

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS CONSULTAS POR USO DE DROGAS REGISTRADAS EN EL C.I.A.T.

- URUGUAY 2016 -

ORIENTADORES:

- Prof. Agda. Dra. Alba Negrin Avondet
- Prof. Adj. Dra. Ma. Noel Tortorella Dalies

ESTUDIANTES:

- Br. Cortinas Palacio, Claudia
- Br. Da Costa García, Federico
- Br. Del Puerto Sosa, Valeria
- Br. Lima Sierra, Marcelo
- Br. Santana Sabio, Viviana
- Br. Traugott Casale, Sara

ÍNDICE

• RESUMEN	→ Pág. 03
• INTRODUCCIÓN	→ Pág. 04
• MARCO TEÓRICO	→ Pág. 05
- Conceptos Básicos	→ Pág. 05
- Alcohol	→ Pág. 06
- Marihuana o Cannabis	→ Pág. 06
- Cocaína	→ Pág. 07
- Pasta Base de Cocaína	→ Pág. 08
- Drogas Sintéticas	→ Pág. 09
- Psicofármacos	→ Pág. 10
• PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS	→ Pág. 12
• OBJETIVOS	→ Pág. 12
• METODOLOGÍA	→ Pág. 13
• RESULTADOS	→ Pág. 16
• CONCLUSIONES	→ Pág. 23
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	→ Pág. 25
• ANEXOS	→ Pág. 27

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE CONSULTAS
POR USO DE DROGAS REGISTRADAS EN EL C.I.A.T.
URUGUAY 2016

• **RESUMEN**

El Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (C.I.A.T.), único para todo el país, fue creado en 1975, y es un servicio de diagnóstico, tratamiento y prevención de las intoxicaciones dirigido a todo el sistema de salud brindando orientación toxicológica a todo el Uruguay.

La guardia médica del C.I.A.T. se ubica en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” e integra el Departamento de Toxicología, y funcionan las 24 hs., todos los días del año, brindando información y asesoramiento toxicológico a través del número 1722. Contribuye a la asistencia de los pacientes en el hospital universitario en emergencia, sectores de internación y policlínica.

Se reciben unas 11.000 consultas por año aproximadamente, por intoxicaciones o por circunstancias de riesgo con exposición a sustancias químicas, incluyendo medicamentos, plaguicidas, productos de uso industrial y doméstico, plantas y animales ponzoñosos, drogas de abuso, entre otros agentes tóxicos.

El consumo de drogas tiene una tendencia creciente en el mundo y en nuestro país. El C.I.A.T. recibe y registra todas las consultas vinculadas a este tipo de consumo.

Con este trabajo buscamos conocer la epidemiología de las consultas por consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales realizadas a dicho centro durante el año 2016, analizando los registros de la base de datos del mismo.

Se realizará un estudio analítico descriptivo, retrospectivo, observacional, en el cual se analizará el comportamiento de variables demográficas, rangos etarios, sustancias consumidas, severidad del cuadro, entre otras.

Según el informe publicado en el año 2016 por el Observatorio Uruguayo de Drogas (O.U.D.) de la Junta Nacional de Drogas (J.N.D.), el consumo de sustancias de abuso no es homogéneo; y puede variar a lo largo del tiempo, por ello es importante conocer el perfil epidemiológico de nuestro país, para realizar acciones preventivas, evaluar el impacto sanitario y el eventual riesgo en diversas poblaciones.

● **INTRODUCCIÓN**

En el año 2016 el O.U.D. y la J.N.D., publicaron el Informe de Investigación de la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas¹, con datos recolectados en el periodo Agosto – Diciembre 2014 en localidades de Uruguay con más de 10.000 habitantes, la población objetivo se encontraba entre 15 y 65 años. En los resultados se pudo ver una marcada prevalencia del consumo de sustancias en varones, excepto en los tranquilizantes y estimulantes, con predominio en mujeres; siendo la franja etaria con mayor consumo de 18 y 35 años. En Montevideo se pudo observar una alta prevalencia del consumo de psicoactivos.

En dicha encuesta se concluyó que el alcohol es la sustancia más consumida y la que presentó un mayor consumo problemático. La edad de inicio del consumo es cada vez más temprana; pero en comparación con datos del año 2001, el consumo se ha mantenido estable. La prevalencia es significativamente mayor en Montevideo, la cantidad de alcohol consumido es mayor en hombres, pero las mujeres más jóvenes ingieren mayores cantidades.

En el uso de psicofármacos se tomaron en cuenta los casos sin indicación médica previa, hay una alta prevalencia en mujeres, que aumenta con la edad; y la sustancia de elección son las benzodiacepinas.

Existe una tendencia ascendente en el consumo de marihuana, que se encuentra en el tercer lugar luego del alcohol y el tabaco. El consumo es mucho mayor en la capital del país, y predomina en hombres. Cerca de la mitad de los consumidores diarios de marihuana presentan un consumo problemático, la mayoría se localizan en el interior del país y tienen menos de 25 años.

El consumo de cocaína se ha mantenido relativamente estable en relación a mediciones realizadas en 2006 y 2011. Hay una clara diferencia social en este consumo, prevalece en sectores con nivel económico y cultural medio y medio – alto. Sigue siendo más prevalente en varones, menores de 35 años y en Montevideo.

Las drogas de síntesis presentan magnitudes despreciables, menos del 2 % las consumió alguna vez, siendo el éxtasis la más mencionada. No obstante, su impacto sanitario se debe a la potencial gravedad que pueden presentar las intoxicaciones agudas. El perfil de los consumidores se asemeja al de los consumidores de cocaína.

De los consumidores que consultaron solicitando atención, la gran mayoría fueron hombres y en promedio de 36 años. Las consultas predominaron en Centros Asistenciales del 3^{er}. Nivel de Atención públicos y privados de Montevideo, consultorios privados y clínicas psiquiátricas.

Existe un grupo de usuarios que no llega al sistema sanitario denominado “población oculta”, son consumidores residentes en zonas de alta vulnerabilidad social, por lo que su declaración en este tipo de encuestas es poco probable; a pesar de esto, se pudo ver una leve

disminución del consumo en la misma en comparación con los datos del año 2011. La O.U.D. en el 2012 se abocó a la investigación de estos consumidores. En dicho estudio se obtuvieron datos significativos acerca de los consumidores de Pasta Base de Cocaína, el 43 % ha solicitado atención alguna vez, la mayoría son mujeres aunque el uso problemático es mayor en varones.

En la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas¹ se manifiesta la necesidad de contar con datos actualizados para poder desarrollar políticas públicas sobre drogas, es por eso que este tipo de informes permiten conocer el fenómeno de las mismas, caracterizarlo, conocer su magnitud y dimensionar los riesgos, tanto para los usuarios como para el personal de la salud. Estos resultados permiten desarrollar estrategias en materia de drogas y de esta manera mejorar la eficiencia en la protección sanitaria de los usuarios, permiten evaluar la tendencia del uso de sustancias tanto legales como ilegales en nuestro país.

- **MARCO TEÓRICO**

CONCEPTOS BÁSICOS

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), droga es toda sustancia natural o sintética, que una vez introducida al organismo, es capaz de adulterar una o más funciones.² Son sustancias que afectan el Sistema Nervioso Central (S.N.C.), por ello se les denomina drogas psicotrópicas o psicoactivas; sus efectos fluctúan desde la excitación y la euforia a la relajación, sedación y depresión.

El término uso se refiere al consumo de una sustancia legal o ilegal en el cual la cantidad, frecuencia, y calidad de la sustancia no evidencian consecuencias a nivel personal ni en su entorno. Sin embargo el uso problemático es aquel en el cual se producen consecuencias negativas para la persona y/o entorno.

El uso de sustancias tóxicas se puede dar en diferentes circunstancias con diversa intencionalidad. El contacto o uso accidental, incluye también a las sustancias de abuso. Los contactos accidentales son más frecuentes en domicilio, y se deben a la disponibilidad de las sustancias, baja percepción de riesgo, descuido en el almacenamiento de sustancias recreativas, medicamentos psicoactivos y negligencia de cuidadores.

