 horas, en el hospital público de mayor atención en servicios de guardia de cada una de las capitales provinciales.

Con el desarrollo de estas investigaciones, el OAD avanza en el cumplimiento de sus objetivos incorporando datos epidemiológicos nacionales a sus indicadores y fomentando la creación y el desarrollo de los observatorios provinciales.

---

<sup>2</sup> Consejo Federal de las Drogas, SEDRONAR

## **OBJETIVOS**

El **objetivo general** del estudio es determinar la cantidad de consultas de emergencia relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas en 24 salas de emergencia de hospitales públicos de todo el país.

Otros **objetivos específicos** son:

1. Conocer las causas que motivan las consultas de emergencia y el perfil sociodemográfico de los pacientes, específicamente de aquellos cuya consulta tuvo relación con el consumo de alguna sustancia (hasta 6 horas previas al ingreso hospitalario).
2. Conocer cuáles son las sustancias más consumidas por esta población y en especial, aquellas más frecuentemente asociadas con lesiones personales.
3. Recolectar datos sobre la prevalencia del uso de drogas para vigilar tendencias conformando un sistema nacional de alarma temprana sobre consumo y abuso de sustancias psicoactivas.
4. Obtener información longitudinal (comparando los resultados entre los estudios 2003, 2005, 2007 y 2009) que permitan descubrir la evolución en el tiempo de las características de estos consumidores y conocer así las tendencias del fenómeno estudiado.

## **METODOLOGÍA**

### **Muestra**

La muestra de este estudio está formada por todas aquellas personas mayores de 12 años que concurren a las salas de emergencia de 24 hospitales públicos durante la semana del 19 al 25 de junio de 2009, semana considerada “típica”, las 24 horas del día y que consientan contestar el cuestionario.

Quedan excluidas todas las personas menores de 12 años y todas las mujeres que asistan por consultas obstétricas o de maternidad.

Por semana “típica” se entiende a la selección de una semana del año que en lo posible, no tenga más fiestas ni feriados de lo ordinario como por ejemplo, Navidad o Semana Santa. Es decir, una época en la que el consumo de SPA no aumente de manera esperable.

La unidad de muestreo está conformada por salas de emergencia de 24 hospitales públicos del territorio nacional (uno por provincia) cuyo listado se detalla en el Anexo, con la intención de obtener una perspectiva general y nacional del objeto estudiado. El criterio de selección del hospital público se define a partir del mayor volumen promedio semanal de ingresos a las salas de emergencia del hospital de la capital provincial durante el último año. En este sentido, ésta es una muestra no probabilística, episódica.

Durante el trabajo de campo, en junio de 2007, se relevaron un total de **12.004 encuestas**.

### **Instrumento**

El instrumento que se aplica es el cuestionario precodificado estandarizado del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC-CICAD): “Encuesta a pacientes en salas de Urgencia” (SIDUC, 2001), con las adecuaciones necesarias para el país y utilizado en los estudios anteriores 2003, 2005 y 2007.

La información principal que busca esta encuesta es la presencia de consumo de SPA por parte del paciente durante las 6 horas anteriores al ingreso en la sala de emergencia y su eventual asociación con el motivo o razón de ingreso a la misma.

La encuesta es voluntaria y anónima. Contiene una sección de información general, una de datos demográficos, una sección de las posibles SPA consumidas en las últimas 6 horas según el paciente y otra sobre la impresión clínica del médico acerca de la existencia o no de relación entre el consumo de SPA y la consulta.

Se espera que el cuestionario sea respondido prioritariamente por el paciente y en el caso de que la persona no esté en condiciones de contestar (por ejemplo, por estar inconciente),



se recurre a un pariente, amigo o acompañante presente para registrar la información sociodemográfica y motivos del ingreso. La información sobre la asociación entre la consulta médica de emergencia y el consumo de alguna sustancia es brindada exclusivamente por el médico.

Respecto de la información específica de consumo de SPA, en primer lugar, se le pregunta al paciente pero en el caso de que hubiese síntomas claros y evidentes de la presencia de alguna sustancia que fuese negada por él, la respuesta positiva del médico será considerada como válida para la encuesta.

Las variables que relevan la encuesta son:

- Edad,
- Sexo,
- Nivel Educativo,
- Situación Conyugal,
- Situación Laboral,
- Ocupación, según una clasificación específicamente elaborada para Argentina.
- Estado en que llegó el paciente a la sala de emergencia,
- Diagnóstico Presuntivo, según el CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades,
- Motivo del Ingreso,
- Consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas según el paciente y/o la impresión clínica del médico (alcohol, tabaco, marihuana, solventes o inhalantes, alucinógenos, heroína, opio o morfina, cocaína, hipnóticos, ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, antidepresivos, anfetaminas, anticolinérgicos, pasta base, metanfetaminas, crack, ketamina, éxtasis -MDMA-, estimulantes y otros).
- Impresión clínica del médico sobre la relación entre la urgencia y el consumo de sustancias psicoactivas.
- Quién responde sobre el consumo de drogas.

Las provincias de Córdoba y Entre Ríos decidieron realizar Test de Alcholemla a todos los voluntarios que accedieran responder la encuesta, y por tal razón, el cuestionario de las mencionadas provincias incorporó la siguiente variable:

- Test de Alcholemla.

### Modificaciones para ajustar variables que poseen especificidad para Argentina:

La encuesta original tiene una sección de resultados de laboratorio (prueba toxicológica) con el fin de confirmar la veracidad de las respuestas de los pacientes a la pregunta sobre el consumo de SPA durante las últimas 6 horas anteriores a la consulta de emergencia. En la versión original, quienes niegan haber consumido sustancias y no aceptan realizar la prueba toxicológica son quitados de la muestra y se elabora un registro del número de casos surgidos. La experiencia en Argentina como en otros países no incorporó la prueba de laboratorio por el costo asociado al mismo. De todas maneras, las provincias de Córdoba y Entre Ríos en este último estudio agregaron el testeo voluntario de alcoholemia en todos los pacientes ingresados a la sala de emergencia.

Por otro lado, este es el segundo año en donde el cuestionario incorpora al tabaco como una sustancia psicoactiva a evaluar junto al resto de las apreciadas en años anteriores.

También se continuó utilizando la misma variable acerca del diagnóstico presuntivo (modificada en la versión del estudio 2007) con el objetivo de facilitar la tarea de los médicos al solicitar la precisión de un diagnóstico en el momento de la urgencia. Las enfermedades posibles han sido descriptas y agrupadas según el CIE<sup>3</sup> 10 y sólo se requiere que el médico ubique al paciente en una categoría.

Un modelo de la encuesta utilizada se encuentra en el Anexo.

### **Trabajo de Campo**

La semana escogida para el relevamiento de datos del 4º Estudio Nacional fue la semana del viernes 19 al jueves 25 de Junio del año 2009, durante las 24 horas.

Se seleccionaron 23 coordinadores provinciales y 1 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires quienes recibieron capacitación específica realizada en el OAD-SEDRONAR en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La capacitación hizo hincapié en el objetivo principal del estudio, en el manejo del cuestionario, la distribución de las tareas en las salas de emergencia, la selección y perfil de los encuestadores, así como los posibles obstáculos que pudiesen aparecer en el campo y modos de resolverlos.

A su regreso, los coordinadores provinciales seleccionaron y capacitaron encuestadores de acuerdo a los perfiles definidos en la capacitación de Buenos Aires (promedio de 4 encuestadores por cada hospital). También, fueron ellos quienes establecieron relación entre el Director Médico del hospital, los profesionales de la guardia y el Observatorio

---

<sup>3</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades

Argentino de Drogas. El OAD solicitó con anterioridad la autorización correspondiente a cada director.

Durante el relevamiento de los datos, el Observatorio realizó tareas de seguimiento y monitoreo del campo permanentemente en todas las provincias.

Uno de los objetivos de este estudio es establecer comparaciones con el primer, segundo, tercer y cuarto estudio nacional (2003, 2005, 2007 y 2009) y asegurada la comparabilidad de la información, se espera obtener la cantidad de consultas relacionadas al consumo de SPA para el 2003, 2005, 2007 y 2009 según el sexo, según grupos de edad, según el estado en el que llegó el paciente a la sala de emergencia, y según el motivo de ingreso.

## **II. RESULTADOS**

Los resultados serán presentados en tres secciones diferentes, con el objetivo de brindar una visión más integral sobre la relación entre el consumo de SPA y la consulta de emergencia.

En este sentido, en primer lugar, se ofrece una descripción de los pacientes encuestados, que en total fueron 12.004, considerando variables sociodemográficas y variables relacionadas a la consulta.

En un segundo lugar, se realiza el análisis de la relación entre la consulta en las salas de emergencia y el consumo de SPA, según determinadas variables de interés.

Por último, se presentan los resultados de la comparación entre los datos de los estudios llevados a cabo en los años 2003, 2005, 2007 y los del presente año con el objetivo de evaluar las tendencias que se observan en la relación entre la consulta a la sala de emergencia y el consumo de SPA.

## 1) Descripción de los pacientes encuestados

### 1. Variables de distribución de la muestra

Cuadro 1: Cantidad de pacientes encuestados en el hospital de cada provincia.

Provincia	Cantidad de pacientes	%
Buenos Aires	887	7,5
Catamarca	469	3,9
Chaco	645	5,5
Chubut	382	3,2
Ciudad de Buenos Aires	602	5,0
Córdoba	638	5,3
Corrientes	652	5,4
Entre Ríos	363	3,0
Formosa	419	3,5
Jujuy	618	5,2
La Pampa	294	2,4
La Rioja	304	2,5
Mendoza	750	6,2
Misiones	414	3,4
Neuquén	432	3,6
Río Negro	552	4,6
Salta	269	2,2
San Juan	433	3,6
San Luis	99	0,8
Santa Cruz	335	2,8
Santa Fe	940	7,8
Santiago del Estero	932	7,8
Tierra del Fuego	187	1,6
Tucumán	388	3,2
<b>Total</b>	<b>12.004</b>	<b>100,0</b>

Mientras la mayor proporción de consultas realizadas se observan en las provincias de Santa Fé, Santiago del Estero y Buenos Aires, las menores corresponden a las provincias de San Luis y Tierra del Fuego.

De acuerdo a la variabilidad en la demanda de consultas según los días, se considera importante reagruparlas según ocurrieran durante el fin de semana o entre semana.

**Cuadro 2: Cantidad de pacientes encuestados según “entre semana” / “fin de semana” y promedio de consultas por hora. Total país, 2009.**

Días de la semana	Cantidad de pacientes	%	Promedio de consultas por hora
Fin de semana	4.451	37,1	74,0
Entre semana	7.535	62,9	69,6
<b>Total*</b>	<b>11.986</b>	<b>100,0</b>	<b>71,1</b>

\*18 casos sin datos

Se observa que durante el fin de semana se realizaron el 37.1% de las consultas y durante la semana el 62.9%, siendo el promedio de consultas por hora mayor durante el fin de semana (de viernes a las 20hs hasta el lunes a las 8hs) que entre semana.

**Cuadro 3: Cantidad de pacientes encuestados según horario nocturno o diurno de la consulta. Total país, 2009.**

Horario de la consulta	Cantidad de pacientes	%
Diurno	4.716	39,5
Nocturno	7.236	60,5
<b>Total*</b>	<b>11.952</b>	<b>100,0</b>

\*52 casos sin datos

Si analizamos la cantidad de consultas realizadas durante la noche y el día, observamos también que el horario nocturno es el que registra más cantidad de consultas en salas de emergencia con un 60.5% frente al 39.5% de las consultas realizadas durante el día.

## 2. Variables sociodemográficas

**Cuadro 4: Cantidad de pacientes encuestados según sexo. Total país, 2009.**

Sexo	Cantidad de pacientes	%
Varones	6.272	53,0
Mujeres	5.564	47,0
<b>Total*</b>	<b>11.836</b>	<b>100,0%</b>

\*168 casos sin datos

La composición por sexo de los pacientes que asistieron a las guardias de los hospitales es relativamente homogénea, con una leve mayoría de varones.

**Cuadro 5: Cantidad de pacientes encuestados según grupos de edad. Total país, 2009.**

Grupos de edad	Cantidad de pacientes	%	% acumulado
12 a 15 años	439	3,7	3,7
16 a 20 años	2.011	16,8	20,5
21 a 25 años	1.975	16,5	37,0
26 a 30 años	1.576	13,2	50,2
31 a 40 años	2.109	17,6	67,8
41 a 50 años	1.504	12,6	80,4
51 y más años	2.344	19,6	100,0
<b>Total*</b>	<b>11.958</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

\*46 casos sin datos

El 50.2% de los pacientes que asistieron a las salas de emergencia tienen hasta 30 años. En especial, el 33.3% de las consultas tiene entre 16 y 25 años.

Dentro de la población adulta son los pacientes mayores de 51 años quienes se configuran como el grupo que presenta la mayor proporción de consultas realizadas.

Si bien la edad promedio que se observa es de 35 años, la edad más frecuente (moda) es de 20 años. Estos valores de media y moda describen que la población que ha visitado las salas de emergencias es bastante heterogénea respecto a la edad.

**Cuadro 5b: Estadísticos descriptivos variable edad. Total país, 2009.**

Valores válidos	11.958
Casos sin datos	46
Promedio o media	35,22
Mediana	30
Moda	20
Desviación Standard	16,571

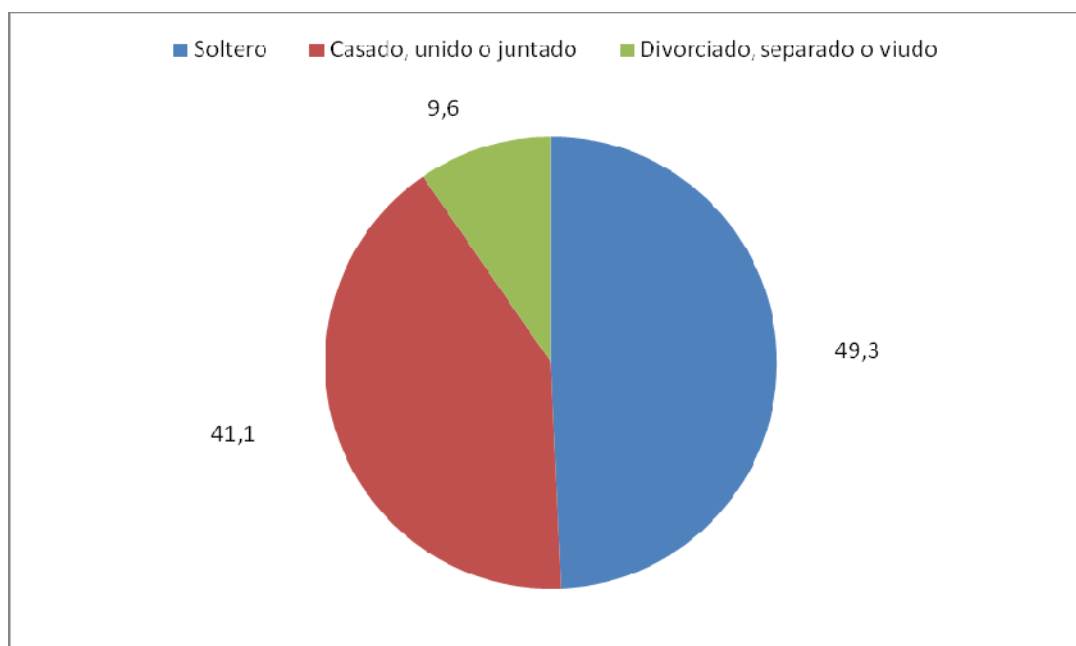
**Cuadro 6: Cantidad de pacientes encuestados según nivel de instrucción. Total país, 2009.**

Nivel de Instrucción	Cantidad de pacientes	%	% acumulado
Sin instrucción	345	3,0	3,0
Primaria Incompleta	1.244	11,0	14,0
Primaria completa	2.558	22,6	36,6
Secundaria Incompleta	3.326	29,4	66,0
Secundaria completa	2.406	21,2	87,2
Terciaria/universitaria incompleta	1.014	9,0	96,2
Terciaria/universitaria completa	430	3,8	100,0
<b>Total*</b>	<b>11.323</b>	<b>100,0</b>	

\*681 casos sin datos

El 36.6% de los pacientes que acudieron a la salas de emergencia tienen como máximo el primario completo, el 21.2% completó la secundaria y sólo un 3.8% finalizó el nivel terciario o universitario.

**Gráfico 1: Cantidad de pacientes encuestados según situación conyugal. Total país, 2009.**



El 49,3% de los pacientes atendidos son solteros, el 41,1% está en pareja y el 9,6%, son divorciados, separados o viudos.



**Cuadro 7: Cantidad de pacientes encuestados según situación laboral. Total país, 2009.**

<b>Situación Laboral</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Trabaja a tiempo completo	3.629	31,8
Trabaja a tiempo parcial	1.613	14,1
Trabaja esporádicamente	745	6,5
Está desempleado	650	5,7
Estudiante	1.500	13,1
No trabaja	1.208	10,6
Ama de casa	1.287	11,3
Jubilado o pensionado	778	6,8
Rentista	18	0,2
<b>Total*</b>	<b>11.428</b>	<b>100,0</b>

\*576 casos sin datos

Un poco más de la mitad (52.4%) de los pacientes está trabajando y, de éstos, la mayoría lo hace a tiempo completo. Un 5.7% está desocupado y los demás pacientes son inactivos económicamente, es decir, son amas de casa, estudiantes, rentistas, jubilados o personas que no trabajan y tampoco buscan empleo, información que se muestra en el cuadro 7.

**Cuadro 8: Cantidad de pacientes encuestados según condición de actividad. Total país, 2009.**

<b>Condición de actividad</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Activo	6.637	58,1
Inactivo	4.791	41,9
<b>Total*</b>	<b>11.428</b>	<b>100,0</b>

\*576 casos sin datos

**Cuadro 9: Cantidad de pacientes encuestados según ocupación (Base: total de activos). Total país, 2009.**

Ocupación	Cantidad de pacientes	%
Altos Directivos	147	2,4
Profesionales / empresarios	159	2,6
Técnicos / comerciantes	300	4,9
Trabajadores administrativos	1.443	23,8
Pequeños Comerciantes	314	5,2
Artisanos / Trabajadores independientes con oficio	369	6,1
Operarios / obreros calificados	1.319	21,7
Peones / aprendices	726	12,0
Servicio doméstico / Vendedores ambulantes	878	14,5
Personal subalterno de las fuerzas de seguridad	159	2,6
Planes / subsidios de desempleo	258	4,2
<b>Total*</b>	<b>6.072</b>	<b>100,0</b>

\*565 casos sin datos

Considerando el universo de los pacientes que están trabajando y de los que se tiene información sobre la tarea que realizan, un 26.5% se dedica a tareas sin calificación (peones, servicio doméstico y vendedores ambulantes), un 23.8% a trabajos administrativos, y 27,8% realizan tareas de calificación operativa (obreros, artesanos o trabajadores independientes). Por su parte, mientras un 4.2% recibe algún subsidio por desempleo, un 7.5% son profesionales y/o técnicos y sólo un 2.4% tienen tareas de alta dirección.

### 3. Variables relacionadas a la consulta

**Cuadro 10: Cantidad de pacientes encuestados según estado en el cual llegaron a la guardia. Total país, 2009.**

Estado en que llegó el paciente	Cantidad de pacientes	%
Consciente	11.310	94,8
Inconsciente	251	2,1
Conmoción Cerebral / Obnubilado	367	3,1
<b>Total*</b>	<b>11.928</b>	<b>100,0</b>

\*76 casos sin datos

La mayoría de los pacientes (el 94.8%) llegó consciente a la sala de emergencia y un 5.2% llegó inconsciente<sup>4</sup> u obnubilado<sup>5</sup>.

