



CONSUMO DE DROGAS EN CONSULTANTES DE LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL PASTEUR DE MONTEVIDEO

Informe de Investigación

Noviembre 2010



OU D
Observatorio
Uruguayo de
Drogas



Coordinación General

Lic. Milton Romani

Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas

Profesora (I) Dra. Stella Bocchino

Director Cátedra de Psiquiatría Facultad de Medicina.

Dr. George Albert

Director de la Unidad de Salud Mental del Hosp. Pasteur

Profesor Agregado Dr. Osvaldo do Campo

Director de la Unidad Docente Asistencial del Hosp.. Pasteur.

Investigadores Principales

Prof. Agdo. Dr. Pablo Fielitz

Lic. Héctor Suárez

Coordinador Observatorio Uruguayo de Drogas

Jefe de Campo.

Nicolás Bottinelli

Coordinadores de campo

Asistente Dra. Soledad Brescia

Prof. Adjto. Dr. Marcelo Escobal

Prof. Agdo. Dr. Pablo Fielitz

Asistente Dra. Margarita Wschebor

Análisis estadístico

Lic. Héctor Suárez

Captura electrónica de datos

Dra. Viviana Navarro

Asistente Dra. Margarita Wschebor

Asistente Dra. Gabriela López Rega

Encuestadores

Dres. Agrafojo Suammy , George Albert, Ramiro Almada, Laura Curbelo, Martín De María, Ignacio De Mattos, Sylvana De Mattos, Lorena Garín, Karina Gómez, Laura Jaime, Julián Lans, Santiago López, Iliana Luchinetti, Ma. Eugenia Marius, Paula Medina, Rodrigo Miraballes, Alejandra Moreira, Viviana Navarro, Viviana Porto, Nelia Rava, Gastón Ricci, Luis Rodríguez, Andrea Storch, David Svarcas, Álvaro Trindade

Redacción del Informe

Prof. Agdo. Dr. Pablo Fielitz

Lic. Héctor Suárez

Agradecimientos.

- ***Personal de Emergencia del Hospital Pasteur por brindarnos todo su apoyo y colaboración***
- ***Dirección del Hospital Pasteur por apoyar esta iniciativa***

- ***Muy especialmente a los pacientes que brindaron toda su colaboración aportando información personal muy importante para nuestro estudio.***

INDICE

1 - INTRODUCCIÓN.....	p 5
2 - ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS.....	p 7
3 - PRINCIPALES RESULTADOS.....	P 13
4 – RESULTADOS PRUEBAS BIOLÓGICAS.....	p 32
5 – PRINCIPALES EMERGENTES.....	p 36

1 - INTRODUCCION

Desde el año 2000 la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito viene apoyando el Proyecto Subregional de Investigación e Información sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay y más recientemente en Colombia. Dicho proyecto tiene como objetivo principal apoyar a los Observatorios Nacionales de Drogas de los mencionados países con el fin de desarrollar investigaciones conjuntas que sirvan para tener datos metodológicamente comparables en la región, contar con diagnósticos actualizados sobre el problema de las drogas y apoyar a las autoridades en la formulación de políticas públicas y en la toma de decisiones basadas en la evidencia aportada por la investigación.

En lo que va de su desarrollo, el proyecto Subregional ha apoyado la realización de diversos estudios nacionales y cinco publicaciones conjuntas a nivel Subregional. Una Encuesta Nacional en población general de 15 a 64 años "Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión", con un informe publicado en el año 2008. Asimismo, se han apoyado dos estudios nacionales en estudiantes secundarios "Jóvenes y Drogas en Países Sudamericanos: un desafío para las políticas públicas" publicado en 2006. El "Informe Subregional sobre Uso de Drogas en Población Escolarizada", con datos de estudios realizados por los países en 2009 y publicado en 2010. Más recientemente, dos publicaciones que establecen la asociación entre el problema de las drogas y el delito: "Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga" y "La relación droga y delito en adolescentes infractores de la ley".

Dada la necesidad de los países sudamericanos de seguir desarrollando investigación y continuar emprendiendo investigaciones en temas específicos, con el fin de ampliar el espectro de información sobre el problema de las drogas, se acordó la realización de este primer estudio subregional acerca de la problemática de las drogas y sus posibles asociaciones con otros problemas sociales como lo son la violencia, la accidentabilidad, los intentos de suicidio,

así como de algunas enfermedades.

El propósito de este nuevo proyecto de investigación fue determinar, tomando como base los protocolos desarrollados por la CICAD/OEA, estandarizados y probados en algunos países de la región¹, la asociación entre traumatismos por accidentes y violencias, intentos de suicidio y enfermedades, con el uso de alcohol y drogas ilícitas o drogas con uso indebido; todo ello a partir del testeo de drogas y de una encuesta breve a consultantes de postas, salas o servicios de urgencia de la salud, en al menos uno de estos servicios en ciudades capitales de países sudamericanos.

