



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Título: “Conocimiento de los médicos generales, traumatólogos y cardiólogos sobre el abordaje terapéutico en posibles casos derivados del consumo de alcohol y drogas ilegales en el servicio de guardia”.

Autor: Agustín Ezequiel Fresco

Tutor: Dr. Hugo Lande

Cotutor: Dr. Alejandro Daniele

E-mail: agu_fresco@hotmail.com

Año: 2015

ÍNDICE

Resumen.....	pág. 3
Introducción.....	pág. 4-6
Marco teórico.....	pág. 7-20
Problemática.....	pág. 21
Objetivos.....	pág. 22
Material y métodos.....	pág. 23-24
Resultados estadísticos.....	pág. 25-43
Discusión.....	pág. 44-49
Conclusión.....	pág. 50-51
Bibliografía.....	pág. 52-58
Anexo.....	pág. 59-63

RESUMEN:

Introducción: una investigación realizada por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) estudió la asociación entre la consulta de emergencia y el consumo de alguna sustancia en hospitales públicos, y concluyó que el 13,1% estaban relacionadas.

Objetivo: evaluar el grado de conocimiento de los médicos acerca del abordaje terapéutico en posibles casos derivados del consumo de alcohol y drogas ilegales.

Material y métodos: estudio descriptivo de corte transversal que incluye 50 médicos de guardia de servicios de alta complejidad y evalúa mediante un cuestionario especialmente diseñado para este trabajo.

Resultados: el 44% de los profesionales siempre pregunta a sus pacientes sobre el consumo de alcohol rutinariamente como el consumo de medicamentos, a diferencia con la consulta sobre drogas ilegales que sólo el 8% consulta siempre; el 46% interroga sobre el patrón de consumo de alcohol frecuentemente; el 44% conoce algún método complementario para detectar el consumo de alcohol, el 18% alguno para detectar el consumo de marihuana y el 44% de cocaína (especificando mayoritariamente hepatograma para el alcohol y dosaje en orina para marihuana y cocaína); el 88% considera importante intervenir con alguna interconsulta con otro profesional ante un posible cuadro derivado del consumo de alcohol y drogas ilegales, especificando mayoritariamente profesionales de la salud mental (61,4%), pero solo el 4,7% de los médicos afirma siempre realizar estas interconsultas.

Conclusión: Es fundamental que los médicos intervengan activamente en estos asuntos con el fin de reforzar la vertiente sanitaria en materia de prevención.

Palabras claves: *prevención de la drogadicción, consulta de emergencia, consumo, alcohol, drogas ilegales, cocaína, marihuana, abordaje terapéutico, interconsulta, profesional de la salud mental.*

INTRODUCCIÓN

La problemática de la adicción a las drogas ha sido una constante en nuestra historia social y cultural durante los últimos siglos, acelerándose mayoritariamente en las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud define “drogadependencia” como el estado psíquico y físico resultante de la interacción de una droga con el organismo, caracterizado por una conducta que incluye la tendencia a consumir la sustancia para experimentar sus efectos o para evitar las sensaciones desagradables que produce su falta; y como “droga” se define a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso central, que puede llegar a producir alteraciones de la conducta. ⁽¹⁾

Según el Informe Mundial de Drogas 2013 realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) revela que: en el año 2011, 315 millones de personas han afirmado haber consumido drogas alguna vez (6.9% de la población mundial de 15 a 64 años); los consumidores adictos son 39 millones de personas (0,9% de la población mundial de 15 a 64 años); y que el número de muertes anuales mundiales a causa de drogas legales (alcohol y tabaco) es de 2,5 millones, mientras que la cifra por causa de drogas ilegales es de 247.000. ⁽²⁾

Situándonos en nuestro país, un informe de la Pastoral Nacional de Drogadependencia del Obispado reveló que un 10% de la población nacional de 15 a 64 años, consume alguna droga. ⁽³⁾ En la provincia de Santa Fe, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) en el año 2011 se encargó de realizar un estudio estadístico sobre el consumo de sustancias en estudiantes de

enseñanza media de 13 a 17 años, el cual revela que las sustancias más consumidas son el alcohol y el tabaco (60% tomó alguna bebida alcohólica en el último mes y un 19% fumó). Además, más del 10% de los alumnos santafesinos afirmó haber consumido una droga ilícita en el último año, con mayor prevalencia de marihuana (8%), seguida de cocaína (2%).⁽⁴⁾

En el Hospital Clínic de Barcelona se realizó un estudio sobre el abordaje hospitalario del consumo de alcohol y tabaco en 170 pacientes internados. La muestra fueron 66 profesionales sanitarios y mediante un cuestionario semiestructurado se develó que si existe una patología directamente relacionada, la mayoría de los profesionales pregunta sobre el consumo, pero si no existe, solo el 35% lo hace. Además es muy poco frecuente que el profesional intervenga aconsejándole firmemente dejar de fumar y/o beber en exceso y ofreciéndole la posibilidad de un plan de seguimiento terapéutico, descuidándose de esta manera la vertiente preventiva de la actuación sanitaria.

⁽⁵⁾

En el año 2012, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) realizó una encuesta mediante el cuestionario pre codificado estandarizado del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC) en salas de emergencias de 24 hospitales públicos de la provincia de Santa Fe con el fin de establecer la asociación entre la consulta de emergencia y el consumo de alguna sustancia psicoactiva, la cual concluyó que de un total de 861 consultas, 13,1% estaban relacionadas con el consumo de alguna sustancia. Dentro de estas consultas relacionadas, el motivo de ingreso fue en

del 26,4% en accidentes de tránsito, 19,5% en situaciones de violencia, 18,6% en motivos médicos generales y 16,8% en motivos relacionados a sobredosis.

(6)

Otro estudio realizado en la Universidad de la Laguna en Santa Cruz de Tenerife (España) investigó acerca de la prevalencia de consumo de cocaína entre pacientes que consultan a un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel por patología traumática o cardiovascular, sin que exista una relación evidente de consumo y sin que el usuario hiciera explícito de manera espontánea dicho consumo. El método utilizado fue a través de un dosaje en orina de benzoilecgonina y éster de metoilecgonina en 325 casos (206 traumatismos y 119 dolores torácicos), y así concluyó que el 19,7% de los casos habían consumido cocaína. Además, sostuvo que no es significativo el gasto sanitario empleado en estas pruebas de examen. (7)

Ahora bien, teniendo esta información cabe preguntarse: ¿con qué frecuencia interrogarán los médicos de guardia sobre el consumo de alcohol y drogas ilegales? ¿Conocerán los métodos complementarios para detectarlo? ¿Considerarán importante realizar interconsultas con otros profesionales como los son los toxicólogos, psiquiatras y psicólogos en posibles cuadros relacionados con el consumo de estupefacientes?

La importancia de esta investigación radica en responder estos interrogantes y determinar si los médicos de guardia general, guardia de traumatología y guardia de cardiología se encuentran capacitados para el abordaje terapéutico del consumo de alcohol y drogas ilegales.

MARCO TEÓRICO

Conceptos básicos sobre adicción

La Organización Mundial de la Salud define el término **drogodependencia** como un estado psíquico y físico resultante de la interacción de una droga con el organismo, caracterizado por una conducta que incluye la tendencia a consumir la sustancia para experimentar sus efectos o para evitar las sensaciones desagradables que produce su falta. El DSM IV define “**droga**” a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el SNC, que puede llegar a producir alteraciones en la conducta; y “**dependencia**” al patrón desadaptativo prolongado (al menos 12 meses) de consumo de una sustancia que produce tres o más de las siguientes consecuencias:

- **Tolerancia:** es la necesidad de aumentar la dosis para conseguir el efecto deseado o la disminución del efecto cuando se mantiene la misma dosis.

- **Abstinencia:** aparición de síntomas físicos y psíquicos al dejar de consumir la sustancia que produce la vuelta a su consumo para conseguir alivio. Los síntomas son característicos porque tienden a ser lo contrario de los efectos obtenidos antes que apareciera la tolerancia.

- Consumo durante mayor tiempo o en mayor cantidad de lo deseado.

- Incapacidad para controlar o para interrumpir su consumo, pese a intentarlo.

- Empleo de mucho tiempo para conseguir la sustancia o recuperarse de sus efectos.

- Reducción de las actividades sociales, laborales o de ocio debido al consumo.

