

Panorama de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas notificadas al Sivigila, Colombia, 2011-2012.....289



**Ministro de Salud y Protección Social**

Alejandro Gaviria Uribe

**Dirección de Epidemiología y Demografía**

Martha Lucía Ospina Martínez

**Director General, Instituto Nacional de Salud**

Fernando Pio de la Hoz Restrepo

**Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública**

Máncel Enrique Martínez Durán

**Comité Editorial**

Oscar Eduardo Pacheco García

Andrea Patricia Villalobos Rodríguez

Ivonne Natalia Solarte Agredo

Jacqueline Espinosa Martínez

Liliana Castillo Rodríguez

Pablo Enrique Chaparro Narváez

Vilma Fabiola Izquierdo

Natalia Muñoz Guerrero

Milena Rodríguez

Máncel Martínez Ramos

Angélica María Olaya Murillo

**Edición y corrección de estilo**

Angélica María Olaya Murillo

**Diseño y Diagramación**

Claudia P. Clavijo A.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

**Instituto Nacional de Salud**

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad, y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382, 1486.

Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

**Cita sugerida:**

Acciones de vigilancia intensificada de cólera ante posible reintroducción en los componentes de vigilancia epidemiológica y laboratorio, Colombia, 2011-2012 - Definiciones de casos para la vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA) en el país ;18 (23): 268-287.

## Panorama de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas notificadas al Sivigila, Colombia, 2011-2012

Karla Mabel Cárdenas Lizarazo<sup>1</sup>

### Resumen

**Introducción:** las sustancias psicoactivas (SPA) afectan al individuo y a la sociedad, su impacto se produce a nivel social, económico y político. En el mundo las dos drogas ilícitas de mayor consumo son la marihuana y los estimulantes de tipo anfetamínico. En Colombia la sustancia psicoactiva ilícita de mayor consumo es la marihuana, seguida por la cocaína.

La mayor parte de la información que se obtiene sobre el consumo de SPA se basa en encuestas, sin embargo se excluyen subgrupos de población expuestos al más alto riesgo de consumir drogas, lo que puede subestimar su magnitud real. En consecuencia, se considera que la información sobre intoxicaciones por SPA captada por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) se constituye como un insumo importante para tratar de estimar la dimensión de esta problemática desde una perspectiva diferente.

**Objetivo:** analizar el comportamiento de las intoxicaciones con SPA notificadas al Sivigila entre el 2011 y 2012, teniendo en cuenta la información obtenida a partir del código 414, el tipo de exposición intencional psicoactiva – adicción y los casos de mezclas.

**Materiales y métodos:** se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, en el que se analizaron las variables de interés obtenidas de las bases de datos del Sivigila en 2011 y 2012.

**Resultados:** cerca del 65 % del total de los casos de intoxicaciones por SPA se presenta entre los 10 y los 29 años, predominando en hombres excepto para el rango de edad comprendido entre los 10 y los 14 años. Las sustancias con efecto depresor ocuparon el primer lugar, seguidas por aquellas con efectos alucinógenos y en tercer lugar se encuentran las sustancias con efecto estimulante. El tipo de exposición más frecuente en las intoxicaciones con SPA (notificación al código 414) fue la intencional psicoactiva – adicción, mientras que para las mezclas fue la intencional suicida cuya mortalidad es baja.

**Conclusiones:** las intoxicaciones por SPA tienen una alta incidencia en la salud mental de la población expuesta, lo cual se evidencia principalmente por los tipos de exposición intencional psicoactiva – adicción e intencional suicida.

**Palabras claves:** sustancias psicoactivas, vigilancia epidemiológica, intoxicación, salud mental.

### Introducción

Las sustancias psicoactivas (SPA) son aquellas sustancias que al ser consumidas afectan los procesos mentales, por ejemplo la cognición o la afectividad; se refiere a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas [1]. Las SPA afectan al individuo y a la sociedad al generar el crimen, la violencia en las calles y otros problemas

<sup>1</sup> Referente de intoxicaciones por sustancias psicoactivas, Grupo factores de riesgo ambiental, Dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

sociales que amenazan a la comunidad en general. Su impacto se produce a nivel social, económico y político [2].

En el reporte mundial de drogas 2012, se evidencia que las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo la marihuana y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el éxtasis, con una prevalencia anual mundial entre el 2.6 % al 5 % y 0.3 % al 1.2 % respectivamente. En la población adulta de 15 a 64 años de edad, la prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, entre el 0.3 % al 0.4 % y 0.3 % al 0.5 % respectivamente. No se dispone de cifras relativas al consumo con fines no médicos de medicamentos de venta con receta distintos de los opioides y las anfetaminas; sin embargo, se ha informado que dicho consumo constituye un problema sanitario cada vez más grave, así como el consumo de sustancias psicotrópicas cuya composición química no está sujeta a fiscalización (sustancias volátiles, entre otras) [3].

A su vez, en Colombia la prevalencia en el último año indica que casi el 3 % de las personas encuestadas (aproximadamente 540 000) usaron sustancias ilícitas al menos una vez durante los últimos 12 meses, con diferencias estadísticamente significativas por sexo (hombres 4.5 %, mujeres 1.18 %); el mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa cercana al 6 %, seguido del grupo de 25 a 34 años con el 3.8 %, y el de 12 a 17 años con 3.4 %. Ciudades como Medellín y el área metropolitana con 6.3 % y Cali y Yumbo con 4.9 % registran la mayor prevalencia de consumo en el último año de sustancias ilícitas e inhalables; Bogotá D.C., presenta un 2.86 % ubicándose como la quinta después de Quindío (3.96 %) y Cauca (3.06 %). La sustancia psicoactiva ilícita de mayor consumo es la marihuana, seguida por la cocaína, según los resultados obtenidos en el estudio nacional realizado en el 2008, que pueden observarse en la figura 1 [4].