Como antecedentes encontramos el estudio realizado por CONACE, Chile, el cual realizó este estudio en seis hospitales públicos de ese país, mediante una encuesta y aplicación de pruebas toxicológicas en el año 2001. SEDRONAR, a través del Observatorio Argentino de Drogas, realiza este estudio mediante una encuesta en hospitales públicos (sin prueba biológica) a nivel nacional cada dos años: 2003, 2005, 2007 y 2009.

En Uruguay y como antecedentes del presente estudio (pero sin pruebas biológicas) podemos citar a nivel nacional los trabajos de 1991 (Emergencias de los Hospitales Maciel y Pasteur, JND), 1993 (Servicio de Urgencia de Casa de Galicia, H. Miguez y cols.), 1998 y en el 2004 el estudio del Observatorio Uruguayo de Drogas de la JND realizado en las (Emergencias de Hospital Maciel, GREMCA, Hospitales de Salto, San José y Rocha.

Como antecedente inmediato y de similares características (incluyendo prueba biológica) se encuentra el realizado en convenio con la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Pasteur en el año 2007 así como un estudio de prevalencia de consumo reciente en pacientes psicóticos ingresados a la Emergencia del Hospital Vilardebó. Nuevamente en esta edición, se ejecuta el proyecto en convenio con la Cátedra de Psiquiatría a través de la Unidad Docente Asistencial del Hospital Pasteur.

Los resultados de estos estudios en diversos países Sudamericanos, mediante la utilización de un marco metodológico común y levantamientos de información en fechas relativamente cercanas, permitirán conocer la magnitud del uso/abuso de drogas, según cada droga testeada, en pacientes que acuden a salas de urgencias y la asociación de dicho consumo con las causas que

motivaron la consulta.

2. Aspectos técnicos y metodológicos.

Objetivos

Realizar un estudio piloto en salas de urgencia de siete países sudamericanos con el fin de establecer un futuro sistema nacional de alerta temprana sobre consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

Determinar la cantidad de consultas de emergencia relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas en salas de urgencias de hospitales públicos de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.

En Uruguay se incorporó como objetivo adicional estimar la cantidad de consultantes con signos de uso problemático de Alcohol, mediante la aplicación del AUDIT.

Objetivos específicos

- Continuar los esfuerzos conjuntos de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina y la Junta Nacional de Drogas en tareas de investigación, análisis y seguimiento de esta temática.
- Determinar los motivos de consulta de los consumidores en dicho Servicio.
- Evaluar el impacto del consumo de sustancias psicoactivas asociado a lesiones de causa externa.
- Establecer posibles asociaciones entre los motivos de consulta y las sustancias de consumo, en particular para PBC.
- Estimar el uso de tranquilizantes y antidepresivos, especialmente aquellos usos sin prescripción médica.
- Estimar el porcentaje de usuarios problemáticos de alcohol en la población estudiada.
- Contribuir a la estimación de los costos económicos, sociales y humanos atribuibles al consumo abusivo de drogas.
- Estimar el número de pacientes con uso problemático de Alcohol.

Tipo de estudio.

El estudio abarcó las ciudades capitales de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. En cada una de estas ciudades se trabajó con una

muestra de al menos 500 pacientes de una sala o servicio de urgencia de un hospital público.

En el caso de Uruguay, el estudio se realizó en la Sala de Urgencia del Hospital Pasteur.

El presente proyecto fue un esfuerzo conjunto de la JND a través de su Observatorio Uruguayo de Drogas y la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Se trata de un estudio secuencial (semana tipo) en uno de los principales hospitales públicos del país –Hospital Pasteur-. En dicho centro asistencial se cubre aproximadamente el 15% del total de emergencias de Salud Pública y un 32% del total del Sistema de Emergencias Hospitalarias de dicho Ministerio. En el año 2010, el Hospital Pasteur atendió en su servicio de emergencia un total de 42.821 consultas.

Diseño

El estudio fue de tipo exploratorio con el fin de determinar la prevalencia del consumo de drogas en la población seleccionada. Se utilizó como base el protocolo de investigación en salas de urgencia estandarizado y probado por la CICAD/OEA en países de la región.

Universo y muestra

El universo lo constituyó la totalidad de la población de pacientes consultantes – durante máximo dos semanas típicas¹- en postas, salas o servicios de urgencia, entre los 16 y 65 años de edad, atendidos en un servicio de urgencia de la ciudad capital, de países sudamericanos integrantes del proyecto Subregional. Los servicios de urgencia fueron seleccionados atendiendo a su alta demanda de pacientes, considerándose elegibles aquellos que reciben un promedio de 2000 o más pacientes por mes.