- Uso continuado, a pesar de conocer los problemas físicos y psíquicos relacionados con la sustancia.

Si la situación no cumple con tres o más de los requisitos anteriormente citados no se lo llamará dependencia sino “**abuso**” o “**consumo perjudicial**”.

(8)

La “**intoxicación**”, por su lado, tiene que ver con el momento en que aparecen los cambios, específicos y reversibles, debidos a la ingestión de la sustancia. Pueden observarse alteraciones de la percepción, la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. Todos estos cambios cognitivos, psicológicos y conductuales son efectos fisiológicos directos de la acción de la sustancia sobre los órganos blanco, peculiares de acuerdo a la persona, el entorno, la sustancia, la dosis, el uso aislado o crónico y otros elementos. Cuando su concentración en sangre o tejidos disminuye, también lo hacen los signos y síntomas de la intoxicación. (9)

Orígenes de la dependencia de sustancias tóxicas

Muchas variables influyen simultáneamente en la probabilidad de que un individuo llegue a abusar de drogas o se haga adicto a ellas. Estas variables se pueden organizar en tres categorías: agente (droga), hospedador (consumidor) y ambiente.

- **Factores del agente (droga):** las diversas sustancias varían en su capacidad para producir sensaciones agradables inmediatas en el consumidor. Aquellas que generan de manera confiable sensaciones muy placenteras

(euforia) son las que con mayor probabilidad se consumirán de manera repetida. El término “refuerzo” se refiere a la capacidad de las sustancias de originar efectos que despiertan en el consumidor el deseo de obtenerlas otra vez. Cuanto más potente sea el refuerzo que produce la sustancia, más probabilidad habrá de que se abuse de ella.

- **Factores del hospedador (consumidor):** el polimorfismo de genes codificadores de enzimas que participan en absorción, metabolismo y eliminación, y en las reacciones mediadas por el receptor, puede contribuir a los grados diferentes de refuerzo o euforia que se observan en individuos.

- **Factores ambientales:** el inicio y la persistencia en el consumo de sustancias ilícitas parece depender en buena medida de las normas sociales y la presión de los compañeros. Tomar drogas puede parecer, al principio, una forma de rebelión contra la autoridad. En algunas comunidades, los consumidores y los vendedores de sustancias tóxicas son modelos de papel social que dan la impresión de personas triunfadoras y respetadas; por tanto, lo emulan personas jóvenes. Puede haber también escasez de otras opciones para lograr placer, diversión o ingresos. Estos factores tienen importancia particular en las comunidades en que los grados educativos son bajos y escasas las oportunidades de trabajo.⁽¹⁰⁾

Teoría freudiana acerca del origen de la adicción

Sigmund Freud formaliza uno de los problemas que desvelan al hombre desde sus orígenes, que es la denominada “ilusión de felicidad” y está compuesta por dos aspectos: por un lado experimentar intensas sensaciones

placenteras y por el otro, evitar el dolor y el displacer. Este propósito encuentra obstáculos que provienen de varias fuentes: “desde el propio cuerpo que, condenado a la decadencia y a la aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse con nosotros con fuerzas destructoras e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos. El sufrimiento que emana de esta última fuente quizás nos sea más doloroso que cualquier otro; tendemos a considerarlo como una adición más o menos gratuita, pese a que bien podría ser un destino tan ineludible como el sufrimiento de distinto origen”.

En la búsqueda del medio para poder superar las dificultades que le impedían alcanzar sus objetivos, el ser humano ha recurrido a diversos métodos y artilugios para lograr la modificación de las situaciones de sufrimiento. “El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación es el químico: la intoxicación. Los hombres saben que con ese ‘quitapenas’ siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad”.⁽¹¹⁾

Alcohol

El alcohol etílico (etanol) actualmente es la sustancia de abuso más común en numerosos países, con una alta incidencia de dependencia.

El etanol produce depresión general y severa del SNC dependiente de la dosis. En concentraciones bajas produce depresión más selectiva, especialmente en áreas involucradas con funciones altamente integradas. Esto

puede generar trastornos de conducta, comportamiento desinhibido, trastornos de agudeza visual, trastornos motores finos, alteración en las capacidades de valuación crítica y trastornos para la concentración entre otros. En concentraciones moderadas aparecen manifestaciones muy variadas como alteraciones en el buen comportamiento social, locuacidad, sensación de seguridad o poder, labilidad emocional, irritabilidad, agresividad y pérdida del autocontrol. Lentitud en las respuestas adecuadas tanto intelectuales como motoras. Ocurre facie rubicunda, diaforesis, hipotensión arterial, hipotermia que puede ser muy grave en entornos fríos, depresión respiratoria, vómitos, midriasis, nistagmus, incoordinación motora, ataxia, estupor y coma. Pueden generarse arritmias como fibrilación auricular o taquicardia paroxística supraventricular. Ocurre pérdida de reflejos de vía aérea y alto riesgo de broncoaspiración. Las concentraciones altas generalmente se relacionan con pacientes en estado de coma.⁽¹²⁾

Otras condiciones diagnósticas deben evaluarse en caso de pacientes alcohólicos con alteraciones del estado de conciencia, incluido estado de coma, como traumatismo encéfalo-craneal, miocardiopatía, encefalopatía de Wernicke, psicosis de Korskaoff, cirrosis hepática, sangrado gastrointestinal, hipoglucemia, cetoacidosis diabética, sobredosis de sustancias lícitas e ilícitas, trastornos de coagulación, infecciones, trastornos del medio interno, estado postconvulsivo y/o delirium tremens tras la disminución o supresión de ingesta habitual de bebidas alcohólicas.⁽¹³⁾

Drogas ilegales

Cannabis

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida. Deriva de la planta Cannabis sativa siendo el principal compuesto activo el delta-9-tetrahidrocannabinol. Según el preparado y el origen de la droga, se encuentran en diferentes concentraciones, que son en orden decrecientes las siguientes: marihuana (“hierba”), hachís (“chocolate”) y aceite de hachís.

La vía más frecuente de administración es la inhalatoria (“porro”), también puede administrarse vía oral (tiene absorción lenta) o vía intravenosa (excepcional).

Los problemas relacionados con el consumo de cannabis son los siguientes:

- Intoxicación aguda: depende de la dosis, de la vía de administración, de las expectativas y del contexto del consumo. Induce un estado de relajación y de euforia suave, con aumento de la sociabilidad y con disminución de la capacidad de abstracción y de concentración. Son frecuentes las alteraciones perceptivas (realentización del paso del tiempo).

En personas predispuestas, puede desencadenarse una crisis de pánico con despersonalización grave (frecuente) o psicosis tóxicas con ideación paranoide (poco frecuente). Los efectos físicos inmediatos son la hiperemia conjuntival con taquicardia (es posible que se desencadene angina de pecho en personas con insuficiencia coronaria) y efectos anticolinérgicos (sequedad de boca).⁽¹⁴⁾

- Uso crónico: clásicamente se asoció a un síndrome amotivacional (que también se ve con otras sustancias).

Parece que aumenta el riesgo de exacerbación de los síntomas psicóticos de la esquizofrenia.

Pueden darse flashbacks como los alucinógenos.

Físicamente produce una disminución de la capacidad vital pulmonar, con aumento del riesgo de presentar enfermedades pulmonares; aunque no está demostrado que sea cancerígeno. Sus efectos sobre la función reproductora están en discusión (reducción del número y de la viabilidad de los espermatozoides, disminución de las gonadotrfinas y de los esteroides gonadales).

En embarazadas se describe un retraso del crecimiento del feto.⁽¹⁵⁾

Cocaína

La cocaína es un extracto natural de las hojas de coca (*Erythroxyum coca*), que abunda en América del Sur. Antiguamente se utilizaba como anestésico local en mucosas.

En nuestro medio, el patrón de consumo más frecuente es a través de la vía intranasal de clorhidrato de cocaína y el menos frecuente por vía intravenosa. El “crack” y el “paco” son productos derivados del calentamiento del clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico disuelto en agua, y su vía de administración es la inhalatoria (muy habitual en poblaciones de bajos recursos).

