

**ESTIMACIÓN DE COSTOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE
ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

**Presencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Pacientes que
Acuden a Centros de Urgencias de dos Hospitales de Bogotá**

Investigador Principal: Gloria Gómez Estrada

**COMISION INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE
DROGAS (CICAD/OEA)**

ACERTAR P&G CONSULTORA LTDA.

**NUEVA CLINICA FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS
HOSPITAL DE OCCIDENTE KENNEDY**

Septiembre de 2004

RECONOCIMIENTOS

El presente estudio se llevó a cabo en el marco del Proyecto “Costos Humanos, Sociales y Económicos del Abuso de Sustancias en las Américas” , adelantado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) bajo la dirección del doctor Augusto Pérez Gómez, PHD.

Un reconocimiento especial merece la doctora Jazmine Gaitán, quien en nombre de la Nueva Clínica Fray Bartolomé asumió con compromiso la coordinación del equipo de encuestadores y la transmisión de su amplio conocimiento en el tema del consumo de sustancias psicoactivas.

A las directivas del Hospital Kennedy Occidente y la Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas por haber autorizado la realización del estudio. Al personal de enfermeras, médicos y personal administrativo que apoyó al equipo de encuestadores en el levantamiento de la información; y en especial a los doctores Jaime Rojas y Felipe Naranjo por haber sido parte del mismo en representación de las respectivas salas de urgencias. Al equipo de encuestadores que con responsabilidad y compromiso levantó la información para el desarrollo de este estudio.

Un reconocimiento especial al doctor Augusto Pérez Gómez por su apoyo y asesoría a lo largo del desarrollo de este estudio.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| · ANTECEDENTES | 5 |
| 1.La experiencia colombiana | 6 |
| 2.La experiencia hemisférica | 6 |
| · MARCO TEORICO | 7 |
| 0. Salas de emergencia y estudios de costos | 7 |
| 0. Experiencias de recolección sistemática en salas de urgencias. | 8 |
| 3. Resultados de Estudios sobre Trauma y Uso de Drogas | |
| Colombia | 9 |
| Estudio de Alcohol y Trauma en Bogotá | 9 |
| Alcohol y drogas en salas de emergencia de Medellín | 10 |
| Estudio de Costos con componente de uso de drogas | 11 |
| Chile | 12 |
| Estados Unidos | 13 |
| · OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 17 |
| · METODOLOGÍA | 17 |
| 0. Tipo de Estudio | 17 |
| 0. Características de las salas de emergencia | |
| Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas | 17 |
| Hospital de Occidente Kennedy | 18 |
| 0. Población | 18 |
| 0. Instrumentos | 18 |
| 0. Prueba Toxicológica | 18 |
| · RESULTADOS | 19 |
| 0. Caracterización de las consultas | 20 |
| Motivo de Consulta | 20 |
| Hora de ocurrencia de las urgencias | 21 |
| Día de ocurrencia de las urgencias | 21 |
| 0. Caracterización de los pacientes | 22 |
| Sexo | 22 |
| Edad | 22 |
| Situación laboral | 23 |
| Ocupación | 23 |
| 0. Consumo de droga seis horas antes | |

| | |
|---|----|
| según reporte del paciente | 24 |
| Motivo de consulta según sustancia consumida | 25 |
| Reporte de consumo y día de la urgencia | 26 |
| 0. Caracterización del consumo según variables demográficas | 27 |
| Sexo | 26 |
| Edad | 27 |
| Situación laboral | 28 |
| Ocupación | 28 |
| 0. Relación entre la urgencia y el uso de SPA | 29 |
| 0. Consumo de alcohol y variables demográficas | 30 |
| Consumo de alcohol y sexo | 30 |
| Consumo de alcohol y situación laboral | 30 |
| Consumo de alcohol y rangos de edad | 31 |
| Consumo de alcohol y ocupación | 31 |
| 0. Resultados de la aplicación de pruebas de laboratorio | 32 |
| 0. Costos de la urgencia | 32 |
| V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 33 |

I ANTECEDENTES

En Colombia los datos sobre consumo de drogas más ampliamente reportados, provienen de tres tipos de estudios realizados en su mayoría durante la anterior década. Los estudios “Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia” llevados a cabo por la Dirección Nacional de Estupefacientes en los años 1992 y 1996 y la Encuesta de Salud Mental de los años de 1993 y 1997 realizadas por el Ministerio de Salud dan cuenta del uso de drogas en la población general. Un tercer tipo de estudios realizados por el Programa Presidencia para el Afrontamiento del Consumo – RUMBOS, midieron el consumo de drogas en población juvenil.

Sin embargo, los estudios para medir el consumo de drogas en población general, usualmente realizados a través de encuestas de hogares, adolecen de limitaciones que si bien muestran una tendencia general, a la larga, podrían estar subestimando su magnitud. Estos estudios excluyen población marginalizada como es aquellas que se encuentra en reformatorios, cárceles, centros de lenocinio, centros de tratamiento y calle (habitantes de calle); y población concentrada en las fuerzas armadas o en campamentos industriales ubicados en áreas rurales o semirurales.

Otra limitante de los estudios poblacionales, al menos para el caso de las drogas ilícitas, que podría llevar también a una subestimación, tiene que ver con la veracidad de la respuesta de los encuestados a preguntas que indagan sobre una conducta socialmente reprobada. Si bien, en muchos casos las encuestas son autoaplicadas, lo cual disminuye la probabilidad de mentir por prejuicios morales, también existe el riesgo de la respuesta irresponsable; es decir, responder que se consume cuando en realidad no se hace o exagerar en cuanto al tipo de droga. En uno de los estudios realizados a principio de la anterior década, aparecía el consumo de heroína con niveles relativamente altos para Colombia, cuando no había indicadores de otra clase que confirmaran este dato.

En el anterior sentido, lo recomendable, al momento de evaluar la dimensión del uso de sustancias psicoactivas en Colombia, es recoger información del mayor número de fuentes posibles. Es necesario, mas no suficiente, conocer los cambios que se dan en el tiempo en cuanto a número de personas que las usan y los patrones de consumo en la población general. Los resultados de las encuestas poblacionales, como tendencias generales, sirven para desarrollar los programas de prevención del consumo; pero no aportan nada a la comprensión del consumo problemático y a las dificultades que éste le ocasiona a la sociedad y, en particular, a los sistemas de salud que deben estar preparados para brindar servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Por lo anterior, los datos proveniente de diversas fuentes de información como centros de urgencias, medicina forense, establecimientos penitenciarios, centros de tratamiento y rehabilitación, entre otros, le aportan al conocimiento una información variada en términos de patrones y tendencias de consumo en aquellos que presentan consumos problemáticos, lo cual enriquece el análisis y

comprensión del consumo de sustancias psicoactivas, y son de una utilidad incomparable al momento de diseñar los programas y proyectos para su disminución.

Un factor adicional es el recurso financiero que un Estado debe presupuestar encaminado a la realización de los estudios de consumo y de otras fuentes de información. De manera complementaria, el establecimiento de una norma jurídica que obligue al Gobierno recabar la información cada determinado tiempo.

1. La experiencia colombiana

Colombia ha sido consciente de la importancia de la información múltiple, desde tiempo atrás, aunque no ha sido posible consolidar un sistema de esta naturaleza. Ha hecho intentos que vale la pena revisar de manera rápida. Hacia finales de la década pasada, el Ministerio de Salud, aparte de las encuestas de salud mental que contenían un módulo de consumo de drogas, procedió a poner en marcha el Sistema de Vigilancia Epidemiológica que pretendía recoger información de diversas fuentes: centros de tratamiento, salas de emergencia, medicina forense, entre otros. Desafortunadamente, esta iniciativa no llegó a consolidarse.

Hacia mediados de la década de los noventa y gracias al impulso de la CICAD/OEA, se inició en el Hemisferio la puesta en marcha del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC), programa orientado a contar con indicadores de fuentes múltiples, con el fin de diagnosticar el nivel de consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias a partir de fuentes de información complementaria en los países miembros. Fue así como Colombia con el apoyo técnico de la CICAD, inició la puesta en marcha del SIDUC. La Dirección Nacional de Estupefacientes y posteriormente el Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo – RUMBOS - se vincularon al mismo, con la implementación de la ventana “Centros de Tratamiento” que permitió recoger información de aproximadamente 50 instituciones ubicadas en cinco ciudades del país.¹

Sin embargo, no existe en el país un proceso sistemático de recolección de información en salas de emergencia, objeto del presente estudio. Existen dos estudios aislados que adelante se presentarán.

2. La experiencia hemisférica

Durante el Vigésimo Período Ordinario de Sesiones de la CICAD celebrado en Buenos Aires, Argentina, en octubre de 1996 se reiteró la urgente necesidad de contar con estadísticas continuas y uniformes sobre consumo de drogas en los países del Hemisferio. En este sentido, la Asamblea acordó recomendar a los Estados miembros el establecimiento de un sistema de vigilancia basado en el modelo del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de

¹ Colombia es miembro de la OEA desde 1948.

Drogas (SIDUC) y solicitar de las instituciones nacionales encargadas del área de salud, el apoyo gubernamental necesario para el desarrollo del proyecto estadístico.

Es importante tener en cuenta que la “Estrategia Antidrogas en el Hemisferio” aprobada en este mismo período considera el tema de reducción de la demanda como de alta prioridad y recomienda la recolección, análisis y difusión de información sobre el consumo de droga en los países con el objeto de poder identificar los grupos de alto riesgo, sus características y necesidades.