Cuando se habla del consumo de más de un tipo de sustancia, se le denomina policonsumo, y existen numerosas combinaciones; éste puede ser simultáneo o secuencial.²

SUSTANCIAS

- ALCOHOL

Sustancia psicoactiva, “depresor del S.N.C. que produce desinhibición conductual y emocional.”⁶ Puede producir intoxicación y dependencia. El proceso de absorción comienza rápidamente, tanto por ingestión (el más habitual), inhalación, vía dérmica o endovenosa.⁵

La intoxicación aguda provoca un estado transitorio de deterioro funcional en el rendimiento psicomotor. Las manifestaciones clínicas sobre el S.N.C. son al inicio excitación, y luego un estado de depresión, en el cual la magnitud de éste varía según el grado de intoxicación. Según la cantidad consumida produce: 0.5 g/L. euforia, 1 g/L. desinhibición, 1.5 g/L. embriaguez, 2 g/L. descoordinación del habla, mareo y diplopía; 3 g/L. estado de apatía y somnolencia, 4 g/L. coma.²

En Uruguay se consumen aproximadamente 6,3 litros de Etanol al año en personas mayores de 15 años. Datos del año 2013 cuentan de 260.000 personas afectadas por consumo abusivo de alcohol al año. Es un problema de salud por lo que el Estado uruguayo implementa medidas sociales y políticas para combatirlo.⁶ En el Hospital de Clínicas se dispone de una importante herramienta diagnóstica, que es contar con la capacidad de realizar alcoholemia, con valor clínico, que ayuda a evidenciar la intoxicación alcohólica aguda pura o subyacente en diversas circunstancias clínicas de emergencia como son accidentes de tránsito, hechos de violencia y síndrome de abstinencia al alcohol.

- MARIHUANA O CANNABIS

Es una planta originaria de Asia con amplia distribución mundial. La legislación actual del Uruguay la trata como una especialidad vegetal controlada y definida. En la Ley N° 19.172 sobre la Regulación y Control del Cannabis, promulgada en el año 2013, se regula su producción, comercialización y consumo. Refiere tres vías para obtenerlo para uso recreacional en los adultos: autocultivo, clubes de Cannabis y venta a través de farmacias, regulados por el Instituto de Regularización y Control del Cannabis (I.R.C.C.A.).⁸ Según el Decreto que regula la referida norma, se entiende por Cannabis psicoactivo a las “sumidades floridas de la planta hembra del Cannabis, exceptuando las semillas y las hojas separadas del tallo, cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) natural, sea igual o superior al 1 % en su peso” (Cap. 1° Art. 1 del D.L. 19.172).

Esta planta contiene múltiples sustancias químicas, el principal componente psicotrópico es el delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC). Las plantas en la actualidad contienen alrededor de un 3 %, pero pueden llegar a elevadas concentraciones de hasta más del 40%. Se consume por

vía inhalada, fumada principalmente. Por ésta vía llega rápidamente al S.N.C., con latencia de pocos minutos para el inicio de sus efectos, la duración de éstos es de 2 - 3 horas aproximadamente. Otra vía es la digestiva, el inicio de los efectos es más tardío pero más duradero.² El uso vía oral, implica un riesgo mayor de desarrollar toxicidad aguda grave. Los efectos que produce son: relajación, desinhibición, hilaridad, somnolencia, alteraciones del sensorio, aumento del apetito, sequedad bucal, ojos brillantes, taquicardia, sudoración, ataxia.² Con productos de alto contenido en THC se evidencian efectos más graves, taquicardia supraventricular, hipertensión, movimientos anormales y síntomas psiquiátricos. El THC es muy liposoluble y se almacena en tejidos del organismo, y en el S.N.C. se elimina lentamente, lo que provoca acumulación cuando se utiliza con frecuencia², pudiendo alterar funciones superiores, por ejemplo el aprendizaje, concentración, memoria y lucidez mental. En su condición de droga perturbadora, puede causar en personas susceptibles o portadoras de enfermedades psiquiátricas un riesgo aumentado de psicosis.⁷

- COCAÍNA

La Cocaína es el principal alcaloide que se extrae de la hoja de coca mediante un proceso que involucra diversas sustancias químicas, generalmente hidrocarburos, éstos permanentemente son cambiados para evadir los controles de los organismos represivos nacionales e internacionales. Uno de sus productos intermediarios, es la Pasta Base de Cocaína (P.B.C.), más alcalina y liposoluble.

La forma más usada es el Clorhidrato de Cocaína (C.C.) que se presenta como polvo, de aspecto cristalino, color blanco tornasolado y sabor amargo; denominada según la jerga popular “merca”, “coca”, “nieve” o “falopa”.⁹ El C.C. es hidrosoluble por lo que se absorbe bien por todas las vías, la forma principal de consumo es intranasal. La latencia para que cause sus diversos efectos depende de la vía de administración, variando desde segundos a minutos. La duración del efecto es de media hora aproximadamente.

Las cocaínas fumadas tienen una absorción muy rápida, estas son “el crack”, la base libre o la P.B.C. Las dos primeras no están disponibles para la venta en Uruguay, sin embargo hay consumidores que las preparan artesanalmente a partir del C.C. La Cocaína también se puede absorber por vía digestiva, siendo este escenario característico del tráfico de drogas, por ingestión de “paquetes” resultando en situaciones clínicas de elevada gravedad.

En relación a su farmacocinética, la cocaína tiene la propiedad de atravesar las membranas biológicas rápidamente, encontrándose a los 30 segundos a nivel cerebral luego de esnifarla; pero la absorción nasal y oral son de las más lentas, en comparación con las formas fumables que llegan al S.N.C. en 5”.

Existen diferentes manifestaciones clínicas a nivel cardiovascular, palpitaciones, bradicardia o taquicardia, hipertensión e infarto de miocardio. Origina arritmias de tipo fibrilación auricular (la más frecuente), taquicardia ventricular y fibrilación ventricular, siendo ésta la causa más frecuente de muerte súbita por cocaína. En el aparato respiratorio taquipnea y respiración irregular. Los síntomas digestivos incluyen anorexia, náuseas, vómitos, diarreas y las más graves, aunque raras, úlceras gastroduodenales con hemorragia y perforación o colitis isquémicas. Las repercusiones hepáticas son lesiones agudas tóxicas de tipo citolítico ya que la cocaína es una toxina hepática específica. Metabólicamente puede producirse una hipertermia maligna. La sintomatología ocular está dada por midriasis, vasoconstricción conjuntival y nistagmus vertical. Las consecuencias neurológicas son cefalea, ictus, hemorragia cerebral y convulsiones.⁹ Es muy importante la lesión renal por cocaína, la cual es multifactorial, por vasoespasmo, depósito pigmentario derivado de la destrucción muscular, y toxicidad directa. Cabe destacar que la combinación de cocaína y alcohol es sumamente frecuente. El consumo simultáneo hace que se modifique la metabolización de la cocaína transformándola en etilcocaína o cocaetileno, un metabolito activo, tóxico, con potencial arritmogénico y hepatotóxico, con riesgo de muerte súbita (hasta 18 veces mayor que la cocaína en monoconsumo).⁹

Por tratarse de sustancias de producción y distribución ilícita pueden estar adulteradas. En nuestro medio el principal corte inactivo es con lactosa, y de los cortes activos son cafeína, levamisol y fenacetina.

- **PASTA BASE DE COCAÍNA**

Es un polvo blanco amarillento, opaco de consistencia pastosa y olor penetrante, que contiene 60% a 90% de cocaína en su masa, otros componentes que se encuentran son cianomoilecgnonina, truxillinas, productos de descomposición de la cocaína y adulterantes con el fin de aumentar la cantidad del producto.¹⁰ La Pasta Base de Cocaína (P.B.C.) tiene la característica química de ser una base, lo que le confiere capacidad de calentarse sin desnaturalizarse. La vía de consumo es fumada, para ello se utilizan diversos dispositivos artesanales como latas, plásticos de broncodilatadores, tubos de PVC, entre otros.¹¹ El usuario puede consumirla también mezclada con marihuana (denominado “basoco”) o tabaco en un cigarrillo.

