



Universidad
Nacional
de Córdoba



1613 - 2013
400
AÑOS



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia Quinto Estudio Nacional

Informe Final de Resultados Argentina 2012

Febrero 2013

**SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA
DROGADICCIÓN Y LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO**

Secretario de Estado: Dr. Rafael Bielsa

**SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA Y COOPERACIÓN
INTERNACIONAL**

Subsecretario: Mag. Eduardo Sguiglia

DIRECCIÓN NACIONAL DEL OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS

A/C Dirección: Graciela Ahumada

Investigadores. Elaboración del informe:

**Unidad de Estudios Epidemiológicos en Salud Mental. Facultad de Psicología.
Universidad Nacional de Córdoba: Miguel A. Escalante, Raúl A Gómez**

**Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas: Alejandra Cuasnicu
Asistente: Sofía Ansaldo**

ÍNDICE

Capítulo 1: INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS y METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	9
- Muestra	9
- Instrumento	9
- Trabajo de campo	11
	13

Capítulo 2: RESULTADOS

1. Descripción de los pacientes encuestados	14
-Variables de distribución de la muestra	14
-Variables sociodemográficas	16
-Variables relacionadas a la consulta	20
-Variables relacionadas al consumo	21
2. Análisis de la relación entre el consumo y la consulta de emergencia	30
-Motivos de ingreso a la guardia de las consultas vinculadas, según consumos específicos	41
-Morbilidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas	43
- Motivos de ingreso a la guardia de las consultas vinculadas con consumo de SPA: Descripción de perfiles	48
3. Análisis comparativo 2003, 2005, 2007 y 2009	54

Capítulo 3: CONCLUSIONES

59

ANEXO

- Listado de hospitales y coordinadores provinciales	62
- Encuesta a pacientes en salas de emergencia	64

Capítulo 1: Introducción, Objetivos y Metodología

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 setenta, 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 la definición y construcción del Sistema de información sobre el consumo y abuso de SPA en Argentina, el Observatorio Argentino de Drogas desde el año 2003 realiza estudios en salas de emergencia, para estimar la asociación entre el consumo y los motivos de ingreso y enfermedades. De esta manera, el país cuenta con cinco Estudios Nacionales en pacientes en salas de emergencia, realizado bajo la modalidad de ventanas epidemiológicas, en los hospitales de mayor envergadura de las ciudades capitales provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las estimaciones alcanzadas en los años 2003, 2005, 2007, 2009 y 2012 permiten el análisis de cambios cuantitativos y cualitativos en una década, tanto a nivel nacional como provincial, fortaleciendo a los Observatorios Provinciales de Drogas y/o Equipos Técnicos locales, quienes participaron en la implementación de los estudios. La sensibilización de médicos y enfermeros en la problemática del abuso de SPA es otro resultado de este tipo de estudios. 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.

A diferencia de los cuatro estudios anteriores, el último, cuyos resultados se presentan en este informe, fue realizado por la Unidad de Estudios Epidemiológicos en Salud Mental (UDEESM) perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Y

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 (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.

el financiamiento en todos los casos es de SEDRONAR y la dirección del Observatorio Argentino de Drogas.

El Quinto estudio nacional sobre la relación entre el uso indebido de drogas y la consulta de emergencia se realizó en el mes de noviembre de 2012. Participaron los Observatorios Provinciales y/o Equipos Técnicos locales en la coordinación del trabajo de campo.

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 5 al 11 de noviembre del año 2012, durante las 24 horas, en el hospital público de mayor atención en servicios de guardia de cada una de las capitales provinciales.

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.

Los **objetivos específicos** son:

1. Conocer las causas que motivan las consultas de emergencia y el perfil sociodemográfico de los pacientes, específicamente de aquellos cuya consulta tuvo relación con el consumo de alguna sustancia (hasta 6 horas previas al ingreso hospitalario).
2. Conocer cuáles son las sustancias más consumidas por esta población y, en especial, aquellas más frecuentemente asociadas con lesiones personales.
3. Recolectar datos sobre la prevalencia del uso de drogas para vigilar tendencias, con el propósito de conformar un sistema nacional de alarma temprana sobre consumo y abuso de sustancias psicoactivas.
4. Obtener información longitudinal (comparando los resultados entre los estudios 2003, 2005, 2007, 2009 y 2012) 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 concurrieron a las salas de emergencia de 24 hospitales públicos durante la semana del 5 al 11 de noviembre de 2012 –semana considerada “típica”– las 24 horas del día y que consintieron contestar el cuestionario. Quedaron excluidas todas las personas menores de 12 años y todas las mujeres que asistieron por consultas obstétricas o de maternidad.

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

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

Durante el trabajo de campo, en noviembre de 2012, se relevaron un total de **13.328 encuestas**.

Instrumento

El instrumento que se aplica es el cuestionario precodificado estandarizado del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC-CICAD): “Encuesta a pacientes en salas de Urgencia” (SIDUC, 2001), con las adecuaciones necesarias para el país y utilizado en los estudios anteriores: 2003, 2005, 2007 y 2009. En el quinto estudio se realizó una modificación en el instrumento con la incorporación de subcategorías en la categoría motivo de ingreso.

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 esta.

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

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

Las variables que relevan la encuesta son:

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

Modificaciones para ajustar variables que poseen especificidad para Argentina:

Este es el tercer año en el cual el cuestionario incorpora el tabaco como una sustancia psicoactiva a evaluar junto al resto de las apreciadas en años anteriores. También se continuó utilizando la misma variable acerca del diagnóstico presuntivo (modificada en la versión del estudio 2007) con el objetivo de facilitar la tarea de los médicos al solicitar la precisión de un diagnóstico en el momento de la urgencia. Las enfermedades posibles han sido descritas y agrupadas según el CIE 10³ y solo se requiere que el médico ubique al paciente en una categoría.

Asimismo, este año se incorporaron preguntas que permiten precisar las circunstancias para algunos motivos de ingreso, como accidentes de tránsito, de trabajo, comunes o caseros, situaciones de violencia e intentos de suicidio. Un modelo de la encuesta utilizada se encuentra en el Anexo.

Trabajo de Campo

La semana escogida para el relevamiento de datos del quinto estudio nacional fue la semana del viernes 5 al jueves 11 de noviembre del año 2012, durante las 24 horas.

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

A su regreso, los coordinadores provinciales seleccionaron y capacitaron encuestadores de acuerdo a los perfiles definidos en la capacitación de Buenos Aires (promedio de 5 encuestadores por cada hospital).

³ Clasificación Internacional de Enfermedades.

Además, fueron ellos quienes establecieron la relación entre el Director Médico del hospital, los profesionales de la guardia y el Observatorio Argentino de Drogas. El OAD y la UDEESM solicitaron con anterioridad la autorización correspondiente a cada director.

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

Uno de los objetivos de este estudio es establecer comparaciones, asegurada la comparabilidad de la información, con el primero, segundo, tercero, cuarto y quinto estudio nacional (2003, 2005, 2007, 2009 y 2012) respecto de la cantidad de consultas relacionadas al consumo de SPA según el sexo, grupos de edad, el estado en el que llegó el paciente a la sala de emergencia, y el motivo de ingreso.

Capítulo 2: 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 primer lugar, se ofrece una descripción de los pacientes encuestados (en total 13.328), considerando variables sociodemográficas y variables relacionadas a la consulta.

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

Por último, se presentan los resultados de la comparación entre los datos de los estudios llevados a cabo en los años 2003, 2005, 2007, 2009 y los correspondientes a este estudio, 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. Total país, 2012

Provincia	Cantidad de pacientes	%
Buenos Aires	672	5,0
Catamarca	514	3,9
Chaco	569	4,3
Chubut	555	4,2
Ciudad de Buenos Aires	605	4,4
Córdoba	584	3,5
Corrientes	469	5,4
Entre Ríos	497	3,7
Formosa	519	3,9
Jujuy	808	6,1
La Pampa	353	2,6
La Rioja	392	2,9
Mendoza	862	6,5
Misiones	476	3,6
Neuquén	514	3,9
Río Negro	563	4,2
Salta	929	7,0
San Juan	428	3,2
San Luis	342	2,6
Santa Cruz	288	2,2
Santa Fe	861	6,5
Santiago del Estero	341	2,6
Tierra del Fuego	407	3,1
Tucumán	780	5,9
Total	13.328	100,0

Mientras la mayor proporción de consultas realizadas se observan en las provincias de Salta, Santa Fe, Mendoza, Jujuy y Tucumán, las menores corresponden a las provincias de Santa Cruz, San Luis, La Pampa y Santiago del Estero.

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

Cuadro 2:
Cantidad de pacientes encuestados según “entre semana”/“fin de semana”. Total país, 2012

Días de la semana	Cantidad de pacientes	%
Fin de semana	3.822	28,7
Entre semana	9.479	71,3
Total*	13.301	100,0

Se observa que durante el fin de semana se realizó el 28,7% de las consultas y durante la semana el 71,3%, por lo que el promedio de consultas por hora mayor durante el fin de semana (de viernes a las 20hs hasta el lunes a las 8hs) que entre semana.

Cuadro 3:
Cantidad de pacientes encuestados según horario nocturno o diurno de la consulta. Total país, 2012

Horario de la consulta	Cantidad de pacientes	%
Diurno	7.683	57,7
Nocturno	5.633	42,3
Total*	13.316	100,0

*12 casos sin datos

Si analizamos la cantidad de consultas realizadas durante la noche y el día, observamos que el horario diurno es el que registra más cantidad de consultas en salas de emergencia con un 57,7%, frente al 42,3% de las consultas realizadas durante la noche.

2. Variables sociodemográficas

Cuadro 4:
Cantidad de pacientes encuestados según sexo. Total país, 2012

Sexo	Cantidad de pacientes	%
Varones	7.068	54,0
Mujeres	6.029	46,0
Total*	13.097	100,0

*231 casos sin datos

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

Cuadro 5:
Cantidad de pacientes encuestados según grupos de edad. Total país, 2012

Grupos de edad	Cantidad de pacientes	%
12 a 15 años	352	2,6
16 a 20 años	2087	15,7
21 a 25 años	2099	15,8
26 a 30 años	1.736	13,0
31 a 40 años	2.497	18,8
41 a 50 años	1.610	12,1
51 y más años	2.932	22,0
Total*	13.313	100,0

*15 casos sin datos

El 47,1% de los pacientes que asistieron a las salas de emergencia tienen hasta 30 años. En especial, el 31,5% de los consultantes tiene entre 16 y 25 años. Dentro de la población adulta son los pacientes mayores de 51 años quienes se configuran como el grupo que presenta la mayor proporción de consultas realizadas.

Cuadro 5b:
Estadísticos descriptivos variable edad. Total país, 2012

Valores válidos	13.313
Casos sin datos	15
Promedio o media	36,4
Mediana	32
Moda	22
Desviación Standard	17,1

Si bien la edad promedio que se observa es de 36,4 años, la edad más frecuente (moda) es de 22 años. Estos valores de media y moda describen que la población que ha visitado las salas de emergencias es bastante heterogénea respecto a la edad.

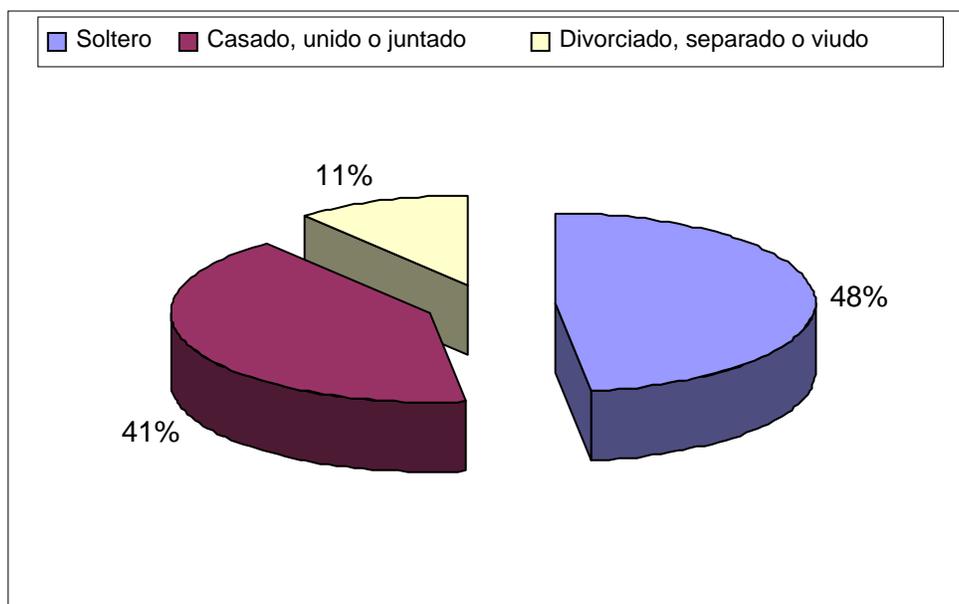
Cuadro 6:
Cantidad de pacientes encuestados según nivel de instrucción. Total país, 2012

Nivel de Instrucción	Cantidad de pacientes	%
Sin instrucción	394	3,1
Primaria incompleta	1.225	9,5
Primaria completa	2.907	22,5
Secundaria Incompleta	3.760	29,2
Secundaria completa	3.041	23,6
Terciaria/universitaria incompleta	978	7,6
Terciaria/universitaria completa	592	4,5
Total*	12.897	100,0

*431 casos sin datos

El 35,1% de los pacientes que acudieron a la salas de emergencia tienen como máximo el primario completo, el 35,7% completó la secundaria y solo un 4,5% finalizó el nivel terciario o universitario.

Gráfico 1:
Cantidad de pacientes encuestados según situación conyugal. Total país, 2012



El 48% de los pacientes atendidos son solteros, el 41% está en pareja y el 11% son divorciados, separados o viudos.