El efecto de la cocaína es producir un bloqueo en la recaptación de neurotransmisores como dopamina, noradrenalina y en menor medida de serotonina a nivel de la unión sináptica de las terminaciones nerviosas, aumentando así su duración y concentración; además puede incrementar la liberación de catecolaminas.⁽¹⁶⁾

En ocasiones se usa con alcohol etílico al mismo tiempo, con el fin de balancear sus efectos estimulantes a nivel del SNC y disminuir la irritabilidad que produce el alcaloide. La utilización conjunta de alcohol y cocaína forma un metabolito activo, el cocaetileno, que tiene mayor vida media que la cocaína y efectos tóxicos más severos. Este uso combinado ha sido asociado a un aumento de 40 veces el riesgo de eventos cardíacos agudos e incremento mayor a 20 veces de muerte súbita en pacientes con enfermedad arterial coronaria.

Las manifestaciones clínicas de la intoxicación con cocaína son numerosas y variadas. Dependen de la estimulación difusa sobre el SNC y periférico. Los órganos más afectados son cerebro, corazón y los sitios de vía de ingreso. Los efectos pueden durar 5 minutos hasta dos horas, según la cantidad y la vía de administración. Produce midriasis, hipertensión arterial, taquipnea, taquicardia, sudoración y precordialgia. Uno de los síntomas más frecuentes es el dolor de pecho. Existe mayor estado de alerta, hiperexcitabilidad, ansiedad, agitación psicomotora, anorexia, contracturas musculares, euforia, insomnio, megalomanía, cefalea, temblores, confusión y desorientación. El paciente puede presentar una conducta violenta, crisis de

pánico o hasta un cuadro de psicosis paranoica. Puede ocurrir hipertermia severa, rabdomiólisis y hepatotoxicidad. ⁽¹⁷⁾

Los problemas relacionados con el uso crónico de cocaína son los siguientes:

- Locales: perforación y necrosis del tabique nasal por vasoconstricción.

- Sistémicos:

- Vasoconstricción: cardiopatía isquémica y disminución del flujo sanguíneo cerebral con aumento de riesgo a ACV y convulsiones.

- Daño pulmonar: por los disolventes de la cocaína preparada para fumar (neumopatía intersticial).

- Riesgo de necrosis hepática.

- Parkinsonismo e hiperprolactinemia persistente (impotencia sexual y ginecomastia en varones, amenorrea, galactorrea y esterilidad en mujeres) como reflejo de la depresión dopaminérgica.

- Se han comunicado numerosos casos de teratogénesis.

- Psiquiátricos:

- Psicosis: de tipo paranoide; son frecuentes las alucinaciones, siendo típicas las táctiles, con sensación de que la piel es recorrida por insectos (fornicación o síndrome de Magman).

- En la abstinencia se observa un cuadro de perfil depresivo con intensos deseos de volver a consumir ("craving"), aumento de apetito e hipersomnias. ⁽¹⁸⁾

Opiáceos

Los opiáceos son sustancias derivadas de la amapola del opio (*Papaver somniferum*) o sintetizadas de forma artificial que actúan fundamentalmente como agonistas en receptores de opioides del SNC. La heroína que es un compuesto semisintético derivado de la morfina (opiáceo natural) es la droga más consumida dentro de este grupo. Su vía de administración puede ser oral, intramuscular, endovenosa o inhalatoria.

La tétrada clínica que produce el abuso de opiáceos es:

- Depresión del SNC, desde somnolencia hasta el coma profundo.
- Miosis bilateral.
- Depresión respiratoria grave hasta apnea.

Es muy frecuente también que haya edema agudo de pulmón no cardiogénico, broncoespasmo, descompensación hemodinámica, bradiarritmias, hipotermia, convulsiones y rhabdomiólisis.

El cuadro se agrava con la ingesta concomitante de etanol y otros depresores.

Los pacientes adictos a la heroína IV tiene alta incidencia de HIV, hepatitis C y B, y tuberculosis, entre otras. ⁽¹⁹⁾

Anfetaminas

Las llamadas drogas de diseño representan un grupo heterogéneo de sustancias psicoactivas de origen sintético producidas a partir de modificaciones de sustancias naturales o de medicamentos. Entre las más populares están la metanfetamina y el 3,4-metileno-dioxi-metanfetamina o

MDMA (éxtasis), compuestos derivados de las anfetaminas. El precursor de las anfetaminas es la efedrina y esta a su vez proviene de la planta catha edulis.

La metanfetamina puede ser administrada por vía oral en forma de pastillas, tópica, esfinarse (“speed”), fumarse (“ice”) o inyectarse por vía endovenosa. Su efecto es la estimulación del SNC liberando noradrenalina, dopamina y serotonina, aumentando la disponibilidad de estos neurotransmisores en la sinapsis. También tienen efectos inhibitorios sobre la recaptación de neurotransmisores y de la actividad de la monoaminoxidasa (MAO).⁽²⁰⁾

Las manifestaciones clínicas y complicaciones debido al consumo de metanfetamina son similares a las sobredosis de cocaína. Ambas pueden ser casi indistinguibles excepto por la duración del efecto que tiende a ser más prolongado en la metanfetamina, además de producir menos frecuentemente convulsiones, arritmias e isquemia miocárdica.

El éxtasis se administra por vía oral en forma de pastillas generalmente adulteradas y sus efectos están mediados por la serotonina. Su consumo se ha hecho muy popular en eventos musicales, especialmente electrónicos, debido a su efecto euforizante, de aumento de energía, empatía, sociabilidad y percepción. Muchos adolescentes toman más que una o dos pastillas y al mismo tiempo alcohol etílico, tabaco u otros estimulantes, precipitando de este modo la aparición de reacciones graves y muchas veces de intoxicación franca.

Los usuarios de esta sustancia, generalmente pueden prevenir dos de las potenciales complicaciones, como son la deshidratación y la hipertermia,

ingiriendo agua mineral y saliendo frecuentemente del entorno caluroso a buscar un espacio más aireado y frío. ⁽²¹⁾

Alucinógenos

Son conocidos también como drogas psicodélicas. El prototipo es el LSD (dietilamina de ácido lisérgico), pero también están los alucinógenos naturales como los hongos psilocibe o psilocibe) y algunas sustancias sintéticas con acción sedante y alucinógena como la ketamina y la fenciclidina. Sus efectos son a través del sistema serotoninérgico (LSD y alucinógenos naturales) o glutamatérgico (anestésicos alucinógenos). ⁽²²⁾

El principal cuadro clínico (“viaje”) incluye ilusiones visuales, sinestesias, labilidad del humor y signos físicos simpaticomiméticos leves (taquicardia, hipertensión, midriasis, temblor hipertermia). El “mal viaje” es una crisis de pánico con intensa despersonalización y posibilidad de síntomas psicóticos o de accidentes mortales por la agitación.

Son típicos los “flashbacks” o reexperimentaciones de estas crisis o de los efectos de la droga, tras largo tiempo sin consumirla. Es posible que produzcan cuadros psicóticos de apariencia esquizofreniforme que podrían representar una psicosis latente o un cuadro totalmente secundario a la sustancia.

En el caso de la ketamina y derivados, son típicas las alteraciones neurológicas (incoordinación motora, disartria, nistagmo), junto con rubefacción, diaforesis e hiperacusia. ⁽²³⁾

Tratamiento de rehabilitación del alcoholismo y la drogadicción

La rehabilitación tiene como finalidad ayudar al adicto a reconstruir su organización metabólica, biológica y bioquímica alterada por la droga, romper con los hábitos personales de consumo, y reafirmar su autonomía personal y recursos individuales. Puesto a que esta patología suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo sino de un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante.⁽²⁴⁾

El tipo de tratamiento es muy variable y depende de las necesidades individuales del paciente y del tipo de droga que se consuma. Es posible el encuadre en tres estrategias fundamentalmente:

- Rehabilitación en régimen cerrado, fundamentalmente en Unidades de Desintoxicación Residencial.
- Rehabilitación en régimen intermedio: Centros de Día.
- Rehabilitación Ambulatoria.⁽²⁵⁾

En relación con los instrumentos para la rehabilitación, podrían agruparse en:

- Intervenciones médicas como diagnóstico y tratamiento de problemas físicos y complicaciones psiquiátricas, y facilitación de la abstinencia con fármacos
- Intervenciones psicológicas y psicoeducativas como psicoterapias individuales, grupales, familiares, de pareja, terapia ocupacional y otras psicoterapias como terapias expresivas, musicoterapia, ludoterapia, etc.