En desarrollo del anterior mandato, se llevó a cabo en febrero de 1997, en ciudad de México, una reunión técnica para dar inicio a la puesta en marcha del SIDUC, durante la cual se empezaron a definir algunos aspectos técnicos relativos a indicadores, instrumentos a utilizar y ventanas epidemiológicas prioritarias. Se inició con la ventana de “Centros de Tratamiento” con prioridad para 1997.

En junio del mismo año se realizó una segunda reunión en Medellín para los países de América del Sur en la cual se recibió entrenamiento para la elaboración del informe, por país, de Centros de Tratamiento. Un informe consolidado se presentó en la Asamblea de octubre del mismo año. De igual manera, la CICAD en 1997 define que la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) sería la coordinadora y recolectora de la información en el país y la única responsable del reporte oficial de los datos.

En febrero de 1998 se realizó una nueva reunión de todos los países incluido Centro América y América del Norte para hacer una evaluación del proceso. La evaluación fue muy positiva y se acordó hacer los ajustes del caso a las inquietudes planteadas. A su vez, empezar a consultar con los países la puesta en marcha de las “ventanas de urgencias y sector escolar”, se analizaron los instrumentos y los representantes solicitaron a la CICAD financiación para apoyar el proceso.

II. MARCO TEORICO

1. Salas de emergencia y estudios de costos

Las salas de emergencia brindan atención permanente a personas que presentan problemas críticos con su salud física y a otras que sin llegar a ser considerados críticos, requieren de un tratamiento médico básico. El consumo abusivo de sustancias psicoactivas (SPA) tiene consecuencias para el individuo. En este sentido, si en una comunidad el consumo de drogas presenta prevalencias último año y último mes altas, el mismo deberá manifestarse en las salas de urgencia con casos relacionados con sobredosis, accidentes de tráfico, riñas, intoxicaciones y atracos, entre otros. Estas consecuencias tienen un costo para el individuo que al hacerse extensivo a la población general podría llegar a ser elevado para la sociedad y para los sistemas de salud.

Pérez y Colaboradores (2004)² sostienen que estimar, aunque sea de manera burda, la magnitud del consumo y, por lo tanto, los costos que el mismo ocasiona, requiere conocer las consecuencias que el mismo tiene sobre la magnitud real del problema, para el caso del presente estudio, la población que busca servicios en salas de emergencia. Así, que no es suficiente conocer el número de personas que solicitan servicios por problemas relacionados con el consumo de SPA sino que la utilidad del conocimiento exige de por sí, que el mismo se traduzca en hechos prácticos que permitan prevenir el consumo y brindar mejores condiciones de atención

Con base en las afirmaciones de los autores, para que la información arrojada por las salas de emergencia sea de utilidad a un estudio de costos, la misma deberá combinar datos epidemiológicos con datos financieros sobre los costos involucrados en su atención, las repercusiones al aparato productivo (licencia de incapacidad, indemnizaciones, seguros). La medición en este caso deberá, entonces, hacerse a partir de indicadores de prevalencia, con el fin de estimar los costos sociales, que para un año determinado representa los casos de urgencia relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, que sin importar el momento en que iniciaron el consumo, mide los costos del abuso pasado y presente.

Para el caso planteado cabría la necesidad de hacer una medición en todos los centros de urgencia del país, lo cual es imposible desde el punto de vista presupuestal y de operación, para que reflejara la situación real de la totalidad de los consumidores problemáticos.

Así, contar con un indicador sobre la magnitud y consecuencias del consumo de SPA en salas de urgencias, le aporta a dicho estudio información amplia sobre el consumo problemático, ya que constituye una evidencia del impacto social causado sobre la demanda de atención de urgencias. Es de recordar que debido a que el abuso de drogas se presenta independiente de cualquier característica relacionadas con sexo, edad, ocupación, nivel social y raza y a su capacidad para producir consecuencias negativas para la salud - enfermedad, trauma o muerte-, se esperaría que muchas de los casos que se presentan en las salas de emergencia tuvieran relación con el consumo de alcohol y drogas. Hecho que, además, podría afectar de manera significativa los requerimientos para un adecuado manejo de cualquier emergencia; ya que el consumo de alcohol y drogas constituye una amenaza para la entrega de servicios de salud.

2. Experiencias de recolección sistemática en salas de emergencia.

Estados Unidos es uno de los países con mayor experiencia en el tema de recolección de información sistemática sobre consumo de drogas en centros de urgencias. La Red de Vigilancia del Abuso de Drogas (DAWN) del National Institute of Drug Abuse – NIDA- fue creada con el fin de monitorear patrones de consumo de drogas, sin tener en cuenta datos aislados sobre alcohol; es decir sólo los considera cuando aparece combinado con otras drogas. Las

² PEREZ, A.; Wilson, E y Valencia, J; Estudio sobre los costos Humanos, Sociales y Económicos de las OEA, Facultad de Medicina de la Universidad de New Jersey, Washington, 2004.

razones que aducen para esta medida es que se sobrecargaría demasiado el sistema y sería inmanejable.

La información reportada a DAWN proviene de una muestra³ de centros de emergencias y de profesionales particulares de la salud, en 21 áreas metropolitanas, a quienes se solicita información relacionada con episodios y muertes debidas al consumo de drogas. No se realizan entrevistas sino que la información proviene de registros médicos e historias clínicas. La Red no incluye casos de muertes y trauma ocasionados por problemas de tráfico.⁴

De otro lado, DAWN no mide prevalencia ni incidencia; las personas que acuden a salas de emergencia no son representativas de la población general, pues los estimados podrían variar por razones no relacionadas con el tamaño o características de la población que usa drogas. Por ejemplo, el número de visitas reportadas no es equivalente al número de pacientes ya que una persona podría hacer visitas repetidas. De igual forma, los cambios en la combinación de uso de drogas, en las rutas de administración, en la cantidad de droga usada en cada administración y la pureza de la droga, entre otros, son aspectos que estarían alterando permanentemente las características de la población abusadora. Así, una baja en la pureza de la cocaína o la heroína podría disminuir la cantidad de consumidores que sufren reacciones inesperadas o sobredosis.⁵

3. Resultados de Estudios sobre Trauma y Uso de Drogas.

3.1. Colombia

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

3.1.2. Estudio de Alcohol y Trauma en Bogotá

En el año 1994, la Secretaria de Salud de Bogotá y el Hospital Occidente de Kennedy realizaron el estudio "Alcohol y Trauma". El estudio se llevó a cabo durante el mes de diciembre de 1994 y tuvo como población el 100% de los casos (1.165) que acudieron a la sala de emergencia, a los cuales se aplicó prueba toxicológica y el "Instrumento Clínico Investigativo", que indagaba por variables demográficas, tipo de trauma, índice de severidad, órganos comprometidos, signos clínicos de embriaguez y destino final del paciente. De las 1.165 emergencias, el 36% (382) fueron involucrados en la investigación

³Hasta 1989 se utilizaba una muestra oportunistica que no permitía estimar el número absoluto de casos de emergencias. Con el nuevo método de muestreo se estima el número total de episodios en salas de emergencia para una droga o clase particular de drogas en las áreas metropolitanas.

⁴ New Publics Affairs. Office of National Drug Control Policy.

⁵ Ibidem

por tratarse de casos de trauma. Los resultados mostraron que el 85% de estos casos de trauma tenían relación directa con el consumo de alcohol.

Los resultados mostraron, además, que 39.36% de los casos tenían edades entre 21 y 30 años, seguidos por la población de jóvenes entre 11 y 20 años con un porcentaje de 23.56%. Del total de la muestra estudiada el 85.60% pertenecían al sexo masculino y el 54.97% eran solteros. En relación con el evento que motivó la visita a la sala de emergencia, los primeros puestos se los llevaron los accidentes automovilísticos con el 46.65% y el atraco con el 30.43%; el porcentaje restante se distribuyó entre caídas, accidentes de trabajo y bala perdida⁶.

3.1.3. Alcohol y drogas en salas de emergencia de Medellín

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

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

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

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

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

La impresión clínica mostró que el 37% y el 10% estaban relacionados con consumo de alcohol y otras drogas, respectivamente. La sensibilidad de la impresión diagnóstica con relación al resultado de laboratorio para la cocaína fue de 66.6% y la especificidad de 69.9%. Para la marihuana la sensibilidad fue de 33.3% y la especificidad de 73.1%. La impresión diagnóstica para el

⁶ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, HOSPITAL DE OCCIDENTE KENNEDY. Alcohol y Trauma, Bogotá, 1994.

alcohol, alcanzó la mayor sensibilidad con el 94.0% y la mayor especificidad con el 92.5%, la asociación entre resultados de laboratorio e impresión diagnóstica presenta muy alta asociación estadística con un valor de $p < 0.000000$.

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

En general los resultados muestran nuevamente una asociación entre consumo de SPA y lesiones por accidente y lesiones personales.⁷

Los resultados de cruzar las variables impresión clínica y prueba toxicológica y verdad del autoreporte sobre consumo, se explican por la diferencia en cuanto a la aceptación social que tiene el alcohol frente a las sustancias ilícitas en relación con las lícitas.

