



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



## ESTUDIO EN PACIENTES EN SALAS DE EMERGENCIA CON PRUEBAS TOXICOLÓGICAS 2010

**Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas**

**Observatorio Argentino de Drogas**

**SEDRONAR**



**SEDRONAR**

**Secretario de Estado: Dr. José R. Granero**

**DIRECCIÓN NACIONAL DEL OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS**

**Coordinador: Diego Alvarez Rivero**

**AREA DE INVESTIGACIONES**

**Coordinadora y Dirección del estudio: Graciela Ahumada**

**Investigadora: Yamila Abal**

**PROYECTO ONUDD**

**Coordinación en Argentina: Gustavo Segnana**

## **I. Antecedentes**

Desde el año 2000 la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito viene apoyando el Proyecto Subregional de Investigación e Información sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay y más recientemente en Colombia. Dicho proyecto tiene como objetivo principal apoyar a los Observatorios Nacionales de Drogas de los mencionados países con el fin de desarrollar investigaciones conjuntas que sirvan para tener datos metodológicamente comparables en la región, contar con diagnósticos actualizados sobre el problema de las drogas y apoyar a las autoridades en la formulación de políticas públicas y en la toma de decisiones basadas en la evidencia aportada por la investigación.

En lo que va de su desarrollo, el proyecto Subregional ha apoyado la realización de tres grandes estudios. Una Encuesta Nacional en población general de 15 a 64 años “Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión”, con un informe publicado en el año 2008. Asimismo, se han apoyado dos estudios nacionales en estudiantes secundarios “Jóvenes y Drogas en Países Sudamericanos: un desafío para las políticas públicas” publicado en 2006 y, más recientemente, el “Informe Subregional sobre Uso de Drogas en Población Escolarizada”, con datos de estudios realizados por los países en 2009 y publicado en 2010.

No obstante lo anterior, persiste en los países sudamericanos la necesidad de seguir desarrollando investigación sobre drogas. En tal sentido, el grupo de países que conforman el proyecto subregional se abocaron a emprender una investigación en temas más específicos, como lo es la asociación entre el delito y el consumo de drogas, cuyo informe de resultados se encuentra en desarrollo. En esta misma línea de investigación específica y para el año 2011, se ha propuesto realizar un primer estudio subregional acerca de la problemática de las drogas y sus posibles asociaciones con otros problemas sociales como lo son la violencia, los accidentes, los intentos de suicidio y episodios agudos de enfermedades.

El propósito del nuevo proyecto de investigación es determinar, tomando como base los protocolos desarrollados por la CICAD/OEA, estandarizados y probados en algunos

países de la región<sup>1</sup>, la asociación entre traumatismos, accidentes y violencias, intentos de suicidio y enfermedades, con el uso de alcohol y drogas ilícitas o drogas con uso indebido; todo ello a partir del testeo de drogas y de una encuesta breve a consultantes en salas de urgencia de la salud, en al menos uno de estos servicios en ciudades capitales de países sudamericanos.

El informe del presente documento, presenta los resultados obtenidos en Argentina, a partir de la realización del estudio en el Hospital General de Agudos “P. Piñero” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para la ejecución del estudio, se contó con el apoyo institucional del Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Asociación de Profesionales para la Nueva Argentina (PRONAR), responsable del trabajo de campo.

El Observatorio Argentino de Drogas realizó la capacitación del personal y seguimiento de la implementación del estudio, como así también, la elaboración del presente informe.

---

<sup>1</sup> SEDRONAR, a través del Observatorio Argentino de Drogas, realiza este estudio mediante una encuesta en hospitales públicos a nivel nacional cada dos años, 2003, 2005, 2007 y 2009. También fue realizado en Barbados, Bahamas y Suriname el año 2003; Colombia, El Salvador y Uruguay el año 2004.

## **II. Objetivos**

El objetivo general en el cual se enmarca el estudio en Argentina es establecer, conjuntamente con los siete países sudamericanos<sup>2</sup> un futuro sistema nacional de alerta temprana sobre consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

Los objetivos específicos son:

- ✓ Estimar la posible asociación entre el motivo de consulta y el consumo de sustancias psicoactivas, específicamente de aquellos pacientes cuya consulta tuvo relación con el consumo de alguna sustancia en las 6 horas previas al ingreso hospitalario o bien cuyos resultados sean positivos según las pruebas toxicológicas.
- ✓ Conocer cuáles son las sustancias psicoactivas más consumidas por esta población y en especial aquellas más frecuentemente asociadas con traumatismos causados por accidentes y violencias, sobredosis e intoxicaciones.
- ✓ Establecer similitudes y diferencias de esta ventana epidemiológica con las anteriormente ejecutadas por el OAD, específicamente con el último Estudio Nacional del año 2009.