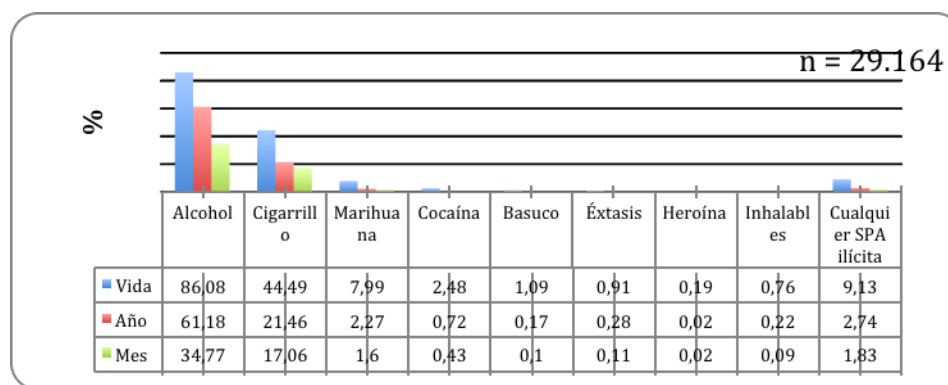


Figura 1. Distribución porcentual de prevalencias de consumo de SPA en Colombia, 2008

Fuente: adaptado del Informe final del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 [4]

Por otro lado, la mayor parte de la información que se obtiene sobre el consumo de SPA se basa en encuestas, las cuales van dirigidas a hogares y escuelas, excluyendo subgrupos de población expuestos al más alto riesgo de consumir drogas como son aquellas personas privadas de la libertad (presidarios), los habitantes de la calle, los jóvenes que no asisten a la escuela, la población que se encuentra en centros de rehabilitación, así como los habitantes del área rural y grupos étnicos. Por lo anterior, si bien las encuestas muestran una tendencia general acerca de esta problemática, pueden subestimar su magnitud real [5].

Teniendo en cuenta que uno de los eventos de interés en salud pública vigilados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y por tanto de notificación obligatoria a nivel nacional [6] son las intoxicaciones por sustancias químicas, en las cuales se contemplan las intoxicaciones por SPA, esta información se constituye como un insumo para tratar de estimar la magnitud de esta problemática desde una perspectiva diferente.

De esta manera, con la información disponible en el sistema de vigilancia se llevó a cabo un análisis del comportamiento de las intoxicaciones con SPA notificadas en 2011 y 2012, teniendo en cuenta el tipo de procesamiento de la información de la siguiente forma:

1. Casos notificados al Sivigila con código 414 (intoxicaciones por SPA), incluye: bebidas alcohólicas, marihuana, cocaína, metanfetaminas, chimu, escopolamina, entre otras; sin que se tenga en cuenta sustancias como solventes o medicamentos, los cuales causan efectos a nivel del sistema nervioso central y se encuentran notificados en sus respectivos códigos 370 (medicamentos) y 400 (solventes).
2. Casos según el tipo de exposición intencional psicoactiva – adicción, con el fin de evidenciar la problemática del consumo de estas sustancias y las consultas a los servicios médicos.
3. Casos de mezclas de sustancias químicas con una SPA.

## Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, en el que se analizaron las variables de interés obtenidas de las bases de datos del Sivigila en 2011 y 2012. Se requirió efectuar una depuración de la base 2011 según lineamientos y directrices para la notificación de las intoxicaciones por sustancias químicas del 2013 [7], con el fin de hacer comparables los resultados con los obtenidos para el 2012.

El procesamiento y análisis de la información se desarrolló en Excel, empleándose estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias, porcentajes, proporciones y presentaciones en figuras.

## Consideraciones éticas

Al tratarse de un estudio descriptivo retrospectivo, en el cual se hace una revisión de bases de datos sin ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales, este estudio se clasifica dentro de la categoría de investigación sin riesgo, según el Artículo 11 de la Resolución n.º 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social [8].

## Resultados

Para el 2011 y 2012 los casos de intoxicación por SPA según el tipo de procesamiento de la información, previamente explicado, se encuentran en la tabla 1.

**Tabla 1.**  
**Intoxicaciones por SPA según notificación, Colombia, 2011-2012**

Notificación	2011	2012	Total
Intoxicación por SPA (código 414)	3850	4192	8042
Tipo de exposición intencional psicoactiva – adicción	1664	2328	3992
Mezclas con sustancias psicoactivas	347	355	702

Fuente: Sivigila, 2011-2012

Es escasa la notificación de casos de intoxicación por SPA al código 414 por tipo de exposición y por mezclas de sustancias químicas con SPA presentadas en etnias indígenas, palenqueros, raizales, negros, mulatos afrocolombianos, que constituyen menos del 0.5 % del total de la notificación.

En las tablas 2 y 3 se presenta la incidencia para el 2011 y 2012 respectivamente. Es de notar que para los

dos años Quindío y Bogotá ocupan los dos primeros lugares en los tres tipos de notificación aquí evaluados, excepto para las mezclas en el 2012 cuyo primer lugar es ocupado por Bogotá y seguido por Antioquia. En general, la incidencia de las notificaciones fue mayor para el código 414, seguido por el tipo de exposición y las mezclas en último lugar.

