

CONSUMO RECIENTE DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES
ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS – MEDELLÍN 2007

INVESTIGADORES

SARA BETANCUR ¹

CATALINA MEJIA ¹

JUAN CAMILO BOTERO ²

ASESORA

YOLANDA TORRES DE GALVIS

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD MENTAL-CES

FACULTAD DE MEDICINA DE MEDICINA

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

MEDELLÍN 2007

TABLA DE CONTENIDO

INFORMACIÓN	4
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
1. MARCO TEÓRICO	11
2. OBJETIVOS	20
2.1. Objetivos generales	20
2.2. Objetivos específicos	20
3. METODOLOGÍA	21
3.1. Tipo de estudio	21
3.2. Población y muestra	21
3.2.1. Población	21
3.2.2. Muestra	21
3.3. Descripción de las variables	22
3.3.1. Tabla de operación de las variables	22
3.4. Recolección de la información	23
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
5. RESULTADOS	25
5.1. Características de la población estudiada	25
5.2. Indicadores de consumo de sustancias psicoactivas según información del paciente	28
6. DISCUSION	32
REFERENCIAS	35

Investigador Principal: CATALINA MEJIA –SARA BETANCUR- JUAN CAMILO BOTERO	
Total de Investigadores (número): cuatro	
Nombre del Grupo de Investigación: Salud Mental-CES Categoría A Colciencias	
Línea de Investigación: Consumo de Sustancias Psicoactivas	
Entidad: Universidad CES - Facultad de Medicina	
Tipo de Entidad: Universidad Privada	
Centro de Investigación Privado:	Organizaciones Gubernamentales:
Empresa, Centro Empresarial o Gremio de la Producción:	
Dirección: Calle 10 A No. 22-04 (Transversal Superior con Calle 10 A)	
Teléfono: 4440555Ext. 330	
Sede de la Entidad: Poblado	Nit: 890.984.002-6
Ciudad: Medellín	Departamento: Antioquia
Tipo de contribuyente: Entidad Sin Animo de Lucro - Régimen Común	
Lugar de Ejecución del Proyecto:	
Ciudad: Envigado	Departamento: Antioquia
Duración del Proyecto (meses): 6 meses	
Tipo de Proyecto:	
Investigación Básica:	Investigación Aplicada: X Desarrollo Tecnológico o Experimental:
Recuperación Contingente:	Cofinanciación: X Reembolso Obligatorio:
Descriptor / Palabras claves: Consumo de sustancias psicoactivas, urgencias	
Programa Nacional de Ciencia y Tecnología sugerido:	
Ciencia y Tecnología de la salud: X	
Categoría 2: Diagnóstico y control de problemas de salud relevantes en Colombia	

RESUMEN

Hay evidencia del incremento en los indicadores de consumo para el alcohol, la marihuana y la cocaína. En especial para las personas atendidas por lesiones personales y accidentes de tránsito, según los resultados de urgencias del informe VESPA 1997, Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín. ¹ Comprobando que la atención en el servicio de urgencias a causa del uso y abuso de sustancias psicoactivas en la ciudad de Medellín, Antioquia ha ido en aumento notable en los últimos años.

El objetivo de este proyecto es determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas 6 horas antes de ser atendidos en servicio de urgencias del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado. Entre los meses de Junio y Septiembre del 2007 fueron encuestados 185 pacientes entre los 16 y 65 años que ingresaron al servicio de urgencias.

Los parámetros que se tuvieron en cuenta en este proyecto fueron: estimar la relación entre la sustancia consumida (bebidas alcohólicas, marihuana, cocaína, éxtasis, y otras anfetaminas, tranquilizantes, opiáceos, otras) y el motivo de atención, variables socio demográficas (edad, sexo, nivel de educación) según el tipo de sustancia consumida y sustancia que predominó en los accidentes de tránsito entre otros.

De un total de 185 pacientes de los cuales eran 100 hombres y 85 mujeres se obtuvo los siguientes resultados, la prevalencia general del consumo de sustancias psicoactivas en las últimas seis horas antes del ingreso al servicio de urgencias fue de 4.5 %, el consumo según el sexo

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es un derecho fundamental que en países en desarrollo y Colombia en particular parece no respetarse.

Los servicios de urgencias brindan atención permanente a personas que presentan problemas críticos en su salud física y a otras que sin llegar a ser considerados críticos, requieren de un tratamiento médico básico. El consumo abusivo de sustancias psicoactivas tiene consecuencias para el individuo. En este sentido, si en una comunidad el consumo de drogas presenta aumento en el último mes y años, el mismo deberá manifestarse en las salas de urgencias con casos relacionados con sobredosis, accidentes de tránsito, riñas, intoxicaciones lesiones personales y entre otros. Estas consecuencias tienen un costo para el individuo que al hacerse extensivo a la población general podría ser elevado para la sociedad y para los sistemas de salud.²

Al tener amplias repercusiones en lo social, económico, político y en el campo de la salud, y reconociendo la importancia de esta problemática, se busca con esta investigación hacerle un seguimiento y evaluación rigurosa que permita establecer cual es la prevalencia actual del consumo de sustancias psicoactivas en las 6 horas antes de la atención en los pacientes que consultan al servicio de urgencias del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado y su relación con el motivo de la atención, incluyendo : lesiones personales, enfermedad general, accidentes de tránsito, accidentes laborales, y lesión auto infligida.

Se ha comprobado que el consumo de drogas en la ciudad de Medellín, Antioquia ha ido en aumento notable en los últimos años, relacionándose este hecho cada vez más, con las situaciones de violencia que se presentan a diario y su consiguiente saldo de personas ingresadas a centros hospitalarios por hechos vinculados a este consumo.¹

En la ciudad se mantenía el diagnóstico de esta problemática a través de la aplicación del Sistema VESPA, e infortunadamente la no actualización del mismo hace que no se conozca el actual comportamiento del problema. La importancia de la realización de este proyecto radica en la determinación de la prevalencia actual del consumo reciente de sustancias psicoactivas en los pacientes que son atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado y su relación con la causa de ingreso.

Se determinara, la prevalencia del consumo de drogas psicoactivas en las ultimas 6 horas antes de la atención recibida en los pacientes que consultaron al servicio de urgencias. A su vez, se estudiara cual es la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en ambos sexos, la relación entre el consumo y el motivo de la atención, y su relación con las características socio-demográficas determinadas.

Según estudios previos, el consumo se inicia a partir de los 10 años, y aumenta entre los 14 y los 21 años. De los delitos relacionados con el consumo de drogas, los de carácter violento son más fácilmente cuantificados y la violencia misma es la causa más común de muertes. En investigaciones previas se ha demostrado que los delitos violentos derivados del consumo de cocaína y otras drogas son una de las causas de muerte de sus usuarios.¹

Es conocido que los consumidores de drogas como alcohol, marihuana, inhalantes, anfetaminas y cocaína, cometen un número significativamente mayor

de actos antisociales que los individuos que no las consumen y además comparten un ambiente social de alto riesgo que también los convierte en víctimas de ésta problemática.^{3 4 5}

Existen diversos estudios que explican la correlación entre el hábito del consumo de drogas y la generación de hechos violentos. Entre otros, Spunt y colaboradores realizaron un estudio sobre el papel de la marihuana en homicidios en una correccional del estado de Nueva York, en los Estados Unidos de América (EUA). Los resultados revelaron que la marihuana fue la droga más utilizada por los encuestados y que en su gran mayoría la consumían 24 horas antes de cometer el homicidio. Es sabido que esa droga, además de tener efectos directos en la salud, está asociada con problemas tales como homicidios, suicidios, accidentes de tránsito, de trabajo, ausentismo laboral, delincuencia, entre otros.

Si bien en Colombia no se cuentan con estudios claros que determinen el impacto económico de las drogas en sí, como el realizado por el **NIDA** en 1992 o el **ONDCP** de la casa blanca en el año de 1995, se sabe que el consumo nacional es alto y que se suma al grave impacto social debido a la producción, comercialización y uso de drogas ilícitas y lícitas como el "alcohol" y su asociación con el comportamiento violento, ampliamente documentado en nuestro medio.

Uno de los grupos de mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas es el de los adolescentes, estudios como el Monitoreo del Futuro que se llevó a cabo en los Estados Unidos y sistemas de vigilancia epidemiológica como el VESPA, aplicado a Colombia y SIDUC, en países de América, lo han comprobado.

Pese al problema social y de salud que representa, se ha demostrado que la adicción es tratable y que el tratamiento que se ajusta a las necesidades individuales permite al paciente controlar su condición y vivir una vida relativamente normal.

Los factores de riesgo ampliamente vinculados y mencionados en la literatura son: la triada conocida como " drogas puerta de entrada" las cuales son: marihuana, cigarrillo y alcohol; además influyen las familias desintegradas; el maltrato psicológico, el haber sido humillado por algún familiar; la aparición de nuevas sustancias de abuso aparentemente naturales como el cacao sabanero y los hongos, todo esto incita al individuo a caer en manos de drogas, que intentan suplir todos estos vacíos, y que tal vez por la falta de información e ignorancia de las consecuencias que pueden llevar a futuro caen en este mundo que muchas veces se convierte en algo sin salida .

Por otro lado existen los factores de protección que son: cohesión familiar, la espiritualidad y la creencia en Dios, redes de apoyo social, que llevan al individuo a tener una personalidad definida en donde no existe la necesidad de experimentar nuevas sensaciones que se pueden convertir en algo imprescindible para estar tranquilos

Pregunta de Investigación

¿Cual es la prevalencia del consumo de drogas psicoactivas en las 6 horas antes de la atención recibida por los pacientes que consultan al servicio de urgencias en el hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado?

1. MARCO TEÓRICO

No existen estudios a nivel nacional que den cuenta de las visitas a salas de emergencia relacionadas con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (SPA). Se han realizado estudios aislados en Medellín y Bogotá.

Como parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Medellín muestra resultados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paul. En el año de 1992 el 42% de los pacientes atendidos por lesiones personales y el 40.0% de los atendidos por accidente de tránsito presentaron alcoholemias positivas. Cifras similares fueron encontradas en el año de 1994.

Con relación al consumo de cocaína en 1992, el 20% de los casos de lesiones personales y el 13.0% de casos de accidentes de tránsito mostraron metabolitos de cocaína en orina. En la ronda de 1994 aparecieron metabolitos de cannabinoides en el 23% de las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito y en el 18.5% de lesiones personales.

En el año 1997, el mismo Centro de Urgencias aplicaron pruebas toxicológicas y de diagnóstico a 100 pacientes. Esta última indagaba sobre edad, sexo y ocupación; consumo de drogas seis horas antes, estado en que llega el paciente; motivo de ingreso e impresión clínica del médico que atendía el caso sobre la relación del hecho con el consumo de alcohol y otras drogas. Se dio prioridad a los casos de lesiones personales, accidentes de tránsito, de trabajo o accidentes caseros, intento de suicidio y sobredosis. Se practicó a cada paciente examen de alcoholemia y de metabolitos de cannabinoides, cocaína, tranquilizantes y opiáceos en orina.

Se resumen los resultados sobre la relación con de la emergencia con el consumo de sustancias psicoactivas, la impresión clínica del medico y el reporte de los pacientes sobre consumo.

El 78% de ingresos fue por lesiones personales y accidentes de transito, seguido casi en igual proporción por los accidentes caseros, sobredosis e intento de suicidio.

La impresión clínica mostro que el 37% y el 10% estaban relacionados con consumo de alcohol y otras drogas, respectivamente. La sensibilidad de la impresión diagnostica con relación al resultado de laboratorio para la cocaína fue de 66.6% y la especificidad de 69.9%. Para la marihuana la sensibilidad fue de 33.3% y la especificidad de 73.1 %. La impresión diagnostica para el alcohol, alcanzo la mayor sensibilidad fin el 94.0% y la mayor especificidad con el 92.5%, la asociación entre resultados de laboratorio e impresión diagnostica presenta muy alta asociación estadística con un valor de $p < 0.000000$.

En relación con el reporte del paciente sobre consumo de drogas seis horas antes los datos muestran que una proporción alta de personas reportaron consumo de sustancias. Para confirmar las respuestas se practico la prueba toxicológica. La mayor proporción de coincidencia entre resultado de estas y veracidad de la respuesta del paciente fue sobre consumo de alcohol con un 42.0%, seguida por marihuana y la cocaína.

En general los resultados muestran nuevamente una asociación entre consumo de y lesiones por accidente y lesiones personales.¹

En el año 1994, la Secretaria de Salud de Bogotá y el Hospital Occidente de Kennedy realizaron el estudio "Alcohol y Trauma". El estudio se llevo a cabo

durante el mes de diciembre de 1994 y tuvo como población el 100% de los casos (1.165) que acudieron a la sala de emergencia, a los cuales se aplicó prueba toxicológica y el "Instrumento Clínico Investigativo", que indagaba por variables demográficas, tipo de trauma, índice de severidad, órganos comprometidos, signos clínicos de embriaguez y destino final del paciente. De las 1.165 emergencias, el 36% (382) fueron involucrados en la investigación por tratarse de casos de trauma. Los resultados mostraron que el 85% de estos casos de trauma tenían relación directa con el consumo de alcohol.

Los resultados mostraron, además, que 39.36% de los casos tenían edades entre 21 y 30 años, seguidos por la población de jóvenes entre 11 y 20 años con un porcentaje de 23.56%. Del total de la muestra estudiada el 85.60% pertenecían al sexo masculino y el 54.97% eran solteros. En relación con el evento que motivó la visita a la sala de emergencia, los primeros puestos se los llevaron los accidentes automovilísticos con el 46.65% y el atraco con el 30.43%; el porcentaje restante se distribuyó entre caídas, accidentes de trabajo y bala perdida.⁶

Chile es uno de 105 países de Latinoamérica con más experiencia en el campo de la investigación sobre consumo de sustancias psicoactivas. Realiza de manera sistemática encuestas en población general y ha realizado algunos estudios en poblaciones específicas.

El "Estudio de Drogas en Consultantes de Centros de Urgencias"⁷ realizado en el año 2001, aplicó la encuesta SIDUC de evaluación clínica y prueba de metabolitos en orina con el fin de determinar uso de SPA y su posible asociación con diversos motivos de ingreso a servicios de urgencias de seis hospitales públicos. Uno de los objetivos del estudio fue validar el instrumento diseñado por el SIDUC. Los resultados entre la prueba de metabolito y la encuesta no se correlacionaron de manera perfecta, lo que muestra que el consumo de drogas no se declara fácilmente, lo que podría estar invalidando el instrumento.

Resultados muestran que el 27.1% de 105 pacientes declararon haber consumido drogas en las seis horas anteriores a la visita a la sala de urgencia: el 4% drogas ilícitas y el 20.9% alcohol. En cuanto al consumo en la ultima semana, el 53.6% manifestó haber consumido alguna SPA incluida en el instrumento; un 8.6% ilícitas. El alcohol, estuvo presente en el 47.6% de 105 casos, seguido por las anfetaminas con 8.6% y la marihuana con el 7.4%. La relación entre consumo de SPA y accidentes mostro que un 9.8% de estos estaban relacionados con alguna SPA ilícita y el 9.3% con el alcohol. Para el caso de hechos violentas, el 26.5% se relaciono con alguna SPA ilícita.

Por su parte, las pruebas de orina mostraron que el 32.4% de la muestra estudiada marco positivo para alguna droga: el 13.6% para drogas ilícitas y el 14.1% para alcohol.

Los resultados de la evaluación clínica fueron elevadamente acertados para el diagnostico de alcohol y muy bajo para el diagnostico de consumo de drogas ilícitas.

Según un estudio realizado en el hospital central de Valencia Venezuela en el cual se busca conocer la asociación entre el consumo de marihuana, cocaína y o bazuco y la causa del ingreso de los pacientes al hospital central de Valencia – Venezuela. El estudio de 148 individuos por lesión de agresión a accidentes de transito, accidente de trabajo, lesión auto infringida e intoxicaciones. Se aplico un cuestionario y análisis toxicológico. Se encontró un consumo de drogas solas y o asociadas de un 23.6% (13.5% cocaína, 7.4% marihuana, 2.7% ambas) de los pacientes positivos para la cocaína el 50% ingresan por lesión por agresión, 20% intoxicados, 5% por lesiones auto infringidas, 5% por accidentes de trabajo, 15% por otras causas. De los positivos para marihuana 36.4% ingresaron por accidentes de transito, 27.3% por accidentes de trabajo, 18% lesión por agresión,

9.09% por intoxicación y 9.09% por otros motivos. Concluyendo que los ingresos por lesiones y por agresión fueron del 75% y por accidentes de trabajo del 25% para las drogas en combinación. El consumo alcohol asociado a la cocaína fue del 50%, a marihuana 9% y en combinación 25%. Estos hallazgos demuestran que uno de cada cuatro ingresos por causa traumática esta asociada al abuso de drogas, sola o en combinación, lo que revela estrecha relación causa –efecto⁸.

En los Estados Unidos existe una gran cantidad de estudios e investigaciones, principalmente, sobre alcohol y trauma; pero, debido a diferencias de definición y de metodología es difícil obtener estimados precisos del papel del alcohol en los eventos traumáticos.

Teniendo en cuenta lo anterior, una revisión de la literatura sobre estudios relacionados con el papel del alcohol y otras drogas ilícitas, muestra una asociación entre abuso de sustancias y muerte por lesiones, especialmente bien documentados para el caso del alcohol. Ya, en 1985 el Comité de Investigación de trauma, manifestó que el trauma es la principal causa de mortalidad y morbilidad en los Estados Unidos con más de 140.000 americanos muertos por lesiones y casi una de cada tres personas con lesiones no fatales, pero con consecuencias que exigen atención y ocasionan inhabilidad temporal.

Según manifestaba McGinnis y Lee⁹ en 1985, el consumo de alcohol era la tercera causa no genética de muertes en 105 Estados Unidos. Lowenfels y Miller (1984)¹⁰, encontraron que la intoxicación por alcohol (BAC 100 mg/dL) se asocia con el 40 – 50% de accidentes de tráfico; 25 - 35 % de lesiones no fatales de automotores; por encima del 64% de incendios y quemaduras; 48% de casos de hipotermia y congelamiento y casi un 20% por ciento de suicidios completados. Aunque no necesariamente debe alcanzarse niveles elevados de intoxicación, se estima que el alcohol explica un 40% o mas de las caídas y cerca de un 50% de

105 homicidios. Goodman y colaboradores (1986)¹¹ encontraron que el 30% de las víctimas de homicidios en Los Ángeles tenían un BAC > 100 mg/dL. Haberman (1987)¹² revisó cuatro años de casos médicos en New Jersey County y encontró BACs positivos en 53% por ciento de accidente de tráfico fatales y 47% de accidentes no fatales.

No recibir tratamiento una vez identificado problema de abuso de alcohol este podría evolucionar en dependencia y ocasionar muerte, ya sea por lesión o por consecuencias negativas para la salud. Los estimativos actuales indican que hombres con un manejo inadecuado del alcohol, ya sea por una elevada frecuencia de uso o intensidad de 105 episodios de embriaguez y que no son conscientes de su problema, presentan una mayor probabilidad de muerte inesperada que aquellos que no ingieren bebidas alcohólicas.¹³

La relación entre alcohol y trauma fue confirmada por reportes más recientes que afirman que entre un cuarto y la mitad de los pacientes que acudían a salas de emergencia presentaron uso de alcohol, ya fuera abuso o dependencia al momento del ingreso. Utilizando un criterio estándar podría afirmarse que el 28% de hombres y 15% de mujeres que ingresaban a los centros de trauma eran diagnosticados con problemas de alcohol al momento de la lesión.¹⁴

Roizen (1988)¹⁵ revisó varios estudios llevados a cabo en salas de emergencia y encontró que entre un 20% y un 37% de los casos de traumas estaban relacionados con consumo de alcohol. Más aun, Waller (1988)¹⁶ estima que entre el 20% y el 25% de las personas hospitalizadas por lesión tenían problemas con la bebida o eran alcohólicos. Algunos médicos ven el trauma como un indicador de abuso de alcohol y alcoholismo (Abrams 1986; Clark et al. 1985; Maull et al. 1986; Skinner et al. 1984).¹⁷

Rivara y colaboradores (1993) ¹⁸ realizaron un estudio prospectivo de pacientes en un centro de trauma, cuyos resultados mostraron como la probabilidad de ingreso repetido a centros de trauma por problemas con el alcohol, tenía una relación con los resultados de las pruebas de marcadores biológicos de alcoholismo y de cuestionario de evaluación de alcoholismo. Las tasas de readmisión fueron de 2.5 y 3.5 Y 2.2 veces más elevado que en pacientes que no muestran signos de alcoholismo.

En el contexto de trauma, los bebedores de alcohol incrementan su riesgo, en cuanto a probabilidad de la lesión y gravedad de la misma. Aquellos que abusan del alcohol son más propensos que los sobrios a padecer un evento traumático (Mauil 1982; Perrine 1975) ¹⁹ . Por otro lado, ante circunstancias similares es probable que el bebedor sufra lesiones mayores que el no bebedor. Aunque existen algunas excepciones (por ejemplo, Huth y col. 1983; Ward et al. 1982) ²⁰, la mayoría de los investigadores apoyan la relación, uso de alcohol - severidad (Roizen 1988) ²¹. Aunque el mecanismo exacto de esta relación no es conocida (Mauil 1982) ²², esta ha sido apoyada por estudios experimentales que controlaron los niveles de alcohol en la sangre, el tipo de lesión, y la severidad del trauma (Albin y col. 1986; Anderson 1986) ²³.

Un estudio más reciente, de tipo longitudinal, en una cohorte de 23.399 pacientes que padecieron algún evento traumático, entre 1983 y 1995, Y que habían sido dados de alta de un centro de trauma, determino que aquellos que marcaron positivo en alcohol y otras drogas en las pruebas toxicológicas arrojaron tasas significativas (0.001) más elevadas de mortalidad (1.9%), que quienes marcaron negativo (1.00%). El 22.7% de las muertes fueron producidas por el trauma, siendo la tasa de positivos de 34.7% frente a un 15.4% de negativos. Estos hallazgos evidencian la necesidad de que los centros que atienden casos de trauma, promuevan la prescripción de un tratamiento sobre el consumo de alcohol y otras drogas, cuando ocurre el primer trauma. ²⁴

Ronald M. Stewart²⁵ y colaboradores concluyeron que mejorar de manera significativa la prevención del trauma es un factor crítico para reducir la muerte, en un sistema moderno de trauma, luego de haber estudiado 753 muertes producidas por trauma, clasificadas como terapéuticamente no prevenibles, posiblemente prevenibles y prevenibles e identificados los factores causales que podrían, ser prevenibles o disminuir la severidad de la lesión. De 546 muertes por lesión no intencional, el 58% tuvo como factor contribuyente a la presencia y/o severidad de la lesión, la intoxicación (28%) y el no uso de cascos protectores de cabeza. De los 206 pacientes con daños intencionales, 44% se estaban intoxicados al momento de la muerte. En concordancia con los programas de prevención de conducción bajo los efectos de alguna droga, el porcentaje de pacientes intoxicados bajo de un 45% a 34% en un periodo de siete años.

Por su parte, Richard Blondell y otros²⁶, en un estudio retrospectivo que comparo las características de los pacientes que marcaron positivo para alcohol y los resultados obtenidos por el hospital en su atención, con las de aquellos de que marcaron negativo, mostraron que existen varias características asociadas al trauma relacionado con alcohol, como son, pertenecer al sexo masculino, tener 40 o menos años de edad, carecer de seguro médico, ser indigente y haber padecido lesión por violencia. Además, encontró que permanecían un menor tiempo en la unidad de cuidados intensivos y la probabilidad de eventualmente morir y ser referido a otro hospital era menor que la de aquellos pacientes que marcaron negativo en las pruebas de alcohol y que tuvieron lesiones similares.

Para el caso de otras SPA diferentes al alcohol, existe mucha menos información que explique las muertes ocasionadas por lesiones. Los resultados de la aplicación de una prueba de detección de marihuana a una muestra aleatoria de pacientes con el fin de determinar la proximidad del consumo con la ocurrencia de la lesión, mostraron ser positivos para el 3% de los conductores de carros y el

33% de motocicleta. El estudio del Centro de Trauma²⁷, reveló que el 39% de los pacientes positivos en drogas habían sido diagnosticados como dependientes al momento de la lesión.

Los anteriores hallazgos llevaron a los investigadores a determinar la mortalidad posterior a la lesión entre los pacientes del centro. La hipótesis del estudio planteaba que los pacientes con trauma que obtuvieron marcadores positivos para alcohol y otras drogas ilícitas, tenían mayores tasas de mortalidad, especialmente, debido a lesiones cuando se los comparaba con aquellos que marcaron negativo. Los resultados mostraron la necesidad de promover el que los pacientes recibieran intervención cuando ocurrían lesiones relacionadas con alcohol y otras drogas durante la primera admisión a un centro de trauma.

Es también, importante considerar las complicaciones que el alcohol acarrea para el diagnóstico del trauma.²⁸ El personal médico que atiende las salas de emergencia podría, ya sea sobre diagnosticar o sub diagnosticar a un paciente, debido a que algunos signos de intoxicación como, lenguaje enredado y ausencias de memoria se presentan también en lesiones severas de la cabeza, en especial cuando el aliento del paciente no huele a alcohol. De otro lado, bebedores con tolerancia al alcohol rara vez producen coma²⁹. Dificultades de esta naturaleza son comunes en paciente con daño cerebral, el cual es frecuentemente relacionado con alcohol (Brismar y col. 1983; Hillbom y Hala 1986; Jagger y col. 1984; Simonsen 1984)³⁰.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del consumo de drogas psicoactivas 6 horas antes de ser atendidos en el servicio de urgencias del hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el motivo de atención de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias del hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado
- Determinar la relación entre las variables socio demográficas y el consumo de las sustancias estudiadas en los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado.
- Establecer las características socio demográficas según grupos de sustancias consumidas sobre los pacientes estudiados.
- Estimar cual es la droga psicoactiva que predomina en las víctimas accidentes de tránsito que se atienden en el servicio de urgencias del hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio

La metodología que se aplicó fue la descriptiva de corte, en la cual se utilizó el modelo VESPA para los servicios de atención de urgencias.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes adultos atendidos en el servicios de urgencias seleccionado durante el periodo de estudio.

3.2.2. Muestra

Se calculó aplicando la fórmula para tamaño de muestra de estudios descriptivos de W. Daniel:

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

N: total población

Z: z valor (corresponde al nivel de confianza) 95%

d: precisión 5%

p: proporción esperada en la población 20% (Según estudio de 1998)

n effective: n * design effect 1

Tamaño de la muestra = 174

3.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1 Tabla de Operacionalización de Variables

Nombre de la Variable	Definición Operacional	Nivel de Medición
Edad	Años cumplidos	Razón
Sexo		Nominal
Escolaridad		Ordinal
Consumo de sustancias Psicoactivas durante las últimas 6 horas	Información de paciente	Nominal: 1=si 2= no
• Bebidas alcohólicas		
• Marihuana		
• Cocaína		
• Éxtasis		
• Tranquilizantes		
• Heroína		
• Opiáceos		
• Otras		
Motivo de atención	Información de paciente	Nominal 1= 2 = 3=

3.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Estuvo a cargo a cargo del equipo de investigación y la información se recogió en un formulario precodificado elaborado a tal fin.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Se realizó la crítica del dato y posteriormente se llevó a cabo el procesamiento en el programa Epi-Info 6, para calcular las distribuciones proporcionales para descripción de la población según variables socio demográfico.

Se calcularon las proporciones de prevalencia de consumo de las sustancias estudiadas, y los cruces de consumo con variables socio demográficas y motivo de atención.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 008034 de 1993 éste es un estudio descriptivo sin riesgo ya que en él no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas, biológicas o sociales de los individuos que participaron voluntariamente en el estudio.

Toda la investigación tuvo como fuente de información exclusiva la encuesta, que se aplicó en forma personal y privada a cada uno de los pacientes que voluntariamente aceptaron colaborar. Ésta se llevó a cabo en el servicio de urgencias, del hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado

Lo principios éticos básicos fueron: respeto por la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia se respetaron durante toda la realización del proyecto.

Al ser un estudio observacional se cumplieron los principios básicos de salvaguarda profesional, consentimiento informado verbal, justicia en la selección de los sujetos, en si el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Al vincular al proyecto individuos de 16 años en adelante el consentimiento del aceptar o no participar en la encuesta, no presentó indicaciones especiales. La información se obtuvo u manejó de manejada confidencial, no serán revelados los nombres de los pacientes, protegiendo su privacidad.

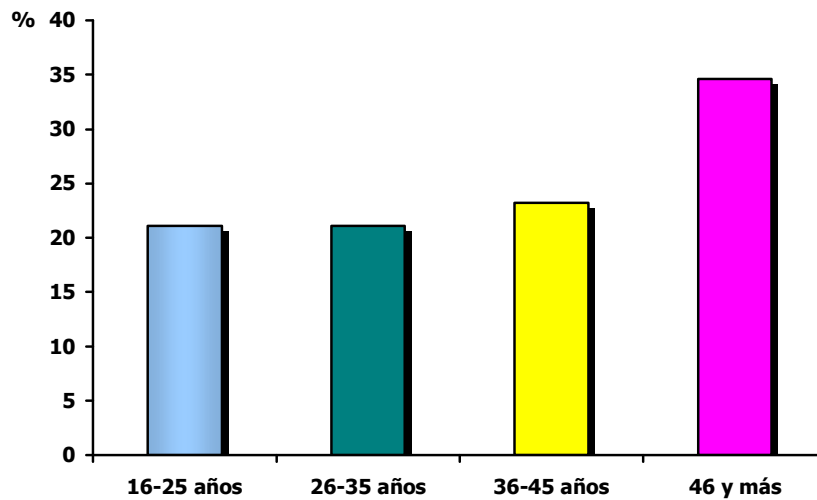
5. RESULTADOS

5.1. Características de la Población estudiada:

Tabla 1. Distribución según edad y sexo

edad	Sexo Masculino No	Sexo Masculino Proporción	Sexo Femenino No	Sexo Femenino Proporción	Total No	Total Proporción
16 a 25 años	19	19%	20	23.6%	39	21.1%
26 a 35 años	17	17%	22	29.9%	39	21.1%
36 a 45 años	28	28%	15	17.6%	43	23.2%
<=a 46 años	36	36%	28	32,9%	64	34.6%
total	100	100%	85	100%	185	100%

Gráfica 1. Distribución según edad y sexo

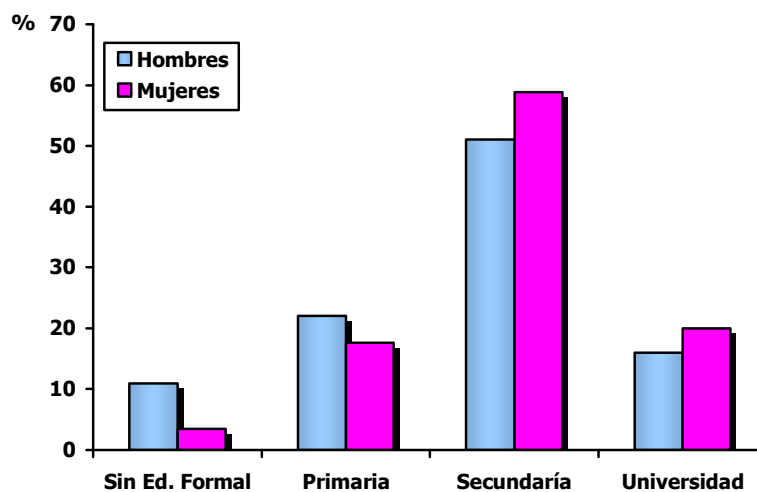


Se estudiaron 185 pacientes atendidos en un servicio de atención de urgencias. 100 pertenecen al sexo masculino y 85 al femenino. Se presentó una distribución de casi 35.0% para el grupo igual o mayor de 46 años, los otros tres grupos de edad estudiados se comportaron en forma similar para los dos sexos.

Tabla 2. Distribución según Educación y Sexo

Educación	Sexo Masculino No	Sexo Masculino Proporción	Sexo Femenino No	Sexo Femenino Proporción	Total No	Total Proporción
Sin educ. Formal	11	11%	3	3.5%	14	7.6%
Primaria	22	22%	15	17.6%	37	20%
Secundaria	51	51%	50	58.8%	101	54.6%
Universidad	16	16%	17	20%	33	17.8%
Total	100	100%	85	100%	185	100%

Gráfica 2. Distribución según Nivel Educativo y sexo

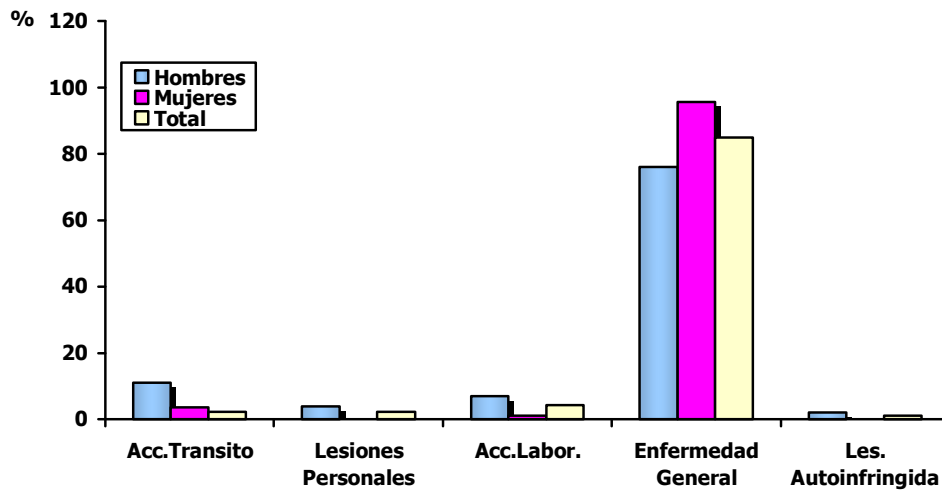


La población estudiada según nivel educativo alcanzado, presenta la proporción más alta, para personas que informaron ser bachilleres, con el 54.6%, seguida por los que informan, tener primaria con el 20.0% y los universitarios con el 17.8% universidad, llama la atención, que el 11.0% de los hombres no tienen educación formal, para la mujer esta situación se encontró en el 3.5%.

Tabla 3. Distribución según motivo de atención

Motivo de Atención	Sexo Masculino No	Sexo Masculino Proporción	Sexo Femenino No	Sexo Femenino Proporción	Total No	Total Proporción
Accidente transito	11	11%	3	3.5%	14	7.6%
Lesiones personales	4	4%	0	0%	4	2.2%
Accidentes laborales	7	7%	1	1.2%	8	4.3%
Enfermedad general	76	76%	81	95.5%	157	84.9%
Lesión auto infligida	2	2%	0	0%	2	1.1%

Gráfica 3. Distribución según Motivo de atención



Los motivos de atención, como puede observarse en la grafica 3, con un 84.9% fueron por enfermedad general y 7.6% por accidentes de tránsito, lesiones personales, con el 2.2% se presentaron sólo para el sexo masculino, lo mismo que lesión auto infringida con el 1.1%.

5.2. Indicadores de consumo de sustancias psicoactivas según información del paciente

Tabla 4. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según edad y sexo

Edad	Sexo Masculino Proporción	Sexo Femenino Proporción	Total Proporción
16 a 25 años	26.3%	5%	15.4%
26 a 35 años	17.6%	0%	7.5%
36 a 45 años	21.4%	0%	13.9%
<=a 46 años	11.1%	10.7%	10.9%
total	18%	4.7%	4.5%

Gráfica 4. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según edad y sexo

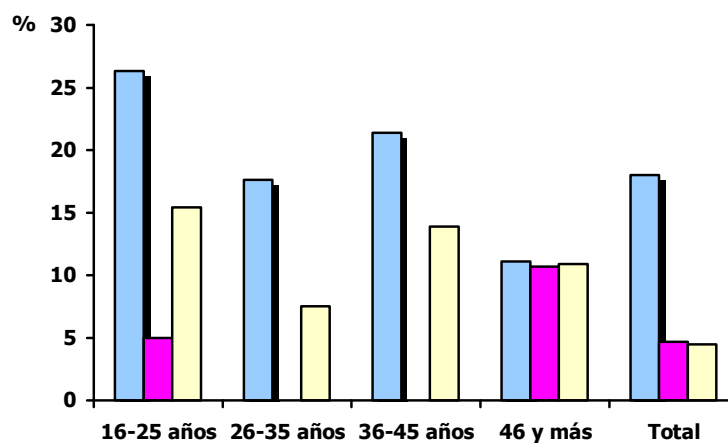
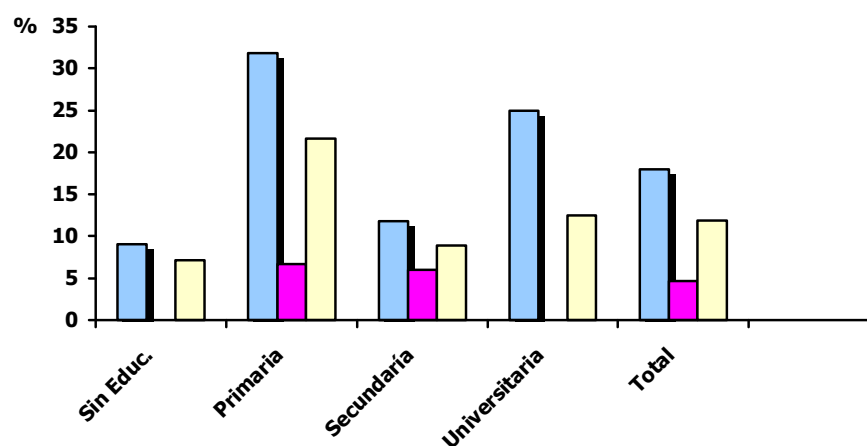


Tabla 5. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según nivel educativo y sexo

Nivel educativo	Sexo Masculino Prevalencia Consumo	Sexo Femenino Prevalencia Consumo	Total Prevalencia Consumo
Sin educación	9.1%	0%	7.1%
Primaria	31.8%	6.7%	21.6%
Secundaria	11.8%	6%	8.9%
Universidad	25%	0%	12.5%
Total	18%	4.7%	11.9%

Gráfica 5. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según nivel educativo y sexo



Con relación al nivel educativo, el grupo de mayor consumo es el de personas con primaria con una prevalencia de 21.6%, seguidas por las personas con nivel universitario con una prevalencia de 12.5%.

Al comparar la prevalencia según sexo puede observarse que presenta una razón hombre mujer de 3.8, o sea que por cada mujer que llegó al servicio de

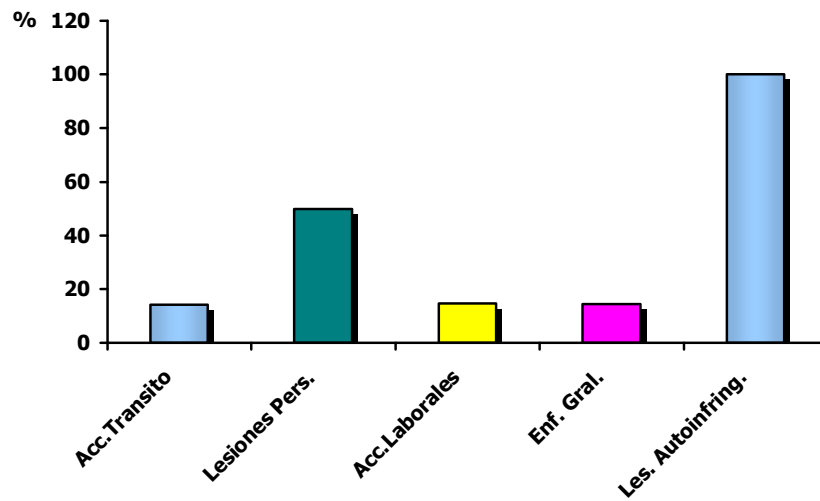
urgencias bajo el efecto de sustancias psicoactivas, lo hicieron casi 4 hombres. Esta diferencia es mayor en algunos grupo en especial en las personas con educación universitaria en las cuales no se presenta consumo en las de sexo femenino; igual ocurre con las que no tienen educación formal.

Tabla 6. Distribución según motivo de atención y sexo

Motivo de Atención	Sexo Masculino Prevalencia Consumo	Sexo Femenino Prevalencia Consumo	Total Prevalencia Consumo
Accidente transito	18.2%	0%	14.2%
Lesiones personales	50%	0%	50%
Accidentes laborales	14.3%	0%	12.5%
Enfermedad general	14.5%	4.9%	9.6%
Lesión auto infligida	100%	0%	100%

En forma contundente, el hombre presenta la mayor prevalencia de consumo, por ejemplo para pacientes atendidos por lesiones personales, accidentes de transito y accidentes laborales, sólo e presento para este grupo. A pesar de ser bajo el número de pacientes atendidos por intento de suicidio, los dos informaron consumo en las últimas 6 horas, antes de la atención.

Gráfica 6. Distribución según Motivo de atención



En los atendidos por lesiones personales la prevalencia fue del 50.0%. La prevalencia de consumo en los atendidos por enfermedad general fue de 9.6%, siendo más alta con el 14.5% para el sexo masculino.

6. DISCUSIÓN

Este estudio tiene una muestra que es representativa de la población objetivo. Los datos de este estudio revelan que la prevalencia general del consumo de sustancias psicoactivas en las últimas seis horas del ingreso al servicio de urgencias del HMUA es del 4.5%, con una prevalencia más alta en los hombres que en las mujeres. Piñeros-De Fuente y colaboradores encontraron un consumo de drogas, solas y/o asociadas, en los pacientes que ingresaron al hospital Central de Valencia (Venezuela) del 23.6% (13,5% cocaína, 7.4% marihuana y 2.7% ambas) (ref. 13).

La prevalencia más alta del consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas antes del ingreso al servicio de urgencias está en los pacientes entre 16 y 25 años (15.4%). Hay un consumo más alto en los pacientes que estudiaron primaria, seguido por los que estudiaron en la universidad.

El 84% de los ingresos en el presente estudio fue por enfermedad general. El sistema de vigilancia epidemiológica de 1997 en Medellín, reportó el 78% de ingresos fue por lesiones personales y accidentes de tránsito. (1)

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas y el motivo de atención, el 100% de los hombres con lesiones autoinfligidas y el 50 % con lesiones personales habían consumido sustancias.

Con respecto a los accidentes de tránsito y el consumo de sustancias psicoactivas, el 18% de los hombres que ingresaron por esta causa las consumieron.

La prevalencia del consumo de alcohol en las ultimas 6 horas antes del ingreso al servicio de urgencias en los pacientes que consultaron al HMUA es del 5.9%, y es la sustancias mas consumida en el 50% de los pacientes que dijeron consumir alguna sustancias psicoactiva, seguido por los tranquilizantes en 35% de los pacientes que dijeron consumir alguna sustancia psicoactiva. En el estudio VESPA de 1997 (1) se encontró que la sustancia psicoactiva mas consumida en las ultimas 6 horas antes del ingreso al servicio de urgencias fue el alcohol, seguido por marihuana y cocaína. Piñeros-De Fuente y colaboradores encontraron que la droga con consumo mas alto en los pacientes que ingresaron al hospital Central de Valencia (Venezuela) fue la cocaína (13.5%), seguido por marihuana (7.4%) (ref. 13). En estados unidos las drogas son comúnmente usadas por los jóvenes y el uso de marihuana es el mas común con 34% de los jóvenes reportan usarlo (16)

Entre los 16 y los 25 años, el alcohol es la sustancia mas consumida, seguida por marihuana, cocaína, tranquilizantes y otros como LSD. Entre los mayores de 45 años, los tranquilizantes son las sustancias psicoactivas mas consumidas, seguida por el alcohol. Entre las mujeres los tranquilizantes son las drogas mas usadas. Entre los hombres, el alcohol es la sustancia psicoactiva mas consumida, seguido por los tranquilizantes, marihuana y cocaína.

REFERENCIAS

- ¹ Torres de Galvis Y, Maya Mejia JM, Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas –VESPA- Medellín, Colombia 1997.
- ² Gomez Estrada G. Estimacion de costos ocasionados por le consumo de alcohol y otras drogas. Bogota: comision interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD/OEA): 2004.
- ³ Torres de G, Y, Velásquez E. Factores de riesgo Asociado a violencia juvenil. Medellín, 1990. U de A. Medellín.
- ⁴ Granados JC. Et al. Familia y otros factores de riesgo asociados con violencia juvenil. Bello Antioquia 1995 Medellin CES.
- ⁵ Torres de G. Y et al. Validación instrumento DUSI. Medellín 1994 FUNLAN Medellín 1994.
- ⁶ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, HOSPITAL DE OCCIDENTE KENNEDY. Alcohol y Trauma, Bogota, 1994.
- ⁷ CONACE. Gobierno de Chile. Estudio de Consumo de Drogas en Consultantes de los Servicios de Urgencias, Santiago, 2001.
- ⁸ Piñero-De Fuentes S, Medina-Orozco E, Rojas M. Prevalencia del consumo de drogas en pacientes atendidos en urgencias de adultos. Salud Publica Mex 1998;40:234-240.
- ⁹ MC.GINNIS JM and LEE RP, Healthy People 2000 at mid Decade. JAMA,1995,273: 1123-1129

- ¹⁰ LOWENFELS, A., and Miller, T. Alcohol and Trauma. *Ann Emerg Med* 13:1056-1060, 1984., citado por PATRICIA C. DISCHINGER, PHD, KIMBERLY A. MITCHELL, MS, JOSEPH A KUFERA, MA, CARL A. SODERSTROM, MD, AND ALBERT B. IOWENFEIS, MD. A Longitudinal Study of Former Trauma Center Patients: The Association Between Toxicology Status and, Subsequent Injury Mortality, en *The Journal of TRAUMA_ Injury, Infection, and Critical Care*, Vol 55, No.5, Noviembre 2001.
- ¹¹ GOODMAN, R.; Mercy, J.; Ioya, F.; Rosenbery, M.; Smith, J.; Allan, N.; Vargas, L.; and Kolts, R. Alcohol use and interpersonal violence; alcohol detected in homicide violence. *Am J. Public Health* 76:144-149, 1986
- ¹² HABERMAN, P. Alcohol and alcoholism in traffic and other accidental deaths. *Am J Drug Alcohol Abuse* 13:475-484, 1987.
- ¹³ Society of Actuaries, and Association of Life Insurance Medical Director of America. *Medical Impartmen Study.. Vol. I Chicago: Society of Actuaries and Society of Life Insurance Medical Director of America*, 1986.
- ¹⁴ SODORSTROME, CA, KERNS TJ, HO SM, DISCHINGER PC, READ KM. Alcoholism and the time of injury among trauma center patients: vehicular crash victims compared with other patients. *Accid Anal Prev* 1997; 29:715-721
- ¹⁵ ROIZEN, J. Alcohol and trauma. In: Giesbrecht, N.; Gonzales, R.; Grant, M.; Osterberg, E.; Room, R; Rootman, I.; and ToWe, I., eds. *Drinking and Casualties: Accidents, Poisonings, and Violence in an International Perspective*. London: Routledge, 1988. pp. 21-69.
- ¹⁶ WALLER, P.; Stewart, J.; Hansen, A.; Stutts, J.; Popkin, C.; and Rodgman, E. The potentiating effects of alcohol on driver injury. *JAMA* 256:1461-1466, 1986
- ¹⁷ ABRAMS, M. Ethanol trauma syndrome. *Iowa Med* 76:120-124, 1986. CLARK, D.; McCarthy, E.; and Robinson, E. Trauma as a symptom of alcoholism. *Ann Emerg Med* 14:274, 1985. MAULL, K. Alcohol abuse: Its implications in trauma care. *South Med J* 75:794-798, 1982. SKINNER, H.; Holt, M.; Schuller, R.; Roy, J.; and Israel, Y. Identification of alcohol abuse using laboratory tests and a history of trauma. *Ann Intern Med* 101:847-851, 1984.
- ¹⁸ RIVARA, FP; KOEPESELL, TD; JURKOVICH, GJ; GURNEY, JG; SODERBER, R. The effects of alcohol abuse on readmission for trauma, *JAMA*. 1993;270:1962-1964.
- ¹⁹ MAULL, K. Alcohol abuse: Its implications in trauma care. *South Med J* 75:794-798, 1982. PERRINE, M. Alcohol involvement in highway crashes. *Clin Plast Surg* 2:11-34, 1975

- ²⁰ [Outcome of injured](#) automobile drivers. *JTrauma* 23:494-498, 1983. WARD, R; Flynn, T.; Miller, P.; and Blaisdell, W. Effects of ethanol ingestion on the severity and outcome of trauma. *Am J Surg* 144-153-157, 1982
- ²¹ ROIZEN, J. Alcohol and trauma. In: Giesbrecht, N.; Gonzales, R.; Grant, M.; sterberg, E.; Room, R.; Rootman, I.; and ToVv1e, L., eds. *Drinking and Casualties: Accidents, Poisonings, and Violence in an International Perspective*. London: Routledge, 1988. pp. 21-69
- ²² MAULL, K. Alcohol abuse: Its implications in trauma care. *South Med J* 75:794-798, 1982
- ²³ M., and Bunegin, L. An experimental study of craniocerebral trauma during ethanol intoxication. *Crit Care Med* 14:841-846, 1986
- ²⁴ PATRICIA C. DISCHINGER, PHD, KIMBERLY A. MITCHELL, MS, JOSEPH A. KUFERA, MA, CARL A. SODERSTROM, MD, AND ALBERT B. LOWENFELS, MD. A Longitudinal Study of Former Trauma Center Patients: The Association Between Toxicology Status and, Subsequent Injury Mortality, en *The Journal of TRAUMA_ Injury, Infection, and Critical Care*, Vol 55, No.5, Noviembre 2001.
- ²⁵ Ronald M. Stewart, MD, John G. Myers, MD, Daniel L Dent, MD, Peter Ermis, BA, Gina A. Gray, MD, Roberto Villarreal, MD, Osbert Blow, MD, PhD, Brian Woods, MD, Marilyn McFarland, RN, MS, Jan Garavaglia, MD., Harlan D. Root, MD, and Basil A. Pruitt, Jr., MD. Seven hundred fifty-three consecutive deaths in a level 1 trauma center: the argument for injury prevention. Department de Cirugia, Universidad de Texas, Centro de Ciencias de la Salud" San Antonio, Texas. En *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 54:66-71, 2003.
- ²⁶ BLONDELL, R, M.D., LOONEY, STEPHEN, Ph.D., KRIEG, CHRISTOPHER, BA, SPAIN, DAVIDA, M.D. A Comparison of Alcohol-Fbsitive and Alcohol-Negative Trauma Patients. *J. Stud. Alcohol* 63; 38G-383, Kentucky, 2002
- ²⁷ SODERSTROM CA, DICSHINGER PC, SMITH GS, ET AL. Psychoactive substance use disorders among seriously trauma center patients. *JAMA*, 1997,277:17691774
- ²⁸ LOWENFELS, A. Trauma, surgery, and anesthesia. In: Pattison, M., and Kaufman, E., eds. *Encyclopedia Handbook of Alcoholism*. New York: Gardner Press, 1982. pp. 343-353.

²⁹ KNOTT, D. *Alcohol Problems: Diagnosis and Treatment*. New York: Pergamon Press, 1986.

³⁰ BRISMAR, B.; Engstrom, A.; and Rydberg, U. Head injury and intoxication: A diagnostic and therapeutic dilemma. *Acta ChirScand* 149:11-14, 1983. HILLBOM, M., and Holm, L. Contribution of traumatic head injury to neuropsychological deficits, *J of Neurol Neurosurg Psychiatry* 49:1349-1353, 1986. SIMONSEN, J. Fatal subarachnoid hemorrhages in relation to minor injuries in Denmark from 1967 to 1981. *Forensic Sci Int* 24:57-63, 1984.