Dado que es un precursor de la cocaína, la P.B.C. tiene efectos agudos similares a los mencionados anteriormente. Se destacan la euforia como manifestación clínica más prevalente, también síntomas respiratorios derivados de la vía de consumo y existe ideación paranoide intensa que se produce en usuarios inveterados. Las manifestaciones respiratorias por consumo

de P.B.C. han sido estudiadas en nuestro país, son frecuentes: tos con expectoración carbonácea, disnea y broncoespasmo.

- **DROGAS SINTÉTICAS**

Son sustancias sintéticas originadas en la sustitución de la molécula de anfetamina, y otros nuevos compuestos. Se ha realizado una aproximación epidemiológica que según la VI Encuesta Nacional en Hogares Sobre Consumo de Drogas, poco menos del 2 % de la población consumió estimulantes de tipo anfetamínico alguna vez en la vida; a pesar de poder considerarse de baja dimensión, estos números han aumentado considerablemente desde el 2001.¹ Se las denomina “drogas emergentes”, o como las designa la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (U.N.O.D.C.) “Nuevas Drogas Psicoactivas” (N.P.S.), definidas como: “sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública” (el término nuevas no refiere necesariamente a nuevas invenciones, sino a sustancia de aparición reciente en el mercado, que no fueron incorporadas a las convenciones mencionadas).¹⁷ Dichas N.P.S. son sintetizadas en forma clandestina, se presentan en comprimidos, impregnadas en cartones, como cristales o en forma líquida, manteniendo características generales de las sustancias de abuso. Se desconoce su exacta composición y dosis, lo cual les confiere versatilidad química que permite producir nuevas molécula.¹⁸ Se clasifican en 12 familias, agrupadas según su estructura química o su efecto.

SUSTANCIAS ESPECÍFICAS PSICOESTIMULANTES:

METILENODIOXIANFETAMINAS: Es una de las sustancias más frecuentemente halladas en la actualidad en Uruguay, tanto en decomisos policiales, en análisis del Instituto Técnico Forense (I.T.F.) o de Policía Científica, como en la práctica clínica; aunque estudios poblacionales de muestra biológicas obtenidas en fiestas electrónicas ha permitido hallar diversas sustancias que aún no han sido encontradas en los decomisos, ni en muestras biológicas de pacientes intoxicados.

Son sustancias con grupos químicos sustituidos en el núcleo madre anfetamínico, así además del efecto anfetamínico psicoestimulante, tienen como ya se mencionó efecto serotoninérgico, produciendo la alteración perceptual.

La metilenodioxianfetamina (MDMA), o mejor conocida como Éxtasis, suele presentarse en pastillas o en polvo siendo conocida ésta última como “cristal”. Los incautados de circulación han demostrado tener anfetamina, cafeína, efedrina entre otros más de 240 compuestos distintos,

incluso en algunos casos las presentaciones no tenían MDMA.^{18 - 21.}

Como todas las drogas de abuso, no actúan selectivamente en el S.N.C., y por tanto producen otros efectos no buscados, como alteraciones de la percepción del tiempo, alucinaciones visuales a altas dosis, mayor conciencia de las emociones, euforia y locuacidad (son por tanto sustancias entactógenas). Además producen palpitaciones, elevación de la presión arterial, sed y disminución del apetito. Puede evidenciarse hepatotoxicidad y nefrotoxicidad aguda. Dosis altas pueden producir visión borrosa, agitación e hipertermia. En su rango tóxico puede llevar a una psicosis aguda, crisis de ansiedad (ataques de pánico) y depresión²¹, además mialgias, destrucción tisular por calor y rabdomiólisis. Su diagnóstico analítico es difícil, costoso y no se ajusta en la actualidad a los tiempos asistenciales.

SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS:

L.S.D. (DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO): Moléculas sintetizadas en los '40 para el manejo de determinados trastornos mentales, actualmente usada con fines recreativos. Su forma habitual de presentación es en papel secante, en forma de sello y dibujos variados para hacerlo más atrayente y se coloca bajo el paladar, aunque se lo encuentra también en pastilla y polvo²¹. Puede interactuar con sistemas dopaminérgicos, adrenérgicos y con la mayoría de los serotoninérgicos, produciendo por dichas vías varias alteraciones psicológicas como sinestesias, alucinaciones visuales, alteraciones de la percepción del tiempo, hipersensibilidad que desarrolla ilusiones y pseudoalucinaciones, aumento en la capacidad de sugestión transformando algo con simbolismo común en extraordinario. Además produce midriasis, taquicardia, piloerección, temblores, hiperreflexia, tensión muscular, ataxia y ligera pirexia.²¹

Se presentan impregnados en cartones por lo que los usuarios lo compran como L.S.D. o “nuevo L.S.D.”, ya que no se ha encontrado en nuestro medio desde hace aproximadamente 8 años, sustituida por otras moléculas que tienen efectos más potentes. En Uruguay circulan habitualmente cartones que contienen 25-I-NBOME. Estos cartones se colocan en la mucosa yugal, pero dado su intenso sabor amargo se usan también en la conjuntiva ocular.

- PSICOFÁRMACOS

Según la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, publicada en 2016 por la J.N.D., los tranquilizantes son la tercer sustancia más consumida por los uruguayos.

Las Benzodiacepinas representan un amplio grupo de psicofármacos, que poseen un núcleo químico común que es el anillo benzodiacepínico, su mecanismo de acción está dado por la potenciación de la actividad depresora del neurotransmisor GABA a nivel del S.N.C. Presentan una buena absorción a nivel gastrointestinal favorecida por sustancias tales como el etanol,

luego de la ingesta la concentración en plasma y líquido cefalorraquídeo se produce entre 30 minutos a 8 horas dependiendo del tipo de Benzodiacepina. Se metabolizan a nivel hepático y pueden atravesar la placenta y la leche materna.

Poseen propiedades ansiolíticas, hipnóticas y sedantes con un amplio margen de seguridad si las comparamos con los barbitúricos, a dosis terapéuticas. Los efectos adversos y tóxicos se relacionan principalmente con la duración del tratamiento y la dosis, entre ellos: debilidad muscular, ataxia, cefalea, sedación, somnolencia, disartria, pupilas mióticas, nistagmus, vómitos y náuseas. El uso continuo, puede desencadenar trastornos cognitivos, alteración de la conducta, tolerancia y dependencia. La peligrosidad aumenta cuando se combinan con otros depresores del S.N.C., tales como alcohol, anestésicos u opiáceos.

Contamos con los datos obtenidos en 2010 - 2011 sobre el perfil epidemiológico de las intoxicaciones por Benzodiacepinas recibidas en el C.I.A.T., y destacamos que representaron un 22,8 % de los agentes tóxicos registrados, con un predominio en el sexo femenino y en mayores de 18 años. La ingesta con fines de autoeliminación fue la situación de mayor frecuencia, catalogadas como intoxicaciones leves - moderadas. Los casos severos se debieron a la combinación con otros medicamentos o sustancias tóxicas, en los que evolucionaron a la muerte existió la mezcla con antipsicóticos, anticonvulsivantes, hipoglucemiantes como biguanidas. Registros en el C.I.A.T. del período 2004 - 2005, muestran el consumo de pasta base asociado al consumo de fármacos, con intención suicida, luego de las consultas por sobredosis. La asociación con Alcohol y Benzodiacepinas fueron las más comunes, con manifestaciones clínicas tales como depresión de conciencia, taquicardia, euforia, dolor precordial, etcétera.²²

- **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS DE ESTUDIO:**

¿Se conoce cuál es el perfil clínico y epidemiológico sobre las consultas realizadas al C.I.A.T. debido a la exposición a sustancias de abuso en el Uruguay?