**Tabla 2.**  
**Incidencia de intoxicaciones por SPA según notificación, Colombia, 2011**

Departamento	Población 2011	Código 414		Tipo de exposición		Mezclas	
		Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
Quindío	552703	190	34.38	102	18.45	16	2.89
Bogotá	7467804	1168	15.64	440	5.89	144	1.92
Meta	888765	121	13.61	40	4.50	16	1.80
Cesar	979015	115	11.75	59	6.03	0	0
Casanare	331714	37	11.15	24	7.24	2	0.60
Sucre	818663	90	10.99	58	7.08	2	0.24
Tolima	1391890	136	9.77	37	2.66	9	0.64
Norte de Santander	1309217	127	9.70	89	6.80	2	0.15
Putumayo	329598	31	9.41	11	3.34	2	0.60
Caldas	980281	92	9.39	60	6.12	12	1.22
Total	46043696	3851	8.36	1664	3.61	347	0.75

Fuente: Sivigila, 2011

**Tabla 3.**  
**Incidencia de intoxicaciones por SPA según notificación, Colombia, 2012**

Departamento	Población 2012	Código 414		Tipo de exposición		Mezclas	
		Casos	Incidencia	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
Quindío	555836	114	20.51	87	15.65	5	0.89
Bogotá	7571345	1397	18.45	726	9.59	130	1.71
Cesar	991584	139	14.02	95	9.58	6	0.60
Caldas	982207	122	12.41	85	8.65	8	0.81
Tolima	1396038	164	11.75	68	4.87	10	0.71
Sucre	826780	91	11.01	46	5.56	3	0.36
Meta	906805	96	10.59	35	3.86	2	0.22
Antioquia	6221817	644	10.35	431	6.93	88	1.41
Nariño	1680795	154	9.16	64	3.81	11	0.65
Barranquilla	1200513	108	9.00	56	4.66	2	0.16
Total	47028552	4192	8.91	2328	4.95	355	0.75

Fuente: Sivigila, 2012

La mayor parte de las intoxicaciones por SPA se presenta en hombres, con una amplia diferencia con respecto a las mujeres, que disminuye cuando se observan los resultados de los casos de mezclas registrados en el Sivigila (figura 2). Por grupos de edad, para el periodo estudiado cerca del 65 % (5194/8043) del total de los casos de intoxicación con SPA se presentan entre los 10 a los 29 años, con un predominio en hombres excepto para el grupo de edad comprendido entre los 10 y los 14 años, el cual

es ligeramente superado por las mujeres (3.31 % y 3.71 % respectivamente), la distribución de casos por edad y sexo es similar para el tipo de exposición intencional psicoactiva – adicción; para las mezclas, el 63.39 % (445/702) se presenta entre los 10 y los 29 años, siguen predominando los hombres excepto para los grupos de edad comprendidos entre los 10 y los 14 años y entre los 15 y los 19 años, en los cuales las mujeres aportan el mayor número de casos (6.13 % y 6.41 %; 10.4 % y 11.4 % respectivamente).

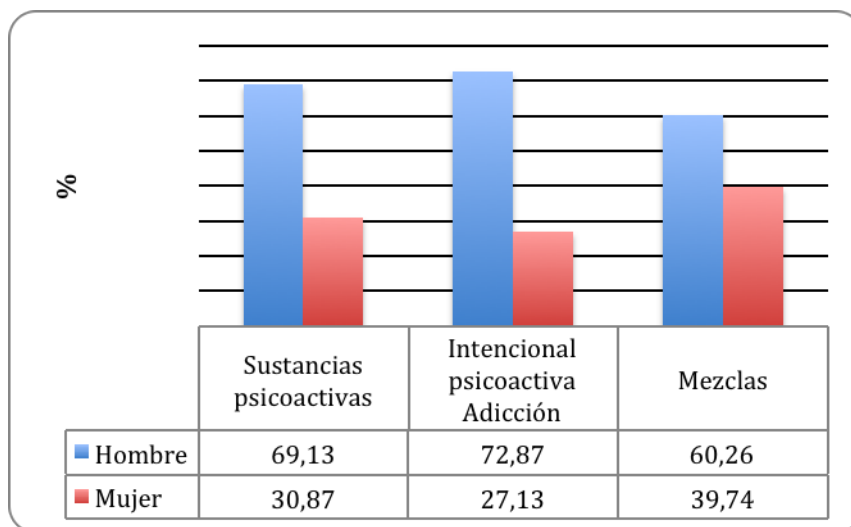


Figura 2. Distribución porcentual de las intoxicaciones por SPA según sexo, Colombia 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

Para facilitar el análisis de las intoxicaciones con sustancias psicoactivas notificadas al código 414, se utilizó la clasificación propuesta por el Grupo de intoxicaciones por sustancias psicoactivas del Instituto Nacional de Salud (INS) [9], en la que se tuvo en cuenta el efecto que se produce a nivel del sistema nervioso central; de esta forma, se conformaron cinco categorías, así: sustancias depresoras (bebidas alcohólicas, heroína), sustancias estimulantes (cocaína, anfetaminas, metanfetaminas), sustancias alucinógenas (escopolamina, cacao sabanero, marihuana, LSD), policonsumo (consumo asociado

de dos o más SPA) y desconocidas (cuando no se logró identificar el tipo de sustancia implicada). Es así como durante el 2011 y 2012 las sustancias con efecto depresor ocuparon el primer lugar, seguidas por aquellas con efectos alucinógenos (predomina la escopolamina sobre la marihuana), cuyo porcentaje de notificación para el 2012 con respecto a las primeras es similar, en tercer lugar se encuentran las sustancias con efecto estimulante; el policonsumo tuvo una presentación similar para los dos años, como se observa en la figura 3.