Cuadro 7:
Cantidad de pacientes encuestados según situación laboral. Total país, 2012

Situación Laboral	Cantidad de pacientes	%
Trabaja a tiempo completo	4.216	32,4
Trabaja a tiempo parcial	1.903	14,6
Trabaja esporádicamente	669	5,1
Está desempleado	762	5,9
Estudiante	1.459	11,2
No trabaja	1.365	10,5
Ama de casa	1.377	10,6
Jubilado o pensionado	1.232	9,5
Rentista	26	0,2
Total*	13.009	100,0

*319 casos sin datos

Un poco más de la mitad (52,1%) de los pacientes está trabajando, de los cuales y, de estos, la mayoría lo hace a tiempo completo. Un 5,9% está desocupado y los demás pacientes son inactivos económicamente, es decir, son amas de casa, estudiantes, rentistas, jubilados o personas que no trabajan y tampoco buscan empleo.

Cuadro 8:
Cantidad de pacientes encuestados según condición de actividad. Total país, 2012

Condición de actividad	Cantidad de pacientes	%
Activo	7.550	58,0
Inactivo	5.459	42,0
Total*	13.009	100,0

*319 casos sin datos

Cuadro 9:
Cantidad de pacientes encuestados según ocupación (Base: total de ocupados). Total país, 2012

Ocupación	Cantidad de pacientes	%
Altos Directivos	137	2,1
Profesionales / empresarios	174	2,7
Técnicos / comerciantes	247	3,9
Trabajadores administrativos	1.456	22,8
Pequeños Comerciantes	393	6,1
Artisanos / Trabajadores independientes con oficio	491	7,7
Operarios / obreros calificados	1.539	24,0
Peones / aprendices	803	12,5
Servicio doméstico / Vendedores ambulantes	914	14,3
Personal subalterno de las fuerzas de seguridad	127	2,0
Planes / subsidios de desempleo	120	1,9
Total*	6.401	100,0

*387 casos sin datos

Considerando el universo de los pacientes que están trabajando y de los que se tiene información sobre la tarea que realizan, un 26,8% se dedica a tareas sin calificación (peones, servicio doméstico y vendedores ambulantes), un 22,8% a trabajos administrativos, y 31,7% realizan tareas de calificación operativa (obreros, artesanos o trabajadores independientes). Por su parte, mientras un 1,9% recibe algún subsidio por desempleo, un 6,5% son profesionales y/o técnicos y solo un 2,1% tienen tareas de alta dirección.

3. Variables relacionadas a la consulta

Cuadro 10:
Cantidad de pacientes encuestados según estado en el cual llegaron a la guardia.
Total país, 2012

Estado en que llegó el paciente	Cantidad de pacientes	%
Consciente	12.102	95,2
Inconsciente	337	2,6
Conmoción Cerebral / Obnubilado	279	2,2
Total*	12.718	100,0

*610 casos sin datos

La mayoría de los pacientes (el 95,2%) llegó consciente a la sala de emergencia y un 4,8% llegó inconsciente⁴ u obnubilado⁵.

Cuadro 11:
Cantidad de pacientes encuestados según motivo de ingreso a la guardia. Total país, 2012

Motivo de ingreso	Cantidad de pacientes	%
Accidente de tránsito	1.777	13,8
Accidente de trabajo	421	3,3
Accidente común o casero	1.787	13,9
Situación de violencia	688	5,4
Intento de suicidio	123	1,0
Sobredosis	191	1,5
Síndrome de abstinencia	29	0,2
Motivo médico general	7.822	60,9
Total*	12.838	100,0

*490 casos sin datos

La mayoría de los pacientes (60,9%) ingresó a la sala de emergencia por motivos médicos generales (enfermedades en general), el 31% lo hizo por accidentes (de tránsito, de trabajo o común o casero), 5,4% de los pacientes ingresaron por situaciones de violencia, y un 1,5% por motivos relacionados a sobredosis.

⁴ La inconsciencia es la pérdida del conocimiento, estado en el cual una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades.

⁵ Por conmoción cerebral se entiende toda lesión en el cerebro que puede producir un dolor de cabeza intenso o pérdida del conocimiento y, por obnubilación, una disminución de la agudeza o lucidez mental o del estado de conciencia.

4. Variables relacionadas al consumo

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

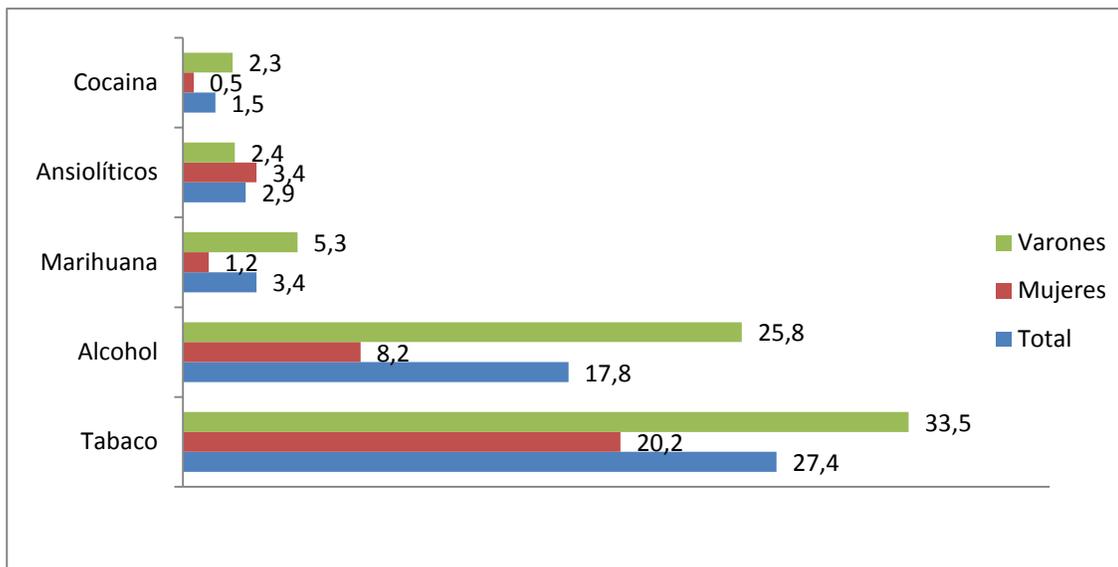
Cuadro 12:
Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso. Total país, 2012

Sustancias Psicoactivas	Cantidad de pacientes	Prevalencia reciente+
Tabaco	3.645	27,4
Alcohol	2.375	17,8
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	384	2,9
Marihuana	457	3,4
Antidepresivos	66	0,5
Cocaína	196	1,5
Anticolinérgicos	16	0,1
Hipnóticos	28	0,2
Solventes o inhalables	43	0,3
Pasta base – Paco	105	0,8
Estimulantes	15	0,1
Anfetaminas	7	0,1
Alucinógenos	20	0,2
Éxtasis	4	0,0
Opio o morfina	7	0,1
Cristales (Metanfetaminas)	4	0,0
Heroína	6	0,0
Crack	4	0,0
Ketamina	2	0,0
Otras drogas	109	0,8

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

La sustancia de mayor consumo en las últimas 6 horas anteriores a la consulta es tabaco, consumida por el 27,4% de los pacientes atendidos. Luego se presenta alcohol, consumido por un 17,8%; seguido por marihuana con el 3,4%, luego los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes con el 2,9% y cocaína con el 1,5% de los pacientes.

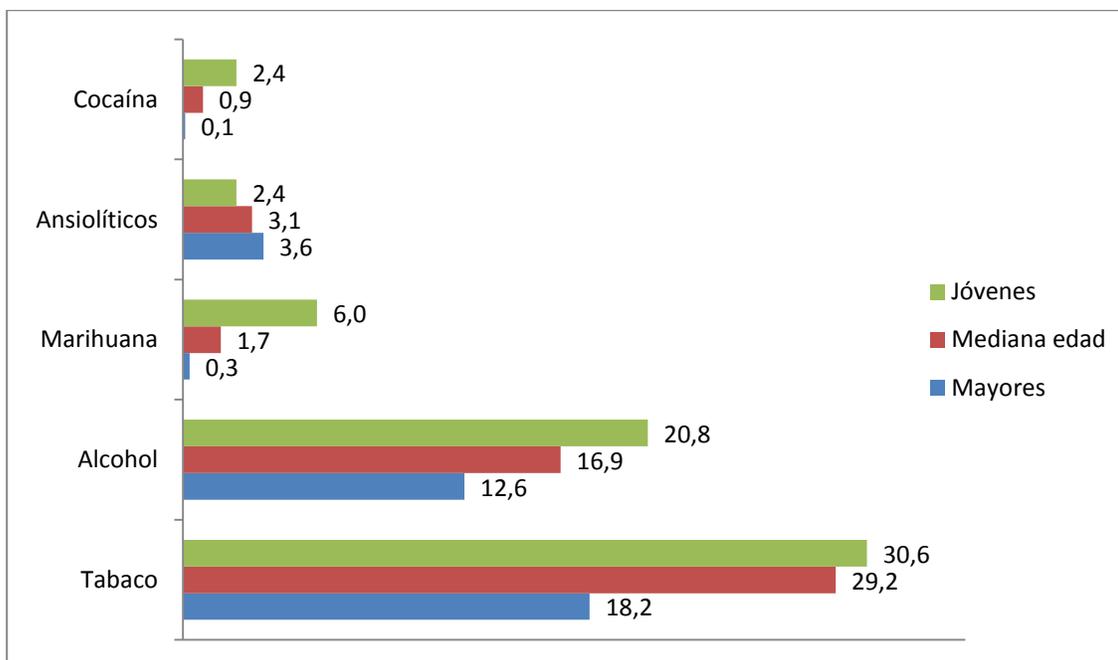
Gráfico 2:
Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según sexo. Total país, 2012



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

Examinando el consumo de SPA según el sexo de los pacientes, se puede establecer que entre los varones la prevalencia de consumo es mayor que en las mujeres respecto de todas las sustancias, a excepción de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, los cuales son consumidos por las mujeres en mayor proporción que por los hombres.

Gráfico 3:
Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital. Total país, 2012



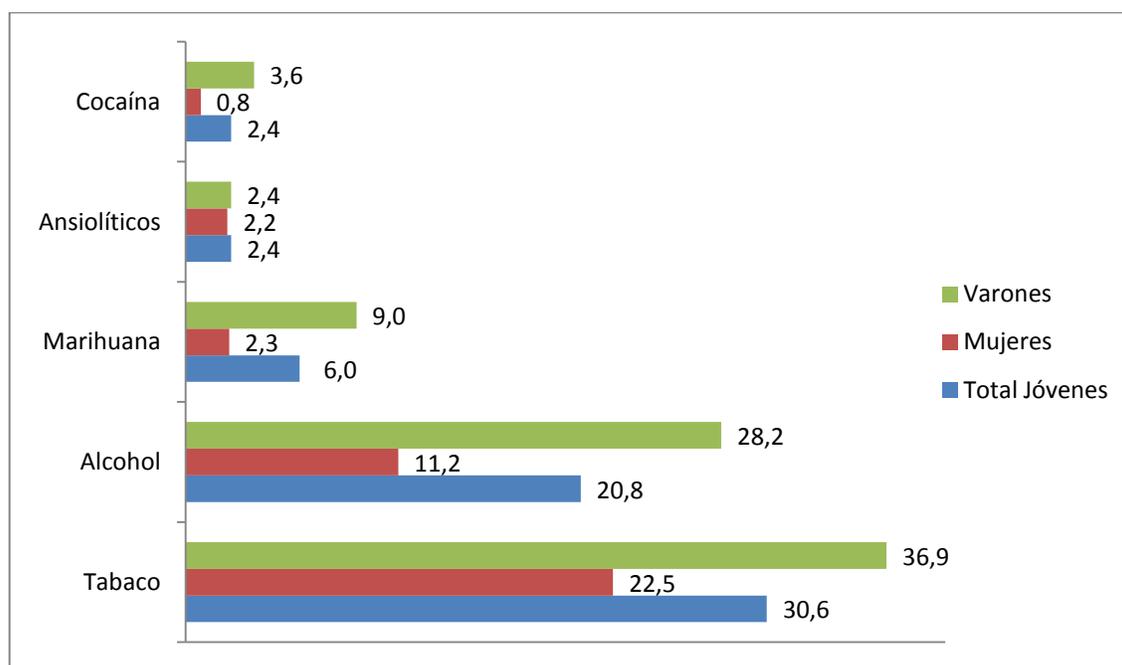
*Se presentan las cinco sustancias con mayor prevalencia de consumo total

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

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

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

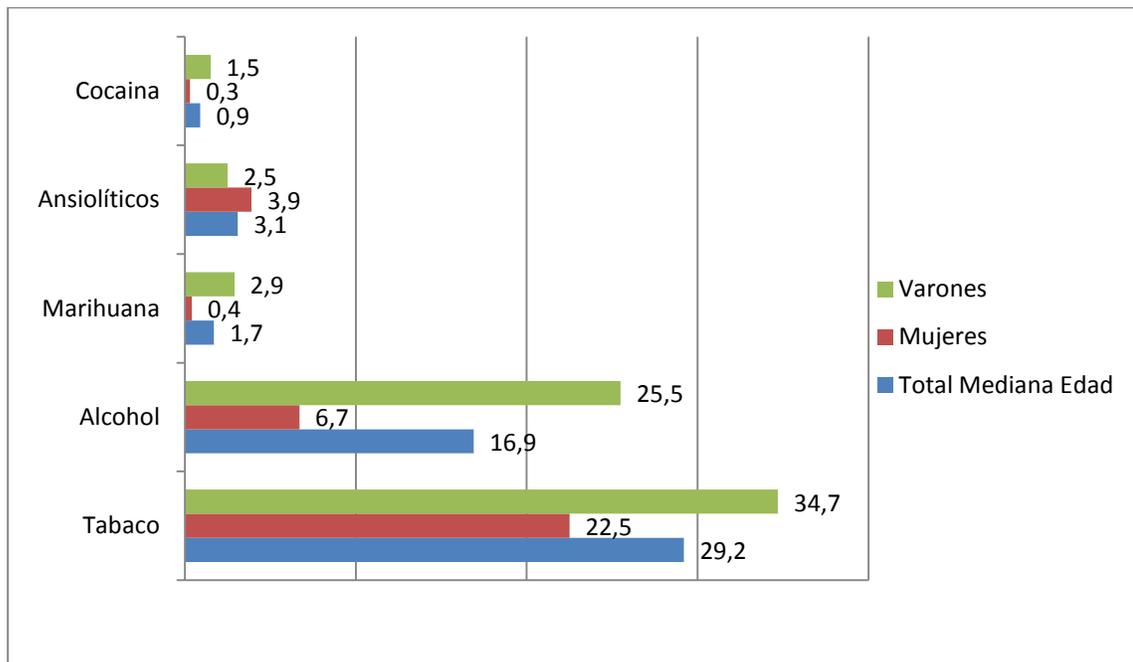
Gráfico 4:
Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Jóvenes y sexo. Total país, 2012