- **OBJETIVOS**

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el perfil clínico y epidemiológico de las consultas en Uruguay por consumo de sustancias legales e ilegales que fueron registrados en la base de datos del C.I.A.T. durante el año 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Distinguir si hay diferencias en este uso entre sexos.
- Diferenciar el rango etario en el que se presentaron las intoxicaciones.
- Identificar qué sustancias fueron las que provocaron la mayor cantidad de consultas en el año 2016 y cuáles formaron parte de un policonsumo.
- Conocer en qué zonas demográficas del Uruguay se registraron la mayoría de los casos.
- Diferenciar las consultas realizadas los fines de semana de las realizadas el resto de la semana.
- Identificar la circunstancia en la que se produjo el uso de la sustancia.
- Clasificar las consultas por grado de severidad.
- Detectar el número de consultas realizadas por mujeres embarazadas.

- **METODOLOGÍA**

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO EN GENERAL

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, sobre la población que consultó en el Centro de Información y Atención Toxicológica (C.I.A.T.) durante el año 2016.

UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

El universo en estudio son los consumidores de sustancias lícitas e ilícitas que debieron consultar en diversos servicios sanitarios, tanto del ámbito público como del privado, y a su vez consultaron al C.I.A.T. desde cualquier lugar del territorio nacional; y de acuerdo al objetivo del estudio, estos fueron la muestra observada según si cumplieron o no con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales son:

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes que durante el año 2016 consultaron en el C.I.A.T. por consumo de drogas de abuso, habiendo sido ingresadas dichas consultas en la base de datos de dicho centro.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes que durante el año 2016 consultaron en el C.I.A.T. por consumo de otro tipo de sustancias tóxicas y fueron registradas en la base de datos como intoxicación accidental por otro tipo de sustancias, excluyendo las drogas de abuso.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: n = 773 consultas.

VARIABLES DE ESTUDIO

- | | |
|--------------------|----------------------|
| - Edad | - Circunstancia |
| - Sexo | - Sustancia de Abuso |
| - Lugar | - Policonsumo |
| - Día de la Semana | - Embarazo |
| | - Severidad |

COMITÉ DE ÉTICA MÉDICA

El día cinco de junio del año 2017 se entregó el Protocolo de Investigación de este estudio en el Comité de Ética Médica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” para su posterior análisis y aprobación.

Se recibió dicha aprobación sin objeciones por parte del Comité de Ética Médica de la Facultad de Medicina del Uruguay el día dos de julio del año 2017 vía mail. (Ver Anexos).

● RESULTADOS

Las consultas recibidas en el CIAT – DTOX en el año 2016 vinculadas al uso de drogas, fueron en total 773 consultas por casos clínicos. Estas comprenden, circunstancias de abuso, suicidio, y otras, aunque no intencionales, involucran drogas psicoactivas. De ellas, se observa que el número de agentes es mayor al número de casos (1216 sustancias - 773 casos clínicos).

Tabla 1 - AGENTES TOTALES				
	Montevideo	Interior	Total	%
Etanol	298	178	476	39,24
C. de Cocaína	135	77	212	17,48
P.B.C.	119	32	151	12,45
Cannabis spp.	115	36	151	12,45
Psicofármacos	44	40	84	6,92
NPS	27	22	49	4,04
Tabaco	41	0	41	3,38
Otros Agentes	20	12	32	2,64
Sin Datos	3	5	8	0,66
Floripón	2	4	6	0,49
Opiáceos	6	0	6	0,49
TOTAL	810	406	1216	100

El alcohol es la sustancia que motivó más consultas al Centro (39,24 %). La segunda más frecuente fue el Clorhidrato de Cocaína (17,48 %), tanto en Montevideo como en el Interior. El tercer lugar lo comparten la P.B.C. y el Cannabis (12,45 % cada uno).

Dentro de los psicofármacos (6,92 %) se destaca que las benzodiacepinas fueron las que generaron mayor número de consultas con un 65,47 % dentro de las sustancias registradas. (Ver Tabla 1).

Los opiáceos que tienen una frecuencia muy baja de consulta son todos de uso terapéutico, siendo todos ellos prescritos por médico.

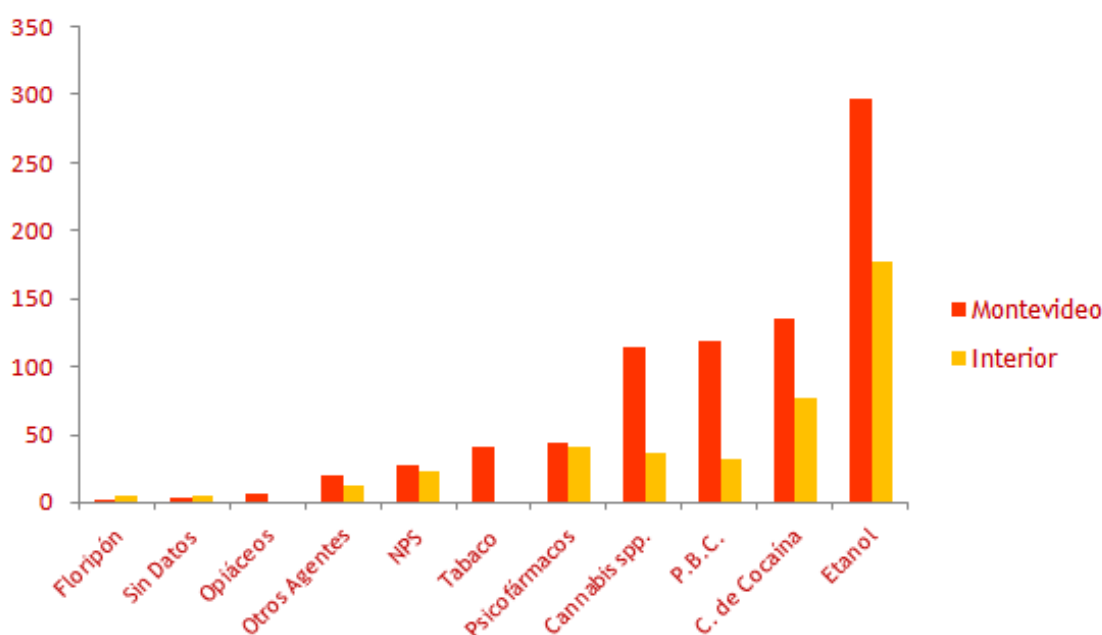


Gráfico 1 - Distribución de Agentes.

En cuanto al sexo del paciente, el 62,10 %, corresponde al sexo masculino, y el resto, un 37,90 %, al sexo femenino, es decir en una relación 1,6:1.

De las mujeres 3,41 % cursaban un embarazo y un 1,02 % se encontraba amamantando (Ver Tabla 2).

Tabla 2 - DISTRIBUCIÓN POR SEXO					
		Montevideo	Interior	Total	%
Masculino		327	153	480	62,10
Femenino		166	127	293	37,90
	Amamantando	3	0	3	1,02
	Embarazo	8	2	10	3,41

Tabla 3 - EDAD DE CONSULTAS				
	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Total	%
< 1 año	4	4	8	1,03
1 - 5 años	3	7	10	1,29
≤ 14 años	18	13	31	4,01
15 - 19 años	32	56	88	11,38
20 - 25 años	59	107	166	21,47
26 - 35 años	65	137	202	26,13
36 - 45 años	56	79	135	17,46
46 - 55 años	35	43	78	10,09
56 - 65 años	14	22	36	4,66
> 65 años	3	11	14	1,81
Sin Datos	4	1	5	0,65
TOTAL	293	480	773	100

De las 773 consultas recibidas, la mayoría correspondieron al rango etario de 26 a 35 años de edad (26,13 %), seguidos por la franja entre 20 y 25 años (21,47 %) y por la de 36 a 45 años (17,46 %); observándose la misma frecuencia en ambos sexos. Sólo en el grupo de menores de 14

años de edad son más frecuentes las consultas en el sexo femenino.

