



El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia.

Tercer Estudio Nacional

Argentina 2007

Informe Final de Resultados

**Observatorio Argentino de Drogas
Área de Investigaciones
Noviembre 2007**

SEDRONAR

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

JOSÉ RAMÓN GRANERO

Secretario de Estado

OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS

Diego Alvarez Rivero

Coordinador

Graciela Ahumada

Coordinadora Área de investigaciones
Dirección Técnica del estudio

Jesica Pla

Gabriela Wrobel

Equipo de investigación

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES, INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS y METODOLOGÍA	
ANTECEDENTES	4
INTRODUCCION	6
OBJETIVOS	7
METODOLOGIA	
- Muestra	8
- Instrumento	8
- Trabajo de campo	10
II. RESULTADOS	12
1. Descripción de los pacientes encuestados	13
-Variable distribución de la muestra	13
-Variables sociodemográficas	16
-Variables relacionadas a la consulta	20
-Variables relacionadas al consumo	22
2. Análisis de la relación entre el consumo y la consulta de emergencia	29
-Motivos de ingreso a la guardia de las consultas vinculadas, según consumos específicos	44
-Morbilidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas	46
3. Análisis comparativo 2003, 2005 y 2007.....	53
III. CONCLUSIONES	61
IV. ANEXO	
- Listado de hospitales y coordinadores provinciales	63
- Encuesta a pacientes en salas de emergencia	65

ANTECEDENTES

El registro de ingresos a salas de emergencia asociados al uso¹ 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) con el apoyo técnico y financiero del Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD-OEA, realizó en los años 2003 y 2005 el primer y segundo 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 2007 se llevó a cabo el tercer estudio nacional financiado por SEDRONAR.

En todos los casos, el OAD ha realizado la dirección técnica, 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 y Segundo Estudio Nacional en pacientes en salas de emergencia (2003 y 2005) y a partir de esta tercera 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.

¹ 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.

El Tercer 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 (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 2007 se realizó el Tercer Estudio Nacional sobre la relación entre el uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. La investigación consistió en la aplicación de un cuestionario estandarizado (SIDUC) en los hospitales públicos de las ciudades capitales del país. La investigación estuvo financiada por SEDRONAR y la dirección técnica, 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 representante del COFEDRO². 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 04 al 10 de junio del año 2007, 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.

² 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 la 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 y 2007) 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 4 al 10 de junio de 2007, 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 objetivo 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 **13.208 encuestas**.

Instrumento

El instrumento que se aplica a la totalidad de la muestra es el cuestionario estandarizado del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC): “Encuesta a pacientes en salas de Urgencia” (CICAD, 2001).

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 por el médico.

Respecto de la información específica de consumo de SPA, en primer lugar, se aspira la respuesta del paciente pero en el caso de que hubiesen síntomas claros y evidentes de la presencia de alguna sustancia que fuese negada por él, la respuesta positiva del médico será la 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.

En el caso especial del cuestionario para la Provincia de Córdoba se agregó la siguiente variable:

- Test de Alcholemia.

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. En los hospitales públicos de Argentina como en otros del mundo, no se ha podido lograr incorporar ésta sección por motivos económicos y de recursos humanos de cada hospital. Sin embargo, este año, el estudio que realiza la provincia de Córdoba tiene una variable agregada, el testeo de alcoholemia en todos los pacientes ingresados a la sala de emergencia y que no se nieguen a realizarlo.

Por otro lado, este año se ha incorporado al tabaco como una sustancia psicoactiva a evaluar junto al resto de las apreciadas en años anteriores.

También la variable acerca del diagnostico presuntivo ha sido modificada con el objetivo de facilitar la tarea de los médicos al solicitar la precisión de un diagnostico en el momento de la urgencia. Las enfermedades posibles han sido descriptas y agrupadas según el CIE³ 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 3º Estudio Nacional es la semana del Lunes 04⁴ al Domingo 10 de Junio del año 2007, durante las 24 horas.

Se seleccionan 23 coordinadores provinciales y 1 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires quienes reciben capacitación específica realizada en el OAD-SEDRONAR en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La capacitación hace 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, los posibles obstáculos que pudiesen aparecer en el campo y los modos de resolverlos.

A su regreso, los coordinadores provinciales seleccionan y capacitan encuestadores de acuerdo a los perfiles definidos en la capacitación de Buenos Aires (promedio de 4 encuestadores por cada hospital). También, son ellos quienes establecen relación entre el

³ Clasificación Internacional de Enfermedades

⁴ En la provincia de Buenos Aires, el estudio comenzó el Lunes 04 a la mañana, por lo cual el campo se extendió hasta el Lunes 11 al mismo horario. Dado que sólo se registraron 3 casos pertenecientes al Lunes 11, en el análisis de los datos se incorporan al Lunes 04.

Director Médico del hospital, los profesionales de la guardia y el Observatorio Argentino de Drogas.

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

Una vez finalizado el campo, se supervisa la edición de las encuestas recibidas de las provincias y se terceriza en una empresa especializada, la carga de las encuestas en una base de datos diseñada por el OAD. Se entrega a la empresa seleccionada las encuestas y el libro de códigos que sirve de guía para la carga de datos. En el libro, cada pregunta del cuestionario corresponde a una variable en la base de datos que posee categorías posibles de respuesta. Al finalizar dicho trabajo, se reciben nuevamente las encuestas y la base de datos cargada en su totalidad. Se verifica la correcta utilización de los códigos y posibles inconsistencias o falta de datos, con el objetivo de minimizar posible errores de carga.

Uno de los objetivos de este estudio es establecer comparaciones con el primer y segundo estudio nacional (2003 y 2005). Para ello debe asegurarse primero que los datos de cada base sean comparables entre sí. Una vez asegurada la comparabilidad de la información se espera obtener la cantidad de consultas relacionadas al consumo de SPA para el 2003, 2005 y 2007 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 13.208, considerando una serie de 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 de los hospitales provinciales 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 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	289	2,2
Catamarca	532	4,0
Chaco	439	3,3
Chubút	766	5,8
Ciudad de Buenos Aires	1126	8,5
Córdoba	450	3,4
Corrientes	660	5,0
Entre Ríos	655	5,0
Formosa	682	5,2
Jujuy	763	5,8
La Pampa	270	2,0
La Rioja	335	2,5
Mendoza	604	4,6
Misiones	376	2,8
Neuquén	552	4,2
Río Negro	503	3,8
Salta	317	2,4
San Juan	549	4,2
San Luís	302	2,3
Santa Cruz	518	3,9
Santa Fe	825	6,2
Santiago del Estero	992	7,5
Tierra del Fuego	420	3,2
Tucumán	283	2,1
Total	13208	100,0

Mientras la mayor proporción de consultas realizadas se observa en la provincia de Santiago del Estero y en la Ciudad de Buenos Aires, las menores son aquellas de las provincias de La Pampa y Tucumán.

Cuadro 2: Cantidad de pacientes encuestados por días de la semana. Total país, 2007.

Días de la semana	Cantidad de pacientes	%	% acumulado
Lunes 4	1948	14,7	14,7
Martes 5	1737	13,2	27,9
Miércoles 6	1734	13,1	41,0
Jueves 7	1818	13,8	54,8
Viernes 8	1826	13,8	68,6
Sábado 9	2079	15,7	84,3
Domingo 10	2066	15,6	100,0
Total	13208	100,0	-

En cada día de la semana se realizó entre un 13% y un 15% de las consultas, con excepción de los días sábado y domingo, en los que se observa una proporción levemente mayor de consultas. El Lunes 11 se registraron sólo tres casos porque sólo la provincia de Buenos Aires extendió el campo hasta dicho día⁵.

Dada la especificidad de la relación entre la consulta a la sala de emergencia y el consumo de SPA, se considera importante reagrupar las consultas según ocurrieran durante el fin de semana o entre semana. Con ese objetivo se reagruparon las consultas bajo el siguiente criterio: se considera “fin de semana” desde el viernes a las 20:00 hs. hasta el lunes a las 8:00 hs; el resto de las consultas son consideradas como realizadas “entre semana”.

Cuadro 3: Cantidad de pacientes encuestados según “entre semana” / “fin de semana”. Total país, 2007.

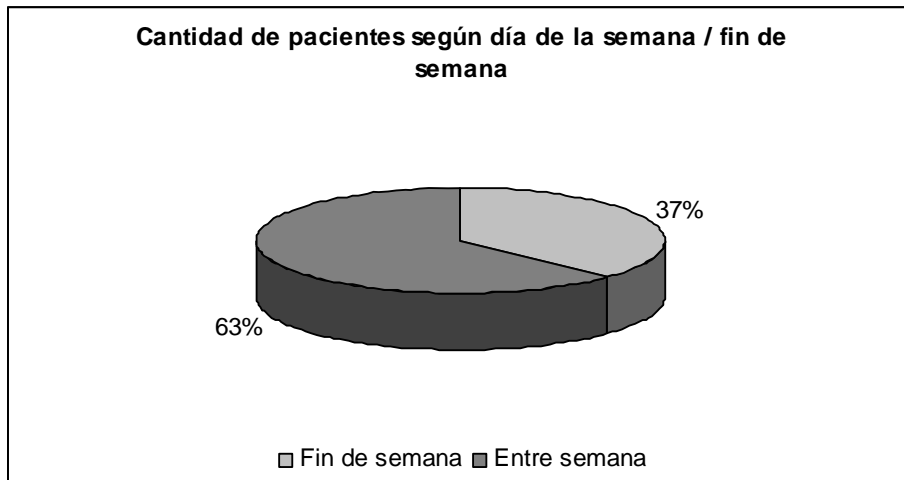
Días de la semana	Cantidad de pacientes	%
Fin de semana	4909	37,2
Entre semana	8297	62,8
Total*	13206	100,0

*2 casos sin datos

Se observa que durante el fin de semana se realizó el 37.2% de las consultas y durante la semana el 62.8%.

⁵ Se mencionan las razones en el apartado de “Trabajo de Campo”.

Gráfico 1: Cantidad de pacientes encuestados según ocurran “entre semana” / “fin de semana”. Total país, 2007.



2. Variables sociodemográficas

Cuadro 4: Cantidad de pacientes encuestados según sexo. Total país, 2007.

Sexo	Cantidad de pacientes	%
Varones	6766	52,0
Mujeres	6247	48,0
Total*	13013	100,0

*195 casos sin datos

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

Cuadro 5: Cantidad de pacientes encuestados según grupos de edad. Total país, 2007.

Grupos de edad	Cantidad de pacientes	%	% acumulado
12 a 15 años	404	3,1	3,1
16 a 20 años	1921	14,6	17,6
21 a 25 años	2018	15,3	33,0
26 a 30 años	1671	12,7	45,6
31 a 40 años	2224	16,9	62,5
41 a 50 años	1835	13,9	76,5
51 y más años	3102	23,5	100,0
Total*	13175	100,0	-

*33 casos sin datos

Mientras el 45.6% de los pacientes que asistieron a las salas de emergencia tienen entre 12 y 30 años, los pacientes mayores de 51 años se configuran como el grupo que presenta la mayor proporción de consultas realizadas. En este sentido, el promedio de edad que se observa es de 37 años, aunque con una desviación típica de 17,7, es decir que no todos los valores se agrupan homogéneamente alrededor de dicho promedio, como queda de manifiesto en el cuadro 5.