3.1.4. Estudio de Costos con componente de uso de drogas

El estudio “Costos de la Violencia en Colombia” (1998) de tipo descriptivo y prospectivo, investigó los casos de heridos que consultaron instituciones de salud de los tres niveles de atención, en comunas con niveles elevados de violencia interpersonal de las ciudades de Cali y Pereira. El estudio incluyó indicadores referidos al consumo de alcohol relacionado con hechos violentos.

La información se recolectó durante dos periodos de 14 días cada uno; el primero, entre el 23 de diciembre de 1996 y el 6 de enero de 1997 y, el segundo, entre el 3 y el 17 de marzo de 1997.

Los datos para la ciudad de Cali mostraron que el 55.6% de las víctimas y 32.7% de los victimarios habían ingerido alcohol al momento de ocurrido el acto violento. Cuando se comparan las cifras de ambos periodos, aparecen diferencias significativas, siendo mayores las del primer periodo, debido a la celebración de las festividades de Navidad y Año Nuevo.

Los datos del estudio en la ciudad de Pereira son mostraron que el 51.0% de las víctimas y 26.6% de los victimarios habían ingerido bebidas embriagantes al momento del hecho violento. Cuando se comparan los resultados de los dos periodos, esta cifra presenta, como en el caso de los resultados de Cali, diferencia significativas en relación con las del segundo periodo, debido a las festividades de navidad y año nuevo.

3.2. Estudios en otros países

3.2.1. Chile

⁷ INFORME VESPA 1997, Resultados de Urgencias. Hospital Universitario San Vicente de Paul. Medellín, 1997.

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

El “**Estudio de Drogas en Consultantes de Centros de Urgencias**”⁸ realizado en el año 2001, aplicó la encuesta SIDUC de evaluación clínica y prueba de metabolitos en orina con el fin de determinar uso de SPA y su posible asociación con diversos motivos de ingreso a servicios de urgencias de seis hospitales públicos. Uno de los objetivos del estudio fue validar el instrumento diseñado por el SIDUC. Los resultados entre la prueba de metabolito y la encuesta no se correlacionaron de manera perfecta, lo que muestra que el consumo de drogas no se declara fácilmente, lo que podría estar invalidando el instrumento.

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

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

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

3.2.2. Estados Unidos

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

Teniendo en cuenta lo anterior, una revisión de la literatura sobre estudios relacionados con el papel del alcohol y otras drogas ilícitas, muestra una asociación entre abuso de sustancias y muerte por lesiones, especialmente bien documentados para el caso del alcohol. Ya, en 1985 el Comité de Investigación de Trauma, manifestó que el trauma es la principal causa de mortalidad y morbilidad en los Estados Unidos con más de 140.000 americanos

⁸ **CONACE.** Gobierno de Chile. *Estudio de Consumo de Drogas en Consultantes de los Servicios de Urgencias*, Santiago, 2001.

mueritos por lesiones y casi una de cada tres personas con lesiones no fatales, pero con consecuencias que exigen atención y ocasionan inhabilidad temporal.

Según manifestaba McGinnis y Lee⁹ en 1985, el consumo de alcohol era la tercera causa no genética de muertes en los Estados Unidos. Lowenfels y Miller (1984)¹⁰, encontraron que la intoxicación por alcohol (BAC 100 mg/dL) se asocia con el 40 a 50 por ciento de accidentes de tráfico; 25 a 35 por ciento de lesiones no fatales de automotores; por encima del 64% de incendios y quemaduras; 48% de casos de hipotermia y congelamiento y casi un 20% por ciento de suicidios completados. Aunque no necesariamente debe alcanzarse niveles elevados de intoxicación, se estima que el alcohol explica un 40% o más de las caídas y cerca de un 50% de los homicidios. Goodman y colaboradores (1986)¹¹ encontraron que el 30% de las víctimas de homicidios en Los Angeles tenían un BAC > 100 mg/dL. Haberman (1987)¹² revisó cuatro años de casos médicos en New Jersey County y encontró BACs positivos en 53% por ciento de accidente de tráfico fatales y 47% de accidentes no fatales.

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

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

Roizen (1988)¹⁵ revisó varios estudios llevados a cabo en salas de emergencia y encontró que entre un 20% y un 37% de los casos de traumas estaban

⁹ MC.GINNIS JM and LEE RP, Healthy People 2000 at mid Decade. JAMA, 1995, 273: 1123-1129

¹⁰ LOWENFELS, A., and Miller, T. Alcohol and Trauma. *Ann Emerg Med* 13:1056-1060, 1984., citado por PATRICIA C. DISCHINGER, PHD, KIMBERLY A. MITCHELL, MS, JOSEPH A. KUFERA, MA, CARL A. SODERSTROM, MD, AND ALBERT B. LOWENFELS, MD. **A Longitudinal Study of Former Trauma Center Patients: The Association Between Toxicology Status and, Subsequent Injury Mortality**, en *The Journal of TRAUMA_ Injury, Infection, and Critical Care*, Vol 55, No.5, Noviembre 2001.

¹¹ GOODMAN, R.; Mercy, J.; Loya, F.; Rosenbery, M.; Smith, J.; Allan, N.; Vargas, L.; and Kolts, R. Alcohol use and interpersonal violence; alcohol detected in homicide violence. *Am J. Public Health* 76:144-149, 1986

¹² HABERMAN, P. Alcohol and alcoholism in traffic and other accidental deaths. *Am J Drug Alcohol Abuse* 13:475-484, 1987.

¹³ Society of Actuaries, and Association of Life Insurance Medical Director of America. *Medical Impartmen Study*. Vol. I Chicago: Society of Actuaries and Society of Life Insurance Medical Director of America, 1986.

¹⁴ SODORSTROME, CA, KERNS TJ, HO SM, DISCHINGER PC, READ KM. Alcoholism ate the time of njury among trauma center patients: vehicular crash victims compared with other patients. *Accid Anal Prev*. 1997; 29:715-721

¹⁵ ROIZEN, J. Alcohol and trauma. In: Giesbrecht, N.; Gonzales, R.; Grant, M.; Osterberg, E.; Room, R.; Rootman, I.; and Towle, L., eds. *Drinking and Casualties: Accidents, Poisonings, and Violence in an International Perspective*. London: Routledge, 1988. pp. 21-69.

relacionados con consumo de alcohol. Más aún, Waller (1988)¹⁶ estima que entre el 20% y el 25% de las personas hospitalizadas por lesión tenían problemas con la bebida o eran alcohólicos. Algunos médicos ven el trauma como un indicador de abuso de alcohol y alcoholismo (Abrams 1986; Clark et al. 1985; Maull et al. 1986; Skinner et al. 1984).¹⁷

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

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

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

¹⁶ **WALLER, P.**; Stewart, J.; Hansen, A.; Stutts, J.; Popkin, C.; and Rodgman, E. The potentiating effects of alcohol on driver injury. *JAMA* 256:1461-1466, 1986

¹⁷ **ABRAMS, M.** Ethanol trauma syndrome. *Iowa Med* 76:120-124, 1986. **CLARK, D.**; McCarthy, E.; and Robinson, E. Trauma as a symptom of alcoholism. *Ann Emerg Med* 14:274, 1985. **MAULL, K.** Alcohol abuse: Its implications in trauma care. *South Med J* 75:794-798, 1982. **SKINNER, H.**; Holt, M.; Schuller, R.; Roy, J.; and Israel, Y. Identification of alcohol abuse using laboratory tests and a history of trauma. *Ann Intern Med* 101:847-851, 1984.

¹⁸ **RIVARA, FP; KOEPSSELL, TD; JURKOVICH, GJ; GURNEY, JG; SODERBER, R.** The effects of alcohol abuse on readmission for trauma, *JAMA*. 1993;270:1962-1964.

¹⁹ **MAULL, K.** Alcohol abuse: Its implications in trauma care. *South Med J* 75:794-798, 1982. **PERRINE, M.** Alcohol involvement in highway crashes. *Clin Plast Surg* 2:11-34, 1975

²⁰ and outcome of injured automobile drivers. *J Trauma* 23:494-498, 1983. **WARD, R.**; Flynn, T.; Miller, P.; and Blaisdell, W. Effects of ethanol ingestion on the severity and outcome of trauma. *Am J Surg* 144:153-157, 1982

²¹ **ROIZEN, J.** Alcohol and trauma. In: Giesbrecht, N.; Gonzales, R.; Grant, M.; Osterberg, E.; Room, R.; Rootman, I.; and Towle, L., eds. *Drinking and Casualties: Accidents, Poisonings, and Violence in an International Perspective*. London: Routledge, 1988. pp. 21-69

²² **MAULL, K.** Alcohol abuse: Its implications in trauma care. *South Med J* 75:794-798, 1982

²³ **M.,** and Bunegin, L. An experimental study of craniocerebral trauma during ethanol intoxication. *Crit Care Med* 14:841-846, 1986.

tratamiento sobre el consumo de alcohol y otras drogas, cuando ocurre el primer trauma.²⁴

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

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

Para el caso de otras SPA diferentes al alcohol, existe mucha menos información que explique las muertes ocasionadas por lesiones. Los resultados de la aplicación de una prueba de detección de marihuana a una muestra aleatoria de pacientes con el fin de determinar la proximidad del consumo con la ocurrencia de la lesión, mostraron ser positivos para el 3% de los conductores de carros y el 33% de motocicleta. El estudio del Centro de

²⁴ PATRICIA C. DISCHINGER, PHD, KIMBERLY A. MITCHELL, MS, JOSEPH A. KUFERA, MA, CARL A. SODERSTROM, MD, AND ALBERT B. LOWENFELS, MD. **A Longitudinal Study of Former Trauma Center Patients: The Association Between Toxicology Status and, Subsequent Injury Mortality**, en *The Journal of TRAUMA_ Injury, Infection, and Critical Care*, Vol 55, No.5, Noviembre 2001.