**Cuadro 11: Cantidad de pacientes encuestados según motivo de ingreso a la guardia. Total país, 2009.**

Motivo de ingreso	Cantidad de pacientes	%
Desconocido	176	1,5
Accidente de tránsito	1.174	9,9
Accidente de trabajo	352	3,0
Accidente común o casero	1.001	8,4
Situación de violencia	591	5,0
Intento de suicidio	77	0,6
Sobredosis	115	1,0
Síndrome de abstinencia	32	0,3
Motivo médico general	8.364	70,4
<b>Total*</b>	<b>11.882</b>	<b>100,0</b>

\*122 casos sin datos

La mayoría de los pacientes (70.4%) ingresó a la sala de emergencia por motivos médicos generales (enfermedades en general), 21.3% lo hizo por accidentes (de tránsito, de trabajo o común o casero), 5.0% de los pacientes ingresaron por situaciones de violencia, y un 1.3% por motivos relacionados a sobredosis.

<sup>4</sup> La inconciencia es la pérdida del conocimiento, estado en el cual una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades. (*MedlinePlus, Enciclopedia Médica*).

<sup>5</sup> Por conmoción cerebral se entiende toda lesión en el cerebro que puede producir un dolor de cabeza intenso o pérdida del conocimiento. Por obnubilación, una disminución de la agudeza o lucidez mental o del estado de conciencia (*MedlinePlus, Enciclopedia Médica*).

#### 4. Variables relacionadas al consumo

El cuestionario indagó sobre el consumo de SPA en las últimas 6 horas anteriores al ingreso a la sala de emergencia, indicando una prevalencia de consumo reciente según se presenta a continuación:

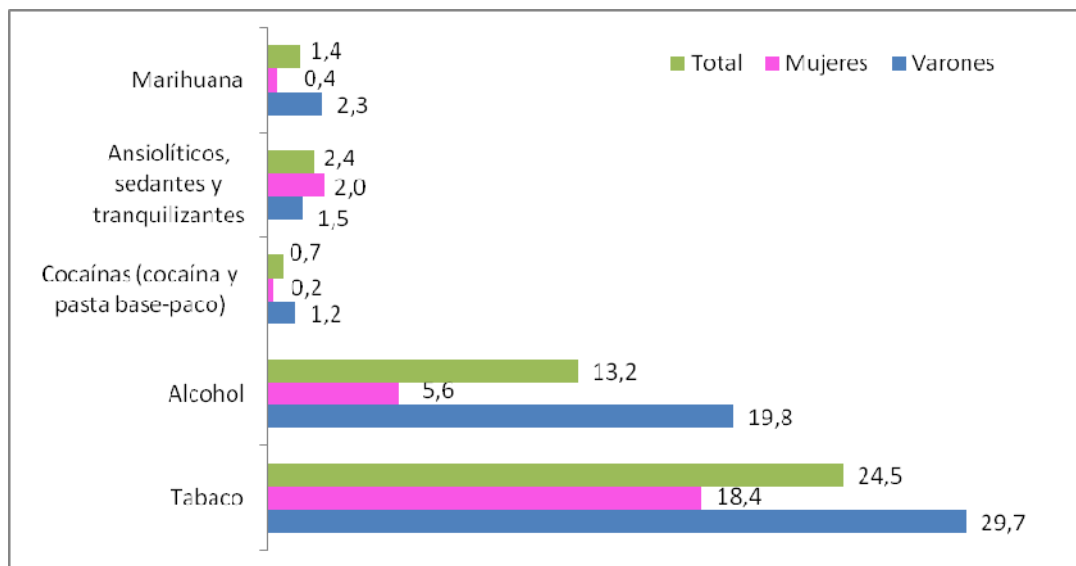
**Cuadro 12: Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso. Total país, 2009.**

Sustancias Psicoactivas	Cantidad de pacientes	Prevalencia reciente+
Tabaco	2.936	24,5
Alcohol	1.583	13,2
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	237	2,0
Marihuana	169	1,4
Antidepresivos	40	0,3
Cocaína	71	0,6
Anticolinérgicos	10	0,1
Hipnóticos	18	0,1
Solventes o inhalables	27	0,2
Pasta base – Paco	19	0,2
Estimulantes	7	0,1
Anfetaminas	9	0,1
Alucinógenos	7	0,1
Éxtasis	4	0,0
Opio o morfina	4	0,0
Cristales (Metanfetaminas)	2	0,0
Heroína	3	0,0
Crack	1	0,0
Ketamina	2	0,0
Otras drogas	275	2,3

+Prevalencia reciente: porcentaje de pacientes con consumo de cada una de las sustancias sobre el total de pacientes encuestados.

La sustancia de mayor consumo, en las últimas 6 horas anteriores a la consulta es tabaco, consumido por el 24.5% de los pacientes atendidos. Luego se presenta alcohol, consumido por un 13.2%; seguido por ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, consumidos en un 2.0%. Marihuana fue consumida en un 1.4% y cocaína por el 0.6% de los pacientes.

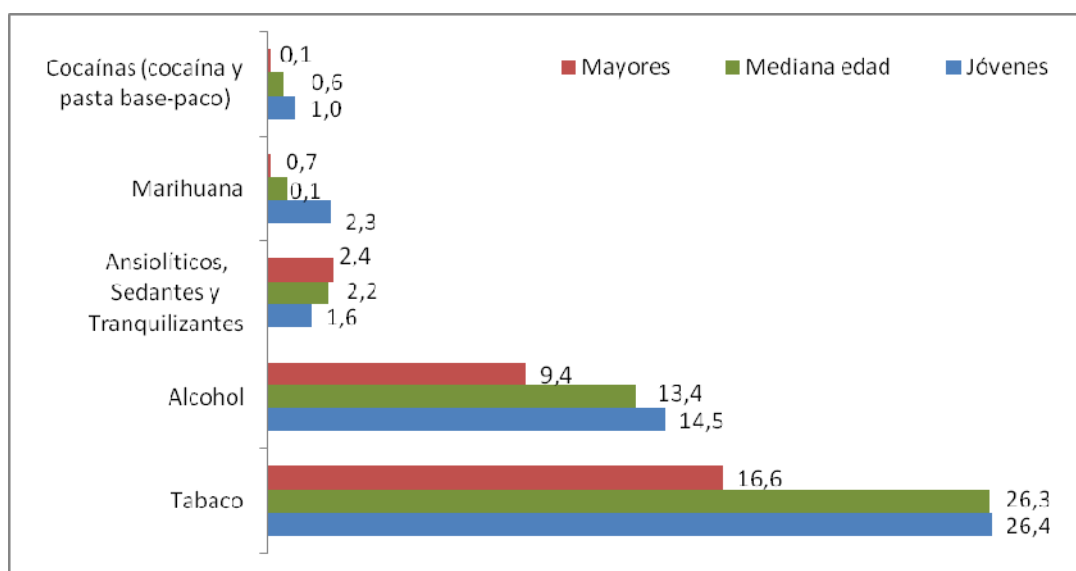
**Gráfico 2: Prevalencia\* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según sexo. Total país, 2009.**



\*Se presentan las cinco sustancias con mayor prevalencia de consumo total

Examinando el consumo de SPA según el sexo de los pacientes, se puede establecer que entre los varones la prevalencia de consumo es mayor que en las mujeres en todas las sustancias, a excepción de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, donde las mujeres, consumen más que los varones.

**Gráfico 3: Prevalencia\* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital. Total país, 2009.**



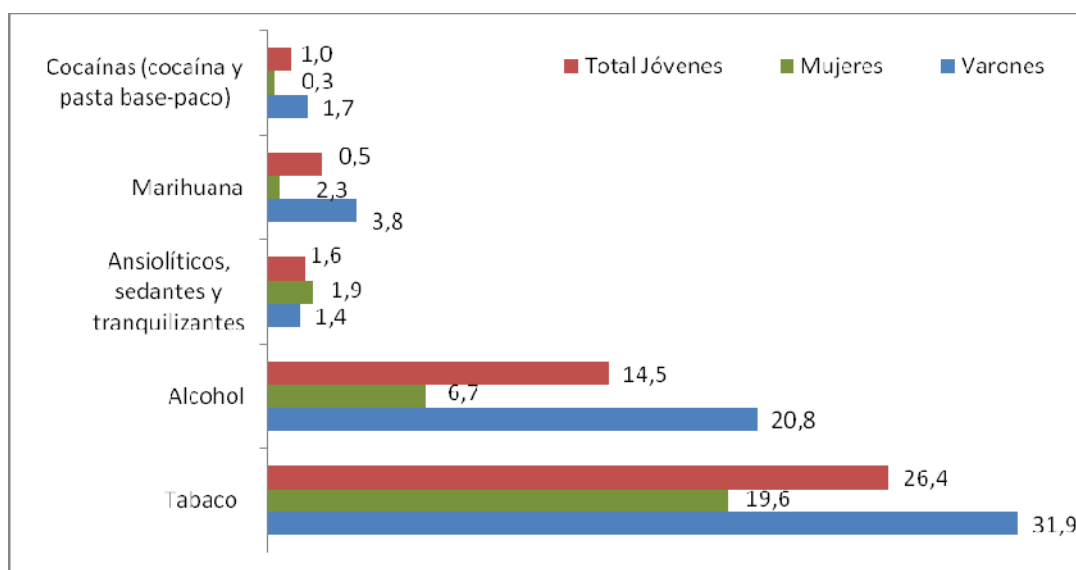
\*Se presentan las cinco sustancias con mayor prevalencia de consumo total

El ciclo vital de una persona define un fenómeno vivencial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales; a la vez que marca momentos determinantes y específicos en su vida presentando crisis esperadas y exigencias de adaptación particulares. En este sentido, resulta interesante conocer si el consumo de alguna sustancia varía de acuerdo al ciclo vital que la persona esté atravesando.

En este sentido se han definido tres grupos de edades, los jóvenes son aquellas personas entre 12 y 30 años; la mediana edad está representada por quienes tienen entre 31 y 50 años; y los mayores quienes tienen más de 51 años de edad.

En el gráfico 3 se puede observar que las dos sustancias más consumidas (tabaco y alcohol) se presentan con mayor fuerza en las personas jóvenes y de mediana edad. En cuanto al consumo de marihuana y cocaínas, puede notarse una preferencia de los jóvenes, mientras que las personas de mediana edad y los mayores consumen ansiolíticos, sedantes o tranquilizantes en una proporción levemente mayor.

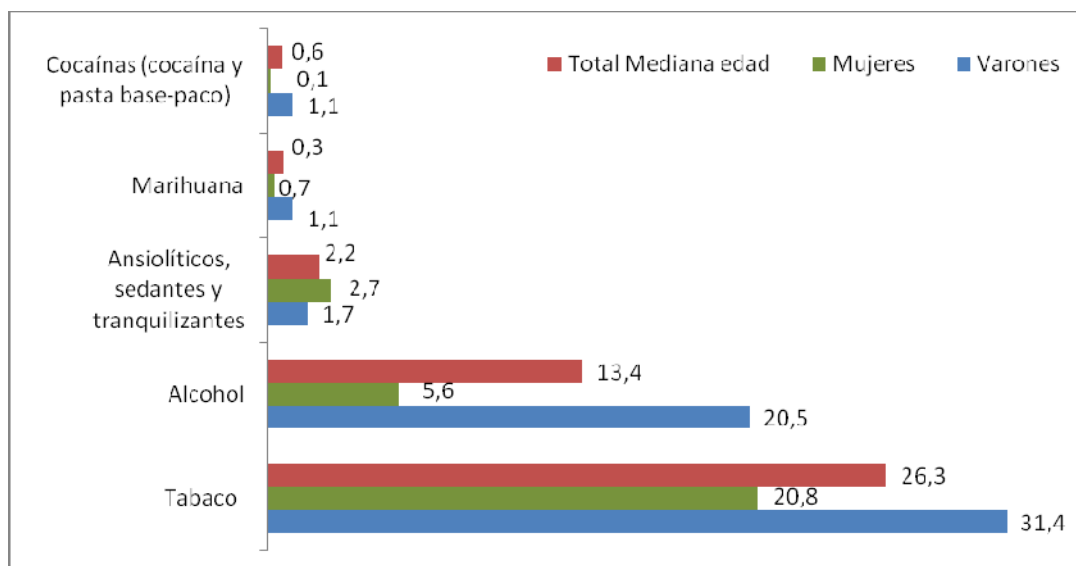
**Gráfico 4: Prevalencia\* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Jóvenes y sexo. Total país, 2009.**



\*Se presentan las cinco sustancias con mayor prevalencia de consumo total

Entre los jóvenes, las mujeres presentan un consumo menor de casi todas las sustancias (tabaco, alcohol, marihuana y cocaínas) en comparación con los varones, menos en el consumo de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes que presenta valores casi similares en ambos sexos (aunque favoreciendo el consumo entre las mujeres).

**Gráfico 5: Prevalencia\* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Mediana edad y sexo. Total país, 2009.**

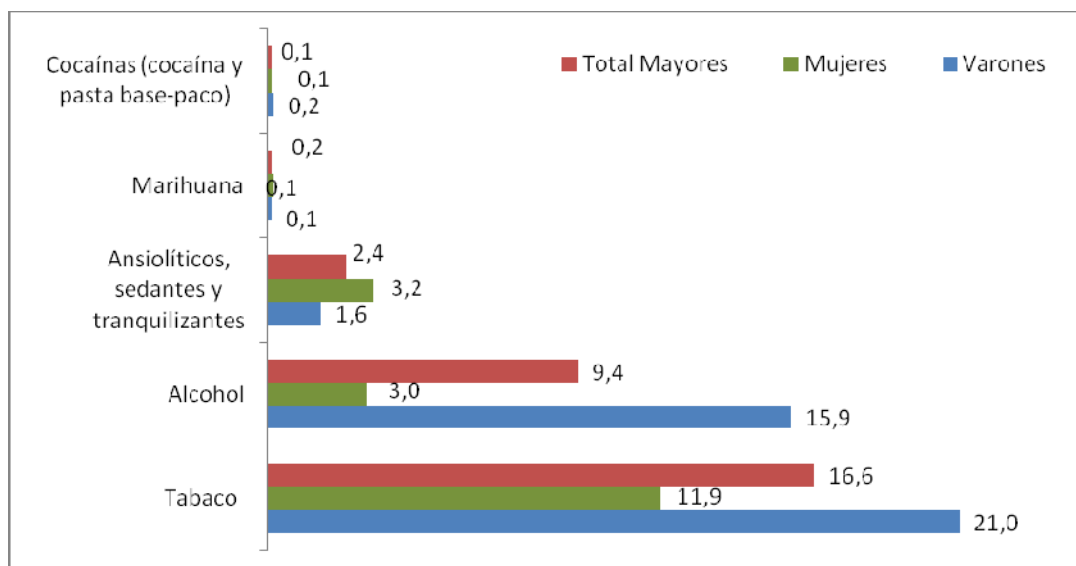


\*Se presentan las cinco sustancias con mayor prevalencia de consumo total

Al igual que entre los jóvenes, las mujeres de mediana edad presentan un consumo menor de tabaco, alcohol, marihuana y cocaínas que los varones, y muestran mayor consumo que los varones de mediana edad de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes.

En ambos sexos el consumo de marihuana y cocaínas desciende en relación al grupo de los jóvenes, y los varones son, nuevamente, quienes consumen más de ambas sustancias en comparación con las mujeres.

**Gráfico 6: Prevalencia\* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Mayores y sexo. Total país, 2009.**



\*Se presentan las cinco sustancias con mayor prevalencia de consumo total

Analizando el grupo de pacientes mayores, el tabaco es la sustancia más consumida, particularmente por los varones. Entre los varones se observa un alto porcentaje de consumo de alcohol (15.9%) mientras que en las mujeres es de sólo 3.0%. En cuanto al consumo de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, esta relación se invierte y el consumo en las mujeres es significativamente mayor que el de los varones.



**Cuadro 13: Cantidad de sustancias consumidas (policonsumo) en las últimas 6 horas, según consumo o no de sustancias legales. Total país, 2009.**

Cantidad de sustancias consumidas	Cantidad de pacientes según consumo			
	No contabilizado el consumo de tabaco		No contabilizado el consumo de tabaco ni alcohol	
	N	%	N	%
Consumió una sustancia	1.829	86,9	643	86,1
Consumió dos sustancias	219	10,4	81	10,8
Consumió tres sustancias o más	57	2,7	23	3,1
<b>Total</b>	<b>2.105</b>	<b>100,0</b>	<b>747</b>	<b>100,0</b>

Considerando al total de quienes consumieron alguna sustancia sin contabilizar el consumo de tabaco, la mayoría (86,9%) consumió una sola sustancia, el 10,4% dos sustancias y el 2,7% consumió tres o más SPA. Similar distribución se observa al analizar la cantidad de sustancias consumidas en las seis horas anteriores a la realización de la consulta en la sala de emergencia, considerando a quienes consumieron alguna sustancia sin contabilizar el consumo de alcohol y tabaco.

**Cuadro 14: Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de alcohol (excluido tabaco). Total país, 2009.**

Tipo de policonsumo según alcohol	N	%
Consumió sólo alcohol	1.358	64,5
Consumió alcohol y alguna otra droga	225	10,7
Consumió alguna droga menos alcohol	522	24,8
<b>Total</b>	<b>2.105</b>	<b>100,0</b>

Considerando el total de pacientes que consumieron alguna sustancia (sin contabilizar el consumo de tabaco) en las seis horas anteriores a la realización de la consulta, observamos que más de la mitad (64,5%) consumieron sólo alcohol, mientras que el 24,8% consumió alguna droga distinta al alcohol y el 10,7% alcohol más otra droga.

**Cuadro 15: Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes (excluido tabaco). Total país, 2009.**

<b>Tipo de policonsumo según ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Consumió sólo ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes	135	6,4
Consumió ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes y alguna otra droga	102	4,8
Consumió alguna droga menos ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes	1.868	88,8
<b>Total</b>	<b>2.105</b>	<b>100,0</b>

Con el objetivo de identificar el policonsumo poniendo eje en los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, se observa que los monoconsumidores de estos psicofármacos representan el 6.4%. El porcentaje de pacientes que combinaron psicofármacos con otras sustancias (sin contabilizar tabaco) fue del 4.8%; en tanto que la combinación de cualquier sustancia menos ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes ocurrió en el 88.8% de los pacientes con consumo.

**Cuadro 16: Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de marihuana (excluido tabaco). Total país, 2009.**

<b>Tipo de policonsumo según marihuana</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Consumió sólo marihuana	52	2,5
Consumió marihuana y alguna otra droga	117	5,5
Consumió alguna droga menos marihuana	1.936	92,0
<b>Total</b>	<b>2.105</b>	<b>100,0</b>

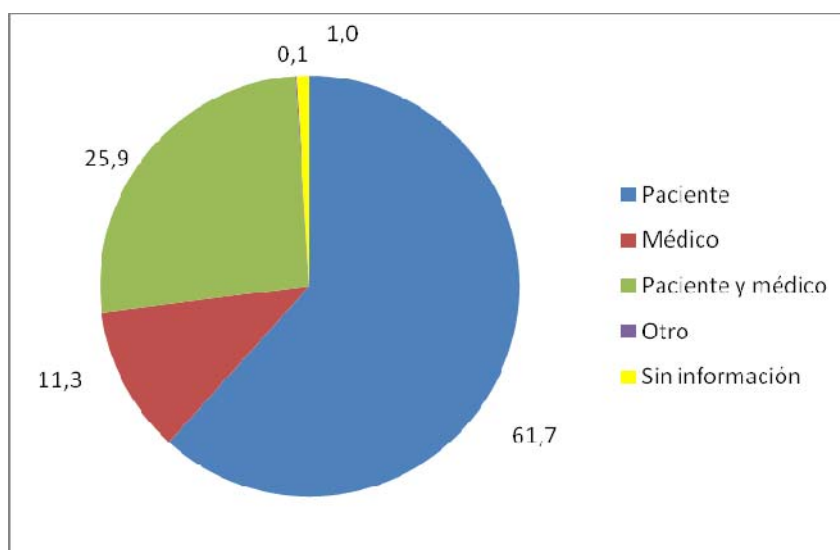
Por su parte, al analizar el policonsumo de sustancias tomando como droga separada a la marihuana (y sin contabilizar el consumo de tabaco) se observa que solo consumió marihuana como única SPA el 2.5%, mientras que el 5.5% consumió dicha sustancia más alguna otra; y el 92% consumió alguna sustancia distinta a la marihuana.