Cuadro 6: Cantidad de pacientes encuestados según nivel de instrucción. Total país, 2007.

Nivel de Instrucción	Cantidad de pacientes	%	% acumulado
Sin instrucción	501	4,0	4,0
Primaria Incompleta	1402	11,1	15,0
Primaria completa	3257	25,7	40,7
Secundaria Incompleta	3438	27,1	67,8
Secundaria completa	2887	22,8	90,6
Terciaria/universitaria incompleta	808	6,4	97,0
Terciaria/universitaria completa	384	3,0	100,0
Total*	12677	100,0	

*531 casos sin datos

El 39.7% de los pacientes que acudieron a la salas de emergencia tienen como máximo el primario completo, en tanto que sólo un 3.0% finalizó el nivel terciario o universitario.

Cuadro 7: Cantidad de pacientes encuestados según situación conyugal. Total país, 2007.

Situación Conyugal	Cantidad de pacientes	%
Casado (a) / Unido, juntado (a)	5372	41,9
Divorciado (a) / Separado (a) / Viudo (a)	1651	12,9
Soltero (a)	5793	45,2
Total	12816	100,0

*262 casos sin datos

Las personas solteras acudieron en mayor proporción (45.2%) a realizar una consulta en las salas de emergencias de los hospitales correspondientes. Un 41.9% de las personas eran casadas o unidas de hecho y un 12.9% divorciadas, separadas o viudas.

Cuadro 8: Cantidad de pacientes encuestados según situación laboral. Total país, 2007.

Situación Laboral	Cantidad de pacientes	%
Trabaja a tiempo completo	3659	28,4
Trabaja a tiempo parcial	1997	15,5
Trabaja esporádicamente	821	6,4
Está desempleado	652	5,1
Estudiante	1554	12,1
No trabaja	1482	11,5
Ama de casa	1590	12,3
Jubilado o pensionado	1099	8,5
Rentista	24	0,2
Total*	12878	100,0

*330 casos sin datos

Aproximadamente la mitad (50.3%) de los pacientes está trabajando y un 5.1% está desocupado. Los demás pacientes son inactivos económicamente, es decir, amas de casa, estudiantes, rentistas, jubilados o personas que no trabajan y tampoco buscan empleo, información que se muestra en el cuadro 9.

Cuadro 9: Cantidad de pacientes encuestados según condición de actividad. Total país, 2007.

Condición de actividad	Cantidad de pacientes	%
Activo	7129	55,4
Inactivo	5749	44,6
Total*	12878	100,0

*330 casos sin datos

Cuadro 10: Cantidad de pacientes encuestados según ocupación (Base: total de activos). Total país, 2007.

Ocupación	Cantidad de pacientes	%
Altos Directivos	119	1,8
Profesionales / empresarios	135	2,1
Técnicos / comerciantes	301	4,6
Trabajadores administrativos	1483	22,8
Pequeños Comerciantes	402	6,2
Artesanos / Trabajadores independientes con oficio	354	5,5
Operarios / obreros calificados	1350	20,8
Peones / aprendices	721	11,1
Servicio doméstico / Vendedores ambulantes	930	14,3
Personal subalterno de las fuerzas de seguridad	140	2,2
Planes / subsidios de desempleo	390	6,0
Ns/Nc	166	2,6
Total*	6491	100,0

*638 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 25.4% se dedica a tareas sin calificación (peones, servicio doméstico y vendedores ambulantes), un 22,8% a trabajos administrativos, y 26,3% realizan tareas de calificación operativa (obreros, artesanos o trabajadores independientes). Por su parte, mientras un 6.0% recibe algún subsidio por desempleo, un 6.7% son profesionales y/o técnicos y sólo un 1.8% tienen tareas de alta dirección.

3. Variables relacionadas a la consulta

Cuadro 11: Cantidad de pacientes encuestados según estado en el cual llegaron a la guardia. Total país, 2007.

Estado en que llegó el paciente	Cantidad de pacientes	%
Consciente	12337	94,5
Inconsciente	333	2,6
Conmoción Cerebral / Obnubilado	380	2,9
Total*	13050	100,0

*158 casos sin datos

La mayoría de los pacientes, el 94.5%, llegó consciente a la sala de emergencia y un 5.5% llegó inconsciente⁶ u obnubilado⁷.

Cuadro 12: Cantidad de pacientes encuestados según motivo de ingreso a la guardia. Total país, 2007.

Motivo de ingreso	Cantidad de pacientes	%
Desconocido	474	3,6
Accidente de tránsito	1241	9,5
Accidente de trabajo	486	3,7
Accidente común o casero	1325	10,2
Situación de violencia	555	4,3
Intento de suicidio	82	0,6
Sobredosis	163	1,3
Síndrome de abstinencia	45	0,3
Motivo médico general	8649	66,4
Total*	13020	100,0

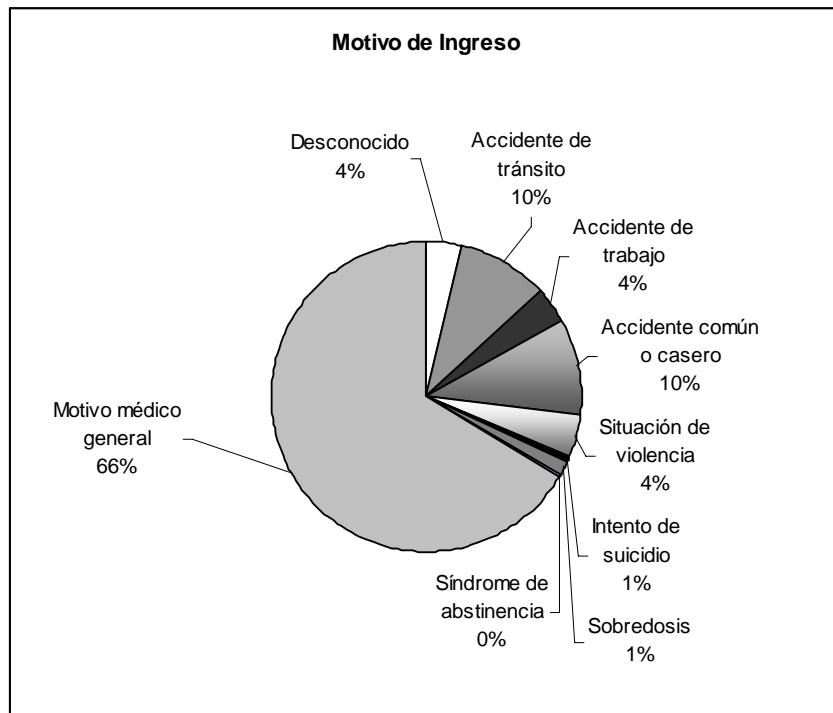
*188 casos sin datos

La mayoría de los pacientes (66.4%) ingresaron a la sala de emergencia por motivos médicos generales (enfermedades en general); un 23.4% lo hizo por accidentes (de tránsito, de trabajo o común o casero). Un 4.3% de los pacientes ingresaron por situaciones de violencia, y un 1.3% por motivos relacionados a sobredosis.

⁶ 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*).

⁷ 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*).

Gráfico 2: Cantidad de pacientes encuestados según motivo de ingreso a la guardia. Total país, 2007.



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 13: Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso. Total país, 2007.

Sustancias Psicoactivas	Cantidad de pacientes	Prevalencia reciente+
Tabaco	3475	28,1
Alcohol	2087	16,9
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	427	3,4
Marihuana	162	1,3
Antidepresivos	108	0,9
Cocaína	48	0,4
Anticolinérgicos	45	0,4
Hipnóticos	40	0,3
Solventes o inhalables	34	0,3
Pasta base - Paco	28	0,2
Estimulantes	21	0,2
Anfetaminas	12	0,1
Alucinógenos	5	0,0
Éxtasis	2	0,0
Opio o morfina	1	0,0
Cristales (Metanfetaminas)	1	0,0
Otras drogas	525	4,2

+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 el tabaco, consumido por el 28.1% de los pacientes atendidos, seguida por el alcohol, consumido por un 16.9% y luego por ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, consumidos en un 3.4%. La marihuana fue consumida en un 1.3% y cocaína por el 0.6% de los pacientes.

Cuadro 14: Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según sexo. Total país, 2007.

Sustancias Psicoactivas	Sexo		
	Varones	Mujeres	Total
Tabaco	34,0	21,6	28,1
Alcohol	24,8	8,2	16,9
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	2,3	4,6	3,4
Marihuana	2,0	1,2	1,3
Cocaínas (cocaína y pasta base-paco)	0,9	0,2	0,6

*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 es mayor que en las mujeres, con excepción de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, donde las mujeres, han consumido aproximadamente 2 veces más que los varones.

Cuadro 15: Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital. Total país, 2007.

Sustancias Psicoactivas	Ciclo vital			
	Jóvenes	Mediana edad	Mayores	Total
Tabaco	31,6	30,4	18,2	28,1
Alcohol	19,8	16,0	12,0	16,9
Ansiolíticos, Sedantes y Tranquilizantes	2,5	4,0	4,6	3,4
Marihuana	2,3	0,8	-	1,3
Cocaínas (cocaína y pasta base-paco)	1,0	0,4	-	0,6

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

El ciclo vital de una persona define y distingue un momento particular de la vida en el que intervienen varios factores: biológicos, psicológicos y sociales. Marca una etapa específica y determinante en la que se presentan crisis y exigencias de adaptación particulares para ese individuo. En este sentido, resulta interesante conocer si el consumo de alguna sustancia varía de acuerdo al ciclo vital que la persona esté atravesando.

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

En el cuadro presentado se puede observar que las dos sustancias más consumidas 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.

Cabe destacar que en los pacientes mayores de 51 años atendidos en las salas de emergencia, no se observa consumo de marihuana ni cocaínas en las seis horas anteriores a la realización de la consulta.

Cuadro 16: Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Jóvenes y sexo. Total país, 2007.

Sustancias Psicoactivas	Pacientes jóvenes		
	Varones	Mujeres	Total Jóvenes
Tabaco	36,7	25,7	31,6
Alcohol	27,1	11,3	19,8
Marihuana	3,5	3,2	2,5
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	1,9	0,9	2,3
Cocaínas (cocaína y pasta base-paco)	1,5	0,3	1,0

*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, ansiolíticos y cocaínas) en comparación con los varones, menos en el consumo de marihuana que presenta valores casi similares en ambos sexos.

Cuadro 17: Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Mediana edad y sexo. Total país, 2007.