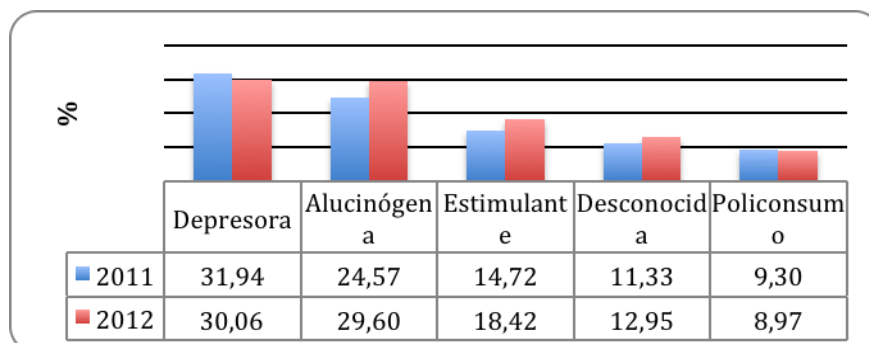


Figura 3. Distribución porcentual de las intoxicaciones por SPA según tipo de sustancia, Colombia, 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012



Al desglosar los datos de la categoría policonsumo, se evidencia que con mayor frecuencia se asocia una sustancia estimulante a una alucinógena, en segundo lugar se encuentra la asociación estimulante/depresora para el periodo estudiado (figura 4).

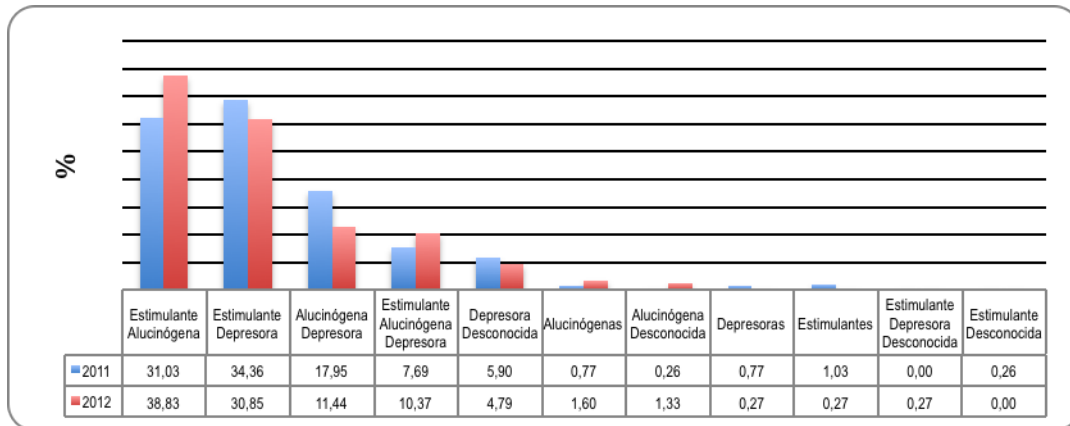


Figura 4. Distribución porcentual de las intoxicaciones por SPA según policonsumo, Colombia, 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

Para las mezclas de sustancias químicas con SPA, se llevó a cabo la clasificación de las principales “asociaciones” de sustancias, lo que evidencia que para los dos años estudiados los primeros lugares son ocupados por la mezcla de SPA con algún medicamento (figura 5).

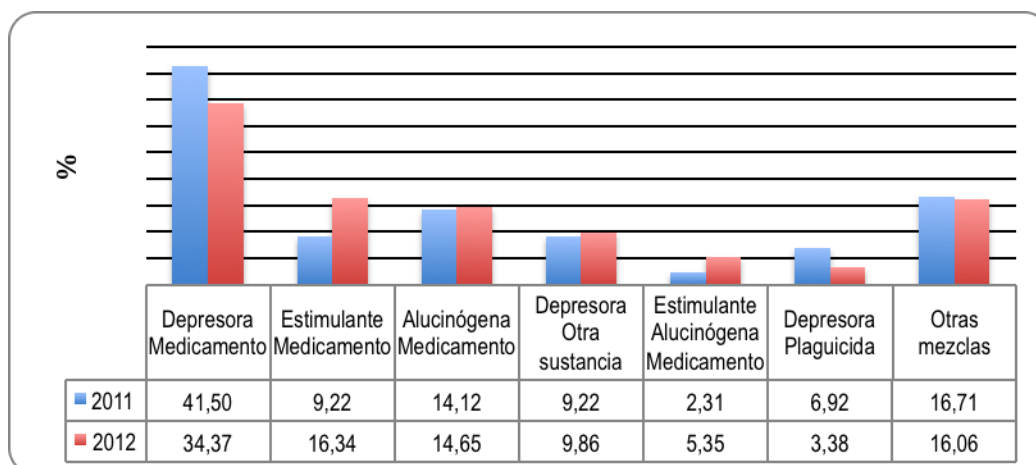


Figura 5. Distribución porcentual de las intoxicaciones por SPA según mezcla, Colombia, 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

En cuanto al tipo de exposición intencional psicoactiva – adicción, el principal grupo de sustancias químicas implicadas son las SPA, el segundo lugar para el 2011 es ocupado por los medicamentos, mientras que para el 2012 es el grupo denominado otras sustancias químicas (que incluye las mezclas), relación que se invierte para el tercer lugar (figura 6).