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

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

Gráfico 5:
Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Mediana edad y sexo. Total país, 2012

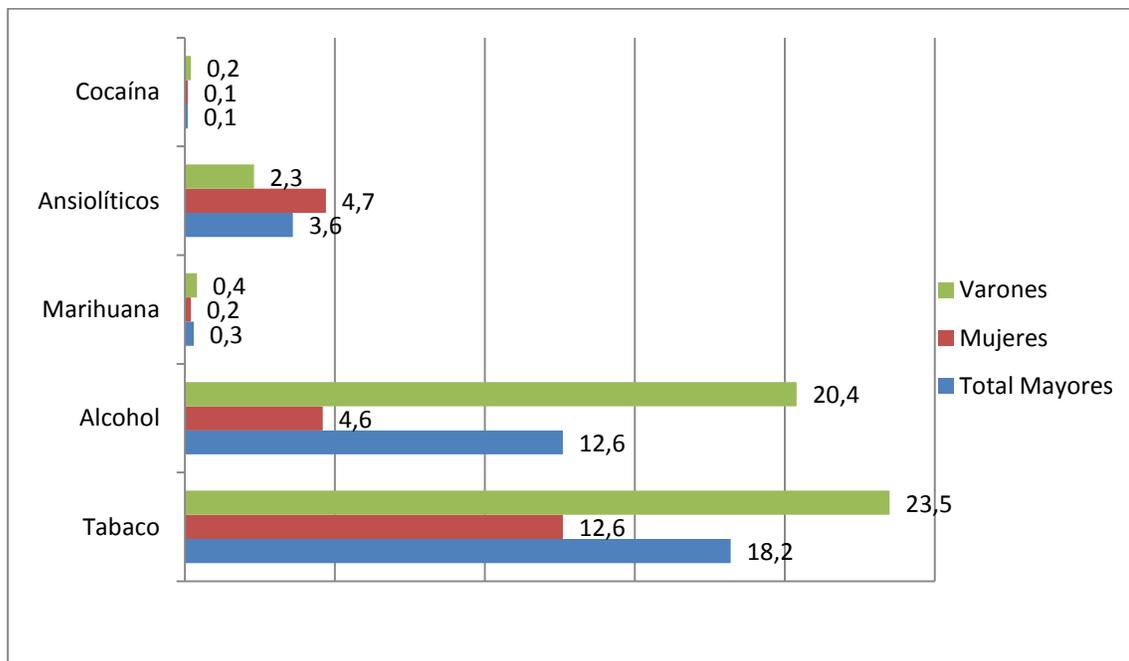


*Se presentan las cinco sustancias con mayor prevalencia de consumo total

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

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

Gráfico 6:
Prevalencia* de consumo de sustancias psicoactivas en las últimas 6 horas anteriores al ingreso según ciclo vital Mayores y sexo. Total país, 2012



*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 (20,4%), mientras que en las mujeres es de solo 4,6%. En cuanto al consumo de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, esta relación se invierte y el consumo en las mujeres es significativamente mayor que el de los varones.

Cuadro 13:
Cantidad de sustancias consumidas (policonsumo) en las últimas 6 horas, según consumo o no de sustancias legales. Total país, 2012

Cantidad de sustancias consumidas	Cantidad de pacientes según consumo			
	No contabilizado el consumo de tabaco		No contabilizado el consumo de tabaco ni alcohol	
	N	%	N	%
Consumió una sustancia	2.315	79,5	827	77,7
Consumió dos sustancias	418	14,3	156	14,6
Consumió tres sustancias o más	182	6,2	82	7,7
Total	2.915	100,0	308	100,0

Considerando al total de quienes consumieron alguna sustancia en las seis horas anteriores a la realización de la consulta sin contabilizar el consumo de tabaco, la mayoría (79,5%) consumió una sola sustancia, el 14,3% dos sustancias y el 6,2% consumió tres o más SPA. Similar distribución se observa al analizar la cantidad de sustancias consumidas sin contabilizar el consumo de alcohol y tabaco.

Cuadro 14:
Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de alcohol (excluido tabaco). Total país, 2012

Tipo de policonsumo según alcohol	N	%
Consumió solo alcohol	1.850	63,5
Consumió alcohol y alguna otra droga	525	18,0
Consumió alguna droga menos alcohol	540	18,5
Total	2.915	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 la mayor proporción (63,5%) consumió solo alcohol, mientras que el 18,5% consumió alguna droga distinta al alcohol y el 18%, alcohol más otra droga.

Cuadro 15:
Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes
(excluido tabaco). Total país, 2012

Tipo de policonsumo según ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes	N	%
Consumió solo ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes	205	7,0
Consumió ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes y alguna otra droga	179	6,1
Consumió alguna droga menos ansiolíticos - sedantes y tranquilizantes	2.531	86,9
Total	2.915	100,0

Con el objetivo de identificar el policonsumo poniendo eje en los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, se observa que los monoconsumidores de estos psicofármacos representan el 7%. El porcentaje de pacientes que combinaron psicofármacos con otras sustancias (sin contabilizar tabaco) fue del 6,1%; en tanto que la combinación de cualquier sustancia a excepción de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes ocurrió en el 86,9% de los pacientes con consumo.

Cuadro 16:
Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de marihuana (excluido tabaco). Total país, 2012

Tipo de policonsumo según marihuana	N	%
Consumió solo marihuana	86	3,0
Consumió marihuana y alguna otra droga	371	12,7
Consumió alguna droga menos marihuana	2.458	84,3
Total	2.915	100,0

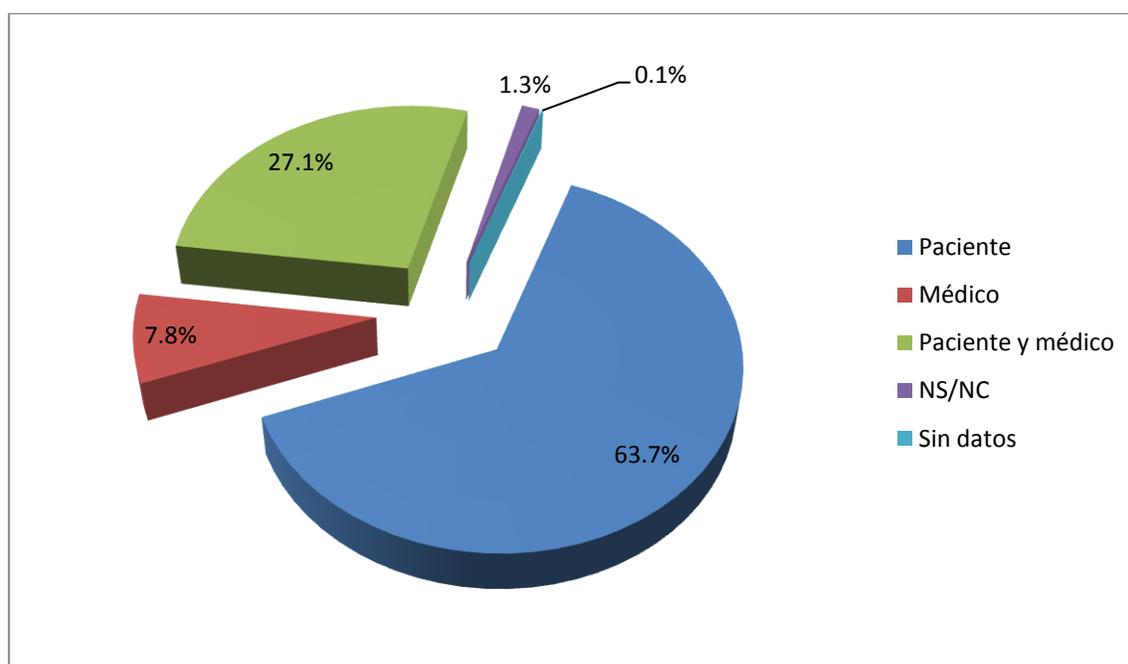
Por su parte, al analizar el policonsumo de sustancias tomando como droga separada a la marihuana (y sin contabilizar el consumo de tabaco) se observa que solo consumió marihuana como única SPA el 3%, mientras que el 12,7% consumió dicha sustancia más alguna otra; y el 84,3% consumió alguna sustancia distinta a la marihuana.

Cuadro 17:
Tipo de policonsumo realizado, según consumo o no de cocaína, sedantes y tranquilizantes (excluido tabaco). Total país, 2012

Tipo de policonsumo según cocaína	N	%
Consumió solo cocaína	25	0,9
Consumió cocaína y alguna otra droga	171	5,9
Consumió alguna droga menos cocaína	2.719	93,2
Total	2.915	100,0

Analizando el policonsumo poniendo eje en la cocaína (excluido tabaco) se observa que los monoconsumidores representan el 0,9%. El porcentaje de pacientes que combinaron cocaína con otras sustancias (sin contabilizar tabaco) fue 5,9%; en tanto que la combinación de cualquier sustancia menos cocaína ocurrió en el 93,2% de los pacientes con consumo.

Gráfico 7:
Cantidad de pacientes según quién respondió sobre consumo. Total país, 2012



En cuanto a la aplicación del cuestionario, se advirtió que en el 63,7% de los casos fue el mismo paciente quien informó sobre el consumo de sustancias. En un porcentaje menor, el 7,8%, solo el médico respondió sobre el consumo del paciente y en un 27,1%, ambos lo hicieron.

Cuadro 18:
**Distribución de las consultas según la impresión clínica del médico sobre la relación
entre el consumo de SPA y la consulta. Total país, 2012**

Impresión clínica del médico	Cantidad de pacientes	%
Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	1.640	12,3
Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas	4.622	34,7
No se informa porque no hay consumo	6.216	46,6
Sin datos	850	6,4
Total	13.328	100,0

Del total de las consultas registradas (13.328) en los distintos hospitales, el 12,3% estuvieron relacionadas con el consumo de sustancias según la impresión clínica del médico.

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 Ciudad de Buenos Aires, San Luis y Santiago del Estero el porcentaje de consultas asociadas al consumo es similar al total nacional (12,4%, 12,6% y 12,6% respectivamente). En cambio, en 10 provincias se observó un porcentaje de consultas asociadas al consumo por arriba del promedio nacional, estas provincias son: Tucumán (18,5%), Salta (18,4%), Córdoba (17,3%), Formosa (16,8%), Corrientes (15,6%), Entre Ríos (14,7%), San Juan (14,5%), Chaco (14,4%), La Rioja (13,5%) y Santa Fe (13,1%). Por otro lado, en 11 provincias este porcentaje de asociación entre la consulta y el consumo es menor al promedio nacional: Tierra del Fuego (3,9%), Río Negro (4,6%), La Pampa (5,4%), Misiones (6,7%), Chubut (8,1%), Mendoza (8,2%), Santa Cruz (9,4%), Catamarca (10,9%), Neuquén (11,1%), Buenos Aires (11,8%) y Jujuy (11,4)

Tucumán (18,5%)

Salta (18,4%)

Córdoba (17,3%)

Formosa (16,8%)

Corrientes (15,6%)

Entre Ríos (14,7%)

San Juan (14,5%)

Chaco (14,4%)

La Rioja (13,5%)

Santa Fe (13,1%)

San Luis (12,6%)

Santiago del Estero (12,6%)

Ciudad de Buenos Aires (12,4%)



Encima del promedio nacional

Promedio Nacional (12,3%)

— Ciudad de Buenos Aires (12,4%), San Luis (12,6%), Santiago del Estero (12,6%)



Debajo del promedio nacional

Buenos Aires (11,8%)

Jujuy (11,4)

Neuquén (11,1%)

Catamarca (10,9%)

Santa Cruz (9,4%)

Mendoza (8,2%)

Chubut (8,1%)

Misiones (6,7%)

La Pampa (5,4%)

Río Negro (4,6%)

Tierra del Fuego (3,9%)

Cuadro 19:
Distribución de las consultas según impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, por provincias. Total país, 2012

Impresión clínica del médico	Consultas relacionadas	%	Total de consultas
Buenos Aires	79	11,8	672
Catamarca	56	10,9	514
Chaco	82	14,4	569
Chubut	45	8,1	555
Ciudad de Buenos Aires	75	12,4	605
Córdoba	101	17,3	584
Corrientes	73	15,6	469
Entre Ríos	73	14,7	497
Formosa	87	16,8	519
Jujuy	92	11,4	808
La Pampa	19	5,4	353
La Rioja	53	13,5	392
Mendoza	71	8,2	862
Misiones	32	6,7	4,76
Neuquén	57	11,1	514
Río Negro	26	4,6	563
Salta	171	18,4	929
San Juan	62	14,5	428
San Luis	43	12,6	342
Santa Cruz	27	9,4	288
Santa Fe	113	13,1	861
Santiago del Estero	43	12,6	341
Tierra del Fuego	16	3,9	407
Tucumán	144	18,5	780
Total	1.640	12,3	13.328

Cuadro 20:
Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según sexo. Total país, 2012

Sexo	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el	No se informa porque no hay	
Varones	18,1	34,9	47,0	100,0
Mujeres	5,6	34,4	60,0	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

Analizando 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 12,5 puntos porcentuales al de las mujeres.