Sustancias Psicoactivas	Pacientes de mediana edad		
	Varones	Mujeres	Total Mediana edad
Tabaco	37,0	23,4	30,4
Alcohol	24,3	7,4	16,0
Marihuana	1,3	1,7	0,8
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	2,5	5,3	4,0
Cocaínas (cocaína y pasta base-paco)	0,6	0,1	0,4

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

Las mujeres de mediana edad, presentan un consumo menor de tabaco, alcohol y cocaínas que los varones, y muestran mayor consumo que los varones de mediana edad en los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes (duplican a los varones del mismo grupo etario). En el consumo de marihuana la diferencia entre sexos es mínima.

En ambos sexos el consumo de cocaínas desciende en relación al grupo de los jóvenes, y los varones son, nuevamente, quienes consumen más cocaínas.

Cuadro 18: Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Mayores y sexo. Total país, 2007.

Sustancias Psicoactivas	Pacientes de mayores		
	Varones	Mujeres	Total Mayores
Tabaco	24,5	11,7	18,2
Alcohol	20,3	3,3	12,0
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	2,9	6,3	4,6
Marihuana	-	-	-
Cocaínas (cocaína y pasta base-paco)	-	-	-

*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 (20.3%) mientras que en las mujeres es de sólo 3.3%. 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.

En este grupo etario no se observa consumo de marihuana ni cocaínas en las seis horas previas a la consulta en las salas de emergencia correspondientes.

Cuadro 19: Cantidad de sustancias consumidas (policonsumo) en las últimas 6 horas, según consumo o no de sustancias legales. Total país, 2007.

Cantidad de sustancias consumidas	Cantidad de pacientes según consumo			
	No contabilizado el consumo de tabaco		No contabilizado el consumo de tabaco y alcohol	
	n	%	n	%
Consumió una sustancia	2521	84,7	1073	85,8
Consumió dos sustancias	367	12,3	154	12,3
Consumió tres sustancias o más	89	3,0	23	1,8
Total	2977	100,0	1250	100,0

Considerando al total de quienes consumieron alguna sustancia sin contabilizar el consumo de tabaco, la mayoría (84,7%) consumió una sola sustancia, el 12,3% dos sustancias y el 3,0% 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 20: Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de alcohol. Total país, 2007.

Tipo de policonsumo según alcohol	N	%
Consumió sólo alcohol	1727	58,0
Consumió alcohol y alguna otra droga	360	12,1
Consumió alguna droga menos alcohol	890	29,9
Total	2977	100,0

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 (58,0%) consumieron sólo alcohol, mientras que el 29,9% consumió alguna droga distinta al alcohol y el 12,1% alcohol más otra droga.

Cuadro 21: Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes. Total país, 2007.

Tipo de policonsumo según ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes	N	%
Consumió sólo ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes	233	7,8
Consumió ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes y alguna otra droga	194	6,5
Consumió alguna droga menos ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes	2550	85,7
Total	2977	100,0

Con el objetivo de identificar el policonsumo poniendo eje en los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, se observa que los mono consumidores de estos psicofármacos representan el 7.8%. El porcentaje de pacientes que combinaron psicofármacos con otras sustancias (sin contabilizar tabaco) fue del 6.5%; en tanto que la combinación de cualquier sustancia menos ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes ocurrió en el 85.7% de los pacientes con consumo.

Cuadro 22: Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de marihuana. Total país, 2007.

Tipo de policonsumo según marihuana	N	%
Consumió sólo marihuana	25	0,8
Consumió marihuana y alguna otra droga	137	4,6
Consumió alguna droga menos marihuana	2815	94,6
Total	2977	100,0

Por su parte, al analizar el policonsumo de sustancias tomando como droga separada a la marihuana (y sin contabilizar el consumo de tabaco), observamos que solo consumió marihuana el 0,8%, mientras que el 4,6% consumió dicha sustancia más alguna otra. Y el 94.6% consumió alguna sustancia distinta a la marihuana.

Cuadro 23: Cantidad de pacientes según quién respondió sobre consumo. Total país, 2007.

¿Quién respondió sobre el consumo?	Cantidad de pacientes	%
El paciente	8065	61,1
El médico	2066	15,6
El paciente y el médico	2872	21,7
Sin información	205	1,6
Total	13208	100,0

En la aplicación del cuestionario, se obtuvo que en el 61.1% de los casos fue el mismo paciente quien informó sobre el consumo de sustancias. En un porcentaje menor del 15.6% fue el médico quien respondió y en un 21.7% fueron ambos.

Cuadro 24: Distribución de las consultas según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la consulta. Total país, 2007.

Impresión clínica del médico	Cantidad de pacientes	%
Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	1163	8,8
Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas	3438	26,0
No se informa porque no hay consumo	7456	56,5
Sin datos	1151	8,7
Total	13208	100,0

Del total de las consultas registradas (13208), el 8.8% 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 20.2%.**

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 Catamarca y de Buenos Aires, el porcentaje de consultas asociadas al consumo es similar al total nacional (8.5% y 9.3% respectivamente). En cambio, en 10 provincias se observó un porcentaje de consultas asociadas al consumo por arriba del promedio nacional, estas provincias son: Córdoba (21.1%), Tucumán (18.7%) La Rioja (17%), Entre Ríos (15.1%), Mendoza (13.9%), Formosa (13.6%), San Juan (11.7%), Corrientes (10.5%), Salta (9.8%) y San Luís (9.6%). Por otro lado, en 12 provincias este porcentaje de asociación entre la consulta y el consumo es menor al promedio nacional: Río Negro (1.4%), Tierra del Fuego (3.1%), Jujuy (3.3%), Santa Cruz (4.2%), Santiago del Estero (5.1%), Neuquén (6.2%), Chubút (6.7%), Santa Fe (6.8%), Ciudad de Buenos Aires (6,9%), Misiones (7.2%), La Pampa (7.4%) y Chaco (7.5%).

Cuadro 25: 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	27	9,3	289
Catamarca	45	8,5	532
Chaco	33	7,5	439
Chubút	51	6,7	766
Ciudad de Buenos Aires	78	6,9	1126
Córdoba	95	21,1	450
Corrientes	69	10,5	660
Entre Ríos	99	15,1	655
Formosa	93	13,6	682
Jujuy	25	3,3	763
La Pampa	20	7,4	270
La Rioja	57	17,0	335
Mendoza	84	13,9	604
Misiones	27	7,2	376
Neuquén	34	6,2	552
Río Negro	7	1,4	503
Salta	31	9,8	317
San Juan	64	11,7	549
San Luís	29	9,6	302
Santa Cruz	22	4,2	518
Santa Fe	56	6,8	825
Santiago del Estero	51	5,1	992
Tierra del Fuego	13	3,1	420
Tucumán	53	18,7	283
Total	1163	8,8	13208

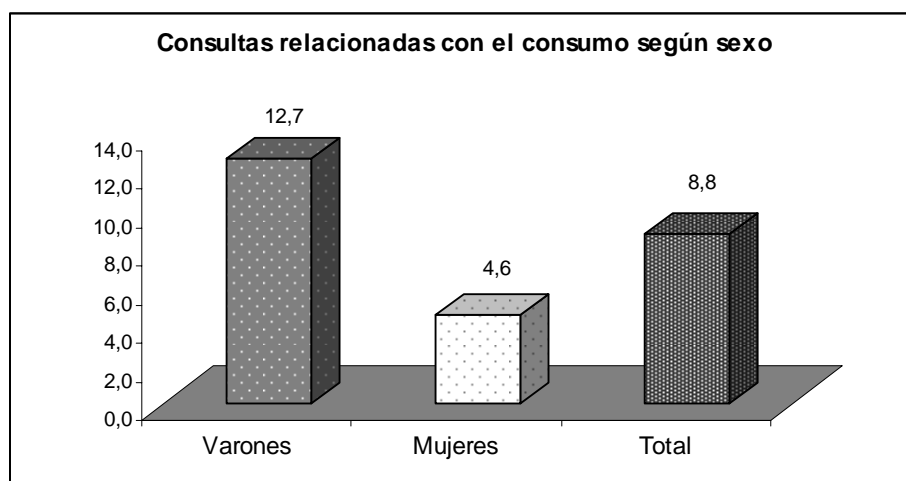
Cuadro 26: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según sexo. Total país, 2007.

Sexo	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Varones	12,7	29,3	58,0	100,0
Mujeres	4,6	22,4	72,9	100,0
Total	8,8	26,0	65,2	100,0

+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 8.1 puntos porcentuales al de las mujeres.

Gráfico 3: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según sexo. Total país, 2007.



Cuadro 27: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según Grupos de edad. Total país, 2007.

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	6,7	9,7	83,7	100,0
16 a 20 años	13,7	22,7	63,6	100,0
21 a 25 años	11,3	30,9	57,8	100,0
26 a 30 años	9,6	29,7	60,7	100,0
31 a 40 años	8,5	27,7	63,8	100,0
41 a 50 años	6,9	28,7	64,4	100,0
51 y más años	5,3	22,4	72,3	100,0
Total	8,8	26,1	65,2	100,0

+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 a medida que se incrementa la edad disminuyen los porcentajes de asociación. Específicamente y siguiendo dicha tendencia, los mayores porcentajes de asociación con el consumo se encuentran en los grupos de entre 16 a 25 años.

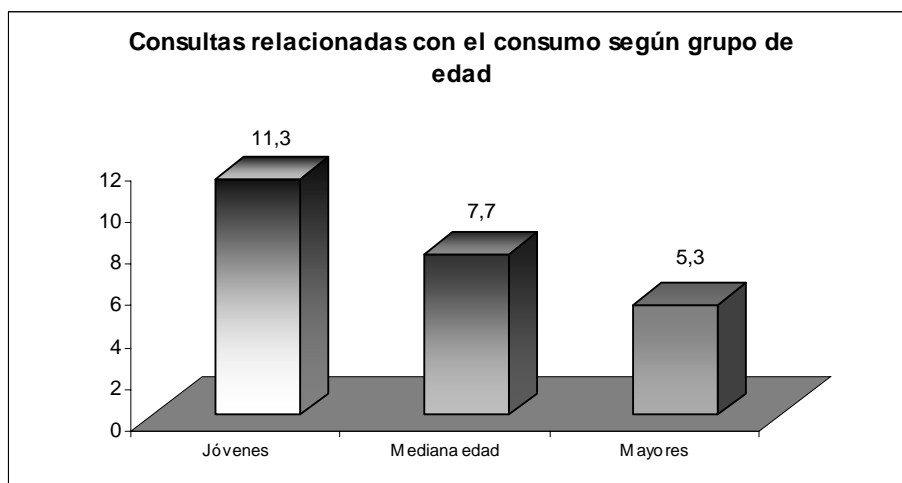
Cuadro 28: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según ciclo vital. Total país, 2007.

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	11,3	26,5	62,2	100,0
Mediana edad	7,7	28,2	64,1	100,0
Mayores	5,3	22,4	72,3	100,0
Total	8,8	26,1	65,2	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

Confirmando los datos del cuadro anterior, observamos que son los jóvenes quienes presentaron una mayor asociación con el consumo de SPA, según la impresión clínica del médico.