²⁵ Ronald M. Stewart, MD, John G. Myers, MD, Daniel L. Dent, MD, Peter Ermis, BA, Gina A. Gray, MD, Roberto Villarreal, MD, Osbert Blow, MD, PhD, Brian Woods, MD, Marilyn McFarland, RN, MS, Jan Garavaglia, MD., Harlan D. Root, MD, and Basil A. Pruitt, Jr., MD. **Seven hundred fifty-three consecutive deaths in a level I trauma center: the argument for injury prevention**. Department de Cirugía, Universidad de Texas, Centro de Ciencias de la Salud., San Antonio, Texas. **En The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care, 54:66-71, 2003.**

²⁶ BLONDELL, R, M.D., LOONEY, STEPHEN, Ph.D., KRIEG, CHRISTOPHER, B.A., SPAIN, DAVIDA, M.D. A Comparison of Alcohol-Positive and Alcohol-Negative Trauma Patients. *J. Stud. Alcohol* 63; 380-383, Kentucky, 2002

Trauma²⁷, reveló que el 39% de los pacientes positivos en drogas habían sido diagnosticados como dependientes al momento de la lesión.

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

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

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir al estudio de costos del consumo de alcohol y otras SPA en el hemisferio americano, mediante la valoración de un indicador de emergencias relacionadas con consumo de alcohol y otras SPA.

Objetivos Específicos

- ✍ Determinar la cantidad de emergencias relacionadas con casos de consumo de SPA en pacientes que acuden a centros de urgencia en el Hospital de Occidente Kennedy y la Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas de Bogotá, D.C., sobre la base de impresión clínica.

²⁷ SODERSTROM CA, DICSHINGER PC, SMITH GS, ET AL. Psychoactive substance use disorders among seriously trauma center patients. *JAMA*, 1997,277:1769-1774

²⁸ LOWENFELS, A. Trauma, surgery, and anesthesia. In: Pattison, M., and Kaufman, E., eds. *Encyclopedia Handbook of Alcoholism*. New York: Gardner Press, 1982. pp. 343-353.

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

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

- ✍ Establecer la importancia relativa y las características del uso de SPA en los pacientes atendidos.
- ✍ Cuantificar la asociación existente, tanto directa como indirecta, entre el uso de SPA y la visita de emergencia.
- ✍ Determinar el gasto financiero del hospital por la atención de pacientes bajo los efectos de SPA y traumas asociados.
- ✍ Poner a prueba una metodología que pueda ser empleada fácilmente en diferentes países.

III. METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio: El estudio de tipo transversal se llevó a cabo en las salas de emergencia de dos Hospitales de Bogotá, Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas y Hospital de Occidente Kennedy, escogidos con base a tres criterios: Primero, presentar un promedio de 100 emergencias diarias; segundo, recibir pacientes de diferentes estratos socioeconómicos; y, tercero, cubrir las modalidades de Hospital, público y privado.

2. Características de las salas de emergencia:

Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas, III y IV nivel de complejidad.

Es de carácter privado y atiende una amplia población de estratos socioeconómico medio y bajo, de la zona nor-occidente del Distrito Capital. Tiene una área total de 900 mts² distribuidos en una sala de espera, una sala de admisiones, un consultorio de valoración o filtro –triage-, cuatro consultorios, dos salas de reanimación, dos salas de procedimientos, una sala de yesos, diez camas para adultos y cuatro camas pediátricas. Su capacidad de atención promedio es de 2000 pacientes mensuales.

Hospital de Occidente Kennedy III nivel de complejidad.

El Hospital Occidente de Kennedy es una empresa social del Estado que ofrece servicios de tercer nivel de atención en salud; constituye el centro de referencia de la Red Sur Occidental de Urgencias que atiende un grupo importante de población de estratos 1, 2 y 3, vinculados a administradoras de régimen subsidiado, en su mayoría. Se encuentra ubicado en la Avenida Primero de Mayo No. 75^a-19 Sur, localidad Octava del Distrito Capital, el cual abarca Bosa, Fontibón, Puente Aranda y Kennedy, siendo este último, el barrio más grande del país. Dispone de 260 camas instaladas y de un área de urgencias de 1192 metros cuadrados con 66 camillas. Durante el año 2003 atendió 34.712.

3. Población: La población estuvo conformada por todas las personas entre 12 y 60 años que requirieron asistencia médica de urgencia en los dos hospitales durante las semanas comprendidas entre el 23 de agosto y el 6 de septiembre, las 24 horas continuas. Se excluyeron casos de emergencia por maternidad y operaciones quirúrgicas programadas. Las semanas seleccionadas se caracterizaron por no ser épocas en las que el consumo aumenta; es decir, no hubo días festivos adicionales a los domingos o períodos de vacaciones.

4. Instrumentos

Se aplicó a la totalidad de la población un cuestionario diseñado por la CICAD para el Sistema Interamericano de Datos sobre Consumo de Drogas (SIDUC) que contiene 17 variables de interés para los objetivos del estudio: diez sobre información sociodemográfica, dos con información sobre el estado al momento de llegar a la sala de urgencia, una sobre la impresión clínica, dos sobre consumo de sustancias durante las seis horas anteriores a la urgencia, modalidad de pago y costo de la urgencia.

El instrumento fue aplicado por ocho profesionales – seis psicólogos y dos médicos - con conocimiento sobre consumo de drogas en turnos de seis horas en cada centro de urgencia. Con anterioridad a la recolección de la información se llevó a cabo un proceso de capacitación y de reuniones previas con el fin de unificar criterios y asegurar la comprensión de cada una de las preguntas del instrumento por parte de los encuestadores. Se realizó una supervisión al trabajo de recolección en las salas de emergencia por parte del investigador principal y de los supervisores de los hospitales.

Las fuentes de la información primarias fueron, la persona que acude a las salas de emergencia en busca del servicio y a quien se interroga sobre datos propios y el médico o persona encargada de registrar los datos clínicos sobre el caso.

5. Prueba toxicológica

Con el fin de determinar el nivel de verdad de las respuestas de los pacientes a la pregunta sobre consumo de sustancias psicoativas durante las seis horas anteriores a la urgencia, lo cual permite validar la metodología de la pregunta formulada por el entrevistador, se practicaron pruebas de orina para medir presencia de marihuana, derivados de la cocaína, opiáceos, benzodiazepinas y anfetaminas a una muestra de pacientes.

Debido a la imposibilidad de determinar con anterioridad el universo de pacientes que cada día acudirían a los dos centros de urgencias, la selección de los 30 pacientes a quienes se aplicó la prueba toxicológica, se hizo con base en el momento, de dos días seleccionados al azar, en que solicitaron el servicio. En cada centro se seleccionaron quince pacientes por día seleccionado, el cual fue dividido en rangos de tiempo de 15 minutos para un total de 90 rangos, a cada uno de los cuales se les asignó un número. La escogencia de los días y de los rangos se hizo de manera aleatoria.

Para la selección de los días se determinó con anterioridad la inclusión en la muestra de un día típico y uno atípico; es decir, los primeros (lunes, martes y miércoles) caracterizados como de menor consumo y los segundos (jueves, viernes, sábado y domingo) como de mayor consumo, debido a las fiestas de fin de semana. Tanto los días típicos como los atípicos fueron, además, denominados con fecha, para la selección.

Antes de iniciar el proceso de recolección de la información, los entrevistadores conocieron los días y los rangos seleccionados, a los cuales se les asignarían los pacientes a quienes se practicarían las pruebas. Estos deberían, en primer lugar, haber respondido de manera negativa a la pregunta sobre consumo³¹, y, en segundo, haber aceptado el consentimiento informado". Quienes no cumplieron estos requisitos fueron eliminados y sustituidos por aquellos que sí los cumplían y que les siguieron en forma inmediata.

Las respuestas sobre consumo de alcohol no fueron sometidas a validación mediante la prueba toxicológica, dados, la facilidad con que el mismo es diagnosticado clínicamente y la baja probabilidad de ser negado debido a su condición de legalidad. Sin embargo, los pacientes que afirmaron haberlo consumido y que negaron el consumo de otras sustancias, fueron considerados candidatos para la aplicación de la prueba.

III. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan han sido divididos en cuatro partes con el fin de brindar una mejor comprensión. En la primera parte se presenta una caracterización de la población a la cual se le aplicó la encuesta. En este punto vale la pena recordar que no se trata de una muestra sino al total de personas que entre 12 y 60 años acudieron a las salas de urgencias durante el período del estudio. En este sentido, cuando se habla de población no se refiere a la población general sino a la población objeto del estudio.

La segunda parte "Consumo de sustancias seis horas antes de la urgencia, según reporte del pacientes", recoge información sobre frecuencia de consumo general y por cada sustancias y se presenta una caracterización de los pacientes atendidos que manifestaron haber usado alguna droga.

Una tercera parte contempla la relación entre urgencia y consumo de drogas; es decir, cuáles de las urgencias tuvieron relación directa con el consumo de SPA.

³¹ La razón por la cual no fueron incluidos los pacientes que respondieron haber consumido alguna sustancia psicoactivas, seis horas antes a la entrada al servicio de urgencias, se debió a que quien hace este tipo de afirmación con un nivel elevado de probabilidad está diciendo la verdad, lo que no sucede con quienes responden negativamente.

Finalmente una cuarta sección realiza un análisis más profundo sobre el alcohol, por ser la sustancia de mayor consumo en nuestro país.

1. Caracterización de las consultas

El total de la población atendida en las salas de urgencia de los hospitales seleccionados fue de 1.073 personas; se excluyeron seis casos, uno por muerte del paciente antes de completar la recolección de la información y siete por no corresponder al rango de edad establecido en el protocolo del estudio. De los 1.066 casos estudiados, el 49% pertenece al Hospital Kennedy de Occidente (HKO) y el 51% a la Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas. Los datos muestran que el volumen de población atendida en ambos centros hospitalarios es muy similar, lo cual permite afirmar que el peso de las clases socioeconómicas baja, atendida por hospital público (HKO) y media por uno privado (NCFB), fue relativamente equivalente.

1.1 Motivo de Consulta

El 97.5% de la población que solicitó servicios en las salas de urgencias, durante el período del estudio, llegó en estado consciente. Los principales motivos de consulta fueron los accidentes caseros 11.3%, seguidos por las situaciones de violencia (8%), los accidentes de tránsito (4.3%) y los accidentes de trabajo (2%). Las sobredosis y el síndrome de abstinencia, que se consideran como urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias, presentaron frecuencias marginales. De otro lado, la categoría “otros” obtuvo el porcentaje mayor con un 65.4% en la cual se agruparon los ataques cardíacos, problemas urinarios y malestares generales, entre otros. Se atendió, en promedio, 71 pacientes diarios entre los dos hospitales.

Tabla 1. Motivo de Consulta

| | Frecuencia | % tabla |
|--------------------------|------------|---------|
| DESCONICIDO | 14 | 1.3% |
| ACIDENTES DE TRANSITO | 46 | 4.3% |
| ACCIDENTES DE TRABAJO | 21 | 2.0% |
| ACCIDENTE COMUN O CASERO | 120 | 11.3% |
| SITUACION DE VIOLENCIA | 85 | 8.0% |
| INTENTO DE SUICIDIO | 11 | 1.0% |
| SOBREDOSIS | 5 | .5% |
| SINDROME DE ABSTINENCIA | 2 | .2% |
| PSIQUIATRICO | 30 | 2.8% |
| INTOXICACION | 35 | 3.3% |
| OTRO | 697 | 65.4% |
| Total | 1066 | 100.0% |

1.2. Hora de ocurrencia de las urgencias

Al realizar un análisis sobre el momento del día en que con mayor frecuencia ocurrieron las urgencias, se observa en primer lugar el rango entre 12:00 – 17:59 (30.4%%), seguido por el de 18:00 – 24:00 (18.4%). A partir de este rango, las urgencias disminuyeron notablemente al pasar a 13.5% en el horario del amanecer para volver a incrementarse en la mañana.

Tabla 2. Distribución de frecuencia según rangos de tiempo

| | Recuento | % tabla |
|--------------------------|----------|---------|
| RANGO DE 0:00 a 5:59 am | 142 | 13,3% |
| HORA DE 6:00 a 11:59 am | 297 | 27,9% |
| INGRESO 12:00 a 17:59 pm | 324 | 30,4% |
| 18:00 a 24:00 pm | 303 | 28,4% |
| Total | 1066 | 100,0% |

1.3 Día de ocurrencia de las urgencias

Los fines de semana arrojan una mayor frecuencia de urgencias. Cuando se analizan con reporte de consumo de los pacientes se nota que estos mismos días fueron los de mayor uso de SPA, como se observa en la Tabla 8.

Tabla 3. Distribución de frecuencias según día de la urgencia

DIA URG

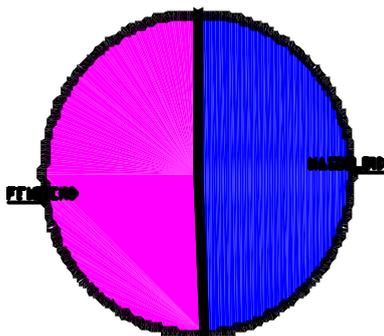
| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Válidos | 1 | ,1 |
| DOMINGO | 151 | 14,2 |
| JUEVES | 139 | 13,0 |
| LUNES | 161 | 15,1 |
| MARTES | 152 | 14,3 |
| MIERCOLES | 144 | 13,5 |
| SABADO | 157 | 14,7 |
| VIERNES | 161 | 15,1 |
| Total | 1066 | 100,0 |

2. Caracterización de los pacientes

2.1. Sexo

La variable sexo muestra que el 49.3% (526) de los pacientes eran del sexo femenino y el 50.7% del sexo masculino, mostrando una equivalencia de género en la población estudiada.

Gráfica 1. Población estudiada según sexo



2.2 Edad

El 73.6% de la población atendida estaba por debajo de 40 años y encima de 12, límite inferior establecido por el perfil del estudio. De esta, la mayoría (36.6%) tenía entre 20 y 29 años, seguida por el 21.7% que tenía entre 30 y 39 años. Las edad promedio fue de 31 años, distribuida de acuerdo con la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de frecuencias por rangos de edad

| Rangos de edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 12-19 | 166 | 15.6 |
| 20-29 | 387 | 36.3 |
| 30-39 | 231 | 21.7 |
| 40-49 | 167 | 15.7 |
| 50-60 | 113 | 10.6 |

2.3. Situación laboral

La situación laboral de la población mostró que el 40.1% y el 17.5% de la población entrevistada tenía trabajo fijo y trabajo ocasional, respectivamente. El 15% estudiaba y el 13.4% era ama de casa. El porcentaje de desempleados fue de 7.2% y el de inactivos 1.5%. La proporción de personas que trabajaban y estudiaban fue de 1.6%.

Tabla 5. Distribución de la población estudiada según situación laboral

| | | Frecuencia | % |
|-------------------|-------------------|------------|--------|
| SITUACION LABORAL | SIN DATOS | 39 | 3.7% |
| | TRABAJO FIJO | 427 | 40.1% |
| | TRABAJO OCASIONAL | 187 | 17.5% |
| | DESEMPLEADO | 77 | 7.2% |
| | ESTUDIANTE | 160 | 15.0% |
| | AMA DE CASA | 143 | 13.4% |
| | INACTIVO | 16 | 1.5% |
| | ESTUDIA Y TRABAJA | 17 | 1.6% |
| Total | | 1066 | 100.0% |

2.4. Ocupación

Como lo muestra la Tabla 6, el 59.8% de las personas que suministraron información sobre ocupación, la tercera parte (20.4%) eran trabajadores no calificados, seguidos con frecuencias similares pero bastante alejadas de la primera, los profesionales con 7.3%, los técnicos profesionales de nivel medio con 6.8%, los empleados de oficina con el 6.2%, los oficiales operarios con 5.9% y los operadores de instalaciones con 3.7%. El resto presentaron frecuencias por debajo de 1.

Tabla 6. Distribución de la población según ocupación

| | | CODIGO HOSPITAL NOTIFICADOR | | | | Total | |
|-----------|------------------------------|-----------------------------|---------|-----------------------------|---------|------------|---------|
| | | KENNEDY | | FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS | | Frecuencia | % tabla |
| | | Frecuencia | % tabla | Frecuencia | % tabla | | |
| OCUPACION | SIN INFORMACION | 262 | 24,6% | 167 | 15,7% | 429 | 40,2% |
| | MIEMBROS DEL PODER EJECUTIVO | 5 | ,5% | 7 | ,7% | 12 | 1,1% |
| | PROFESIONALES | 3 | ,3% | 75 | 7,0% | 78 | 7,3% |
| | TECNICOS Y PROF NIVEL MEDIO | 5 | ,5% | 67 | 6,3% | 72 | 6,8% |
| | EMPLEADOS DE OFICINA | 14 | 1,3% | 52 | 4,9% | 66 | 6,2% |
| | VENEDORES | 30 | 2,8% | 48 | 4,5% | 78 | 7,3% |
| | AGRICULTORES | 7 | ,7% | 2 | ,2% | 9 | ,8% |
| | OFICIALES OPERARIOS | 39 | 3,7% | 24 | 2,3% | 63 | 5,9% |
| | OPERADORES DE INSTALACIONES | 13 | 1,2% | 26 | 2,4% | 39 | 3,7% |
| | TRABAJADORES NO CALIFICADOS | 142 | 13,3% | 75 | 7,0% | 217 | 20,4% |
| | FUERZAS ARMADAS | 1 | ,1% | 2 | ,2% | 3 | ,3% |
| Total | | 521 | 48,9% | 545 | 51,1% | 1066 | 100,0% |

La categoría “sin información” presenta una alta frecuencia debido a que en la misma fueron incluidos los estudiantes y amas de casa que no tenían opción de ser ubicados dentro de la tabla.

3. Consumo de droga seis horas antes, según reporte del paciente

El 14.40% de la población estudiada según reporte del paciente y evaluación clínica, había consumido alguna droga durante las seis horas anteriores al evento que la llevó a solicitar los servicios de urgencia. De estos, el 10.60% pertenecían al sexo masculino y el 3.80% al sexo femenino. La mayoría de los casos de consumo previo a la urgencia se dieron en el Hospital Kennedy de Occidente que ha sido usualmente relacionarlo con casos de trauma en urgencias.