La media de edad calculada corresponde a 27 años. (Ver Tabla 3).

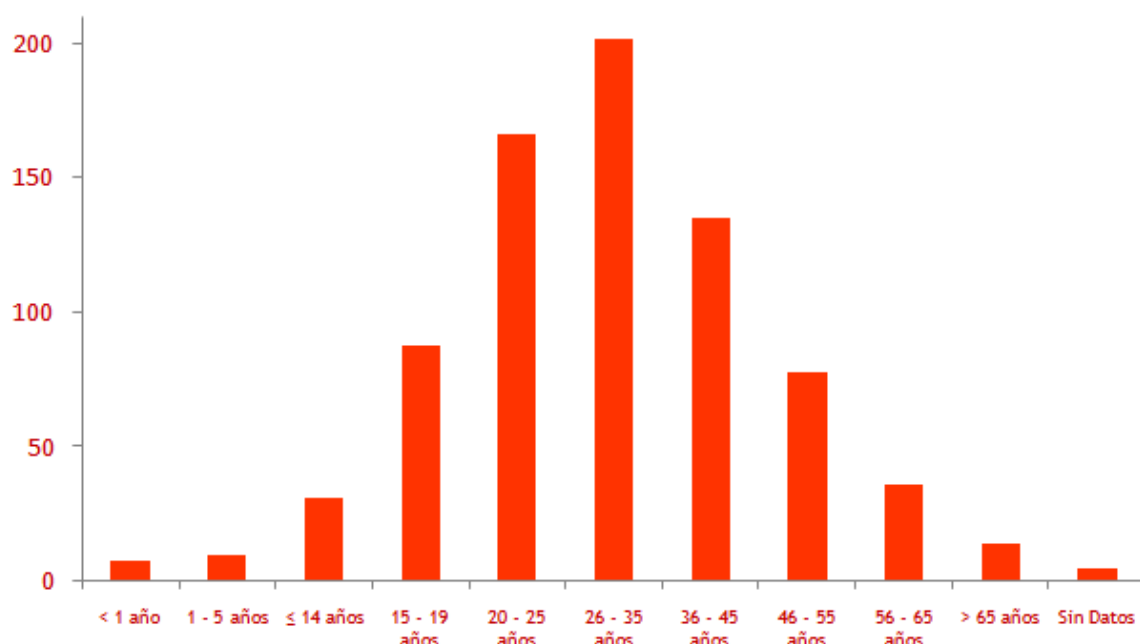


Gráfico 2 - Rangos Etarios.

Si analizamos las circunstancias en que se produjo la intoxicación, el 96,38 %, fueron intencionales, de ellas en el 54,98 % la sustancia psicoactiva fue usada en un contexto de abuso, y en el 38,03 % la o las sustancias psicoactivas se usaron en intentos de suicidio.

En las consultas por intoxicaciones no intencionales, 3,62 % de las consultas, destacamos las catalogadas como Intoxicaciones Alimentarias (2 casos), que

correspondieron a niños que ingirieron alimentos que contenían Cannabis, así como los casos en que se consultó por lactantes, que recibieron la sustancia psicotrópica por esta vía y los casos en que la circunstancia de exposición fue ambiental. (Ver Tabla 4).

Tabla 4 - CIRCUNSTANCIA DEL CONSUMO			
		Total	%
Intencional	Abuso	425	54,98
	Suicidio	294	38,03
	Desconocido	11	1,42
	Otro	10	1,29
	Delictivo	4	0,52
	Aborto	1	0,13
TOTAL		745	96,38
No Intencional	Accidental	19	2,46
	Otro	3	0,39
	Ambiental	2	0,26
	Intox. Alimentaria	2	0,26
	Lactancia	2	0,26
TOTAL		28	3,62

Respecto a la variable procedencia geográfica, se encontró que un 63,91 % de las consultas eran de Montevideo y el 36,22 % restante del interior. Canelones, Maldonado y San José, son en ese orden, los departamentos con más consultas. (Ver Tabla 5).

Tabla 5 - DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA		
	TOTAL	%
Montevideo	494	63,91
Interior	280	36,22
TOTAL	774	100
INTERIOR:		
Canelones	80	28,57
Maldonado	47	16,79
San José	19	6,79
Cerro Largo	17	6,07
Colonia	16	5,71
Salto	14	5,00
Artigas	10	3,57
Rivera	10	3,57
Florida	9	3,21
Rocha	9	3,21
Soriano	9	3,21
Lavalleja	8	2,86
Paysandú	7	2,50
Treinta y Tres	7	2,50
Río Negro	5	1,79
Tacuarembó	5	1,79
Durazno	4	1,43
Flores	3	1,07

En cuanto al perfil clínico, algo menos de la mitad de las consultas fueron clasificadas como cuadros leves, asintomáticos y moderados, totalizando un 92,63%. Son severos el 6,99 % y mortales el 0,39 %. (Ver Tabla 6).

Tabla 6 - SEVERIDAD EN LAS CONSULTAS		
	Total	%
Asintomática	169	21,86
Mínima: Leve	384	49,68
Moderada	163	21,09
Severa	54	6,99
Fatal	3	0,39
TOTAL	773	100

Con respecto a la distribución de las consultas en la semana se mostró que un 49,42% fueron de lunes a jueves, y el 44,63 % los fines de semana. (Ver Tabla 7).

Tabla 7 - DÍAS DE CONSUMO				
	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Total	%
Resto de Semana	133	249	382	49,42
Fin de Semana	137	208	345	44,63
Feriados	23	23	46	5,95

El Etanol fue la sustancia que más se asoció al suicidio (64,09 %), seguido de Clorhidrato de Cocaína y P.B.C. (ambas en un 11,05 % cada una). (Ver tabla 8).

Tabla 8 - SUSTANCIAS/CIRCUNSTANCIA		
SUICIDIO	Todo el País	%
Etanol	116	64,09
C. de Cocaína	20	11,05
PBC	20	11,05
Cannabis	8	4,42
Ketamina	1	0,55
LSD	1	0,55

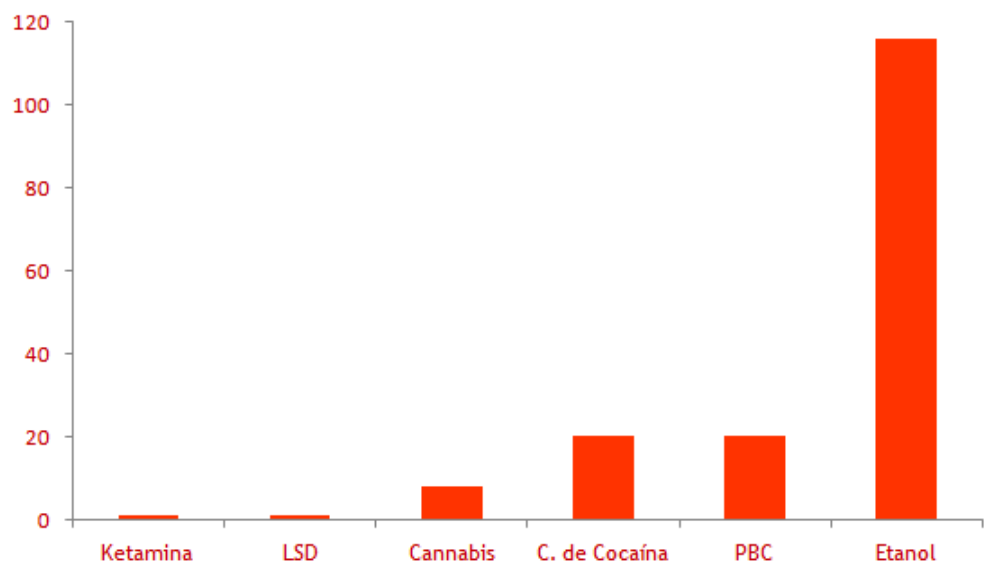


Gráfico 3 - Suicidios.

