

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias, por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas. Bogotá D.C, julio 2010-junio 2011

Clinical and demographic profile of patients nursed in urgency services due to acute intoxication with psychoactive substances in Bogotá

Karla Mabel Cárdenas L • María Erley Orjuela R • Jairo Alfonso Téllez-Mosquera

Recibido: 1/07/2012 / Aceptado: 31/11/2012

| Resumen |

Antecedentes. El uso de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública en el mundo, afectan al individuo y a la sociedad. Se estima que contribuyen a la rápida propagación de enfermedades infecciosas, como VIH y hepatitis; es por ello que la sociedad debe abordar su uso indebido

Objetivo. Determinar el perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias, por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas en Bogotá, 2010-2011.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, derivado de la revisión de 1073 registros del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública relacionados con los casos de intoxicaciones por sustancias psicoactivas, atendidos en los servicios de urgencias de Bogotá, 2010-2011. Se revisaron historias clínicas correspondientes, para establecer el perfil clínico de los pacientes. Se calcularon las frecuencias simples y estratificadas con intervalos de confianza de 95% (IC95%) de las variables sociodemográficas, tipo de sustancia psicoactiva y manifestación clínica.

K. M. Cárdenas L.
Área de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud.

M. E. Orjuela R.
Departamento Salud de Colectivos, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C Colombia

J. A. Téllez-Mosquera.
Departamento de Toxicología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C, Colombia

Correspondencia: kmcardenasl@unal.edu.co

Resultados. El mayor número de consultas (73%) se presentaron en hombres, con edades comprendidas entre 25 a 34 años, predominando las intoxicaciones con fines delictivos (58%). Las benzodiazepinas son las sustancias implicadas en el 83% de los casos. Las manifestaciones clínicas, correspondieron en su mayoría 80% a manifestaciones neurológicas.

Conclusión. El tipo de exposición con intencionalidad delictiva, predominante en los resultados de este trabajo, es un fenómeno no documentado en la literatura científica revisada. Las benzodiazepinas, como sustancia implicada en los casos de intoxicación son consecuentes con el tipo de exposición evidenciado en los resultados aportados por este estudio, similares a los obtenidos por Uribe y cols (2005), y lo documentado en otros estudios.

Palabras clave: trastornos relacionados con sustancias, urgencias médicas, intoxicación alcohólica, Colombia (DeCS).

.....
Cárdenas KM, Orjuela ME, Téllez JA. Perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas en Bogotá. Rev. Fac. Med. 2012; 60:265-273.

Summary

Background. Psychoactive substance use is public health problem around the world, affecting individuals and society in general. It has been estimated that it contributes towards the rapid propagation of infectious diseases such as HIV and hepatitis. Society thus cannot afford to ignore such threat and must address such abuse.

Objective. Determining the clinical and demographic profile of patients suffering acute psychoactive substance poisoning who were attended by emergency services in Bogotá, 2010-2011.

Materials and methods. This was a descriptive, retrospective study which emerged from reviewing 1,073 records kept by the Colombian Public Health Surveillance System (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública) related to cases of people suffering from psychoactive substance poisoning who had been attended by emergency services in Bogotá, 2010-2011. The corresponding clinical histories were reviewed to establish the patients' clinical profile. Simple and stratified frequency were calculated, using 95% confidence intervals (95%CI), for sociodemographic variables, type of psychoactive substance and clinical manifestation.

Results. Males aged 25-34 years old consulted most (73%), intoxication for criminal purposes predominating (58%) having been drugged to reduce resistance to assault. Benzodiazepines were implicated in 83% of the cases; 80% of clinical manifestations were neurological.

Conclusion. Exposure with criminal intent predominated in this work's results; it would seem to be a phenomenon which has not been documented in the scientific literature reviewed here. Benzodiazepine exposure (the substance implicated in poisoning cases) was similar to that obtained by Uribe et al., (2005) and that found in other substance-related disorder studies.

Key words: substance-related disorders, emergencies, alcoholic intoxication, Colombia (MeSH).

Cárdenas KM, Orjuela ME, Téllez JA. Clinical and demographic profile of patients nursed in urgency services due to acute intoxication with psychoactive substances in Bogotá. *Rev. Fac. Med.* 2012; 60:265-273.

Antecedentes

El uso de sustancias psicoactivas (SPA) es un problema de salud pública en el mundo. Las SPA afectan al individuo y a la sociedad. Se estima que contribuyen a la rápida propagación de enfermedades infecciosas, como VIH y hepatitis; es por ello que la sociedad debe abordar su uso indebido (1-2)

En el mundo se evidencia una tendencia hacia el descenso en el consumo de opiáceos y cocaína, sin embargo hay un aumento en el uso de drogas sintéticas y medicamentos de venta con receta médica (2-5). En un estudio realizado en Bogotá D.C, se compararon las prevalencias obtenidas de diferentes investigaciones sobre consumo de SPA, del cual se concluye que la problemática de SPA es similar a la observada en el país. No obstante, en población escolar se evidencia que el consumo de inhalantes ocupa el segundo lugar entre las sustancias de mayor consumo.

