



ESTUDIO SOBRE DE DROGAS EN CONSULTANTES DE SALAS DE URGENCIA

INFORME FINAL
CHILE

DICIEMBRE
2010

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES.....	4
OBJETIVO	4
MÉTODOS	4
RESULTADOS.....	5
CONCLUSIONES	5
INTRODUCCION.....	7
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
DISEÑO Y ASPECTOS METODOLOGICOS.....	8
UNIVERSO Y MUESTRA.....	8
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	9
VARIABLES.....	9
INSTRUMENTOS	10
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	11
MANEJO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS	11
ASPECTOS ÉTICOS	12
RESULTADOS.....	12
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA	12
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS TOXICOLÓGICOS SEGÚN LAS VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.....	19
AUTO REPORTE, IMPRESIÓN CLÍNICA Y PRUEBA TOXICOLÓGICA DE ALCOHOL, MARIHUANA Y COCAÍNA	25
COMPARACIÓN DE RESULTADOS AÑO 2001 Y 2010	26
<i>Comparación según sexo</i>	27
<i>Comparación por edad</i>	28
<i>Comparación por motivo de ingreso</i>	30
DISCUSIÓN.....	31
LIMITACIONES	33

CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXO 1	36
ANEXO 2	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Especificaciones técnicas de las pruebas toxicológicas utilizadas en el estudio.....	11
Tabla 2. Características de la muestra analizada.....	13
Tabla 3. Situación ocupacional y actividad laboral de la muestra analizada.....	14
Tabla 4. Comuna de residencia de los sujetos ingresados al estudio	15
Tabla 5. Situación de ingreso a la Posta de Urgencia en la muestra estudiada	17
Tabla 6. Diagnóstico presuntivo del lo pacientes ingresados al estudio	18
Tabla 7. Consumo declarado y presunción médica de consumo de alcohol y otras drogas	19
Tabla 8. Resultado de prueba toxicológica de drogas en la muestra estudiada.....	20
Tabla 9. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según sexo.....	21
Tabla 10. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según tramo de edad.....	22
Tabla 11. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según situación de pareja	23
Tabla 12. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según nivel de educación	23
Tabla 13. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según motivo de ingreso al hospital.....	24
Tabla 14. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según situación ocupacional.....	25
Tabla 15. Validación de la impresión al ingreso, auto reporte de consumo y presunción médica.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Comparación de resultados reprobadas toxicológicas según sexo, estudio 2001 y 2010.....	28
Figura 2. Comparación de resultados reprobadas toxicológicas según grupo étnico, estudio 2001 y 2010.....	29
Figura 3. Comparación de resultados reprobadas toxicológicas según motivo de ingreso a la urgencia, estudio 2001 y 2010	31

RESUMEN

Antecedentes

El consumo de sustancias en la población es un problema que ha sido estudiado desde hace varios años en el país y el mundo entero a través de diferentes métodos y encuestas. A partir de estos estudios se ha podido establecer asociaciones entre el consumo de sustancias y problemas sociales, legales y sanitarios. Dentro de estos, uno de los puntos centrales es la incidencia de eventos externos como accidentes y actos violentos. Esto es relevante en cuanto la principal causa de muerte en la población joven se debe precisamente a este tipo de eventos traumáticos, principalmente accidentes de tránsito. Estudiar el consumo y la presencia de sustancias psicoactivas en personas ingresadas a los servicios de urgencia es una oportunidad para obtener una medida que nos ayuda a cuantificar la presencia de drogas en esta población y nos entrega un elemento para la toma de decisiones en el futuro.

Objetivo

Estudiar la asociación entre traumatismos por accidentes, violencia, intentos de suicidio y algunas enfermedades, con el uso/abuso de alcohol y drogas ilícitas

Métodos

Estudio de corte transversal que incluyó a pacientes ingresados a un hospital público de urgencia de la ciudad de Santiago, Chile. Se incluyeron todos los pacientes ingresados durante tres semanas en turnos consecutivos realizados por enfermeras capacitadas de la misma institución (interrumpidos por una semana), durante los meses de agosto y septiembre. En el estudio se incluyeron pacientes ingresados por traumatismo (diferentes tipos de accidentes y actos violentos) y morbilidad general, procurando excluir a los pacientes con resfriado común. Se aplicó un cuestionario para conocer algunas características sociodemográficas básicas de los pacientes, además del motivo de ingreso, auto reporte de consumo y presunción médica del mismo. Además se aplicaron dos pruebas toxicológicas: la primera para detectar la presencia de alcohol a través del aliento, y la segunda la presencia de marihuana, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas y opiáceos en orina. Todos los pacientes ingresados al estudio firmaron un consentimiento informado.

Resultados

El total de pacientes incluidos en el estudio fueron 575, de los cuales 57,5% son hombres y 42,5% mujeres, con una mediana de edad de 35,9 años y un rango intercuartílico entre 27,4 y 47,8. Casi el 50% se encontraba trabajando a tiempo completo al momento de la encuesta, el 11,4% eran estudiantes y el 13% dueñas de casa. El motivo principal de ingreso a la urgencia fue morbilidad general, principalmente enfermedades de sistema digestivo. Las causas externas (accidente y violencia) fueron el 30% del total, de los cuales el 66,6% corresponde a accidentes y 33,3% a actos violencia.

En cuanto a los resultados de las pruebas toxicológicas, el 12% arrojó positivo para alcohol y el 20,9% para benzodiazepinas. La prevalencia del marihuana, cocaína, anfetaminas y opiáceos fue de 7,5%, 8,5%, 3,0% y 1,0%, respectivamente. La prevalencia de drogas ilícitas fue de 15,3% y el policonsumo (todas la sustancias incluyendo alcohol y benzodiazepinas) se registró en el 14,1% de los sujetos, donde el 11% consumió 2 drogas, el 2,3% consumió 3 y el 0,8% 4 o más drogas. Se observaron diferencias significativas por sexo en el consumo de benzodiazepinas (17,6% en hombres y 27,2% en mujeres, $p=0,014$), por tramo de edad para cocaína (mayor porcentaje en grupo entre 19 y 25 años [11,6%]), según situación de pareja para marihuana (sin pareja 11,9% vs. con pareja 4,7, $p=0,005$) y según motivo de ingreso para alcohol, cocaína (mayor prevalencia en personas ingresadas por violencia [alcohol 39,3% y cocaína 22,0%]) y benzodiazepinas (mayor prevalencia en ingresados por “otras causas” [23,4%]).

Al comparar los resultados con un estudio similar realizado el año 2001, se destaca el aumento en el porcentaje de resultados positivos para benzodiazepinas (de 10,6% a 20,9%), el aumento de resultados positivos en mujeres y el aumentos de resultados positivos en ingresados por violencia de algún tipo.

Conclusiones

El porcentaje de resultados positivos en las diferentes sustancias analizadas fue alto en comparación con las prevalencias auto reportadas en los estudios con población general. Las sustancias que arrojaron un mayor porcentaje de resultados positivos fueron las benzodiazepinas, alcohol y cocaína. Tanto alcohol como cocaína se asociaron significativamente con el motivo de ingreso a la urgencia, donde el mayor porcentaje de resultados positivos se presentó en los ingresados por violencia. En comparación con un estudio similar realizado el años 2001, se

observó un mayor porcentaje de resultados positivos para las benzodiazepinas y en los porcentajes de la mayoría de las sustancias estudiadas entre las mujeres.

Los resultados de esta investigación confirman la necesidad de generar nuevos estudios que permitan cuantificar el efecto atribuible al consumo de sustancias en relación a la incidencia de eventos traumáticos y morbilidad general, y que permitan monitorear la trayectoria de las prevalencias en esta población.

INTRODUCCION

El consumo de drogas es un problema que repercute fuertemente en el ámbito sanitario, social y policial. Por lo mismo, el estudio y la vigilancia del problema constituye un importante desafío para los distintos países de Latinoamérica y el mundo entero, dentro de lo cual se encuentra el estudio del consumo y sus consecuencia en distinto ámbitos de la realidad social, como por ejemplo el los servicios de urgencia.

Dentro de este ámbito, se han realizado estudios anteriores con el objetivo de evaluar la prevalencia y la asociación entre el consumo de droga y el ingreso a los servicios de urgencia. Así por ejemplo, el Observatorio Argentino de Drogas ha realizado estudios metodológicamente similares al presentado en este informe cada dos años desde el 2003 a la fecha. El estudio también se ha realizado en otros países como Barbados, Bahamas, Surinam, Colombia, El Salvador y Uruguay. En Chile se realizó este estudio el año 2001 en 6 servicios clínicos de Atención de Urgencia de Adultos, utilizando una metodología similar, lo cual permite comparar varios de los resultados obtenidos.

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

Conforme a lo anterior, el presente estudio se focalizó en pacientes que ingresan a los servicios de urgencia por diversos tipos de accidentes y de violencias. También se incluyeron pacientes ingresados por intentos de suicidio, sobredosis e intoxicación, agitación psicomotora y síndromes de abstinencia, además de otras patologías, tales como enfermedades, digestivas, hepáticas, cardiovasculares, respiratorias, dentales, infecciosas y neurológicas.

El presente informe contiene los principales resultados del Estudio sobre Drogas en Consultantes de Salas de Urgencia, patrocinado por la Oficina de la Naciones Unidas contra las Drogas el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y

ejecutado por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) de Chile, durante el segundo semestre del año 2010.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Objetivo General

Evaluar la asociación entre traumatismos por accidentes, violencias, intentos de suicidio y algunas enfermedades, con el uso/abuso de alcohol y drogas ilícitas.

Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de resultados positivos para alcohol y otras drogas en pacientes ingresados a un servicio de urgencia de la ciudad de Santiago, Chile
- Evaluar la asociación entre la presencia de las drogas analizadas y el motivo de ingreso a la urgencia y otras variables sociodemográficas estudiadas.
- Evaluar la concordancia entre el auto reporte y la impresión clínica con los resultados de las prueba toxicológicas para las distintas drogas estudiadas.

DISEÑO Y ASPECTOS METODOLOGICOS

Estudio de corte transversal analítico.

Universo y muestra

El universo correspondió a la totalidad de pacientes ingresados de 15 años o más, atendidos en el servicio de urgencia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública de la comuna de Santiago Centro, en la ciudad de Santiago, Chile.

El tamaño muestral estimado fue de 500 pacientes, estimación que consideró un valor positivo para alcohol en aliento de 14%, según los resultados del estudio en salas de urgencia realizado el año 2001 en Chile, que incluyó testeo de drogas en orina, y el estudio realizado en Argentina el año 2009 mediante encuestas. El cálculo del tamaño muestral consideró un error de 3% en la estimación y se asumiendo muestro aleatorio simple. La muestra consistió en la totalidad de pacientes ingresados durante el período de estudio que aceptaron participar y que cumplieran con los criterios de inclusión.