Cuadro 21:
Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según grupos de edad. Total país, 2012

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	7,7	27,3	65,0	100,0
16 a 20 años	17,7	30,0	52,3	100,0
21 a 25 años	15,8	34,1	50,1	100,0
26 a 30 años	14,2	37,2	48,6	100,0
31 a 40 años	11,4	36,8	51,8	100,0
41 a 50 años	9,1	37,8	53,1	100,0
51 y más años	7,8	34,4	57,8	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	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 el menor porcentaje de asociación se encuentra entre quienes tienen 12 a 15 años. Los mayores porcentajes de asociación se encuentran en el grupo de 16 a 20 años. Luego de los 20 años, a medida que se incrementa la edad, disminuyen poco a poco los porcentajes de asociación.

Cuadro 22:
Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según ciclo vital. Total país, 2012

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	15,5	33,2	51,3	100,0
Mediana edad	10,5	37,2	52,3	100,0
Mayores	7,8	34,4	57,8	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

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

Cuadro 23:
Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia, según nivel de instrucción. Total país, 2012

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	14,0	31,0	55,0	100,0
Primaria Incompleta	14,4	31,9	53,7	100,0
Primaria completa	11,5	35,4	53,1	100,0
Secundaria Incompleta	13,8	34,6	51,6	100,0
Secundaria completa	10,5	37,3	52,2	100,0
Terciaria/universitaria incompleta	8,9	33,5	57,6	100,0
Terciaria/universitaria completa	6,8	34,3	58,9	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

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

Cuadro 24:
Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según situación conyugal. Total país, 2012

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)	9,5	36,7	53,8	100,0
Divorciado (a) - Separado (a) - Viudo (a)	8,6	36,3	55,1	100,0
Soltero (a)	14,8	32,9	52,3	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	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 (14,8%) y en segundo lugar, los que están en pareja (9,5%).

Cuadro 25:
Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según condición de actividad. Total país, 2012

Condición de actividad	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo +	
Activo	13,0	37,8	49,2	100,0
Inactivo	10,2	30,8	59,0	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

Se observa mayor nivel de asociación entre la consulta en la sala de emergencia y el consumo de SPA, en los pacientes económicamente activos (13%) que en los inactivos (10,2%).

Cuadro 26:
Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según estado que llegó el paciente. Total país, 2012

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	10,6	35,7	53,7	100,0
Inconsciente	48,4	17,2	34,4	100,0
Conmoción Cerebral / Obnubilado	41,9	21,1	37,0	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

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: los pacientes que llegaron en estado de inconsciencia tienen un mayor porcentaje de asociación con el consumo de SPA (48,4%), seguidos por quienes ingresaron en estado de conmoción cerebral u obnubilados (41,9%). Dicho porcentaje se reduce al 10,6% en los pacientes que llegaron conscientes a la sala de emergencia habiendo consumido alguna SPA 6hs antes del ingreso al hospital.

Cuadro 27:
Distribución porcentual de los pacientes del estado en que llegó el paciente, de acuerdo a la impresión clínica del médico. Total país, 2012

Estado en que llegó el paciente	Impresión clínica del médico		
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo
Consciente	78,2	93,3	92,7
Inconsciente	9,9	1,3	1,4
Conmoción Cerebral / Obnubilado	7,1	1,3	1,5
Desconocido	4,8	4,1	4,4
Total	100,0	100,0	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

La presencia de pacientes que llegaron inconscientes o con conmoción cerebral es del 7,1% al interior de las consultas relacionadas al consumo, frente al 1,3% que corresponde a las que no tienen relación con el consumo. Este dato advierte acerca del impacto que tiene el consumo de sustancias sobre el sistema de salud (demanda de atención y tratamiento).

Cuadro 28:
Distribución de las consultas según estado en que llegó el paciente por consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2012

Sustancias Psicoactivas	Estado en que llegó el paciente				Total
	Consciente	Inconsciente	Conmoción Cerebral / Obnubilado	Desconocido	
Alcohol	84,4	6,5	4,8	4,3	100,0
Tabaco	90,0	3,3	2,2	4,5	100,0
Marihuana	82,1	7,7	5,0	5,2	100,0
Solventes o inhalables	60,5	16,3	11,6	11,6	100,0
Cocaína	74,5	13,8	7,1	4,6	100,0
Pasta base – Paco	73,3	10,5	8,6	7,6	100,0
Hipnóticos	75,0	10,7	14,3	0,0	100,0
Ansiolíticos, Sedantes y Tranquilizantes	74,0	12,5	9,6	3,9	100,0
Antidepresivos	72,7	9,1	12,1	6,1	100,0
Anticolinérgicos	87,5	6,3	6,2	0,0	100,0

Los pacientes que consumieron solventes o inhalantes, cocaína y/o ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes llegaron a la sala de emergencia en estado de inconsciencia en mayor proporción que los que consumieron el resto de las sustancias.

Por otro lado, quienes consumieron hipnóticos, solventes o inhalables y antidepresivos son quienes ingresaron en mayor número en estado de conmoción cerebral u obnubilados.

Cuadro 29:
Impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según motivo del ingreso. Total país, 2012

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	22,5	34,8	42,7	100,0
Accidente de trabajo	6,2	45,6	48,2	100,0
Accidente común o casero	12,5	33,4	54,1	100,0
Situación de violencia	46,8	26,5	26,7	100,0
Intento de suicidio	75,6	11,4	13,0	100,0
Sobredosis	94,2	1,6	4,2	100,0
Síndrome de abstinencia	86,2	3,4	10,4	100,0
Motivo médico general	4,1	36,6	59,3	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	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 con los intentos de suicidio muestran que el 75,6% de los ingresos por esta causa están asociados al consumo de sustancias. Además, se asocian con el consumo de sustancias el 46,8% de las situaciones de violencia y el 22,5% de los accidentes de tránsito.

Cuadro 30:
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, 2012

Motivo de ingreso	Impresión clínica del médico		
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+
Desconocido	2,9	3,3	4,1
Accidente de tránsito	24,3	13,4	10,7
Accidente de trabajo	1,6	4,2	2,9
Accidente común o casero	13,6	12,9	13,8
Situación de violencia	19,6	3,9	2,6
Intento de suicidio	5,7	0,3	0,2
Sobredosis	11,0	0,1	0,1
Síndrome de abstinencia	1,5	0,0	0,0
Motivo médico general	19,8	61,9	65,6
Total	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 con algún consumo de sustancias, se observa que un 39,5% responde a accidentes en general (de tránsito, de trabajo o comunes), en tanto un 19,6%, a situaciones de violencia y un 19,8%, a motivos médicos generales. El 11% corresponde a ingresos por motivos relacionados a sobredosis.

Cuadro 31:
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, 2012

Sustancias Psicoactivas	Impresión clínica del médico	
	Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas
Alcohol	81,3	16,3
Tabaco	55,2	46,2
Ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	12,2	3,0
Marihuana	19,5	2,3
Cocaína	9,7	0,6
Antidepresivos	2,1	0,4
Solventes o inhalables	2,5	0,0
Hipnóticos	1,2	0,2
Pasta base/Paco	5,7	0,2
Estimulantes	0,7	0,0
Anfetaminas	0,2	0,1
Anticolinérgicos	0,2	0,1
Alucinógenos	1,1	0,0
Éxtasis	0,1	0,1
Opio o morfina	0,4	0,0
Ketamina	0,1	0,0
Crack	0,2	0,0
Heroína	0,4	0,0
Cristales (Metanfetaminas)	0,2	0,0

La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de SPA es del 81,3%, lo cual indica una vez más la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población. Respecto del tabaco, sustancia cuyo consumo se mide por tercera vez en este estudio, se presenta como la segunda sustancia más consumida (55,2%). La marihuana tiene una presencia del 19,5%, los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes el 12,2%, la cocaína 9,7% y la pasta base/Paco el 5,7%. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de SPA es inferior al 2,5%.

Cuadro 32:
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, 2012

Sustancias Psicoactivas	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas	Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas	No se informa + sin datos	
Alcohol	56,1	31,7	12,2	100% (N =2.375)
Tabaco	24,8	58,5	16,7	100% (N =3.654)
Ansiolíticos, sedantes y Tranquilizantes	52,1	35,7	12,2	100% (N =384)
Marihuana	69,8	23,4	6,8	100% (N =457)
Cocaína	81,1	13,8	5,1	100% (N =196)
Antidepresivos	53,0	28,8	18,2	100% (N =66)
Solventes o inhalables	95,3	4,7	0,0	100% (N =43)
Pasta base – Paco	88,6	9,5	1,9	100% (N=105)

Entre los pacientes con consumo de solventes e inhalables, cocaína o pasta base el ingreso por causas asociadas al consumo supera al 80% del total de consultas. Entre los pacientes que consumieron marihuana el porcentaje asociado al consumo es del 69,8% y entre los pacientes con consumo de alcohol el porcentaje es del 56,1% y de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, el 52,1%.

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

Cuadro 33:
Policonsumo en relación con el alcohol (excluido tabaco), de sustancias psicoactivas, según la impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2012

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 solo alcohol	50,5	35,5	14,0	100,0 (N = 1.850)
Consumió alcohol y alguna otra droga	76,0	18,5	5,5	100,0 (N = 525)
Consumió alguna droga menos alcohol	39,3	35,4	25,3	100,0 (N = 540)

+Incluye los casos "sin datos"

En el cuadro se observa que es mayor la asociación entre la consulta y el consumo de SPA cuando en las seis horas anteriores a esta se consumió alcohol y otra sustancia (76%), seguido de aquellos que consumieron solo alcohol (50,5%). Estos datos vuelven a confirmar la gravedad del consumo de alcohol y sus efectos en la salud de la población.

Cuadro 34:
Policonsumo en relación con ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes (excluido tabaco), de sustancias psicoactivas según la impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2012

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 solo ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	32,2	47,8	20,0	100,0 (N = 205)
Consumió ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes y alguna otra droga	74,9	20,7	4,4	100,0 (N = 179)
Consumió alguna droga menos ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes	53,1	31,9	15,0	100,0 (N = 2.531)

+Incluye los casos "sin datos"

El consumo de psicofármacos como única SPA vincula la consulta con el consumo en el 32,2% de estos pacientes, asociación que se incrementa cuando el uso de psicofármacos se combina con otras drogas al 74,9%.

Cuadro 35:
Policonsumo en relación con marihuana (excluido tabaco), de sustancias psicoactivas según la impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2012

Consumo de sustancias psicoactivas	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo+	
Consumió solo marihuana	46,5	41,9	11,6	100 (N = 86)
Consumió marihuana y alguna otra droga	75,2	19,1	5,7	100,0 (N = 371)
Consumió alguna droga menos marihuana	49,9	34,1	16,0	100,0 (N = 2.458)

+Incluye los casos "sin datos"

Dentro de los pacientes que solo consumieron marihuana, un 46,5% de estas consultas de emergencia estuvieron relacionadas con el consumo. Esta asociación asciende al 75,2% cuando al consumo de marihuana se le agrega otra sustancia (sin tener en cuenta el tabaco).

Cuadro 36:
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, 2012

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	18,5	33,9	47,6	100,0
Entre semana	9,8	34,9	55,3	100,0
Total	12,3	34,7	53,0	100,0

+Incluye los casos "sin datos"

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

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

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

Cuadro 37:
Distribución porcentual de pacientes con consumo de alcohol, marihuana o ansiolíticos según motivo de ingreso de las consultas vinculadas al consumo. Total país, 2012

Motivo de ingreso de pacientes con consumo de alcohol, marihuana o ansiolíticos	Pacientes con consumo de alcohol	Pacientes con consumo de marihuana	Pacientes con consumo de ansiolíticos
Accidente de tránsito	27,1	18,8	4,0
Accidente de trabajo	1,7	1,6	1,0
Accidente común o casero	14,9	10,0	5,5
Situación de violencia	22,1	26,6	8,0
Intento de suicidio	3,3	5,0	28,5
Sobredosis	9,7	16,6	30,5
Síndrome de abstinencia	1,5	2,8	2,5
Motivo médico general	17,0	15,7	19,5
Desconocido	2,7	2,9	0,5
Total	100,0 (N = 1.333)	100,0 (N=319)	100,0 (N=200)

Del total de pacientes con consumo reciente de alcohol cuya consulta estuvo vinculada al consumo, los motivos de ingreso más frecuente son accidentes de tránsito (27,1%), situación de violencia (22,1%) y motivo médico general (17%).

Entre los pacientes que consumieron marihuana cuyo consumo se vincula a la consulta de emergencia, el 26,6% ingresó por situación de violencia, el 18,8% por accidentes de tránsito, el 16,6% por sobredosis y el 15,7% por motivo médico general. Los restantes motivos de ingreso no superan al 10% de estos pacientes.

Entre los pacientes con consumo de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes, cuya consulta está vinculada a dicho consumo, el 30,5% ingresó a la guardia por sobredosis, el 28,5% por intento de suicidio y el 19,5% por motivos médicos generales.

Cuadro 38:
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, 2012

Motivo de ingreso en pacientes con consumo de alcohol	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa + sin dato	
Accidente de tránsito	76,5	20,1	3,4	100% (N = 472)
Accidente de trabajo	42,3	48,1	9,6	100% (N = 52)
Accidente común o casero	61,6	29,1	9,3	100% (N = 323)
Situación de violencia	80,8	17,0	2,2	100% (N = 365)
Intento de suicidio	91,7	8,3	0,0	100% (N = 48)
Sobredosis	94,9	1,5	3,6	100% (N =)
Síndrome de abstinencia	100,0	0,0	0,0	100% (N = 20)
Motivo médico general	26,3	50,1	23,6	100% (N = 859)

Es el mismo sentido, se observa relación entre la consulta y el consumo 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 en los motivos que provocan la consulta, sino también 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, organización según la cual: los “trastornos relacionados con sustancias” se clasifican dentro de la categoría “trastornos mentales y del comportamiento”.