Se reconoce que una de las dificultades más importantes en la investigación sobre el consumo de SPA es saber la verdadera dimensión del problema (6). La información que se obtiene sobre el consumo de SPA se basa en encuestas dirigidas a hogares y escuelas pero excluyen los subgrupos de población expuestos al más alto riesgo de consumir drogas como los presidiarios, los habitantes de la calle, los jóvenes que no asisten a la escuela, los pacientes VIH positivos, la población en centros de rehabilitación (7); si bien muestran una tendencia general acerca de esta problemática, pueden subestimar su real magnitud en especial con sustancias que son consumidas en forma clandestina e individualizada como heroína y otras drogas inyectables, así como el bazuco y los inhalables. Por lo anterior se hace necesario obtener la mayor información sobre consumo de SPA de diversas fuentes, no solo para establecer tendencias generales, sino para comprender el consumo problemático y las dificultades que este le trae a la sociedad.

El abuso y la dependencia de SPA es una causa frecuente de consulta oculta en los servicios de urgencias, donde los pacientes no acuden por problemas adictivos sino por complicaciones derivadas del consumo y conductas asociadas, particularmente por trauma, generalmente secundario a alteración de la coordinación motora, por reflejos alterados o conducta violenta, así como por alucinaciones y descompensaciones psiquiátricas (8). El análisis del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), ha facilitado la obtención de información para dimensionar y abordar esta problemática (9), dado que las intoxicaciones por sustancias químicas, donde las SPA se encuentran incluidas, deben ser notificadas en este sistema.

En diversos estudios realizados en Colombia y en el contexto internacional, el alcohol también ha sido identificado como factor de riesgo para trauma secundario a accidentalidad. En una investigación en USA realizada por D'Onofrio et y cols., en el año 2000 documentaron la presentación de 601.776 visitas al departamento de emergencias relacionadas con drogas de abuso, muchas se trataban de alcohol en combinación con otras drogas (204.524), seguidas por cocaína (174.896), heroína y otros opiáceos (97.287) y marihuana (96.446). En este estudio se demostró que la mortalidad es inusual, pero los casos presentados se deben a sobredosis y poli-consumo, con gran frecuencia una droga y alcohol (10). En el 2009, en los Estados Unidos, se presentaron casi 4.6 millones de visitas a las salas de emergencias por intoxicaciones agudas, el 45% de estas visitas estaban relacionadas con el abuso de drogas, donde el 27,1% correspondió con el uso no médico de fármacos, 21,2% con el uso de sustancias ilícitas y el 14,3% de las visitas fueron en relación al alcohol en combinación con otras drogas. La cocaína ocupó el primer puesto, seguida por la marihuana y la heroína (11-12).

En Colombia, se han realizado diversos estudios que han tratado de identificar esta problemática en el país. Concretamente, en el año 2000 se realizó un estudio piloto, con participación voluntaria de entidades públicas y privadas de 17 ciudades. En esta investigación se evidenció que el mayor número de admisiones en urgencias por problemas relacionados con consumo de SPA se presenta principalmente en hombres, cuyo diagnóstico de ingreso a urgencias es el “trauma”, mientras que en las mujeres es más común el intento de suicidio. Hombres y mujeres ingresan a urgencias principalmente por problemas asociados al consumo de alcohol, seguido por los asociados al consumo de marihuana, sin embargo para el caso de Bogotá D.C., el segundo lugar lo ocupa la cocaína (6).

En Medellín (Colombia) se realizó un estudio retrospectivo sobre el perfil epidemiológico de los pacientes que consultaron por intoxicación con psicoactivos. Se encontró que el mayor consumo correspondía a marihuana (35%), seguido por cocaína (24%) y benzodiazepinas (21%), presentándose mayor consumo en los hombres, con edades por debajo de los 30 años, sin embargo el tamaño de muestra fue solo de 29 pacientes (14).

Uribe y cols., (2005), con base una revisión de las historias clínicas de los pacientes que asistieron a un centro de salud de Bogotá D.C., con intoxicación con fines delictivos, evidenciaron que la mayoría de quienes consultaron fueron hombres (79%) con edades entre los 20 y los 50 años. El fármaco detectado en más alto porcentaje fueron las benzodiazepinas (43,7%), seguido de la escopolamina (12,5%) (16).