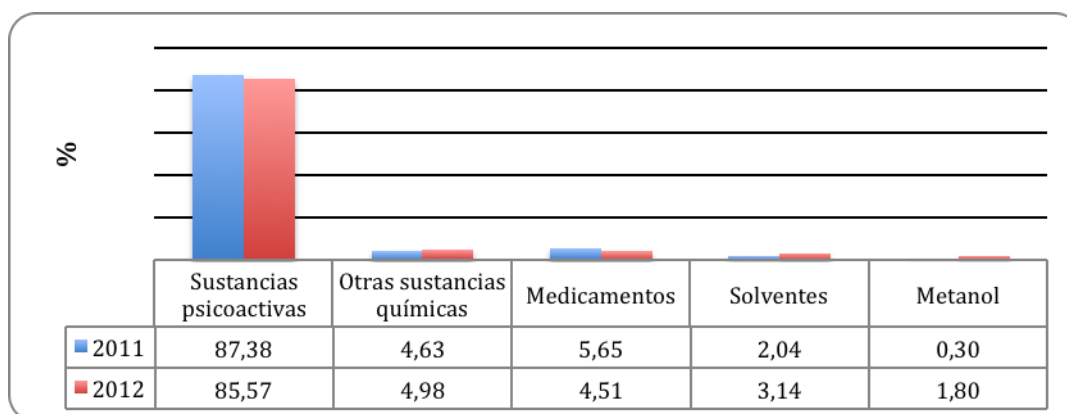


Figura 6. Distribución porcentual de las intoxicaciones con exposición intencional psicoactiva – adicción según grupo de sustancia vigilada, Colombia, 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

El tipo de exposición que ocupa el primer lugar en las intoxicaciones con SPA (notificación al código 414) es la intencional psicoactiva – adicción, tanto para el 2011 como para el 2012, con el 37.78 % (1455) y 47.40 % (1987) respectivamente; seguida por la exposición desconocida en el 2011 y la delictiva en el 2012 (figura 7).

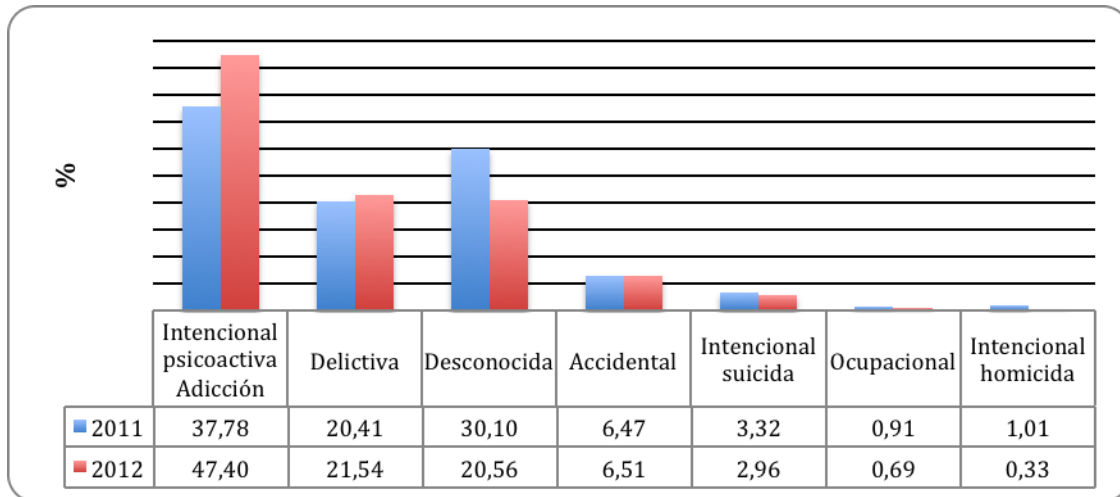


Figura 7. Distribución porcentual de las intoxicaciones por SPA según tipo de exposición, Colombia, 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

Por su parte, el tipo de exposición para las mezclas en las que se vio implicada alguna SPA es la intencional suicida, seguida por la intencional psicoactiva y la delictiva para el periodo estudiado (figura 8).

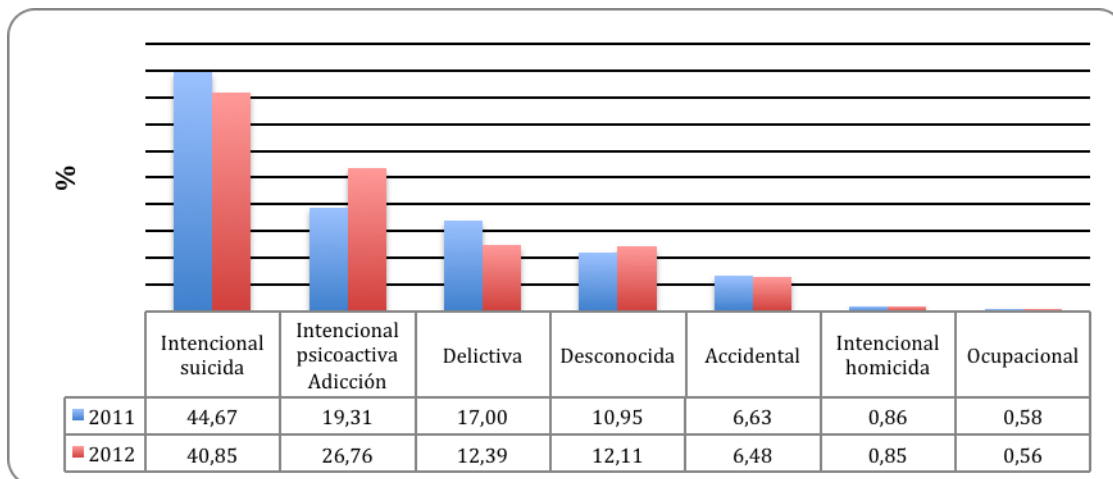


Figura 8. Distribución porcentual de las intoxicaciones por mezclas con SPA según tipo de exposición, Colombia 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

La confirmación por laboratorio de la intoxicación por SPA es baja en general, aunque aumentó para el 2012 siendo mayor para el caso de las mezclas como se observa en la figura 9.

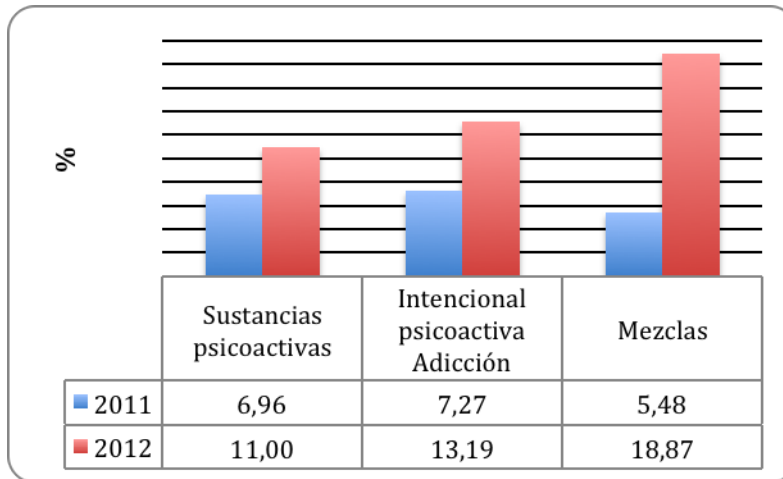


Figura 9. Distribución porcentual de las intoxicaciones por SPA según confirmación por laboratorio, Colombia, 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

El porcentaje de hospitalización para las intoxicaciones con SPA es mayor en los casos de mezclas, siendo casi similar cuando se efectúa el análisis por código de evento y por tipo de exposición, como se observa en la figura 10.

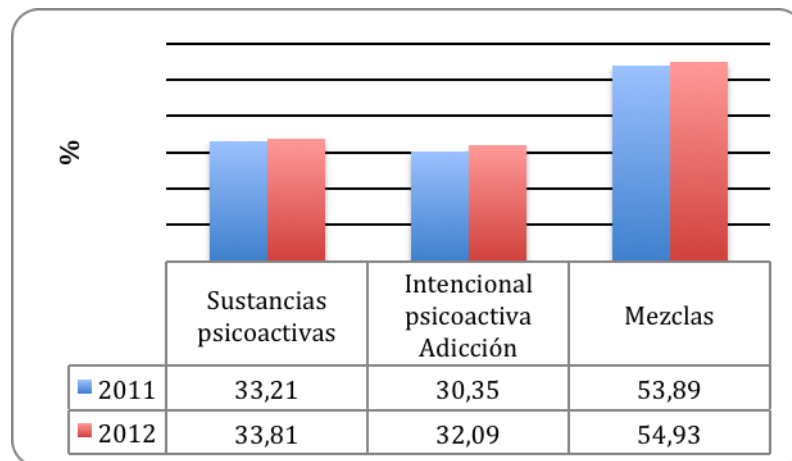


Figura 9. Distribución porcentual de las intoxicaciones por SPA según confirmación por laboratorio, Colombia, 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

En cuanto al porcentaje de mortalidad es mayor para las mezclas, seguido por el tipo de exposición con intencionalidad psicoactiva – adicción para el 2011 y el evento intoxicación por SPA en el 2012 (figura 11). Las sustancias principalmente involucradas son las estimulantes.

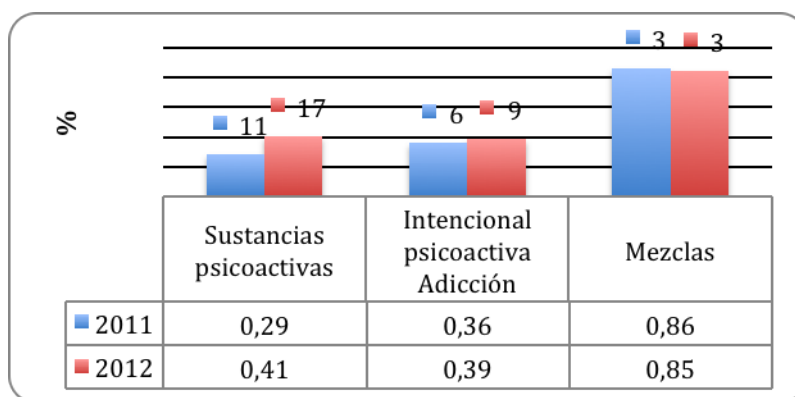


Figura 11. Distribución porcentual de las intoxicaciones por SPA según mortalidad, Colombia, 2011-2012

Fuente: Sivigila, 2011-2012

## Discusión

Con base en los resultados obtenidos, se evidencia que gran parte de los casos notificados implican el consumo de SPA de forma voluntaria (exposición denominada como intencionalidad psicoactiva – adicción), en el cual se busca cierto grado de intoxicación deseado; la razón por la cual las personas con este tipo de exposición acuden a los servicios de urgencias está relacionada con la presentación de alguna complicación asociada al consumo como trauma o sobredosis, aunque infrecuente puede responder a la solicitud de algún familiar que sospecha el consumo de este tipo de sustancias y requiere la realización de una prueba de laboratorio que confirme la exposición, sin que el consumo en sí mismo se constituya en el motivo de consulta.