- Intervenciones de apoyo social como apoyo familiar, formación en habilidades sociales, formación laboral, tutoría laboral, asociaciones y grupos de autoayuda. ⁽²⁶⁾

PROBLEMÁTICA

Debido a que el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública y a que constituye una gran parte de las consultas en los servicios de emergencias, ¿cuál será el grado de instrucción de los médicos de guardia en el abordaje de los cuadros derivados del consumo de alcohol y drogas ilegales?

OBJETIVOS

Objetivo general: determinar el grado de instrucción que tienen los médicos de guardia general, guardia de traumatología y guardia de cardiología del Sanatorio de la Mujer y el Sanatorio Los Alerces sobre el abordaje terapéutico de posibles cuadros clínicos derivados del consumo de alcohol y drogas ilegales.

Objetivos específicos:

- Determinar con qué frecuencia se interroga sobre el consumo de alcohol y su patrón de consumo.

- Determinar con qué frecuencia se interroga sobre el consumo de drogas ilegales.

- Evaluar si conoce algún método complementario para detectar el consumo de alcohol exceptuando la prueba de aliento con el alcoholímetro.

- Evaluar si conoce algún método complementario para detectar el consumo de marihuana.

- Evaluar si conoce algún método complementario para detectar el consumo de cocaína.

- Determinar la importancia sobre las interconsultas con otros profesionales y su frecuencia de realización en el caso de un cuadro compatible con el consumo de alcohol o drogas ilegales.

- Realizar un cruce de variables entre las guardias general, de traumatología y de cardiología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde la población a estudiar fueron los médicos de guardia general, guardia de traumatología y guardia de cardiología en servicios de alta complejidad.

Criterios de inclusión:

- Médicos de guardia general, guardia de traumatología y guardia de cardiología en servicios de alta complejidad que deseen voluntariamente contestar la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Médicos que no trabajen en el servicio de guardia.
- Médicos que trabajen en el servicio de guardia de otras áreas excluyendo general, traumatología y cardiología.
- Médicos que no trabajen en servicios de alta complejidad.
- Médicos que se nieguen a contestar la encuesta.
- Otro personal de salud que no sea médico.

La muestra fueron 50 médicos, 25 provenientes del Sanatorio Los Alerces y 25 del Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario, Santa Fe durante el período comprendido entre el mes de Mayo y el mes de Septiembre del año 2014.

Los datos se recolectaron a través de un formulario especialmente diseñado para el estudio, de carácter anónimo y voluntario haciéndole firmar previamente al médico un consentimiento informado (ver anexo).

Se estudiaron las siguientes variables:

- La frecuencia inclusión del consumo de alcohol y su patrón de consumo en la anamnesis de la historia clínica.

- La frecuencia de inclusión del consumo de drogas ilegales en la anamnesis de la historia clínica.

- El conocimiento de algún método complementario para detectar el consumo de alcohol exceptuando la prueba de aliento con el alcoholímetro.

- El conocimiento de algún método complementario para detectar el consumo de marihuana.

- El conocimiento de algún método complementario para detectar el consumo de cocaína.

- La importancia de intervenir mediante una interconsulta a otros profesionales y su frecuencia de realización ante un cuadro compatible con el consumo de alcohol o drogas ilegales.

- La diferencia que hay en cada variable con respecto a cada uno de los tres servicios de guardia.

Los datos recabados a través de la encuesta fueron codificados y cargados en una planilla de datos en Microsoft Excel, para su posterior procesamiento y análisis con el programa estadístico SPSS.

Para el análisis específico de los datos, se trabajó para las variables cualitativas con frecuencias absolutas y relativas. Se realizaron gráficos de sectores y barras.

Para la relación entre las variables se aplicó el test probabilidad exacta de Fisher y el test Chi cuadrado usando un nivel de significación en 5% ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

A continuación se presentan los resultados de 50 encuestas realizadas a los médicos de guardia general, guardia de traumatología y guardia de cardiología en servicios de alta complejidad sobre el abordaje terapéutico de posibles cuadros clínicos derivados del consumo de alcohol y drogas ilegales.

Sanatorio	Frecuencia	%
De la Mujer	25	50
Los Alerces	25	50
Total	50	100

El 50% (25) de las respuestas son de médicos de guardia del Sanatorio de la Mujer, y el 50% (25) del Sanatorio Los Alerces.

Trabajo para el servicio de guardia

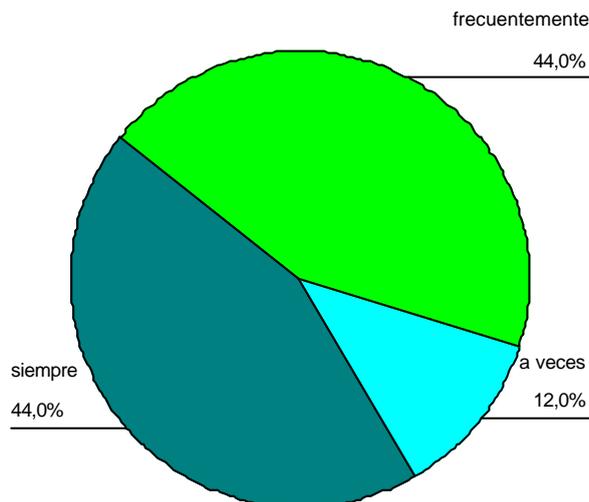
Servicio	Frecuencia	%
Guardia general	22	44
Guardia de traumatología	16	32
Guardia de cardiología	12	24
Total	50	100

El 44% (22) atiende en guardia general, el 32% (16) en guardia de traumatología, y el 24% (12) guardia de cardiología.

¿Con que frecuencia pregunta a sus pacientes sobre el consumo de alcohol?

El 44% (22) refiere que siempre pregunta a sus pacientes sobre el consumo de alcohol, el 44% (22) refiere que frecuentemente y el 12% (6) a veces. Ninguno respondió raramente o nunca.

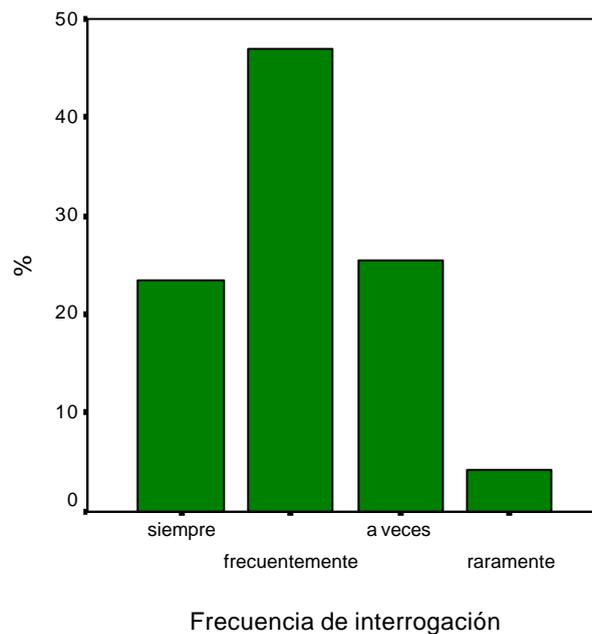
Gráfico N° 1: Pregunta a sus pacientes sobre el consumo de alcohol



En el caso de no haber contestado nunca, ¿con que frecuencia interroga sobre el patrón de consumo de alcohol (tipo de bebida/ cantidad/ frecuencia)?

El 23,4% (11) refiere que siempre interroga sobre el patrón de consumo de alcohol, el 46,8% (22) lo hace frecuentemente, el 25,5% (12) a veces y el 4,3% (2) raramente. Ninguno respondió nunca.

Gráfico N° 2: Interrogación sobre la frecuencia el patrón de consumo de alcohol a los pacientes

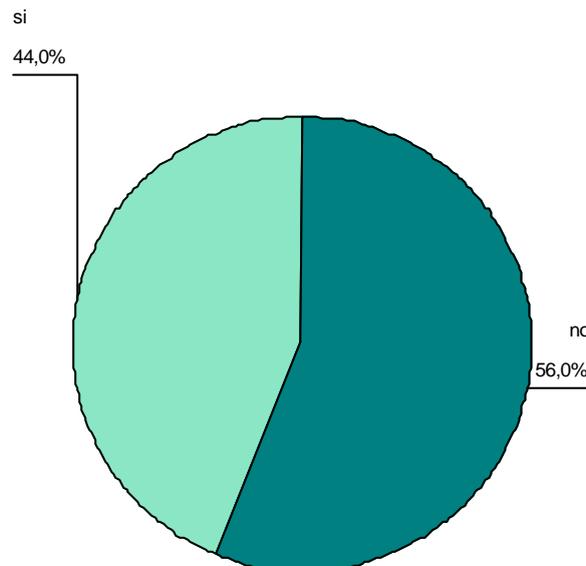


(Nota: 3 registros sin información)

¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de alcohol exceptuando la prueba de aliento con el alcoholímetro?