Como se observa, la mayor parte de los estudios realizados en servicios de urgencias apoyan los hallazgos encontrados en la literatura mundial sobre la alta asociación entre el uso de alcohol y trauma. Sin embargo, los estudios desde los servicios de urgencias en relación al consumo de otras SPA son escasos, sin que se pueda establecer de forma clara un perfil de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias con intoxicación aguda con SPA. Es por ello, que el desarrollo de este trabajo se centró en analizar el perfil clínico y demográfico de los pacientes que consultaron a los servicios de urgencias

en la ciudad de Bogotá D.C., por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas y que fueron notificados al Sivigila, entre julio de 2010 y junio del 2011.

El objetivo de estudio fue analizar el perfil clínico y demográfico de los pacientes que consultaron a los servicios de urgencias en la ciudad de Bogotá D.C., por intoxicación aguda con SPA y que fueron notificados en el Sivigila, entre julio de 2010 y junio del 2011. Otros objetivos fueron: determinar las características demográficas de los pacientes con intoxicación aguda por sustancias psicoactivas que consultaron a los servicios de urgencias y que fueron notificados, identificar las principales sustancias psicoactivas asociadas a los casos de intoxicación aguda, en los pacientes que consultaron a los servicios de urgencias y describir las manifestaciones clínicas presentadas por los pacientes con intoxicación aguda por sustancias psicoactivas y su evolución en los servicios de urgencias

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, a partir de los datos obtenidos en SIVIGILA, registrados durante el período comprendido entre julio del año 2010 y junio del 2011. Se trabajó con la totalidad de los casos de intoxicación aguda por SPA. Paralelamente se consultaron las historias clínicas de los casos notificados al Sivigila, identificados por tener involucrada una SPA y detectados por una UPGD (Unidad Primaria Generadora de Datos).

En total se obtuvieron 1073 registros de los casos de intoxicación por SPA presentadas entre julio de 2010 y junio de 2011 en Bogotá D.C., que fueron notificados al Sivigila. Se excluyeron los casos de intoxicación exclusiva por etanol, debido a la asociación que evidencia la documentación en la literatura científica entre alcohol y trauma y aquellos casos notificados a Sivigila por un servicio diferente a urgencias. Las variables analizadas y su operacionalización se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variables	Nombre de la variable	Categorías
Demográficas	Sexo	Masculino – Femenino
	Edad	Rangos de edad en años (< 11, 12-17, 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 y > 65)
	Escolaridad	Sin escolaridad, primaria, secundaria y universitaria
	Ocupación	1. Fuerza pública, 2. Miembros del poder ejecutivo, de los cuerpos legislativos y personal directivo, 3. Profesionales universitarios, científicos e intelectuales, 4. Técnicos, postsecundarios no universitarios y asistentes, 5. Empleados de oficina, 6. Trabajadores de los servicios y vendedores, 7. Agricultores, trabajadores y obreros agropecuarios, forestales y pesqueros, 8. Oficiales, operarios, artesanos y trabajadores de la industria manufacturera, de la construcción y la minería, 9. Operadores de instalaciones, de máquinas y ensambladores, 10. Trabajadores no calificados
	Estado civil	Soltero, casado, unión libre, viudo y divorciado
	Localidad de residencia	Según las 20 localidades de Bogotá, se adicionaron 3 categorías más (habitante de la calle, fuera de la ciudad, sin información)
	Tipo de régimen en salud	Contributivo, subsidiado, excepción, especial, no afiliado
	Antecedente de consumo de SPA	Sí, no, no especificado
	Antecedente de enfermedad psiquiátrica	Sí, no, no especificado
	Relacionadas con SPA	Vía de exposición
SPA involucrada		Benzodiazepinas, escopolamina, cocaína, marihuana, heroína, inhalables, otras SPA, mezclas
Tipo de exposición		Ocupacional, accidental, intencional suicida, intencional homicida, reacción adversa, delictiva, intencional psicoactiva
Relacionadas con manifestaciones clínicas y evolución	Manifestaciones clínicas	Neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, digestivas, trauma
	Signos vitales	Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, Glasgow
	Evolución	Salida, hospitalización, remisión, salida voluntaria, UCI, cuidados intermedios, fuga, fallecimiento
Relacionadas con la utilización del laboratorio de toxicología	Utilización de laboratorio de toxicología	Sí, no Positivos, Negativos, No realizados
	Alcoholemia	Sí, no Clasificación de embriaguez
Relacionadas con el tratamiento suministrado y la evolución	Tratamiento suministrado	Sintomático, lavado gástrico, carbón activado, lavado gástrico/ carbón activado, lavado gástrico/carbón activado/antídoto, lavado gástrico/antídoto, antídoto, quirúrgico, ninguno.
	Seguimiento por consulta externa	Sí, no
Relacionadas con la UPGD	Carácter UPGD	Pública, privada
	Nivel de complejidad UPGD	Alto, medio, bajo
Relacionadas con la fecha de consulta	Mes	Enero – diciembre
	Día	Lunes – domingo

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS 19 y para su análisis se emplearon estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias, proporciones, porcentajes y presentaciones

en gráficos. Se examinó cada una de las variables y se realizaron comparaciones entre distintas categorías con criterios estadísticos y epidemiológicos para evidenciar relaciones entre ellas.

Consideraciones éticas del estudio

Este estudio se clasificó en la categoría de investigación sin riesgo, según el artículo 11 de la resolución del Ministerio de Salud No. 008430 de 1993 (18). El manejo de los datos obtenidos de las historias clínicas se realizó bajo estricta reserva y confidencialidad según lo dispuesto en la ley 23 de 1981 del Congreso de Colombia y la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud (19,20). Contó con el aval del Comité de Ética, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Limitaciones del estudio

Se encuentran algunas inconsistencias en los datos registrados en la base de datos de Sivigila, así como casillas en blanco, pueden afectar la presentación de resultados. Se asume la posible existencia de un subregistro, como sucede en cualquier sistema de

vigilancia epidemiológica, el cual puede influir en la presentación de los resultados. Las bases de datos del Sivigila fueron diseñadas con un fin diferente al pretendido con esta investigación, por tanto no es posible obtener un perfil más completo.

Resultado.

Con relación a la distribución por grupos etáreos de las personas que consultaron a los servicios de urgencias por consumo de SPA, presentan un rango de edad que oscila entre las edades de un año hasta los 110 años, con un promedio de 32 años. La mayoría de los casos se presentaron en hombres entre los 25-34 años (26%), seguidos por el grupo de edad entre los 18-24 años (14%). La distribución de los casos de intoxicación aguda por SPA según el sexo, es mayor en los hombres con un 73%, esta diferencia se hace menor en el grupo de edad por debajo de los 18 años (Figura 1).

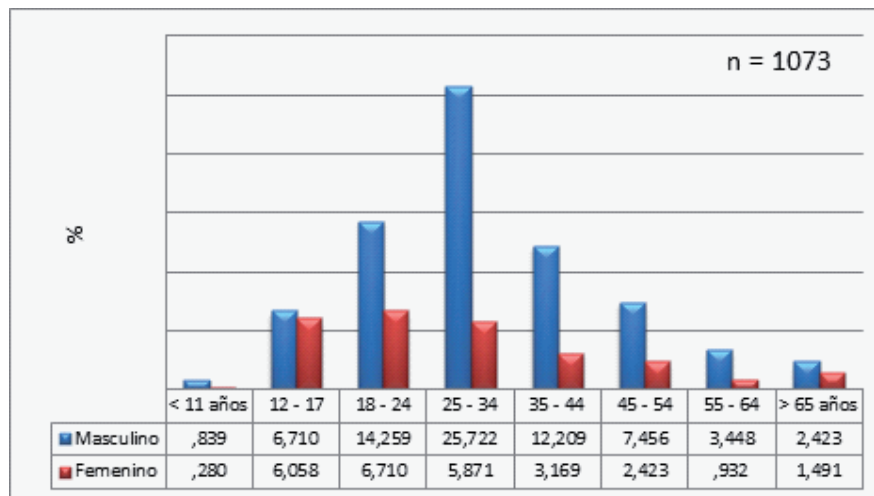


Figura 1. Frecuencia de los casos de intoxicación aguda con SPA según sexo y grupo de edad. Fuente: Procesamiento estadístico base de datos Estudio SPA Bogotá D.C., 2010/2011

En relación con la escolaridad, se evidenció que el 58% de los casos estudiados corresponde a personas con estudios de secundaria, seguidos por quienes tienen estudios universitarios (26,5%) y un 2,5% sin escolaridad.

De acuerdo con su afiliación al régimen de seguridad social en salud, se encontró que la gran mayoría de los casos notificados, pertenecen al régimen contributivo (75%).

Según la localidad de residencia, el mayor porcentaje de los casos de intoxicación aguda por SPA que consultaron a los servicios de por urgencias, habitan en la localidad de

Kennedy (12,58%), seguido por el grupo de personas que residen fuera de Bogotá D.C., (12,02%). Las localidades de Usme, La Candelaria, Santa Fe y Puente Aranda evidenciaron resultados por debajo del 2%. Un bajo porcentaje de los casos (0,75%) corresponden a habitantes de la calle.

En lo que respecta a los antecedentes de consumo de SPA referidos por los pacientes y que fueron consignados en las historias clínicas, se evidencia que el alcohol y el cigarrillo se encuentran en los primeros lugares, seguidos por la cocaína, la marihuana y los inhalables, como se puede observar en la figura 2.

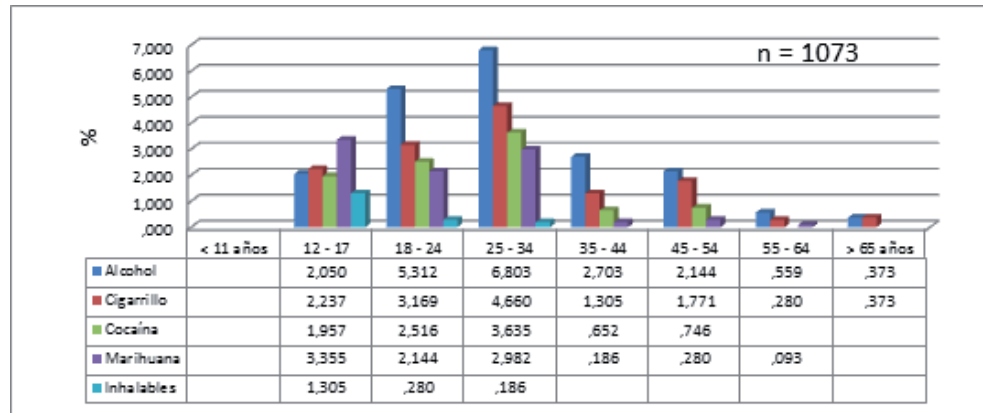


Figura 2. Frecuencia de los casos de intoxicación aguda con SPA según antecedente de consumo SPA y edad. Fuente: Procesamiento estadístico base de datos Estudio SPA Bogotá D.C., 2010/2011.

Según el tipo de exposición se evidenció que la gran mayoría son secundarias a intención con fines delictivos (58.6%), seguidos

por la intencionalidad psicoactiva (13,2%) y la intencionalidad suicida que representa el 9% del total de los casos (Figura 3).

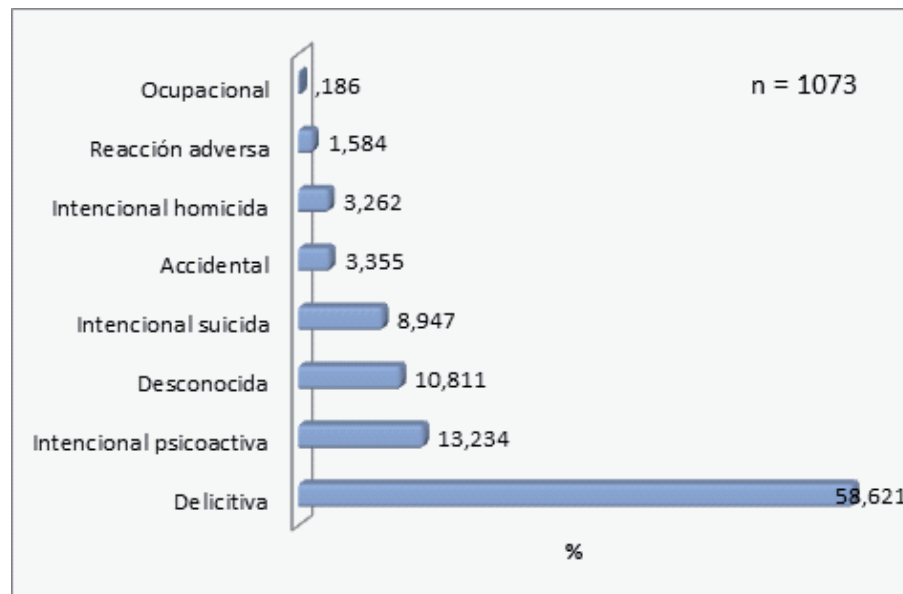


Figura 3. Frecuencia de los casos de intoxicación aguda con SPA según tipo de exposición. Fuente: Procesamiento estadístico base de datos Estudio SPA Bogotá D.C., 2010/2011.

Sobre el tipo de sustancia asociada a la intoxicación, se encontró que las benzodiazepinas son reconocidas en el (43%) de los casos, seguidas por las mezclas (37%) y la escopolamina (9%). Las mezclas en su mayoría se hacen con alcohol (67%). Es de anotar que las pruebas positivas para benzodiazepinas representan el 58% del total de los casos, seguidas por cocaína 15% y marihuana 11%.

Las manifestaciones clínicas, correspondieron en su mayoría a manifestaciones neurológicas con un 79,96%, seguidas por las manifestaciones neurológicas asociadas a trauma 8,48%.

Discusión

De acuerdo con los hallazgos del estudio, llama la atención que en Bogotá D.C, durante el periodo estudiado, 1 de 4 casos de intoxicación notificados al SIVIGILA, corresponden a intoxicaciones por SPA. Esta situación evidencia que un evento potencialmente prevenible no es objeto de atención y control en los programas de atención sanitaria.

La edad promedio de los pacientes atendidos, en los servicios de urgencias por intoxicación aguda por SPA, es comparable con el promedio de edad evidenciado en países

como Estados Unidos (11) y España (13). La presentación de datos extremos con edades entre 1 y 110 años, se explica por la presentación de casos de intoxicación aguda con SPA en menores de 5 años por ingesta accidental de medicamentos que se encuentran almacenados en forma inadecuada, así como la presentación en adultos mayores víctimas de intoxicación con fines delictivos. Los resultados presentados por grupo de edad y sexo reflejan el impacto del consumo de SPA en un sector joven de la población. Sin embargo, el comportamiento similar de los casos según distribución por sexo, parecen reflejar la tendencia a la aproximación de roles de las nuevas generaciones. Un alto porcentaje de los casos cuentan con un nivel educativo medio o superior, lo que supone un mayor conocimiento acerca del daño que genera el uso de las SPA, reflejando en forma indirecta una baja percepción del riesgo tanto para el tipo de exposición delictivo, como el intencional psicoactivo.

Las localidades de Usme, La Candelaria, Santa Fe y Puente Aranda evidenciaron una baja frecuencia de casos, lo cual podría responder a que se tratan de zonas rurales, para el caso de Usme, o donde se desarrollan actividades principalmente industriales, más que tratarse de una zona residencial para el caso de Puente Aranda. Por su parte, las localidades de La Candelaria y Santa Fe ocuparon el primer lugar de prevalencia de consumo año de sustancias ilícitas, en el estudio de consumo de SPA realizado en el 2009 en Bogotá D.C., contrastando con los resultados obtenidos en este estudio, una posible explicación es que la mayoría de las personas que consumen alguna SPA buscan un grado de intoxicación deseado, acudiendo a los servicios de urgencias sólo en caso de presentar alguna complicación asociada.

El antecedente de consumo de alcohol y cigarrillo se encuentran en los primeros lugares, comparable con otros estudios. Es llamativo que la cocaína se encuentre en el primer lugar de las sustancias ilícitas, seguida por la marihuana, contrario a lo que se reporta en estudios nacionales e internacionales (2,4,14), donde la marihuana es la sustancia ilícita con mayor prevalencia, seguida por la cocaína (2, 13). Al relacionar el consumo de SPA con la edad, se evidencia que el grupo de edad que refiere este antecedente corresponde a individuos que tienen ingresos económicos, lo que posiblemente les permite adquirir esta sustancia cuyo costo es superior al de la marihuana, hecho que en parte explica este hallazgo. Por otra parte, en los casos en que se mencionaba el consumo de alguna sustancia, no se establecía el patrón de consumo, ni el tiempo de consumo, sin que se pudiera realizar algún análisis con respecto a patrones de consumo, lo que plantea un reto para futuras investigaciones.

Contrastan los resultados obtenidos en este estudio, en cuanto al antecedente de enfermedad psiquiátrica, al compararlos con los resultados observados en el estudio realizado por

Rey en Santiago de Compostela, donde el 25% de los casos tenían algún antecedente psiquiátrico (13). Este hallazgo es relevante, ya que el antecedente de enfermedad psiquiátrica puede explicar el consumo de SPA o viceversa, lo que queda fuera del alcance de esta investigación debido a las limitaciones del estudio, planteando un interrogante acerca de la relación entre el consumo de SPA y enfermedad psiquiátrica en Bogotá D.C.

El resultado más llamativo en este estudio fue el tipo de exposición, evidenciándose en su gran mayoría la intencionalidad delictiva, a la cual se sumarían una parte (que no es posible establecer de forma exacta) de aquellos resultados catalogados como intencionalidad homicida y desconocida, lo que se puede deducir luego de la revisión de las historias clínicas. Aproximadamente uno de cada diez pacientes con intoxicación por SPA acude a urgencias cuando el consumo se hizo con intencionalidad psicoactiva. Estos resultados contrastan con otra serie de estudios en los cuales predominan la intencionalidad psicoactiva (referida como intoxicación etílica, intoxicación por drogas) donde 3 de cada 4 personas acuden a los servicios de urgencias con este tipo de exposición, seguida por la intencionalidad suicida 14% (13). La exposición con intencionalidad delictiva se denomina en la literatura científica como sumisión química, definida como la administración de SPA a una persona sin su conocimiento, con fines delictivos o criminales (21).

Las benzodiazepinas, como SPA involucrada, concuerda con los resultados obtenidos por Uribe y cols., en el año 2005 (16), y lo documentado en otros estudios (21, 22). La sustancia ilícita que ocupó el primer lugar fue la cocaína, seguida por la marihuana, presentándose similitud con el tipo de sustancias evidenciadas en Estados Unidos (11). Sin embargo, en otros países la sustancia más común es la marihuana (23,24).

La vía oral constituye la mejor alternativa para la administración de este tipo de sustancias en este tipo de exposiciones, así el delincuente busca administrar la benzodiazepina en forma discreta, utilizando las bebidas alcohólicas como vehículo para enmascarar el sabor y el color, potenciando sus efectos (21).

Las manifestaciones neurológicas, así como su asociación con trauma son las que se esperaban en consonancia con lo ya mencionado al tipo de sustancia y el tipo de exposición, hecho también evidenciado en un estudio realizado en Costa Rica (25), y México (26), esto encuentra su explicación en la depresión del estado de conciencia, con alteración en la coordinación motora y en los tiempos de reacción, ocasionados por las benzodiazepinas, predisponiendo de esta forma a la presentación de caídas, así como el deterioro de la realización de juicios, lo que lleva a asumir conductas riesgosas o actos violentos con las mismas consecuencias (27).

En cuanto a los signos vitales registrados al ingreso a los servicios de urgencias, es de anotar que los pacientes en general ingresan estables, sin alteraciones en sus constantes vitales. Sin embargo, es llamativo que no se registra de forma rigurosa la escala de coma de Glasgow en las historias clínicas, a pesar de la alta presentación de manifestaciones neurológicas en relación al tipo de exposición y SPA involucrada, algunos casos relacionados con trauma. Así mismo, es poco frecuente que se indique la presencia o no de aliento alcohólico, lo cual puede ser determinante en los casos relacionados con accidentes de tránsito o accidentes laborales, en especial cuando el paciente se niega a realizarse una prueba de alcoholemia o por la no disponibilidad de laboratorio de toxicología. En general los hallazgos registrados en las historias clínicas con respecto al examen físico de los pacientes eran poco detallados, inespecíficos, contrario a lo que se esperaría de un examen clínico desde el punto de vista toxicológico, haciéndose palpable la necesidad de preparar mejor al personal asistencial para el abordaje y valoración de este tipo de pacientes.

La baja frecuencia de hospitalización contrasta con lo presentado en la región de Santiago de Compostela donde el 25% requirió manejo hospitalario, un 6,5% en UCI, aunque la mortalidad también fue muy baja (1,2%)(13); estas diferencias se explican debido a los tipos de SPA involucradas, siendo la heroína una sustancia que genera mayor impacto en Europa, así como a la mayor presentación de trauma.

Un alto porcentaje de los casos recibieron tratamiento inespecífico o sintomático, debido al tipo de sustancia involucrada y a la estabilidad hemodinámica presentada por los pacientes, similar a lo presentado en otra serie (13). La baja utilización de tratamientos específicos se debe al tipo de intoxicación, la SPA involucrada y el estado en el que ingresa el paciente al servicio de urgencias, sin que se encuentre indicación para realizar una intervención como lavado gástrico, administración de carbón activado o antídotos. Sin embargo, se presentaron casos que fueron tratados con medidas específicas sin requerirlo (realización de lavado gástrico en pacientes que fueron víctimas de intoxicaciones con fines delictivos), reflejando la necesidad de construir guías o protocolos de atención en toxicología, realizadas por médicos toxicólogos, que orienten la atención de este tipo de pacientes optimizando la utilización recursos.

Un alto porcentaje de los casos fueron atendidos y notificados por UPGD del sector privado, en instituciones de alto nivel de complejidad, reflejando de forma indirecta el costo que tiene para la sociedad la atención de este tipo de eventos, que en su mayoría pueden ser prevenibles.

Conclusiones

En conclusión los pacientes que acuden a los servicios de urgencias en quienes se evidencia intoxicación aguda con SPA, en general son hombres jóvenes, solteros, en su mayoría víctimas de intoxicación con fines delictivos, donde la sustancia involucrada corresponde al grupo de las benzodiazepinas. Dentro de los antecedentes toxicológicos evidenciados en el estudio, la SPA ilícita que ocupa el primer lugar en consumo es la cocaína, seguida por la marihuana y los inhalables; para el grupo menor de 18 años, la SPA ilícita que ocupa el primer lugar es la marihuana, seguida por la cocaína y los inhalables. No se encontró una relación entre antecedente de enfermedad psiquiátrica y consumo de SPA; sin embargo, debido a las limitaciones de este estudio, se deben realizar investigaciones que confirmen este hallazgo. El médico toxicólogo debe tener un papel protagónico en la elaboración de guías, protocolos e instrumentos de valoración específicos para el abordaje del paciente intoxicado, especialmente en los casos relacionados con SPA. El consumo de SPA es un evento dinámico, por tanto es necesario continuar con estudios que permitan abordar su problemática desde diferentes perspectivas.

Agradecimientos

A los profesionales del Área de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud, entre ellos al Dr. Elkin Osorio Saldarriaga, Libia Ramírez Garzón, Yady González Álvarez, Juan Sabogal Carmona, así como al grupo de profesionales de las diferentes Empresas Sociales del Estado que aportaron en la realización de este trabajo.

Los autores del presente trabajo declaran no presentar ningún tipo de conflicto de interés en el desarrollo de este estudio.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Atlas on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. New York: United Nations Publication; 2011.
3. Ministerio de la Protección Social (MPS), Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Informe Final. Bogotá: Guadalupe S.A.; 2009.

4. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud (SDS), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2009. Informe final. Bogotá: Editorial Scripto; 2010.
5. Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas de Colombia), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia – 2011. Informe final. Bogotá; 2012.
6. Rumbos. Indicadores indirectos de consumo de drogas: Una alternativa a las encuestas de hogares. Pérez Gómez A, Patiño C, Trujillo AM, Patiño MI, García F, Neira C, editores. Bogotá: Talleres de Editorial; 2001.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
8. **Seijas D.** Substance-related disorders abuse and adictions emergency. *Rev Méd Clín Condes.* 2005;16(4):220-29.
9. Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social, (9 de octubre de 2006).
10. **D'Onofrio G, Becker B, Woolard RH.** The impact of alcohol, tobacco, and other drug use and abuse in the emergency department. *Emergency medicine clinics of North America.* 2006;24(4):925-67. Epub 2006 Sep 20.
11. National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health, U.S. (NIH), Department of Health & Human Services (DHHS). DrugFacts: Visitas a las salas de emergencias por consumo de drogas. 2009; Available from: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/visitas-las-salas-de-emergencias-por-consumo-de-drogas>.
12. **Sanz Marcos N, Arias Constanti V, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Matali Costa J, Luaces Cubells C.** Acute ethanol intoxication in a paediatric emergency department. *An Pediatr (Barc).* 2009;70:132-6.
13. **Rey Barbosa MC.** Epidemiología de las urgencias toxicológicas por drogas de abuso en el Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Periodo 1997-2007 [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2009.
14. **Gómez M, Zarante MC.** Perfil epidemiológico de pacientes que consultaron por intoxicación con psicoactivos a una clínica de Medellín. Medellín: Universidad CES; 2009.
15. Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), Observatorio de Drogas de Colombia (ODC). Estudio sobre consumo de drogas en pacientes consultantes en salas de urgencias en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá D.C. Bogotá.2010.
16. **Uribe M, Moreno CL, Zamora A, Acosta P.** Perfil epidemiológico de la intoxicación con burundanga en la clínica Uribe Cualla S.A. de Bogotá, D.C. *Acta Neurológica Colombiana.* 2005;21(3):197-201.
17. **Gómez Estrada G.** Estimación de costos ocasionados por el consumo de alcohol y otras drogas. Bogotá: Comisión Interamericana Para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA), Acertar P&G Consultora Ltda, Nueva Clínica Fray Bartolomé de las Casas, Hospital de Occidente Kennedy, 2004.
18. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud, (4 de octubre de 1993).
19. Ley 23 de 1981 por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. Congreso de la República de Colombia, (15 de diciembre de 1980).
20. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Ministerio de Salud, (8 de julio de 1999).
21. **Cruz-Landeira A, Quintela-Jorge O, Lopez-Rivadulla M.** Chemical submission, epidemiology and some clues for the diagnosis. *Medicina clinica.* 2008;131:783-9.
22. **Papadodima SA, Athanaselis SA, Spiliopoulou C.** Toxicological investigation of drug-facilitated sexual assaults. *International Journal Of Clinical Practice.* 2007;61:259-64.
23. **Vitale S, van de Mheen D.** Illicit drug use and injuries: A review of emergency room studies. *Drug and alcohol dependence.* 2006;82(1):1-9. Epub 2005 Sep 27.
24. **Sanjurjo E, Cámara M, Nogué S, Negrodo M, García S, To-Figueras J, et al.** Urgencias por consumo de drogas de abuso: confrontación entre los datos clínicos y los analíticos. *Emergencias.* 2005;17:26-31.
25. **Bejarano J, Obando P.** Trauma y consumo de drogas en pacientes admitidos en las salas de emergencia de dos hospitales generales de Costa Rica. *Salud y drogas.* 2002;2(1):47-60.
26. **Rodríguez NN, Dalri MC, Alonso Castillo MM, Garcia KS.** Accidents and injuries due to consumption of alcohol or drugs in patients treated at an emergency room. *Revista latino-americana de enfermagem.* 2010;18:521-8.
27. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS, 2010.