Considerando la circunstancia abuso, el consumo exclusivo de etanol motivó el mayor número de consultas, (10,58 %) seguido del Clorhidrato de Cocaína (10,11 %). (Ver tabla 9).

Tabla 9 - MONOCONSUMO EN ABUSO		
	Total	%
ETANOL	45	10,58
CLORHIDRATO DE COCAÍNA	43	10,11
P.B.C.	25	5,88
CANNABIS SPP	23	5,41
NPS	21	4,94
OTROS	19	4,47

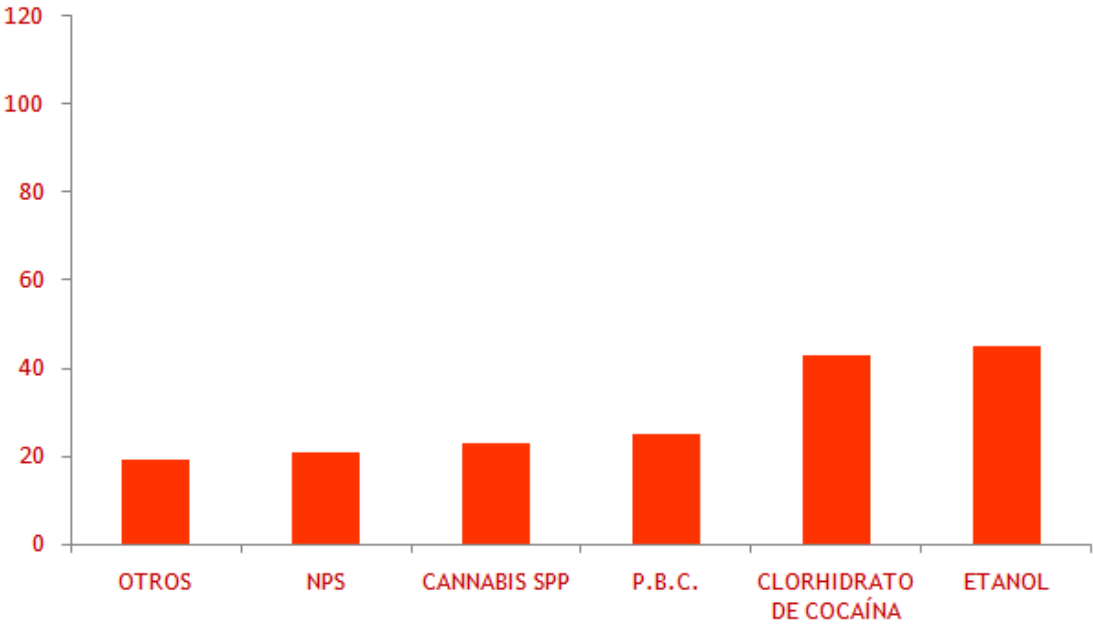


Gráfico 3 - Monoconsumo en Abuso.

En las asociaciones de sustancias en abuso, Etanol más Clorhidrato de Cocaína fue la que provocó mayor cantidad de consultas (9,89 %), seguida por Etanol más P.B.C. (8,48 %). (Ver Tabla 10).

Tabla 10 - ASOCIACIONES DE SUSTANCIAS PREVALENTES EN ABUSOS		
	Total	%
ETANOL + CLORHIDRATO DE COCAINA	28	9,89
ETANOL + PBC	24	8,48
CANABIS SPP + CLORHIDRATO DE COCAINA	10	3,53
CANABIS SPP + P.B.C.	9	3,18
ETANOL + BENZODIACEPINAS	9	3,18
ETANOL + CANABIS SPP	8	2,82
CLORHIDRATO DE COCAINA + P.B.C.	6	2,12

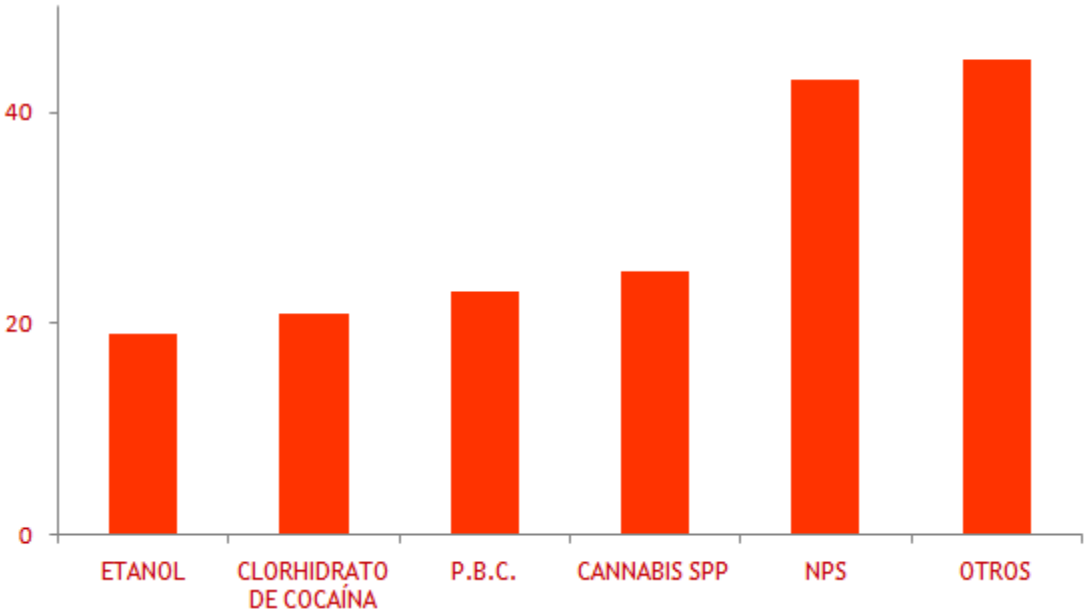


Gráfico 5 - Policonsumo en Abuso

● **CONCLUSIONES**

Del total de consultas vinculadas al uso de sustancias psicotrópicas, encontramos como hecho relevante el uso de estas con finalidad suicida, pudiendo estar asociadas a otros productos o no. El uso de Alcohol por sus propiedades desinhibitorias explica estos números.

El uso de P.B.C. y de Clorhidrato de Cocaína como agentes en intentos de autoeliminación se vincula a las fases clínicas de la intoxicación aguda, en la que aparece una fase caracterizada por la disforia, con ideación suicida. Pensamos que en estas situaciones se superponen el abuso con la intencionalidad suicida.

El alcohol en situación de abuso se utiliza solo o asociado a otras sustancias. Se vio que las asociaciones que llevaron a mayor cantidad de consultas fueron Etanol con Clorhidrato de Cocaína y Etanol con P.B.C.

Si se suman las consultas de P.B.C. con las de Clorhidrato de Cocaína, teniendo en cuenta que estas tienen similares presentaciones clínicas, se obtiene un porcentaje mayor que al de las consultas realizadas por Etanol.

En cuanto al Cannabis, considerando el cambio del marco regulatorio según la Ley 19.172, si bien hay un aumento del consumo (VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas que de mujeres, con una relación de 1,62:1. Drogas¹), las consultas por esta droga fueron bajas, colocándose en un tercer lugar con respecto a trabajos de años anteriores.¹³ Las consultas por cannabis se vinculan a casos de policonsumo, siendo las drogas asociadas las que determinan la gravedad que motiva la consulta.

La relación de consultas hombre mujer ha disminuido levemente (1,6:1), con relación al año 2015 que era de 2:1 (datos internos del C.I.A.T.). (Ver Anexo).

En relación a las mujeres embarazadas y lactantes, se vio un bajo número de consultas, éstas igual remiten importancia ya que son consideradas graves, dada la alta morbilidad que presentan, asociando un importante riesgo socio-sanitario. Dada la legislación uruguaya en relación a la protección de menores, pueden ponerse en juego mecanismos judiciales a partir de este tipo de escenarios.

Dada la disponibilidad de drogas en Uruguay y los niveles de consumo, surge como fundamental recordar la importancia de relevar este dato en las consultas obstétricas, y pediátricas.