Gráfica 2.



Del total de personas que reportaron haber usado sustancias psicoactivas (SPA), el 12.20% había consumido alcohol y el 1.10% marihuana. Los resultados son congruentes con los estudios realizados en Colombia³², los cuales han mostrado que el alcohol es la sustancia de mayor consumo, seguida por la marihuana. El resto de las sustancias muestra, cada una, un consumo por debajo del 1%, que sumados alcanzan el 3.7%. No se presentó consumo de crack o anfetaminas, y sólo aparece un caso de heroína. Aparece policonsumo; principalmente de alcohol, marihuana y sedantes.

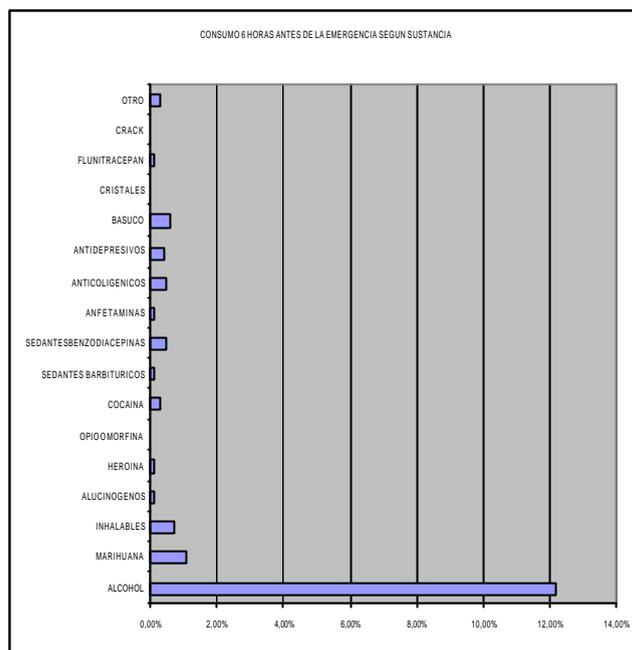
Distribución de consumo según sustancia

³² Dirección Nacional de Estupefacientes, Fundación Santafé de Bogotá, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA, Bogotá, 1996 .
Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo, RUMBOS SONDEO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, Bogotá, 2001.

Tabla 7.

| | CONSUMO | |
|-----------------|------------|---------|
| | Frecuencia | % tabla |
| ALCOHOL | 130 | 12.2% |
| MARIHUANA | 12 | 1.1% |
| INHALABLES | 8 | .8% |
| ALUCINOGENOS | 1 | .1% |
| HEROINA | 1 | .1% |
| COCAINA | 3 | .3% |
| SEDANTES | 1 | .1% |
| SEDANTES | 5 | .5% |
| ANFETAMINAS | 1 | .1% |
| ANTICOLIGENICOS | 5 | .5% |
| ANTIDEPRESIVOS | 4 | .4% |
| BASUCO | 6 | .6% |
| FLUNITRACEPAN | 1 | .1% |
| OTRO | 3 | .3% |
| NICOTINA | 53 | 5.0% |

Grafica 3.



3.1. Motivo de consulta según sustancia consumida

Tabla 8. Motivo de consulta por sustancia consumida

| | MOTIVO DEL INGRESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------|---------|------------------------|---------|-----------------------|---------|--------------------------|---------|------------------------|---------|---------------------|---------|------------|---------|-------------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|------|---------|
| | DESCONOCIDO | | ACCIDENTES DE TRANSITO | | ACCIDENTES DE TRABAJO | | ACCIDENTE COMUN O CASERO | | SITUACION DE VIOLENCIA | | INTENTO DE SUICIDIO | | SOBREDOSIS | | SINDROME DE ABSTINENCIA | | PSIQUIATRICO | | INTOXICACION | | OTRO | |
| | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla | F | % tabla |
| ALCOHOL | 2 | .2% | 13 | 1.2% | | | 16 | 1.5% | 45 | 4.2% | 5 | .5% | 4 | .4% | | | 4 | .4% | 21 | 2.0% | 20 | 1.9% |
| MARIHUANA | | | 1 | .1% | | | | | 7 | .7% | | | | | | | 1 | .1% | 1 | .1% | 2 | .2% |
| INHALABLES | | | 1 | .1% | | | 1 | .1% | 2 | .2% | 1 | .1% | | | | | 2 | .2% | | | 1 | .1% |
| ALUCINOGENOS | | | 1 | .1% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEROINA | | | 1 | .1% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COCAINA | | | | | | | | | 1 | .1% | | | | | | | | | | 2 | .2% | |
| SEDANTES BARBITURICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .1% |
| SEDANTES BENZODIACEP | | | | | 1 | .1% | | | 1 | .1% | | | | | 1 | .1% | 1 | .1% | 1 | .1% | | |
| ANFETAMINAS | | | 1 | .1% | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTICOLIGENICOS | | | | | | | | | | | | | 1 | .1% | | | | | 1 | .1% | 3 | .3% |
| ANTIDEPRESIVOS | | | | | | | | | | | | | 1 | .1% | | | | | | | 3 | .3% |
| BASUCO | | | | | | | | | 3 | .3% | | | | | | | 1 | .1% | 2 | .2% | | |
| FLUNITRACEPAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .1% |
| OTRO | | | | | | | | | | | 3 | .3% | | | | | | | | | | |
| NICOTINA | 4 | .4% | 10 | .9% | 5 | .5% | 17 | 1.6% | 18 | 1.7% | 3 | .3% | 1 | .1% | 1 | .1% | 4 | .4% | 12 | 1.1% | 31 | 2.9% |

Como se puede observar en la Tabla 8 el alcohol aparece en todos los motivos de consulta, con excepción en el síndrome de abstinencia, lo cual apoya la literatura existente sobre la alta asociación que existe entre uso de alcohol y trauma. Las situaciones de violencia presenta el mayor porcentaje con el 4.2%, seguido por la intoxicación con un 2%, los accidentes común y caseros con 1.5% y los accidentes de tránsito con 1.2%. La subvariable "intoxicación"

incluye casos de escopolamina para la comisión de atracos a personas que estaban bajo los efectos del alcohol. La marihuana, segunda sustancia consumida en el país, según los estudios ya señalados, aparece principalmente ligada a situaciones de violencia.

3.2. Reporte de consumo y día de la urgencia

En relación con el día se había planteado, para el caso de consumo de drogas, la hipótesis de una menor frecuencia de consumo los días lunes, martes y miércoles; y, una mayor los jueves, viernes, sábado y domingo. Los datos confirmaron esta hipótesis como lo muestra la Tabla 9. Sin embargo, el día jueves se comportó como un día de baja frecuencia.

Tabla 9. Distribución de frecuencias según principales sustancias consumidas y días de la semana

| | | DIA URG | | | | | | | Total |
|---------|------------|---------|--------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | DOMINGO | JUEVES | LUNES | MARTES | MIERCOLES | SABADO | VIERNES | |
| ALCOHOL | Frecuencia | 56 | 5 | 8 | 10 | 5 | 37 | 9 | 130 |
| | % | 43,1% | 3,8% | 6,2% | 7,7% | 3,8% | 28,5% | 6,9% | 100,0% |

| | | DIA URG | | | | | Total |
|-----------|------------|---------|-------|--------|-----------|--------|--------|
| | | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | SABADO | |
| MARIHUANA | Frecuencia | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 12 |
| | % | 33,3% | 16,7% | 8,3% | 8,3% | 33,3% | 100,0% |

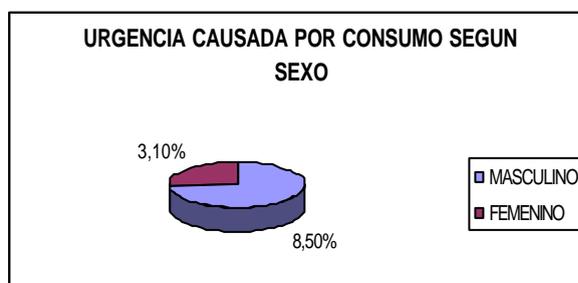
| | | DIA URG | | | | Total |
|------------|------------|---------|-------|--------|--------|--------|
| | | DOMINGO | LUNES | MARTES | SABADO | |
| INHALABLES | Frecuencia | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 |
| | % | 25,0% | 25,0% | 25,0% | 25,0% | 100,0% |

4. Caracterización del consumo según variables demográficas

4.1. Sexo

El 8.50% de las personas que reportaron haber consumido alguna droga antes de solicitar servicios en las salas de urgencia, pertenecían al sexo masculino y 3.10% al sexo femenino. La gráfica a continuación ilustra la proporción.

Gráfica 4.



4.2. Edad

El instrumento para recolección de información en salas de urgencia indaga por el uso de sustancias psicoactivas seis horas antes del evento que causa el servicio. El porcentaje mayor de consumo se dio entre los 20 y los 29 años, seguido por el rango de edad 12 y 19 años; que sumados darían el 10% de la totalidad de consumidores previos al evento que ocasionó la urgencia. A partir de los 40 años el porcentaje de personas que reportaron consumo fue bajo.