El 56% (28) refiere que conoce algún método complementario específico y el 44% (22) refiere que no conoce.

Gráfico N° 3: Conocimiento sobre método complementario para detectar consumo de alcohol



A los 22 que si conocen se les pidió que especifiquen y nombraron lo siguiente:

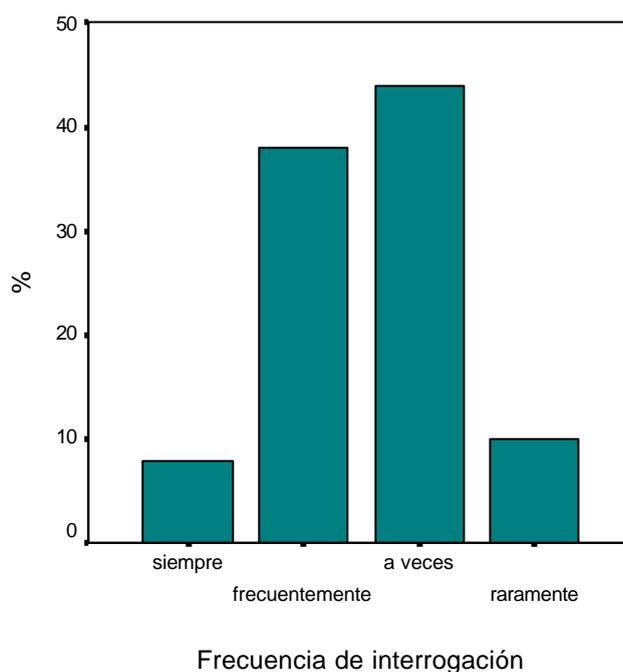
Respuestas	Frecuencia	%
Hepatograma	13	59,1
Dosaje en sangre	6	27,3
Dosaje en sangre y hepatograma	3	13,6
Total	22	100

El 59,1% (13) nombro hepatograma, el 27,3% (6) dosaje de sangre y el 13,6% (3) ambos (dosaje de sangre y hepatograma).

¿Con que frecuencia pregunta a sus pacientes sobre el consumo de drogas ilegales?

El 8% (4) refiere que siempre pregunta a sus pacientes sobre el consumo de drogas ilegales, el 38% (19) dice que frecuentemente, el 44% (22) a e veces y el 10% (5) raramente. Ninguno respondió nunca.

Gráfico N° 4: Pregunta a sus pacientes sobre el consumo de drogas ilegales

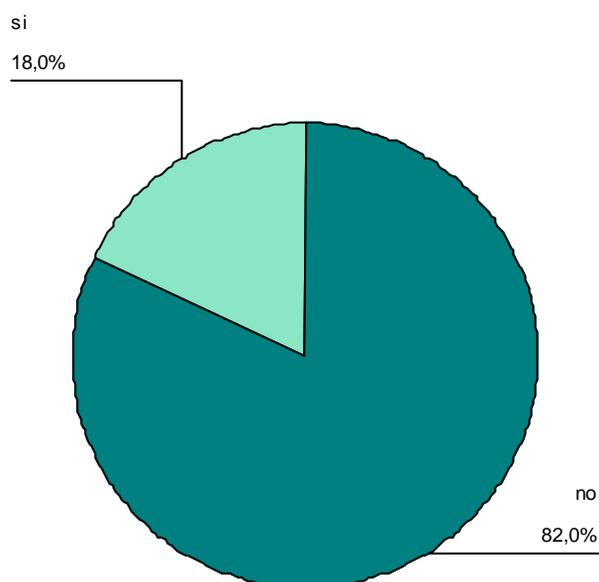


¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de marihuana?

El 82% (41) refiere que no conocen algún método complementario específico para detectar el consumo de marihuana y el 18% (9) refiere que si.

A los 9 que respondieron que si se les pidió que especifiquen y todos respondieron “dosaje en orina”.

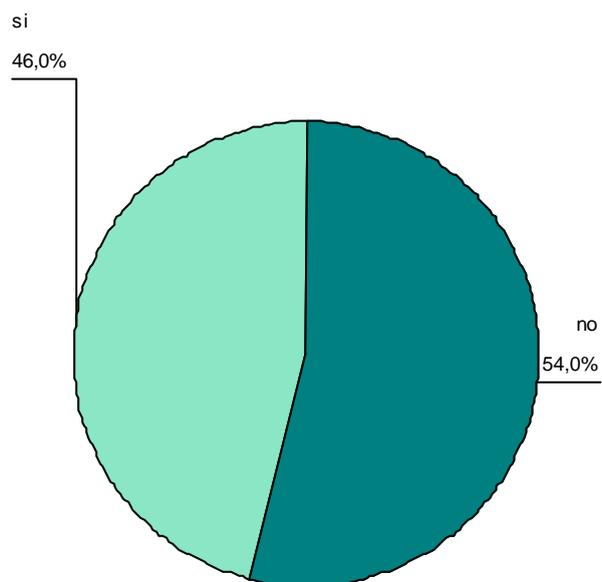
Gráfico N° 5: Conocimiento sobre algún método complementario específico para detectar el consumo de marihuana



¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de cocaína?

El 54% (27) refiere que conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de cocaína y el 46% (23).

Gráfico N° 6: Conocimiento sobre método específico para detectar consumo de cocaína



A los 23 que respondieron que si se les pidió que especifiquen y todos respondieron lo siguiente:

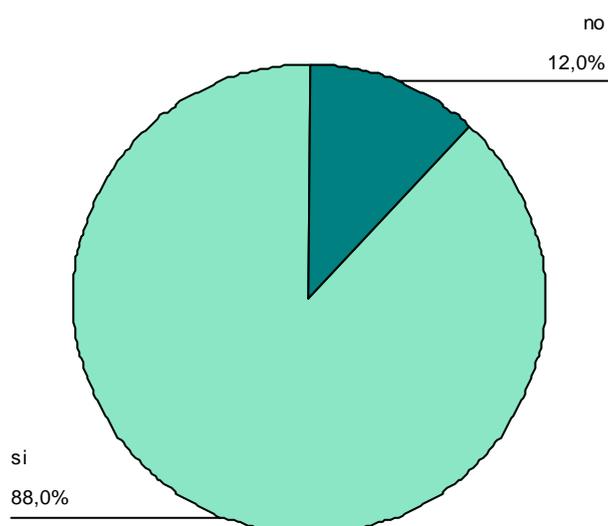
Respuestas	Frecuencia	%
Dosaje en orina	12	52,1
Dosaje en sangre y orina	4	17,5
Dosaje en sangre	3	13
Dosaje en saliva y orina	2	8,8
Rinoscopia	1	4,3
Rinoscopia, dosaje en sangre y orina	1	4,3
Total	23	100

El 52,1% (12) nombro dosaje de orina, el 17,5% (4) dosaje de sangre y orina, el 13% (3) dosaje de sangre, el 8,8% (2) dosaje en saliva y orina, el 4,3% (1) rinoscopia y el 4,3% (1) rinoscopia, dosaje en sangre y orina.

¿Considera importante intervenir mediante la interconsulta con otro profesional ante un cuadro compatible con el consumo de alcohol o alguna droga ilegal?

El 88% (44) considera que es importante intervenir mediante una interconsulta por el consumo de alcohol o alguna droga ilegal, y el 12% (6) considera que no.

Gráfico N° 7: Realización de interconsultas con otros profesionales



A los 44 que respondieron que si se les pidió que especifiquen y todos respondieron lo siguiente:

Respuestas	Frecuencia	%
Salud mental	27	61,4
Salud mental y toxicología	10	22,7
Toxicología	7	15,9
Total	44	100

El 61,4% (27) especificó interconsulta con salud mental, el 22,7% (10) con salud mental y toxicología y 15,9% (7) con toxicología.

Siguiendo con la pregunta anterior, usted en su práctica profesional ¿con que frecuencia realiza estas interconsultas?

Respuestas	Frecuencia	%
Siempre	2	4,7
Frecuentemente	7	16,3
A veces	20	46,5
Raramente	13	30,2
Nunca	1	2,3
Total	43	100

Nota: 1 registro sin información

Esta pregunta la respondieron las 44 personas que refieren que hacen interconsultas.

El 4,7% (2) refiere que siempre hace interconsulta, el 16,3% (7) frecuentemente, el 46,5% (20) a veces, el 30,2% (13) raramente y el 2,3% (1) nunca.

Relación entre pregunta sobre frecuencia de consumo de alcohol y tipo de servicio de guardia

¿Con que frecuencia pregunta a sus pacientes sobre el consumo de alcohol?		Servicio de guardia		
		General	De traumatología	De cardiología
Siempre	n	11	8	3
	%	50%	50%	25%
Frecuentemente	n	8	6	8
	%	36,4%	37,5%	66,7%
A veces	n	3	2	1
	%	13,6%	12,5%	8,3%
Total	n	22	16	12
	%	100%	100%	100%

En base a la evidencia muestral y con un nivel de confianza del 95% se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta según el tipo de servicio de guardia que sea ($p=0,504$).

Relación sobre conocimiento de método complementario específico para detectar el consumo de alcohol exceptuando la prueba de alcoholemia y tipo de servicio de guardia

¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de alcohol exceptuando la prueba de aliento con el alcoholímetro?		Servicio de guardia		
		General	De traumatología	De cardiología
No	n	9	10	9
	%	40,9%	62,5%	75%
Si	n	13	6	3
	%	59,1%	37,5%	25,0%
Total	n	22	16	12
	%	100%	100%	100%

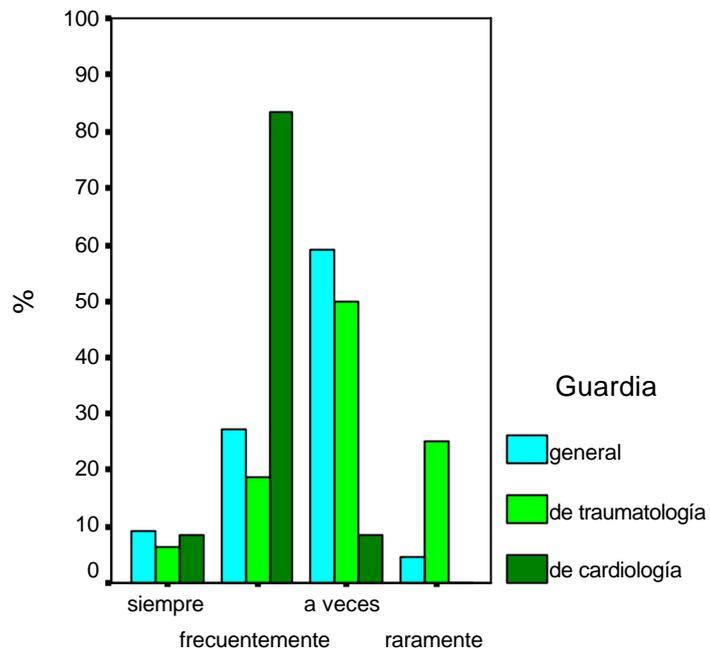
En base a la evidencia muestral y con un nivel de confianza del 95% se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta según el tipo de servicio de guardia que sea ($p=0,13$).

**Relación entre pregunta sobre frecuencia de consumo de drogas
ilegales y tipo de servicio de guardia**

¿Con que frecuencia pregunta a sus pacientes sobre el consumo de drogas ilegales?		Servicio de guardia		
		General	De traumatología	De cardiología
Siempre	n	2	1	1
	%	9,1%	6,3%	8,3%
Frecuentemente	n	6	3	10
	%	27,3%	18,8%	83,3%
A veces	n	13	8	1
	%	59,1%	50%	8,3%
Raramente	n	1	4	0
	%	4,5%	25%	0%
Total	n	22	16	12
	%	100%	100%	100%

En base a la evidencia muestral y con un nivel de confianza del 95% se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta sobre la frecuencia de preguntar a sus pacientes sobre el consumo de drogas ilegales según el tipo de servicio de guardia que sea ($p=0,004$).

Gráfico N° 8: Relación entre la frecuencia de preguntar sobre el consumo de drogas ilegales y el tipo de servicios de guardia



Pregunta sobre consumo de drogas ilegales

**Relación sobre conocimiento de métodos complementarios de detección
de consumo de marihuana y tipo de servicio de guardia**

¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de marihuana?		Servicio de guardia		
		General	De traumatología	De cardiología
No	n	18	12	11
	%	81,8%	75%	91,7%
Si	n	4	4	1
	%	18,2%	25%	8,3%
Total	n	22	16	12
	%	100%	100%	100%

En base a la evidencia muestral y con un nivel de confianza del 95% se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta según el tipo de servicio de guardia que sea ($p=0,52$).

Relación sobre conocimiento de métodos complementarios

de detección de consumo de cocaína y tipo de servicio de guardia

¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de cocaína?		Servicio de guardia		
		General	De traumatología	De cardiología
No	n	8	10	9
	%	36,4%	62,5%	75%
Si	n	14	6	3
	%	63,6%	37,5%	25%
Total	n	22	16	12
	%	100%	100%	100%

En base a la evidencia muestral y con un nivel de confianza del 95% se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en la respuesta según el tipo de servicio de guardia que sea ($p=0,07$).

DISCUSIÓN

Se llevó adelante un estudio descriptivo de corte transversal en base a los datos aportados por las encuestas realizadas a 50 médicos de guardia general, guardia de traumatología y guardia de cardiología, 25 provenientes del Sanatorio de la Mujer y 25 del Sanatorio Los Alerces de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, durante el período comprendido entre el mes de Mayo y el mes de Septiembre del año 2014. El 44% de los médicos de la muestra trabajaba en la guardia general, el 32% en la de traumatología y el 24% en la de cardiología.

Los resultados de este estudio revelan que el 44% de los profesionales consultan sobre el consumo de alcohol rutinariamente como el consumo de medicamentos a pesar de que no exista patología relacionada (ver gráfico número 1), lo que se asemeja al estudio de Ballbè et al. realizado en Barcelona y titulado "Impacto de la formación en intervención breve. Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol", en el cual el porcentaje es del 47%, a su vez resultando mayor que el del tabaco que arrojó un valor de 38,7%. Este margen se debe quizás a la joven conciencia que hay en ese país sobre los riesgos del tabaquismo, por ejemplo, en Finlandia se aprobó una restrictiva ley de control de tabaquismo en el año 1995, cuando en España no se implantó hasta el año 2006. ⁽⁵⁾

En el Congreso Virtual de Psiquiatría titulado "Formación en alcoholismo y otras adicciones", Jiménez-Arriero et al., del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, sostienen que la mayor parte de las historias clínicas de Atención Primaria ofrecen datos sobre el número de

cigarrillos fumados por el paciente, y por el contrario, es frecuente encontrar frases como “bebe lo normal” sin profundizar conceptos sobre la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol. ⁽²⁷⁾ En contraposición, este estudio demuestra que el 23,4% de los médicos interroga siempre sobre el patrón de consumo cuando consulta sobre el alcohol, el 46,8% frecuentemente (la mayor cantidad), el 25,5% a veces, el 4,3% raramente y el 0% nunca (ver gráfico número 2). Este panorama resulta favorable debido a que el patrón de consumo es la mejor manera de describir la conducta con respecto al alcohol porque predice contextualmente los daños que puede ocasionarle tanto al bebedor como a la sociedad (accidentes de tránsito, violencia, etc), como también permite diseñar una correcta intervención médica para minimizar el consumo y reducir así los riesgos. ⁽²⁸⁾

Con respecto al interrogatorio del consumo de drogas ilegales se encontró gran diferencia al abordaje con el alcohol, ya que consultan solo el 8% de los profesionales en forma rutinaria (ver gráfico número 4) , en contraposición a lo que recomienda actualmente la Organización Panamericana de la Salud de incluir el consumo de sustancias de manera sistemática en la anamnesis pese a no tener ninguna patología relacionada, ya que es una problemática de creciente incidencia y con esto se busca prevenir o tratar posibles daños ocasionados. ⁽²⁹⁾ La gran diferencia se debe lógicamente a que el alcohol es una droga legal de consumo masivo .