La mayoría de las consultas proceden de Montevideo y su área metropolitana. Maldonado es de los restantes departamentos, el que tiene más consultas. Estos datos coinciden con registros internos de consultas al C.I.A.T. en 2015.

El rango etario de consultas (20 a 35 años) es consistente con los datos nacionales de

consumo de sustancias. La media de edad se ubica en la franja correspondiente a adultos jóvenes.

En relación a la distribución en los días de la semana, no encontramos diferencias significativas entre ellos. Sería importante establecer el patrón de uso de estos casos, dado que seguramente el uso en la semana da cuenta de un patrón de abuso o dependencia.

En cuanto a la severidad se vio un elevado número de consultas leves - moderadas mientras que los casos severos fueron escasos, encontrándose solo 3 casos fatales en adultos. De estos últimos tres casos uno corresponde a la asociación de Etanol más P.B.C., otro a consumo de Éxtasis, y el tercero a Clorhidrato de Cocaína. Un análisis detallado de estos casos mortales podría permitirnos avanzar en la caracterización clínica de estos eventos. Surge como importante el hallazgo de una muerte por intoxicación con éxtasis, si confrontamos la frecuencia con la gravedad, el guarismo es muy elevado, por lo que sería importante trabajar con médicos de nivel de atención pre-hospitalario, para disminuir el riesgo.

En lactantes o niños pequeños, la severidad adquiere relevancia por tratarse de una población vulnerable. Es preciso implementar un análisis más profundo de las manifestaciones clínicas de los casos moderados, severos y fatales para completar el conocimiento sobre éstos, pero ello supera el objetivo del presente trabajo. Con respecto a los casos asintomáticos, se requerirán estudios más exhaustivos para conocer el contexto de dichas consultas, pensamos corresponden a casos de policlínica de toxicología, a pacientes internados en servicios del Hospital de Clínicas por causas médico-quirúrgicas, en las cuales podría no existir un abuso reciente.

El uso de sustancias tales como opiáceos, amparado en el ejercicio profesional, no está exento de riesgos. Se debe estar alerta ante aparición de opiáceos de uso ilícito por su eventual gravedad.

El abuso fue la circunstancia que generó mayor número de consultas, seguido por el intento de autoeliminación; destacándose que fueron pocos los casos accidentales y delictivos.

● **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. JND. VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, 2016: Informe de Investigación. 2015.
2. Hernández E. Guía Más Información, Menos Riesgos [Internet]. Montevideo: Junta Nacional de Drogas; 2016. Available from: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/guia_masinfoV11_2016_web.pdf
3. Poder Ejecutivo. Proyecto de Ley Sobre la Regularización del consumo, distribución y expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio de la Rep. Oriental del Uruguay. [Internet]. 2013. Available from: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/D2015080254-00903151.Html>
4. Etílico A, Téllez J, Mosquera JT, Cote Menéndez M. Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 12];54:32–47. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n1/v54n1a05.pdf>
5. Poder Ejecutivo. Ley N° 19172 sobre la REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS. 2013. p. 2250.
6. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 36.
7. Pascual F, Torres M, Calafat A. Monografía cocaína [Internet]. Madrid; 2001. p. 37–46. Available from: <http://www.socidrogalcohol.org/cocaina/socidrogalcohol.html>
8. Ángeles V, Alicia Chu D, PNP Débora Estrada CS, María Luisa Girón M, Navarro R, Ordóñez C, et al. Pasta Básica de Cocaína [Internet]. Lima: Billy Víctor Odiaga; 2013 [cited 2017 Oct 12]. p. 188. Available from: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2013/LI_BRO_PBC.pdf
9. Pascale A, Negrin A, Laborde A. Pasta base de cocaína: experiencia del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Adicciones [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 12];22(3):227–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20802985>

10. United Nations Office on Drugs and Crime. Información Básica sobre “Nuevas sustancias psicoactivas” [Internet]. Available from: https://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_Factsheet_Spanish.pdf
11. Suárez H, Rossal M. Viajes Sintéticos. Estudio Sobre Uso de Drogas de Síntesis en el Uruguay Contemporáneo. Montevideo: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República; 2016.
12. Flórez J, Armijo J.A MA. Farmacología Humana. 6th ed. de Cos M.A MJ, editor. Barcelona: Masson S.A.; 2014. 405-406-472-565 p.
13. Viviana D, Trobo D, Tortorella MN, Speranza N, Amigo C, Laborde A, et al. Perfil epidemiológico de las intoxicaciones por benzodiazepinas recibidas en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico uruguayo en el período 2010-2011. Rev Méd Urug [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 12];31:32–8. Available from: <http://www.rmu.org.uy/revista/2015v1/art5.pdf>

- **ANEXOS**

APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA

Evaluación Grupo 31 MCII (2017)



Comité de Ética Medicina <comitedeetica@fmed.edu.uy>

dom 02/07, 17:57

Usted ↕



Responder | ▾

Hola Valeria, cómo estas?

Te cuento que el Comité evaluó el proyecto titulado: "Perfil clínico y epidemiológico de las consultas de abuso en el Uruguay durante el año 2016. Casuística" considerando que el mismo está Aprobado sin objeciones.

Cualquier duda me avisan.

Saludos,

Javier

HISTORIA CLÍNICA – C.I.A.T.

Hospital de Clínicas - Dpto. de Toxicología Consulta al CIAT				 	
FECHA Y HORA de Consulta/...../.....		DÍA de la SEMANA L - M - M - J - V - S - D		Nº de Historia HC	
Nombre Paciente		Domicilio		C. Identidad	
Sexo F ☐ M ☐ SD ☐		Edad.....d - m - a		Peso estimado..... Kg	
				Embarazo no ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ s/d Trim. ☐ Lactancia si ☐ no ☐ Desconocido ☐	
RAZÓN DE LA COMUNICACIÓN Caso ☐ Incidente ☐ Información ☐ E Otros ☐ E ☐		MÉTODO DE Comunicación Teléfono ☐ Personal ☐ Otra ☐ E ☐		Categoría de INTERLOCUTOR Médico ☐ Enfermero ☐ Interno ☐ Familiar ☐ Paciente ☐ Autoridad ☐ E ☐ Otro ☐ E ☐ Desconocido ☐	
Interlocutor		LLAMA DESDE Domicilio ☐ Centro Asist. ☐ Cabina ☐ Lugar público ☐ Trabajo ☐ Otro ☐ E ☐ Desconocido ☐		Departamento/Localidad	
Institución/Organización		Teléfono		TIEMPO TRANSCURRIDO / min - horas - días - meses - años - s/d ☐	
AGENTE 1 FORMULACION DOSIS ml - mg-g Estimada ☐ Cierta ☐ S/d ☐ Nombre Comercial..... Nombre Genérico		AGENTE 2 FORMULACION DOSIS ml - mg-g Estimada ☐ Cierta ☐ S/d ☐			
AGENTE 3 FORMULACION DOSIS ml - mg-g Estimada ☐ Cierta ☐ S/d ☐ Nombre Comercial..... Nombre Genérico		AGENTE 4 FORMULACION DOSIS ml - mg-g Estimada ☐ Cierta ☐ S/d ☐			
Otros Agentes					
USO FUNCION (E) 1 2 3 4 5 Medicamento Humano ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Med/ Prod Veterinario ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Producto Industrial ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Producto Doméstico ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Producto Cosmético ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Plaguicida Agrícola ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Plaguicida Uso Doméstico ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sustancia de Abuso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		1 2 3 4 5 Alimento / Bebida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Producto Guerra / Defensa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Contaminante Ambiental ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Arácnidos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Insectos y otros Artrópodos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ofidios ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Planta Ornamental/ Silvestre ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Medicinal ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Otros ☐ Desconocido ☐		Especificar 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	