Tabla 8 . Distribución del uso de sustancias psicoactivas según edad

| EDAD DE | Frecuencia | % |
|---------|------------|------|
| 12-19 | 31 | 2,9% |
| 20-29 | 66 | 6,2% |
| 30-39 | 34 | 3,2% |
| 40-49 | 13 | 1,2% |
| 50-60 | 10 | ,9% |

Los resultados reflejan la magnitud del consumo en Bogotá. La Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizada por el Programa Presidencial Rumbos en el año 2001 mostró que el alcohol es la sustancia de mayor consumo entre los jóvenes de 10-24 años, seguido por el de marihuana y la cocaína; aunque esta última arrojó frecuencias muy bajas en las salas de urgencias. Aunque el Segundo Estudio Epidemiológico de Sustancias Psicoactivas en Colombia es del año 1996, el mismo mostró también que estas sustancias son las de mayor consumo en el país.

4.3 Situación laboral

De las personas que reportaron haber consumido alguna droga, el porcentaje mayor se dio entre aquellas con trabajo fijo (4.7%), seguidos por los de trabajo ocasional con 3.7%, los estudiantes con 2.00% y los desempleados con 1.6%. El resto de las categorías presentaron frecuencias marginales con porcentajes por debajo de 0 (amas de casa y los inactivos).

| | | | CONSUMO 6 HORAS ANTES |
|-------------------|-------------------|-----|-----------------------|
| | | | % |
| SITUACION LABORAL | SIN DATOS | 8 | .8% |
| | TRABAJO FIJO | 50 | 4.7% |
| | TRABAJO OCASIONAL | 39 | 3.7% |
| | DESEMPLEADO | 17 | 1.6% |
| | ESTUDIANTE | 21 | 2.0% |
| | AMA DE CASA | 10 | .9% |
| | INACTIVO | 4 | .4% |
| | ESTUDIA Y TRABAJA | 5 | .5% |
| Total | | 154 | 14.4% |

Tabla 9. Distribución del consumo 6 horas antes por situación laboral

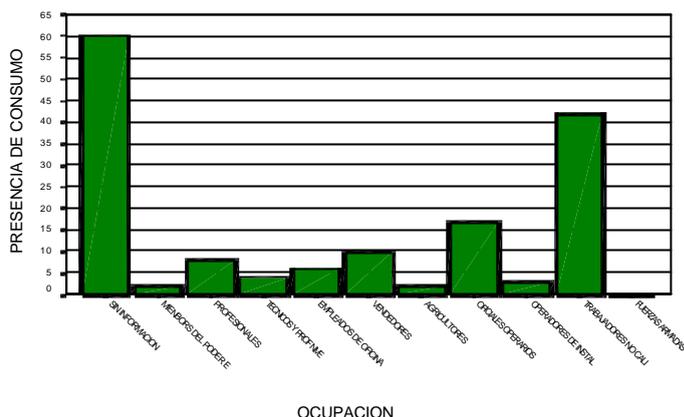
4.4. Ocupación

La variable “trabajadores no calificados” obtuvo el porcentaje mayor de consumo con un 3.9%. El 5.6% “sin información”, corresponde a las amas de casa y los estudiantes que hacen parte de la variables “situación laboral”, y a otros para quienes no fue posible su ubicación dentro de alguna subvariable.

Tabla 10. Distribución del consumo 6 horas antes por ocupación

| OCUPACIÓN | Frecuencias | Porcentaje |
|--|--------------------|-------------------|
| Sin información | 60 | 5.6 |
| Miembros del Poder Ejecutivo | 2 | 0.2 |
| Profesionales, científicos e intelectuales | 8 | 0.8 |
| Técnicos y profesionales de nivel medio | 4 | 0.4 |
| Empleados de oficina | 6 | 0.6 |
| Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados | 10 | 0.9 |
| Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros | 2 | 0.2 |
| Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros servicios | 17 | 1.6 |
| Operadores de instalaciones, y máquinas y montadores | 3 | 0.3 |
| Trabajadores no calificados | 42 | 3.9 |
| Fuerzas Armadas | 0 | |
| TOTAL | 154 | 14.4 |

Gráfica 5



5. Relación entre la urgencia y el uso de SPA

Según impresión clínica, del total de casos con presencia de SPA (14.40%), el 11.60 tuvo relación con la urgencia. De estos el 8.50% pertenecían al sexo masculino y el 3.10% al sexo femenino (Gráfica 6). El 10% de las urgencias atribuidas al consumo de SPA fueron por uso de alcohol; siendo marginal el consumo de las otras sustancias, como se observa en la Tabla 11. Del 11.6% el 10.4% correspondió al hospital de Kennedy y el 1.2% a la Fray.

Tabla 11. Emergencias relacionadas con uso de drogas

| TIPO DE DROGA | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Alcohol | 106 | 10.0 |
| Marihuana | 9 | 0.8 |
| Inhalables | 6 | 0.6 |
| Alucinógenos | 1 | 0.1 |
| Heroína | 1 | 0.1 |
| Cocaína | 2 | 0.2 |
| Sedantes | 3 | 0.3 |
| Anticolinérgicos | 4 | 0.4 |
| Basuco | 6 | 0.6 |
| Flunitracepán | 1 | 0.1 |
| Otro | 2 | 0.2 |

6. Consumo de Alcohol y variables demográficas

Con el fin de profundizar el estudio sobre el alcohol, sustancia de mayor consumo, se realizaron cruces con las variables sexo, edad, situación laboral y ocupación, cuyos resultados fueron sometidos a pruebas de independencia y asociación (Pearson, Chi-cuadrado y Cramer’s). Para este cálculo se tomó el consumo seis horas antes.

6.1 Relación entre consumo de alcohol y sexo

| Tabla 12. SEXO * ALCOHOL | | | | | |
|--------------------------|-----------|---------|-------|-------|-----|
| | | ALCOHOL | | Total | |
| | | SI | NO | | |
| SEXO | MASCULINO | 101 | 425 | 526 | |
| | % | 19,20 | 80,80 | 100 | |
| | FEMENINO | 29 | 511 | 540 | |
| | % | 5,37 | 94,63 | 100 | |
| Total | | 130 | 936 | 1066 | |
| | | % | 12,20 | 87,80 | 100 |

1.0 Relación entre consumo de alcohol y situación laboral

Tabla 13. Consumo de Alcohol y situación laboral

| | | ALCOHOL | | Total |
|-----------|-------------------|------------|------|-------|
| | | Frecuencia | % | |
| SITUACION | SIN DATOS | 7 | .7% | 39 |
| LABORAL | TRABAJO FIJO | 41 | 3.8% | 427 |
| | TRABAJO OCASIONAL | 36 | 3.4% | 187 |
| | DESEMPLEADO | 14 | 1.3% | 77 |
| | ESTUDIANTE | 16 | 1.5% | 160 |
| | AMA DE CASA | 8 | .8% | 143 |
| | INACTIVO | 3 | .3% | 16 |
| | ESTUDIA Y TRABAJA | 5 | .5% | 17 |
| | Total | | 130 | 12.2% |

6.3. Relación entre consumo de alcohol y rango de edad

Tabla 14. Consumo de alcohol y edad

| | ALCOHOL | | Total |
|---------------|------------|-------|-------|
| | Frecuencia | % | |
| EDAD DE 12-19 | 24 | 2.3% | 166 |
| EDAD DE 20-29 | 58 | 5.4% | 387 |
| EDAD DE 30-39 | 32 | 3.0% | 231 |
| EDAD DE 40-49 | 8 | .8% | 167 |
| EDAD DE 50-60 | 8 | .8% | 113 |
| Total | 130 | 12.2% | 1066 |

6.4 Relación entre consumo de Alcohol y ocupación

Tabla 15. Consumo de Alcohol por ocupación

| OCUPACIÓN | Frecuencias | Porcentaje | TOTAL |
|--|--------------------|-------------------|--------------|
| Sin información | 48 | 4.5 | 429 |
| Miembros del Poder Ejecutivo | 2 | 0.2 | 12 |
| Profesionales, científicos e intelectuales | 6 | 0.6 | 78 |
| Técnicos y profesionales de nivel medio | 3 | 0.3 | 72 |
| Empleados de oficina | 6 | 0.6 | 66 |
| Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados | 10 | 0.9 | 78 |
| Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros | 2 | 0.2 | 9 |
| Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros servicios | 13 | 1.2 | 63 |
| Operadores de instalaciones, y máquinas y montadores | 3 | 0.3 | 39 |
| Trabajadores no calificados | 37 | 3.5 | 217 |
| Fuerzas Armadas | 0 | | |
| TOTAL | 130 | 12.2 | 1.066 |

Realizadas las pruebas de Hipótesis (Chi Cuadrado) se encontraron relaciones estadísticamente significativas para el caso de alcohol y sexo; alcohol y situación laboral, y alcohol y rangos de edad. No se hizo prueba para la relación alcohol y ocupación laboral, por presentar ésta última frecuencias muy bajas.

En materia de sexo la relación es altamente significativa a favor de los hombres, lo cual es acorde con los estudios epidemiológicos realizados en el país.

Un análisis de cada una de las condiciones contempladas en la variable "situación laboral" mostró que los trabajadores ocasionales presentaron consumo significativamente superior al de los trabajadores fijos; los desempleados al de los trabajadores fijos y los trabajadores ocasionales más que los estudiantes. No hubo diferencias significativas entre trabajo ocasional y desempleado, entre desempleado y estudiantes y entre estudiantes y trabajo fijo.

Para el caso de la variable edad se comparó el rango de mayor frecuencia (20-29 años) con los demás y los resultados arrojados para la prueba de hipótesis fue que había diferencias estadísticamente significativas con los rangos de 40-49 y 50-59.

6. Resultados de la aplicación de pruebas de laboratorio

Las pruebas toxicológicas fueron aplicadas al 5.6% de la población que hizo parte del estudio. Los resultados para detectar positivos de derivados de la coca, opioides, marihuana, sedantes barbitúricos y antidepresivos no coincidieron con el reporte verbal en el 24% de los casos. El mayor número de positivos fueron para benzodiazepinas, seguidos de marihuana.

Cuando uno compara el consumo de marihuana en la totalidad de la población estudiada (1.1%) con el de la muestra a la cual se le aplicó la prueba, encuentra que el consumo se eleva al 5%.

Lo anterior muestra que a pesar de haber formulado la pregunta del ítem 13, de una forma que mostrara al paciente la importancia de conocer si había habido o no consumo previo para tener éxito en la prestación del servicio, hubo una tendencia marcada a negarlo en casi la cuarta parte de los pacientes, lo cual da una idea distorsionada sobre la magnitud de consumo.

8. Costos de la urgencia

El diseño de la investigación contemplaba la determinación del costo de cada una de las urgencias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de poder dimensionar la magnitud del impacto que tiene sobre los costos que el problema de las drogas le ocasiona al país. Sin embargo, la forma como ambos centros hospitalarios le fijan los costos a las urgencias está dado por quien paga la urgencia. Por ejemplo, los casos de accidentes de tránsito son pagados por el SOAT (seguro obligatorio de transporte) o por El Fondo Financiero Distrital para el caso de personas sin recursos y sin seguro) que tiene una cifra específica predeterminada; en otros casos, las personas son atendidas por cuenta del SISBEN y el pago opera de la misma forma. Así, los costos que se anotan en la información estadística de los centros son los establecidos por este concepto, es decir, por quien paga.

Haber podido determinar el costo real de cada urgencia implicaba continuar el estudio hasta la remisión del paciente, haciendo seguimiento a los costos incurridos por cada una de las intervenciones que se le realizaran, lo cual hubiera sido un enorme aporte a los centros hospitalarios, pero que se salía del alcance del proyecto.

En materia de costos reales, propiamente dichos, se han hecho unos cálculos bastante gruesos que constituyen solo aproximaciones. Así, el trauma quirúrgico lo establecen en \$150.000.00 con 24 horas de permanencia en el centro de urgencias, y en \$600.000.00 si hay hospitalización. Por su parte el trauma quirúrgico, con cuidados intensivos, se calcula en \$6.000.000.00.

En materia de asignación de recursos por parte del centro hospitalario al centro de urgencias, el Hospital Kennedy de Occidente en el año 2.003, de un presupuesto global de \$45.000 millones de pesos, sólo el 10% fue situado para urgencias, si se tiene en cuenta que es reconocido como el que mayor casos de trauma recibe en Bogotá.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran que a pesar de lo limitado el número de pacientes estudiados, de haberse llevado a caso solamente en dos hospitales de Bogotá, de haber sido recolectada la información en un periodo de tiempo muy corto y de no haber sido estos elegidos de manera aleatoria, hay un reflejo en cuanto al papel del consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad y la relación con el trauma, especialmente para el caso del alcohol. Es necesario, sin embargo, anotar que cualquier afirmación en relación con la población general es sólo un intento por contar con un referente que permita algún tipo de análisis, ya que los datos aquí presentados sólo reflejan la realidad que se presentó en dos instituciones específicas durante los días específicos en que la información fue recolectada. Sin embargo, son estimados que pueden dar cuenta de la presencia o no de uso de sustancias, su relación con trauma, con clases de trauma en particular, con poblaciones a priorizar en sus programas de prevención y promoción y la necesidad de adecuar los servicios de urgencias en relación con el uso de SPA.

De manera adicional, el reporte del personal médico que atiende dichos centros, los resultados no reflejan la realidad de lo que sucede en Bogotá. En especial, en la Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas la presencia de consumo y trauma fue muy baja, lo cual no es usual, ya que se trata de un centro de urgencia que atiende gran cantidad de urgencias por accidente tránsito. Sólo unas semanas posteriores a la recolección de la información, la situación fue contraria a los hallazgos del estudio, cuando se presentó un alto índice de trauma relacionado con consumo de SPA. Sin embargo, también es importante anotar que el mejoramiento de las vías de tránsito automotor aledañas al centro ha disminuido la accidentalidad durante el día.

En el caso del Hospital Kennedy de Occidente, la situación es más acorde con la realidad, ya que se le identifica como un centro que atiende casos de trauma y las remisiones por parte de la Policía son altas. De otro lado, los resultados son congruentes con los arrojados por el Estudio del 1994 en este centro de urgencias, que mostraron un elevado porcentaje de trauma relacionado con el consumo de alcohol.

Los resultados muestran que el alcohol es la sustancia que mostró mayor nivel de consumo (12.2%) con un involucramiento directo en la urgencia en el 10% de los casos. No sólo la frecuencia de consumidores fue la más elevada, bastante lejana de la arrojada por la marihuana (1.1%) que le sigue en magnitud, sino que estuvo presente en todos los motivos de ingreso a la urgencia, con excepción del síndrome de abstinencia. Los datos apoyan la literatura sobre la alta asociación entre uso de alcohol y trauma. Las situaciones de violencia, seguidas por la intoxicación, los accidentes común y caseros y los accidentes de tránsito. La subvariable "intoxicación" incluye casos de escopolamina para la comisión de atracos a personas que estaban bajo los efectos del alcohol.

Como se observa en los estudios realizados en el país, el sexo masculino tiene una mayor relación con el consumo de SPA que el femenino. Sin embargo,

pareciera existir una tendencia a disminuir la diferencia entre hombres y mujeres, pues más de la tercera parte de los consumidores “seis horas antes” pertenecen al sexo femenino. El Estudio Epidemiológico del año 1996 muestra una prevalencia “último año” de 80% para hombres y 20% para mujeres.

La variable edad mostró un mayor consumo entre las personas por debajo de los 40 años, considerada como la etapa más activa del ser humano. Por debajo de esta edad el consumo fue bajo. La población consumidora, en el 4.7% cuenta con un trabajo fijo y el 3.7% con trabajo ocasional. Estas dos poblaciones, sumadas a las de estudiantes, muestran el mayor porcentaje de consumo en esta variable, como si el hecho de tener una actividad relativamente estable constituyera un factor de riesgo para el consumo, quizá por el aspecto social involucrado en ella.

Los días de mayor consumo fueron el sábado y el domingo. Vale la pena resaltar que según el reporte del personal médico de los centros de urgencias, el domingo y el amanecer del lunes son momentos de mucha afluencia de pacientes que solicitan servicios de urgencias para justificar ausencias laborales.

Como ya quedó planteado en este Informe, lo recomendable al realizar estudios que permitan evaluar la magnitud del consumo de drogas es analizar información proveniente del mayor número de fuentes posibles. Fuentes que como, también, ya se anotó son la base para estudios de costos sobre las consecuencias que el consumo de drogas tienen sobre la sociedad.

Los resultados obtenidos en el presente estudio aplican sólo para la población estudiada; no es posible determinar cual sería el comportamiento si se analizara un mayor número de datos. La elección de dos semanas típicas para el estudio y las bajas frecuencias de consumo, por ejemplo, para el caso de la Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas parecen no reflejar la tendencia reportada por sus directivos durante periodos más largos de tiempo. De hecho, el análisis posterior de los datos con el Jefe de Urgencias de este centro hospitalario se hizo evidente la percepción de un incremento elevado durante las semanas siguientes.

En el anterior sentido, es aconsejable que los centros de urgencia instauren un proceso permanente o al menos periódico de recolección de información sobre la presencia de consumo en ellos, que aportara información a la evaluación de la magnitud del consumo en el país, ya que los estudios poblacionales llevan implícito una subestimación que surge de la falta de veracidad en la respuesta a preguntas que indagan sobre una conducta socialmente reprobada. De otro lado, los datos recabados en centros de urgencia ayudarían a comprender el consumo problemático, los problemas asociados que a la sociedad y a los sistemas de salud le ocasiona, para los cuales debe desarrollar estrategias de afrontamiento.

La metodología del SIDUC utilizada para el estudio muestra que si bien el formato funciona bien para los casos de reporte de alcohol, la prueba toxicológica mostró que para las otras sustancias en el 24% del total que fueron

aplicadas no coincidió con el reporte de los pacientes. Esto muestra la necesidad de involucrar en la metodología SIDUC este tipo de pruebas.

También vale la pena señalar que la variable “ocupación” fue de muy difícil diligenciamiento, ya que en muchos casos no fue posible encontrar la categoría o subvariable en la cual anotar algunas de las mencionadas por los pacientes, a pesar de la capacitación ofrecida a los encuestadores en la cual se volvió una y otra vez sobre el tema. Esta es una de las razones por las cuales aparecen tantos casos en “sin información”, además de no haber opción para las amas de casa o los estudiantes que sí aparecen en la variable “situación laboral”. En este sentido se recomienda eliminarla o reformularla.

En materia de estimación de costos sería recomendable hacer un seguimiento a las historia clínicas de los pacientes que hicieron parte del estudio con el fin de calcular el costo real de atención; lo cual implica, además, hacer una caracterización del trauma leve, trauma moderado y trauma severo y a partir de esto establecer un valor promedio de atención por día.