Para Uruguay, el estudio se llevó a cabo en 10 días, en virtud de alcanzar el número de casos requeridos para el estudio.

¹ semana típica aquella que no contenga feriados o festividades sociales que puedan alterar de manera significativa el perfil y motivos de ingresos de pacientes a la sala de emergencia.

Cuestionario

SE utilizó un formulario estandarizado, cerrado y que fue administrado por personal médico de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Pasteur. Al formulario básico obligatorio para todos los países, Uruguay le incorporó nuevas preguntas (incluyendo escala AUDIT). El formulario se encuentra en Anexo 1.

Los datos del cuestionario fueron de carácter estrictamente confidencial, contaron con el consentimiento informado del paciente y fueron usados sólo para generar las estadísticas generales.

Variables consideradas

A cada participante en el estudio se le registrarán los siguientes datos básicos (Uruguay amplió su formulario):

Código de identificación personal: este código se mantendrá en secreto para proteger la identidad del sujeto en estudio. Los códigos serán generados por un programa computacional y estarán distribuidos por cada centro participante en el estudio.

Sexo

Edad

Estado civil

Barrio de residencia.

Sala o servicio de urgencia en el cual es atendido

Motivo de ingreso

Impresión clínica

Diagnóstico de ingreso definido por el médico tratante

Tipo de previsión

Ocupación

Magnitud del consumo de drogas: consumo de alcohol y drogas ilícitas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, últimos 30 días , en las últimas seis horas y vía de administración.

Frecuencia de consumo de drogas (lícitas e ilícitas).

Resultado del test de drogas en orina para seis sustancias (ver detalles mas adelante).

El mismo se aplicó al interior de las salas de urgencia, mediante entrevistas cara a cara, a los pacientes que habían sido ingresados, que consintieron participar en el

estudio y que al momento de la aplicación del cuestionario se encontraban en condiciones físicas y mentales adecuadas para responder.

Consentimiento informado para pruebas toxicológicas

De igual modo y manteniendo los mismos resguardos de anonimato y confidencialidad de la información garantizados en el cuestionario anterior, se solicitó el consentimiento informado para realizar una prueba de alcohol en aliento y la toma de una muestra de orina para la determinación de la presencia de algunas drogas. (Ver Anexo 2.)

Organización del trabajo de campo.

La dirección general del estudio estuvo a cargo de la Cátedra de Psiquiatría y el Observatorio Uruguayo de Drogas, existiendo un Supervisor General por parte de cada entidad mencionada.

También se contó con un experto en investigación para la Dirección del Trabajo de Campo. La ejecución del trabajo de Campo fue responsabilidad compartida entre el Coordinador, Supervisores y Entrevistadores.

La etapa del levantamiento de información tuvo una duración de 10 días típicos durante el año (trabajando en tres turnos las 24 horas del día, contando días hábiles, feriados y fines de semana).

El levantamiento de la información se lleva a cabo a través del llenado del cuestionario y de la aplicación de las pruebas toxicológicas, ambas actividades a cargo de los entrevistadores que eran profesionales de la salud, con experiencia y conocimiento de los procedimientos del centro/servicio de emergencias.

Adicionalmente el entrevistador recibió una capacitación específica en la que conoció y revisó cuestionario íntegramente y ensayó los procedimientos para la aplicación tanto del cuestionario como del testeo de drogas.

Especificaciones de las pruebas biológicas.

A los consultantes de los servicios de urgencia seleccionados, y que consintieron en participar, se les tomó una muestra de orina que posteriormente fue analizada mediante un test de Análisis de Drogas Instantáneo, para detectar la presencia o no de las seis drogas estudiadas.

Para la detección de la presencia de alcohol se utilizó también una prueba de análisis rápido, pero en aliento.

Detector de Alcohol en aliento

El dispositivo Breath Scan para testear alcohol en aliento permite la detección rápida de la presencia de alcohol en el aire exhalado. Indica la concentración relativa de Alcohol en sangre. Si hay presencia de alcohol en el aliento exhalado, reacciona químicamente con los cristales recubiertos y produce un cambio de color. Este cambio de color es proporcional a la concentración de alcohol en el aliento, que es una aproximación de la concentración relativa de alcohol en sangre (BAC). Es una prueba de detección que proporciona un método fiable y de alerta. Se encuentran individualmente envasados y los resultados están disponibles en 2 minutos.