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

Cuadro 39:
Diagnósticos presuntivos de los pacientes según la impresión clínica del médico sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia. Total país, 2012

Diagnóstico presuntivo	Impresión clínica del médico			Total
	Relacionado con el consumo	Sin relación con el consumo	No se informa porque no hay consumo	
Infecciones	2,2	31,3	66,5	100% (N = 272)
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	1,3	36,4	62,3	100% (N = 77)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,6	31,1	64,3	100% (N = 151)
Trastornos mentales y del comportamiento	43,3	26,8	29,9	100% (N = 194)
Enfermedades del sistema nervioso	8,5	32,5	59,0	100% (N = 305)
Enfermedades del ojo y anejos oculares	1,0	40,2	58,8	100% (N = 194)
Enfermedades del oído y procesos mastoideos	1,2	36,8	62,0	100% (N = 171)
Enfermedades del sistema circulatorio	5,3	31,9	62,8	100% (N = 761)
Enfermedades del sistema respiratorio	5,4	34,9	59,7	100% (N = 784)
Gripe	1,0	33,0	66,0	100% (N = 485)
Enfermedades del sistema digestivo	5,7	34,4	59,9	100% (N = 2.148)
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	1,4	43,8	54,8	100% (N = 292)
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	1,7	38,5	59,8	100% (N = 517)
Enfermedades del sistema urinario	0,7	39	60,3	100% (N = 408)
Enfermedades del sistema genital	1,5	36,6	61,9	100% (N = 131)
Traumatismos / politraumatismos / heridas	20,4	35,0	44,6	100% (N = 4.830)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	81,9	6,7	11,4	100% (N = 298)
Controles médicos	3,4	38,8	57,8	100% (N = 356)
Problemas quirúrgicos	3,6	41,4	55,0	100% (N = 111)
Consultas no especificadas	3,8	38,7	57,5	100% (N = 770)

+Incluye los casos "sin datos"

Del cuadro surge que el 81,9% de las consultas por intoxicaciones se debieron al consumo de SPA. Se destaca también que el 43,3% de los trastornos mentales y del comportamiento (donde se incluyen aquellos trastornos debido al consumo de SPA) atendidas en la sala de emergencia y el 20,4% de los traumatismos tuvieron relación con el consumo de alguna SPA.

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

Cuadro 40:
Diagnósticos presuntivos según cantidad de sustancias consumidas (incluido tabaco). Total de consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2012

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	22,5	26,3	51,2	100,0 (N = 80)
Enfermedades del sistema respiratorio	45,7	37,1	17,1	100,0 (N = 40)
Enfermedades del sistema digestivo	52,5	46,2	8,5	100,0 (N = 117)
Traumatismos-politraumatismos-heridas	36,6	45,5	17,9	100,0 (N = 965)
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	31,4	30,5	38,1	100,0 (N = 236)

*Se presentan solo 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 (45,7%) y las del sistema digestivo (52,5%) se asocian en mayor proporción con el consumo de una sola sustancia.

Por su parte, las enfermedades del sistema digestivo se asocian en un 46,2% al consumo de dos sustancias, mientras que los trastornos mentales y del comportamiento se asocian en un 51,2% al consumo de tres sustancias o más.

Cuadro 41:
Distribución de los pacientes por cantidad de sustancias consumidas (incluido tabaco) según diagnósticos presuntivos. Total de consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, Total país, 2012

Diagnóstico presuntivo	Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas		
	Consumió una sustancia	Consumió dos sustancias	Consumió tres sustancias o más
Infecciones	0,3	0,2	0,2
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	0,2	0,0	0,1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,5	0,3	0,4
Trastornos mentales y del comportamiento	3,1	3,2	3,2
Enfermedades del sistema nervioso	1,9	1,1	1,5
Enfermedad del oído y procesos mastoideos	0,2	0,2	0,2
Enfermedades del ojo y anejos oculares	0,0	0,2	0,1
Enfermedades del sistema circulatorio	2,8	2,7	2,7
Enfermedades del sistema respiratorio	3,6	2,0	2,7
Gripe	0,2	0,3	0,2
Enfermedades del sistema digestivo	9,1	8,2	8,6
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	0,2	0,5	0,3
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	0,9	0,5	0,6
Enfermedades del sistema urinario	0,3	0,2	0,2
Enfermedades del sistema genital	0,0	0,3	0,2
Traumatismos-politraumatismos-heridas	60,7	66,5	64,1
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	12,7	11,0	11,8
Controles médicos	0,9	0,6	0,7
Problemas quirúrgicos	0,2	0,2	0,2
Consultas no especificadas	2,2	1,8	2,0
Total	100,0 (N = 581)	100,0 (N = 657)	100,0 (N = 1.238)

Al analizar a los pacientes cuya consulta estuvo relacionada con el consumo, observamos que las distribuciones no indican diferencias en cuanto a los diagnósticos presuntivos según la cantidad de sustancias consumidas.

Cuadro 42:
Consumo de alcohol, de alcohol combinado y de otra sustancia menos alcohol según diagnósticos presuntivos. Total consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Total país, 2012

Diagnóstico presuntivo	Consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas		
	Consumió solo alcohol	Consumió alcohol y alguna otra droga	Consumió alguna droga menos alcohol
Infecciones	0,2	0,3	0,8
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	0,2	0,0	0,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,7	0,2	0,0
Trastornos mentales y del comportamiento	1,6	5,0	10,9
Enfermedades del sistema nervioso	0,9	1,1	3,9
Enfermedades del ojo y anejos oculares	0,2	0,1	0,0
Enfermedad del oído y procesos mastoideos	0,0	0,2	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	1,4	2,2	4,7
Enfermedades del sistema respiratorio	0,5	1,6	9,3
Gripe	0,2	0,2	0,0
Enfermedades del sistema digestivo	9,9	6,6	5,8
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras	0,2	0,2	0,4
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	0,5	0,3	1,6
Enfermedades del sistema urinario	0,5	0,1	0,0
Enfermedades del sistema genital	0,0	0,2	0,0
Traumatismos-politraumatismos-heridas	72,1	64,1	29,5
Intoxicaciones por sustancias, envenenamientos	7,6	13,9	30,2
Controles médicos	0,9	0,8	0,4
Problemas quirúrgicos	0,2	0,3	0,0
Consultas no especificadas	2,2	2,6	2,5
Total	100,0(N =433)	100,0 (N = 900)	100,0 (N = 258)

El consumo solo de alcohol está significativamente asociado a los traumatismos-politraumatismo-heridas (72,1%), mientras que el consumo de alguna droga diferente al alcohol

se asocia, por sobre los traumatismos (29,5%), en mayor proporción con intoxicaciones por sustancias o envenenamientos (30,2%). Al interior de los que consumieron alcohol combinado con alguna otra sustancia, las asociaciones con politraumatismos también están seguidas por las intoxicaciones (13,9%).

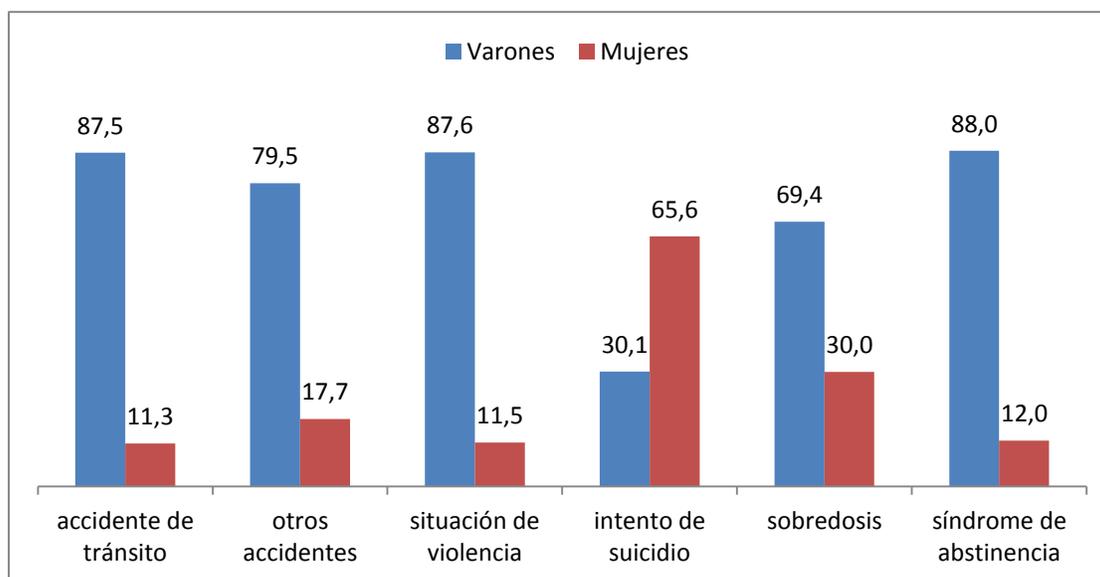
3. Motivos de ingreso a la guardia de las consultas vinculadas con consumo de SPA: descripción de perfiles.

En este capítulo se analizan los motivos de ingresos con el objetivo de poder describir el perfil de aquellas personas cuya consulta estuvo relacionada al consumo de alguna SPA según impresión clínica del médico.

a) Sexo

Entre quienes ingresaron a la guardia por accidentes, situaciones de violencia, sobredosis o síndrome de abstinencia en consultas asociadas al consumo, la gran mayoría son varones. Por el contrario, las personas que ingresaron a la sala de emergencia por intentos de suicidio asociados al consumo, son mujeres en el 65,6% de los casos.

Gráfico 8:
Motivos de ingresos vinculados al consumo según sexo. Total país, 2012



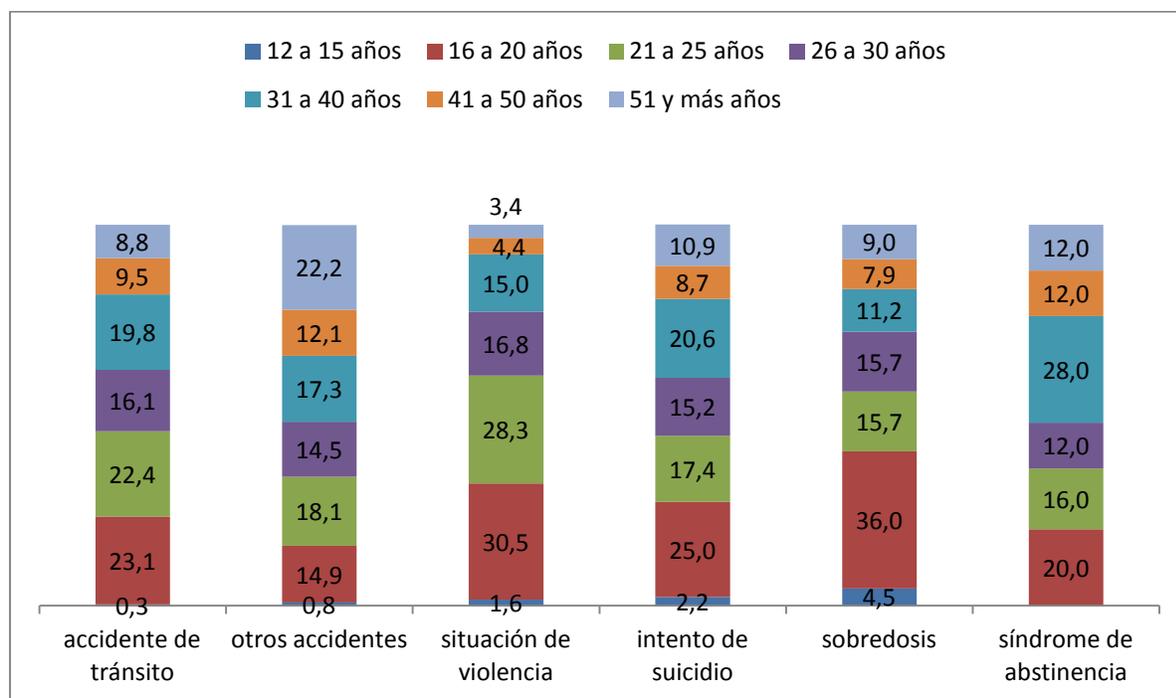
*Se excluyen los casos sin dato en sexo

b) Edad

Los pacientes que ingresaron por situación de violencia y sobredosis en consultas relacionadas con el consumo son los de mayor proporción de adolescentes y jóvenes de hasta 25 años, mientras que el motivo por el cual ingresaron personas de mayor edad es el de otros accidentes (ya sea de trabajo o caseros). El síndrome de abstinencia es el que aglutina al mayor

porcentaje de adultos de 31 a 40 años, seguido del intento de suicidio y accidentes de tránsito.