Gráfico 4: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según ciclo vital. Total país, 2007.



Cuadro 29: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según nivel de instrucción. Total país, 2007.

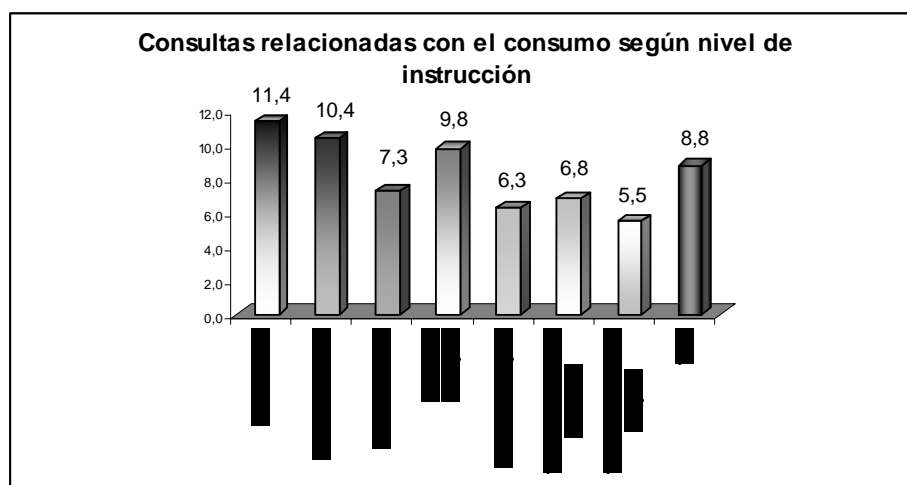
Nivel educativo	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Sin instrucción	11,4	25,9	62,7	100,0
Primaria Incompleta	10,4	23,0	66,5	100,0
Primaria completa	7,3	25,5	67,2	100,0
Secundaria Incompleta	9,8	26,7	63,5	100,0
Secundaria completa	6,3	28,7	65,0	100,0
Terciaria/universitaria incompleta	6,8	29,6	63,6	100,0
Terciaria/universitaria completa	5,5	23,4	71,1	100,0
Total	8,8	26,1	65,1	100,0

+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 sin instrucción y con menor nivel de instrucción (primaria incompleta), reduciéndose a medida que se avanza en el nivel de instrucción.

Cabe destacar 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 5: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según nivel de instrucción. Total país, 2007.



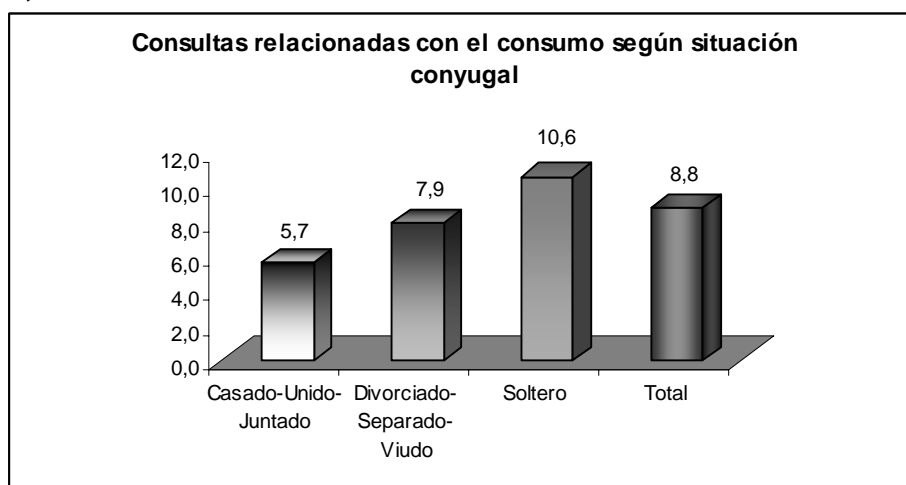
Cuadro 30: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según situación conyugal. Total país, 2007.

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)	5,7	27,2	67,2	100,0
Divorciado (a) - Separado (a) - Viudo (a)	7,9	26,9	65,2	100,0
Soltero (a)	10,6	25,7	63,8	100,0
Total	8,8	26,1	65,1	100,0

+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 y en segundo lugar, en los divorciados, separados o viudos. Algunos estudios indican que existe una asociación entre la ausencia de pareja estable y la mayor exposición a problemas de salud.

Gráfico 6: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según situación conyugal. Total país, 2007.



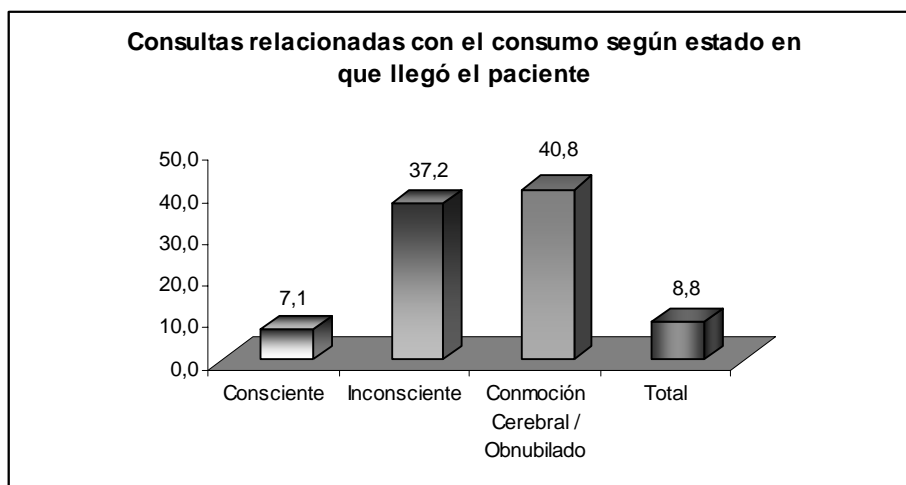
Cuadro 31: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según estado en el que llegó el paciente. Total país, 2007.

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	7,1	26,8	66,1	100,0
Inconsciente	37,2	8,4	54,4	100,0
Conmoción Cerebral / Obnubilado	40,8	15,3	43,9	100,0
Total	8,8	26,0	65,1	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

Los pacientes que llegaron en estado de conmoción cerebral u obnubilados, tienen una mayor probabilidad de que su consulta se relacione con el consumo de SPA (40.8%). Dicho porcentaje se reduce al 7.1% en los pacientes que llegaron conscientes a la sala de emergencia. 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 7: Distribución de las consultas según 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, 2007.



Cuadro 32: Distribución porcentual de los pacientes según Estado de ingreso al Hospital, de acuerdo a la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2007.

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	75,8	97,5	95,9	94,5
Inconsciente	10,7	0,8	2,1	2,6
Conmoción Cerebral / Obnubilado	13,4	1,7	2,0	2,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

+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 24.1% frente al 2.5% que corresponden a las consultas que no tienen relación con el consumo. Este dato advierte sobre el impacto que sobre el consumo de sustancias tiene sobre el sistema de salud (demanda de atención y tratamiento).

Cuadro 33: Distribución de las consultas según estado en que llegó el paciente por consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2007.

Sustancias Psicoactivas	Estado en que llegó el paciente			Total
	Consciente	Inconsciente	Conmoción Cerebral / Obnubilado	
Alcohol	86,7	5,9	7,4	100,0
Tabaco	95,2	1,6	3,2	100,0
Marihuana	78,1	8,8	13,1	100,0
Solventes o inhalables	64,7	8,8	26,5	100,0
Cocaínas (Cocaína- Pasta base)	67,1	16,4	16,4	100,0
Pasta base - Paco	66,7	18,5	14,8	100,0
Hipnóticos	76,9	7,7	15,4	100,0
Ansiolíticos, Sedantes y Tranquilizantes	82,9	8,3	8,8	100,0
Antidepresivos	82,2	5,6	12,1	100,0
Anticolinérgicos	93,2	-	6,8	100,0
Otras drogas	95,9	2,0	2,0	100,0

En mayor proporción, los pacientes que llegaron en estado de conmoción cerebral u obnubilados, son aquellos que consumieron solventes e inhalables (26,5%), cocaína, hipnóticos y pasta base.

Los pacientes que consumieron cocaína y pasta base son quienes ingresaron en mayor número inconscientes, mientras que, como era esperable, quienes consumieron tabaco entraron en estado consciente en un 95,2%.

Cuadro 34: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según motivo del ingreso. Total país, 2007.

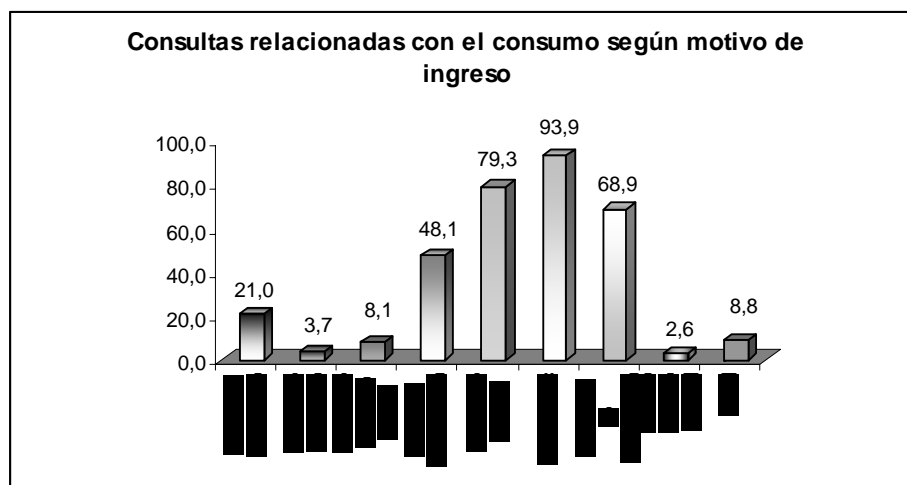
Motivo de ingreso	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Accidente de tránsito	21,0	19,7	59,4	100,0
Accidente de trabajo	3,7	35,0	61,3	100,0
Accidente común o casero	8,1	25,4	66,6	100,0
Situación de violencia	48,1	15,9	36,0	100,0
Intento de suicidio	79,3	6,1	14,6	100,0
Sobredosis	93,9	0,6	5,5	100,0
Síndrome de abstinencia	68,9	11,1	20,0	100,0
Motivo médico general	2,6	28,7	68,7	100,0
Total	8,8	26,1	65,1	100,0

+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 79.3% de los ingresos por esta causa están asociados al consumo de sustancias.

Luego se asocian con el consumo de sustancias el 48.1% de las situaciones de violencia y el 21% de los accidentes de tránsito.

Gráfico 8: Distribución de las consultas según Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según motivo del ingreso. Total país, 2007.



Cuadro 35: 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, 2007.

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	23,0	7,3	9,1	9,9
Accidente de trabajo	1,6	5,1	3,7	3,9
Accidente común o casero	9,5	10,1	10,9	10,6
Situación de violencia	23,7	2,6	2,5	4,4
Intento de suicidio	5,8	0,2	0,1	0,7
Sobredosis	13,6	0,0	0,1	1,3
Síndrome de abstinencia	2,7	0,2	0,1	0,4
Motivo médico general	20,1	74,5	73,5	68,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

+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 20.1% responde a motivos médicos generales, en tanto que en un 34.1% fueron por accidentes en general (de tránsito, de trabajo o comunes) y un 23.7% por situaciones de violencia. El 13.6% corresponde a ingresos por motivos relacionados a la sobredosis.

Cuadro 36: 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, 2007.

Sustancias Psicoactivas	Impresión clínica del médico		
	Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas	No se informa porque no hay consumo+
Alcohol	80,5	28,2	2,4
Tabaco	54,0	75,9	3,1
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	13,8	6,9	0,4
Marihuana	9,7	1,1	0,1
Cocaína	3,6	0,2	
Antidepresivos	3,6	1,7	0,1
Solventes o inhalables	2,8	0,1	
Hipnóticos	2,4	0,3	
Pasta base - Paco	2,0	0,1	0,0
Estimulantes	0,9	0,3	
Anfetaminas	0,8	0,1	
Anticolinérgicos	0,6	1,1	0,0
Alucinógenos	0,3	0,1	
Éxtasis	0,2		
Opio o morfina	0,1		
Cristales (Metanfetaminas)	0,1		
Otros	3,3	14,1	0,0

+Incluye los casos "sin datos"

La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de droga es del 80.5%, indicando una vez más, la importancia de ésta sustancia en los patrones de consumo de la población. Por primera 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 (54.0%). Los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes tienen una presencia del 13.8%, la marihuana del 9.7% y la cocaína y los antidepresivos del 3.6% cada una de ellas. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de sustancias es inferior al 3%.

Cuadro 37: 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, 2007.

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	
Solventes o inhalables	94,1	5,9		100% (N =34)
Cocaína	87,5	12,5		100% (N =48)
Pasta base - Paco	82,1	10,7	7,1	100% (N =28)
Hipnóticos	70,0	30,0		100% (N =40)
Marihuana	69,8	24,1	6,2	100% (N =162)
Estimulantes	47,6	52,4		100% (N =21)
Alcohol	44,8	46,4	8,8	100% (N =2087)
Antidepresivos	38,9	53,7	7,4	100% (N =108)
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	37,7	55,5	6,8	100% (N =427)
Tabaco	18,1	75,1	6,9	100% (N =3475)
Anticolinérgicos	15,6	82,2	2,2	100% (N =45)
Otras Drogas*	9,9	89,7	0,4	100% (N =546)

*Incluye opio o morfina, cristales (metanfetaminas), éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Entre los pacientes con consumo de solventes e inhalables, cocaína, pasta base, hipnóticos, y marihuana, el ingreso por causas asociadas al consumo supera al 70% del total de consultas. Entre los pacientes que consumieron estimulantes y alcohol los porcentajes son del 47.6% y 44.8% respectivamente.

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

Cuadro 38: 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, 2007.

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	41,0	49,3	9,7	100,0 (N = 1727)
Consumió alcohol y alguna otra droga	63,3	32,5	4,2	100,0 (N = 360)
Consumió alguna droga menos alcohol	18,1	78,3	3,6	100,0 (N = 890)
Total	36,8	55,9	7,2	100,0 (N = 2977)

+Incluye los casos "sin datos"

En el cuadro anterior se observa que es mayor la asociación entre la consulta y el consumo cuando en las seis horas anteriores a ésta se consumió alcohol y otra sustancia (63,3%), seguido de aquellos que consumieron sólo alcohol (41,0%). Estos datos vuelven a confirmar la gravedad del consumo de alcohol y sus efectos en la salud de la población.

Cuadro 39: 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, 2007.

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	26,2	64,8	9,0	100,0 (N = 233)
Consumió ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y alguna otra droga	51,5	44,3	4,1	100,0 (N = 194)
Consumió alguna droga menos ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	36,7	56,0	7,3	100,0 (N = 2550)
Total	36,8	55,9	7,2	100,0 (N = 2977)

+Incluye los casos "sin datos"

El consumo sólo de psicofármacos vincula la consulta con el consumo en el 26.2% de estos pacientes, asociación que se incrementa cuando el uso de psicofármacos se combina con otras drogas al 51.5%.

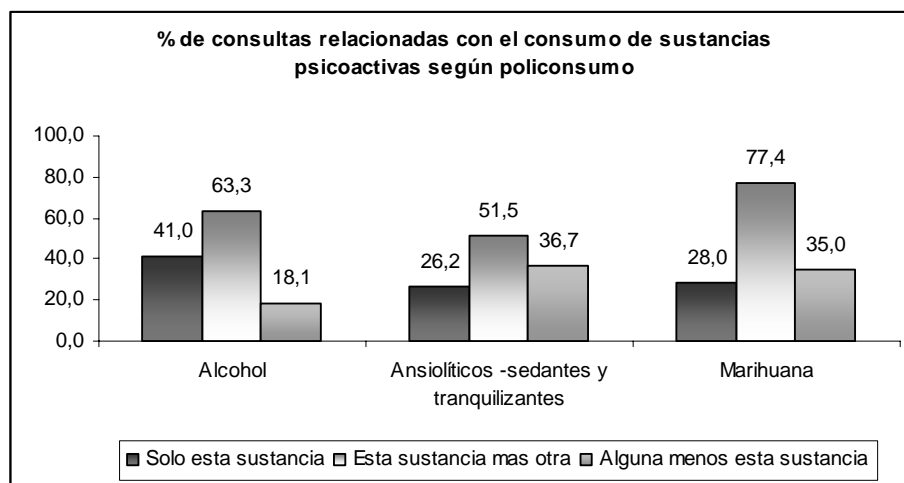
Cuadro 40: Policonsumo en relación a marihuana, de sustancias psicoactivas según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2007.

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	28,0	68,0	4,0	100 (N = 25)
Consumió marihuana y alguna otra droga	77,4	16,1	6,6	100,0 (N = 137)
Consumió alguna droga menos marihuana	35,0	57,8	7,3	100,0 (N = 2815)
Total	36,8	55,9	7,2	100,0 (N = 2977)

+Incluye los casos "sin datos"

Dentro de los pacientes que sólo consumieron marihuana, un 28% estas consultas de emergencia estuvieron relacionadas al consumo. Esta asociación asciende al 77.4% cuando al consumo de marihuana se le agrega otra sustancia (sin tener en cuenta el tabaco).

Gráfico 9: Porcentaje de consultas relacionadas con el consumo de sustancias Tipo de policonsumo considerando alcohol, ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y marihuana. Total país, 2007.



En síntesis, observamos en el gráfico anterior, que cuando se consumió sólo una sustancia en las seis horas anteriores, el alcohol es la sustancia más vinculada a episodios mórbidos que acuden a la sala de emergencia, según la impresión clínica del médico; en segundo lugar se encuentra el consumo de sólo marihuana (28,0%) y en tercer lugar, el de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes (26,2%).

Se observa a su vez, que al analizar el policonsumo tanto de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes como de marihuana, la mayor proporción se da cuando los pacientes consumieron dichas drogas en combinación con alguna otra, donde lo esperable es la presencia de alcohol.

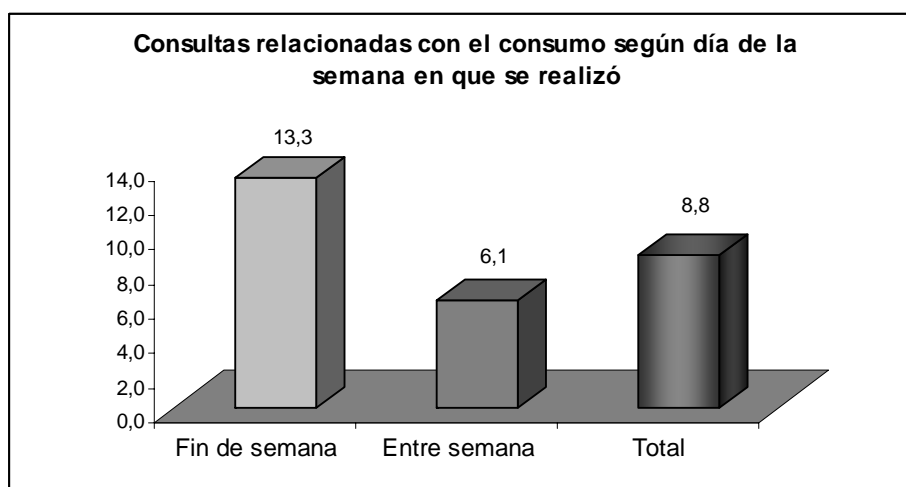
Cuadro 41: Distribución de las consultas según Día de la consulta según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2007.

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	13,3	24,9	61,8	100,0
Entre semana	6,1	26,7	67,1	100,0
Total	8,8	26,0	65,2	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

Durante el fin de semana ocurren en mayor proporción los episodios de emergencia que tienen relación con el consumo de sustancias, ya que el porcentaje de asociación de dicho periodo duplica el de entre semana.

Gráfico 10: Distribución de las consultas según Consumo de sustancias psicoactivas según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, por tipo de droga. Total país, 2007.



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 y ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes en las últimas 6 horas anteriores al ingreso y cuya consulta estuvo vinculada al consumo.

Cuadro 42: Distribución porcentual de pacientes con consumo de alcohol, marihuana y ansiolíticos según motivo de ingreso de las consultas vinculadas al consumo. Total país, 2007.

Motivo de ingreso de los pacientes con consumo de alcohol	Pacientes con consumo de alcohol	Pacientes con consumo de marihuana	Pacientes con consumo de ansiolíticos
Accidente de tránsito	27,9	16.2	5.8
Accidente de trabajo	1,9	0.9	0.0
Accidente común o casero	10,2	3.6	6.5
Situación de violencia	28,5	36.9	11.0
Intento de suicidio	2,3	3.6	23.2
Sobredosis	12,6	19.8	25.2
Síndrome de abstinencia	2,8	7.2	8.4
Motivo médico general	13,9	11.7	20.0
Total	100 (N = 908)	100 (N=111)	100 (N=155)

Del total de pacientes con consumo reciente de alcohol y de los cuales se tiene información sobre el motivo de ingreso (908 pacientes), el 28.5% ingresó por alguna situación de violencia y un 27.9% tuvieron lesiones relacionadas a los accidentes de tránsito. El 12.6% ingresó por sobredosis de alcohol, en tanto que un 2.8% lo hizo por síndrome de abstinencia y un 2.3% por intento de suicidio.

Entre los pacientes que consumieron marihuana y donde este consumo se vincula a la consulta de emergencia, el 36.9% ingresó por motivos de violencia, el 19.8% por sobredosis y el 16.2% por accidentes de tránsito. Es oportuno recordar que el consumo combinado entre marihuana y otras sustancias es importante.

Entre los pacientes con consumo de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y donde la consulta está vinculada a dicho consumo, el 25.2% ingresó por sobredosis, el 23.2% por intentos de suicidio y el 20% por motivos médicos generales.

Cuadro 43: 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, 2007.

Motivo de ingreso de los 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	76,9	21,6	1,5	100% (N = 329)
Accidente de trabajo	27,4	64,5	8,1	100% (N = 62)
Accidente común o casero	49,2	44,4	6,3	100% (N = 189)
Situación de violencia	79,4	14,7	5,8	100% (N = 326)
Intento de suicidio	91,3	8,7		100% (N = 23)
Sobredosis	96,6	0,8	2,5	100% (N = 118)
Síndrome de abstinencia	89,3	3,6	7,1	100% (N = 28)
Motivo médico general	15,2	83,0	1,8	100% (N = 831)

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 79.4% de situaciones de violencia y al 76.9% de los accidentes de tránsito. En el 49.2% de los accidentes comunes o caseros y en el 27.4% de los accidentes de trabajo. Y en casi todos los pacientes que consumieron alcohol e ingresaron por intentos de suicidio, sobredosis y síndrome de abstinencia.

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.

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

Cuadro 44: Diagnósticos presuntivos de los pacientes según la Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2007.

Diagnóstico presuntivo	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Infecciones	2,0	27,0	71,0	100% (N = 293)
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	5,7	25,7	68,6	100% (N = 70)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,4	20,5	77,1	100% (N = 166)
Trastornos mentales y del comportamiento	44,5	15,7	39,8	100% (N = 191)
Enfermedades del sistema nervioso	9,5	25,2	65,2	100% (N = 440)
Enfermedades del ojo y anejos oculares	1,7	32,2	66,1	100% (N = 180)
Enfermedades del oído y procesos mastoideos	-	36,4	63,6	100% (N = 165)
Enfermedades del sistema circulatorio	4,3	23,6	72,1	100% (N = 908)
Enfermedades del sistema respiratorio	4,1	26,3	69,6	100% (N = 1673)
Gripe	0,7	26,6	72,7	100% (N = 1170)
Enfermedades del sistema digestivo	3,0	26,1	70,9	100% (N = 1788)
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	0,4	38,4	61,2	100% (N = 245)
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	0,6	27,1	72,3	100% (N = 542)
Enfermedades del sistema urinario	0,3	32,7	67,0	100% (N = 333)
Enfermedades del sistema genital	2,1	37,5	60,4	100% (N = 96)
Traumatismos / politraumatismos / heridas	17,4	24,9	57,7	100% (N = 3713)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	71,2	8,1	20,7	100% (N = 222)
Controles médicos	2,6	32,7	64,6	100% (N = 342)
Problemas quirúrgicos	1,7	23,5	74,8	100% (N = 119)
Consultas no especificadas	2,8	29,0	68,2	100% (N = 459)

+Incluye los casos "sin datos"

Se observa que el 71.2% de las consultas por intoxicaciones se debieron al consumo de sustancias psicoactivas. Se destaca también que el 44.5% de las enfermedades

psiquiátricas (donde se incluyen aquellos trastornos debido al consumo de SPA) atendidas en la sala de emergencia y el 17.4% de los traumatismos, tuvieron relación con el consumo de alguna droga.

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 en el impacto desde la perspectiva del costo económico y de recursos que el tratamiento de cada patología requiere.

Cuadro 45: Diagnósticos presuntivos según cantidad de sustancias consumidas. Total de consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2007.

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	38,8	29,4	31,8	100,0 (N = 85)
Enfermedades del sistema nervioso	38,1	26,2	35,7	100,0 (N = 42)
Enfermedades del sistema circulatorio	46,2	38,5	15,4	100,0 (N = 39)
Enfermedades del sistema respiratorio	59,4	27,5	13,0	100,0 (N = 69)
Enfermedades del sistema digestivo	40,7	37,0	22,2	100,0 (N = 54)
Traumatismos-politraumatismos-heridas	41,8	45,5	12,7	100,0 (N = 646)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	53,2	29,7	17,1	100,0 (N = 158)
Total	44,5	39,2	16,4	100,0 (N = 1149)

*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, las del sistema circulatorio y las intoxicaciones se asocian en mayor proporción con el consumo de una sola sustancia.

Por su parte, los traumatismos-politraumatismos y heridas y las enfermedades del sistema digestivo se asocian en porcentajes similares con el consumo de una o dos sustancias.

Cuadro 46: Diagnósticos presuntivos según tipo de policonsumo. Total consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2007.

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	23,5	38,8	37,6	100,0 (N= 85)
Enfermedades del sistema nervioso	33,3	33,3	33,3	100,0 (N= 42)
Enfermedades del sistema circulatorio	60,0	20,0	20,0	100,0 (N= 25)
Enfermedades del sistema respiratorio	50,0	30,0	20,0	100,0 (N= 30)
Enfermedades del sistema digestivo	62,7	21,6	15,7	100,0 (N= 51)
Traumatismos-politraumatismos-heridas	80,9	15,7	3,4	100,0 (N= 643)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	38,2	25,5	36,3	100,0 (N= 157)
Total	64,6	20,7	14,7	100,0 (N= 1083)

*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 (sin contabilizar el consumo de tabaco), se observa que los traumatismos – politraumatismos – heridas, las enfermedades del sistema digestivo, las del sistema circulatorio y las del respiratorio, se asocian en mayor proporción al consumo de alcohol como única sustancia, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento estarían asociados en mayor medida a un consumo diferente del alcohol o bien al consumo de alcohol combinado con otra sustancia. Por su parte, las enfermedades del sistema nervioso no se asocian específicamente a ningún tipo de consumo.

Cuadro 47: Distribución de los pacientes por cantidad de sustancias consumidas según diagnósticos presuntivos. Total de consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, Total país, 2007.

Diagnóstico presuntivo	Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas			
	Consumió una sustancia	Consumió dos sustancias	Consumió tres sustancias o más	Total
Infecciones	0,4	0,7	0,5	0,5
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	0,4	0,4		0,3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,6		0,5	0,3
Trastornos mentales y del comportamiento	6,5	5,6	14,4	7,4
Enfermedades del sistema nervioso	3,1	2,4	8,0	3,7
Enfermedades del ojo y anejos oculares	0,2	0,2	0,5	0,3
Enfermedades del sistema circulatorio	3,5	3,3	3,2	3,4
Enfermedades del sistema respiratorio	8,0	4,2	4,8	6,0
Gripe	1,0	0,7		0,7
Enfermedades del sistema digestivo	4,3	4,4	6,4	4,7
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras			0,5	0,1
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	0,4		0,5	0,3
Enfermedades del sistema urinario		0,2		0,1
Enfermedades del sistema genital		0,2	0,5	0,2
Traumatismos-politraumatismos-heridas	52,8	65,3	43,6	56,2
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	16,4	10,4	14,4	13,8
Controles médicos	1,0	0,2	1,6	0,8
Problemas quirúrgicos	0,2		0,5	0,2
Consultas no especificadas	1,2	1,6		1,1
Total	100,0 (N = 511)	100,0 (N = 450)	100,0 (N = 188)	100,0 (N = 1149)

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 56.2% de los diagnósticos en las consultas vinculadas al consumo y este peso es importante cualquiera sea la cantidad de

drogas consumidas por el paciente. En segundo lugar, se encuentran las intoxicaciones y envenenamientos y en mayor proporción al interior de los mono consumidores. Al interior de los pacientes que consumieron tres sustancias, la consulta se asocia particularmente a los trastornos mentales y del comportamiento (14,4%).

Cuadro 48: Tipo de policonsumo según diagnósticos presuntivos. Total consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2007.

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	0,3	0,9	0,6	0,5
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	0,4		0,6	0,4
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,1	0,4	0,6	0,3
Trastornos mentales y del comportamiento	2,9	14,7	20,1	7,8
Enfermedades del sistema nervioso	2,0	6,3	8,8	3,9
Enfermedades del ojo y anejos oculares	0,3	0,4		0,3
Enfermedades del sistema circulatorio	2,1	2,2	3,1	2,3
Enfermedades del sistema respiratorio	2,1	4,0	3,8	2,8
Gripe	0,3		1,9	0,5
Enfermedades del sistema digestivo	4,6	4,9	5,0	4,7
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras		0,4		0,1
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	0,1	0,4	0,6	0,3
Enfermedades del sistema urinario	0,1			0,1
Enfermedades del sistema genital	0,1	0,4		0,2
Traumatismos-politraumatismos-heridas	74,3	45,1	13,8	59,4
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	8,6	17,9	35,8	14,5
Controles médicos	0,4	0,9	2,5	0,8
Problemas quirúrgicos	0,1	0,4		0,2
Consultas no especificadas	1,0	0,4	2,5	1,1
Total	100,0 (N = 700)	100,0 (N = 224)	100,0 (N = 159)	100,0 (N = 1083)

El consumo de alcohol solamente, está significativamente asociado a los traumatismos – politraumatismos – heridas (74,3%), mientras que el consumo de alguna droga diferente al alcohol se asocia en mayor proporción con las intoxicaciones (35,8%), los trastornos mentales y del comportamiento (20,1%), y las enfermedades del sistema nervioso (8,8%). Al interior de los que consumieron alcohol con otra sustancia, además de los politraumatismos, se encuentran intoxicaciones (17.9%) y trastornos mentales y del comportamiento (14.7%).

3) Análisis comparativo Estudios Nacionales año 2003 – 2005 – 2007

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 y en el presente año. En los tres 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 tres estudios:

- En el año 2003 y en el año 2007 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 del año 2003 y del año 2007 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 y 2007.
- En la provincia de Buenos Aires, en el año 2003 la encuesta se aplicó en el Policlínico Central Municipalidad de La Matanza, mientras que en el año 2005 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 se realizó en el Hospital Regional de Ushuaia.
- En el presente estudio se 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 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, 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 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 tres 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 tres años de forma estandarizada. El criterio utilizado fue el siguiente: en los tres 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 49: 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.

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

*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)

Rearmando la variable “Impresión Clínica del médico”, según el sistema de categorías utilizado en el año 2007, observamos que en general, *no sólo disminuyó la cantidad de consultas relacionadas con el consumo de SPA, si no también la cantidad de consultas en las cuales no hubo consumo de SPA.*

Cuadro 50: 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.

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

*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.