En este sentido, los servicios de urgencias son la principal fuente de notificación de este tipo de casos, hecho que es llamativo al tratarse de un evento que es potencialmente prevenible y que por lo tanto no debería generar repercusiones económicas, por la generación de incapacidades laborales y costos en la atención médica; ni sociales, en cuando se encuentra relacionado a hechos de violencia o delictivos; ni en la salud, por el consumo en sí mismo y sus complicaciones relacionadas [10].

Estos resultados contrastan con otra serie de estudios en los cuales predomina la intencionalidad psicoactiva con el 75 %, seguida por la intencionalidad suicida con el 14 % [11]. El tipo de exposición con intencionalidad delictiva ocupa el segundo y tercer lugar cuando el análisis se desarrolla por notificación al código 414 o por mezclas con SPA respectivamente; en la literatura científica se denomina como sumisión química a la administración de SPA a una persona sin su consentimiento, con fines delictivos o criminales, relacionados en gran parte con casos de agresión

sexual facilitada por drogas (DFSA, por sus siglas en inglés) [12]; sin embargo, en estos estudios ha sido escaso lo documentado con respecto a la intoxicación delictiva cuyo móvil es el robo.

Para las intoxicaciones delictivas es frecuente la asociación de alcohol con benzodiazepinas o benzodiazepinas con escopolamina, resultados similares a los obtenidos por Uribe y colaboradores en el 2005 [13] y a lo documentado en otros estudios [12, 14]. Por lo anterior, las intoxicaciones con fines delictivos pueden corresponder a una problemática importante para el país; además, a este tipo de exposición eventualmente se sumaría una parte (que no es posible establecer de forma exacta) de aquellos resultados catalogados como intencionalidad homicida y desconocida, y de esta última una parte que correspondería a la intencionalidad psicoactiva [10].

En cuanto a las sustancias ilícitas se observa que el primer lugar lo ocupa la cocaína, seguida por la marihuana, situación que presenta una similitud con E.U. en el 2009 [15]. En una revisión acerca del uso de SPA ilícitas y daño en las salas de emergencias, se evidenció que en E.U. y en algunas ciudades de España la sustancia que ocupa el primer lugar es la cocaína, en contraste con otros países donde la sustancia más común es la marihuana [16,17].

Dentro del policonsumo se destaca la utilización de mezclas de alcohol con cocaína (depresora y estimulante), que resulta en un aumento en la intensidad de la euforia percibida y su prolongación en el tiempo, además de disminuir la disforia asociada con la abstinencia aguda a cocaína; lo que puede traducirse en un incremento de la duración de la embriaguez y la cantidad de cocaína consumida por el individuo, así como el riesgo de morbilidad y mortalidad al exponerse a una mayor concentración de cocaína, formación de cocaetileno y los efectos de estas dos sustancias, también puede causar una adicción más difícil de tratar que la producida por la cocaína sola [17, 18]. Para el caso de las mezclas con el alcohol,

se ha visto involucrado principalmente con el consumo asociado a medicamentos con fines suicidas.

Por su parte, la utilización del laboratorio de toxicología es baja, lo que refleja de forma indirecta la capacidad de respuesta del laboratorio en temas de toxicología a nivel nacional. En las instituciones donde se realizan pruebas para la detección de tóxicos en orina se utilizan por lo general técnicas como el inmunoensayo, con el que debe tenerse precaución a la hora de interpretar los resultados, pues este no distingue si el uso de ciertas sustancias, como los opioides y las benzodiazepinas, responde a un fin terapéutico o a una intencionalidad psicoactiva; así mismo, para el caso de los opioides no distingue entre heroína (la cual no posee ningún tipo de valor como medicamento) y la meperidina o el propoxifeno.

Estas pruebas pueden presentar falsos negativos, al ser susceptibles de adulteración, y también presentar falsos positivos, por lo tanto para los casos que tienen alguna implicación legal se requiere la confirmación con pruebas específicas como la cromatografía de gases-masas [10]. A pesar que su resultado no incide en el manejo del paciente, el beneficio que se percibe de su utilización es la identificación de población que es vulnerable al efecto de estas sustancias (adolescentes, gestantes), con el fin de enfocar medidas de intervención de forma más oportuna y así disminuir el impacto negativo en el futuro [19]. De igual manera, es importante tener en cuenta que la marihuana puede persistir positiva durante varios días posterior a su consumo sin que esté asociada a la presentación del paciente a urgencias [20].

La frecuencia de los casos que requirieron hospitalización es similar a la presentada en la región de Santiago de Compostela, donde el 25 % requirió manejo hospitalario y un 6.5 % en UCI [11], siendo este último dato desconocido para el país. Llama la atención la baja mortalidad registrada, a pesar de que estas no son sustancias inocuas; sin embargo, puede estar relacionado con el tipo de exposición implicado (intencional psicoactiva – adicción),

debido a que al analizar los resultados por los casos notificados al sistema el mayor porcentaje se presenta para las mezclas de sustancias químicas con SPA, cuyo principal tipo de exposición evidenciado es el intencional suicida. Es por ello que se hace necesario obtener los datos de los casos que no alcanzan a llegar a los servicios de urgencias e ingresan directamente al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, como lo son las víctimas de accidentes de tránsito, violencia y suicidios.

## Conclusiones

El consumo de SPA es un problema de salud pública debido al impacto que genera a nivel individual y colectivo, con repercusiones no solamente en sectores como el económico, social y político, sino en el sector salud al tratarse de un evento que es potencialmente prevenible.

Según el tipo de análisis que se efectúe a la información obtenida a través del sistema de vigilancia, es posible evidenciar parte de la problemática de las SPA desde diferentes perspectivas como la SPA implicada, el tipo de exposición y la mezcla de sustancias químicas con SPA; lo que evidencia una alta carga en la salud mental de la población expuesta, representada principalmente por los tipos de exposición intencional psicoactiva – adicción e intencional suicida.

La confirmación por laboratorio de las intoxicaciones con SPA es baja.

La problemática del consumo de SPA requiere un abordaje interdisciplinario, desde la prevención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de mitigar el impacto que está generando a los diferentes sectores de la sociedad.

## Recomendaciones

Los datos obtenidos a través de este estudio solo permiten abordar la problemática acerca del consumo de SPA cuando ya se están produciendo problemas asociados a la salud de la población expuesta, posiblemente con consecuencias sociales, lo cual evidencia la incapacidad para detectarla en sus fases iniciales a través del sistema de vigilancia; es por ello que deben fortalecerse los programas de educación y prevención, así como los programas de salud mental dirigidos a la población en general en cuanto a los tipos de exposición más frecuentes: intencionalidad psicoactiva, intencionalidad delictiva e intencionalidad suicida.

Se recomienda fortalecer los laboratorios de toxicología, para brindar la posibilidad de realizar pruebas confirmatorias, en especial para aquellos casos con implicaciones legales.

Debe darse continuidad a estudios con la información obtenida a través del sistema de vigilancia, así como la integración de la información proveniente de distintas fuentes como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, los centros de rehabilitación, las encuestas nacionales, entre otros, que permitan abordar el problema de las SPA en su real dimensión y sus repercusiones en la salud de la población, liderada por el Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas.

## Biografía

- 1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf).
- 2] World Health Organization (WHO). Atlas on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 3] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Informe mundial sobre las drogas. New York: Naciones Unidas; 2012.
- 4] Ministerio de la Protección Social (MPS), Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Informe Final. Bogotá: Guadalupe S.A.; 2009.
- 5] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
- 6] Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social (9 de octubre de 2006).
- 7] Directrices Nacionales 2013. Vigilancia y Control de las Intoxicaciones por Sustancias Químicas. Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Grupo Factores de Riesgo Ambiental.
- 8] Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud (4 de octubre de 1993).
- 9] Cárdenas Lizarazo K. M. Documento técnico para la clasificación de los medicamentos para la vigilancia epidemiológica. 2012.
- 10] Cárdenas Lizarazo K. M. Perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias, por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas. Bogotá D.C. Julio 2010 – junio 2011 [Tesis de grado para optar al título de Magister en Toxicología]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- 11] Rey Barbosa M. C. Epidemiología de las urgencias toxicológicas por drogas de abuso en el Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Periodo 1997-2007 [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2009.
- 12] Cruz-Landeira A, Quintela-Jorge O, Lopez-Rivadulla M. [Chemical submission, epidemiology and some clues for the diagnosis]. Medicina clinica. 2008;131(20):783-9. Epub 2008/12/20. Sumision quimica: epidemiología y claves para su diagnóstico.
- 13] Uribe M, Moreno CL, Zamora A, Acosta P. Perfil epidemiológico de la intoxicación con burundanga en la clínica Uribe Cualla S.A. de Bogotá, D.C. Acta Neurológica Colombiana. 2005;21(3):197-201.



- 14] Papadodima SA, Athanaselis SA, Spiliopoulou C. Toxicological investigation of drug-facilitated sexual assaults. *International journal of clinical practice*. 2007;61(2):259-64. Epub 2007/02/01.
- 15] National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health, U.S. (NIH), Department of Health & Human Services (DHHS). DrugFacts: Visitas a las salas de emergencias por consumo de drogas. 2009; Available from: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/visitas-las-salas-de-emergencias-por-consumo-de-drogas>.
- 16] Vitale S, van de Mheen D. Illicit drug use and injuries: A review of emergency room studies. *Drug and alcohol dependence*. 2006;82(1):1-9. Epub 2005/09/27.
- 17] McCance-Katz EF, Kosten TR, Jatlow P. Concurrent use of cocaine and alcohol is more potent and potentially more toxic than use of either alone--a multiple-dose study. *Biological psychiatry*. 1998;44(4):250-9. Epub 1998/08/26.
- 18] Informes de la Comisión Clínica. Cocaína. Madrid (España): Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- 19] Kozer E, Bar-Hamburger R, Rosenfeld N, Dalal I, Landu O, Fainmesser P, et al. Strategy for increasing detection rates of drug and alcohol abuse in paediatric emergency departments. *Acta Paediatr*. 2009;98(10):1637-40. Epub 2009/06/27.
- 20] Reis AD, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):191-5. Epub 2006/10/26.