En cuanto al examen complementario para detectar consumo de alcohol, el 44% (ver gráfico número 3) contestó que conocía alguno, y especificaron 59,1% “hepatograma”, 27,3% “dosaje en sangre” y 13,6% ambos métodos

anteriores. Los dos métodos son válidos porque si bien lo más específico es el dosaje de etanol en sangre, además se puede realizar un hepatograma para determinar el aumento de las enzimas hepáticas que causa el alcohol al lesionar el hígado. ⁽³⁰⁾

Situándonos en el examen complementario para detectar el consumo de marihuana, del total de la muestra el 18% contestó que conocía alguno (ver gráfico número 5) y el 100% de este nuevo total especificó “dosaje en orina”, lo cual es correcto porque lo que se realiza es una medición en orina del metabolito de la droga denominado tetrahidrocannabinol (THC). ⁽³¹⁾

Para la detección del consumo de cocaína, el 46% contestó que conocía algún método específico (ver gráfico número 6), de los cuales el 52,1% nombró “dosaje de orina”, el 17,5% “dosaje de sangre y orina”, el 13% “dosaje de sangre”, el 8,8% “dosaje en saliva y orina”, el 4,3% “rinoscopia” y el 4,3% “rinoscopia, dosaje en sangre y orina”. Todas las respuestas son válidas porque el laboratorio específico para esta droga es el dosaje de su metabolito principal, la benzoilecgonina, en una muestra de sangre, orina, saliva o cabello. ⁽³²⁾ En cuanto a la rinoscopia, no es un método muy específico porque permite visualizar únicamente la erosión del tabique nasal que ocasiona el efecto traumático de aspiración de cristales de cocaína a gran velocidad y los ciclos repetidos de vasoconstricción, hipoxia y anestesia de la mucosa; siendo que hay mucha gente que consume y no presenta lesión alguna, y por el contrario, hay personas que no consumen y tienen este órgano desgastado por otras patologías. ⁽³³⁾

Con respecto a estos exámenes complementarios específicos para detectar el consumo de alcohol y otras drogas, al realizar esta investigación se llegó a conocer que en Argentina no es usual su implementación en el ejercicio de la medicina por el alto costo. Sin embargo en el estudio de Burrillo Putze et al. realizado en España y titulado “Consumo de cocaína y su correlación con patología cardíaca y traumática atendida en un servicio de urgencias”, en el que se dosaron metabolitos de cocaína en orina de 325 pacientes que asistieron a un servicio de guardia de alta complejidad (de los cuales el 19,7% resultó haber consumido), se concluyó que no resultó ser un alto gasto el empleado en estas pruebas de examen en comparación con el generado por los problemas de salud pública que ocasiona el consumo de sustancias. ⁽⁷⁾

Del total de la muestra, el 88% de los profesionales considera importante intervenir mediante una interconsulta con otro profesional en el caso de un posible cuadro derivado del consumo de alcohol y drogas ilegales (ver gráfico número 7). Dentro de este porcentaje, el 61,4% especificó interconsulta con “salud mental”, el 22,7% con “salud mental y toxicología” y 15,9% con “toxicología”. Si bien en casos de intoxicación lo imperativo es revertir el cuadro porque corre riesgo su vida y lo ideal es la consulta con un toxicólogo, una vez que el paciente está estable o también en casos que no esté intoxicado, la recomendación actual de la Organización Panamericana de la Salud es intervenir mediante la elaboración de un plan de seguimiento a largo plazo con algún profesional de la salud mental para el tratamiento de esta conducta de consumo o abuso de la sustancia en cuestión. ^{(34) (35)}

Siguiendo con la pregunta anterior, de esos 88% de los profesionales que consideran importante intervenir, sólo el 4,7% indicó que “siempre” realiza una interconsulta ante un caso de estas características. Este dato coincide con el estudio antes mencionado de Ballbè et al. que revela que únicamente el 10% de los médicos encuestados intervienen ante pacientes que consumen alcohol y/o tabaco ⁽⁵⁾. En el Congreso Virtual de Psiquiatría previamente nombrado, Jiménez Arriero et al. detallan múltiples causas de este déficit en el compromiso de los médicos en cuadros relacionados con alcohol y drogas, una de las más importantes es la formación inadecuada tanto a nivel de pregrado como en residencias, adjudicándole poco tiempo a estos temas y limitándolos únicamente en el área de psiquiatría, cuando los problemas del consumo de sustancias involucran múltiples áreas médicas; otras son la falta de tiempo, el temor a que el paciente pueda enfadarse con alguna pregunta relacionada con el consumo o que negarán problemas y se negarán a cualquier intento de cambiar su conducta, y el concepto erróneo de que no son asuntos para tratar en Atención Primaria. ⁽²⁷⁾

Hay numerosos estudios que evidencian la eficacia de la intervención breve en el área de la Atención Primaria de la Salud. Esta intervención se basa en la identificación temprana de los individuos que consumen alcohol y otras drogas, la motivación al individuo para el cese del consumo como meta viable de cambio, y la posible evaluación de un tratamiento a largo plazo con algún profesional de la salud mental. ⁽³⁵⁾ Un ejemplo es el trabajo de Wick et al. en el cual se revisaron 12 estudios aleatorios y controlados y llegaron a la conclusión que los bebedores que reciben una intervención breve eran dos veces más

propensos a reducir su consumo en un período de 6 a 12 meses que aquellos que no recibieron intervención. ⁽³⁶⁾ Otra investigación pertinente fue la realizada por Martínez et al., en la cual se realizó intervención breve en 25 adolescentes entre 14 y 18 años de edad consumidores de alcohol y marihuana, de los cuales 24 resultaron tener una reducción del patrón de consumo, se percibieron a sí mismos con mayor nivel de auto eficacia (capacidad para controlar la cantidad de consumo en situaciones de riesgo), y reportaron una reducción del número de problemas relacionados con su consumo. ⁽³⁷⁾

Realizando un cruce de variables entre los servicios de guardia general, guardia de traumatología y guardia de cardiología, no se observaron diferencias estadísticas significativas para casi ninguna de las preguntas, a excepción de la que se refería a la frecuencia de consulta a los pacientes sobre el consumo de drogas ilegales, la cual revela mayor frecuencia en el área de cardiología ($p=0,004$, ver gráfico número 8), muy probablemente debido a la relación que existe entre la cocaína y las urgencias cardiovasculares como el infarto agudo de miocardio o la crisis hipertensiva.

CONCLUSIÓN

Finalizado este trabajo de investigación se arriba a que cerca de la mitad de los profesionales consulta al paciente por el consumo de alcohol de manera rutinaria como el consumo de medicamentos sin que exista patología relacionada, y cada vez que se consulta, la mayoría interroga frecuentemente sobre el patrón de consumo (tipo de bebida/frecuencia/cantidad).

Sin embargo, a diferencia del alcohol, es muy baja la cantidad de profesionales que consulta sobre el consumo de drogas ilegales de manera rutinaria.

Con respecto a los métodos complementarios específicos para detectar el consumo de sustancias, cerca de la mitad de los profesionales afirmaron conocer alguno para el alcohol y cocaína, pero la minoría indicó que conocía para marihuana (especificando mayoritariamente hepatograma para el alcohol y dosaje en orina para cocaína y marihuana).

Por último, la mayoría de los profesionales considera importante la interconsulta con otro profesional en el caso de un posible cuadro derivado del consumo de alcohol y drogas ilegales, y la mayor parte señalaron profesionales de la salud mental. A pesar de esto, son minoría los médicos que siempre realizan dichas intervenciones.

Al realizar un cruce de variables con los tres servicios de guardia (general, de traumatología y de cardiología), no se halla una diferencia significativa en casi ninguna a excepción de la frecuencia de consulta sobre el consumo de drogas ilegales, donde es más alta en la guardia de cardiología.

Siendo el consumo de alcohol y drogas ilegales uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y una causa muy frecuente de cuadros que se presentan en la guardia médica, es fundamental que los médicos intervengan activamente en estos asuntos con el fin de intentar revertir la conducta del paciente y así contribuir a reforzar la vertiente sanitaria en materia de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1- Pichot P, Aliño JJLI, Miyar MV. Trastornos relacionados con sustancias.