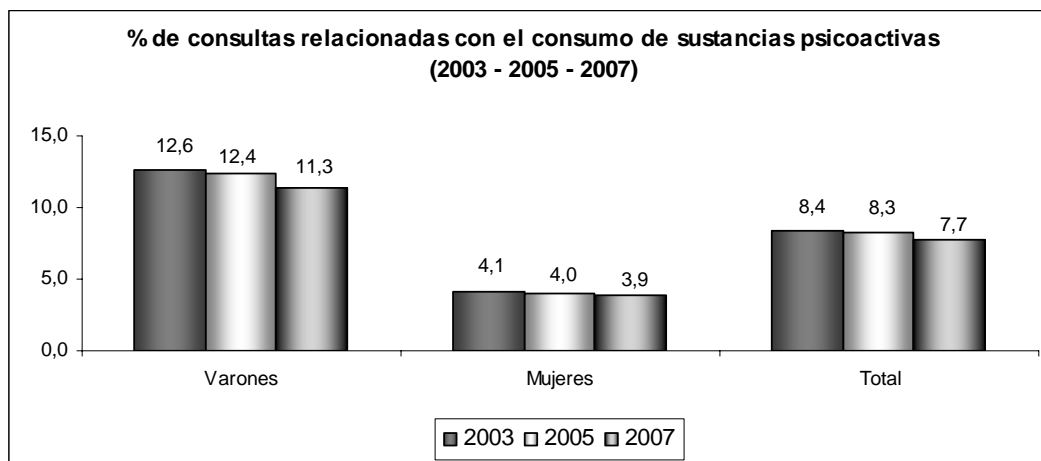
En este caso comparamos los resultados para los años 2003 y 2007, sobre el total de las provincias argentinas. *Observamos que la cantidad de consultas relacionadas con el consumo de SPA se ha mantenido prácticamente estable, mientras que la de consultas no relacionadas con el consumo disminuyó en 2,4 puntos porcentuales.*

Cuadro 51: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según sexo. Total país 2003 – 2005 – 2007.

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

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.

Gráfico 11: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según sexo. Total país 2003 – 2005 – 2007.

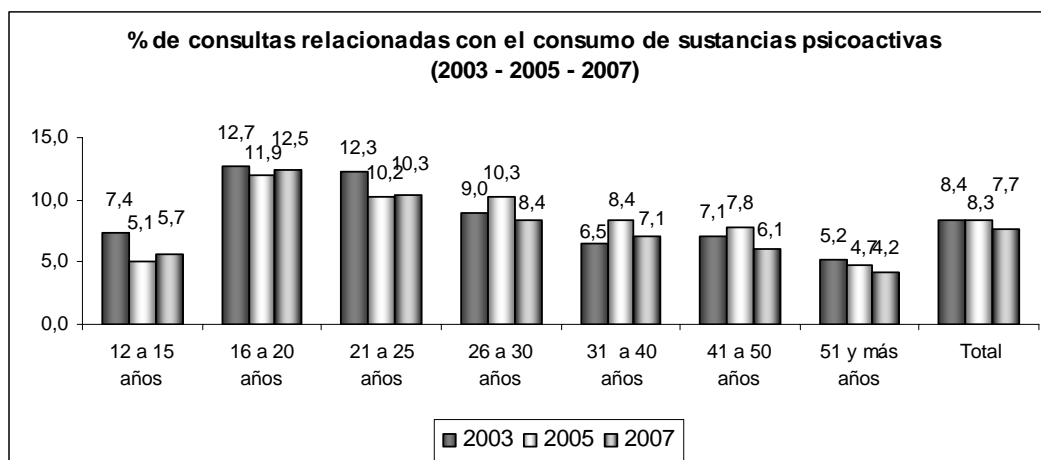


Cuadro 52: Porcentajes de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según edad. Total país 2003 - 2005 - 2007.

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

Analizadas las consultas que tuvieron relación con el consumo según los diferentes grupos de edad, puede observarse que en los tres estudios, los mayores porcentajes de consultas relacionadas con el consumo de SPA se encuentran en los pacientes más jóvenes (específicamente entre los 16 y los 30 años) y en este sentido, en el año 2003 estos porcentajes de asociación son levemente superiores.

Gráfico 12: Porcentajes de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según edad. Total país 2003 - 2005 - 2007.

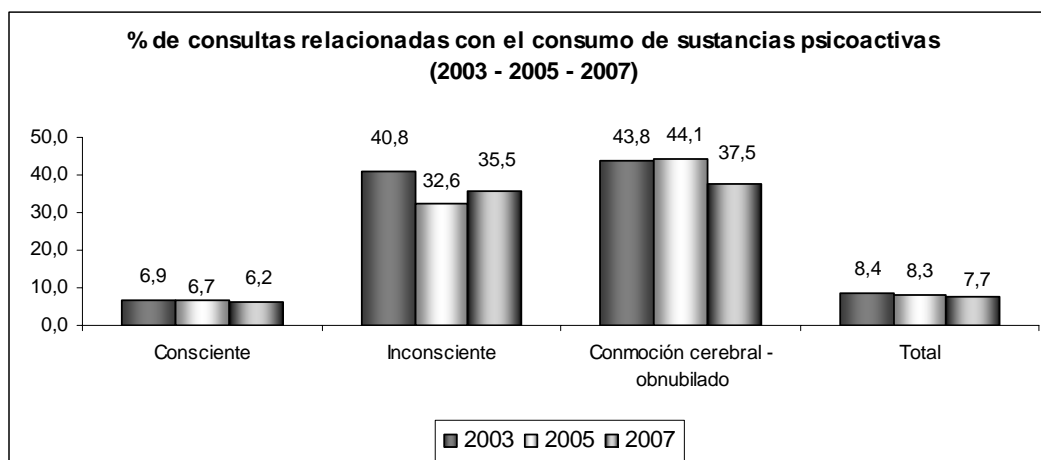


Cuadro 53: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según estado en el que llegó el paciente. Total país 2003 - 2005 - 2007.

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

Los porcentajes de consultas asociadas al consumo según el estado en el que llegó el paciente, son similares en los tres estudios realizados, aunque con una tendencia a la disminución en los pacientes que ingresan con conmoción cerebral y/o obnubilados. En cuanto a los pacientes que ingresaron inconscientes, el menor porcentaje de asociación se observa en el año 2005.

Gráfico 13: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según estado en el que llegó el paciente. Total país 2003 - 2005 - 2007.



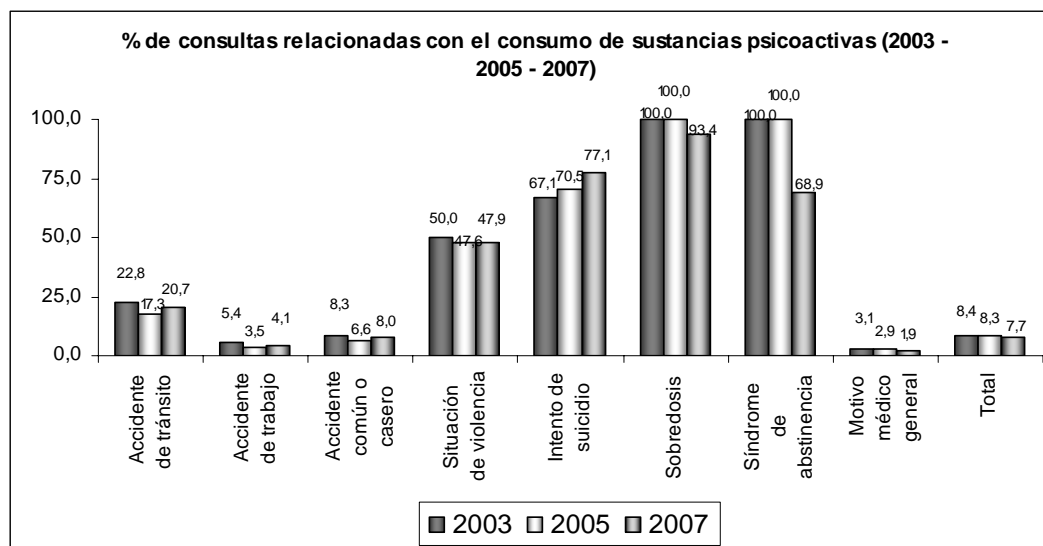
Cuadro 54: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según motivo de ingreso del paciente. Total país 2003 - 2005 - 2007.

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

Los principales motivos por los que ingresaron los pacientes cuya consulta se relaciona con el consumo de SPA, según la impresión clínica del médico, son la sobredosis, el síndrome de abstinencia y los intentos de suicidio. En los dos primeros casos para el año 2007 se observa una disminución en los porcentajes de asociación, mientras que para los intentos de suicidio se observa un incremento (movimiento que se analiza en el siguiente cuadro).

La menor cantidad de consultas relacionadas al consumo de SPA ingresadas por accidentes (de tránsito, de trabajo o caseros/común) se observa en el año 2005, en tanto que los casos ingresados por situaciones de violencia fueron mayor en el año 2003, descendiendo en el 2005 y manteniéndose estable para el 2007.

Gráfico 14: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según motivo de ingreso del paciente. Total país 2003 - 2005 - 2007.



Al analizar comparativamente los motivos por los cuales los pacientes han ingresado, en los diferentes años, a las salas de emergencia de los hospitales correspondientes, se observa que los intentos de suicidio son el motivo que presenta el incremento más marcado a lo largo del periodo. En este sentido, se presenta en el cuadro siguiente un análisis de cuales han sido los pacientes que más han aportado a dicho incremento.

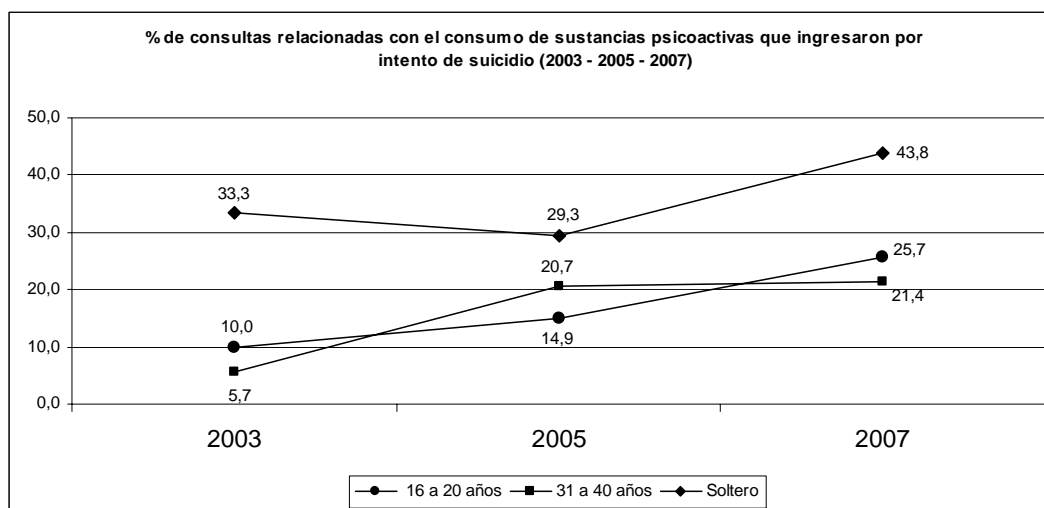
Cuadro 55: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias que ingresaron a la sala de emergencia por intención de suicidio según categorías varias* de edad y situación conyugal. Total país 2003 - 2005 - 2007.

Edad y Situación Conyugal	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas que ingresaron a la sala de emergencia por intento de suicidio		
	2003	2005	2007
Soltero	33,3	29,3	43,8
16 a 20 años	10,0	14,9	25,7
31 a 40 años	5,7	20,7	21,4

*Se presentan solamente aquellos resultados que aparecieron como significativos.

Considerando los pacientes cuya consulta se asocia con el consumo de SPA y que ingresaron a la sala de emergencia por intento de suicidio, según diferentes variables se observa que los pacientes solteros, los que tienen entre 16 y 20 o entre 31 y 40 años son quienes más han incrementado esta asociación.

Gráfico 15: Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias que ingresaron a la sala de emergencia por intención de suicidio según categorías varias de edad y situación conyugal. Total país 2003 - 2005 - 2007.



III. CONCLUSIONES

Este estudio, al igual que los realizados en el año 2003 y 2005, 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 consultas registradas, 13.208, el 8.8% estuvo relacionado con el consumo de alguna sustancia según la impresión clínica del médico.
- 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 30 años, por pacientes de menor nivel educativo formal, por personas solteras, divorciadas, separadas o viudas.
- Al interior de las consultas relacionadas al consumo, la presencia de pacientes que llegaron inconscientes o con conmoción cerebral es del 24.1% frente al 2.5% 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 solventes o inhalables y marihuana produjo el mayor porcentaje de ingresos a la sala de emergencia en estado de inconsciencia (8.8% en los dos casos), seguido del consumo de alcohol en un 5.9%. Los mayores porcentajes de ingresos en estado de conmoción cerebral fueron causados también, por solventes o inhalables (26.5%), marihuana (13.1%) y alcohol (7.4%).
- Durante los fines de semana ocurren la mayor cantidad de consultas asociadas al consumo, el 13.3% del total de las registradas en el fin de semana frente al 6.1% 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 80.5%. Esta cifra indica una vez más, la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población. Por primera 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 (54.0%). Los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes tienen una presencia del 13.8%, la marihuana del 9.7% y la cocaína y los antidepresivos del 3.6% cada una de ellas. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de sustancias es inferior al 3%.

- Entre los pacientes con consumo de solventes e inhalables, cocaína, pasta base, hipnóticos, y marihuana, son mayores los ingresos por causas asociadas a dicho consumo, ya que los casos no relacionados con el consumo no superan el 1%; en el caso de los consumos de estimulantes los porcentajes son similares, ya que un 0,9 se asocia con el consumo y un 0,3 no se asocia. Estos datos indican por lado, las consecuencias que sobre la salud tiene el consumo, y por otro lado, 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 intentos de suicidio, sobredosis y síndrome de abstinencia. Un 79.4% estuvo relacionado a situaciones de violencia, y en un 76.9% a accidentes de tránsito. El consumo de marihuana estuvo relacionado en el 93% con situaciones de violencia, en el 94.7% con accidentes de tránsito y con casi todos los hechos de accidentes comunes o caseros que figuran como motivo de ingreso. El consumo de tranquilizantes tuvo una significativa relación en todos los motivos de ingreso relacionados a sobredosis, intentos de suicidio y situaciones de violencia.

- 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 sustancia, 84,7%, frente al 12,3% que presentaron aquellos que consumieron dos sustancias y sólo el 3,0% consumió tres sustancias o más.

- La asociación entre la consulta y el consumo de sustancias psicoactivas es mayor cuando la sustancia consumida fue alcohol y alguna otra sustancia, (63,3%), seguido de aquellos que solo consumieron alcohol (41,0%).

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". Dr. Donato Spaccavento	Lic. Elida Benet
PROVINCIA DE BUENOS AIRES Hospital Interzonal General de Agudos "General José de San Martín". Dr. Ricardo Maffei	Lic. Roberto Canay
CATAMARCA Hospital Interzonal San Juan Bautista Dra. Noemí Villagra	Lic. Mariel Baudracco
CHACO Hospital Julio C. Perrando Dra. Kelly Crudo	Dra. Adriana Nagy
CHUBÚT Hospital Zonal de Trelew "Adolfo Margara" Dr. Germán Fretes	Gladis Calabrano
CÓRDOBA Hospital de Urgencias de la Municipalidad de Córdoba Dr. Guillermo Sarquis	Lic. Raúl Gómez
CORRIENTES Hospital Escuela José Francisco de San Martín Dr. Félix Alberto López	Lic. Dora González de Böhle
ENTRE RIOS Hospital San Martín Dr. Miguel Schnitman	Lic. Andrea Madoz
FORMOSA Hospital Central de Formosa Dr. Víctor Cambra	Lic. Marcelo Kremis
JUJUY Hospital Pablo Soria Dra. Ana María Alcoba	Lic. Sara Assef
LA PAMPA Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas Dra. Cristina Cuevas	Lic. Lorena Gigena
LA RIOJA Hospital Regional "Enrique Vera Barros" Dr. Luís Antonio García	Lic. Viviana Ávila
MENDOZA Hospital Central de Mendoza Dr. Jorge Abdala	Lic. Javier Segura
MISIONES Hospital Público de Autogestión "Dr. Ramón Madariaga" Dr. David Alberto Halac	Dr. Guido Rauber

<p>NEUQUEN Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón Dr. José Tapa</p>	<p>Lic. Elsa Acuña</p>
<p>RIO NEGRO Hospital Regional Artemides Zatti Dr. Daniel M. Chiosso</p>	<p>Lic. Cecilia Alan</p>
<p>SALTA Hospital San Bernardo Dr. Jaime Castelari</p>	<p>Lic. Diego Sotomayor</p>
<p>SAN JUAN Hospital Dr. Guillermo Rawson Dr. Armando Daniel Rosas</p>	<p>Lic. Celina Games</p>
<p>SAN LUIS Complejo Sanitario de San Luís Dr. Julio Argentino Quevedo</p>	<p>Lic. Luis Guzmán</p>
<p>SANTA CRUZ Hospital Regional Río Gallegos Dra. Claudia Villafañe</p>	<p>Lic. Rosa Garavetti</p>
<p>SANTA FE Hospital José Maria Cullen Dr. Luís Labath</p>	<p>Susana Presti</p>
<p>SANTIAGO DEL ESTERO Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo Dr. Guillermo Murad</p>	<p>Lic. Claudia Tarchini</p>
<p>TIERRA DEL FUEGO Hospital Regional de Ushuaia Dr. Jorge Olivo</p>	<p>Dr. Alejandro Sosa</p>
<p>TUCUMAN Hospital Dr. Angel C. Padilla Dr. Eduardo Lobo</p>	<p>Lic. Eduardo Danielsen</p>



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

1. Provincia <input type="text"/>	2. Fecha de la urgencia 2.1 Hora <input type="text"/> 2.3 Mes <input type="text"/> 2.2 Día <input type="text"/> 2.4 Año <input type="text"/>
3. Número del cuestionario <input type="text"/>	4. Tipo de hospital 1. Público <input type="checkbox"/> 2. Privado <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE INGRESADO EN URGENCIA

5. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS <input type="text"/> Años	6. SEXO <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino
6.1. NIVEL EDUCATIVO <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	6.2. SITUACIÓN CONYUGAL <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

7. SITUACIÓN LABORAL

- 1. Trabaja a tiempo completo
- 2. Trabaja a tiempo parcial
- 3. Trabaja esporádicamente
- 4. Está desempleado (a) *
- 5. Estudiante *
- 6. No trabaja *
- 7. Ama de casa *
- 8. Jubilado o pensionado *
- 9. Rentista *
- 0. Ns/Nc

* Pase a la pregunta 9

8. OCUPACIÓN

- 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/ Propietarios de industria o comercio con 26 asalariados o más /Agricultores de más de 100 hectáreas.
- Profesionales, científicos, profesores universitarios /Propietarios de industria y comercio con 6 a 25 asalariados/ /Agricultores entre 50 y 100 hectáreas.
- 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.
- Empleados de oficina en industria, comercio, servicios /Maestros primarios
- Pequeños comerciantes y agricultores menos de 25 hectáreas/
- Artesanos (Zapateros, plomeros, peluqueros etc.)
- Obreros/ Operarios especializados en industrias, servicios o agro
- Peones /Aprendices /Personal maestranza
- Servicio doméstico / Vendedores ambulantes
- Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, de seguridad/
- Plan Jefes y Jefa de Hogar y subsidios afines
- 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
Infecciones (intestinales, tuberculosis, virales, bacterianas, sífilis, HIV, hepatitis, etc.)	
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético (anemias nutricionales, hemolíticas, aplásicas, hemorragias, etc.)	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (glándulas tiroides, glándulas endocrinas, diabetes, malnutrición, obesidad, regulación glucosa, etc.)	
Trastornos mentales y del comportamiento (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.)	
Enfermedades del sistema nervioso (inflamatorias del SNC, atrofas sistémicas, patología extrapiramidal y del movimiento, otras degenerativas del SN, desmielinizantes del SNC, epilepsia, PC, etc.)	
Enfermedades del ojo y anejos oculares	
Enfermedades del oído y procesos mastoideos	
Enfermedades del sistema circulatorio (fiebre reumática aguda, hipertensión, isquemias, enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriales, arteriolas y capilares, venas, vasos y nódulos linfáticos, etc.)	

Enfermedades	SI
Enfermedades del sistema digestivo (cavidad oral, glándulas salivares, mandíbulas, úlceras, enf. del apéndice, hernia, enteritis y colitis, enf. del hígado, vesícula y vía biliar, páncreas, etc.)	
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo (artropatías, trast. sistemático del tejido conectivo, dorsopatías, trast. de los tejidos blandos, osteopatías, etc.)	
Enfermedades del sistema urinario	
Enfermedades del sistema genital	
Traumatismos-politraumatismos-heridas	
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	
Controles médicos	
Problemas quirúrgicos	
Consultas no especificadas	

Enfermedades del sistema respiratorio (excluye gripe) (infecciones respiratorias agudas de las vías superiores e inferiores, neumonía, enf. crónicas de las vías inferiores, etc.)		
Gripe		

10. MOTIVO DEL INGRESO <input type="checkbox"/> 0. Desconocido <input type="checkbox"/> 1. Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> 2. Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> 3. Accidente común o casero <input type="checkbox"/> 4. Situación de violencia <input type="checkbox"/> 5. Intento de suicidio <input type="checkbox"/> 6. Sobredosis <input type="checkbox"/> 7. Síndrome de abstinencia <input type="checkbox"/> 8. Otro motivo médico		
11. CONSUMO DE DROGAS EN LAS ÚLTIMAS 6 HORAS SEGÚN EL PACIENTE Y/O LA IMPRESIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO	12. IMPRESIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA URGENCIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
<i>(Marcar con una cruz cada una de las opciones)</i>	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 *		

- 0. Sin datos.
- 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

19. Estimulantes * (Akatinol, Neuroactil, Ritalina, etc)			
20. Otro(especificar)			

** Usados sin prescripción médica o sin tratamiento médico*

En la provincia de Córdoba se agregó la siguiente variable:

14. Alcholemla

- 0. Sin Datos
- 1. Valor hallado: _____