Gráfico 9:
Motivos de ingresos asociados al consumo según grupos de edad. Total país, 2012



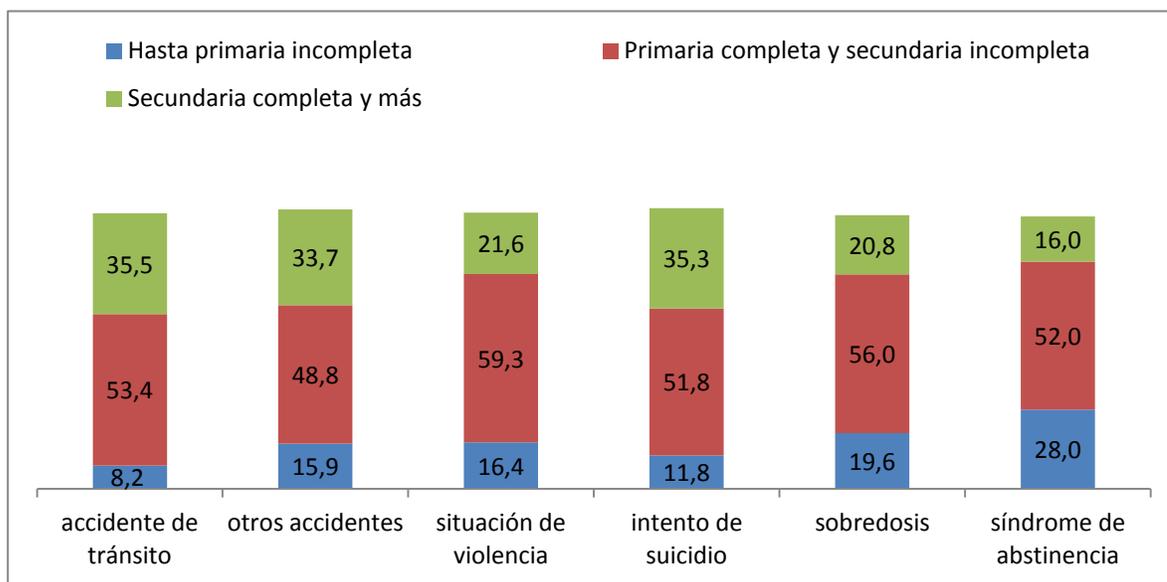
*Se excluyen los casos sin dato en edad

c) Nivel de Instrucción

Casi el 30% de los pacientes que ingresaron por síndrome de abstinencia en consultas relacionadas con el consumo no han terminado el nivel primario, pacientes que se corresponden con los de nivel educativo más bajo. Por el contrario, aquellos que ingresaron por accidentes, ya sea de tránsito o de otro tipo, y por intentos de suicidio son los que han alcanzado mayor escolaridad, ya que la tercera parte ha terminado el secundario.

Por otra parte, los que en mayor proporción declaran primaria completa o secundaria incompleta son los que han ingresado por situación de violencia o sobredosis.

Gráfico 10:
Motivos de ingresos asociados al consumo según nivel de instrucción. Total país, 2012

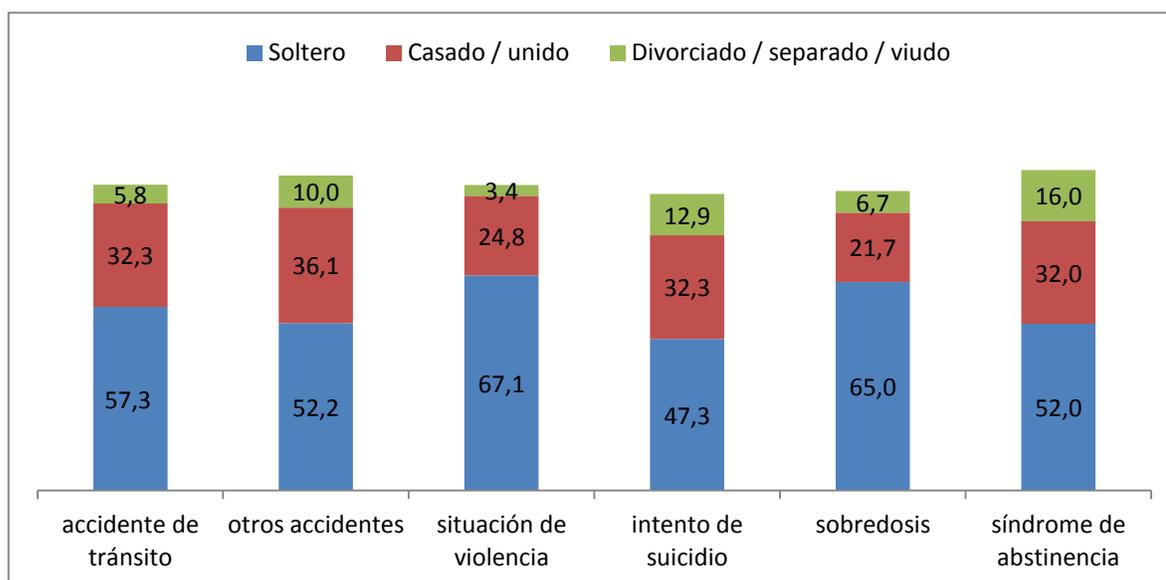


*Se excluyen los casos sin dato en nivel de instrucción

d) Situación Conyugal

Dentro de las consultas relacionadas con el consumo, la mayor proporción de pacientes solteros se observa entre los ingresados por situación de violencia y sobredosis, mientras que los casados o unidos muestran el mayor porcentaje entre los accidentados y los que intentaron suicidarse.

Gráfico 11:
Motivos de ingresos asociados al consumo según situación conyugal. Total país, 2012



*Se excluyen los casos sin dato en situación conyugal

e) Situación Laboral

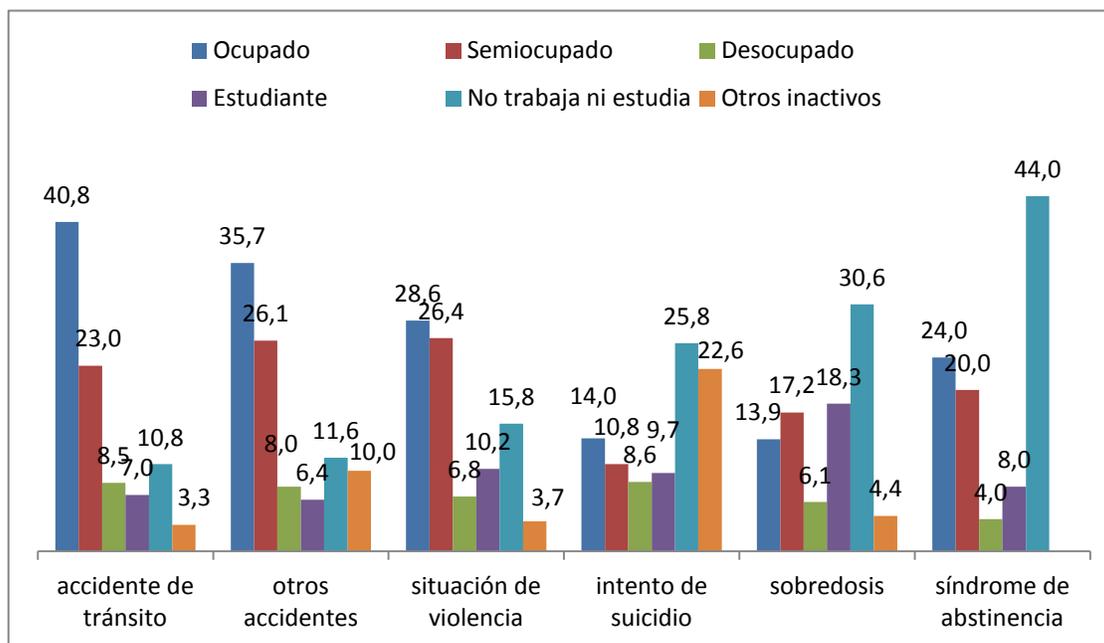
Analizando aquellos pacientes que ingresaron por motivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, los accidentados son los que en mayor proporción se encuentran ocupados a tiempo completo, mientras que los que no trabajan ni estudian se destacan en especial entre aquellos que acudieron a la sala de emergencia por síndrome de abstinencia, en segundo lugar, por sobredosis y en tercer lugar, por intento de suicidio.

Más de la mitad de los que acudieron a razón de una situación de violencia están trabajando, ya sea a tiempo parcial o completo, y alrededor del 15% se encuentran en completa marginalidad, sin trabajar, ni estudiar ni declarar otra situación de inactividad como ama de casa, rentista o jubilado.

Por último, resulta notable también, que menos del 15% de los que ingresaron por intento de suicidio y sobredosis estén ocupados.

Gráfico 12:

Motivos de ingresos asociados al consumo según situación laboral. Total país, 2012



*Se excluyen los casos sin dato en condición de actividad

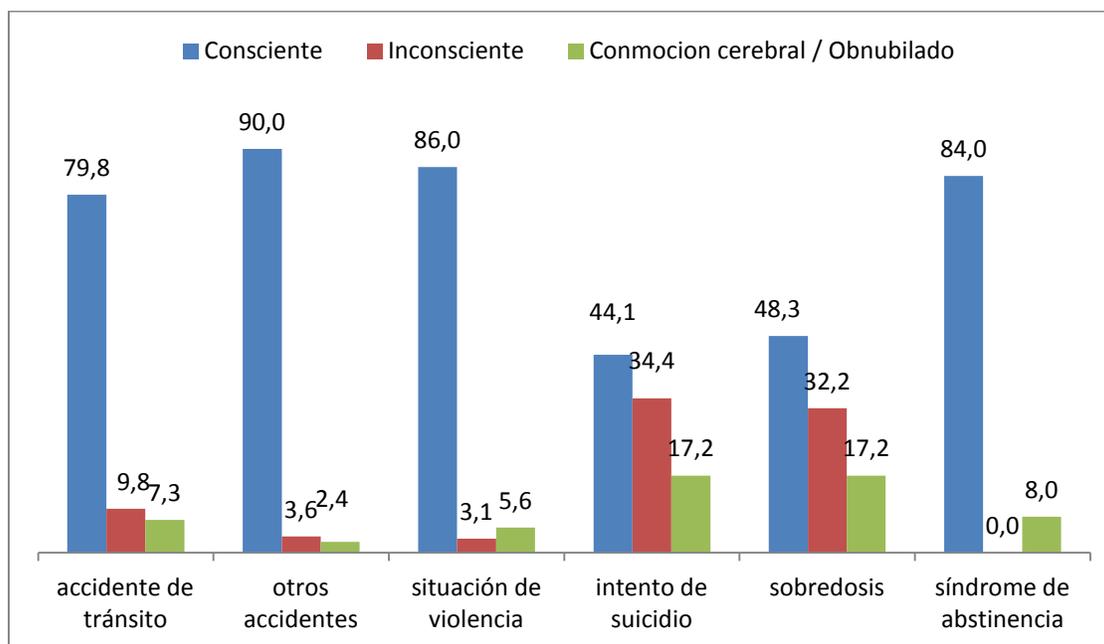
f) Estado de conciencia al ingresar a la sala de emergencia

Los pacientes que ingresaron por accidentes, situación de violencia y síndrome de abstinencia relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en su gran mayoría lo hicieron conscientes. En el caso de los que acudieron por intento de suicidio y sobredosis,

menos de la mitad estaba en ese estado, mientras que un tercio lo hizo en estado de inconsciencia y el resto, obnubilado o con conmoción cerebral.

Debe señalarse también que un cuarto de los que fueron diagnosticados con síndrome de abstinencia estaban en este último estado.

Gráfico 13:
Motivos de ingresos más frecuentes sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según el estado de consciencia. Total país, 2012



*Se excluyen los casos sin dato en estado de consciencia

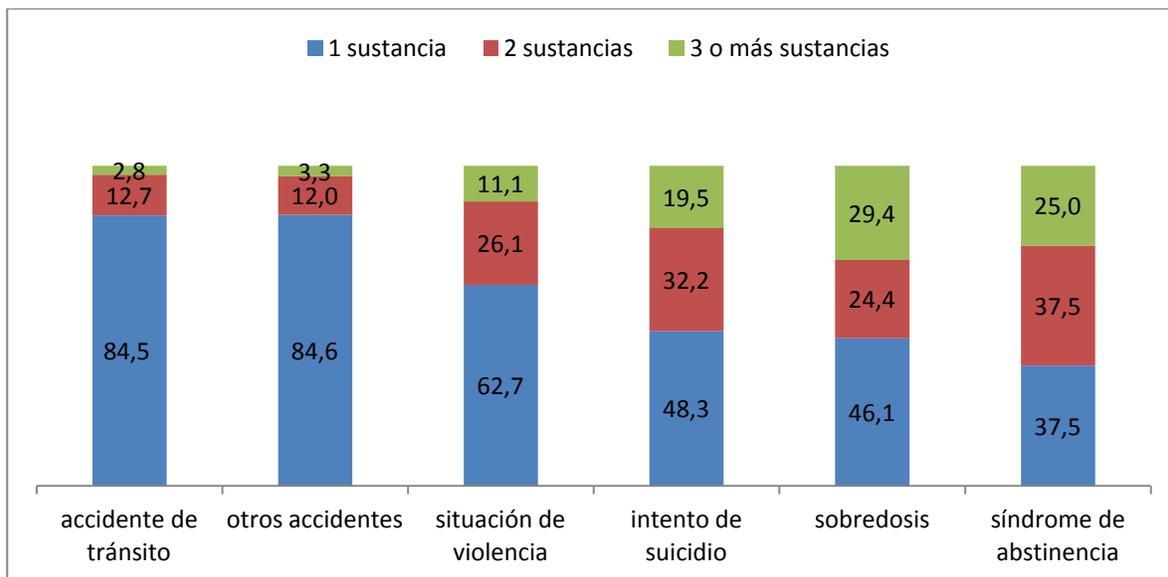
g) Cantidad de sustancias consumidas

La gran mayoría de los ingresados por accidentes habían consumido una sola sustancia, el 12%, dos sustancias y menos del 4%, tres sustancias o más.

En cuanto a los ingresados por situación de violencia, un cuarto habían consumido dos sustancias y un 11,1% tres o más; el resto habían usado solo una sustancia psicoactiva.

Para los restantes motivos de ingreso (intento de suicidio, sobredosis, síndrome de abstinencia), menos de la mitad declaró haber consumido solo una sustancia y entre el 20% y el 30%, tres o más.