La etapa del levantamiento de información se realizó durante los meses de Agosto y Septiembre. La primera etapa fue durante 2 semanas corridas en dos turnos diarios de 12 horas, incluyendo fines de semana. Luego hubo una pausa de 10 días, luego de la cual se trabajó una semana más donde se completó la muestra definida en el diseño.

Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionó el Hospital de Urgencia Asistencia Pública por tener un flujo alto de pacientes diarios. El estudio contó con la aprobación de la dirección del hospital.

Se incluyeron todos los pacientes de 15 y más años que consultaron en el servicio de urgencia durante el período de tiempo especificado más arriba, con excepción de aquellos que ingresaron por resfrío común. Se excluyeron a los pacientes que no se encontraban mentalmente aptos para entender el consentimiento leído, que no accedieron a contestar el cuestionario o a realizarse la prueba toxicológica o que hayan tenido alguna incapacidad para otorgar una muestra de orina.

Variables

A cada participante en el estudio se le registrarán los siguientes datos (Anexo 1):

- Hora y fecha de ingreso
- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Fecha de nacimiento
- Comuna
- Estado ético y de conciencia al ingreso del paciente
- Motivo de ingreso
- Nivel de conciencia al ingreso
- Diagnóstico de ingreso definido por el médico tratante
- Tipo de previsión
- Situación ocupacional

- Ocupación
- Auto-reporte de consumo de medicamentos y/o infusiones de hierbas
- Consumo de alcohol, drogas ilícitas y drogas lícitas en las últimas seis horas y vía de administración.
- Presunción médica del consumo de alcohol, drogas ilícitas y drogas lícitas
- Resultado de prueba toxicológica de consumo de drogas y alcohol a través de de orina y aliento, respectivamente.

Instrumentos

Para evaluar presencia de marihuana, cocaína (o pasta base), anfetaminas, benzodiazepinas y opiáceos en el organismo se tomó una muestra de orina y para evaluar presencia de alcohol se realizó un test de aliento. Ambas pruebas se realizaron en la urgencia por las enfermeras que trabajaron en el estudio y arrojaron los resultados de forma instantánea (alrededor de 2 minutos después la toma de la muestra).

El test utilizado fue el AutoSplit™KO, que permite la determinación de la presencia las droga, pero que no entregan datos sobre los niveles o concentraciones de la droga en el organismo. Los resultados tienen una sensibilidad que varía según sustancia pero que está entre el 96% y 99% y una especificidad entre un 88% y un 95%. Estas son las especificaciones del fabricante y que están aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos (más información en www.globalpartners.cl). El test se basa en el principio inmuno químico específico de reacción entre anticuerpos y antígenos. Cuando el volumen de la droga es mayor o igual al corte la reacción será positiva.

El test de alcohol se realizó a través de una prueba de aliento con el instrumento BreathScan®.

Los puntos de corte para la reacción positiva del test y el tiempo de retención aproximados para las drogas en estudio se presentan en la tabla 1.

Tabla 1 Especificaciones técnicas de las pruebas toxicológicas utilizadas en el estudio

Droga	Compuesto	Punto de corte para la detección (ng/ml)	Tiempo de retención aproximado
Alcohol	Alcohol	0.2g/litro	Desde 0-4 horas hasta 12 o 24 horas
Cocaína	Benzoyllecgonina	300	Desde 1-4 horas hasta 2-4 días.
Marihuana	11-nor- 9-THC-9 COOH	50	Desde 6-18 horas hasta 30 días en usuarios frecuentes.
Anfetaminas	D-Anfetamina	1.000	Desde 2-7 horas hasta 2-4 días.
Benzodiazepinas	Oxazepam	300	Desde 2-7 horas hasta 4-6 semanas.
Opiáceos	Morfina	2.000	Desde 2 horas hasta 2-3 días

Recolección de los datos

La aplicación de la encuesta y la obtención de la muestra de orina y aliento, fueron efectuadas por enfermeras(os) universitarias(os) del hospital donde se realizó el estudio. Los profesionales participantes fueron entrenados en la aplicación de todos los instrumentos utilizados en el estudio.

Manejo de los datos y análisis

Los datos fueron ingresados a través de una máscara en el programa EpiData con los campos delimitados para minimizar errores.

Antes de iniciar el análisis, se verificaron los datos a través de un análisis exploratorio con el fin de determinar datos faltantes o inconsistencia en las respuestas. Se verificó la posible reacción cruzada entre el reporte previo hecho por el paciente y el resultado de las pruebas toxicológicas. Posteriormente se efectuó la limpieza de datos cuando correspondía.

Para estimar el policonsumo (sumatoria de los resultados toxicológicos), se codificaron como negativos (0) aquellos casos que tenían datos faltantes en algunas de la pruebas (orina o aliento), pero que si tenían algún resultado (negativo o positivo) en la otra. Esto se hizo para evitar la pérdida de casos, puesto que los paquetes estadísticos como Stata codifican como “dato faltante” el resultado de la sumatorio de variables con celdas vacías.

El análisis consistió en la tabulación de las variables principales del estudio, algunas de las cuales fueron categorizadas o agrupadas para hacerlas comparables con las categorías del estudio del año 2001. También se presentan tablas de contingencia, donde se evaluó la asociación entre los resultados de las sustancias analizadas y las diferentes variables incluidas en el estudio a través de la prueba exacta de Fisher. Por último, se estimó la sensibilidad, la especificidad, el valor

predictivo positivo, el valor predictivo negativo y la razón de verosimilitud positiva y negativa del auto-reporte de consumo y la presunción médica, utilizando con patrón de oro el resultado de la prueba toxicológica.

Aspectos éticos

A todas las personas que reunían los criterios de inclusión, se les entregó o se les leyó un consentimiento informado (Anexo 2), ingresando al estudio sólo aquellas personas que firmaron dicho consentimiento.

El resguardo de la confidencialidad de los datos y de las muestras biológicas se realizó a través de la codificación de cada participante y la no inclusión de información personal que pudiera servir como identificador de los participantes.

RESULTADOS

Descripción general de la muestra estudiada

Se contactaron en total a 698 personas ingresadas en los meses de agosto y septiembre de las cuales 2 tenían menos de 15 años, 50 no aceptaron ser entrevistadas y 71 no aceptaron realizarse el test de orina o la prueba de aliento. El total de pacientes analizados fueron 575, con diferente tasa de respuesta en los diferentes ítems preguntados. De los pacientes que no aceptaron participar, el 17% fue registrado con halito alcohólico, el 31,9% ingresó por algún accidente, el 19,3% por violencia de algún tipo.

En la tabla 2 se describe la distribución por sexo, edad, escolaridad, previsión de salud y situación de pareja de los sujetos ingresados al estudio. El 57,5% de los pacientes entrevistados fueron hombres y el 42,5% mujeres. La distribución por grupo de edad fue homogénea en las categorías intermedias (19-25, 26-34, 35-44 y 45-64), con una mediana de 35,9 años y un rango intercuartílico entre 27,4 y 47,8. El 8,9% reportó tener educación básica completa, el 39,2% secundaria completa y el 7,7% con educación superior completa. En cuanto a la previsión de salud, el 86,2% dijo ser usuario del Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que el 4,4% de ISAPRE. El 9,2% dijo no tener ningún tipo de previsión de salud, de los cuales el 58% está inactivo, desempleado o trabaja esporádicamente. En cuanto a la situación de pareja, el 41,8% reconoce no tener pareja, de los cuales el 21% se encontraba separado(a) o divorciado(a) y el 7% viudo(a) al momento de la encuesta.

Tabla 2. Características de la muestra analizada

	N	%
Sexo		
Hombre	314	57,5
Mujer	232	42,5
Total	546	100,0
Categoría de edad		
15-19	26	4,6
19-25	95	16,9
26-34	148	26,3
35-44	127	22,6
45-64	153	27,2
65 y más	14	2,5
Total	563	100,0
Escolaridad		
Sin escolaridad	6	1,1
1-7	55	9,6
8-12	379	66,4
>12	131	22,9
Total	571	100,0
Previsión		
Sin previsión	50	9,2
FONASA	469	86,2
ISAPRE	24	4,4
Otro tipo de previsión	1	0,2
Total	544	100,0
Situación de pareja		
Sin pareja	237	41,8
Con pareja	330	58,2
Total	567	100,0

En seguida se presenta en la tabla 3 la situación ocupacional y la actividad de las personas ingresadas al estudio. Casi el 50% se encontraba trabajando a tiempo completo al momento de la encuesta, el 11,4% eran estudiantes y el 13% dueñas(os) de casa. Del total de personas activas (excluyendo estudiantes, cesantes, dueñas(os) de casa y jubilados y pensionados) el mayor porcentaje eran operarios de maquinarias (25,5%), seguidos por empleados de oficinas (20,3%) y trabajadores no calificados (14,5%).

Tabla 3. Situación ocupacional y actividad laboral de la muestra analizada

	N	%
Situación Ocupacional		
Trabaja a tiempo completo	271	47,6
Trabaja a tiempo parcial	49	8,6
Trabaja esporádicamente	36	6,3
Está desempleado(a), pero busca	29	5,1
Es Estudiante	65	11,4
No trabaja, ni busca trabajo	25	4,4
Es dueña(o) de casa	74	13,0
Está jubilado o pensionado	20	3,5
Total	569	100,0
Actividad laboral		
Profesional	23	6,7
Técnico	28	8,1
Empleado oficina	70	20,3
Comerciantes	20	5,8
Artesano	33	9,6
Operario maquinas	88	25,5
Peones Aprendices	18	5,2
Personal subalterno de fuerzas armadas	12	3,5
Trabajador no calificado	50	14,5
Pensionados con pensiones asiste	3	0,9
Total	345	100,0

En la tabla 4 se presenta la comuna de residencia de los pacientes ingresados al estudio. El mayor porcentaje corresponde a personas residentes en la comuna de Santiago con un 24,9%, seguido por Maipú y Estación Central con un 21,4% y un 15,8%, respectivamente.

Tabla 4. Comuna de residencia de los sujetos ingresados al estudio

	N	%
Cerrillos	38	6,8
Cerro Navia	5	0,9
Colina	1	0,2
Conchalí	8	1,4
El Bosque	3	0,5
Estación Central	88	15,8
Huechuraba	8	1,4
Independencia	3	0,5
La Cisterna	5	0,9
La Florida	8	1,4
La Granja	3	0,5
La Pintana	15	2,6
Las Cabras	1	0,2
Lo Espejo	1	0,2
Lota	1	0,2
Maipú	122	21,4
Melipilla	1	0,2
Padre Hurtado	5	0,9
Pedro Aguirre Cerda	6	1,1
Peñaflor	3	0,7
Peñalolén	6	1,1
Providencia	13	2,3
Pudahuel	18	3,2
Puente alto	9	1,6
Quilicura	1	0,2
Quinta Normal	4	0,9
Rancagua	1	0,2
Recoleta	8	1,4
Renca	10	1,9
San Bernardo	5	0,9
San Joaquín	1	0,2
San Miguel	2	0,4
San Ramón	1	0,2
Santiago	141	24,9
Tocopilla	1	0,2
Vitacura	2	0,4
Viña del Mar	1	0,2
Ñuñoa	14	2,5
Total	570	100,0

En la tabla 5 se describe la distribución de las personas ingresadas al estudio en cuanto a la hora de ingreso, día de la semana, estado étlico, compromiso de conciencia y motivo de ingreso. La mayor proporción de personas entrevistadas ingresaron al hospital entre las 8 y 15 horas, el 21,2% ingresaron un sábado, el 15,9% fue registrado con hálito alcohólico y el 3% con algún

grado de compromiso de conciencia. El principal motivo de ingreso fue registrado en la categoría “otro motivo”, correspondiente a morbilidad general (enfermedades del sistema digestivo, circulatorio entre otros) con distinto nivel de gravedad. En relación a la causas externas (accidente y violencia), el 20% corresponde a accidentes de algún tipo y el 10% a violencia. No se registraron diferencias significativas en relación al motivo de ingreso o al estado ético según la hora de ingreso a la urgencia.

Tabla 5. Situación de ingreso a la Posta de Urgencia en la muestra estudiada

	N	%
Hora de ingreso a la urgencia		
8:00-14:59	165	41,4
15:00-20:59	115	28,8
21:00-7:59	119	29,8
Total	399	100,0
Día de la semana		
Lunes	90	15,7
Martes	80	13,9
Miércoles	88	15,3
Jueves	43	7,5
Viernes	89	15,5
Sábado	122	21,2
Domingo	63	11,0
Total	575	100,0
Halito alcohólico al ingreso		
Sin halito alcohólico	482	84,1
Con halito alcohólico	91	15,9
Total	573	100,0
Compromiso de conciencia o lucidez		
Lúcido	556	97,0
Obnubilado	17	3,0
Total	573	100,0
Motivo del ingreso al servicio de urgencia		
Desconocido	2	0,4
Accidente de tránsito	27	4,7
Accidente del trabajo	8	1,4
Accidente casero	45	7,9
Otro tipo de accidente	36	6,3
Violencia intrafamiliar	4	0,7
Violencia callejera	49	8,6
Violencia escolar o Bullying	1	0,2
Otro tipo de violencia	3	0,5
Intento de suicidio	6	1,1
Sobredosis/Intoxicación	23	4,0
Síndrome de abstinencia	4	0,7
Agitación psicomotora	4	0,7
Otro motivo médico	361	63,0
Total	573	100,0

Una vez ingresados a urgencia, se realizó un diagnóstico presuntivo por parte del equipo de salud que atendió al paciente (tabla 6), el cual fue codificado según la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El principal diagnóstico fue el de traumatismos y politraumatismos (30%), seguidos por enfermedades del sistema digestivo

(25,9%), enfermedades del sistema circulatorio (8,8%) y por enfermedades del sistema respiratorio (7,1%)

Tabla 6. Diagnóstico presuntivo del lo pacientes ingresados al estudio

Diagnóstico Presuntivo - CIE 10	N	%
Infecciones	2	0,4
Enfermedades de la sangre y el tejido hematopoyético	3	0,5
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	0,5
Trastornos mentales y del comportamiento	13	2,3
Enfermedades del sistema nervioso	29	5,1
Enfermedades del ojo y anejos oculares	1	0,2
Enfermedades del oído y procesos mastoideos	2	0,4
Enfermedades del sistema circulatorio	50	8,8
Enfermedades del sistema respiratorio	40	7,1
Gripes	1	0,2
Enfermedades del sistema digestivo	147	25,9
Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras	13	2,3
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	10	1,8
Enfermedades del sistema urinario	33	5,8
Enfermedades del sistema reproductivo/genital	7	1,2
Traumatismos-politraumatismos-heridas	170	30,0
Sistema obstétrico: parto, aborto, mastitis	1	0,2
Envenenamientos, intoxicaciones por sustancias psicoactivas	17	3,0
Controles médicos	4	0,7
Problemas quirúrgicos	1	0,2
Consultas no especificadas	20	3,5
Total	567	100,0

Otro de los ítems evaluados fue el auto reporte de consumo de sustancias y la presunción médica de consumo de drogas (tabla 7). La categoría contenidas en el auto reporte y en la presunción médica de drogas legales incluye alcohol, tabaco, inhalantes y psicofármacos, mientras que las drogas ilegales incluye marihuana, poppers, heroína, morfina u opio, cocaína, pasta base, crack, anfetaminas, MDMA, alucinógenos y ketamina. Los porcentajes que declara haber consumido alguna droga son similares a los reportados en la presunción médica, particularmente en relación al alcohol y a las drogas ilegales.

Tabla 7. Consumo declarado y presunción médica de consumo de alcohol y otras drogas

	Consumo declarado de drogas en la últimas 6 horas		Presunción médica de consumo de drogas	
	N	%	N	%
Alcohol				
No	473	82,98	395	81,28
Si	97	17,02	91	18,72
Total	570	100,0	486	100,0
Total Legales^a				
No	365	63,48	443	77,04
Si	210	36,52	132	22,96
Total	575	100,0	575	100,0
Total Ilegales^b				
No	545	94,78	546	94,96
Si	30	5,22	29	5,04
Total	575	100,0	575	100,0
Cualquier droga				
No	360	62,61	438	76,17
Si	215	37,39	137	23,83
Total	575	100,0	575	100,0

^aDrogas legales incluye alcohol, tabaco, inhalantes y psicofármacos

^bDrogas ilegales incluye marihuana, poppers, heroína, morfina u opio, cocaína, pasta base, crack, anfetaminas, MDMA, alucinógenos y ketamina

Descripción general de los resultados toxicológicos según las variables incluidas en el estudio

En relación al consumo de sustancias, los resultados se presentan para alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas y opiáceos. Se realizaron 535 test de alcohol, 513 test de las otras drogas y 572 en total. Del total de personas con test de alcohol, 58 no tiene test de orina, mientras que del total de personas con test de orina 36 no tiene test de alcohol.

En la tabla 8 se presenta la prevalencia de las distintas sustancias definidas en el diseño. La prevalencia de alcohol fue del 12% y de benzodiazepinas de 20,9%. La prevalencia del marihuana, cocaína, anfetaminas y opiáceos fue de 7,5%, 8,5%, 3,0% y 1,0%, respectivamente. El porcentaje de resultados positivo a drogas ilegales fue de 14,5% y el poli consumo (incluye alcohol y benzodiazepinas) se registró en el 10,0% de los sujetos, donde el 8,6% salió positivo 2 drogas, el 0,9% a 3 y el 0,5% a 4 o más drogas.

Tabla 8. Resultado de prueba toxicológica de drogas en la muestra estudiada

	N	%
Alcohol		
Negativo	471	88,0
Positivo	64	12,0
Total	535	100,0
Benzodiazepinas		
Negativo	405	79,1
Positivo	107	20,9
Total	512	100,0
Marihuana		
Negativo	471	92,5
Positivo	38	7,5
Total	509	100,0
Cocaína		
Negativo	466	91,6
Positivo	43	8,5
Total	509	100,0
Anfetaminas		
Negativo	494	97,1
Positivo	15	3,0
Total	509	100,0
Opiáceos		
Negativo	508	99,0
Positivo	5	1,0
Total	513	100,0
Drogas ilegales ^a		
No	435	85,5
Si	74	14,5
Total	509	100,0
Poli consumo total drogas		
0	370	64,7
1	145	25,4
2	49	8,6
3	5	0,9
4 o más	3	0,5
Total	572	100,0

^a Droga ilegales incluyen marihuana, cocaína y anfetaminas

También se analizaron los resultados de las pruebas toxicológicas según sexo, edad y situación de pareja. En la tabla 9 se presentan los resultados por sexo en relación a las distintas sustancias estudiadas. Tanto para alcohol, benzodiazepinas y anfetaminas la prevalencia fue mayor en las mujeres, diferencia que fue estadísticamente significativa para benzodiazepinas. Si bien el resto de las sustancia (marihuana, cocaína y opiáceos) fue mayor en los hombres, no se registraron

diferencia significativas por sexo, aunque hay una tendencia marcada a un mayor consumo de marihuana en los hombres y una mayor consumo de anfetaminas en las mujeres.

Tabla 9. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según sexo

	Hombres	Mujeres	p*
Alcohol N (%)	32 (11,0)	29 (13,4)	0,412
Marihuana N (%)	25 (9,1)	12 (5,8)	0,227
Cocaína N (%)	25 (9,1)	18 (8,7)	1,000
Anfetaminas N (%)	5 (1,8)	10 (4,9)	0,067
Benzodiazepinas N (%)	49 (17,6)	56 (27,2)	0,014
Opiáceos N (%)	3 (1,1)	2 (1,0)	1,000
Total drogas N (%)	104 (33,3)	94 (40,9)	0,044

*Prueba Exacta de Fisher

Cuando se analizaron los resultados por tramo de edad, la única sustancia que se asoció de forma significativa fue la cocaína, cuya prevalencia fue mayor en la población de 19 a 25 años y entre los adultos entre 35 y 44 años (tabla 10). Esta tendencia es similar en relación a la marihuana, no obstante las prevalencias de alcohol observadas fueron mayores en los tramos de menor edad.

Tabla 10. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según tramo de edad

	15-18	19-25	26-34	35-44	45-64	≥65	p*
Alcohol N (%)	5 (20,0)	15 (16,1)	11 (8,4)	17 (14,7)	14 (9,6)	0 (0,0)	0,146
Marihuana N (%)	1 (4,6)	8 (9,3)	15 (11,6)	8 (7,2)	5 (3,6)	0 (0,0)	0,175
Cocaína N (%)	2 (9,1)	10 (11,6)	12 (9,3)	12 (10,8)	3 (2,2)	1 (7,7)	0,032
Anfetaminas N (%)	0 (0,0)	2 (2,3)	4 (3,1)	3 (2,7)	6 (4,4)	0 (0,0)	0,961
Benzodiazepinas N (%)	4 (18,2)	17 (19,5)	27 (20,8)	23 (20,5)	29 (21,0)	5 (38,5)	0,765
Opiáceos N (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,3)	0 (0,0)	2 (1,5)	0 (0,0)	0,472
Total drogas N (%)	7 (26,9)	34 (36,2)	52 (35,4)	46 (36,5)	51 (33,3)	7 (50,0)	0,781

*Prueba Exacta de Fisher

En la tabla 11 se presentan los resultados de las pruebas toxicológicas según situación de pareja. Aquí se observa una asociación significativa entre esta variable y el consumo de marihuana, donde las personas sin pareja presentan una mayor prevalencia (11,9%). Con las demás sustancias no existen diferencia significativa aunque si se puede observar una tendencia hacia un mayor consumo las personas sin pareja, salvo para benzodiazepinas y opiáceos.