CIRCUNSTANCIA VOLUNTARIA Suicida ☐ Abuso ☐ Aborto ☐ Delictiva ☐ Otra ☐ E		INVOLUNTARIA Accidental ☐ Ambiental ☐ Error Terapéutico ☐ Alimentaria ☐ Ocupacional ☐ E Otra ☐ E		Lugar de la exposición Hogar y entorno ☐ Hospital / Centro Asistencial ☐ Centro Educativo ☐ Lugar de Trabajo ☐ Empresa o Rama de Actividad ☐ Espacio Público ☐ Transporte ☐ Otro ☐ E Desconocido ☐		VIA Ingestión ☐ Inhalación ☐ Cutánea ☐ Inyección ☐ E Mucosa ☐ E Mordedura ☐ Picadura ☐ Placentaria ☐		EXPOSICION Aguda ☐ Crónica ☐ Ag. s /Crónica ☐ Desconocida ☐	
DESCONOCIDA ☐ REACCION ADVERSA ☐									

CUADRO CLINICO											
Cardio vascular ☐ Dermatológicos ☐ Gastrointestinales ☐ Generales ☐ Gineco-obstétricos ☐ Hematológicos ☐ Hepático-biliar ☐ Inmunológico/Alérgico ☐ Metabólico ☐ Neurológicos/Neuromusc ☐ ORL ☐ Oculares ☐ Psiquiátrico ☐ Respiratorios ☐ Renal / Urinario ☐ Endocrino/Reproductivo ☐ Otros ☐ Sin consignar ☐ Niveles en Sangre/Orina alterados ☐ ASINTOMATICO ☐											

Tratamiento Ninguno ☐ Consulta Médica ☐ Dilución ☐ <u>Descontaminación Digestiva</u> Carbón Activado DU ☐ Carbón Activado DDMM ☐ Asp/Lavado Gástrico ☐ Vómito Provocado ☐ Catárticos ☐ Lavado Intestinal ☐ <u>Descontaminación externa</u> Aum. eliminación Alcalinización ☐ Hemodiálisis ☐	Previo	CIAT	Tratamiento <u>Sintomático / Sostén</u> Reanimación CP ☐ ARM ☐ <u>Inotrópicos</u> Líquidos v/o ☐ Fluidos I / V ☐ Nebulizaciones ☐ Oxígeno ☐ Cámara hiperbárica ☐ Dieta ☐ Prot. Gástrica ☐ Consulta Especialista ☐	Previo	CIAT	Antídoto ☐ Suero ☐ Antitoxina ☐ OBSERVACION ☐ Otro (E) ☐ Desconocido ☐	Previo	CIAT
---	--------	------	---	--------	------	--	--------	------

IMPUTABILIDAD Definitivo / Cierto ☐ Probable ☐ Posible ☐ Improbable / Descartada ☐ No clasificable / sin datos ☐	SEVERIDAD Asintomático ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa ☐ FATAL ☐ Desconocida ☐	MEDICO (Nº) FIRMA
---	--	-----------------------------

HISTORIA CLÍNICA / EVOLUCIÓN		
Fecha / Hora / Lugar / Interlocutor		
Evolución Clínica	Exámenes solicitados / resultados	Recomendaciones terapéuticas

HC 6 2 15 10 5M 12-15 O. 1997/5



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



INSTITUTO VENEZOLANO
DE INVESTIGACIONES
PSICOLÓGICAS

DTOX
Departamento de Toxicología
Hospital de Clínicas



EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE UN CENTRO DE TOXICOLOGÍA NACIONAL Y UNIDAD CLÍNICA HOSPITALARIA

NEGRIN Alba, LABORDE Amalia, TORTORELLA María Noel

Departamento de Toxicología, Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Av. Italia s/n CP: 11600 Montevideo Uruguay.

E mail: anegrin@hc.edu.uy

Son escasos los datos epidemiológicos nacionales sobre consumo de drogas desde centros de salud. El CIAT registra consultas telefónicas de los centros asistenciales del país e interconsultas del Hospital de Clínicas.

Objetivo: caracterizar los casos asistidos en el Hospital y consultados al CIAT por drogas en forma comparada entre los años 2010 y 2015.

Resultados: las consultas del 2010 fueron 11.623 y en el 2015 fueron 9877. Las consultas por consumo de drogas fueron 413 (3.55 %) y 574 (5.8%) respectivamente.

La media etaria fue de 30,5 (rango 8 a 82 años) en el 2010, y de 31,5 (rango: 9 a 89) en el 2015. La distribución por sexo tiene una relación mujer/varón 1:2 tanto en 2010 como en el 2015. (Gráfico 1)

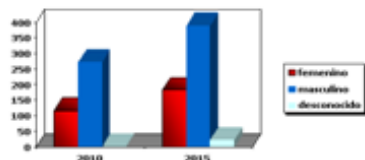
En la tabla 1 se observa que mayoritariamente las consultas son del área metropolitana de Montevideo en cada uno de los años analizados. Aproximadamente un cuarto del total de consultas corresponden al Hospital de Clínicas.

La distribución por meses del año, no muestra diferencias significativas.

Año	Total	Montevideo	Porcentaje	Hospital de Clínicas	Porcentaje
2010	413	274	66 %	100	24 %
2015	574	380	66 %	169	29 %

Tabla 1:

Gráfico 1:



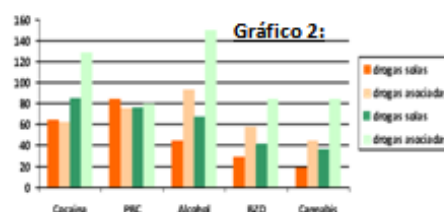
En el Gráfico 2 se observa que las consultas más frecuentes son por clorhidrato de cocaína y etanol, siguiéndoles en orden de frecuencia pasta base de cocaína, benzodiazepinas y marihuana. Otras drogas se presentan con una frecuencia muy baja (entre 3 – 6%). Mas de la mitad de las consultas por cocaína asocian otra sustancia y entre cocaína y alcohol es la asociación más frecuente, en ambos períodos.

Se observa un aumento porcentual de las consultas por todas las drogas. En el caso de marihuana persiste en quinto lugar, después de las benzodiazepinas, y aunque muestra un aumento consistente con el aumento de todas las drogas estudiadas.

Comentarios: Este estudio muestra que el número de consultas anuales por consumo de drogas es importante en nuestro centro y que si bien se observa un aumento global del 2% entre 2010 y 2015, no se observan cambios significativos en la distribución del tipo de droga, sexo y el patrón de policonsumo. La regulación del mercado de marihuana en el 2013 plantea un escenario de posible aumento de las consultas vinculadas a su consumo. Los resultados muestran que hay un aumento pero este es correlativo con el aumento de las consultas por otras drogas y mantiene el patrón de policonsumo.

Este trabajo es el primero que reporta un perfil epidemiológico de consultas por eventos agudos y repercusiones clínicas asociados al uso de drogas en nuestro país.

Método: seleccionamos los casos catalogados como "Intencional: abuso" donde se registra al menos una sustancia de consumo recreativo. Analizamos distribución por edad y género, tipo de droga y mezclas, procedencia de la consulta y distribución cronológica anual.



	Cocaína	PBC	Alcohol	BZO	Cannabis
Cocaína	95	82	127	41	18
Etanol	45	93	138	41	31
PBC	35	76	161	13	24
Cannabis	19	44	83	24	24
BZO	23	58	87	14	26

AÑO 2015	SUSTANCIA Y SU ASOCIACIÓN	Total	Cocaína	Etanol	PBC	Cannabis	BZO
Cocaína	95	128	202	73	26	39	36
Etanol	87	160	217	73	30	18	34
PBC	76	80	168	26	30	27	19
Cannabis	58	85	121	39	18	27	11
BZO	41	84	125	36	34	19	11

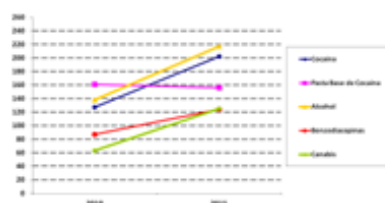


Gráfico 3:

