

# Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes no psiquiátricos que consultan un servicio de urgencias en Bogotá

**Carlos Gómez-Restrepo<sup>1</sup>**  
**Sergio Castro-Díaz<sup>2</sup>**  
**Carolina Eraso Díaz del Castillo<sup>3</sup>**  
**Fabián Gil<sup>4</sup>**  
**Carlos Alberto Arango Villegas<sup>5</sup>**  
**Jenny Fagua<sup>6</sup>**  
**Juan Carlos Araneda<sup>7</sup>**

## Resumen

**Introducción:** El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es un problema mundial de salud pública. Los consumidores suelen utilizar los servicios de urgencias, más que los no consumidores. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de consumo de seis sustancias psicoactivas en personas entre 18 y 65 años, que acudieron al servicio de urgencias de un hospital universitario en Bogotá e identificar sus características demográficas. **Método:** Estudio de corte transversal, con muestreo estratificado por grupos de edad y sexo de pacientes adultos que acudieron al servicio de urgencias por patologías no psiquiátricas, a quienes se les aplicó un instrumento que indagaba datos demográficos, médicos, farmacológicos y toxicológicos. Luego se realizó un análisis toxicológico con el Breath Scan Test, para la detección de alcohol a partir de la exhalación de aire, y el Screeners KO, para la detección en orina de cannabinoides, cocaína, benzodiazepinas, anfetaminas y opiáceos, en las últimas seis horas. **Resultados:** Se realizó el análisis en 473 personas. La prevalencia de consumo de cualquier sustancia fue de 7,8%. La sustancia más detectada fue opiáceos, seguida por alcohol, cannabis, cocaína, benzodiazepinas y anfetaminas. El reporte verbal de consumo

.....  
1 Médico psiquiatra. Psicoanalista. Epidemiólogo clínico. Profesor, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, y director, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

2 Médico residente de primer año de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

3 Médica residente de primer año de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

4 Estadístico y bioestadístico. Profesor asistente, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

5 Médico especialista en medicina familiar, Pontificia Universidad Javeriana. Director, Servicios Ambulatorios, Hospital Universitario de San Ignacio. Bogotá, Colombia.

6 Psicóloga. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. Bogotá, Colombia.

7 Psicólogo. Consultor UNODD.

en las últimas seis horas sólo fue veraz para alcohol. **Conclusiones:** La prevalencia de consumo de SPA en la población general de urgencias es alta. De acuerdo con los resultados, ocho de cada cien personas que consultan a urgencias han consumido alguna SPA en las últimas seis horas.

**Palabras clave:** uso indebido de sustancias, consumidores de drogas, urgencias médicas, prevalencia.

**Title: Prevalence of Psychoactive Substance Use in Non-Psychiatric Patients Seen at an Emergency Department in Bogotá.**

#### **Abstract**

**Introduction:** Psychoactive substance abuse is a world public health problem. Drug users tend to use emergency services more than non-users. **Objective:** To determine the prevalence and demographic characteristics of the use of six substances in people between the ages of 18 and 65, seen at the emergency department of a teaching hospital in Bogotá. **Method:** Cross sectional study with stratified sampling by age and gender groups of adult patients who were seen at the emergency department (ED). Data collected included demographic, medical, pharmacological, and toxicological information. Toxicological analysis was performed with Scan Breath Test to detect alcohol and KO Screeners to screen urine for use of cannabinoids, cocaine, benzodiazepines, amphetamines, and opiates in the last six hours. **Results:** Analyses were performed in 473 patients. The prevalence of any substance was 7.8%. The substance most frequently detected was opiates, followed by alcohol, cannabis, cocaine, benzodiazepines, and amphetamines. **Conclusions:** The prevalence of psychoactive drug use in the general population of the ED is high. According to these results, 8 of out of 100 people who use emergency services have used a psychoactive substance in the last six hours. The prevalence of self-report was very low compared with the positive results of the toxicology tests.

**Key words:** Substance-related disorders, drug users, emergencies, prevalence.

## **Introducción**

El abuso de sustancias psicoactivas (SPA, por sus siglas en inglés), es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo entero, y que afecta a todos los grupos raciales y socioeconómicos, y se traduce en grandes costos para los sistemas de salud y la sociedad (1). Se estima que en Estados Unidos el costo anual es de, aproximadamente, 414 billones de dólares (2). El abuso del alcohol y de sustancias ilícitas constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de múltiples patologías, y se asocia a gran número de traumas y lesiones (3). Más de 500.000 muertes al año en ese país son atribuidas al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas ilícitas: 107.000 asociadas al consumo de alcohol; 25.000, al consumo de sustancias ilícitas (4); y 435.000, al tabaco (5).

Según muestran numerosos estudios, los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias, tanto por lesiones físicas como por condiciones médicas diversas, tienen tasas más altas de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, en comparación con la población general (6). Más del 47% de los pacientes traumatizados que consultan por condiciones asociadas al trauma presentan niveles séricos positivos para alcohol (7-9).

Esto también se observa en pacientes politraumatizados, severamente comprometidos, que requieren tratamiento intrahospitalario prolongado, y quienes presentan niveles séricos positivos para alcohol en el 50% de los casos (10,11).

Durante más de un siglo al alcohol se lo ha reconocido como uno de los principales factores de riesgo para los accidentes automovilísticos, que constituyen, a su vez, una de las principales causas de mortalidad vial. Un metaanálisis recientemente publicado, el cual buscó la asociación entre los diferentes niveles de alcohol en sangre y la somnolencia producida en conductores, concluyó que, independientemente de la cantidad, el consumo de bebidas alcohólicas compromete el estado de vigilia, afecta las habilidades en la conducción y, por ende, aumenta el riesgo de esta clase de accidentes (12).

El consumo de otras sustancias psicoactivas diferentes del alcohol tiene un gran impacto en los conductores (13), pues también afecta el sistema nervioso central, por lo que compromete la habilidad de conducir, la atención, el juicio y el tiempo de reacción (14-20). Muchas encuestas reportan que los consumidores de marihuana y cocaína usualmente conducen durante el consumo o poco tiempo después de este, con las consecuencias que eso conlleva.

En una encuesta realizada en Estados Unidos (21) se encontró que el 46% de los consumidores de marihuana conducían durante las 3 horas

siguientes al consumo; además, el 43% de los consumidores de cocaína reportaron haber conducido durante la hora siguiente al consumo.

En un estudio realizado en Nueva York se encontraron restos de cocaína en el 20% de las autopsias realizadas a pacientes fallecidos en accidentes de tránsito; la mayoría, entre los 16 y los 45 años de edad, habían consumido cocaína durante las 48 horas previas al accidente (22). La marihuana fue la sustancia detectada más a menudo en estos pacientes (47,8%), seguida por el alcohol (26,1%), las benzodiazepinas (23,9%), las anfetaminas (17,4%) y la cocaína (15,2%).

En Colombia existe muy poca información sobre la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas diferentes del alcohol en pacientes que ingresan a los servicios de urgencias. La prevalencia mundial de autorreporte de consumo se encuentra entre el 1% y el 5%; sin embargo, en pacientes a quienes se realiza análisis de laboratorio se encuentran prevalencias que pueden llegar hasta el 35%-40% (23). Dicha prevalencia puede ser subestimada, pues muchos de tales individuos no consultan, o son consumidores inconsistentes, que permanecen sin ser reconocidos, por no presentar consecuencias médicas, laborales o legales (24).

Algunos estudios realizados previamente en Colombia han reportado el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, aunque en menor proporción, en pacientes que ingre-

saron a los servicios de urgencias; particularmente, quienes sufrieron traumas o lesiones: en Bogotá, en 1994, fue realizado un estudio en el hospital de Kennedy, que buscaba identificar la relación entre el consumo de alcohol y el trauma, y se encontró una fuerte asociación (25).

Los consumidores de SPA no solo suelen utilizar los servicios de urgencias más que la población general (23,26,27) sino que su sintomatología, su pronóstico y su tratamiento también se ven afectados por el consumo (28); además, se asocia a tasas más altas de hospitalización, a mayor severidad de los síntomas y al incremento en el riesgo de suicidio y de conductas violentas (29).

A pesar de su impacto, no existe claridad en el medio colombiano sobre la prevalencia de pacientes que ingresan al servicio de urgencias tanto por lesiones físicas como por condiciones médicas diversas, con consumo de SPA. De acuerdo con los reportes, en la literatura no se hallaron estudios similares realizados en Colombia, o publicados en revistas científicas.

### **Objetivo**

Determinar la prevalencia del consumo de 5 sustancias psicoactivas y alcohol en personas entre los 18 y los 65 años de edad, que acuden al servicio de urgencias de un hospital universitario en Bogotá, e identificar las características demográficas de estas.

### **Métodos**

El presente es un estudio descriptivo que busca determinar la prevalencia del consumo de seis tipos de sustancias psicoactivas entre la población que consulta a los servicios de urgencias de un hospital general por condiciones médicas generales. El estudio hace parte de un proyecto de investigación sobre consumo de SPA en varios países de Latinoamérica.

#### *Elegibilidad de los pacientes*

Los criterios para la inclusión de los pacientes del presente estudio fueron: 1) Personas mayores de 18 años que asistan al servicio de urgencias; 2) *Triage* 2-5; 3) Que presenten una alteración somática de base.

Se excluyó a los pacientes que: 1) No firmaron consentimiento informado; 2) Se hallaban intubados; 3) Tuvieran precaución de contacto; 4) Con alteración del estado de conciencia (Glasgow menor de 13); 5) Con demencia (minimental menor de 24), intoxicación aguda, psicosis, alteraciones que no permitieran la comunicación (personas sordas, mudas o sordomudas, o que hablasen otra lengua y que no fueran fluidos en español); y 6) Personas con discapacidades cognitivas que los hicieran dependientes de terceros.

## *Instrumentos del estudio*

### **Cuestionario**

En primer lugar, los pacientes que aceptaron participar en el estudio completaron un cuestionario que era realizado por las enfermeras a cargo de la recolección de los datos. El cuestionario extraía información de las siguientes esferas:

### *Demográfica*

Se solicitó a los participantes información sobre su fecha de nacimiento, su género, su nivel educativo, su situación de pareja, su situación laboral y su tipo de aseguramiento en salud.

### *Motivo de consulta y diagnóstico*

Los pacientes, asimismo, debieron indicar el motivo del ingreso al servicio de urgencias. El diagnóstico presuntivo, de acuerdo con la clasificación del CIE-10, se obtuvo mediante los datos registrados en la historia clínica por el médico tratante en las 21 categorías disponibles. También se les indagaba sobre consumo de 20 tipos diferentes de sustancias durante las 6 horas anteriores a la consulta.

### **Test de drogas en orina y aliento**

Además de lo anterior, se realizó un análisis toxicológico con el BreathScan Test para la detección

de alcohol, a partir de la exhalación de aire, y el Screeners KO para la detección en orina de consumo durante las últimas 6 horas de cannabinoides, cocaína, benzodiazepinas, anfetaminas y opiáceos.

### **Proceso de análisis**

#### *Desenlace primario*

El desenlace primario es la medición dicotómica del consumo de seis diferentes tipos de sustancias psicoactivas, de acuerdo con los resultados obtenidos de los tests nombrados previamente.

#### *Desenlace secundario*

El desenlace secundario es conocer las características demográficas y de diagnóstico de las personas con consumo de sustancias positivo, así como describir la relación entre el reporte verbal de consumo y el resultado de la prueba rápida toxicológica.

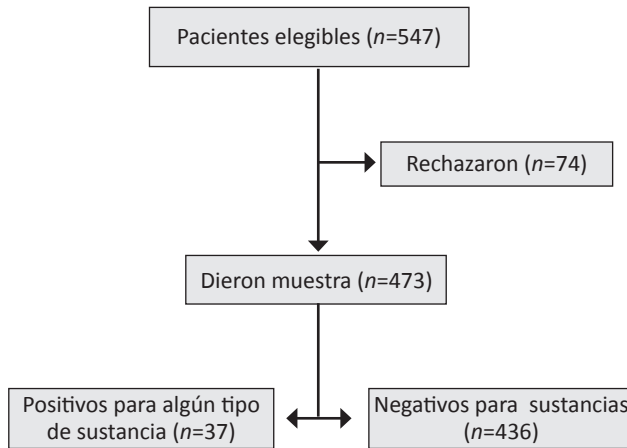
#### *Análisis de los datos*

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de los sujetos incluidos en la muestra, con medidas de resumen y de tendencia central.

## **Resultados**

Entre el 30 de septiembre y el 9 de octubre de 2010 se obtuvo una

Figura 1. Caracterización de la muestra



muestra inicial de 547 pacientes, de los cuales 74 rechazaron participar en el estudio y brindar las muestras necesarias para la detección de tóxicos; por lo tanto, se decidió realizar el análisis en 473 personas (figura 1). Los motivos por los cuales no aceptaron participar en el estudio no fueron indagados.

La edad promedio de las personas que no aceptaron participar fue de 33,4 años, con una desviación estándar de 12,1 años. El género, la edad, el estado civil y la situación ocupacional se distribuyeron de manera similar entre las personas que brindaron muestra y las que no. Cerca del 40% de las personas que rechazaron participar en el estudio tenían un nivel educativo universitario; la proporción de personas con este nivel educativo fue mayor en quienes rechazaron participar el estudio, en comparación con los que aceptaron.

Con respecto a las características demográficas de las personas que aceptaron participar en la muestra, la proporción de mujeres fue mayor que la de hombres. La edad promedio fue de 37,9 años, con una desviación estándar de 14,3 años, y alrededor de la mitad de las personas se encontraron en el rango de edad entre los 18 y los 34 años. La mayoría de los pacientes que consultaron se encuentran empleados. Una descripción más detallada de las características demográficas se encuentra resumida en la tabla 1.

Los resultados del análisis toxicológico mostraron que la prevalencia de consumo de cualquier sustancia durante las últimas 6 horas fue del 7,8%. La mayor prevalencia de consumo de cualquier sustancia se vio en personas casadas y solteras: en ellas se encontró una proporción mayor al 70%. La edad promedio de las personas que consumieron

Tabla 1. Características demográficas de la muestra que asiste a Urgencias

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
Masculino	192	40,6
Femenino	281	59,4
<b>Estado civil</b>		
Soltero	195	41,2
Unión libre	83	17,6
Casado	151	31,9
Separado-divorciado	33	7,0
Viudo	11	2,3
<b>Nivel educativo</b>		
Sin instrucción	8	1,7
Primaria	98	20,7
Secundaria	143	30,2
Universitaria	142	30,0
Técnico o tecnológico	82	17,3
<b>Edad</b>		
18-34 años	239	50,5
35-54 años	152	32,1
55-64 años	62	13,1
65 años o mas	20	4,2
Total de personas que asistieron	473	100,0

cualquier sustancia fue similar a la edad promedio en la población sin consumo durante las últimas 6 horas.

En el análisis por género se observó que el consumo de sustancias durante las últimas 6 horas fue mayor en personas de género masculino: el 9,9% de ellos dieron positivo para alguna sustancia. En la tabla 2 se encuentra resumida la distribución de las características demográficas de las personas que

consumieron sustancias durante las últimas 6 horas.

En el análisis diferencial por sustancias se observó que la sustancia más detectada fueron los opiáceos, en el 3,6% de la muestra. En orden descendente, los resultados de las pruebas toxicológicas se distribuyeron así: Opiáceos, alcohol, *cannabis*, cocaína, benzodiazepinas y anfetaminas (tabla 3). La sustancia consumida más a menudo por los hombres fue el alcohol, mientras que

Tabla 2. Características demográficas de personas que consumen cualquier sustancia y la sustancia más utilizada

	Consumo de SPA	SPA utilizada más a menudo
<b>Sexo</b>		
Masculino	19 (9,9%)	Alcohol 7 (36,8%)
Femenino	18 (6,4%)	Opiáceos 12 (66,7%)
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	12 (6,2%)	Marihuana 5 (41,7%)
Unión libre	8 (9,6%)	Opiáceos 6 (75,0%)
Casado	15 (9,9%)	Opiáceos 8 (53,3%)
Separado-divorciado	2 (6,1%)	Opiáceos 1 (50,0%)
Viudo	0 (0,0%)	
<b>Nivel educativo</b>		
Sin instrucción	0 (0,0%)	
Primaria	11 (11,2%)	Opiáceos 7 (63,6%)
Secundaria	8 (5,6%)	Alcohol 3 (37,5%)
		Marihuana 3 (37,5%)
Universitaria	10 (7,0%)	Marihuana 4 (40,0%)
Técnico o tecnológico	8 (9,8%)	Opiáceos 7 (87,5%)
<b>Ocupación</b>		
Trabaja	29 (8,0%)	Opiáceos 12 (41,4%)
Desempleado	4 (21,1%)	Opiáceos 2 (50,0%)
		Cocaína 2 (50,0%)
Estudiante	0 (0,0%)	
Ama de casa	2 (4,6%)	Opiáceos 2 (100,0%)
Jubilado-pensionado	2 (11,1%)	Opiáceos 1 (50,0%)
<b>Edad</b>		
18-34 años	20 (8,37%)	Marihuana 6 (30,0%)
		Opiáceos 6 (30,0%)
35-54 años	13 (8,6%)	Opiáceos 8 (61,5%)
55-64 años	4 (6,5%)	Opiáceos 3 (75,0%)
65 años o mas	0 (0,0%)	
Total de sustancias consumidas	37 (7,8%)	Opiáceos 17 (3,7%)



Tabla 3. Prevalencia de consumo en la muestra que asiste a Urgencias y distribución según sexo

Sustancia	Consumió (n)	(%)	Masculino	(%)	Femenino	(%)
Alcohol	8	1,7	7	87,5	1	12,5
Marihuana	7	1,5	5	71,4	2	28,6
Opiáceos	17	3,6	5	29,4	12	70,6
Cocaína	6	1,3	4	66,7	2	33,3
Benzodiacepinas	4	0,9	2	50,0	2	50,0
Anfetaminas	2	0,4	1	50,0	1	50,0
Total	37	7,8	19	51,4	18	48,6

en las mujeres fueron los opiáceos. En las personas cuyo estado civil era la soltería, la sustancia más consumida fue la marihuana, mientras que para los casados fueron los opiáceos. En la última sección de la encuesta se les indagó a los participantes sobre el consumo de sustancias durante las 6 horas anteriores a la consulta; el reporte verbal de consumo dentro de dicho intervalo solo fue veraz para el consumo de alcohol.

El diagnóstico más común por el cual ingresaron las personas que consumieron algún tipo de sustancia fueron traumatismos-politraumatismos, seguidos de enfermedades del sistema digestivo y enfermedades del sistema musculoesquelético.

El diagnóstico más habitual en las personas con consumo positivo de alcohol y cocaína durante las últimas 6 horas siguió esta misma tendencia, mientras que en quienes tuvieron consumo positivo de marihuana se invirtieron traumatismos-politraumatismos y enfermedades del sistema digestivo.

Por otro lado, en las enfermedades del sistema digestivo y las enfermedades del sistema musculoesquelético se encontraron la mayor parte de los diagnósticos en quienes consumieron opiáceos durante las últimas 6 horas.

### Discusión

Los datos obtenidos en el presente estudio demuestran que una proporción importante de los pacientes que consultan al servicio de urgencias del Hospital de San Ignacio han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva durante las 6 horas previas al ingreso. Esto podría tener muchas implicaciones, pues las patologías por las cuales consultan podrían tener relación con el consumo. Esta asociación se da, principalmente, con el consumo de alcohol.

De acuerdo con los resultados, 8 de cada 100 personas que consultan por urgencias han consumido alguna SPA durante las últimas 6 horas. La

sustancia más consumida entre los hombres fue el alcohol; esto podría ser secundario a factores culturales, entre los que podemos encontrar la promoción del consumo en hombres y la abstinencia en las mujeres (30). Dentro de las culturas machistas el consumo de alcohol en grandes cantidades se considera una muestra de masculinidad; sin embargo, esta consideración no es suficiente para explicar las variaciones que se presentan dentro de las diferentes culturas en Hispanoamérica.

En las mujeres la sustancia más asiduamente encontrada fueron los opiáceos, y ellos podría estar relacionado con diferentes factores, como el hecho de utilizar más los servicios médicos, o con la mayor prevalencia de enfermedades del tejido conectivo o que se asocian a dolor crónico (31,32), razón por la cual los opiáceos suelen ser prescritos con una indicación médica.

Cabe tener en cuenta que el consumo de sustancias se da por la conjunción de múltiples factores de riesgo. Entre dichos factores se encuentran aquellos relacionados con la sustancia: esto se refiere a la accesibilidad que tiene una persona para adquirir determinada sustancia, la aceptación social de algunas sustancias y la falta de información sobre sus efectos secundarios, entre otros. También cuenta el entorno familiar: este se refiere al efecto que puede tener sobre la dinámica familiar, por ejemplo, el consumo en otro miembro de la familia, la falta

de límites en la infancia, la falta de aprobación, etc. Uno de los factores de mayor importancia en Colombia se refiere a la problemática social en la que se encuentra el individuo: las crisis económicas, las situaciones de marginalidad social y la falta de esperanza, que pueden llevar a las personas a consumir sustancias psicoactivas como una forma de evadir dicha problemática. Finalmente, hay de por medio factores individuales, tales como las características genéticas o de personalidad, que pueden tener un rol protector o facilitador para el desarrollo del consumo (33-36).

Según reportes de literatura internacional, la prevalencia del consumo de SPA, de acuerdo con el autorreporte, se encuentra entre el 1% y el 5%; sin embargo, en los pacientes a quienes se realizan análisis de laboratorio la prevalencia es mayor (23). Esta tendencia se mantiene con el presente estudio, ya que la prevalencia del autorreporte fue muy baja en relación con los resultados positivos de los análisis toxicológicos.

Los cuestionarios de autorreporte son importantes desde el punto de vista de la investigación social, porque pueden ser la única forma de obtener cierta información, como la que involucra comportamientos privados y actitudes personales. Algunas personas que responden los tests pueden no estar dispuestas a reportar el consumo de sustancias psicoactivas (37), con el fin de evitar posibles reacciones adversas por

parte de los otros, o para presentarse con una imagen favorable ante el entrevistador; especialmente, cuando las entrevistas se están aplicando dentro de un contexto hospitalario.

Según muestran estudios realizados en otros países, las sustancias ilícitas para las que se tiene una mayor validez en cuanto al autorreporte son la marihuana y la cocaína (38). Uno de los factores que pueden influir en el autorreporte es la aceptación social que exista sobre la sustancia; posiblemente, esta sea una de las razones por las cuales el único autorreporte veraz en el presente estudio fue para el alcohol, por ser una sustancia de uso legal y de fácil consecución en el ámbito nacional.

La relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y eventos traumáticos ha sido establecida desde tiempo atrás. En países industrializados alrededor del 45% de los accidentes de tránsito severos se relaciona con la ingesta de alcohol y constituye una quinta parte de las lesiones atribuibles a vehículo automotor (39).

En un estudio de la Universidad de California se encontró que la mitad de los sujetos admitidos en la unidad de trauma dieron positivo para alcohol. Un 20% más lo hizo para otras sustancias ilícitas, y un tercio, para dos o más drogas (40).

En Latinoamérica también se han reportado casos de traumas relacionados con el consumo de sustancias: en Venezuela cerca del 24% de los eventos traumáticos en salas

de urgencias corresponde a sujetos que resultaron positivos para algún tipo de sustancia (41). En Chile en un 25% de los sujetos atendidos en salas de urgencias había algún tipo de relación con el consumo de alcohol, y los accidentes de tránsito, los intentos de suicidio, los homicidios, y las sobredosis eran las causas de ingreso más comunes (42).

En Colombia se encontró intoxicación etílica en más del 40% de los pacientes con lesiones personales y en sujetos atendidos por traumas secundarios a accidentes de tránsito (43).

De acuerdo con información aún no publicada de estudios que hacen parte de este mismo proyecto en otros países de Latinoamérica, el consumo de alcohol en Colombia no es el más alto en la región. En comparación con resultados preliminares de los otros países, en Colombia el consumo más alto fue el de anfetaminas, y el consumo de opiáceos (sustancia más detectada en el presente estudio) no supera el porcentaje de consumo hallado en otros países latinoamericanos.

### **Limitaciones**

Uno de los criterios de exclusión fue pacientes con alteración en el estado de conciencia; esto quiere decir que muchas de las personas que ingresan bajo el efecto de sustancias psicoactivas, al presentar algún grado de alteración de la conciencia, son descartados.

Un porcentaje más que considerable de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas no tienen recursos económicos para pagar servicios de salud, por lo cual el sistema de salud colombiano los desvía a hospitales estatales.

Muchos pacientes con consumo positivo durante las últimas 6 horas previas al ingreso rechazaron participar en el estudio. La encuesta realizada no permitió discriminar si el uso de opiáceos tenía una indicación médica o era secundario a ventas sin prescripción.

### Conclusiones

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas durante las 6 horas previas al ingreso fue alta. La sustancia psicoactiva más detectada fueron los opiáceos. Es necesario realizar otros estudios para ahondar en la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la utilización de los servicios de urgencias.

### Agradecimientos

A la antigua Dirección Nacional de Estupeficientes, por su apoyo y su colaboración en el presente estudio.

### Referencias

1. D'Onofrio G, Becker B, Woolard RH. The impact of alcohol, tobacco, and other drug use and abuse in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2006;24:925-67.
2. Schneider Institute for Health Policy. Substance abuse: the nation's number

- one health problem. Annual report. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2001.
3. Department of Health and Human Services. Ninth special report to Congress on alcohol and health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville (MD): Department of Health and Human Services; 1997.
4. NIDA's economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992 [internet]. 1992 [citado: 11 de agosto del 2011]. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/EconomicCosts/Chapter5.html#5.2>.
5. Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Washington, DC; 1989.
6. Blow FC, Walton MA, Barry KL, et al. Alcohol and drug use among patients presenting to an inner-city emergency department: a latent class analysis. *Addict Behav.* 2011;36:793-800.
7. Cherpitel CJ. Drinking patterns and problems associated with injury status in emergency room admissions. *Alcohol Clin Exp Res.* 1988;12:105-10.
8. Cherpitel CJ. Alcohol and injury: a comparison of three emergency room samples in two regions. *J Stud Alcohol.* 1997;58:323-31.
9. Soderstrom CA, Trifillis AL, Shankar BS, et al. Marijuana and alcohol use among 1023 trauma patients. A prospective study. *Arch Surg.* 1988; 123:733-7.
10. Cornwell EE 3rd, Belzberg H, Velmahos G, et al. The prevalence and effect of alcohol and drug abuse on cohort-matched critically injured patients. *Am Surg.* 1998;64:461-5.
11. D'Onofrio G, Degutis LC. Screening and brief intervention in the emergency department. *Alcohol Res Health.* 2005;28:63-72.
12. Rondón M, Gómez-Restrepo C, Lozano J, et al. Niveles de alcohol en la sangre y desviación de la línea en conductores estudiados en simuladores. *Rev Colomb Psiquiat.* 2010;39(Suplemento):235-48.

13. National Institute of Drug Abuse. Consensus development panel: drug concentrations and driving impairment. *JAMA*. 1985;254:2618-21.
14. American Academy of Forensic Sciences. Current Status Report: Drugs And Driving. Colorado Springs, CO: AAFS; 1988.
15. Ferrara SD. Alcohol, drugs and traffic safety. *Br J Addict*. 1987;82:871-3.
16. Moskowitz H. Marijuana and driving. *Accid Anal Prev*. 1985;17:323-45.
17. O'Hanlon JF, Haak TW, Blaauw GJ. Diazepam impairs lateral position control in highway driving. *Science*. 1982;217:79-81.
18. Stapleton JM, Guthrie S, Linnoila M. Effects of alcohol and other psychoactive drugs on eye movements: relevance to traffic safety. *J Stud Alcohol*. 1986;47:426-32.
19. Compton RP, Anderson TE. The incidence of driving under the influence of drugs, 1985: an update of the state of knowledge. Report no. DOT HS-806 900. Washington: Department of Transportation; 1985.
20. Robbe HWJ, O'Hanlon JF. Marijuana, alcohol and actual driving performance. Report no. DOT HS-808 939. Washington: Department of Transportation; 1999.
21. Keer DW, Colliver JD, Kopstein AN, et al. Restricted activity days and other problems associated with use of marijuana or cocaine among persons 18-44 years of age: United States, 1991. En: *Advance data from vital and health statistics*, No. 246. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; 1991.
22. Robbe HWJ, O'Hanlon JF. Marijuana and actual driving performance. Report No. DOT HS-808-078. Washington: Department of Transportation; 1993.
23. Vitale SG, van de Mheen H, van de Wiel A, et al. Substance use among emergency room patients: Is self-report preferable to biochemical markers? *Addict Behav*. 2006;31:1661-9.
24. Mordal J, Bramness JG, Holm B, et al. Drugs of abuse among acute psychiatric and medical admissions: laboratory based identification of prevalence and drug influence. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:55-60.
25. Secretaría Distrital de Salud, Hospital de Occidente de Kennedy. Alcohol y trauma. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 1994.
26. Cherpitel CJ. Changes in substance use associated with emergency room and primary care services utilization in the United States general population: 1995-2000. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29:789-802.
27. el-Guebaly N, Armstrong S, Hodgins DC. Substance abuse in the emergency room: Programmatic implications. *J Addict Dis*. 1998;17:21-31.
28. Smothers BA, Yahr HT. Alcohol use disorder and illicit drug use in admissions to general hospitals in the United States. *Am J Addict*. 2005;14:256-67.
29. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000;176:345-50.
30. Aguirre-Molina M, Caetano R. Alcohol use and alcohol-related issues. En: Molina CW, Aguirre-Molina M, editors. *Latino health in the US: A growing challenge*. Washington: American Public Health Association; 1994. p. 393-424.
31. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain*. 2004;8:555-65.
32. Munce SE, Stewart DE. Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*. 2007;48:394-9.
33. Díaz R. *Cómo prevenir en los adolescentes los problemas con las drogas. El adolescente aquí*. Barcelona: Club de Pediatría Social; 2005.
34. Lane J, Gerstein D, Huang L. Risk and protective factors for adolescent drug use: Finding from the 1997. SAMHSA, Office of Applied Studies. Washington: National Household Survey on Drug Abuse; 1997.
35. Rojas AM. *Factores de riesgo y protectores en el abuso de drogas ilegales en adolescentes jóvenes de Lima Metropolitana*. Lima: CEDRO. 1999.



36. San L, Carvajal H, Harley L, et al. Factores de riesgo y protectores en el medio universitario costarricense (Investigación cualitativa-grupos focales). San José, Costa Rica: Comisión IAFA Universidades. Sub Comisión de Investigación; 1998.
37. Harrison LD, Martin SS, Enev T, et al. Comparing drug testing and self-report of drug use among youths and young adults in the general population (DHHS Publication No. SMA 07-4249, Methodology Series M-7). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies; 2007.
38. Harrell AV. The validity of self-reported drug use data: the accuracy of responses on confidential self-administered answered sheets. NIDA Res Monogr. 1997;167:37-58.
39. FARS 1993-1994. National Highway Traffic Safety Administration.
40. Bailey D. Drug use in patients admitted to a university trauma center. J Anal Toxicol. 1990;14:22-4.
41. Pineiro S, Medina E, Rojas M.. Prevalencia del consumo de drogas en pacientes atendidos en urgencias de adultos. Salud Pública de México. 1998;40:234-40.
42. Conace. Informe de la situación de drogas en Chile Tomo I. Santiago de Chile: Ministerio del Interior; 1999.
43. Bejarano J, Obando P. Trauma y consumo de drogas en pacientes admitidos en salas de emergencia de dos Hospitales generales de Costa Rica. Salud y Drogas. 2002;2:47-60.

*Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 22 de julio de 2011  
Aceptado para publicación: 1º de noviembre de 2011*

*Correspondencia  
Carlos Gómez-Restrepo  
Director Departamento  
Epidemiología Clínica y Bioestadística  
Hospital Universitario de San Ignacio  
Pontificia Universidad Javeriana  
Carrera 7ª No. 40-62, piso 2  
Bogotá, Colombia  
cgomez\_restrepo@yahoo.com*