Tabla 11. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según situación de pareja

	Sin pareja	Con pareja	p*
Alcohol N (%)	31 (13,4)	31 (10,5)	0,341
Marihuana N (%)	24 (11,9)	14 (4,7)	0,005
Cocaína N (%)	21 (10,4)	21 (7,1)	0,193
Anfetaminas N (%)	9 (4,5)	6 (2,0)	0,180
Benzodiazepinas N (%)	40 (19,7)	66 (22,0)	0,578
Opiáceos N (%)	1 (0,5)	4 (1,3)	0,653
Total drogas N (%)	86 (36,8)	113 (34,4)	0,309

*Prueba Exacta de Fisher

En la tabla 12 se analiza el resultado de las pruebas toxicológicas según nivel de educación. No se observan asociaciones significativas para ninguna de las sustancias estudiadas, ni tampoco se observan tendencias claras en relación al resultado de los test de drogas.

Tabla 12. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según nivel de educación

	Sin escolaridad	1-7	8-12	>12	p*
Alcohol N (%)	1 (16,7)	6 (11,1)	44 (12,7)	11 (8,8)	0,545
Marihuana N (%)	0 (0,0)	2 (3,9)	24 (7,4)	12 (9,8)	0,625
Cocaína N (%)	1 (20,0)	2 (3,9)	31 (9,5)	8 (6,5)	0,269
Anfetaminas N (%)	0 (0,0)	4 (7,8)	10 (3,1)	1 (0,8)	0,103
Benzodiazepinas N (%)	0 (0,0)	11 (21,6)	70 (21,1)	26 (21,0)	0,886
Opiáceos N (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,9)	2 (1,6)	0,788
Total drogas N (%)	2 (33,3)	19 (34,6)	137 (36,4)	42 (32,3)	0,886

*Prueba Exacta de Fisher

Al analizar el consumo de sustancias por motivo de ingreso (tabla 13) se puede ver una asociación significativa con alcohol, cocaína y benzodiazepinas. La prevalencia de las dos

primeras drogas fue alta entre los ingresados por violencia, llegando a 39,3% de resultados positivos para alcohol y un 22,0% para cocaína.

Tabla 13. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según motivo de ingreso al hospital

	Accidentes	Violencia	Otro motivo	p*
Alcohol N (%)	12 (10,6)	22 (39,3)	30 (8,3)	<0,001
Marihuana N (%)	7 (7,7)	7 (14,0)	24 (6,6)	0,161
Cocaína N (%)	6 (6,6)	11 (22,0)	26 (7,1)	0,005
Anfetaminas N (%)	1 (1,1)	3 (6,0)	11 (3,0)	0,219
Benzodiazepinas N (%)	11 (12,0)	10 (20,0)	86 (23,4)	0,049
Opiáceos N (%)	2 (2,2)	1 (2,0)	2 (0,5)	0,170
Total drogas N (%)	30 (25,9)	33 (58,9)	140 (35,3)	<0,001

*Prueba Exacta de Fisher

Al analizar los resultados de las pruebas toxicológicas por situación ocupacional (tabla 14), se observa una asociación estadísticamente significativa con anfetaminas, donde los pacientes que se encuentran desempleados son los que presentan una mayor prevalencia con un 11,1%. En relación al consumo de marihuana y benzodiazepinas, se observa una tendencia (sin significación estadística) similar al de las anfetaminas, es decir, la mayor prevalencia se presenta en las personas que se declaran desempleadas (18,5% y 33,3%, respectivamente).

Tabla 14. Resultado positivo de pruebas toxicológicas según situación ocupacional

	Inactivo	Trabaja	Desempleado	p*
Alcohol N (%)	16 (9,4)	43 (13,0)	2 (7,1)	0,454
Marihuana N (%)	9 (5,6)	23 (7,3)	5 (18,5)	0,069
Cocaína N (%)	12 (7,5)	29 (9,2)	2 (7,4)	0,889
Anfetaminas N (%)	2 (1,2)	10 (3,2)	3 (11,1)	0,032
Benzodiazepinas N (%)	36 (22,7)	60 (18,9)	9 (33,3)	0,159
Opiáceos N (%)	2 (1,2)	3 (1,0)	0 (0,0)	1,000
Total drogas N (%)	61 (33,3)	123 (34,8)	14 (48,3)	0,295

*Prueba Exacta de Fisher

Posteriormente se analizaron los resultados según tipo de ocupación, no obstante no se registraron diferencias significativas para ninguna de las sustancias estudiadas (resultados no mostrados).

Auto reporte, impresión clínica y prueba toxicológica de alcohol, marihuana y cocaína

Uno de los puntos importantes dentro del estudio era evaluar la concordancia entre las medidas auto reportadas y la presunción médica en relación al consumo de diferentes sustancias, principalmente alcohol, marihuana y cocaína. Para esto se evaluó la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos y la razón de verosimilitud utilizando como patrón de oro los resultados de las pruebas toxicológicas. En la tabla 15 se presentan los valores de cada uno de las medidas mencionadas anteriormente para alcohol, marihuana y cocaína total (incluye pasta base). En el caso del alcohol, la impresión al ingreso del paciente, el auto reporte y la presunción médica tuvieron buena sensibilidad y especificidad. El valor predictivo positivo (VPP), sin embargo, revela que existe un alto porcentaje de pacientes etiquetados con consumo de alcohol, pero con resultados negativos en la prueba de aliento. En el caso el auto reporte de consumo, llama la atención el VPP observado (63,2%), aunque tiene sentido en tanto el test pudiera no detectar niveles bajos de consumo.

La razón de verosimilitud positiva (LR+) indica cuantas veces más probable es que un resultado positivo provenga de una persona con alcohol positivo (en el test de aliento), en relación a una

persona con alcohol negativo. Por ejemplo, en el caso de la impresión clínica al ingreso al hospital, el LR+ indica que es 11,7 veces más probable diagnosticar con hálito alcohólico a una persona con test positivo de alcohol, que diagnosticar con hálito a una persona con un resultado negativo.

Tabla 15. Validación de la impresión al ingreso, auto reporte de consumo y presunción médica

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Correctos clasificados (%)	VPP (%)	VPN (%)	LR+	LR-
Alcohol							
Hálito alcohólico al ingreso	87,30	92,54	91,92	61,1	98,2	11,70	0,14
Auto reporte últimas 6h	93,75	92,49	92,64	63,2	99,1	12,48	0,07
Presunción médica	96,00	89,88	90,55	53,9	99,5	9,48	0,04
Cocaína total (incluye pasta base)							
Auto reporte últimas 6h	23,26	99,35	92,87	76,9	93,3	35,81	0,77
Presunción médica	20,00	98,70	93,03	54,5	94,1	15,44	0,81
Marihuana							
Auto reporte últimas 6h	18,42	99,15	93,10	63,6	44,4	21,60	0,82
Presunción médica	26,67	97,42	92,34	93,8	94,5	10,35	0,75

VPP: Valor Predictivo Positivo

VPN: Valor Predictivo Negativo

LR+: Razón de verosimilitud positiva (Positive Likelihood Ratio)

LR-: Razón de verosimilitud negativa (Negative Likelihood Ratio)

En el caso de la cocaína y la marihuana, la sensibilidad del auto reporte y la presunción médica fueron muy bajas indicando que los cuestionarios y la impresión clínica no son buenos instrumentos para el diagnóstico del consumo de estas sustancias, al menos en este contexto.

Para el caso de las demás drogas estudiadas, no se presentan resultados ya que las preguntas del cuestionario se hacen en función de categorías de drogas y no por sustancia específica. De todas maneras se evaluaron estos resultados agrupando categorías, no obstante la tendencia fue similar a la observada para marihuana y cocaína e incluso con peores resultados.

Comparación de resultados año 2001 y 2010

En el año 2001 se realizó un estudio de similares características en el Chile, ejecutado por el CIGES (Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud basada en evidencia) de la Universidad de la Frontera. En este estudio se incluyeron 4317 pacientes mayores de 15 años de 6 hospitales públicos, en cuatro regiones del país (Región Metropolitana, Región de Valparaíso, Región del Bío-Bío y Región de Antofagasta).

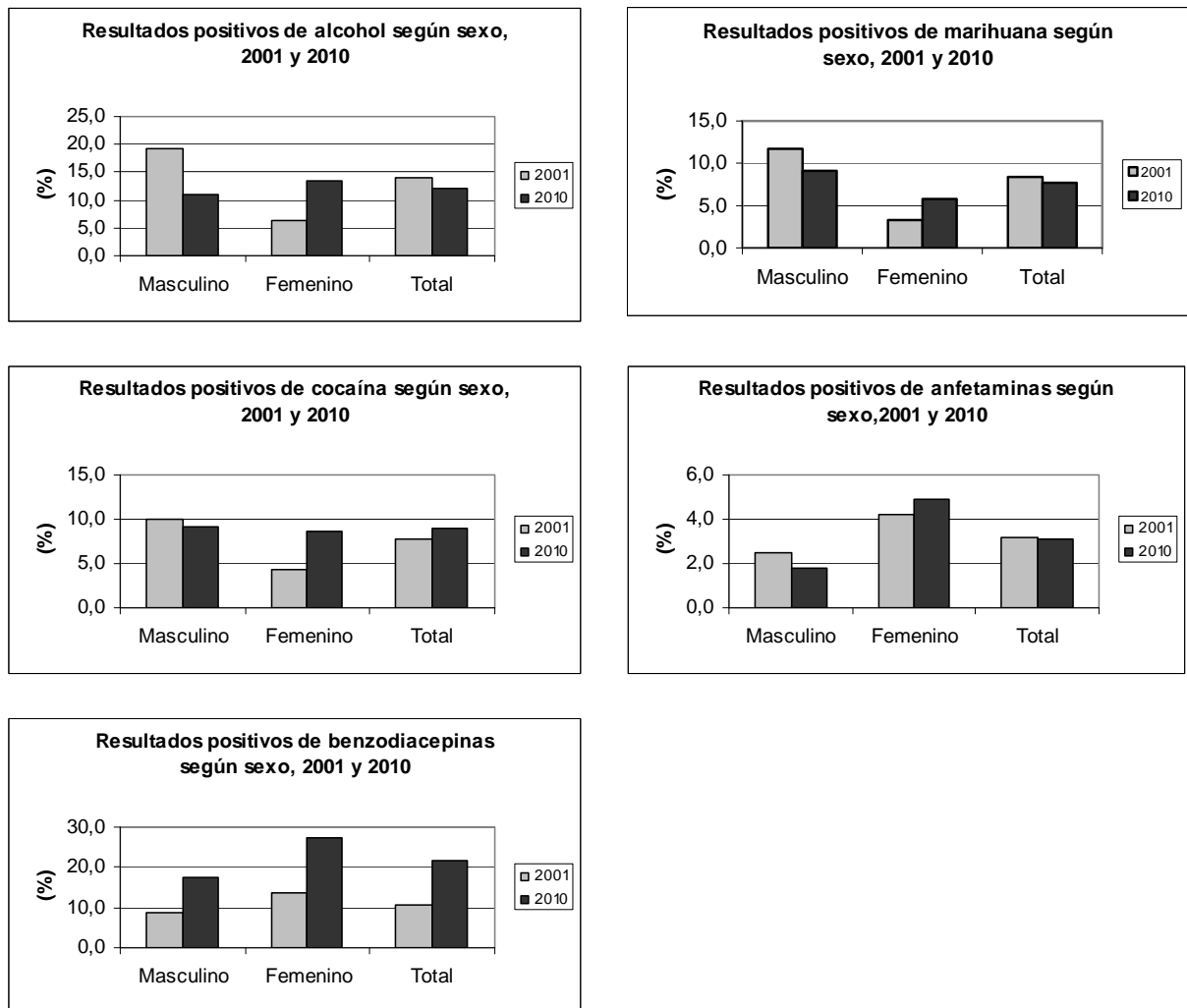
Se reportaron resultados de test de orina para 5 drogas, analizadas en un fotómetro clínico bireactivo, además del uso de un cuestionario similar al utilizados en el presente estudio. Las drogas incluidas fueron alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas y benzodiazepinas.

Las comparaciones que se presentan a continuación sirven como referencia, no obstante deben ser interpretadas con cautela en cuanto los estudios tienen diferencias metodológicas, especialmente en la forma de analizar las muestras biológicas.

Comparación según sexo

Uno de los aspectos más relevantes en comparación con el estudio realizado el año 2001, tiene que ver con el aumento del porcentaje de resultados positivos de alcohol, marihuana, cocaína y benzodiazepinas en mujeres. Los cambios en los porcentajes observados en este estudio tienden a equilibrar los resultados entre hombres y mujeres tanto para alcohol, marihuana y cocaína. A diferencia de lo que se observó en el estudio del 2001, donde el resultados de la pruebas toxicológicas para estas tres drogas fue significativamente mayor en los hombres, en este estudio no se observaron diferencias por sexo. En el caso de las anfetaminas y las benzodiazepinas, el consumo fue mayor en las mujeres en ambos estudios, no obstante, esta diferencia se acentuó, revelando una diferencia de género en el consumo de estas drogas en esta población. En hombres se observa una disminución de los resultados positivos en todas las drogas, salvo para las benzodiazepinas, donde el aumento total fue de prácticamente el doble en relación al estudios del 2001. Si bien este aumento fue mayor en las mujeres, en términos relativos fue homogéneo en ambos géneros.

Figura 1. Comparación de resultados reprobadas toxicológicas según sexo, estudio 2001 y 2010



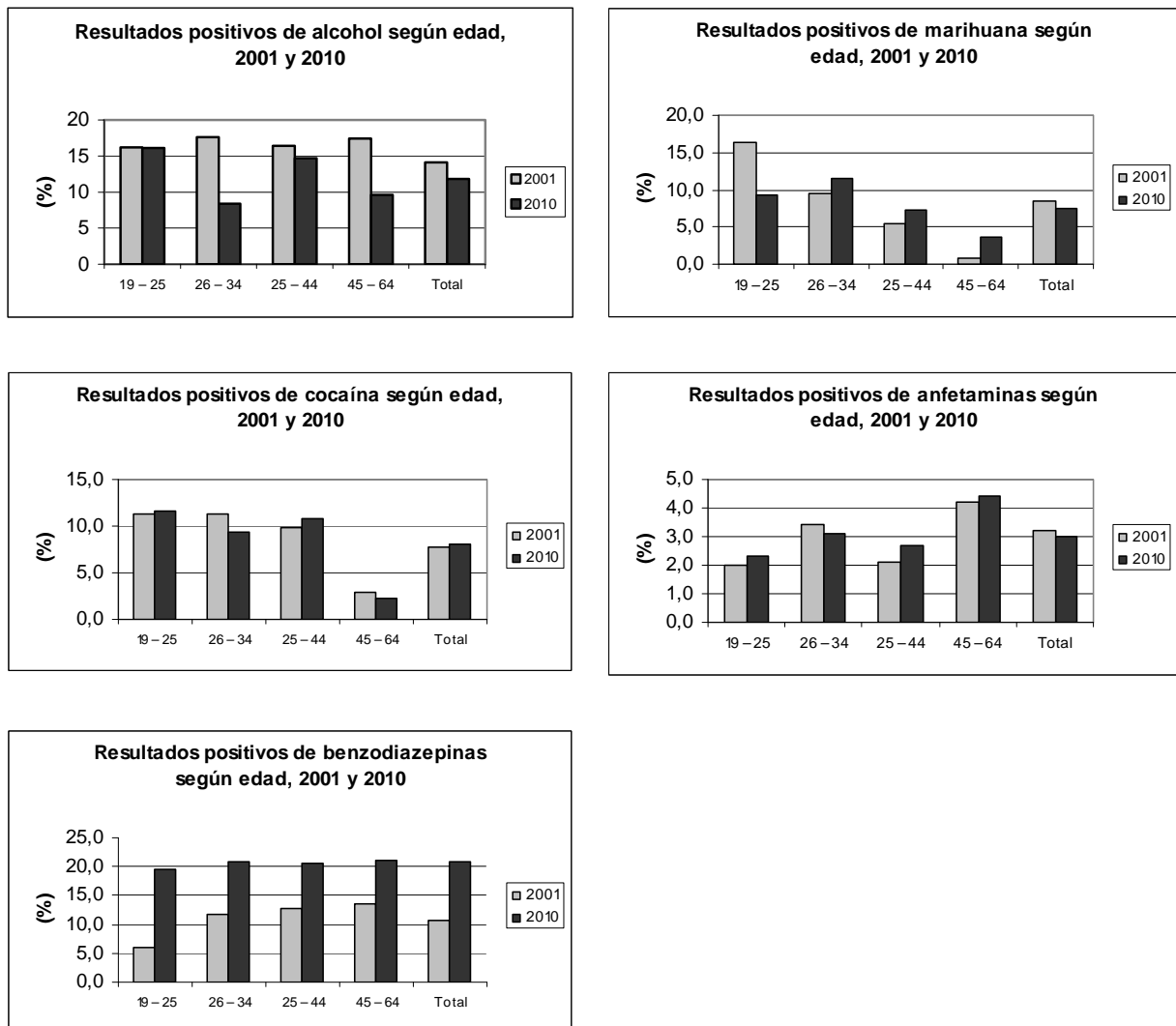
Comparación por edad

Al comparar los resultados de las pruebas toxicológicas por tramo de edad no observamos variaciones con una tendencia clara. Por ejemplo, vemos que en el tramo de 26 a 34 y de 45 a 64 hubo una disminución en el porcentaje de resultados positivos de alcohol. En el caso de la marihuana se observa una disminución en el tramo de 19 a 25, no obstante en el resto de los tramos de edad hay un aumento. En el caso de la cocaína, la tendencia es similar a la observada en el año 2001 en todos los tramos de edad, igual que en los resultados para anfetaminas. En el caso de las benzodiazepinas se observa un aumento en todos los tramos de edad, lo cual es

consistente con el aumento global de los resultados. Sin embargo, el mayor cambio se registró en el tramo de 19 a 25, donde el aumento fue prácticamente el triple en relación al año 2001.

Es importante mencionar que en esta comparación no se incluyeron los tramos extremos de edad (15-18 y ≥ 65 años) ya que el número de observaciones era muy pequeño y las prevalencias no constituían un buen parámetro de comparación.

Figura 2. Comparación de resultados reprobados toxicológicos según grupo etáreo, estudio 2001 y 2010



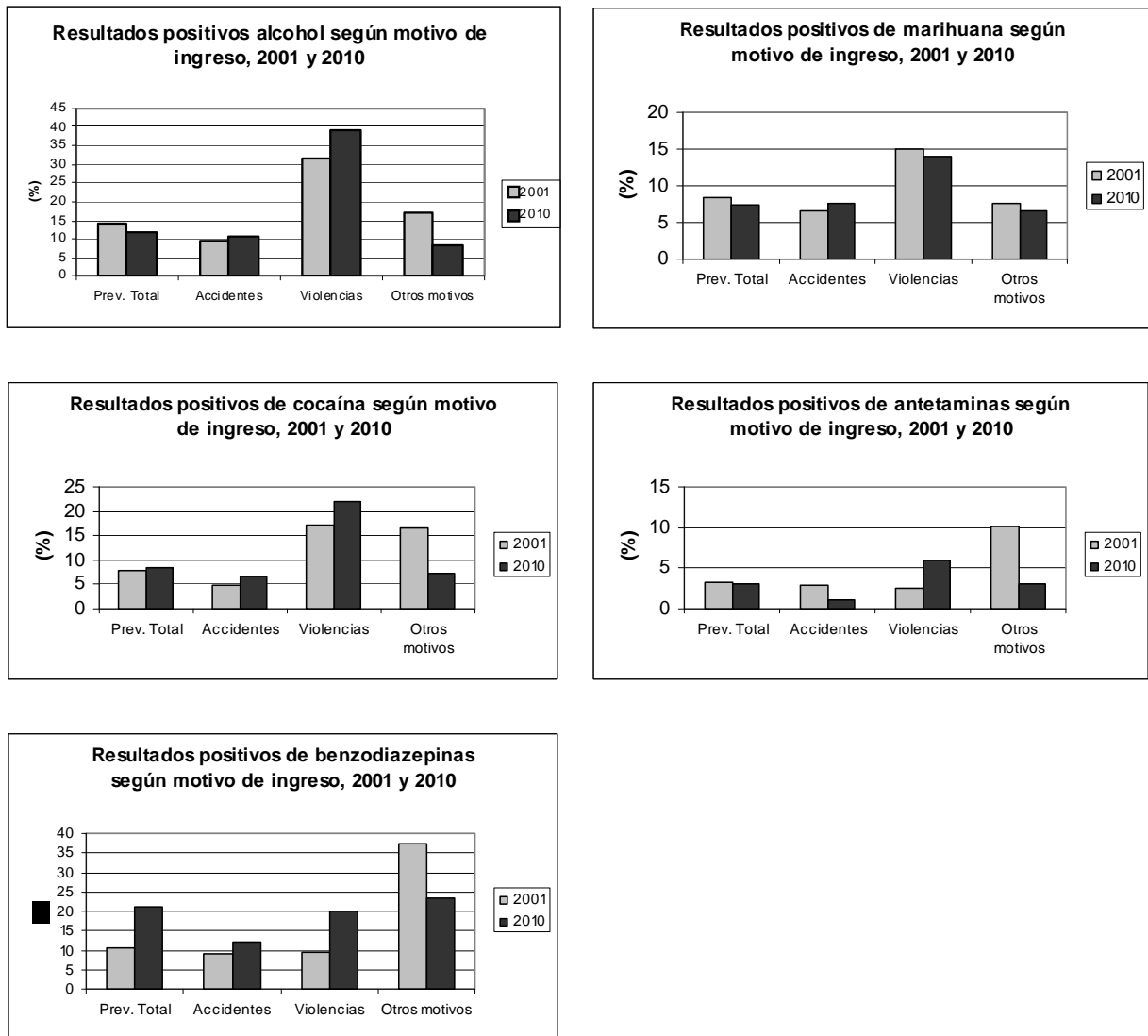
Comparación por motivo de ingreso

En cuanto al motivo de ingreso, el porcentaje de resultados positivos para alcohol y cocaína se acentuó entre los ingresados por violencia.

Por otro lado, el porcentaje de resultados positivos para alcohol, cocaína y anfetaminas registró una importante disminución en la categoría “otros motivos” en relación al año 2001. Esto, sin embargo, puede explicarse por el hecho que en el año 2001 los criterios de inclusión no fueron los mismos que en el presente estudio, donde además de los traumas, intoxicaciones, intentos de suicidios y crisis de agitación psicomotora incluidos en el año 2001, se incluyeron otras causas como enfermedades del sistema digestivo o enfermedades del sistema circulatorio. Pese a esto, las categorías que definen a los accidentes y a los actos violentos fueron las mismas.

En el caso de las anfetaminas y la benzodiazepinas se observa un cambio, principalmente en relación a la violencia como causa de ingreso, donde el porcentaje de resultados positivos aumentó a más del doble.

Figura 3. Comparación de resultados reprobados toxicológicos según motivo de ingreso a la urgencia, estudio 2001 y 2010



DISCUSIÓN

El presente estudio forma parte del protocolo desarrollado por la ONUDD-CICAD cuyo objetivo es estudiar la prevalencia del consumo de diferentes drogas en pacientes ingresados a postas de urgencia en siete países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Uruguay, Ecuador, Perú, Colombia y Chile. En cada uno de estos estudios se analizaron los resultados de pruebas toxicológicas para evaluar la presencia de alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas y opiáceos.

En el caso de Chile, el centro hospitalario seleccionado fue el Hospital de Urgencias Asistencia Pública, en la ciudad de Santiago, Chile ya que es uno de los principales centro de urgencia del país. El estudio incluyó a todos los pacientes ingresados en un lapso aproximado de un mes entre los meses de agosto y septiembre el año 2010. En total se incluyeron 575 pacientes con distintas tasas de respuesta en los diferentes ítems preguntados y según prueba toxicológica.

La distribución de las características de la muestra fue similar a las características observadas en una versión anterior de este estudio realizada el año 2001 (1). En este sentido, la comparabilidad con los resultados del estudio anterior nos permiten conocer la dirección del cambio en el consumo de sustancias en los ingresados a las postas de urgencia. No obstante, es importante tener en cuenta que el análisis toxicológico de ese estudio no se realizó con la misma técnica utilizada por nosotros, por lo que las prevalencias podrían estar influidas por esta causa.

Un aspecto relevante observado en este estudio, y que confirma los resultados de otros estudios es el alto porcentaje de resultados positivos de alcohol y cocaína en población ingresada por violencia. Estudios anteriores han encontrado una asociación significativa entre el consumo de esta sustancias y actos violentos y comisión de delitos. Valenzuela y Larroulet (2010) calcularon la fracción atribuible a estas drogas en diferentes tipos de delitos y encontraron que dentro de las personas que cometen delitos con consumo de alcohol, la fracción atribuible a esa sustancia está entre 81,2% y 88,8% en adultos, mientras que la fracción atribuible para cocaína (sea clorhidrato de cocaína o pasta base) es del 70,6% entre los que cometen delitos habiendo consumo cocaína (2).

Otro aspecto importante fue la asociación observada entre el resultado positivo de marihuana y la situación de pareja. Esto concuerda con lo observado en otros estudios que han identificado como factor protector estar casado o con una pareja estable (3, 4, 5). Este resultado también se observó en los casos de alcohol, cocaína y anfetaminas, no obstante la asociación no fue estadísticamente significativa.

Dentro de los principales hallazgos de este estudio se encuentra el elevado porcentaje de resultados positivos para benzodiazepinas, resultado que fue casi el doble de lo observado en el estudio del año 2001 y muy superior al 3,8% en población general entre 15 y 64 años observado en un estudio publicado el 2005 (6) o a la prevalencia mes de 0,8% (sólo incluye a los que declaran un consumo sin receta médica) encontrada en el estudio de población general de

CONACE del años 2008 (7). Existen varios factores que explican el alto porcentaje registrado entre los ingresados a postas de urgencia. Uno de estos factores es el gran aumento de trastornos psiquiátricos en la población chilena, como los trastornos ansiosos, cuyo manejo farmacológico usualmente es con benzodiazepinas. Pese a que existe una vasta evidencia que asocia el consumo de benzodiazepinas con los accidentes (8, 9, 10) en nuestro estudio los mayores porcentajes de resultados positivos para esta droga fue observada dentro de los pacientes ingresados por “otros motivos”, es decir, básicamente motivos médicos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta para la realidad chilena es que las drogas derivadas del opio como la morfina o la heroína son de bajo consumo, lo cual se vio reflejado en las prevalencias observadas. Pero además, es posible que parte de los resultados positivos para esta sustancia se deban al uso de fármacos con opiáceos en su composición (jarabes para la tos por ejemplo) y no a drogas como la heroína y la morfina. En este sentido, y a diferencia de lo que ocurre en otros países, las consecuencias asociadas a este tipo de drogas como la transmisión de enfermedades a través de jeringas o sobredosis, es algo poco frecuente en nuestra sociedad y, por tanto, algo no habitual en las atenciones de urgencia del país.

En relación a la concordancia del auto reporte y la presunción médica, existe una buena sensibilidad u especificidad para alcohol. No obstante, para las demás sustancias no se observaron buenos resultados, lo que indicaría que el auto reporte o la presunción médica no son buenos instrumentos para el diagnóstico del consumo en este contexto. Ahora bien, en la caso del auto reporte, la pregunta realizada en este estudio remite específicamente a las últimas 6 horas, lo cual podría no estar midiendo lo mismo que mide la prueba de orina, que detecta hasta 4 días para cocaína y 30 días para marihuana, en los consumidores habituales de estas drogas.

Limitaciones

Si bien el estudio tiene por objetivo evaluar el porcentaje de pacientes ingresados a postas de urgencia con consumo de drogas, el trabajo contempla únicamente un corte en el tiempo y pudiera no estar reflejando esta situación en otros momentos del año o en períodos específicos en que el consumo pudiera ser mayor como fiestas patrias o año nuevo. Otro aspecto a tener en cuenta es que el estudio se realizó en un solo hospital con características particulares, en el cual pudieran estar sub-representados o sobre-representados algunos motivos de ingreso, algunas características de la población atendida o patrones de consumo específicos. En este sentido, los

resultados deben ser interpretados en relación a la muestra estudiada y no como lo que ocurre en las posta de urgencia de Santiago ni mucho menos de Chile.

Otro aspecto importante es que el tamaño muestral es relativamente pequeño, especialmente cuando desagregamos los porcentajes de los resultados positivos por las demás variables estudiadas. Esto es particularmente problemático cuando estudiamos los resultados de drogas como las anfetaminas y los opiáceos, cuyas prevalencia son bajas. Esto significa que en algunos casos no se pudiera relazar una desagregación mayor de los datos y que, por lo tanto, no se pudieran realizar comparaciones con el estudio del año 2001.

Por último, las comparaciones realizadas con el estudio del año 2010 son una referencia a tener en cuenta, no obstante, deben ser interpretadas con cautela, ya que ambos estudios tienen diferencias importantes, entre ellas el tamaño muestral y la forma de analizar las muestras biológicas.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio ratifican que la presencia de sustancias entre personas ingresadas a posta de urgencia es alta en comparación con las prevalencia observadas en población general. Las sustancias que arrojaron un mayor porcentaje de resultados positivos fueron las benzodiazepinas, alcohol y cocaína.

Tanto alcohol como cocaína se asociaron significativamente con el motivo de ingreso a la posta de urgencia, siendo el ingreso por motivos ligados a actos violentos los con el mayor porcentaje de resultados positivos.

Las benzodiazepinas aumentaron a prácticamente el doble en relación al estudio del año 2001, aumento que fue especialmente marcado en los grupos jóvenes entre 19 y 24 años de edad.

Los resultados observados en este estudio confirman la necesidad de generar nuevos estudios que permitan cuantificar el efecto atribuible al consumo de sustancias en las diversas causas de ingreso a las urgencias y la necesidad de generar programas específicamente dirigidos a disminuir el riesgo asociado el consumo de drogas.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Vallejos C, Illanes E, Lorca P, Muller H, Bustos, L. Estudio de consumo de drogas en consultantes de los servicios de urgencia. Agosto 2001.
- ² Valenzuela E, Larroulet P. La relación droga y delito: una estimación de la fracción atribuible. *Estudios Públicos* 2010;119: 33-62.
- ³ Heinz AJ, Wu J, Witkiewitz K, Epstein DH, Preston KL. Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroin use. *Addict Behav.* 2009 Mar;34(3):258-63;
- ⁴ Merline AC, ⁴O'Malley PM, Schulenberg JE, Bachman JG, Johnston LD. Substance use among adults 35 years of age: Prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *American Journal of Public Health* 2004;94:96–102.
- ⁵. Duncan GJ, Wilkerson B, England P. Cleaning up their act: the effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. *Demography.* 2006 Nov;43(4):691-710
- ⁶ Fritsch Montero R, Rojas Castillo G, Gaete Olivares J, Araya Baltra R, González Rubio I. Benzodiazepine use in Santiago, Chile. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005 Sep-Oct;33(5):286-91.
- ⁷ Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Santiago, 2008
- ⁸ Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, MacDonald TM. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use *Lancet* 1998; 352: 1331–36.
- ⁹ Smink BE, Egberts AC, Lusthof KJ, Uges DR, de Gier JJ. The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. *CNS Drugs.* 2010 Aug 1;24(8):639-53.
- ¹⁰ Thomas RE. Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association. *Can Fam Physician.* 1998 Apr;44:799-808

ANEXO 1

ESTUDIO DE PACIENTES EN SALAS DE URGENCIA

Los datos del presente cuestionario son de carácter estrictamente confidencial y sólo serán usados para generar estadísticas generales.

Complete cada uno de los datos requeridos en el cuestionario. Lea todas las alternativas. Incluya solo a pacientes entre 16 y 65 años, sin compromiso de conciencia y que ingresen por algunas de las causas contempladas en el proyecto (violencia, intento de suicidio o accidentes).

Código enfermera(o): N° _____

INFORMACIÓN DE LA FICHA CLÍNICA Y/O DEL MÉDICO TRATANTE

<p>1. País</p> <p>CHILE</p>	<p>2. Ciudad</p> <p>SANTIAGO</p>																																																						
<p>5. Número del cuestionario</p> <p>_____</p>	<p>4. Hora y fecha de ingreso a la urgencia</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="794 880 970 981">4.1. Hora</td> <td colspan="2" data-bbox="978 880 1185 981">Hora (De 00 a 23:59Hrs.)</td> <td data-bbox="1193 880 1337 981">Minutos</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="794 992 970 1059">4.2. Fecha</td> <td data-bbox="978 992 1034 1059">Día</td> <td data-bbox="1042 992 1185 1059">Mes</td> <td data-bbox="1193 992 1337 1059">Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	4.1. Hora	Hora (De 00 a 23:59Hrs.)		Minutos					4.2. Fecha	Día	Mes	Año																																										
4.1. Hora	Hora (De 00 a 23:59Hrs.)		Minutos																																																				
4.2. Fecha	Día	Mes	Año																																																				
<p>3. Código Hospital</p> <p>HOSPITAL DE URGENCIAS ASISTENCIA PUBLICA</p>	<p>6. Tipo de hospital</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="794 1126 970 1182"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td data-bbox="978 1126 1169 1182">1. Público</td> <td data-bbox="1177 1126 1225 1182"></td> <td data-bbox="1233 1126 1281 1182">2. Semi-público</td> <td data-bbox="1289 1126 1337 1182"></td> <td data-bbox="1345 1126 1393 1182">Otro</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Público		2. Semi-público		Otro																																																
<input checked="" type="checkbox"/>	1. Público		2. Semi-público		Otro																																																		
<p>7. ESTADO EN QUE LLEGÓ EL PACIENTE</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Consciente con hálito alcohólico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Consciente, sin hálito alcohólico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Inconsciente con hálito alcohólico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Inconsciente, sin hálito alcohólico</td></tr> </table> <p>9. COMPROMISO DE CONCIENCIA O LUCIDEZ</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>1. Lúcido</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Obnubilado (Desorientado en tiempo o espacio. Responde preguntas simples)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. sopor superficial (parece dormido, pero responde a estímulos y vuelve a dormir)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. sopor profundo (parece dormido, responde sólo a estímulos dolorosos y vuelve a dormir)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Coma (no hay reacción a estímulos)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Consciente con hálito alcohólico	<input type="checkbox"/>	2. Consciente, sin hálito alcohólico	<input type="checkbox"/>	3. Inconsciente con hálito alcohólico	<input type="checkbox"/>	4. Inconsciente, sin hálito alcohólico		SI	NO	1. Lúcido			2. Obnubilado (Desorientado en tiempo o espacio. Responde preguntas simples)			3. sopor superficial (parece dormido, pero responde a estímulos y vuelve a dormir)			4. sopor profundo (parece dormido, responde sólo a estímulos dolorosos y vuelve a dormir)			5. Coma (no hay reacción a estímulos)			<p>8. MOTIVO DEL INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIA</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>0. Desconocido</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Accidente de tránsito</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Accidente del trabajo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Accidente casero</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Otro tipo de accidente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Violencia intrafamiliar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Violencia callejera</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Violencia escolar o "Bullying"</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Otro tipo de violencia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Intento de suicidio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10. Sobredosis/Intoxicación</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11. Síndrome de abstinencia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12. Agitación psicomotora</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13. Otro motivo médico</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	0. Desconocido	<input type="checkbox"/>	1. Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/>	2. Accidente del trabajo	<input type="checkbox"/>	3. Accidente casero	<input type="checkbox"/>	4. Otro tipo de accidente	<input type="checkbox"/>	5. Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/>	6. Violencia callejera	<input type="checkbox"/>	7. Violencia escolar o "Bullying"	<input type="checkbox"/>	8. Otro tipo de violencia	<input type="checkbox"/>	9. Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	10. Sobredosis/Intoxicación	<input type="checkbox"/>	11. Síndrome de abstinencia	<input type="checkbox"/>	12. Agitación psicomotora	<input type="checkbox"/>	13. Otro motivo médico
<input type="checkbox"/>	1. Consciente con hálito alcohólico																																																						
<input type="checkbox"/>	2. Consciente, sin hálito alcohólico																																																						
<input type="checkbox"/>	3. Inconsciente con hálito alcohólico																																																						
<input type="checkbox"/>	4. Inconsciente, sin hálito alcohólico																																																						
	SI	NO																																																					
1. Lúcido																																																							
2. Obnubilado (Desorientado en tiempo o espacio. Responde preguntas simples)																																																							
3. sopor superficial (parece dormido, pero responde a estímulos y vuelve a dormir)																																																							
4. sopor profundo (parece dormido, responde sólo a estímulos dolorosos y vuelve a dormir)																																																							
5. Coma (no hay reacción a estímulos)																																																							
<input type="checkbox"/>	0. Desconocido																																																						
<input type="checkbox"/>	1. Accidente de tránsito																																																						
<input type="checkbox"/>	2. Accidente del trabajo																																																						
<input type="checkbox"/>	3. Accidente casero																																																						
<input type="checkbox"/>	4. Otro tipo de accidente																																																						
<input type="checkbox"/>	5. Violencia intrafamiliar																																																						
<input type="checkbox"/>	6. Violencia callejera																																																						
<input type="checkbox"/>	7. Violencia escolar o "Bullying"																																																						
<input type="checkbox"/>	8. Otro tipo de violencia																																																						
<input type="checkbox"/>	9. Intento de suicidio																																																						
<input type="checkbox"/>	10. Sobredosis/Intoxicación																																																						
<input type="checkbox"/>	11. Síndrome de abstinencia																																																						
<input type="checkbox"/>	12. Agitación psicomotora																																																						
<input type="checkbox"/>	13. Otro motivo médico																																																						

10. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO – CIE 10 (marcar sólo una, la que corresponda)			
ENFERMEDADES	SI	ENFERMEDADES	SI
1. Infecciones (intestinales, tuberculosis, virales, bacterianas, sífilis, HIV, hepatitis, 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.).	
2. Enfermedades de la sangre y el tejido Hematopoyético (anemias nutricionales, hemolíticas, aplásicas, hemorragias, etc.).		12. Enfermedades de la piel mucosas, cabello, uñas y otras faneras.	
3. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (glándulas tiroideas, glándulas endocrinas, diabetes, malnutrición, obesidad, regulación, glucosa, 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.).	
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.).		14. Enfermedades del sistema urinario.	
		15. Enfermedades del sistema reproductivo/genital.	
5. Enfermedades del sistema nervioso (inflamatorias del SNC, atrofas sistémicas, patología extrapiramidal y del movimiento, otras degenerativas del SNC, desmielinizantes del SNC, epilepsia, PC, etc.)		16. Traumatismos-politraumatismos-heridas.	
6. Enfermedades del ojo y anejos oculares.		17. Sistema Obstétrico: Parto, Aborto, Mastitis.	
7. Enfermedades del oído y procesos mastoideos.		18. Envenenamientos, intoxicaciones por Sustancias psicoactivas.	
8. Enfermedades del sistema circulatorio. (fiebre reumática aguda, hipertensión, isquemias, enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriales, arteriolas y capilares, venas, vasos y nódulos linfáticos, etc.).		19. Controles médicos.	
9. Enfermedades del sistema respiratorio (excluye gripe) (infecciones respiratorias agudas de las vías superiores e inferiores, neumonía, Enf. crónicas de las vías inferiores, etc.).		20. Problemas quirúrgicos.	
10. Gripes.		21. Consultas no especificadas.	

INFORMACIÓN PROPORCIONADA SÓLO POR EL PACIENTE

11. CONSENTIMIENTO INFORMADO		12. CANTÓN/COMUNA/DISTRITO DE RESIDENCIA
	1. El paciente SI acepta responder el cuestionario y realizar testeo.	
	2. El paciente SI acepta responder, pero sólo el cuestionario.	
	3. El paciente NO acepta responder cuestionario ni entregar muestra.	

13. FECHA DE NACIMIENTO			14. SEXO	
Día	Mes	Año		1. Hombre
				2. Mujer

15. NIVEL EDUCATIVO*		16. SITUACIÓN DE PAREJA	
	1. Sin instrucción		1. Soltero(a) vive sin pareja
	2. Menos de 3 años de estudios Ed. Primaria		2. Soltero (a) vive con pareja
	3. De 3 a 5 años de estudios Ed. Primaria		3. Casado, Convive, con pareja
	4. Con 6 años de estudios Ed. Primaria		4. Separado(a), divorciado(a), vive sin pareja
	5. Con 7 años de estudios Ed. Primaria		5. Separado(a), divorciado(a), vive con pareja
	6. Con 8 años de estudios Ed. Primaria		6. Viudo(a), vive sin pareja
	7. De 1 a 2 años de estudios Secundarios		7. Viudo(a), vive con pareja
	8. Con 3 años de estudios Secundarios		0. No sabe/No Responde
	9. Con 4 años de estudios Secundarios		
	10. Con 5 años de estudios Secundarios		
	11. Con 6 años de estudios Secundarios		
	12. Con estudios de Ed. Superior/Universitaria		
	13. Con Título Ed. Superior/Universitaria		
	0. No sabe/No Responde		