**Cuadro 17: Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de cocaína (excluido tabaco). Total país, 2009.**

Tipo de policonsumo según cocaína	N	%
Consumió sólo cocaína	10	0,5
Consumió cocaína y alguna otra droga	61	2,9
Consumió alguna droga menos cocaína	2.034	96,6
<b>Total</b>	<b>2.105</b>	<b>100,0</b>

Analizando el policonsumo poniendo eje en las cocaínas, excluido tabaco, se observa que los monoconsumidores representan el 0.5%. El porcentaje de pacientes que combinaron cocaínas con otras sustancias (sin contabilizar tabaco) fue 2.9%; en tanto que la combinación de cualquier sustancia menos cocaínas ocurrió en el 96.6% de los pacientes con consumo.

**Gráfico 7: Cantidad de pacientes según quién respondió sobre consumo. Total país, 2009.**



En cuanto a la aplicación del cuestionario se advirtió que en el 61.7% de los casos fue el mismo paciente quien informó sobre el consumo de sustancias. En un porcentaje menor del 11.3% fue sólo el médico quien respondió sobre el consumo del paciente y en un 25.9% fueron ambos.

**Cuadro 18: Distribución de las consultas según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo de SPA y la consulta. Total país, 2009.**

<b>Impresión clínica del médico</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	1.125	9,4
Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas	5.157	43,0
No se informa porque no hay consumo	5.416	45,1
Sin datos	306	2,5
<b>Total</b>	<b>12.004</b>	<b>100,0</b>

Del total de las consultas registradas (12.004) en los distintos hospitales, el 9.4% estuvieron relacionadas con el consumo de sustancias según la impresión clínica del médico. **Sin embargo, excluyendo a los pacientes que ingresaron a la emergencia sin consumo de sustancias, este porcentaje asciende al 17.9%.**

## 2) Análisis de la relación entre el consumo de sustancias y la consulta de emergencia.

A continuación se presentan los datos sobre la relación entre las consultas y el consumo de sustancias ocurridas en los hospitales de todas las provincias del país. Como se observa en el cuadro siguiente, en los pacientes que acudieron a los hospitales de La Rioja y de Tucumán, el porcentaje de consultas asociadas al consumo es similar al total nacional (8.9% y 9.5% respectivamente). En cambio, en 9 provincias se observó un porcentaje de consultas asociadas al consumo por arriba del promedio nacional, estas provincias son: Salta (33.5%), San Luís (25.3%), Córdoba (19.3%), Formosa (16.0%), San Juan (13.4%), Mendoza (12.4%), Corrientes (11.5%), Ciudad de Buenos Aires (11.0%) y Jujuy (10.4%). Por otro lado, en 13 provincias este porcentaje de asociación entre la consulta y el consumo es menor al promedio nacional: Misiones y Río Negro (2.2%), Tierra del Fuego (3.7%), Buenos Aires (5.1%), Catamarca (5.3%), La Pampa (5.8%), Santa Fé (5.9%), Santa Cruz (6.3%), Santiago del Estero (6.4%), Chubút (7.3%), Neuquén (7.4%), Chaco y Entre Ríos (8.8%).

Salta (33.5%)

San Luís (25.3%)

Córdoba (19.3%)

Formosa (16.0%)

San Juan (13.4%)

Mendoza (12.4%)

Corrientes (11.5%)

Ciudad de Buenos Aires (11.0%)

Jujuy (10.4%)



**Encima del promedio nacional**

**Promedio Nacional (9.4%)** — La Rioja (8.9%) y Tucumán (9.5%)



**Debajo del promedio nacional**

Misiones (2.2%)

Río Negro (2.2%)

Tierra del Fuego (3.7%)

Buenos Aires (5.1%)

Catamarca (5.3%)

La Pampa (5.8%)

Santa Fé (5.9%)

Santa Cruz (6.3%)

Santiago del Estero (6.4%)

Chubút (7.3%)

Neuquén (7.4%)

Chaco (8.8%)

Entre Ríos (8.8%)

**Cuadro 19: Distribución de las consultas según impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, por provincias.**

Impresión clínica del médico	Consultas relacionados	%	Total de consultas
Buenos Aires	45	5,1	887
Catamarca	25	5,3	469
Chaco	57	8,8	645
Chubút	28	7,3	382
Ciudad de Buenos Aires	66	11,0	602
Córdoba	123	19,3	638
Corrientes	75	11,5	652
Entre Ríos	32	8,8	363
Formosa	67	16,0	419
Jujuy	64	10,4	618
La Pampa	17	5,8	294
La Rioja	27	8,9	304
Mendoza	93	12,4	750
Misiones	9	2,2	414
Neuquén	32	7,4	432
Río Negro	12	2,2	552
Salta	90	33,5	269
San Juan	58	13,4	433
San Luís	25	25,3	99
Santa Cruz	21	6,3	335
Santa Fe	55	5,9	940
Santiago del Estero	60	6,4	932
Tierra del Fuego	7	3,7	187
Tucumán	37	9,5	388
<b>Total</b>	<b>1125</b>	<b>9,4</b>	<b>12.004</b>

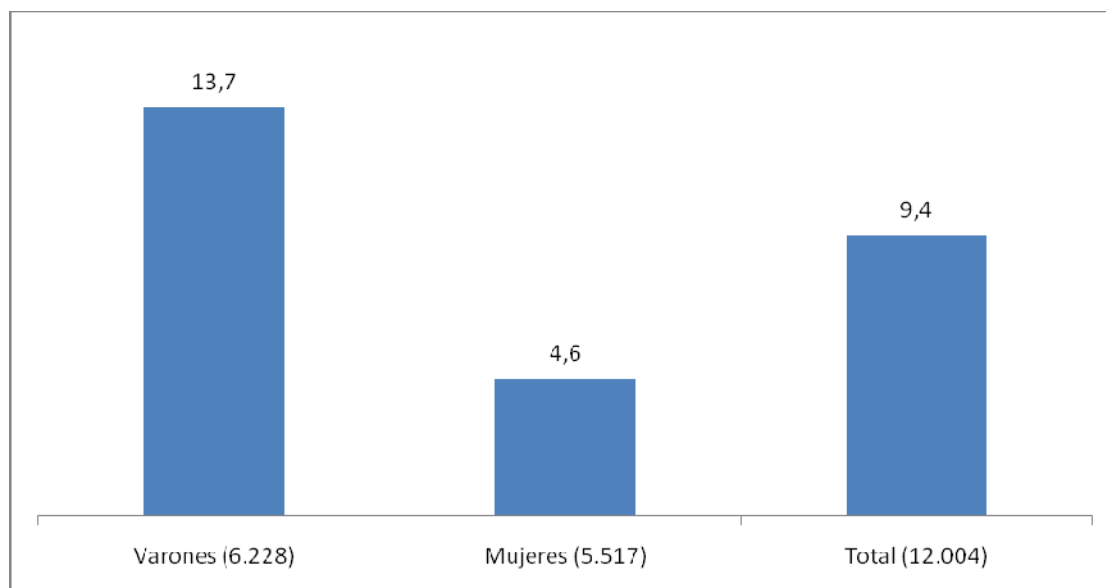
**Cuadro 26: Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según sexo. Total país, 2009.**

Sexo	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Varones	13,7	43,1	43,2	100,0
Mujeres	4,6	43,5	51,9	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

Considerando al interior de las consultas relacionadas con el consumo de SPA según sexo, observamos que es significativamente mayor la consulta asociada al consumo entre los varones, cuyo porcentaje supera por 9.1 puntos porcentuales al de las mujeres.

**Gráfico 8: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo, según sexo. Total país, 2009.**



**Cuadro 20: Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según grupos de edad. Total país, 2009.**

Grupos de edad	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
12 a 15 años	5,9	36,8	57,3	100,0
16 a 20 años	12,7	40,5	46,7	100,0
21 a 25 años	10,9	43,2	45,9	100,0
26 a 30 años	9,8	46,7	43,5	100,0
31 a 40 años	9,7	43,9	46,4	100,0
41 a 50 años	8,2	45,4	46,3	100,0
51 y más años	6,3	43,2	50,5	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

Analizando la impresión clínica del médico sobre la relación entre la consulta en la sala de emergencia y el consumo de SPA, según los grupos de edad, observamos que el menor porcentaje de asociación se encuentra entre quienes tienen 12 a 15 años. Los mayores porcentajes de asociación se encuentran en los grupos de entre 16 a 25 años. Luego de los 25 años, a medida que se incrementa la edad disminuyen poco a poco los porcentajes de asociación.

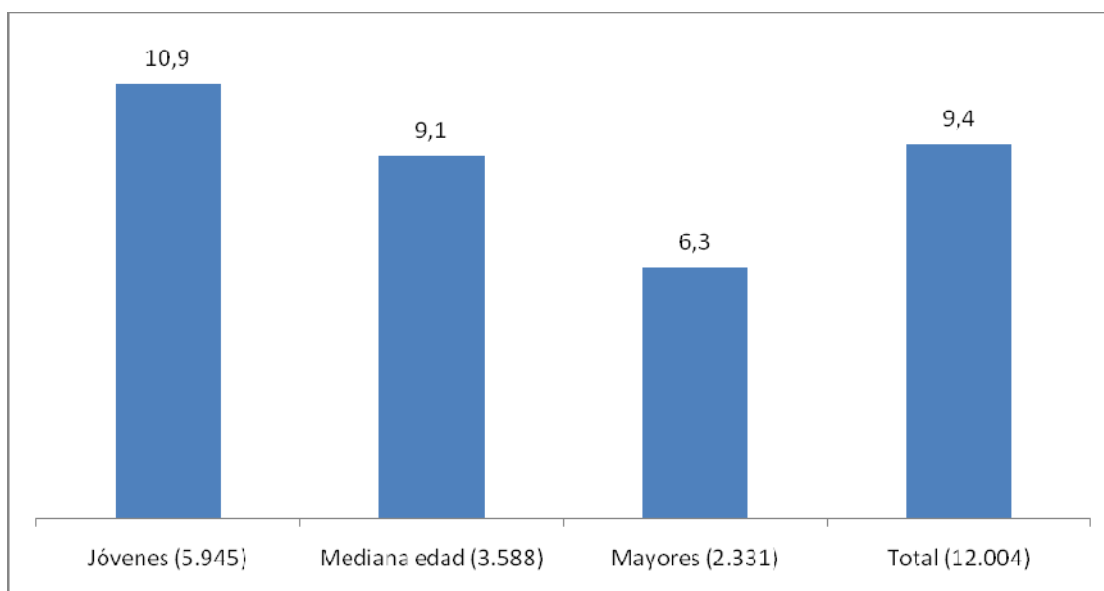
**Cuadro 21: Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según ciclo vital. Total país, 2009.**

Grupos de edad	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Jóvenes	10,9	42,7	46,4	100,0
Mediana edad	9,1	44,5	46,4	100,0
Mayores	6,3	43,2	50,5	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

Confirmando los datos del cuadro anterior, observamos que a menor edad mayor asociación con el consumo de SPA, según la impresión clínica del médico.

**Gráfico 9: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo según ciclo vital. Total país, 2009.**





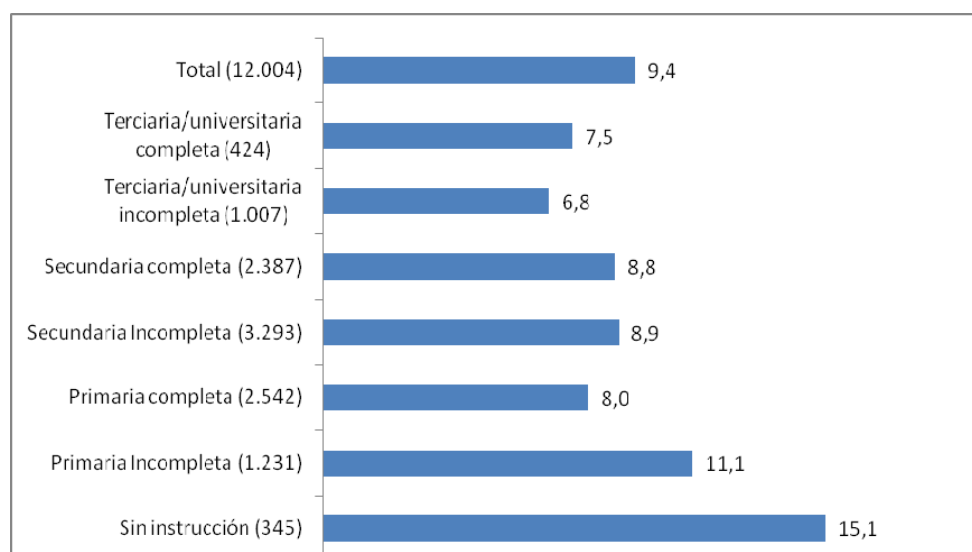
**Cuadro 22: Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según nivel de instrucción. Total país, 2009.**

Nivel educativo	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Sin instrucción	15,1	39,7	45,2	100,0
Primaria Incompleta	11,1	40,9	48,0	100,0
Primaria completa	8,0	44,8	47,2	100,0
Secundaria Incompleta	8,9	45,3	45,8	100,0
Secundaria completa	8,8	44,8	46,5	100,0
Terciaria/universitaria incompleta	6,8	47,2	46,1	100,0
Terciaria/universitaria completa	7,5	48,6	43,9	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

Según los datos del cuadro anterior las consultas relacionadas al consumo de sustancias son diferenciales según el nivel educativo; en este sentido, los mayores porcentajes se presentan en los casos con menor nivel de instrucción (sin instrucción y primaria incompleta). Cabe recordar que la muestra sólo toma en cuenta a personas mayores de 12 años donde es esperable al menos, que la educación primaria esté completa o al menos en finalización.

**Gráfico 10: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo según nivel de instrucción. Total país, 2009.**



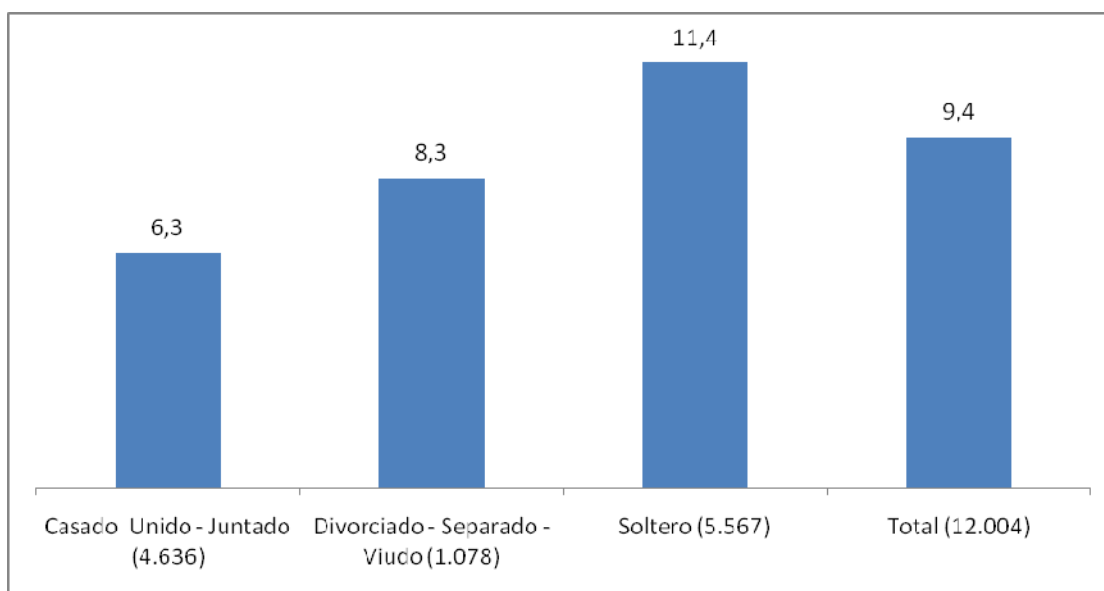
**Cuadro 23: Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según situación conyugal. Total país, 2009.**

Situación Conyugal	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Casado (a)- Unido (a) - Juntado (a)	6,3	46,1	47,6	100,0
Divorciado (a) - Separado (a) - Viudo (a)	8,3	43,7	48,0	100,0
Soltero (a)	11,4	43,6	45,0	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

El mayor porcentaje de asociación entre la consulta en la sala de emergencia y el consumo de SPA se observa en los pacientes solteros (11.4%) y en segundo lugar, en los divorciados, separados o viudos (8.3%). Algunos estudios destacan la existencia de asociación entre la ausencia de pareja estable o soledad a mayor exposición de problemas de salud.

**Gráfico 11: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo según situación conyugal. Total país, 2009.**

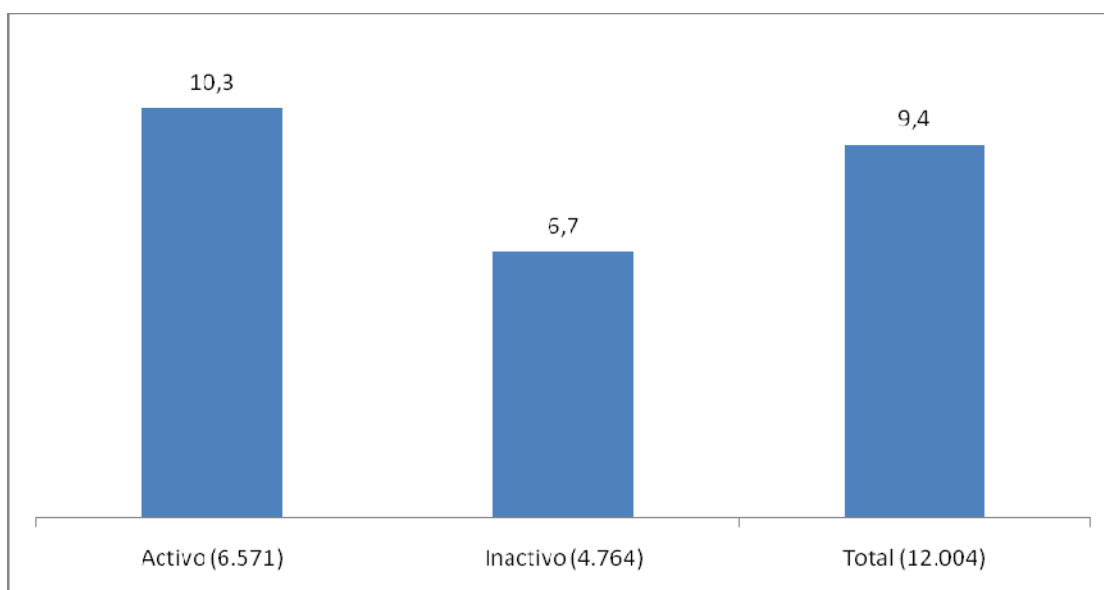


**Cuadro 24: Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según condición de actividad. Total país, 2009.**

Condición de actividad	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo + casos sin datos	
Activo	10,3	44,9	44,7	100,0
Inactivo	6,7	44,5	48,8	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

Se observa mayor nivel de asociación entre la consulta en la sala de emergencia y el consumo de SPA, en los pacientes económicamente activos (10.3%) que en los inactivos (6.7%).