En: **DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.**

Barcelona: Masson; 1995. p. 181-200.

2- United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2013. United Nations 2013:1-115.

3- Colazo MJ. Proyecto de Declaración, Senado de la Nación, Secretaría Parlamentaria (Argentina). Dirección General de Publicaciones 2010:1 -3.

4- Argentina. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, Presidencia de la Nación. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011. Área de Investigaciones 2012:1-201.

5- Ballbè M, Walther M, Mondon S, Nieva G, Gual A, Saltó E, Colom J. Impacto de la formación en intervención breve. Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol. Adicciones 2009;21(2):113-117.

6- Argentina. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, Presidencia de la Nación. El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia, Quinto Estudio Nacional. Área de Investigaciones 2013:1-33.

7- Burrillo Putze G, Borreguero León JM, Vallbona Alfonso E, De Vera González AM, Fernández Rodríguez JF, García Dopico JA, Vega Prieto MJ, Cinesi Gómez C, Jiménez Sosa A. Consumo de cocaína y su correlación con patología cardíaca y traumática atendida en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2008;20(6):380-384.

8- Pichot P, Aliño JJLI, Miyar MV. Trastornos relacionados con sustancias. **En: DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Barcelona: Masson; 1995. p. 181-200.

9- Raspall L. Adicciones: conceptos básicos. **En: La Tercera Cosa.** Rosario: UNR Editora; 2009. p. 1-4.

10- Goodman & Gilman. Adicción y abuso de drogas. **En: Las bases farmacológicas de la terapéutica.** México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 607-626.

11- Gutierrez Segú O. La adicción como cancelación del dolor de existir. *Infoagenda* 2011;148(372):1-6.

12- Puig JM. Intoxicaciones por Otros Agentes. **En: Daniel H. Bagliet & Claudio Settecase Editors. Medicina Crítica: etiología, fisiopatología, clínica y terapéutica.** 11a ed. Rosario: Jurís; 2011. p. 945-955.

13- Kaplan & Sadock. Trastornos relacionados con el alcohol. **En: Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica.** 10a ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 390-407.

14- España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Efectos agudos del cannabis. **En: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre cannabis.** Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 2006. p. 31-38.

15- Pichot P, Aliño JJLI, Miyar MV. Trastornos relacionados con cannabis. **En: DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Barcelona: Masson; 1995. p. 229-233.

16- Caballero Martinez L. Farmacología general de la cocaína. **En: Adicción a la cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2005. p. 23-26.

17- Puig JM. Intoxicaciones por Drogas de Abuso. **En: Daniel H. Bagliet & Claudio Settecase Editors. Medicina Crítica: etiología, fisiopatología, clínica y terapéutica.** 11a ed Rosario: Jurís; 2011. p. 937-944.

18- Pichot P, Aliño JLI, Miyar MV. Trastornos relacionados con cocaína.

En: **DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.**

Barcelona: Masson; 1995. p. 233-263.

19- Alvarez Y, Farré M. Farmacología de los opioides. Adicciones 2005;17(2):21-40.

20- Urtilla P. Aspectos farmacológicos de las anfetaminas. Ars Pharmaceutica 2000;41(1):67-77.

21- Kaplan & Sadock. Trastornos relacionados con las anfetaminas o sustancias de acción similar. En: **Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica.** 10 ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 407-412.

22- Quirse Balma CM, Badilla B, Badilla C, Herrera MM, Rodríguez JL. Los alucinógenos: su historia, antropología, química y farmacología. Psicogente 2010;13(23):174-192.

23- Fernández P, Hernández IL. Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). Adicciones 2003;15(2):51-75.

24- Albiach Catalá C, Beltrán Viciano MA, Blasco Caple V, Lopez Segarra F, Palau Muñoz C, Santos Diez P. Indicación terapéutica. En: **Tratamiento de las adicciones**. Valencia: Castelló d' Impressió; 2012. p. 7-15.

25- Secades Villa R, Fernandez Hermida JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema* 2010;13(3):365-380.

26- Estados Unidos. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. En: **Abuso de Drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación**. Nueva York: Naciones Unidas; 2012. p. 61-73.

27- Jiménez-Arriero MA, Rubio G, Ponce G. Formación en alcoholismo y otras adicciones. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 27 CIE.

28- Stimson GV. El consumo de alcohol en contexto: responsabilidad de todos. *Internacional Center for Alcohol Polices (ICAP) Reviews* 2013;2:1-13.

29- Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo del ASSIST y la intervención breve vinculada. En: **La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria**. Washington D.C.: Área de Desarrollo Sostenible y Desarrollo Ambiental (SDE); 2011. p. 4-6.

30- Tirado Rodríguez P. Aspectos médicos de los tratamientos por consumo de alcohol. En: **Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol**. Andalucía: Consejería de Igualdad y Bienestar Social; 2007. p. 43-101.

31- Gil Del Castillo ML, Noguera Velasco JA, Martínez Hernández P. THC: droga o medicamento. Determinación analítica. Actualidades 2005;3(4):31-39.

32- Téllez Mosquera J, Cote Menéndez M. Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por consumo de cocaína. Revista de la Facultad de la Universidad Nacional de Colombia 2005;53(1):10-26.

33- Pascual F, Torres M, Calafat A. Monografía Cocaína. Adicciones 2001;13(2):1-247.

34- Organización Panamericana de la Salud. Vinculación de las puntuaciones del ASSIST al tratamiento. En: **La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria.** Washington D.C.: Área de Desarrollo Sostenible y Desarrollo Ambiental (SDE); 2011. p. 35-37.

35- Babor TF, Higgings-Biddle JC. Papeles y responsabilidades de la Atención Primaria. En: **Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria.** Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social; 2006. p. 7-11.

36- Wilk A, Jensen N, Havighurst T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. Journal of General Internal Medicine 1997;12:274-283.

37- Martínez KI, Salazar Garza ML, Pedroza Cabrera FJ, Ruiz Torres GM, Ayala Velázquez HE. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Salud Mental 2008;31(2):956-967.

Anexo

ENCUESTA

- Usted trabaja para el servicio de guardia:

- General
- De Traumatología
- De Cardiología

- ¿Con que frecuencia pregunta a sus pacientes sobre el consumo de alcohol?

- Siempre (rutinariamente como el consumo de medicamentos)
- Frecuentemente
- A veces
- Raramente
- Nunca

- En el caso de no haber contestado nunca, ¿con que frecuencia interroga sobre el patrón de consumo de alcohol (tipo de bebida/ cantidad/ frecuencia)?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Raramente
- Nunca

- ¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de alcohol exceptuando la prueba de aliento con el alcoholímetro?

- Sí

(Especifique).....

.....

- No

- ¿Con que frecuencia pregunta a sus pacientes sobre el consumo de drogas ilegales?

- Siempre (rutinariamente como el consumo de medicamentos)

- Frecuentemente

- A veces

- Raramente

- Nunca

- ¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de marihuana?

- Sí

(Especifique).....

.....

- No

- ¿Conoce algún método complementario específico para detectar el consumo de cocaína?

- Sí

(Especifique).....

.....

- No

- ¿Considera importante intervenir mediante la interconsulta con otro profesional ante un cuadro compatible con el consumo de alcohol o alguna droga ilegal?

- Sí

(Especifique cual/es).....

.....

- No

(Fin de la encuesta)

- Siguiendo con la pregunta anterior, usted en su práctica profesional ¿con que frecuencia realiza estas interconsultas?

- Siempre

- Frecuentemente

- A veces

- Raramente

- Nunca

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma.

Este estudio es conducido por Fresco, Agustín Ezequiel, de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario, y la meta es conocer el grado de instrucción sobre el abordaje terapéutico de los médicos de guardia en posibles casos derivados del consumo de alcohol y drogas ilegales.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si usted accede a participar, se le pedirá que complete el cuestionario de una encuesta en forma anónima. Esta información recolectada será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Fresco, Agustín Ezequiel. He sido informado que la meta de este estudio es conocer el grado de instrucción sobre el abordaje terapéutico de los médicos de guardia en posibles casos derivados del consumo de alcohol y drogas ilegales.

Me han informado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una encuesta en forma anónima, y que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firma del participante

Fecha