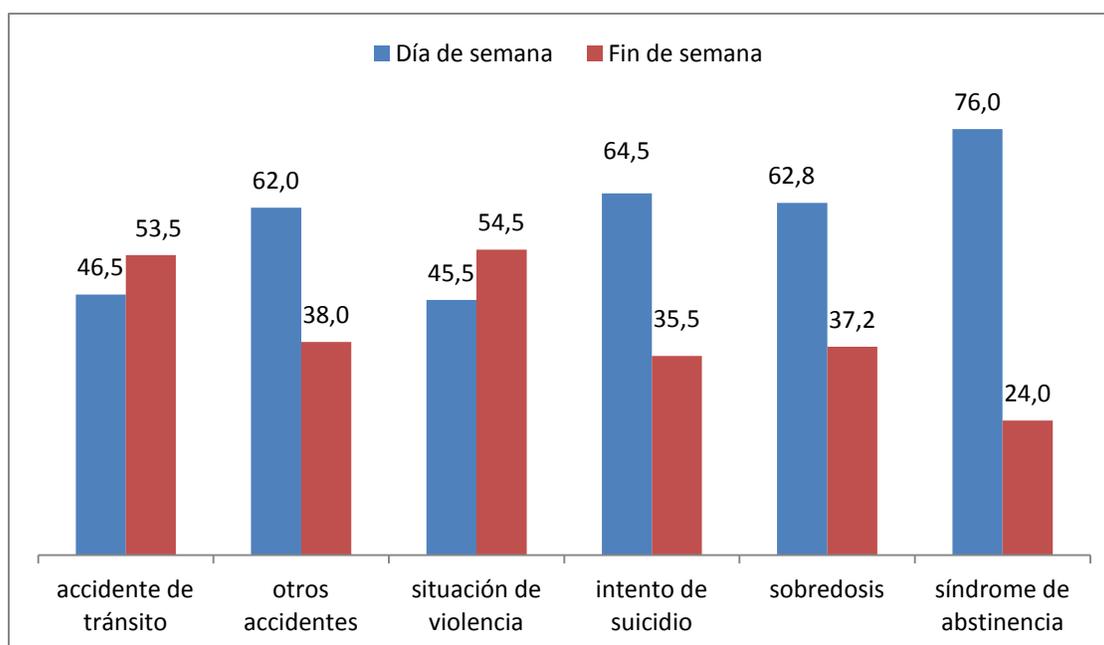
Gráfico 14:
Motivos de ingresos más frecuentes sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según la cantidad de sustancias consumidas (excluido tabaco). Total país, 2012



h) Casos relacionados según día de la semana

Los accidentes de tránsito y las situaciones de violencia por consultas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas son más frecuentes los fines de semana, mientras que los restantes motivos de ingreso ocurrieron en mayor proporción un día de la semana.

Gráfico 15:
Motivos de ingresos más frecuentes sobre la relación entre el consumo y la consulta de emergencia según día de semana o fin de semana. Total país, 2012



3) Análisis comparativo estudios nacionales años 2003-2005-2007-2009-2012

En octubre del año 2003 la SEDRONAR realizó el *primer estudio nacional sobre la relación entre la consulta de emergencia y el consumo de sustancias psicoactivas*. Dicho estudio volvió a repetirse en el año 2005, 2007, 2009 y en el presente año. En los cinco estudios se utilizó la misma metodología, tanto en lo referente a la selección de hospitales públicos como al abordaje de campo. En la mayoría de las provincias, se mantuvieron estables el equipo de coordinación y los 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 cinco estudios:

En los años 2003, 2007, 2009 y 2012 el estudio se llevó a cabo en las 24 provincias, mientras que en el año 2005 no se aplicó en las provincias de Córdoba y Tucumán. Por esa razón, en el análisis comparativo se sacaron de las bases de datos de los años 2003, 2007, 2009 y 2012 los datos correspondientes a dichas provincias, con el objetivo de hacer comparable la información. En algunos casos, debidamente señalados, la información se presenta comparando los totales nacionales para las 24 provincias, considerando los años 2003, 2007, 2009 y 2012.

- En la provincia de Buenos Aires, en el año 2003 la encuesta se aplicó en el Policlínico Central Municipalidad de La Matanza, mientras que a partir del año 2005 el estudio siempre se realizó en el Hospital Interzonal General de Agudos “General José de San Martín” de La Plata.
- En la provincia de Tierra del Fuego, en el año 2005 la encuesta se aplicó en el Hospital Regional de Río Grande, mientras que en los años 2007, 2009 y 2012 se realizó en el Hospital Regional de Ushuaia.
- El estudio del año 2007 consultó por primera vez a los pacientes por el consumo de tabaco en las seis horas previas a la realización de la consulta en la sala de emergencia. Por este motivo se excluyó del universo de la base de los años 2007, 2009 y 2012 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, 2009 y 2012, 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. Mientras que 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 los años 2007, 2009 y 2012 se incorporó 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, este no se ve alterado con la incorporación de la nueva categoría (y por eso los cuatro años son comparables), dado que solo estaría influyendo sobre el resto de las categorías (sin relación con consumo y sin dato). Se presenta, a modo de simulación, los resultados de reconstruir la variable en los cuatro años de forma estandarizada. El criterio utilizado fue el siguiente: en los cuatro años, en los casos en que *todas* las preguntas de consumo tenían una respuesta diferente de “1”, se consideró que en la variable “impresión clínica del médico” correspondía la categoría “3 (no se informa porque no hay consumo)”. Los resultados de dicho ejercicio se presentan en el cuadro siguiente.

Cuadro 43:
Distribución porcentual de la impresión clínica del médico sobre la asociación entre la consulta de emergencia y el consumo de sustancias psicoactivas, según año. Total país 2003-2005-2007-2009-2012

Impresión clínica del médico	Año*				
	2003	2005	2007	2009	2012
Relacionado con el consumo	8,4	8,3	7,7	7,8	10,9
Sin relación con el consumo	8,1	5,2	9,9	6,6	9,8
No se informa porque no hay consumo**	82,3	85,1	80,7	83,8	73,6
Sin datos	1,2	1,4	1,7	1,8	5,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Se consideran 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, 2009 y 2012)

Rearmando la variable “impresión clínica del médico”, según el sistema de categorías utilizado en el año 2007 y eliminando las provincias que no han sido encuestadas en todos los periodos, observamos que, en general, la cantidad de consultas relacionadas con el consumo de SPA se ha mantenido relativamente estable desde el año 2003 hasta el 2009 y ha aumentado en el 2012, mientras que ha disminuido la opción “no se informa porque no hay consumo”.

Cuadro 44:
Distribución porcentual de la impresión clínica del médico sobre la asociación entre la consulta de emergencia y el consumo de sustancias psicoactivas, según año. Total país 2003-2005-2007-2009-2012

Impresión clínica del médico	Año*			
	2003	2007	2009	2012
Relacionado con la consulta	8,2	8,3	8,3	11,6
Sin relación con la consulta	7,7	9,5	7,0	10,3
No se informa porque no hay consumo**	82,9	80,6	82,9	72,9
Sin datos	1,1	1,6	1,8	5,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

*Se consideran en la muestra las 24 provincias argentinas.

**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, 2009 y 2012)

En este caso se comparan los resultados para los años 2003, 2007, 2009 y 2012 sobre el total de las provincias argentinas. Se observa que la cantidad de consultas relacionadas con el consumo de SPA se ha incrementado en el 2012, al igual que las consultas no relacionadas con el consumo, y ha disminuido el porcentaje en que no se informa porque no hay consumo.

Cuadro 45:
Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según sexo. Total país 2003-2005-2007-2009-2012

Sexo	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias				
	2003	2005	2007	2009	2012
Varones	12,6	12,4	11,3	12,0	16,5
Mujeres	4,1	4,0	3,9	3,3	4,6
Total	8,4	8,3	7,7	7,8	10,9

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

El cuadro anterior muestra que el aumento en el 2012 en el porcentaje de consultas asociadas al consumo se observa tanto entre los varones que acuden a la sala de emergencia, como entre las mujeres.

Cuadro 46:
Porcentajes de consultas relacionadas al consumo de sustancias, según edad. Total país
2003-2005-2007-2009-2012

Grupos de edad	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas				
	2003	2005	2007	2009	2012
12 a 15 años	7,4	5,1	5,7	5,1	4,9
16 a 20 años	12,7	11,9	12,5	11,0	16,3
21 a 25 años	12,3	10,2	10,3	9,5	15,0
26 a 30 años	9,0	10,3	8,4	8,7	12,7
31 a 40 años	6,5	8,4	7,1	7,8	10,1
41 a 50 años	7,1	7,8	6,1	6,2	7,6
51 años y más	5,2	4,7	4,2	4,7	6,5
Total	8,4	8,3	7,7	7,8	10,9

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

Analizadas las consultas que tuvieron relación con el consumo según los diferentes grupos de edad, se observa que hay un aumento hacia el 2012 en todos los grupos etarios excepto en los más jóvenes.

Cuadro 47:
Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según estado en el que
llegó el paciente. Total país 2003-2005-2007-2009-2012

Estado en el que llegó el paciente	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas				
	2003	2005	2007	2009	2012
Consciente	6,9	6,7	6,2	6,3	9,3
Inconsciente	40,8	32,6	35,5	44,0	49,1
Conmoción cerebral - Obnubilado	43,8	44,1	37,5	31,3	39,4
Total	8,4	8,3	7,7	7,8	10,9

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

Los porcentajes de consultas asociadas al consumo según el estado en el que llegó el paciente muestran que, si bien incrementan en todos los casos en el 2012 respecto al 2009, el aumento para los que ingresaron conscientes a la sala es muy superior al de los que ingresaron inconscientes o con conmoción cerebral u obnubilados.

Si se comparan el primer y el último estudio, el porcentaje de consultas asociadas se ha incrementado entre los que entran conscientes e inconscientes, pero ha disminuido para los que llegaron con conmoción cerebral u obnubilados.

Cuadro 48:
Porcentaje de consultas relacionadas al consumo de sustancias según motivo de ingreso del paciente. Total país 2003-2005-2007-2009-2012

Motivo de ingreso	% Consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas				
	2003	2005	2007	2009	2012
Accidente de tránsito	22,8	17,3	20,7	18,2	20,9
Accidente de trabajo	5,4	3,5	4,1	4,3	5,9
Accidente común o casero	8,3	6,6	8,0	8,0	12,1
Situación de violencia	50,0	47,6	47,9	59,1	48,1
Intento de suicidio	67,1	70,5	77,1	73,1	70,3
Sobredosis	100,0	100,0	93,4	97,8	93,1
Síndrome de abstinencia	100,0	100,0	68,9	58,1	79,2
Motivo médico general	3,1	2,9	1,9	1,8	3,3
Total	8,4	8,3	7,7	7,8	10,9

*Se consideran en la muestra todas las provincias, excepto Tucumán y Córdoba

Analizando la tendencia de los porcentajes de consultas asociadas al consumo de acuerdo a los motivos de ingreso a la sala de emergencia, observamos que, si bien en el promedio general se observa un incremento, solo se observa para los que ingresaron por accidentes, síndrome de abstinencia y motivo médico general, mientras que han disminuido entre los que entraron por sobredosis y situación de violencia y se ha mantenido estable para los que ingresaron por intento de suicidio.

III. CONCLUSIONES

Este estudio, al igual que los realizados en los años 2003, 2005, 2007 y 2009, intenta explorar la magnitud de la asociación entre la consulta de emergencia y el consumo de alguna sustancia psicoactiva, a la vez que intenta conocer aspectos sociodemográficos, los 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 13.328 consultas registradas el 12,3% 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, variando desde el 3,9% en Tierra del Fuego hasta el 18,5% en Tucumán.
- Los varones, los jóvenes de 16 a 25 años, los pacientes de nivel educativo más bajo, las personas solteras y las económicamente activas muestran una mayor proporción de consultas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.
- Cuando existe relación de la consulta con el consumo de sustancia, el estado en el cual llega el paciente en su mayoría es de mayor gravedad.
- Existe, además, como es de esperar, una fuerte relación entre las sobredosis, el síndrome de abstinencia y también los intentos de suicidio con el consumo de SPA.
- Analizados los motivos de ingreso a las salas de emergencia entre las consultas relacionadas a algún consumo de sustancias, se observa que un 39,5% responde a accidentes en general (de tránsito, de trabajo o comunes) en tanto un 19,6% a situaciones de violencia y un 19,8% a motivos médicos generales. El 11% corresponde a ingresos por motivos relacionados a sobredosis.
- La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de SPA es superior al 80%, lo cual indica una vez más la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población. Respecto del tabaco, sustancia cuyo consumo se mide por tercera vez en este estudio mide, se presenta como la segunda sustancia más consumida. La marihuana tiene una presencia del 19,5%, los ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes el 12,2%, la cocaína 9,7% y la pasta base/paco el 5,7%. Para el resto de las sustancias los porcentajes de asociación entre la consulta y el consumo de SPA es inferior al 2,5%.
- Entre los pacientes con consumo de solventes e inhalables, cocaína o pasta base el ingreso por causas asociadas al consumo supera al 80% del total de consultas. Entre los pacientes que consumieron marihuana el porcentaje asociado al consumo es del 69,8% y entre los pacientes con consumo de alcohol el porcentaje es del 56,1% y de ansiolíticos, sedantes y tranquilizantes el 52,1%

- Estos datos indican por un lado, las consecuencias que sobre la salud tiene el consumo de estas sustancias, y por otro lado, los gastos o costos que implican para los hospitales públicos la atención de estos pacientes.
- Durante el fin de semana ocurren la mayoría de los episodios de emergencia que tienen relación con el consumo de sustancias, ya que el porcentaje de asociación de dicho periodo supera en más del doble de las consultas relacionadas con el consumo de entre semana.
- El 81,9% de las consultas por intoxicaciones se debieron al consumo de SPA. Se destaca también que el 43,3% de los trastornos mentales y del comportamiento (donde se incluyen aquellos trastornos debido al consumo de SPA) atendidas en la sala de emergencia y el 20,4% de los traumatismos, tuvieron relación con el consumo de alguna SPA.
- Entre quienes ingresaron a la guardia por accidentes, situaciones de violencia, sobredosis o síndrome de abstinencia en consultas asociadas al consumo, la gran mayoría son varones. Por el contrario, las personas que ingresaron a la sala de emergencia por intentos de suicidio asociados al consumo, son mujeres en el 65,6% de los casos.
- Los pacientes que ingresaron por situación de violencia y sobredosis en consultas relacionadas con el consumo son los de mayor proporción de adolescentes y jóvenes de hasta 25 años, mientras que el motivo por el cual ingresaron personas de mayor edad es el de otros accidentes (ya sea de trabajo o caseros).
- Casi el 30% de los pacientes que ingresaron por síndrome de abstinencia en consultas relacionadas con el consumo no han terminado el nivel primario, pacientes que se corresponden con los de nivel educativo más bajo. Por el contrario, aquellos que ingresaron por accidentes, ya sea de tránsito o de otro tipo, y por intentos de suicidio son los que han alcanzado mayor escolaridad, ya que la tercera parte ha terminado el secundario.
- La gran mayoría de los ingresados por accidentes habían consumido una sola sustancia, el 12% dos sustancias y menos del 4% tres sustancias o más.
- En cuanto a los ingresados por situación de violencia, un cuarto habían consumido dos sustancias y un 11,1% tres o más; el resto habían usado solo una sustancia psicoactiva.
- Para los restantes motivos de ingreso (intento de suicidio, sobredosis, síndrome de abstinencia), menos de la mitad declaró haber consumido solo una sustancia y entre el 20% y el 30%, tres o más.
- Los accidentes de tránsito y las situaciones de violencia por consultas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas son más frecuentes los fines de semana, mientras que los restantes motivos de ingreso ocurrieron en mayor proporción un día de la semana.

- Por último, analizando la tendencia de acuerdo a los distintos estudios que se realizaron en el 2003, 2005, 2007, 2009 y 2012, se observa que, en general, la cantidad de consultas relacionadas con el consumo de SPA se ha mantenido relativamente estable desde el año 2003 hasta el 2009 y ha aumentado en el 2012.
- El aumento en el 2012 en el porcentaje de consultas asociadas al consumo se observa para ambos sexos, y en todos los grupos etarios, aunque el mayor incremento se observa en el grupo de jóvenes de 16 a 25 años y entre los de 51 años y más.

ANEXO

Listado de hospitales y coordinadores provinciales

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 Fernández Dr. José Lanés	Estela Mary Maiztegui
PROVINCIA DE BUENOS AIRES Hospital Interzonal General de Agudos "General José de San Martín". Dra Marta Gelemur	Eduardo Guzmán
CATAMARCA Hospital Interzonal San Juan Bautista Dr. Liliana Erilda Fazzio	Eleonora Jalile
CHACO Hospital Julio C. Perrando Dr. Erio Bonetto	Dr. Salvador Cuño
CHUBÚT Hospital Zonal de Trelew "Adolfo Margara" Dr. Sergio Jaime	Gladis Calabrano
CÓRDOBA Hospital de Urgencias de la Municipalidad de Córdoba Dr. Mario F. Giampaolletti	Lic. Mario A. De Mauro
CORRIENTES Hospital Escuela José Francisco de San Martín Dr. Alfredo Revidatti	Dora González de Bohle
ENTRE RÍOS Hospital San Martín Cdor. Benito Bernabé	Dra. Gabriela Moreno
FORMOSA Hospital Central de Formosa Dr. Víctor Cambra	Marcelo Eduardo Kremis
JUJUY Hospital Pablo Soria Dr. Cesar Mulqui	Sara Assef
LA PAMPA Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas Dr. Hugo Reale	Lic. Lorena Gigena
LA RIOJA Hospital Regional "Enrique Vera Barros" Dr. Camilo Argañaras	Dr. Esteban Correa
MENDOZA Hospital Central de Mendoza Dr. Ricardo Motta	Lic. Javier Segura

MISIONES Hospital Público de Autogestión "Dr. Ramón Madariaga" Dr. Reynaldo Baradacco	Gabriela Rita Oviedo Bustos
NEUQUÉN Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón Dr. Adrian Lammel	Gabriela Gaset
RÍO NEGRO Hospital Regional Artemides Zatti Dr. Alberto Aureliano Lucio	Lic. Cecilia Alan
SALTA Hospital San Bernardo Dr. Hugo Sarmiento Villa	Lic. Carmen Rosa Palomo
SAN JUAN Hospital Dr. Guillermo Rawson Dr. Mario Tinto	Alberto Espinosa
SAN LUIS Complejo Sanitario de San Luis Dr. Roberto Schwartz	Alejandra Vidaurre
SANTA CRUZ Hospital Regional Río Gallegos Dr. Roberto Kwaska	Lic. Rosa Figueroa Haro
SANTA FE Hospital José Maria Cullen Dr. Francisco Sanchez Guerraa	Lic. Susana Presti
SANTIAGO DEL ESTERO Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo Dr. Gerardo Monte Negro	Marcelo Castillo
TIERRA DEL FUEGO Hospital Regional de Ushuaia Dr. Jorge Olivo	Laura Palotta
TUCUMÁN Hospital Dr. Angel C. Padilla Dr. Pablo Gonzalez	Trinidad Bo

Encuesta a pacientes en salas de emergencia

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

2. Fecha de la urgencia

2.1 Hora
 2.2 Día
 2.3 Mes **11**
 2.4 Año **2012**

3. Número del cuestionario

4. Tipo de hospital

1. Público 2. Privado 3. Otro

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE INGRESADO EN URGENCIA

5. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

Años

6. SEXO 1. Masculino

2. Femenino

6.1. NIVEL EDUCATIVO

1. Sin instrucción
 2. Primaria Incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria Incompleta

5. Secundaria completa
 6. Terciaria/universitaria incompleta
 7. Terciaria/universitaria completa
 99. Ns/Nc

6.2. SITUACIÓN CONYUGAL

1. Soltero (a)	<input type="text"/>
2. Casado (a)	<input type="text"/>
3. Divorciado (a)	<input type="text"/>
4. Separado (a)	<input type="text"/>

5. Unido, juntado (a)	<input type="text"/>
6. Viudo (a)	<input type="text"/>
99.Ns/Nc	<input type="text"/>

7. SITUACIÓN LABORAL

1. Trabaja a tiempo completo	<input type="text"/>
2. Trabaja a tiempo parcial	<input type="text"/>
3. Trabaja esporádicamente	<input type="text"/>
4. Está desempleado (a) *	<input type="text"/>
5. Estudiante *	<input type="text"/>

6. No trabaja *	<input type="text"/>
7. Ama de casa *	<input type="text"/>
8. Jubilado o pensionado *	<input type="text"/>
9. Rentista *	<input type="text"/>
99.Ns/Nc	<input type="text"/>

* Pase a la pregunta 9

8. OCUPACIÓN

1. Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresa. Oficiales de alta graduación de las Fuerzas Armadas/ Propietarios de Industria o comercio con 25 asalariados o más /Agricultores de más de 100 hectáreas.	
2. Profesionales, científicos, profesores universitarios /Propietarios de Industria y comercio con 6 a 25 asalariados/ /Agricultores entre 50 y 100 hectáreas.	
3. Técnicos / Profesores secundarios /Propietarios de Industria o comercio con 2 a 5 asalariados /personal de mandos intermedios administrativos o de servicios /agricultores entre 25 y 50 hectáreas.	

4. Empleados de oficina en Industria, comercio, servicios /Maestros primarios.	
5. Pequeños comerciantes y agricultores de menos de 25 hectáreas.	
6. Artesanos (Zapateros, plomeros, peluqueros etc).	
7. Obreros/ Operarios especializados en Industrias, servicios o agro.	
8. Peones /Aprendices /Personal maestranza.	
9. Servicio doméstico / Vendedores ambulantes.	
10. Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, de seguridad.	
11. Planes sociales y subsidios afines.	
99. Ns/Nc	

9. ESTADO EN QUE LLEGÓ

1. Consciente
 2. Inconsciente
 3. Comoción Cerebral / Obnubilado

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

Enfermedades	SI	
1. Infecciones (intestinales, tuberculosis, virales, bacterianas, sífilis, HIV, hepatitis, etc.)		9. Enfermedades del sistema respiratorio (excluye gripe) (infecciones respiratorias agudas de las vías superiores e inferiores, neumonía, enf. crónicas de las vías inferiores, etc.).
2. Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético (anemias nutricionales, hemolíticas, aplásicas, hemorragias, etc.)		10. Gripe
3. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (glándulas tiroides, glándulas endocrinas, diabetes, malnutrición, obesidad, regulación glucosa, etc.)		11. 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.)
4. Trastornos mentales y del comportamiento (orgánicos, esquizofrenia, ideas delirantes, trast. del humor, trast. de personalidad y del comportamiento. Trast. mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas, etc.)		12. Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras.
5. Enfermedades del sistema nervioso (inflamatorias del SNC, atrofas sistémicas, patología extrapiramidal y del movimiento, otras degenerativas del SN, desmielinizantes del SNC, epilepsia, PC, etc.)		13. Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo (artropatías, trast. sistemático del tejido conectivo, dorsopatías, trast. de los tejidos blandos, osteopatías, etc).
6. Enfermedades del ojo y anexos oculares		14. Enfermedades del sistema urinario.
7. Enfermedades del oído y procesos mastoideos		15. Enfermedades del sistema genital
8. Enfermedades del sistema circulatorio (fiebre reumática aguda, hipertensión, isquemias, enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriales, arteriolas y capilares, venas, vasos y nódulos linfáticos, etc).		16. Traumatismo – politraumatismos - heridas
		17. Envenenamientos, intoxicaciones por sustancias
		18. Controles médicos
		19. Problemas quirúrgicos
		20. Consultas no especificadas

10. MOTIVO DEL INGRESO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Desconocido | <input type="checkbox"/> 5. Situación de violencia |
| <input type="checkbox"/> 2. Accidente de tránsito | <input type="checkbox"/> 6. Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> 3. Accidente de trabajo | <input type="checkbox"/> 7. Sobredosis |
| <input type="checkbox"/> 4. Accidente común o casero | <input type="checkbox"/> 8. Síndrome de abstinencia |
| | <input type="checkbox"/> 9. Otro motivo médico |

11. Si el motivo de ingreso es "Accidente de tránsito", responder las siguientes preguntas:

11.1 Condición del lesionado
(Elija sólo una opción)

1. Peatón (ir a "contraparte" 11.3)	
2. Pasajero	
3. Conductor	

4. Otro	
99. NS/NC	

11.2 Modo de transporte del lesionado (elija sólo una opción)

1. Automóvil	
2. Camioneta o furgoneta	
3. Ómnibus	
4. Camión	
5. Bicicleta	

6. Moto / ciclomotor	
7. Tren	
8. Tracción animal	
9. Otro	
99. NS/NC	

11.3 Contraparte ¿Contra qué colisionó la persona lesionada? (elija sólo una opción)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Peatón | <input type="checkbox"/> 7. Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> 2. Animal | <input type="checkbox"/> 8. Moto / ciclomotor |
| <input type="checkbox"/> 3. Automóvil | <input type="checkbox"/> 9. Tren |
| <input type="checkbox"/> 4. Camioneta o furgoneta | <input type="checkbox"/> 10. Tracción animal |
| <input type="checkbox"/> 5. Ómnibus | <input type="checkbox"/> 11. Objeto fijo |
| <input type="checkbox"/> 6. Camión | <input type="checkbox"/> 12. Otro |
| | <input type="checkbox"/> 99. NS/NC |

11.4 Elementos de seguridad
(Puede escoger más de uno)

1. Cinturón de seguridad	
2. Casco	
3. Chalecos reflectivos	

4. Asiento para niños	
5. Otro	
99. NS/NC	

12. Si el motivo de ingreso es "Accidente de trabajo", "Accidente común o casero", "Situación de violencia" o, "Intento de suicidio", responder la siguiente pregunta:

12.1 Mecanismo de lesión (elija sólo una opción)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Golpe | <input type="checkbox"/> 6. Agresión sexual |
| <input type="checkbox"/> 2. Arma de fuego | <input type="checkbox"/> 7. Caída |
| <input type="checkbox"/> 3. Objeto punzo-cortante | <input type="checkbox"/> 8. Quemadura |
| <input type="checkbox"/> 4. Intoxicación | <input type="checkbox"/> 9. Otro |
| <input type="checkbox"/> 5. Sofocación /estrangulamiento | <input type="checkbox"/> 99. NS/NC |

13. Si el motivo de ingreso es "Situación de violencia", responder las siguientes preguntas:

13.1 Relación víctima/agresor (elija sólo una opción)

1. Pareja o ex pareja	
2. Padres o padrastros	
3. Otro familiar	
4. Amigos / conocidos	

5. Persona desconocida (extraño)	
6. Otro	
99. NS/NC	

13.2 Contexto (elija sólo una opción)

1. Violencia doméstica/intrafamiliar	
2. Robo u otros crímenes	
3. Otras riñas o peleas (no familiar)	

4. Otro	
99. NS/NC	

14. Si el motivo de ingreso es "Intento de suicidio", responder la siguiente pregunta:

14.1 Intento previo

1. Si	
2. No	
99. NS/NC	

15. CONSUMO DE DROGAS EN LAS ÚLTIMAS 6 HORAS SEGÚN EL PACIENTE Y/O LA IMPRESIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO (Marca por SI o NO TODAS de las sustancias)

	SI	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		

	SI	NO
13. Éxtasis (MDMA)		
14. Anfetaminas		
15. Hipnoticos* (Rohypnol, Luminal, etc)		
16. Ansiolíticos, Sedantes y Tranquilizantes* (Alpax, Rivotril, Lexotanil, Valium, etc)		
17. Antidepresivos* (Foxetin, Prozac, Zoloff, etc)		
18. Anticolinergicos*		
19. Estimulantes* (Akatinol, Neuroactil, Ritalina, etc)		
20. Otro(especificar)		

* Usados sin prescripción médica o sin tratamiento médico

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

0. Sin datos
 1. Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas
 2. Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas
 3. No se informa por que no hay consumo.

17. ¿Quién respondió sobre consumo de drogas?

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