**Gráfico 12: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo según condición de actividad. Total país, 2009.**



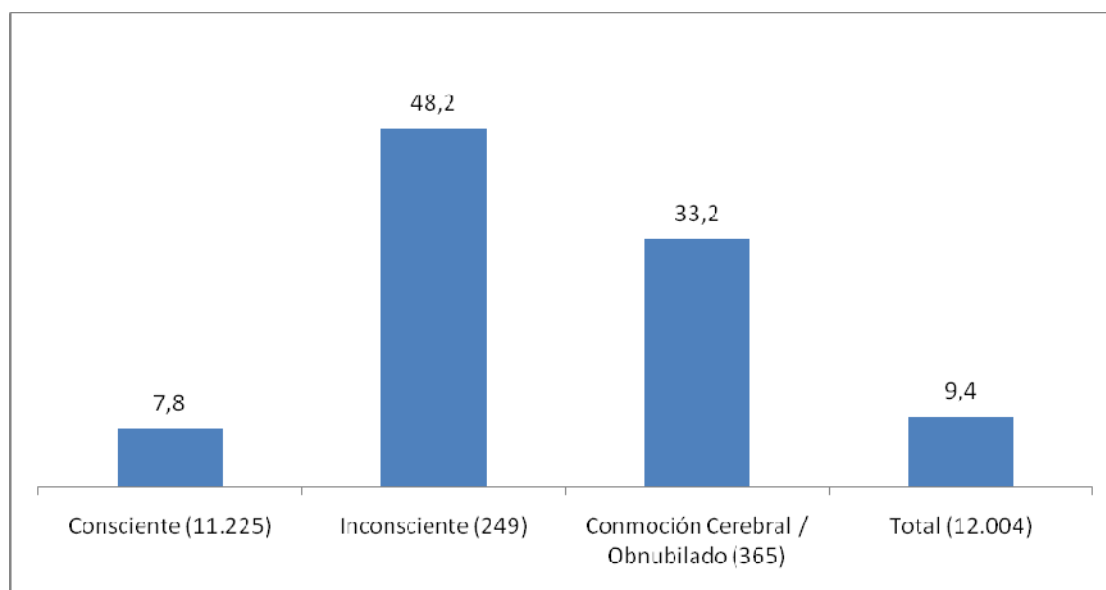
**Cuadro 25: Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según estado en el que llegó el paciente. Total país, 2009.**

Estado en que llegó el paciente	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Consciente	7,8	44,4	47,7	100,0
Inconsciente	48,2	21,7	30,1	100,0
Conmoción Cerebral / Obnubilado	33,2	23,3	43,6	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

Los pacientes que llegaron en estado de inconsciencia tienen un mayor porcentaje de asociación con el consumo de SPA (48.2%), seguidos por quienes ingresaron en estado de conmoción cerebral u obnubilados (33.2%). Dicho porcentaje se reduce al 7.8% en los pacientes que llegaron conscientes a la sala de emergencia habiendo consumido alguna SPA 6hs antes del ingreso al hospital. El cuadro indica que cuando existe relación de la consulta con el consumo de sustancia, el estado en el cual llega el paciente es de mayor gravedad.

**Gráfico 13: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo según estado en el que llegó el paciente. Total país, 2009.**



**Cuadro 26: Distribución porcentual de los pacientes del estado en que llegó el paciente, de acuerdo a la Impresión clínica del médico. Total país, 2009.**

Estado en que llegó el paciente	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Consciente	78,5	97,3	95,8	94,8
Inconsciente	10,7	1,1	1,3	2,1
Conmoción Cerebral / Obnubilado	10,8	1,7	2,8	3,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

Al interior de las consultas relacionadas al consumo, la presencia de pacientes que llegaron inconscientes o con conmoción cerebral es del 21.5% frente al 2.8% que corresponden a las consultas que no tienen relación con el consumo. Este dato advierte acerca del impacto que tiene el consumo de sustancias sobre el sistema de salud (demanda de atención y tratamiento).

**Cuadro 27: Distribución de las consultas según estado en que llegó el paciente por consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2009.**

Sustancias Psicoactivas	Estado en que llegó el paciente			
	Consciente	Inconsciente	Conmoción Cerebral / Obnubilado	Total
Alcohol	85,5	7,3	7,2	100,0
Tabaco	94,7	2,8	2,5	100,0
Marihuana	85,7	7,7	6,5	100,0
Solventes o inhalables	81,5	7,4	11,1	100,0
Cocaína	85,9	9,9	4,2	100,0
Pasta base - Paco	94,7	5,3	0,0	100,0
Hipnóticos	61,1	27,8	11,1	100,0
Ansiolíticos, Sedantes y Tranquilizantes	79,6	10,6	9,8	100,0
Antidepresivos	84,2	5,3	10,5	100,0
Anticolinérgicos	100,0	0,0	0,0	100,0
Otras drogas	94,2	2,5	3,3	100,0

Aquellos pacientes que consumieron hipnóticos (27.8%), ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes (10.6%) y cocaína (9.9%) llegaron a la sala de emergencia en estado de inconsciencia.

Quienes consumieron solventes o inhalantes, hipnóticos y antidepresivos son quienes ingresaron en mayor número en estado de conmoción cerebral u obnubilados, mientras que,

como era esperable, quienes consumieron tabaco entraron en estado consciente en un 94.7%.

**Cuadro 28: Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según motivo del ingreso. Total país, 2009.**

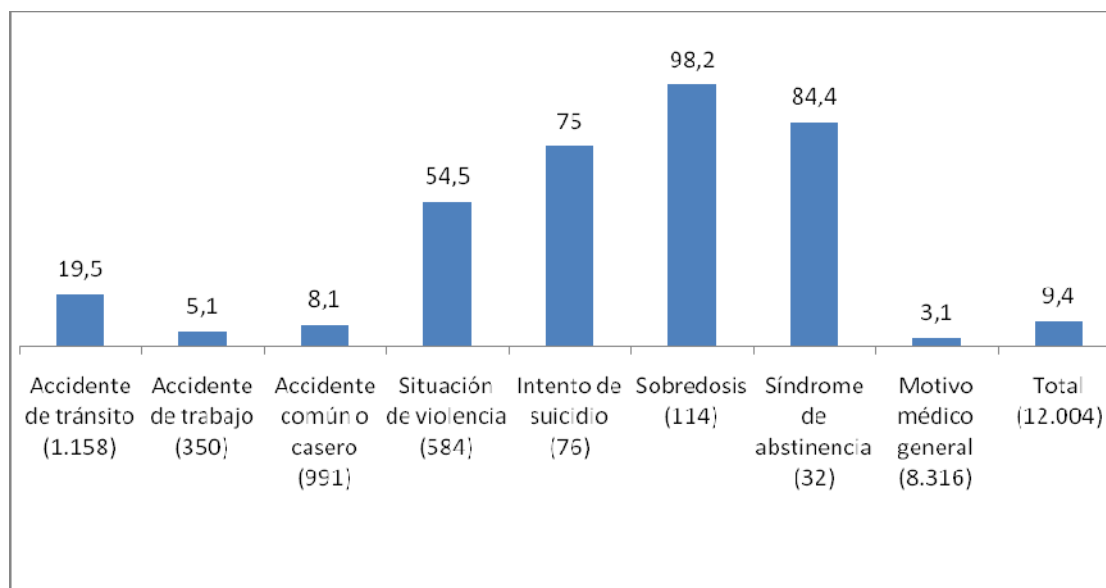
Motivo de ingreso	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Accidente de tránsito	19,5	41,3	39,2	100,0
Accidente de trabajo	5,1	55,1	39,7	100,0
Accidente común o casero	8,1	46,4	45,5	100,0
Situación de violencia	54,5	23,6	21,9	100,0
Intento de suicidio	75,0	9,2	15,8	100,0
Sobredosis	98,2	0,9	0,9	100,0
Síndrome de abstinencia	84,4	12,5	3,1	100,0
Motivo médico general	3,1	45,2	51,7	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

El cuadro anterior muestra, como era de esperar, una fuerte relación entre las sobredosis y el síndrome de abstinencia con el consumo de SPA. Los datos relacionados a los intentos de suicidio corroboran los datos de otras investigaciones, el 75% de los ingresos por esta causa están asociados al consumo de sustancias.

Luego se asocian con el consumo de sustancias el 54.5% de las situaciones de violencia y el 19.5% de los accidentes de tránsito.

**Gráfico 14: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo según motivo del ingreso. Total país, 2009.**



**Cuadro 29: Distribución porcentual de los pacientes según motivo del ingreso, de acuerdo a la impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Motivo de ingreso	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Desconocido	1,8	1,3	1,6	1,5
Accidente de tránsito	20,2	9,4	8,1	9,9
Accidente de trabajo	1,6	3,8	2,5	3,0
Accidente común o casero	7,2	9,0	8,1	8,4
Situación de violencia	28,4	2,7	2,3	5,0
Intento de suicidio	5,1	0,1	0,2	0,6
Sobredosis	10,0	0,0	0,0	1,0
Síndrome de abstinencia	2,4	0,1	0,0	0,3
Motivo médico general	23,3	73,6	77,1	70,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

Analizados los motivos de ingreso a las salas de emergencia entre las consultas relacionadas a algún consumo de sustancias, se observa que un 29% responde a accidentes en general (de tránsito, de trabajo o comunes) en tanto un 28.4% a situaciones de violencia y un 23.3% a motivos médicos generales. El 10% corresponde a ingresos por motivos relacionados a sobredosis.

**Cuadro 30: Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas, en las consultas según impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Sustancias Psicoactivas	Impresión clínica del médico	
	Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas
Alcohol	76,2	10,6
Tabaco	51,4	37,0
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	11,5	1,7
Marihuana	10,1	0,9
Cocaína	5,6	0,2
Antidepresivos	1,4	0,4
Solventes o inhalables	2,1	0,0
Hipnóticos	1,1	0,1
Pasta base - Paco	1,4	0,1
Estimulantes	0,3	0,1
Anfetaminas	0,7	0,0
Anticolinérgicos	0,3	0,1
Alucinógenos	0,6	
Éxtasis	0,4	
Opio o morfina	0,3	
Ketamina	0,1	0,0
Crack	0,1	
Heroína	0,3	
Cristales (Metanfetaminas)	0,1	0,0
Otros	2,3	3,3

+Incluye los casos "sin datos"

La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de SPA es del 76.2%, indicando una vez más, la importancia de ésta sustancia en los patrones de consumo de la población. Por segunda vez, este estudio mide el consumo de tabaco en las consultas en las salas de emergencia, y esta sustancia se presenta como la segunda sustancia más consumida (51.4%). Los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes tienen una presencia del 11.5%, la marihuana del 10.1% y la cocaína 5.6%. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de SPA es inferior al 2.3%.



**Cuadro 31: Distribución de las consultas con Consumo de sustancias psicoactivas según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Sustancias Psicoactivas	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas	No se informa + sin datos	
Alcohol	54,6	35,0	10,4	100% (N =1.569)
Tabaco	19,9	65,6	14,5	100% (N =2.905)
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	56,6	37,7	5,7	100% (N =228)
Marihuana	67,9	28,0	4,2	100% (N =168)
Cocaína	88,7	11,3		100% (N =71)
Antidepresivos	40,0	55,0	5,0	100% (N =40)
Solventes o inhalables	92,3	3,8	3,8	100% (N =26)
Hipnóticos	66,7	27,8	5,6	100% (N =18)
Pasta base – Paco	84,2	15,8		100% (N =19)
Anticolinérgicos	30,0	70,0		100% (N =10)
Otras Drogas*	18,7	58,0	23,3	100% (N =305)

\*Incluye opio o morfina, cristales (metanfetaminas), éxtasis, estimulantes, anfetaminas, heroína, crack, ketamina y alucinógenos.

Entre los pacientes con consumo de solventes e inhalables, cocaína o pasta base el ingreso por causas asociadas al consumo supera al 80% del total de consultas. Entre los pacientes que consumieron hipnóticos o marihuana los porcentajes asociados al consumo son del 66%-67% y entre los pacientes con consumo de alcohol o de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes los porcentaje son superiores al 54%

Estos datos indican por un lado, las consecuencias que sobre la salud tiene el consumo de estas sustancias, y por otro lado, los gastos o costos que implican para los hospitales públicos la atención de estos pacientes.

**Cuadro 32: Policonsumo en relación al alcohol, de sustancias psicoactivas según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Consumo de sustancias psicoactivas	Impresión clínica del médico			
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	Total
Consumió sólo alcohol	49,9	38,2	11,9	100,0 (N = 1.314)
Consumió alcohol y alguna otra droga	82,7	16,0	1,3	100,0 (N = 225)
Consumió alguna droga menos alcohol	25,7	46,8	17,4	100,0 (N = 505)

+Incluye los casos "sin datos"

En el cuadro se observa que es mayor la asociación entre la consulta y el consumo de SPA cuando en las seis horas anteriores a ésta se consumió sólo alcohol (49.9%), seguido de aquellos que consumieron alcohol y otra sustancia (82.7%). Estos datos vuelven a confirmar la gravedad del consumo de alcohol y sus efectos en la salud de la población.

**Cuadro 33: Policonsumo en relación a ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, de sustancias psicoactivas según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Consumo de sustancias psicoactivas	Impresión clínica del médico			
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	Total
Consumió sólo ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	48,8	45,0	6,2	100,0 (N = 129)
Consumió ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y alguna otra droga	66,6	28,3	5,1	100,0 (N = 99)
Consumió alguna droga menos ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	46,5	40,6	12,9	100,0 (N = 1.846)

+Incluye los casos "sin datos"

El consumo de psicofármacos como única SPA vincula la consulta con el consumo en el 48.8% de estos pacientes, asociación que se incrementa cuando el uso de psicofármacos se combina con otras drogas al 66.6%.

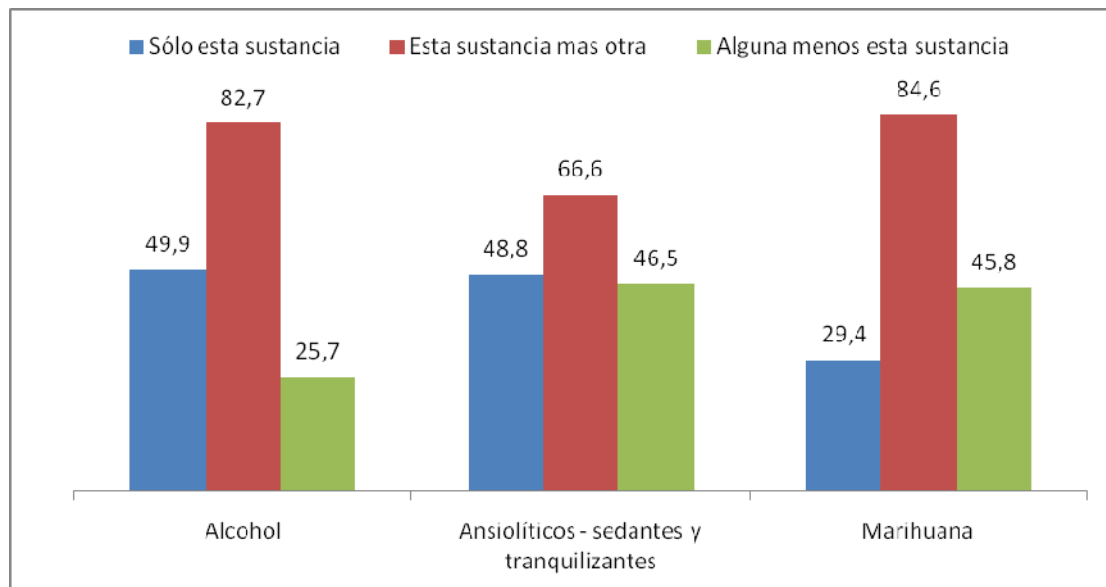
**Cuadro 34: Policonsumo en relación a marihuana, de sustancias psicoactivas según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Consumo de sustancias psicoactivas	Impresión clínica del médico			
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	Total
Consumió sólo marihuana	29,4	58,8	11,8	100 (N = 51)
Consumió marihuana y alguna otra droga	84,6	14,5	0,9	100,0 (N = 117)
Consumió alguna droga menos marihuana	45,8	41,4	12,8	100,0 (N = 1.906)

+Incluye los casos "sin datos"

Dentro de los pacientes que sólo consumieron marihuana, un 29.4% de estas consultas de emergencia estuvieron relacionadas al consumo. Esta asociación asciende al 84.6% cuando al consumo de marihuana se le agrega otra sustancia (sin tener en cuenta el tabaco).

**Gráfico 15: Porcentaje de consultas relacionadas con el consumo de sustancias y tipo de policonsumo considerando alcohol, ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y marihuana. Total país, 2009.**



En síntesis, observamos en el gráfico, que cuando se consumió sólo una sustancia en las seis horas anteriores, tanto el alcohol (49.9%) como los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes (48.8%) son las sustancias más vinculadas a episodios mórbidos que acuden a la sala de emergencia según la impresión clínica del médico. Marihuana (84.6%) y alcohol

(82.7%) son las dos sustancias que más se consumen junto a alguna otra sustancia y más vinculadas a episodios mórbidos que acuden a la sala de emergencia según la impresión clínica del médico.

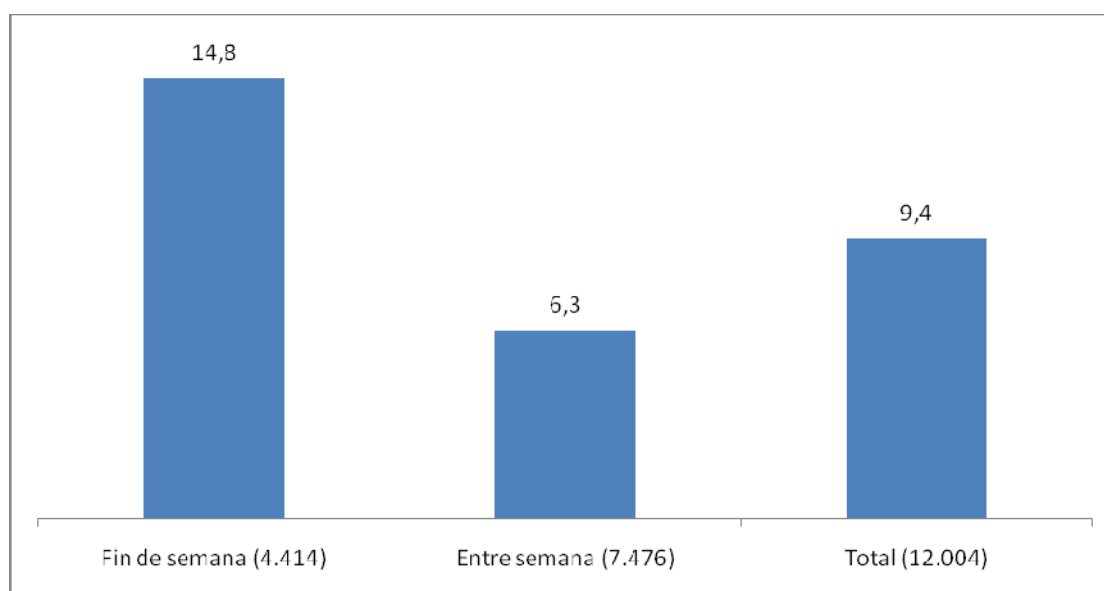
**Cuadro 35: Distribución de las consultas según Día de la consulta según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Día de la semana	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Fin de semana	14,8	40,1	45,1	100,0
Entre semana	6,3	45,2	48,5	100,0
<b>Total</b>	<b>9,4</b>	<b>43,0</b>	<b>47,6</b>	<b>100,0</b>

+Incluye los casos "sin datos"

Durante el fin de semana ocurre la mayoría de los episodios de emergencia que tienen relación con el consumo de sustancias, ya que el porcentaje de asociación de dicho periodo supera en más del doble de las consultas relacionadas con el consumo de entre semana.

**Gráfico 16: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo según día de la consulta. Total país, 2009.**



## 1. Motivos de ingreso a la guardia de las consultas vinculadas, según consumos específicos.

El cuadro siguiente muestra la distribución porcentual de los pacientes que consumieron alcohol, marihuana o ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes en las últimas 6 horas previas al ingreso y cuya consulta estuvo vinculada al consumo

**Cuadro 36: Distribución porcentual de pacientes con consumo de alcohol, marihuana o ansiolíticos según motivo de ingreso de las consultas vinculadas al consumo. Total país, 2009.**

Motivo de ingreso de pacientes con consumo de alcohol, marihuana o ansiolíticos	Pacientes con consumo de alcohol	Pacientes con consumo de marihuana	Pacientes con consumo de ansiolíticos
Accidente de tránsito	23,0	9,6	3,9
Accidente de trabajo	1,8	0,9	0,0
Accidente común o casero	8,3	3,5	2,3
Situación de violencia	34,7	41,3	12,4
Intento de suicidio	2,2	0,0	30,2
Sobredosis	10,0	18,4	26,4
Síndrome de abstinencia	1,5	5,3	3,9
Motivo médico general	16,5	17,5	17,8
Desconocido	2,1	3,5	3,1
<b>Total</b>	<b>100,0 (N = 857)</b>	<b>100,0 (N=114)</b>	<b>100,0 (N=129)</b>

Del total de pacientes con consumo reciente de alcohol y de los cuales su consulta estuvo vinculada al consumo según la impresión clínica del médico, el 34.7% ingresó por situaciones de violencia, el 23% por accidentes de tránsito y un 16.5% por motivos médicos generales. El 10% ingresó por sobredosis de alcohol, el 8.3% ingresó por un accidente común o casero, en tanto que un 2.2% lo hizo por intento de suicidio y un 1.8% por accidentes de trabajo.

Entre los pacientes que consumieron marihuana y donde este consumo se vincula a la consulta de emergencia, el 41.3% ingresó por situaciones de violencia, el 18.4% por sobredosis de marihuana y el 17.5% ingresó por motivos médicos generales. El 9.6% ingresó por accidentes de tránsito, el 5.3% por síndrome de abstinencia y el 3.5% por accidentes de trabajo.

Entre los pacientes con consumo de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y donde la consulta está vinculada a dicho consumo, el 30.2% ingresó a la guardia por intento de suicidio, el 26.4% por sobredosis de estos psicofármacos y el 17.8% por motivos médicos

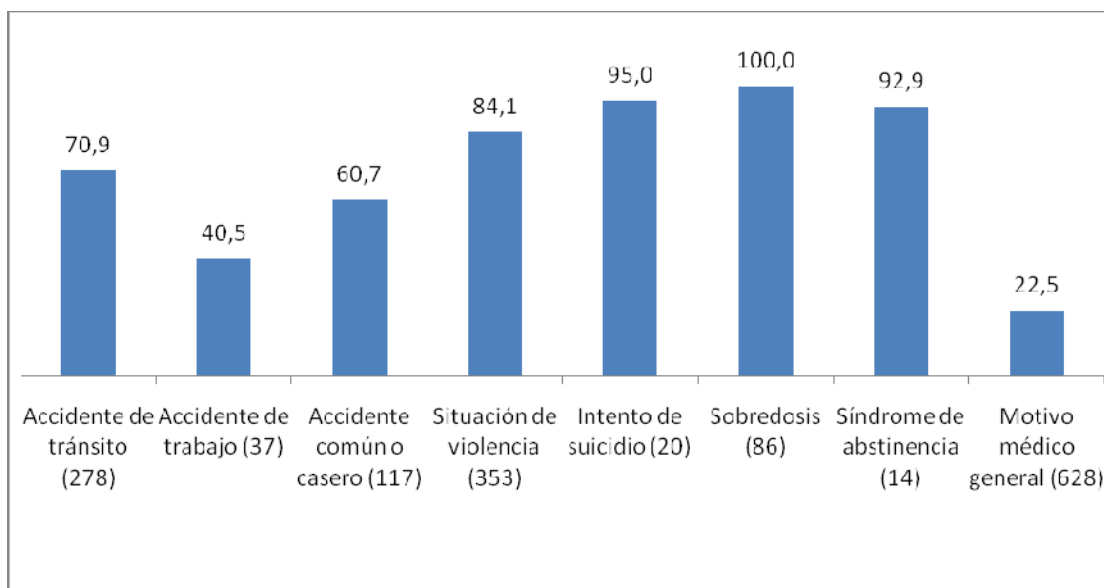
generales. El 12.4% ingresó por situaciones de violencia y el 3.9% por accidentes de trabajo y síndrome de abstinencia, mientras que el 2.3% lo hizo por accidente común o casero.

**Cuadro 37: Motivo de ingreso en pacientes con consumo de alcohol según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Motivo de ingreso en pacientes con consumo de alcohol	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa + sin dato	
Accidente de tránsito	70,9	24,8	4,3	100% (N = 278)
Accidente de trabajo	40,5	45,9	13,5	100% (N = 37)
Accidente común o casero	60,7	34,2	5,1	100% (N = 117)
Situación de violencia	84,1	11,6	4,2	100% (N = 353)
Intento de suicidio	95,0	5,0	0,0	100% (N = 20)
Sobredosis	100,0	0,0	0,0	100% (N = 86)
Síndrome de abstinencia	92,9	7,1	0,0	100% (N = 14)
Motivo médico general	22,5	58,3	19,3	100% (N = 628)

Analizada la relación entre el consumo de alcohol y la consulta en la sala de emergencia, en cada uno de los motivos de ingreso se observa que el consumo de alcohol está relacionado al 84.1% de situaciones de violencia, al 70.9% de los accidentes de tránsito, en el 60.7% de los accidentes comunes o caseros y en el 40.5% de los accidentes de trabajo. En el mismo sentido, se observa dicha relación en casi todos los pacientes que consumieron alcohol e ingresaron por intentos de suicidio, sobredosis y síndrome de abstinencia.

**Gráfico 17: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo en pacientes con consumo de alcohol según motivo del ingreso. Total país, 2009.**



## **2. Morbilidad asociada al consumo de SPA.**

Ampliar el conocimiento sobre la asociación entre el consumo de SPA y la consulta de emergencia, implica ahondar no solamente sobre los motivos que provocan la consulta, sino indagar sobre los diagnósticos presuntivos o enfermedades identificados en cada paciente.

Esta información fue proporcionada por el médico y si bien se trata de situaciones de emergencia, se apeló a un diagnóstico presuntivo factible de establecer a partir de la misma consulta. Estos diagnósticos fueron clasificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), de la OMS, y según esta organización, los “trastornos relacionados con sustancias” se clasifican dentro de la categoría “trastornos mentales y del comportamiento”.

La única enfermedad que fue clasificada en una categoría aparte debido a la estación del año (invierno) en que se desarrolló la ventana es la “gripe”. Por otro lado, cabe destacar que el invierno del 2009 se vio azotado por la epidemia de Gripe A N1H1 y varias salas de emergencias debieron habilitar áreas separadas del resto de la guardia para evitar mayores contagios entre la población.

A continuación se presenta el listado de enfermedades según estas consultas fueron consideradas vinculadas o no al consumo de drogas.



**Cuadro 38: Diagnósticos presuntivos de los pacientes según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2009.**

Diagnóstico presuntivo	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Infecciones	3,2	49,5	47,4	100% (N = 190)
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	0,0	44,7	55,3	100% (N = 47)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,8	37,5	60,7	100% (N = 112)
Trastornos mentales y del comportamiento	54,4	23,4	22,2	100% (N = 239)
Enfermedades del sistema nervioso	8,7	47,7	43,6	100% (N = 195)
Enfermedades del ojo y anejos oculares	3,6	55,5	40,9	100% (N = 137)
Enfermedades del oído y procesos mastoideos	1,1	45,2	53,8	100% (N = 93)
Enfermedades del sistema circulatorio	5,6	47,0	47,4	100% (N = 732)
Enfermedades del sistema respiratorio	4,2	40,1	55,7	100% (N = 1.672)
Gripe	0,3	45,0	54,7	100% (N = 1.792)
Enfermedades del sistema digestivo	3,8	44,9	51,3	100% (N = 1.517)
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	0,6	50,6	48,8	100% (N = 168)
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	1,4	50,5	48,1	100% (N = 366)
Enfermedades del sistema urinario	0,9	38,6	60,5	100% (N = 319)
Enfermedades del sistema genital	3,4	52,3	44,3	100% (N = 88)
Traumatismos / politraumatismos / heridas	19,2	42,0	38,8	100% (N = 3.195)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	75,0	9,4	15,6	100% (N = 180)
Controles médicos	1,3	58,2	40,6	100% (N = 239)
Problemas quirúrgicos	3,2	46,2	50,5	100% (N = 93)
Consultas no especificadas	3,2	48,6	48,2	100% (N = 473)

+Incluye los casos "sin datos"

Del cuadro surge que el 75% de las consultas por intoxicaciones se debieron al consumo de SPA. Se destaca también que el 54.4% de los trastornos mentales y del comportamiento (donde se incluyen aquellos trastornos debido al consumo de SPA) atendidas en la sala de emergencia y el 19.2% de los traumatismos, tuvieron relación con el consumo de alguna SPA.

Estos datos sobre la relación entre diagnóstico y consumo de SPA son interesantes como indicadores del impacto específico en la salud de los pacientes y desde la perspectiva del costo económico y de recursos, el impacto que el tratamiento de cada patología requiere.

**Cuadro 39: Diagnósticos presuntivos según cantidad de sustancias consumidas (incluido tabaco). Total de consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2009.**

Diagnóstico presuntivo*	Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas			
	Consumió una sustancia	Consumió dos sustancias	Consumió tres sustancias o más	Total
Trastornos mentales y del comportamiento	38,9	35,7	25,4	100,0 (N = 126)
Enfermedades del sistema circulatorio	63,2	34,2	2,6	100,0 (N = 38)
Enfermedades del sistema respiratorio	74,2	18,2	7,6	100,0 (N = 66)
Enfermedades del sistema digestivo	47,9	39,6	12,5	100,0 (N = 48)
Traumatismos-politraumatismos-heridas	44,9	46,9	8,3	100,0 (N = 593)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	46,2	31,8	22,0	100,0 (N = 132)
Total	46,5	40,5	12,9	100,0 (N = 1.068)

\*Se presentan sólo aquellos diagnósticos en los cuales el N por fila es superior a 25.

Al analizar los diagnósticos de las consultas relacionadas con el consumo según la cantidad de sustancias consumidas, observamos que las enfermedades del sistema respiratorio (74.2%) y las del sistema circulatorio (63.2%) se asocian en mayor proporción con el consumo de una sola sustancia.

Por su parte, los traumatismos-politraumatismos y heridas se asocian en un 46.9% al consumo de una o dos sustancias, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento se asocian en un 25.4% al consumo de tres sustancias o más.

**Cuadro 40: Distribución de los Diagnósticos presuntivos en pacientes según consumo de solo alcohol o policonsumo. Total consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2009.**

Diagnóstico presuntivo*	Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas			Total
	Consumió sólo alcohol	Consumió alcohol y alguna otra droga	Consumió alguna droga menos alcohol	
Trastornos mentales y del comportamiento	15,9	44,4	39,7	100,0 (N = 126)
Enfermedades del sistema circulatorio	10,5	34,2	55,3	100,0 (N = 38)
Enfermedades del sistema respiratorio	4,5	22,7	72,7	100,0 (N = 66)
Enfermedades del sistema digestivo	37,5	50,0	12,5	100,0 (N = 48)
Traumatismos-politraumatismos-heridas	41,1	53,1	5,7	100,0 (N = 593)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	24,2	47,0	28,8	100,0 (N = 132)
Total	31,6	48,4	20,0	100,0 (N = 1.068)

\*Se presentan sólo aquellos diagnósticos en los cuales el N por fila es superior a 25.

Por su parte, al analizar los diagnósticos según el tipo de policonsumo realizado, se observa que los traumatismos – politraumatismos – heridas y las enfermedades del sistema digestivo se asocian en mayor proporción al consumo de alcohol como única sustancia o combinado con alguna otra droga, mientras que las enfermedades del sistema respiratorio y las del sistema circulatorio estarían asociadas en mayor medida, a un consumo diferente del alcohol.

Los trastornos mentales y del comportamiento que es la categoría en donde se incluyen los “trastornos relacionados con sustancias” aparecen con más frecuencia en el consumo de alcohol y alguna otra droga (44.4%) y en el consumo de alguna droga menos el alcohol (39.7%).

**Cuadro 41: Distribución de los pacientes por cantidad de sustancias consumidas según diagnósticos presuntivos. Total de consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, Total país, 2009.**

Diagnóstico presuntivo	Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas			
	Consumió una sustancia	Consumió dos sustancias	Consumió tres sustancias o más	Total
Infecciones	0,0	0,5	2,2	0,5
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	0,4	0,0	0,0	0,2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	9,9	10,4	23,2	11,8
Trastornos mentales y del comportamiento	1,2	1,4	3,6	1,6
Enfermedades del sistema nervioso	0,4	0,7	0,0	0,5
Enfermedades del ojo y anejos oculares	0,0	0,2	0,0	0,1
Enfermedades del sistema circulatorio	4,8	3,0	0,7	3,6
Enfermedades del sistema respiratorio	9,9	2,8	3,6	6,2
Gripe	0,2	0,5	0,7	0,4
Enfermedades del sistema digestivo	4,6	4,4	4,3	4,5
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	0,2	0,0	0,0	0,1
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	0,2	0,5	0,7	0,4
Enfermedades del sistema urinario	0,2	0,0	1,4	0,3
Enfermedades del sistema genital	0,0	0,2	1,4	0,3
Traumatismos-politraumatismos-heridas	53,5	64,2	35,5	55,5
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	12,3	9,7	21,0	12,4
Controles médicos	0,4	0,2	0,0	0,3
Problemas quirúrgicos	0,2	0,5	0,0	0,3
Consultas no especificadas	1,6	0,9	1,4	1,3
<b>Total</b>	<b>100,0 (N = 497)</b>	<b>100,0 (N = 433)</b>	<b>100,0 (N = 138)</b>	<b>100,0 (N = 1068)</b>

Al analizar a los pacientes por la cantidad de sustancias consumidas y los diagnósticos presuntivos por los cuales ingresaron a la guardia, observamos el peso que tienen los traumatismos, politraumatismos y heridas, que representan el 53.5% de los diagnósticos en las consultas vinculadas al consumo y este peso es importante cualquiera sea la cantidad de drogas consumidas por el paciente (consumo de una, dos o tres sustancias).

Al interior de los pacientes que consumieron dos o tres sustancias, la consulta se asocia particularmente a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

**Cuadro 42: Tipo de policonsumo según diagnósticos presuntivos. Total consultas relacionadas con el consumo de SPA. Total país, 2009.**

Diagnóstico presuntivo	Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas			
	Consumió sólo alcohol	Consumió alcohol y alguna otra droga	Consumió alguna droga menos alcohol	Total
Infecciones	0,0	0,8	0,5	0,5
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	0,3	0,0	0,5	0,2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,9	10,8	23,4	11,6
Trastornos mentales y del comportamiento	1,2	1,7	1,9	1,5
Enfermedades del sistema nervioso	0,6	0,4	0,5	0,4
Enfermedades del ojo y anejos oculares	0,0	0,0	0,5	0,1
Enfermedades del sistema circulatorio	1,2	2,5	9,8	3,7
Enfermedades del sistema respiratorio	0,9	2,9	22,4	6,4
Gripe	0,0	0,6	0,5	0,4
Enfermedades del sistema digestivo	5,3	4,6	2,8	5,2
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	0,3	0,0	0,0	0,1
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	0,3	0,6	0,0	0,4
Enfermedades del sistema urinario	0,3	0,4	0,0	0,3
Enfermedades del sistema genital	0,0	0,6	0,0	0,3
Traumatismos-politraumatismos-heridas	72,4	60,9	15,9	54,9
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	9,5	12,0	17,8	12,1
Controles médicos	0,0	0,2	0,9	0,3
Problemas quirúrgicos	0,3	0,2	0,5	0,3
Consultas no especificadas	1,5	0,8	2,3	1,3
<b>Total</b>	<b>100,0 (N = 337)</b>	<b>100,0 (N = 517)</b>	<b>100,0 (N = 159)</b>	<b>100,0 (N = 1068)</b>

El consumo solo de alcohol está significativamente asociado a los traumatismos – politraumatismos – heridas (72.4%), mientras que el consumo de alguna droga diferente al alcohol se asocia en mayor proporción con enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (23.4%) y enfermedades del sistema respiratorio (22.4%).

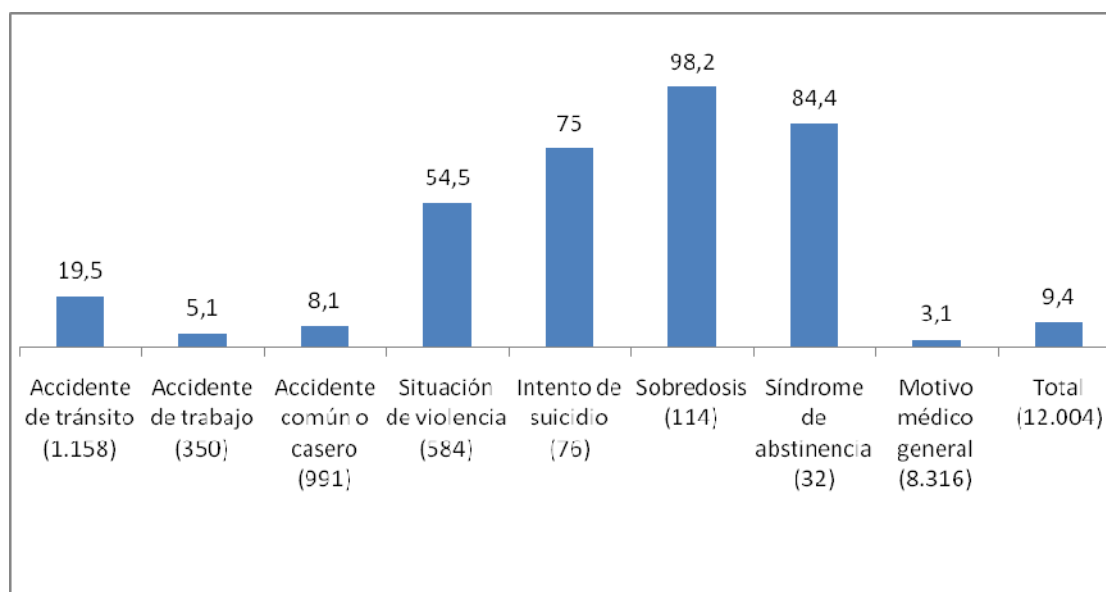
Al interior de los que consumieron alcohol combinado con alguna otra sustancia, además de los politraumatismos, se encuentran asociaciones con las intoxicaciones (12%) y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (10.8%).

### 3. Motivos de ingreso a la guardia de las consultas vinculadas con consumo de SPA: Descripción de perfiles.

En páginas anteriores se analizó la impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según el motivo de ingreso, en donde se observa una fuerte relación entre los ingresos motivados por sobredosis y síndromes de abstinencia con el consumo de SPA (98.2% y 84.4% respectivamente). También se observó que entre el 75% de los ingresos por intentos de suicidio y el 54.5% de las situaciones de violencia están asociados al consumo de sustancias.

Se expone el gráfico correspondiente presentado con anterioridad:

**Gráfico 18: Porcentaje de consultas que tuvieron relación con el consumo según motivo del ingreso. Total país, 2009.**

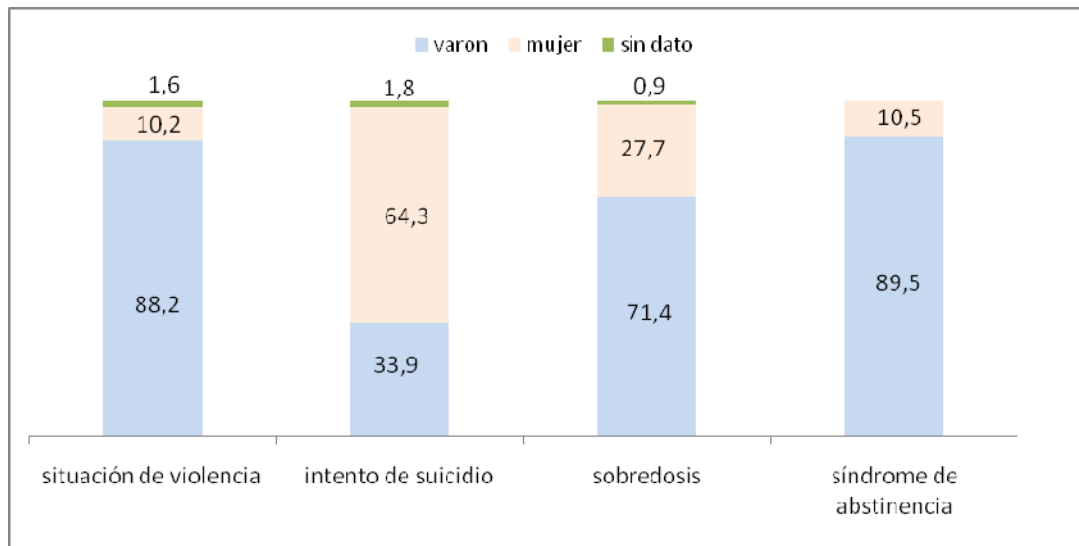


Se pretende entonces analizar los motivos de ingresos más frecuentes con el objetivo de poder describir el perfil de aquellas personas cuya consulta estuvo relacionada al consumo de alguna SPA según impresión clínica del médico.

### a) Sexo

Entre quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia, sobredosis o síndrome de abstinencia en consultas asociadas al consumo, la gran mayoría son varones: 88.2%, 71.4% y 89.5% respectivamente. Por su parte, las personas que ingresaron a la sala de emergencia por intentos de suicidio asociados al consumo, son mujeres en el 64.3% de los casos.

**Gráfico 19: Motivos de ingresos más frecuentes vinculados al consumo según sexo. Total país, 2009.**



### b) Edad

Quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia en consultas asociadas al consumo, el 33.5% tiene entre 16 y 20 años, el 22.7% entre 21 y 25 años y el 15% entre 31 y 40 años. En otras palabras, el 56.2% de quienes ingresaron por situaciones de violencia asociadas al consumo tiene entre 16 y 25 años.

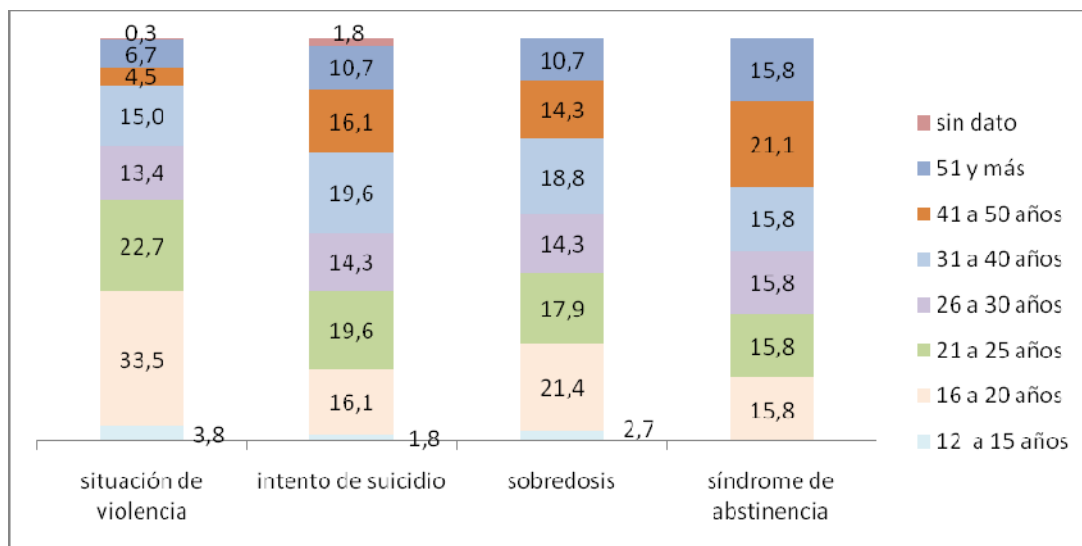
La situación cambia cuando analizamos los ingresos a la guardia por intentos de suicidio en consultas asociadas al consumo, ya que el 35.7% tiene entre 16 y 25 años y entre 31 y 50 años en igual proporción.

Quienes ingresaron a la guardia por sobredosis en consultas asociadas al consumo, el 21.4% tiene entre 16 y 20 años, el 18.8% entre 31 y 40 años; y el 17.9% entre 21 y 25 años. En esta "razón" de ingreso son los más jóvenes (entre 16 y 25 años) quienes representan el 39.3% de los casos.

Entre los ingresos por síndromes de abstinencia en consultas asociadas al consumo, el 21.1% tiene entre 41 y 50 años; y el resto de todas las agrupaciones por edad obtiene el mismo porcentaje: 15.8%.

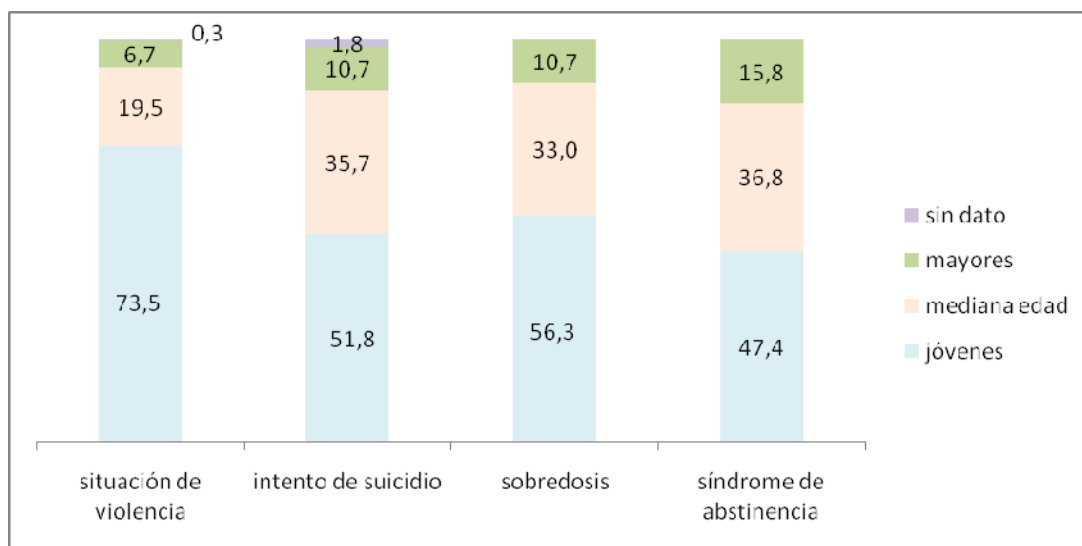


**Gráfico 20: Motivos de ingresos más frecuentes asociados al consumo según grupos de edad. Total país, 2009.**



Con otra mirada, si reagrupamos la edad según “ciclos vitales”<sup>6</sup>, se observa que entre los ingresos a guardia de los cuatro motivos de ingreso aquí analizados, los jóvenes son quienes representan en todos los casos los mayores porcentajes de asociación al consumo de SPA.

**Gráfico 21: Motivos de ingresos más frecuentes asociados al consumo según ciclo vital. Total país, 2009.**



<sup>6</sup> Jóvenes son aquellas personas entre 12 y 30 años; la mediana edad está representada por quienes tienen entre 31 y 50 años; y los mayores quienes tienen más de 51 años de edad.

### c) Nivel de Instrucción

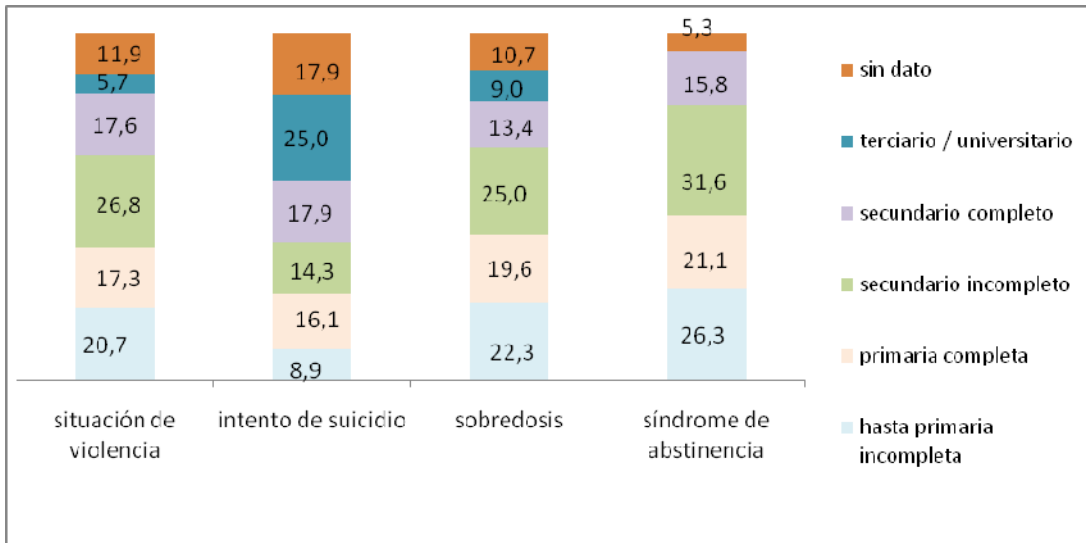
Quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia en consultas asociadas al consumo, el 26.8% tiene el secundario incompleto, el 20.7% tiene la primaria incompleta y el 17.6% completó el secundario.

La situación cambia cuando analizamos los ingresos a la guardia por intentos de suicidio en consultas asociadas al consumo, ya que el 25% ha alcanzado el nivel terciario o universitario, mientras que el 17.9% completó el secundario y el 16.1% sólo completó la primaria.

Quienes ingresaron a la guardia por sobredosis en consultas asociadas al consumo, el 25% no terminó el secundario, el 22.3% no completó la primaria; y el 19.6% sí logró finalizarla.

Quienes ingresaron a la guardia por síndromes de abstinencia en consultas asociadas al consumo, el 31.6% no completó el secundario mientras que el 26.3% no logró finalizar la primaria, y 21.1% sí logró completarla.

**Gráfico 22: Motivos de ingresos más frecuentes asociados al consumo según nivel de instrucción. Total país, 2009.**



### d) Situación Conyugal

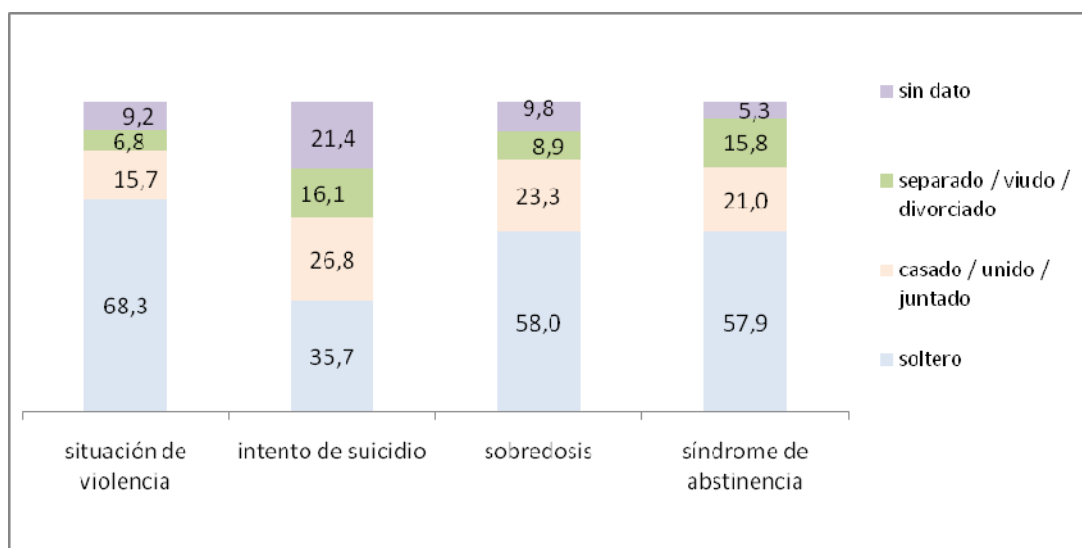
Quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia en consultas asociadas al consumo, el 68.3% son solteros, el 15.7% está casa, unido o juntado, y el 6.8% está separado, viudo o divorciado.

Cuando analizamos los ingresos a guardia por intentos de suicidio en consultas asociadas al consumo, el 35.7% declaró estar soltero, el 26.8% está casado y el 16.1% separado, viudo o divorciado.

Quienes ingresaron a la guardia por sobredosis en consultas asociadas al consumo, el 58% es soltero, el 23.3% casado, unido o juntado; y el 8.9% separado, viudo o divorciado.

Quienes ingresaron a guardia por síndromes de abstinencia en consultas asociadas al consumo, el 57.9% declaró estar soltero mientras que el 21% declaró estar casado, unido o juntado y 15.8% separado, viudo o divorciado.

**Gráfico 23: Motivos de ingresos más frecuentes asociados al consumo según situación conyugal. Total país, 2009.**



### e) Situación Laboral

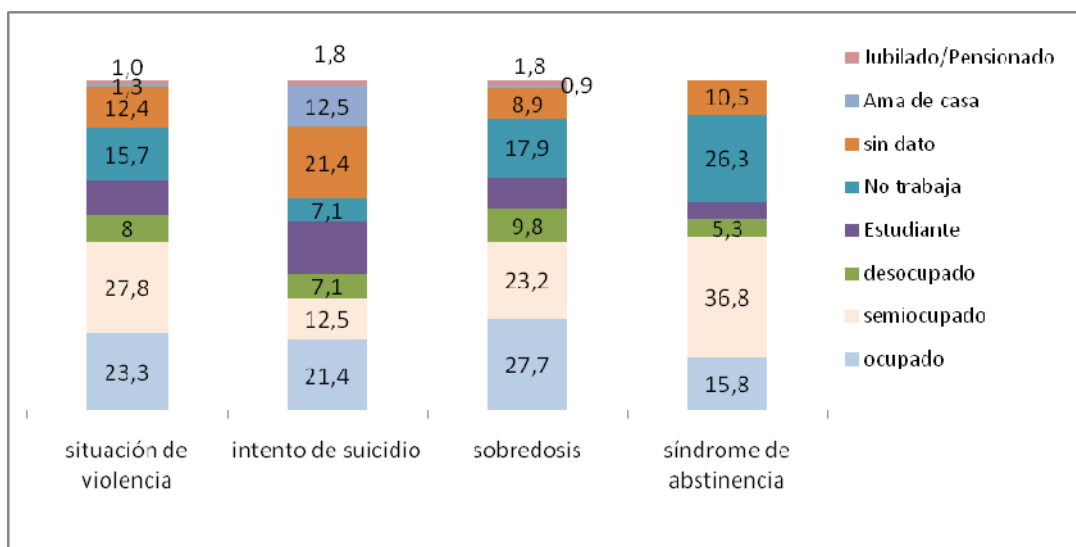
Quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia en consultas asociadas al consumo, el 27.8% está semiocupado y el 23.3% ocupado a tiempo completo. El 15.7% no trabaja y el 10.5% es estudiante.

Cuando analizamos los ingresos a la guardia por intentos de suicidio en consultas asociadas al consumo, descubrimos que el 35.7% tiene entre 16 y 25 años y entre 31 y 50 años en igual proporción.

Quienes ingresaron a la guardia por sobredosis en consultas asociadas al consumo, el 21.4% tiene entre 16 y 20 años, el 18.8% entre 31 y 40 años; y el 17.9% entre 21 y 25 años. En esta "razón" de ingreso son los más jóvenes (entre 16 y 25 años) quienes representan el 39.3% de los casos.

Entre los ingresos por síndromes de abstinencia en consultas asociadas al consumo, el 21.1% tiene entre 41 y 50 años; y el resto de todas las agrupaciones por edad obtiene el mismo porcentaje: 15.8%.

**Gráfico 24: Motivos de ingresos más frecuentes asociados al consumo según situación laboral. Total país, 2009.**



#### **f) Estado de conciencia al ingresar a la sala de emergencia**

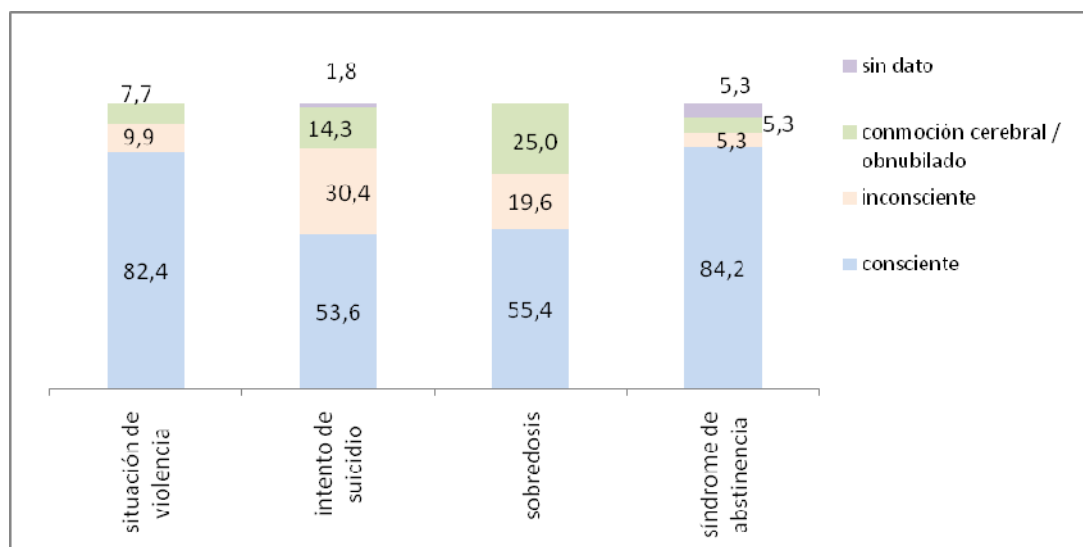
Quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia en consultas asociadas al consumo, el 82.4% ingresó consciente, el 9.9% inconsciente y el 7.7% en estado de obnubilación o conmoción cerebral.

Cuando analizamos los ingresos a guardia por intentos de suicidio en consultas asociadas al consumo, el 53.6% ingresó consciente, el 30.4% inconsciente y el 14.3% con conmoción cerebral o estado de obnubilación.

Quienes ingresaron a la guardia por sobredosis en consultas asociadas al consumo, el 55.4% ingresó consciente, el 19.6% inconsciente; y el 25% en estado de obnubilación o conmoción cerebral.

Quienes ingresaron a guardia por síndromes de abstinencia en consultas asociadas al consumo, el 84.2% ingresó consciente, el 5.3% inconsciente; y el 5.3% en estado de obnubilación o conmoción cerebral.

**Gráfico 25: Motivos de ingresos más frecuentes sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según el estado de conciencia. Total país, 2009.**



#### **g) Cantidad de sustancias consumidas<sup>7</sup>**

Quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia en consultas asociadas al consumo, el 48.6% consumió 2 sustancias y el 36.1% consumió 1 sola sustancia, el 11.5% consumió 3 sustancias y el 3.2%, 4 sustancias o más.

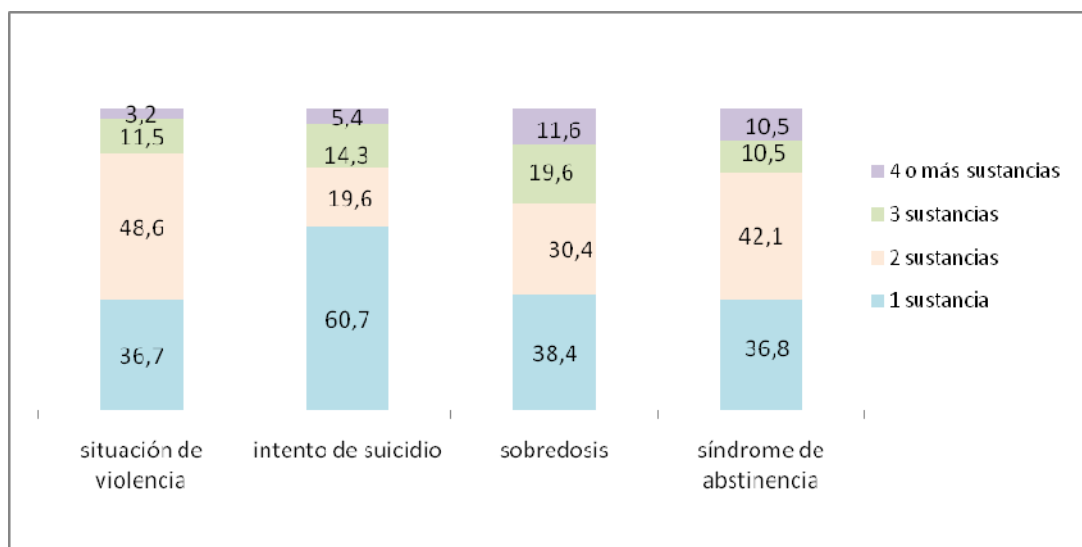
Cuando analizamos los ingresos a la guardia por intentos de suicidio en consultas asociadas al consumo descubrimos que el 60.7% consumió 1 sola sustancia mientras que el 19.6% consumió 2 sustancias, el 14.3% consumió 3 sustancias y el 5.4% consumió más de 4 sustancias o más.

Quienes ingresaron a la guardia por sobredosis en consultas asociadas al consumo, el 38.4% consumió 1 sola sustancia, el 30.4% consumió 2 sustancias, el 19.6% consumió 3 sustancias; y el 11.6% consumió más de 4 o más sustancias.

Entre los ingresos por síndromes de abstinencia en consultas asociadas al consumo, el 42.1% consumió 2 sustancias, el 36.8% consumió 1 sola sustancia, el 10.5% consumió 3 sustancias; y el 10.5% consumió más de 4 o más sustancias.

<sup>7</sup> El consumo de tabaco no ha sido contabilizado entre todas las sustancias.

**Gráfico 26: Motivos de ingresos más frecuentes sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según la cantidad de sustancias consumidas. Total país, 2009.**



#### **h) Casos relacionados según día de la semana**

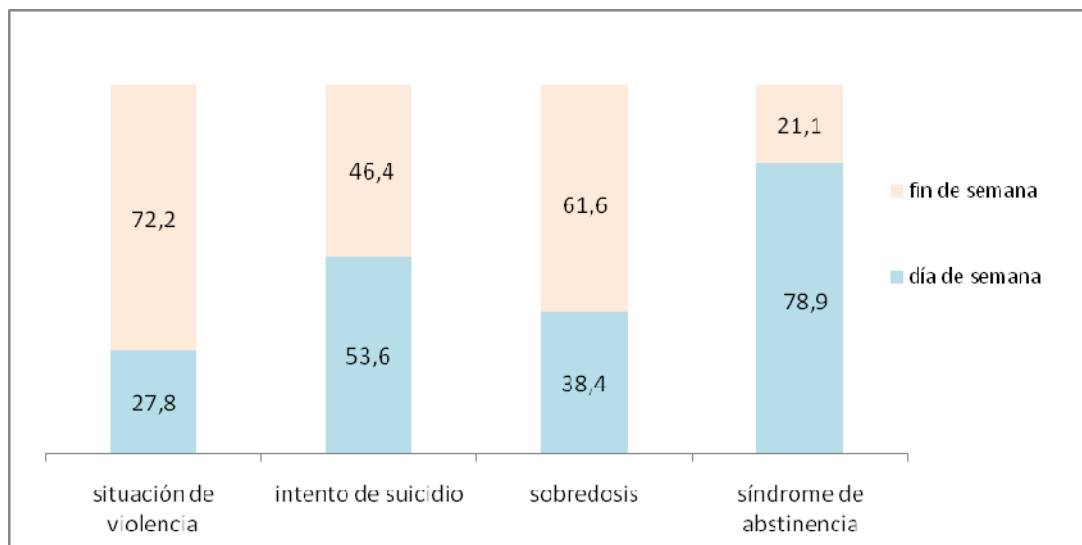
Entre quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia en consultas asociadas al consumo, el 72.2% ingresó el fin de semana mientras que el 27.8% lo hizo durante la semana.

Quienes ingresaron a la guardia por intentos de suicidio en consultas asociadas al consumo, el 53.6% ingresó durante la semana mientras que el 46.4% ingresó durante el fin de semana.

Entre los ingresos a sala de emergencia por sobredosis en consultas asociadas al consumo, el 61.6% ingresó durante el fin de semana mientras que el 38.4% restante lo hizo durante la semana.

Entre quienes ingresaron a la guardia por síndrome de abstinencia en consultas asociadas al consumo, el 78.9% ingresó durante días de semana mientras que el 21.1% lo hizo durante el fin de semana.

**Gráfico 27: Motivos de ingresos más frecuentes sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según día de semana o fin de semana. Total país, 2009.**



Una vez analizados los motivos de ingresos más frecuentes a las salas de emergencia, se describe el perfil de aquellas personas cuya consulta estuvo relacionada al consumo de alguna SPA según el criterio del médico.

**Cuadro 43: Perfil de consultas relacionadas al consumo. Total país, 2009.**

	<b>Situación de violencia</b>	<b>Intento de suicidio</b>	<b>Sobredosis</b>	<b>Sdme. de asistencia</b>
<b>Sexo</b>	Varones (88.2%)	Mujeres (64.3%)	Varones (71.4%)	Varones (89.5%)
<b>Edad</b>	16 a 20 años (33.5%)	21 a 25 años y 31 a 40 años (Ambos con 19.6%)	16 a 20 años (21.4%)	41 a 50 años (21.1%)
<b>Nivel de instrucción</b>	Secundario incompleto (26.8%)	Terciario/ Universitario (25%)	Secundario incompleto (25%)	Secundario incompleto (31.6%)
<b>Situación conyugal</b>	Solteros (68.3%)	Solteros (35.7%) Casados/Unidos (26.8%)	Solteros (58%)	Solteros (57.9%)
<b>Situación laboral</b>	Semiocupados (27.8%) Ocupados (23.3%)	Ocupados (21.4%) Estudiantes (16.1%) Amas de casa (12.5%)	Ocupados (27.7%) Semiocupados (23.2%)	Semiocupados (36.8%) No trabaja (26.3%)
<b>Estado de conciencia</b>	Concientes (82.4%)	Concientes (53.4%) Inconcientes (30.4%)	Concientes (55.4%) Obnubilados (25%)	Concientes (84.2%)
<b>Cantidad de sustancias consumidas</b>	Hasta 2 sustancias (85.3%)	1 solo sustancia (60.7%)	Hasta 2 sustancias (68.8%)	Hasta 2 sustancias (78.9%)
<b>Momento de la semana</b>	Fin de semana (72.2%)	Día de semana (53.6%)	Fin de semana (61.6%)	Día de semana (78.9%)



### **3) Análisis comparativo Estudios Nacionales año 2003 – 2005 – 2007 - 2009**

En octubre del año 2003 la SEDRONAR realizó el Primer Estudio Nacional sobre la relación entre la consulta de emergencia y el consumo de sustancias psicoactivas. Dicho estudio volvió a repetirse en el año 2005, 2007 y en el presente año. En los cuatro estudios se utilizó la misma metodología, tanto en lo referente a la selección de hospitales públicos y el abordaje de campo. En la mayoría de las provincias, se mantuvo estable el equipo de coordinación y encuestadores que llevaron adelante el trabajo de campo, como así también el hospital que participó en el estudio.

De todas maneras, es oportuno destacar ciertas especificidades en la realización de los cuatro estudios:

- En el año 2003, 2007 y 2009 el estudio se llevó a cabo en las 24 provincias, mientras que en el año 2005 no se aplicó en las provincias de Córdoba y Tucumán. Por esa razón, en el análisis comparativo se sacaron de las bases de datos de los años 2003, 2007 y 2009 los datos correspondientes a dichas provincias, con el objetivo de hacer comparable la información. En algunos casos, debidamente señalados, la información se presenta comparando los totales nacionales para las 24 provincias, considerando los años 2003, 2007 y 2009.
- En la provincia de Buenos Aires, en el año 2003 la encuesta se aplicó en el Policlínico Central Municipalidad de La Matanza, mientras que a partir del año 2005 el estudio siempre se realizó en el Hospital Interzonal General de Agudos "General José de San Martín" de La Plata.
- En la provincia de Tierra del Fuego, en el año 2005 la encuesta se aplicó en el Hospital Regional de Río Grande, mientras que en el año 2007 y 2009 se realizó en el Hospital Regional de Ushuaia.
- El estudio del año 2007 consultó por primera vez a los pacientes por el consumo de tabaco en las seis horas previas a la realización de la consulta en la sala de emergencia. Por este motivo se excluyó del universo de la base del año 2007 y 2009 aquellos pacientes que declararon haber realizado este consumo y ninguna otra sustancia, para hacer comparable los datos con los de años precedentes.
- En el año 2007 y 2009, la variable "Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la consulta en la sala de emergencia" se midió de forma diferente a los años anteriores. En este sentido si en los años 2003 y 2005 las categorías utilizadas eran:
  1. Relacionado con el consumo de sustancias,
  2. Sin relación con el consumo de sustancias, o

## 9. Sin datos

En el año 2007 y 2009 se incorpora una nueva categoría: 3. No se informa porque no hay consumo, la cual debe ser señalada cuando el paciente no ha consumido ninguna de las sustancias sobre las cuales interroga el cuestionario. A lo largo del presente informe, se utilizó la variable según las categorías consignadas.

Al calcular el porcentaje de consultas relacionadas con el consumo de SPA no se ve alterado con la incorporación de esta nueva categoría (y por eso los cuatro años son comparables), dado que sólo estaría influyendo sobre el resto de éstas (sin relación con consumo y sin dato). Se presenta, a modo de simulación, los resultados de reconstruir la variable en los cuatro años de forma estandarizada. El criterio utilizado fue el siguiente: en los cuatro años, en los casos en que *todas* las preguntas de consumo tenían una respuesta diferente de “1”, se consideró que en la variable “impresión clínica del médico” correspondía la categoría “3 (no se informa porque no hay consumo)”. Los resultados de dicho ejercicio se presentan en el cuadro siguiente.

**Cuadro 44: Distribución porcentual de la impresión clínica del médico sobre la asociación entre la consulta de emergencia y el consumo de sustancias psicoactivas, según año. Total país 2003 – 2005 – 2007 - 2009.**

Impresión clínica del médico	Año*			
	2003	2005	2007	2009
Relacionado con el consumo	8,4	8,3	7,7	7,8
Sin relación con el consumo	8,1	5,2	9,9	6,6
No se informa porque no hay consumo**	82,4	85,2	80,7	83,8
Sin datos	1,2	1,4	1,7	1,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\*Se considera en la muestra todas las provincias, excepto Tucumán y Córdoba.

\*\*Aquellos casos en que en todas las variables de consumo hay una respuesta diferente de 1 (lo que significa que no hay consumo) y con exclusión de solo consumo de tabaco (2007 y 2009)

Rearmando la variable “Impresión Clínica del médico”, según el sistema de categorías utilizado en el año 2007, observamos que en general, *la cantidad de consultas relacionadas con el consumo de SPA se ha mantenido relativamente estable desde el año 2003.*

**Cuadro 45: Distribución porcentual de la impresión clínica del médico sobre la asociación entre la consulta de emergencia y el consumo de sustancias psicoactivas, según año. Total país 2003 – 2007 - 2009.**

Impresión clínica del médico	Año*		
	2003	2007	2009
Relacionado con la consulta	8,2	8,3	8,3
Sin relación con la consulta	7,7	9,5	7,0
No se informa porque no hay consumo**	82,9	80,5	82,9
Sin datos	1,1	1,6	1,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\*Se considera en la muestra las 24 provincias argentinas.

\*\*Aquellos casos en que en todas las variables de consumo hay una respuesta diferente de 1.

En este caso se comparan los resultados para los años 2003, 2007 y 2009 sobre el total de las provincias argentinas. Se observa que la cantidad de consultas relacionadas con el consumo de SPA se ha mantenido estable, mientras que las consultas no relacionadas con el consumo (que en el año 2007 habían aumentado 2,4 puntos porcentuales) volvieron al porcentual encontrado en el año 2003.

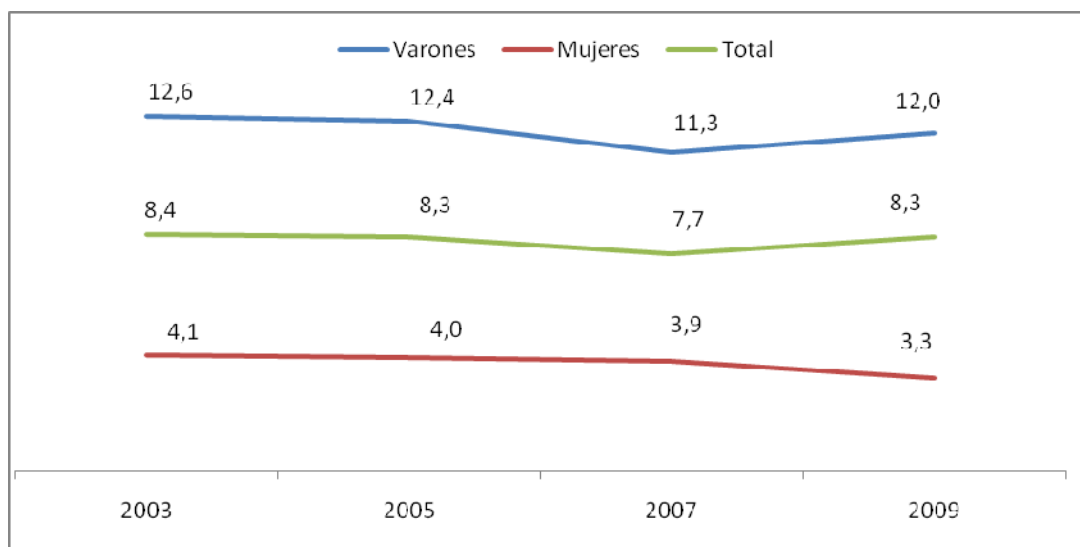
**Cuadro 46: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según sexo. Total país 2003 – 2005 – 2007 - 2009.**

Sexo	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas			
	2003	2005	2007	2009
Varones	12,6	12,4	11,3	12,0
Mujeres	4,1	4,0	3,9	3,3
<b>Total</b>	<b>8,4</b>	<b>8,3</b>	<b>7,7</b>	<b>8,3</b>

Los datos del cuadro anterior indican que entre los años 2003 y 2005 no ha variado la proporción de consultas relacionadas con el consumo de SPA. En el año 2007 se observa una proporción levemente menor de consultas relacionadas con el consumo de SPA (variación que se explica particularmente por la disminución observada en la cantidad de consultas relacionadas con el consumo realizada por los varones). En el año 2009 la proporción de consultas relacionadas con el consumo de SPA vuelve a aumentar en comparación con el año 2007 (0.7%) alcanzando los valores del año 2003.

La proporción de consultas relacionadas con el consumo de SPA de las mujeres, año a año viene disminuyendo a través de los años.

**Gráfico 28: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según sexo. Total país 2003 – 2005 – 2007 - 2009.**



**Cuadro 47: Porcentajes de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según edad. Total país 2003 - 2005 – 2007 - 2009.**

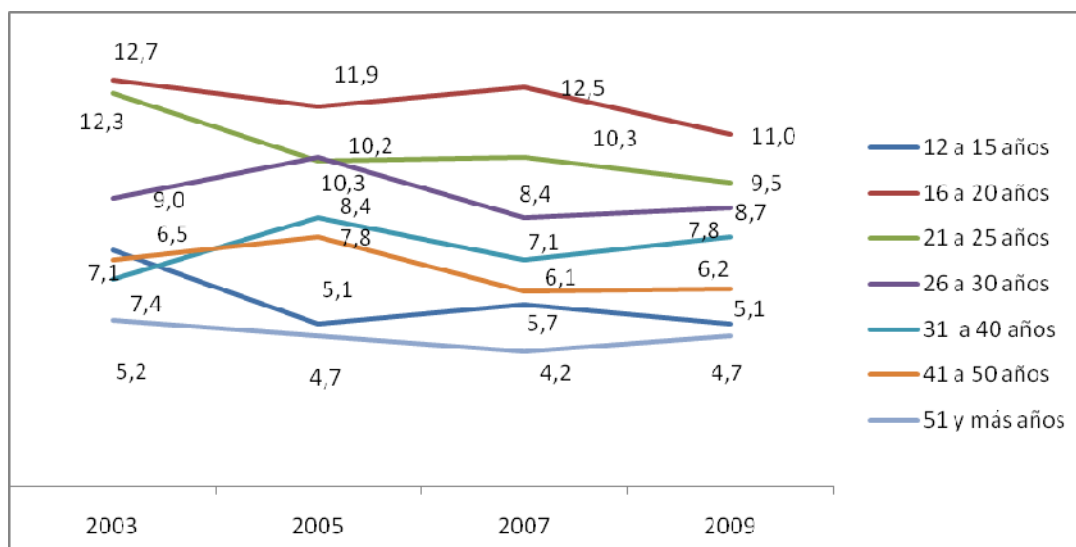
Grupos de edad	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas			
	2003	2005	2007	2009
12 a 15 años	7,4	5,1	5,7	5,1
16 a 20 años	12,7	11,9	12,5	11,0
21 a 25 años	12,3	10,2	10,3	9,5
26 a 30 años	9,0	10,3	8,4	8,7
31 a 40 años	6,5	8,4	7,1	7,8
41 a 50 años	7,1	7,8	6,1	6,2
51 y más años	5,2	4,7	4,2	4,7
<b>Total</b>	<b>8,4</b>	<b>8,3</b>	<b>7,7</b>	<b>8,3</b>

Analizadas las consultas que tuvieron relación con el consumo según los diferentes grupos de edad, las franjas etarias que muestran disminución de consultas es la del grupo de 12 a 15 años (0.6 puntos porcentuales), de 16 a 20 años (1.5 puntos), y el grupo de 21 a 30 años (0.8 puntos).

Los grupos etarios que expresan aumento en las consultas relacionadas al consumo de SPA respecto al año 2007 son el grupo de 31 a 40 años (0.7 puntos porcentuales) y el de 51 años y más con 0.5 puntos.

Los grupos que se han mantenido estables respecto al año 2007 son el de 26 a 30 años y el de 41 a 50 años.

**Gráfico 29: Porcentajes de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según edad. Total país 2003 - 2005 – 2007 - 2009.**

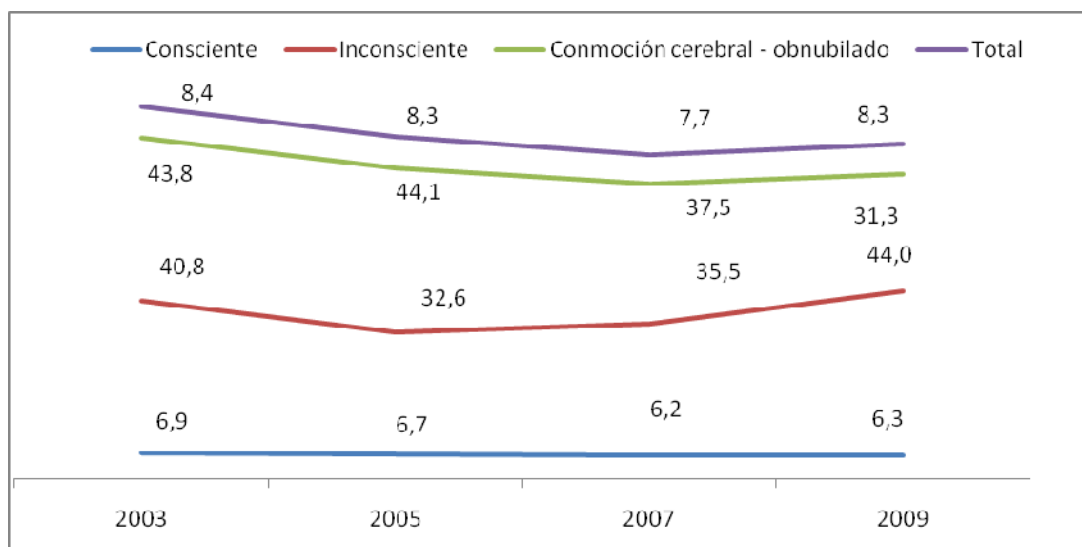


**Cuadro 48: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según estado en el que llegó el paciente. Total país 2003 - 2005 – 2007 - 2009.**

Estado en el que llegó el paciente	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas			
	2003	2005	2007	2009
Consciente	6,9	6,7	6,2	6,3
Inconsciente	40,8	32,6	35,5	44,0
Conmoción cerebral - obnubilado	43,8	44,1	37,5	31,3
<b>Total</b>	<b>8,4</b>	<b>8,3</b>	<b>7,7</b>	<b>8,3</b>

Los porcentajes de consultas asociadas al consumo según el estado en el que llegó el paciente muestran que para quienes ingresaron a la guardia en estado de consciencia el porcentaje de consultas se mantiene estable respecto a años anteriores. Sin embargo, las consultas de quienes ingresaron a la urgencia en estado de inconsciencia y ese ingreso estuvo relacionado al consumo de alguna SPA según la impresión clínica del médico han aumentado al 44% para el año 2009, mostrando 8.5 puntos porcentuales de diferencia respecto al año 2007. En cuanto a los pacientes que ingresaron en estado de conmoción cerebral y/o obnubilación el menor porcentaje de asociación se observa en el año 2009.

**Gráfico 30: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según estado en el que llegó el paciente. Total país 2003 - 2005 - 2007 - 2009.**



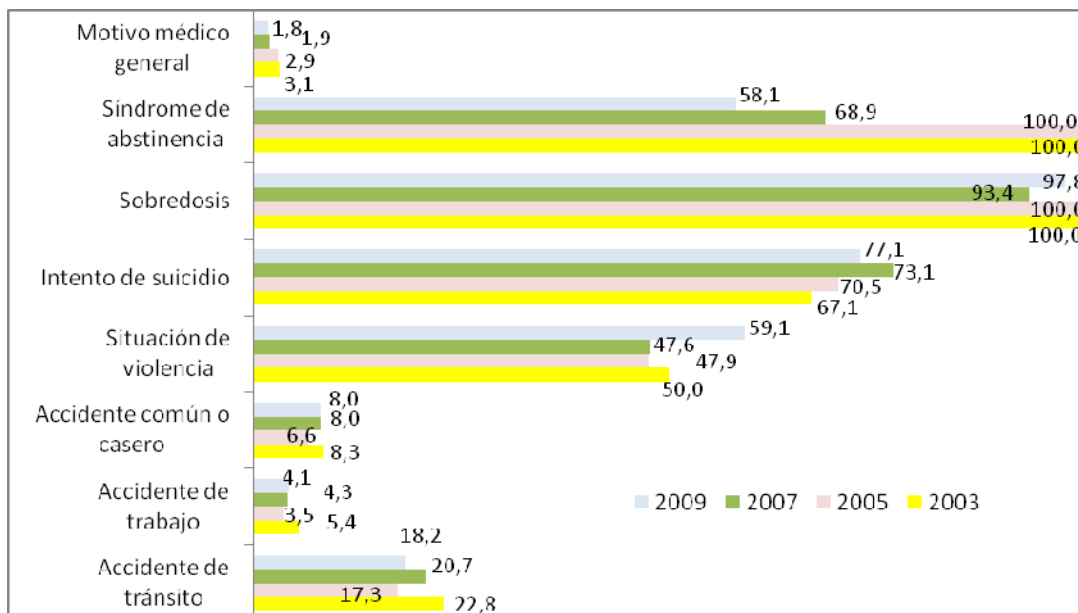
**Cuadro 49: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según motivo de ingreso del paciente. Total país 2003 - 2005 - 2007 - 2009.**

Motivo de ingreso	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas			
	2003	2005	2007	2009
Accidente de tránsito	22,8	17,3	20,7	18,2
Accidente de trabajo	5,4	3,5	4,1	4,3
Accidente común o casero	8,3	6,6	8,0	8,0
Situación de violencia	50,0	47,6	47,9	59,1
Intento de suicidio	67,1	70,5	77,1	73,1
Sobredosis	100,0	100,0	93,4	97,8
Síndrome de abstinencia	100,0	100,0	68,9	58,1
Motivo médico general	3,1	2,9	1,9	1,8
<b>Total</b>	<b>8,4</b>	<b>8,3</b>	<b>7,7</b>	<b>8,3</b>

En los casos de síndrome de abstinencia y en los intentos de suicidio relacionados al consumo de SPA para el año 2009 se observa una disminución en los porcentajes de asociación, mientras que para las situaciones de violencia se observa un fuerte incremento. Los motivos de ingreso relacionados al consumo de SPA que se han mantenido estables respecto al año 2007 son los accidentes de trabajo, los accidentes caseros y los motivos médicos generales. Sin embargo, el porcentaje de asociación de los accidentes de tránsito disminuyó un 2.5% respecto al año 2007.

El cuadro se representa en el siguiente gráfico.

**Gráfico 31: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según motivo de ingreso del paciente. Total país 2003 - 2005 - 2007.**



### III. CONCLUSIONES

Este estudio, al igual que los realizados en el año 2003, 2005 y 2007 intenta explorar la magnitud de la asociación entre la consulta de emergencia y el consumo de alguna sustancia psicoactiva, a la vez que conocer aspectos sociodemográficos, motivos de la consulta y el estado en el cual llega el paciente en aquellos casos vinculados al consumo.

Las principales conclusiones del estudio son las siguientes:

- Del total de las 12.004 consultas registradas el 9.4% estuvo relacionado con el consumo de alguna sustancia según la impresión clínica del médico. Sin embargo, excluyendo a los pacientes que ingresaron a la emergencia sin consumo de sustancias, este porcentaje asciende al 17.9%.
- La magnitud de la asociación entre las consultas y el consumo se diferencia por provincias.
- Las consultas asociadas al consumo de alguna sustancia son realizadas en mayor medida por varones, por jóvenes de 16 a 25 años, por pacientes de menor nivel educativo formal, por personas solteras y económicamente activas.
- Entre quienes ingresaron a la guardia por situaciones de violencia, sobredosis o síndrome de abstinencia en consultas asociadas al consumo de alguna SPA, la gran mayoría son varones: 88.2%, 71.4% y 89.5% respectivamente. Por su parte, las personas que ingresaron a la sala de emergencia por intentos de suicidio asociados al consumo de SPA, son mujeres en el 64.3% de los casos.
- Al interior de las consultas relacionadas al consumo, la presencia de pacientes que llegaron inconscientes o con conmoción cerebral es del 21.5% frente al 2.8% que corresponden a las consultas que no tienen relación con el consumo. Este dato advierte sobre el impacto que sobre el sistema de salud (demanda de atención y tratamiento) tiene el consumo de sustancias.



- El consumo de hipnóticos y ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes produjo el mayor porcentaje de ingresos a la sala de emergencia en estado de inconsciencia (27.8% y 10.6% respectivamente), seguido del consumo de cocaína en un 9.9%.

Los mayores porcentajes de ingresos en estado de conmoción cerebral fueron causados por hipnóticos (11.1%) y por los solventes o inhalables (11.1%), antidepresivos (10.5%) y ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes (9.8%).

- Durante los fines de semana ocurren la mayor cantidad de consultas asociadas al consumo, el 14.8% del total de las registradas en el fin de semana frente al 6.3% de las registradas durante la semana.

- Considerando las consultas que, acorde a la impresión clínica del médico tienen relación con el consumo de SPA, la sustancia que tiene mayor prevalencia en las últimas 6 horas anteriores al ingreso a la guardia es el alcohol con un 76.2%. Esta cifra indica una vez más, la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población. Por segunda vez, este estudio mide el consumo de tabaco en las consultas en las salas de emergencia, y esta sustancia se presenta como la segunda sustancia más consumida (51.4%) al igual que el estudio anterior del año 2007.

Los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes tienen una presencia del 11.5%, la marihuana del 10.1%, la cocaína del 5.6% y los solventes e inhalables del 2.1%. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de sustancias es inferior al 2%.

- Entre los pacientes con consumo de cocaína, marihuana, antidepresivos, solventes e inhalables, hipnóticos, pasta base o paco, estimulantes y anfetaminas son mayores los ingresos por causas asociadas a dicho consumo, ya que los casos no relacionados con el consumo no superan el 1%.

Estos datos indican por un lado, las consecuencias que sobre la salud tiene el consumo, y por otro, los gastos o costos que implican para los hospitales públicos la atención de estos pacientes.

- Casi todos los pacientes que consumieron alcohol e ingresaron a una sala de emergencia lo hicieron por sobredosis, intentos de suicidio y síndrome de abstinencia. Un 84.1% estuvo relacionado a situaciones de violencia y en un 70.9% a accidentes de tránsito.

- Analizando el consumo de sustancias psicoactivas en las seis horas anteriores a la realización de la consulta en la sala de emergencias según la cantidad de sustancias consumidas, observamos que en la mayoría de los casos se consumió sólo una sustancias, 86.9%, frente al 10.4% que presentaron aquellos que consumieron dos sustancias y sólo el 2.7% consumió tres o más SPA.
- La asociación entre la consulta y el consumo de sustancias psicoactivas es mayor cuando la sustancia consumida fue sólo alcohol (55.4%), seguido de aquellos que consumieron alcohol y otra sustancia (53.3%)

#### IV. ANEXO

El Observatorio Argentino de Drogas agradece la colaboración brindada por los directores de los Hospitales Públicos que participaron en el estudio.

Hospitales Públicos y Directores	Coordinador de campo
CIUDAD DE BUENOS AIRES Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". <b>DR. HECTOR HERNANDEZ</b>	Lic. Roberto Canay
PROVINCIA DE BUENOS AIRES Hospital Interzonal General de Agudos "General José de San Martín". <b>DR. CLAUDIO A. ORTIZ</b>	Lic. Eduardo Guzman
CATAMARCA Hospital Interzonal San Juan Bautista <b>DR. ERNESTO MARTINEZ</b>	Lic. Eleonora Jalile
CHACO Hospital Julio C. Perrando <b>DR. JOSE LUIS MEIRIÑO</b>	Dr. Salvador Cuño
CHUBÚT Hospital Zonal de Trelew "Adolfo Margara" <b>DR. JORGE VECHIO</b>	Tec. Gladis Calabrano
CÓRDOBA Hospital de Urgencias de la Municipalidad de Córdoba <b>DR. RICARDO VISANI</b>	Lic. Gustavo Muiño
CORRIENTES Hospital Escuela José Francisco de San Martín <b>DR. WALTER PILCHIK</b>	Lic. Dora González de Böhle
ENTRE RIOS Hospital San Martín <b>DRA. SANDRA ROLÁN</b>	Dra. Gabriela Moreno
FORMOSA Hospital Central de Formosa <b>DR. VICTOR CAMBRA</b>	Lic. Marcelo Kremis
JUJUY Hospital Pablo Soria <b>DR. ANTONIO RIZZO PATRÓN</b>	Lic. Sara Assef
LA PAMPA Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas <b>DRA. ANA MARIA ALDAY</b>	Lic. Lorena Gigena
LA RIOJA Hospital Regional "Enrique Vera Barros" <b>DR. LUIS ANTONIO GARCIA</b>	Lic. Viviana Stirnemann
MENDOZA Hospital Central de Mendoza <b>DR. JOSÉ MIGUEL ASCAR</b>	Lic. Javier Segura
MISIONES Hospital Público de Autogestión "Dr. Ramón Madariaga" <b>DRA. ROSA RAMIREZ DE GLINKA</b>	Dr. Guido Rauber
NEUQUEN Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón <b>DR. ADRIAN LAMMEL</b>	Lic. Roxana Maglier

RIO NEGRO Hospital Regional Artemides Zatti <b>DR. GONZALO TOUNDANIAM</b>	Lic. Cecilia Alan
SALTA Hospital San Bernardo <b>DR. JAIME CASTELLANI</b>	Lic. Carmen Rosa Palomo
SAN JUAN Hospital Dr. Guillermo Rawson <b>DR. ARMANDO DANIEL ROSALES</b>	Lic. Mariela Cachi
SAN LUIS Complejo Sanitario de San Luís <b>DR. EDUARDO CANTERO</b>	Lic. Luis Guzmán y Lic. Elsa Vela
SANTA CRUZ Hospital Regional Río Gallegos <b>DR. JORGE SANTODOMINGO</b>	Lic. Rosa Figueroa
SANTA FE Hospital José María Cullen <b>DR. CARLOS CASTARATARO</b>	Lic. Susana Presti y Colaboración de la Asociación Civil La Casa del Sur
SANTIAGO DEL ESTERO Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo <b>DR. JOSE VICTOR TREJO</b>	Lic. Claudia Tarchini
TIERRA DEL FUEGO Hospital Regional de Ushuaia <b>DR. LEANDRO LOIACONO</b>	Lic. Miriam Calderón
TUCUMAN Hospital Dr. Angel C. Padilla <b>DR. EDUARDO LOBO</b>	Lic. Lucas Haurigot Posse



OAD- SEDRONAR

**Los datos del presente cuestionario son de carácter estrictamente  
confidencial y solo serán usados para generar estadísticas generales.**

**ENCUESTA A PACIENTES EN SALAS DE URGENCIA**

<b>1. Provincia</b> <input type="text"/>	<b>2. Fecha de la urgencia</b> 4.1 Hora <input type="text"/> 4.3 Mes <input type="text"/> 4.2 Día <input type="text"/> 4.4 Año <input type="text"/>
<b>3. Número del cuestionario</b> <input type="text"/>	<b>4. Tipo de hospital</b> 1. Público <input type="checkbox"/> 2. Privado <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE INGRESADO EN URGENCIA**

<b>5. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS</b> <input type="text"/> Años	<b>6. SEXO</b> <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino
<b>6.1. NIVEL EDUCATIVO</b> <input type="checkbox"/> 1. Sin instrucción <input type="checkbox"/> 2. Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> 3. Primaria completa <input type="checkbox"/> 4. Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> 5. Secundaria completa <input type="checkbox"/> 6. Terciaria/universitaria incompleta <input type="checkbox"/> 7. Terciaria/universitaria completa <input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc	<b>6.2. SITUACIÓN CONYUGAL</b> <input type="checkbox"/> 1. Soltero (a) <input type="checkbox"/> 2. Casado (a) <input type="checkbox"/> 3. Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4. Separado (a) <input type="checkbox"/> 5. Unido, juntado (a) <input type="checkbox"/> 6. Viudo (a) <input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc
<b>7. SITUACIÓN LABORAL</b> <input type="checkbox"/> 1. Trabaja a tiempo completo <input type="checkbox"/> 2. Trabaja a tiempo parcial <input type="checkbox"/> 3. Trabaja esporádicamente <input type="checkbox"/> 4. Está desempleado (a) * <input type="checkbox"/> 5. Estudiante * <input type="checkbox"/> 6. No trabaja * <input type="checkbox"/> 7. Ama de casa * <input type="checkbox"/> 8. Jubilado o pensionado * <input type="checkbox"/> 9. Rentista * <input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc * <b>Pase a la pregunta 9</b>	<b>8. OCUPACIÓN</b> <input type="checkbox"/> 1. Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresa. Oficiales de alta graduación de las Fuerzas Armadas/ Proprietarios de industria o comercio con 26 asalariados o más /Agricultores de más de 100 hectáreas. <input type="checkbox"/> 2. Profesionales, científicos, profesores universitarios /Propietarios de industria y comercio con 6 a 25 asalariados/ /Agricultores entre 50 y 100 hectáreas. <input type="checkbox"/> 3. Técnicos / Profesores secundarios /Propietarios de industria o comercio con 2 a 5 asalariados /personal de mandos intermedios administrativos o de servicios /agricultores entre 25 y 50 hectáreas. <input type="checkbox"/> 4. Empleados de oficina en industria, comercio, servicios /Maestros primarios <input type="checkbox"/> 5. Pequeños comerciantes y agricultores menos de 25 hectáreas/ <input type="checkbox"/> 6. Artesanos (Zapateros, plomeros, peluqueros etc.) <input type="checkbox"/> 7. Obreros/ Operarios especializados en industrias, servicios o agro <input type="checkbox"/> 8. Peones /Aprendices /Personal maestranza <input type="checkbox"/> 9. Servicio doméstico / Vendedores ambulantes <input type="checkbox"/> 10. Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, de seguridad/ <input type="checkbox"/> 11. Plan Jefes y Jefa de Hogar y subsidios afines <input type="checkbox"/> 0. Ns/Nc

**9. ESTADO EN QUE LLEGÓ**

1. Conciente  
 2. Inconciente  
 3. Conmoción Cerebral / Obnubilado

**9.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO – CIE 10  
(marcar sólo una, la que corresponda)**

Enfermedades	SI
<b>1. Infecciones</b> (intestinales, tuberculosis, virales, bacterianas, sífilis, HIV, hepatitis, etc.)	
<b>2. Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético</b> (anemias nutricionales, hemolíticas, aplásicas, hemorragias, etc.)	
<b>3. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</b> (glándulas tiroides, glándulas endocrinas, diabetes, malnutrición, obesidad, regulación glucosa, etc.)	
<b>4. Trastornos mentales y del comportamiento</b> (orgánicos, esquizofrenia, ideas delirantes, trast. del humor, trast. de personalidad y del comportamiento. Trast. mentales y del comportamiento <u>debido</u> al consumo de sustancias psicotrópicas, etc.)	
<b>5. Enfermedades del sistema nervioso</b> (inflamatorias del SNC, atrofias sistémicas, patología extrapiramidal y del movimiento, otras degenerativas del SN, desmielinizantes del SNC, epilepsia, PC, etc.)	
<b>6. Enfermedades del ojo y anejos oculares</b>	
<b>7. Enfermedades del oído y procesos mastoideos</b>	
<b>8. Enfermedades del sistema circulatorio</b> (fiebre reumática aguda, hipertensión, isquemias, enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriales, arteriolas y capilares, venas, vasos y nódulos linfáticos, etc.)	
<b>9. Enfermedades del sistema respiratorio (excluye gripe)</b> (infecciones respiratorias agudas de las vías superiores e inferiores, neumonía, enf. crónicas de las vías inferiores, etc.)	
<b>10. Gripe</b>	

Enfermedades	SI
<b>11. Enfermedades del sistema digestivo</b> (cavidad oral, glándulas salivares, mandíbulas, úlceras, enf. del apéndice, hernia, enteritis y colitis, enf. del hígado, vesícula y vía biliar, páncreas, etc.)	
<b>12. Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras</b>	
<b>13. Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo</b> (artropatías, trast. sistemático del tejido conectivo, dorsopatías, trast. de los tejidos blandos, osteopatías, etc.)	
<b>14. Enfermedades del sistema urinario</b>	
<b>15. Enfermedades del sistema genital</b>	
<b>16. Traumatismos-politraumatismos-heridas</b>	
<b>17. Envenenamientos, intoxicaciones por sustancias</b>	
<b>18. Controles médicos</b>	
<b>19. Problemas quirúrgicos</b>	
<b>20. Consultas no especificadas</b>	

**10. MOTIVO DEL INGRESO**

- 0. Desconocido
- 1. Accidente de tránsito
- 2. Accidente de trabajo
- 3. Accidente común o casero
- 4. Situación de violencia
- 5. Intento de suicidio
- 6. Sobredosis
- 7. Síndrome de abstinencia
- 8. Otro motivo médico

**11. CONSUMO DE DROGAS EN LAS ÚLTIMAS 6 HORAS SEGÚN EL PACIENTE Y/O LA IMPRESIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO**

(Marcar SI o NO en todas las sustancias)

	1. Si	2. No
1. Alcohol		
2. Tabaco		
3. Marihuana		
4. Solventes o inhalables		
5. Alucinógenos		
6. Heroína		
7. Opio o morfina *		
8. Cocaína		
9. Pasta base - Paco		
10. Cristales (Metanfetaminas)		
11. Crack		
12. Ketamina		
13. Extasis (MDMA)		
14. Anfetaminas		
15. Hipnóticos * (Rohypnol, Luminal, etc.)		
16. Ansiolíticos, Sedantes y Tranquilizantes * (Alpax, Rivotril, Lexotanil, Valium, etc.)		
17. Antidepresivos * (Foxetin, Prozac, Zoloft, etc)		
18. Anticolinérgicos *		
19. Estimulantes * (Akatinol, Neuroactil, Ritalina, etc)		
20. Otro(especificar)		

**1. IMPRESIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA URGENCIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

- 0. Ns/Nc.
- 1. Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas.
- 2. Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas.
- 3. No se informa porque no hay consumo.

**13. ¿Quién respondió sobre consumo de drogas?**

- 1. El paciente
- 2. El médico
- 3. El paciente y el médico

**14. Alcoholemia**

- 99. Sin Datos
- 1. Valor hallado: \_\_\_\_\_

\* Usados sin prescripción médica o sin tratamiento médico