**Deben ser años de estudios aprobados*

<p>17. SITUACIÓN OCUPACIONAL</p> <table border="1"> <tr><td>1. Trabaja a tiempo completo</td></tr> <tr><td>2. Trabaja a tiempo parcial</td></tr> <tr><td>3. Trabaja esporádicamente</td></tr> <tr><td>*4. Está desempleado(a), pero busca trabajo</td></tr> <tr><td>*5. Es Estudiante</td></tr> <tr><td>*6. No trabaja, ni busca trabajo</td></tr> <tr><td>*7. Es Ama de casa</td></tr> <tr><td>*8. Está jubilado o pensionado</td></tr> <tr><td>*9. Es Rentista</td></tr> <tr><td>*0. No sabe/No responde</td></tr> </table> <p><i>* Pase a la pregunta #19</i></p>	1. Trabaja a tiempo completo	2. Trabaja a tiempo parcial	3. Trabaja esporádicamente	*4. Está desempleado(a), pero busca trabajo	*5. Es Estudiante	*6. No trabaja, ni busca trabajo	*7. Es Ama de casa	*8. Está jubilado o pensionado	*9. Es Rentista	*0. No sabe/No responde	<p>18. OCUPACIÓN</p> <table border="1"> <tr><td>1. Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresa. Oficiales del alto mando de las Fuerzas Armadas/ Propietarios de industria o comercio con 26 empleados o más /Agricultores propietarios de más de 100 hectáreas.</td></tr> <tr><td>2. Profesionales, científicos, Profesores universitarios, Oficiales de rangos intermedios de las Fuerzas Armadas, Propietarios de industria y comercio con 6 a 25 empleados/ /Agricultores propietarios de más de 50 y hasta 100 hectáreas.</td></tr> <tr><td>3. Técnicos / Profesores /Propietarios de industria o comercio con 2 a 5 empleados /personal de mandos intermedios, administrativos o de servicios /agricultores propietarios entre 25 y 50 hectáreas.</td></tr> <tr><td>4. Empleados de oficina en industria, comercio, servicios, organismos públicos o similares.</td></tr> <tr><td>5. Pequeños comerciantes y agricultores con menos de 25 hectáreas.</td></tr> <tr><td>6. Artesanos (zapateros, gáster/plomeros, peluqueros, etc.)</td></tr> <tr><td>7. Obreros/ Operarios especializados en industrias, servicios o tareas agrícolas.</td></tr> <tr><td>8. Peones /Aprendices /Personal de maestranza.</td></tr> <tr><td>9. Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, y de seguridad.</td></tr> <tr><td>10. Servicio doméstico / Vendedores ambulantes.</td></tr> <tr><td>11. Pensionados con pensiones asistenciales mínimas de invalidez, tercera edad o similares.</td></tr> <tr><td>0. No sabe/No responde</td></tr> </table>	1. Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresa. Oficiales del alto mando de las Fuerzas Armadas/ Propietarios de industria o comercio con 26 empleados o más /Agricultores propietarios de más de 100 hectáreas.	2. Profesionales, científicos, Profesores universitarios, Oficiales de rangos intermedios de las Fuerzas Armadas, Propietarios de industria y comercio con 6 a 25 empleados/ /Agricultores propietarios de más de 50 y hasta 100 hectáreas.	3. Técnicos / Profesores /Propietarios de industria o comercio con 2 a 5 empleados /personal de mandos intermedios, administrativos o de servicios /agricultores propietarios entre 25 y 50 hectáreas.	4. Empleados de oficina en industria, comercio, servicios, organismos públicos o similares.	5. Pequeños comerciantes y agricultores con menos de 25 hectáreas.	6. Artesanos (zapateros, gáster/plomeros, peluqueros, etc.)	7. Obreros/ Operarios especializados en industrias, servicios o tareas agrícolas.	8. Peones /Aprendices /Personal de maestranza.	9. Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, y de seguridad.	10. Servicio doméstico / Vendedores ambulantes.	11. Pensionados con pensiones asistenciales mínimas de invalidez, tercera edad o similares.	0. No sabe/No responde
1. Trabaja a tiempo completo																							
2. Trabaja a tiempo parcial																							
3. Trabaja esporádicamente																							
*4. Está desempleado(a), pero busca trabajo																							
*5. Es Estudiante																							
*6. No trabaja, ni busca trabajo																							
*7. Es Ama de casa																							
*8. Está jubilado o pensionado																							
*9. Es Rentista																							
*0. No sabe/No responde																							
1. Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresa. Oficiales del alto mando de las Fuerzas Armadas/ Propietarios de industria o comercio con 26 empleados o más /Agricultores propietarios de más de 100 hectáreas.																							
2. Profesionales, científicos, Profesores universitarios, Oficiales de rangos intermedios de las Fuerzas Armadas, Propietarios de industria y comercio con 6 a 25 empleados/ /Agricultores propietarios de más de 50 y hasta 100 hectáreas.																							
3. Técnicos / Profesores /Propietarios de industria o comercio con 2 a 5 empleados /personal de mandos intermedios, administrativos o de servicios /agricultores propietarios entre 25 y 50 hectáreas.																							
4. Empleados de oficina en industria, comercio, servicios, organismos públicos o similares.																							
5. Pequeños comerciantes y agricultores con menos de 25 hectáreas.																							
6. Artesanos (zapateros, gáster/plomeros, peluqueros, etc.)																							
7. Obreros/ Operarios especializados en industrias, servicios o tareas agrícolas.																							
8. Peones /Aprendices /Personal de maestranza.																							
9. Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, y de seguridad.																							
10. Servicio doméstico / Vendedores ambulantes.																							
11. Pensionados con pensiones asistenciales mínimas de invalidez, tercera edad o similares.																							
0. No sabe/No responde																							
<p>19. TIPO DE PREVISIÓN</p> <table border="1"> <tr><td>1. Sin Previsión</td></tr> <tr><td>2. Seguro Público</td></tr> <tr><td>3. Seguro Privado</td></tr> <tr><td>4. Otro tipo de previsión</td></tr> <tr><td>0. No sabe/No responde</td></tr> </table>	1. Sin Previsión	2. Seguro Público	3. Seguro Privado	4. Otro tipo de previsión	0. No sabe/No responde	<p>20. ¿Toma algún medicamento actualmente, ya sea para adelgazar, la gastritis, para dormir para la tos o cualquier otro? ESPECIFIQUE NOMBRE DE MEDICAMENTOS</p> <table border="1"> <tr><td>1.</td><td>2.</td></tr> <tr><td>3.</td><td>4.</td></tr> <tr><td>5.</td><td>6.</td></tr> </table>	1.	2.	3.	4.	5.	6.											
1. Sin Previsión																							
2. Seguro Público																							
3. Seguro Privado																							
4. Otro tipo de previsión																							
0. No sabe/No responde																							
1.	2.																						
3.	4.																						
5.	6.																						
<p>21. ¿Consume habitualmente o ha consumido en las últimas 6 horas infusiones o té de hierbas? ESPECIFIQUE DE CUAL TIPO</p> <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																							

22. CONSUMO DE DROGAS EN LAS ÚLTIMAS 6 HORAS (Contesta sólo el paciente)				23. VÍA DE ADMINISTRACIÓN (Anotar todas)						24. PRESUNCIÓN DEL MÉDICO TRATANTE* (Anotar todas)		
(Anotar todas)	1.SI	2.NO	0.No sabe/ No responde	1.Fuma	2.Oral (bebe, toma)	3.Inhala, Esnifía	4.Inyecta	5.Otra	0.No sabe/ No responde	1.SI	2.NO	0.No sabe/ No responde
1. Alcohol												
2. Tabaco												
3. Marihuana												
4. Inhalables, tales como tolueno, gasolina, parafina, pinturas, pegamentos, etc.												
5. Poppers o reventadores (nitritos), tales como Rush, Jolt, Locker Room, Leather Man, etc.												
6. Heroína												
7. Opio o morfina												
8. Cocaína												
9. Pasta base/Paco/Basuco												
10. Crack												
11. Anfetaminas y Metanfetaminas (Hielo, Pepas, Cristal, Pastis, Meta, Tiza, Speed).												
13. MDMA (Éxtasis, Adam, X-TC)												
14. Alucinógenos, como LSD, peyote, psilocibina y PCP												
15. Ketamina												
**16. Hipnóticos (Rohypnol, Luminal, etc.)												
**17. Ansiolíticos, Sedantes y Tranquilizantes (Alplax, Rivotril, Lexotanil, Valium, etc.)												
**18. Antidepresivos (Foxetin, Prozac, Zoloft, etc)												
**19. Anticolinérgicos												
**20. Estimulantes (Akatinol, Neuroactil, Ritalina, etc.)												
21. Otro especificar.....												

*PRESUNCIÓN DEL MÉDICO TRATANTE: Indicar si el médico tratante presume (SI) o no presume (NO) consumo de una o más drogas por parte del paciente y si considera que dicho consumo está relacionado con el motivo de consulta que lo llevó al Centro/Servicio de Urgencias.

**Solamente cuando no sean recetados o no se apliquen a uso terapéutico.

25. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE TEST TOXICOLÓGICOS (PARA DETECCIÓN DE ALCOHOL EN ALIENTO Y DROGAS EN ORINA)

<i>(Anotar todas)</i>	Inválido = 0 Positivo = 1 Negativo = 2	<u>OBSERVACIONES</u>
1. Alcohol		
2. Marihuana (THC)		
3. Cocaína (COC)		
4. Anfetaminas (AMP)		
5. Benzodicepinas (BZO)		
6. Opiáceos (OPI/MOP)		

Agradezca y cierre

ANEXO 2

ESTUDIO DE PACIENTES EN SALAS DE URGENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA

Estamos realizando un estudio de salud pública en servicios de urgencia de siete países. Los resultados serán utilizados para evaluar las políticas públicas de salud.

Su participación consiste en suministrar información solicitada por personal de salud de este hospital en relación a su edad, ocupación, escolaridad y consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Su participación será anónima (no se registrará su nombre ni su documento de identidad) y la información que nos entregue estará absolutamente confidencial y no podrán ser relacionadas a su identidad en ninguna circunstancia.

Los resultados de la presente investigación serán incluidos en publicaciones científicas, sin mencionarse los nombres ni las identidades de los participantes ni el de sus familiares.

Su participación en este estudio es enteramente voluntaria y no interferirá con la calidad de la atención que recibirá en este u otro centro asistencial. La información que usted nos entrega son de propiedad exclusiva de quienes realizan el estudio y no podrán ser conocidos por este Establecimiento de Salud ni por ninguna instancia médica o legal.

Su participación no implica ningún riesgo para su salud. De igual modo el estudio no contempla ninguna compensación monetaria por su participación.

Cualquier pregunta o duda que le surja, podrá llamar al teléfono 5100839

Declaro haber sido informado del estudio, haber entendido sus objetivos y aclarado mis dudas, por lo cual doy mi consentimiento de participación en la encuesta:

Nombre.....

Firma.....

Fecha:.....

**ESTUDIO DE PACIENTES EN SALAS DE URGENCIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA TOXICOLÓGICA**

De igual modo, y manteniendo los mismos resguardos de anonimato y confidencialidad de la información garantizados en el cuestionario anterior, solicitamos su autorización para realizar una prueba de alcohol en aliento y la toma de una muestra de orina para la determinación de la presencia algunas drogas.

Cualquier pregunta o duda que le surja, podrá llamar al teléfono 5100839

Declaro haber sido informado del estudio, haber entendido sus objetivos y aclarado mis dudas, por lo cual doy mi consentimiento de participación en la toma de una muestra de aliento y orina:

Firma.....

Fecha:.....