## **III. Metodología y técnicas**

El estudio es exploratorio con el fin de determinar la prevalencia del consumo de drogas en la población seleccionada. Se utilizó como base el protocolo de investigación en salas de urgencia estandarizado y aprobado por los países con los ajustes necesarios para el registro de los resultados de las pruebas toxicológicas y variables vinculadas.

### **Universo y muestra**

El universo lo constituye la totalidad de la población de pacientes consultantes en salas o servicios de urgencia, entre los 16 y 65 años de edad, atendidos en el servicio de urgencia del Hospital P. Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante las dos semanas típicas definidas para el levantamiento, durante las 24hs. Se entiende por

---

<sup>2</sup> El estudio abarcará las ciudades capitales de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. En cada una de estas ciudades se trabajará con una muestra de al menos 500 pacientes de una sala o servicio de urgencia de hospitales públicos.

semana típica aquella que no contenga feriados o festividades sociales que puedan alterar de manera significativa el perfil y motivos de ingresos de pacientes a la sala de emergencia.

Criterios de inclusión:

- Se incluyen todos los pacientes que consulten o hayan ingresado a las salas de urgencia por traumatismos ocasionados por accidentes de tránsito, del trabajo y el hogar, y otros tipos de accidentes; además de traumatismos, violencia intrafamiliar, callejera y escolar.
- Todos los pacientes indicaron su consentimiento de participar en el estudio y encontrarse en condiciones físicas y mentales adecuadas al momento de la toma de muestras de orina y de la aplicación del cuestionario.
- Se excluyen todos los pacientes que, habiendo reunido los criterios de inclusión, no consientan en participar, o que estén incapacitados para proporcionar una muestra de orina o contestar el cuestionario. Con esto quedan excluidos los que están inconscientes y obnubilados, que podrán ser encuestados una vez que pase el estado de inconsciencia.

### **Información a registrar**

A cada participante en el estudio se le registraron los siguientes datos:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Distrito de domicilio.
- Sala o servicio de urgencia en el cual es atendido
- Motivo de ingreso
- Impresión clínica
- Diagnóstico de ingreso definido por el médico tratante
- Tipo de previsión
- Ocupación
- Magnitud del consumo de drogas: consumo de alcohol y drogas ilícitas en las últimas seis horas y vía de administración.
- Consumo de drogas según la opinión del médico.
- Resultado del test de drogas en orina.
- Resultados del test de alcohol.

## **Cuestionario**

Se aplicó en la sala de urgencia, mediante entrevistas cara a cara, a los pacientes ingresados que firmaron el consentimiento para participar en el estudio y que al momento de la aplicación del cuestionario estaban en condiciones físicas y mentales adecuadas para responder.

El entrenamiento para la aplicación del cuestionario incluyó la revisión completa del mismo y las escalas que incluye, así como simulaciones de respuestas a los mismos. En la capacitación al personal de campo, se entregaron los manuales de procedimientos para el levantamiento, las encuestas, los kits para el testeo de drogas y credenciales.

## **Testeo de drogas en orina y alcohol en saliva**

A los pacientes que dieron consentimiento para participar en el estudio se les tomó una muestra de orina para ser analizada mediante un test de drogas de KO para detectar la presencia de las drogas estudiadas, y mediante pruebas en saliva para el caso de alcohol, garantizando la confidencialidad de la información generada.

El test de drogas KO es un Kit de testeo instantáneo de drogas en un envase compacto y sellado, que detecta la presencia de metabolitos de droga en la orina en pocos minutos. El envase contiene cintas absorbentes que permiten medir cada droga al nivel máximo tolerado por las normativas del FDA (Federal Drug Administration) de USA a través del NIDA (National Institute of Drug Abuse). Provee resultados instantáneos de acuerdo con procedimientos similares a los usados por los test de embarazo. A través de un sistema patentado por el fabricante, la orina reacciona con los agentes y antígenos para producir una reacción coloreada en el lector de la cinta, indicando si el resultado es positivo o negativo. Cada producto tiene una indicación se puede leer en la sección "Ventana de Test". Normalmente a los 5 minutos ya se saben los resultados, si estos son positivos se debe esperar al menos 10 minutos para su corroboración.

Se debe tener presente que estos test son para determinar la presencia de drogas y no su cantidad. El nivel de confianza de los test de drogas es superior al 98.37% por lo que las discrepancias que pueden haber con el resultado de un laboratorio son muy bajas. Las razones por las cuales pueden haber discrepancias son, por ejemplo, que el laboratorio

verifique cantidades mayores o menores que las aprobadas por el NIDA, o que exista reacción cruzada de algún medicamento.

Las drogas a detectar por los test de drogas de KO son las siguientes: cocaína (pasta base/clorhidrato de cocaína/crack), marihuana (THC), benzodicepinas, anfetaminas/metanfetaminas y opiáceos. En el caso de alcohol se utilizará una prueba para análisis en saliva.

### **Organización del trabajo de campo**

El trabajo de campo se inició el 8 de noviembre y terminó el 21 de noviembre de 2010. Se trabajaron las 24hs durante el periodo mencionado y se realizaron 507 encuestas con sus respectivas pruebas toxicológicas.

Participaron 8 encuestadores, que en dupla realizaron turnos de 6 horas cada uno por día y un coordinador de campo. Los encuestadores son profesionales de las ciencias sociales con experiencia en la investigación social y dos estudiantes avanzados en sus carreras de grado. En todos los casos mayores de edad y con excelentes cualidades personales para enfrentar las situaciones de una sala de emergencia y comprometerse a obtener los mejores resultados en el operativo de campo.



#### IV. Principales resultados obtenidos

##### a. Descripción de los pacientes según variables socio demográficas

Tabla 1: Distribución de los pacientes según sexo, edad y nivel de instrucción

<b>Cantidad de pacientes según sexo</b>		<b>%</b>
Varones	265	52,3
Mujeres	235	46,4
Sin dato	7	1,4
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>
<b>Cantidad de pacientes según edad</b>		<b>%</b>
16 a 20	59	11,6
21 a 25	89	17,6
26 a 30	70	13,8
31 a 40	113	22,3
41 a 50	80	15,8
51 a 65	93	18,3
Sin dato	3	0,6
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>
<b>Cantidad de pacientes según el nivel de instrucción alcanzado</b>		<b>%</b>
Sin instrucción	9	1,8
Primario incompleto	38	7,5
Primario Completo	64	12,6
Secundario incompleto	196	38,7
Secundario completo	161	31,8
Terciario o universitario incompleto	32	6,3
Terciario o universitario completo	7	1,4
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>

Los pacientes encuestados se distribuyen casi en partes iguales entre varones y mujeres. El promedio de edad es de 35.7 años y el 50% (mediana) de los pacientes tienen hasta 33 años. Los jóvenes de hasta 25 años representan el 29.2%.

El nivel máximo de educación alcanzado para el 31.8% de los pacientes es el secundario completo, en tanto que una mayoría del 38.7% no terminó este nivel educativo. La presencia de población que ingresó a la universidad o a estudios terciarios, (que haya completado o no), no alcanza al 10%. Un tercio está soltero y más de la mitad está en pareja, casado o unido de hecho.

**Tabla 2: Distribución de los pacientes según situación conyugal**

<b>Situación conyugal</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Soltero	169	33,3
Casado/unido de hecho	287	56.6
Separado / Divorciado	41	8,1
Viudo	9	1,8
Sin dato	1	0,2
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>

Si bien la mayoría (65.7%) está inserto en la actividad económica, la tasa de desocupados es alta (19.4%), calculada a partir de la proporción de desocupados sobre el total de activos.

**Tabla 3: Distribución de los pacientes según condición de actividad**

<b>Condición de actividad</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Ocupado	333	65,7
Desocupado	80	15,8
Inactivo	94	18,5
Total	507	100,0

**Tabla 4: Distribución de los pacientes según ocupación**

<b>Ocupación</b>	<b>%</b>
Funcionarios de alto rango, profesionales y técnicos. Medianos comerciantes y empresarios	5.7
Empleados administrativos en comercio/servicio	19.2
Pequeños comerciantes	7.2
Artesanos y trabajadores con oficios	12.3
Obreros y operarios especializados en industrias y construcción	22.5
Peones, personal de maestranza	7.8
Personal subalterno de policías	0.9
Servicio doméstico, vendedores ambulantes	24.3
Total	100,0

Un cuarto de los pacientes ocupados, realiza tareas no calificadas (servicio doméstico y vendedores ambulantes), y un 54% realiza tareas de calificación operativa o formal (trabajadores de oficios, empleados administrativos y obreros calificados).

## **b. Condiciones del ingreso a la sala de emergencia**

Del total de pacientes ingresados, el 65.9% lo hizo durante los días comprendidos entre los lunes a las 8hs de la mañana hasta los viernes a las 20hs. El resto de los días y horarios (desde el viernes a las 20hs hasta el lunes a las 8hs) se considera fin de semana, en donde la afluencia de pacientes a la sala de emergencia fue del 33.1%.

**Tabla 5: Distribución de los pacientes día de ingreso a la sala de emergencia**

<b>Días de la semana</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Día de semana	334	65,9
Fin de semana	168	33,1
Sin dato	5	1,0
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>

Los motivos de ingresos que más interesan en este estudio, representaron un 30%. Y entre ellos, los casos de accidentes fueron el 22.2%, los casos de violencia son el 4.6%, tres intentos de suicidio y 7 casos de sobredosis. El 96 % de los casos entrevistados había ingresado en estado de lucidez, y en el resto de los casos, para realizar la entrevista se tuvo que esperar a que el paciente recuperara su lucidez, luego de un estado de obnubilación.

**Tabla 6: Distribución de los pacientes según motivo de ingreso**

Motivos de ingreso al servicio de urgencia	Cantidad de pacientes	%	Agrupamientos
Accidente de tránsito	17	3,4	<b>22.2% casos de accidentes</b>
Accidente del trabajo	17	3,4	
Accidente casero	43	8,5	
Otro tipo de accidente	35	6,9	
Violencia intrafamiliar	3	0,6	<b>4.6% casos de violencia</b>
Violencia callejera	16	3,2	
Violencia escolar o "Bullyng"	-	-	
Otro tipo de violencia	4	0,8	
Intento de suicidio	3	0,6	
Sobredosis / Intoxicación	7	1,4	
Síndrome de abstinencia	-	-	
Agitación psicomotora	5	1,0	
Otro motivo médico	357	70,4	
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 7: Distribución de los pacientes según condición de lucidez**

Compromiso de conciencia o lucidez	Cantidad de pacientes	%
Lúcido	487	96,1
Obnubilado	16	3,2
Sopor superficial	2	0,4
Sin dato	2	0,4
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>

Los enfermedades por las cuales los pacientes acudieron a la sala de emergencia fueron en el 29.2% de los casos traumatismos y heridas, seguidas por enfermedades del sistema digestivo (13.4%) y enfermedades respiratorias excluida la gripe (11%). En porcentajes inferiores se encuentran los otros diagnósticos.

**Tabla 8: Distribución de los pacientes según diagnóstico presuntivo**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Infecciones	24	4,7
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	8	1,6
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	13	2,6
Trastornos mentales y del comportamiento	9	1,8
Enfermedades del sistema nervioso	6	1,2
Enfermedades del ojo y anejos oculares	4	0,8
Enfermedades del oído y procesos mastoideos	11	2,2
Enfermedades del sistema circulatorio	20	3,9
<b>Enfermedades del sistema respiratorio (excluye gripe)</b>	<b>56</b>	<b>11,0</b>
Gripes	21	4,1
<b>Enfermedades del sistema digestivo</b>	<b>68</b>	<b>13,4</b>
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	3	0,6
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	18	3,6
Enfermedades del sistema urinario	20	3,9
Enfermedades del sistema reproductivo / genital	5	1,0
<b>Traumatismos – politraumatismos – heridas</b>	<b>148</b>	<b>29,2</b>
Sistema Obstétrico: Parto, Aborto, Mastitis	2	0,4
Envenenamientos, intoxicaciones por sustancias psicoactivas	10	2,0
Controles médicos	5	1,0
Problemas quirúrgicos	9	1,8
Consultas no especificadas	47	9,3
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>

### c. Consumo de sustancias psicoactivas

El tema del consumo de sustancias psicoactivas es el meollo del estudio. El objetivo principal es estimar la presencia de consumo y de qué tipo de sustancia y su asociación con el motivo del ingreso e incluso, por la patología presentada.

De este modo, la indagación del consumo de sustancias se constituye en un momento especial y en donde la habilidad del entrevistador para generar confianza y empatía se demuestra en las declaraciones logradas. Más aún cuando la pregunta sobre el consumo es reciente, referido a las últimas 6 horas anteriores al ingreso a la sala de emergencia, de manera de que puedan captarse en simultáneo el consumo y el episodio agudo de la enfermedad.

La tabla siguiente muestra la prevalencia reciente o de las últimas 6 horas, de acuerdo a las declaraciones del paciente. El 30.2% de los pacientes fumó, un 10.1% tomó alguna bebida alcohólica, el 7.9% fumó marihuana y el 3.7% declaró consumo de cocaína y un 2.4% había consumido pasta base-paco. Unos 6 pacientes declararon consumo de psicofármacos ansiolíticos y el consumo de inhalables, anfetaminas, opiáceos, éxtasis y crack tiene una mención cada droga.

**Tabla 9: Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas, según declaración del paciente**

Sustancias psicoactivas	Cantidad de pacientes	Prevalencia reciente
Tabaco	153	30,2
Alcohol	51	10,1
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	6	1,2
Marihuana	40	7,9
Cocaína	19	3,7
inhalantes	1	0,2
Pasta base – Paco	12	2,4
Anfetaminas y Metanfetaminas	1	0,2
Opio o morfina	1	0,2
MDMA	1	0,2
Crack	1	0,2

En el cuadro siguiente, se muestran las prevalencias de un período de tiempo mayor, pero no especificado, según los resultados positivos de los test aplicados. Por esta razón omitimos el concepto de prevalencia y nos referimos a consumo. Este consumo no tiene referencia clara en el tiempo, debido a que la presencia de drogas en orina depende no solamente de la cantidad que el paciente haya consumido la última vez, sino también si se trata de un usuario frecuente u ocasional.

“El test se basa en el principio inmuno químico específico de reacción entre anticuerpos y antígenos para analizar los componentes particulares en la orina. Cuando se detecta una droga en la orina se crea una competencia entre los conjugados de la droga debido al volumen limitado de los anticuerpos, cuando el volumen de la droga es mayor o igual al corte establecido por el NIDA (National Institute for Drug Abuse), este prevendrá la unión de conjugados de drogas con el anticuerpo. Por lo que la reacción será positiva. Si está bajo el nivel de corte, será negativo.” (Manual de Instrucciones Screeners KO Test. Global Partners. División Prevención Alcohol y Drogas).

La referencia del tiempo del consumo de la droga detectada depende de la sustancia y del tipo de usuario. En este sentido, el Manual de Instrucciones describe:

- La detección de **marihuana** puede ocurrir desde las 6 a 18 horas en personas no frecuentes y hasta 30 días en usuarios frecuentes.
- La **cocaína** puede permanecer en orina hasta 5-8 horas después de la ingesta, sin embargo usuarios habituales mostraron sus efectos hasta 30 días o más.
- **Anfetaminas:** la droga permanece en el cuerpo entre 4 y 24 horas.
- **Metanfetaminas:** se puede pesquisar por 3 a 5 días.
- **Benzodiacepinas:** el tiempo de detección en orina es del orden de 2 a 7 horas en usuarios no frecuentes y de 4 a 6 semanas en usuarios frecuentes.
- **Opiáceos:** dura varios días en la orina y depende de su grado de consumo y puede llegar hasta los 30 días.

En la tabla siguiente se presentan los resultados positivos de la aplicación de los test de saliva para alcohol y de orina para el resto de las drogas.

Los positivos más altos se encuentran en cocaína (15.2%) y marihuana (13%), seguidos por alcohol (6.3%) y benzodiacepinas (6.1%).

**Tabla 10: Consumo de sustancias psicoactivas según resultados positivos de test toxicológicos**

<b>Resultados positivos de la aplicación de test toxicológicos</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
Alcohol	32	6,3
Marihuana	66	13,0
Cocaína	77	15,2
Anfetaminas	3	0,6
Metanfetaminas	10	2,0
Benzodiacepinas	31	6,1
Opiáceos	14	2,8



#### **d. Asociación entre el Consumo de sustancias psicoactivas y el ingreso a la sala de emergencia**

La opinión del médico sobre la asociación entre el motivo de la consulta y el consumo de alcohol o drogas, fue positiva en 69 pacientes, que representan el 13.6% del total de pacientes encuestados. Las consultas asociadas solo por el consumo de bebidas alcohólicas representan el 6.3% y en el 8.3% de las consultas la asociación se explica por consumo de drogas ilícitas o de uso indebido, excepto tabaco y alcohol.

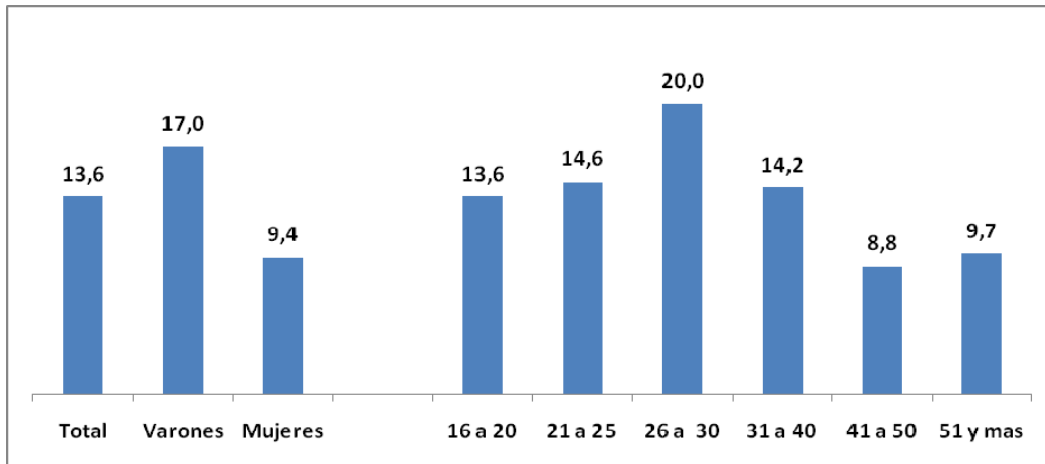
Esta asociación es mayor entre los varones y en los pacientes que tienen entre 26 a 30 años de edad.

Son mayores las asociaciones en las personas que se encuentran solas, solteras o divorciadas. En estado de viudez se encontraron 9 pacientes, de los cuales 3 presentaron asociación entre el consumo y la consulta. (Ver gráficos siguientes).

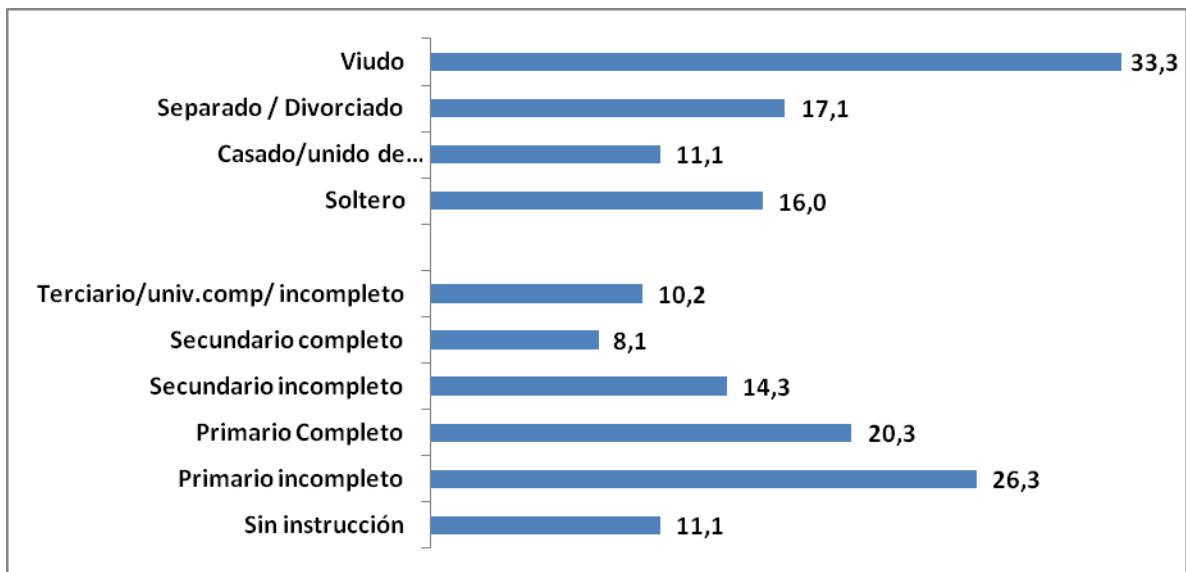
**Tabla 11: Consultas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas**

<b>Presunción del médico tratante</b>	<b>Cantidad de pacientes</b>	<b>%</b>
<b>Consulta asociada al consumo de sustancias psicoactivas</b>	69	13,6
<b>Consulta asociada al consumo de alcohol</b>	32	6,3
<b>Consulta asociada al consumo de sustancias psicoactivas menos tabaco y alcohol</b>	42	8,3

**Grafico 1: Porcentaje de consultas asociadas al consumo de sustancias según sexo y edad.**



**Grafico 2: Porcentaje de consultas asociadas al consumo de sustancias según estado conyugal y nivel de instrucción.**

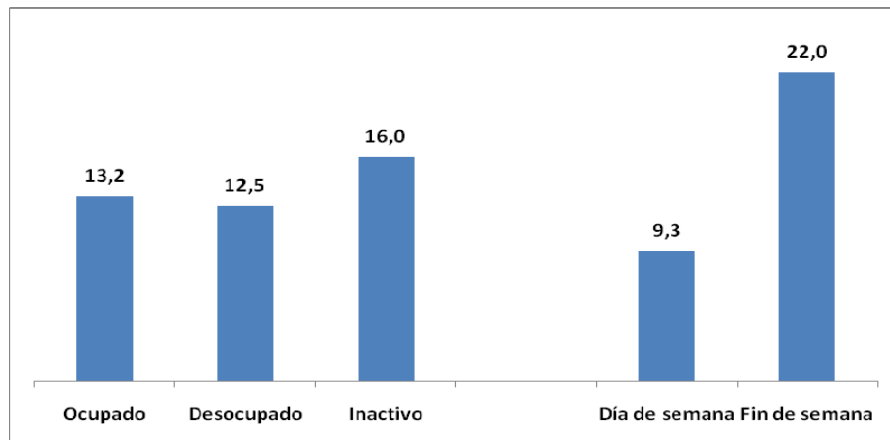


Entre los pacientes que son inactivos económicamente, es decir, amas de casa, jubilados, rentistas y estudiantes, la asociación es mayor que entre los que están trabajando o desocupados.

Por otra parte y si bien la cantidad de pacientes que llega la guardia durante la semana tiene un volumen mayor (334 vs 168) que los que ingresan durante el fin de

semana, entre éstos últimos la presencia de consumo de sustancias y la asociación entre este consumo y la consulta es mucho mayor.

**Gráfico 3: Porcentaje de consultas asociadas al consumo de sustancias según condición de ocupación y día de la semana que llegó a la sala de emergencia.**

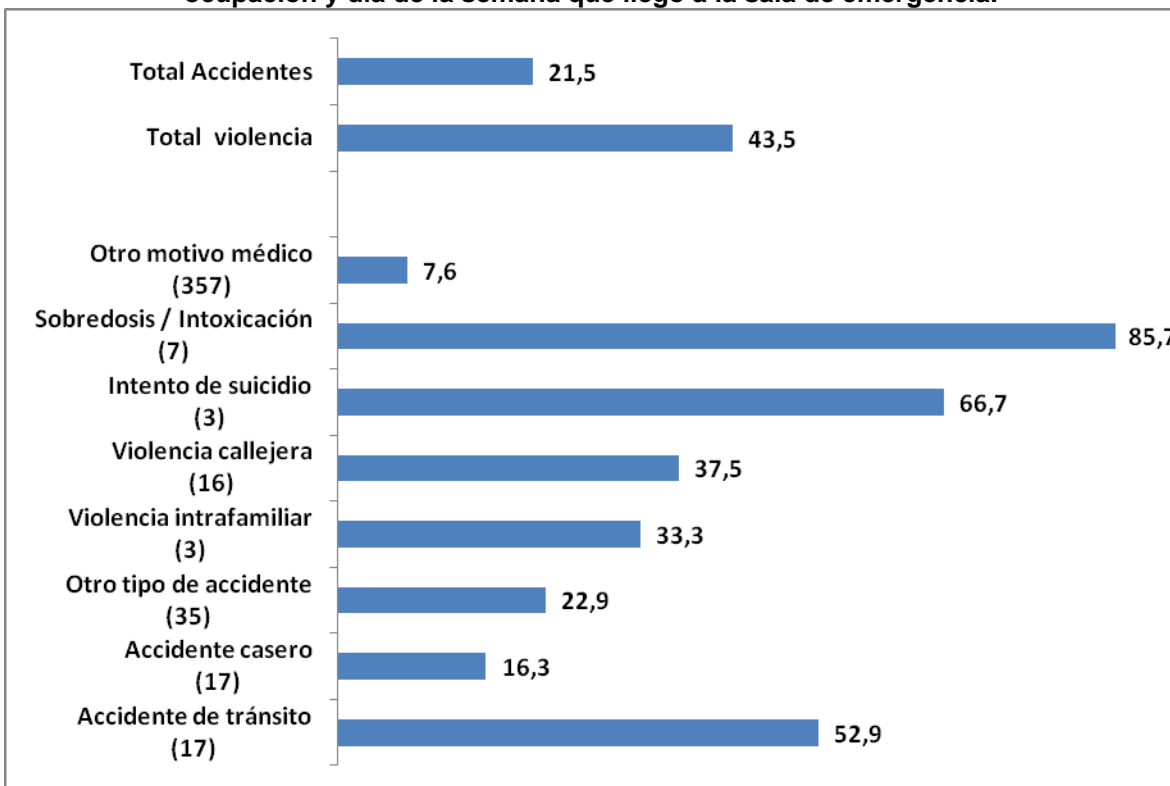


La cantidad de consultas vinculadas al consumo son en total 69, con lo cual, con el único objetivo descriptivo se muestran los porcentajes de asociaciones según motivos de consulta, aun en aquellos motivos que tienen baja frecuencia, pero que son importantes por los objetivos del estudio.

En este marco, los resultados muestran que del total de motivos de ingresos a la sala de emergencia por violencias (callejeras, familiares, u otras), el 43.5% de ellas está relacionada al consumo de sustancia del paciente. Del total de accidentes (de tránsito, de trabajo, casero u otro), el 21.5% está vinculado al consumo.

El gráfico siguiente presenta las asociaciones por cada motivo desagregado, estimaciones que deben asumirse exploratoriamente porque son situaciones de baja frecuencia estadística.

**Grafico 3: Porcentaje de consultas asociadas al consumo de sustancias según condición de ocupación y día de la semana que llegó a la sala de emergencia.**



La tabla siguiente muestran los porcentajes de consultas asociadas con el consumo según los diagnósticos presuntivos. De las enfermedades que tuvieron mayor frecuencia, tales como las relacionadas al sistema respiratorio, digestivo y traumatismos, en estos últimos episodios la asociación con el consumo de drogas fue mayor, del 23%. Es decir que 20 de cada 100 traumatismos y heridas, estuvo relacionado con el consumo de alguna sustancia psicoactiva.

**Tabla 12: Porcentaje de consultas asociadas al consumo de sustancias según diagnósticos presuntivos**

<b>Diagnóstico</b>	<b>% de consultas asociadas al consumo</b>
Infecciones	4.2
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	7.7
Trastornos mentales y del comportamiento	4.4
Enfermedades del sistema nervioso	66.7
Enfermedades del sistema circulatorio	5.0
<b>Enfermedades del sistema respiratorio (excluye gripe)</b>	<b>10.7</b>
<b>Enfermedades del sistema digestivo</b>	<b>2.9</b>
Enfermedades del sistema urinario	10.0
Enfermedades del sistema reproductivo / genital	20.0
<b>Traumatismos – politraumatismos – heridas</b>	<b>23.0</b>
Envenenamientos, intoxicaciones por sustancias psicoactivas	80.0
Consultas no especificadas	10.6

En el cuadro siguiente se puede observar el impacto diferente que tienen las sustancias en el ingreso a la sala de emergencia. Mientras que del total de pacientes que fumaron durante las 6 horas antes de ingresar, el 23.5% estuvo vinculada la consulta a ese consumo, entre los que consumieron cocaína o pasta base-paco, la relación es del 74.2%. Tabaco y cocaínas se ubican en los extremos, en tanto que el consumo de alcohol, que seguramente fue en exceso, marca una vinculación en casi 6 pacientes de cada 10 y entre los usuarios de marihuana, la vinculación se observa en 4 de cada 10 pacientes.

**Tabla 13: Consultas asociadas al consumo o no en consumidores de sustancias en las últimas 6 horas.+**

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Prevalencia de consumo durante las últimas seis horas</b>	
	<b>Asociadas</b>	<b>No asociadas</b>
Tabaco	23,5	76,5
Alcohol	56,9	43,1
Marihuana	42,5	57,5
Cocaínas (cocaína y pasta base)	74,2	25,8

+ No se muestran las sustancias con frecuencias inferiores a 30 casos.

Al seleccionar los pacientes que dieron positivos los test, la asociación con alcohol es mayor que entre los pacientes con declaración, de 7 de cada 10 pacientes, en marihuana se mantiene la relación de 4 de cada 10, cocaínas baja al 4.8 de cada 10 y en benzodiazepinas se muestra de casi 3 de cada 10.

De todas maneras, debido a que no es posible establecer comparaciones porque son referencias temporales de consumo distintas, solo nos cabe la certeza de una prueba toxicológica frente a una presunción de verdad en las declaraciones. Por otra parte, no se encontraron grandes disparidades entre una y otra.

**Tabla 14: Consultas asociadas al consumo o no en consumidores de sustancias según test toxicológicos+**

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Prevalencia de consumo durante las últimas seis horas</b>	
	<b>Asociadas</b>	<b>No asociadas</b>
Alcohol	71,9	28,1
Marihuana	42,4	57,6
Cocaína	48,1	51,9
Benzodiazepinas	29,0	71,0

+ Se sacan del cuadro anfetaminas, metanfetaminas y opiáceos por tener una frecuencia inferior a 30 casos

### **e. Algunas conclusiones**

El estudio implementado permitió registrar por declaración y por análisis toxicológicos, el consumo de sustancias psicoactivas en la población que ingresa a un servicio de emergencia. A diferencia de los estudios efectuados por el OAD en años anteriores, en este se solicitó conformidad por escrito a los pacientes, para responder el cuestionario y para realizar los test. Y en el presente estudio, la presencia de consumo fue mayor en tabaco, marihuana y cocaína, tanto la declarada como la constatada por los test. Sin embargo, la evaluación sobre la asociación entre el consumo y el motivo del ingreso a la sala de emergencia se mantuvo en niveles que superan el 10% de las consultas (13.4% en el estudio reciente y 11% en el realizado en el 2009).

No son estudios estrictamente comparables porque la organización del operativo de campo fue diferente (en cantidad de días y en las consignas de los entrevistadores), en la solicitud de consentimiento informado y en el hospital en donde se realizó el estudio, diferencias que seguramente impactaron en los resultados obtenidos.

Lo importante a rescatar es la estimación de la magnitud del fenómeno que estudiamos y algunas de sus características que se encuentran en ambos estudios: mayor presencia de varones y jóvenes en las salas de urgencia vinculadas al consumo de alcohol y otras drogas, la ocurrencia de mayores casos asociados durante los fines de semana, la presencia de alcohol, marihuana, cocaínas y ansiolíticos en los casos en episodios agudos de enfermedad y traumatismos y el fuerte impacto que los consumos tienen en accidentes y violencia.

Los hospitales públicos y sus salas de emergencia son espacios en donde la problemática del consumo muestra su costado más cruento. Los resultados de estos estudios, además de poder estimar las asociaciones entre el consumo y episodios agudos de enfermedad, dan cuenta de la importancia de la atención de emergencia y de la necesidad de fortalecer y apoyar con recursos humanos y de conocimiento a estos espacios de atención.

Muestra una vez más la importancia de establecer sistemas de alarma temprana en los centros de salud, de manera de registrar de manera permanente el consumo asociado a la emergencia/urgencia.