Detección de seis drogas en orina

El test de drogas KO o Screeners KO Test es un Kit de testeo de análisis de drogas instantáneo (ADI) en un envase compacto y sellado, que detecta la presencia de metabolitos de droga en la orina en pocos minutos. El envase contiene cintas absorbentes que permiten medir cada droga al nivel máximo tolerado por las normativas del FDA (Federal Drug Administration) de USA a través del NIDA (National Institute on Drug Abuse). Provee resultados instantáneos de acuerdo con procedimientos similares a los usados por los test de embarazo. A través de un sistema patentado por el fabricante, la orina reacciona con los agentes y antígenos para producir una reacción coloreada en el lector de la cinta, indicando si el resultado es positivo o negativo. Cada producto tiene una indicación que se puede leer en la sección "Ventana de Test". Normalmente a los 5 minutos ya se saben los resultados, si estos son positivos se debe esperar al menos 10 minutos para su corroboración. Se debe tener presente que estos test son para determinar la presencia de drogas y no su cantidad. ***El nivel de confianza de los test de drogas es superior al 98.37%*** por lo que las discrepancias que pueden haber con el resultado de un laboratorio son muy bajas. Las razones por las cuales pueden haber discrepancias son, por ejemplo, que el laboratorio verifique cantidades mayores o menores que las aprobadas por el NIDA, o que exista reacción cruzada de algún medicamento.

Test de orina 6 Drogas: **Metanfetaminas, Cocaína, Cannabis, Anfetaminas, Opiáceos, Benzodiacepinas**. Detecta hasta 6 Drogas: **maMP**

(Metanfetaminas, "éxtasis"), **COC** (Cocaína, "base", "crack", "perico", "bazuco"), **THC** (Cannabis, "chocolate", hachís, resina de hachís, "maría", marihuana), **AMP** (Anfetaminas, "speed"), **OPI** (Opiáceos, heroína), **BZO** (Benzodiacepinas).

En definitiva, el **Screeners KO Test** en un multipanel inteligente instalado en un recipiente de orina que aísla la orina del test. Al ser un completo sistema de análisis de drogas en un recipiente con cámara de muestra aislada, puede ser utilizada para cadena de custodia o para confirmación de los resultados en un laboratorio. El Kit consiste en un recipiente de análisis con temperatura y una tira multipanel combinados. La muestra puede ser directamente recogida en el recipiente, con la tapa cerrada el test se activa y se pueden leer los resultados en 5 minutos.

Debido a estas especificaciones técnicas para la toma de muestras y análisis respectivos, los encargados de aplicar el cuestionario y el testeo fueron profesionales o técnicos de la salud con experiencia, tales como estudiantes de medicina en prácticas de internado, enfermeras o personal paramédico calificado. En Uruguay se trabajó exclusivamente con médicos que realizaban al momento del estudio el internado de Psiquiatría.

El entrenamiento para la aplicación del cuestionario debió incluir la revisión completa del mismo y las escalas que incluye, así como simulaciones de respuestas a los mismos. Se consideró también el uso de la información disponible de la muestra, selección de servicios de urgencia y de los pacientes a encuestar. Se elaboró y proporcionó a cada encuestador y supervisor un manual de procedimientos para el levantamiento de la encuesta, el cual fue impreso y distribuido al momento de capacitar en conjunto a los encuestadores y a los supervisores.

Historial de campo:

El trabajo de campo se inició el lunes 13 de setiembre y terminó el miércoles 22 de setiembre de 2010. Se trabajaron las 24hs durante el periodo mencionado y se realizaron 507 encuestas con sus respectivas pruebas toxicológicas.

Participaron 24 encuestadores, que en dupla realizaron turnos de 8 horas cada uno por día

3. PRINCIPALES RESULTADOS

Muestra Resultante

Para alcanzar el número establecido de pruebas biológicas se encuestaron a un total de 545 pacientes de los 665 censados, que fueron la totalidad de ingresos según el registro hospitalario en el período estudiado (82% de los casos registrados). El nivel de rechazo fue lo esperable para este tipo de estudios y en algunos casos no se pudo aplicar la encuesta por abandono del paciente de la Sala de Urgencia sin esperar atención. En otros casos, la no aplicación de la encuesta se debió al estado en el cual ingresó el paciente que imposibilitó realizar la misma. (inconciente , traslado de urgencia, intervención, etc).

A los efectos del informe, se tomará como muestra final total los casos que cuenten con la prueba biológica y la encuesta (76% del total de los pacientes atendidos en el período).

Tabla 1: Muestra resultante.

Pacientes.	Casos	%
Rechazo encuesta / no disponible	120	18
Rechazo prueba biológica	38	6
Consentimiento encuesta y Prueba biológica	507	76
TOTAL INGRESOS.	665	100

Perfil sociodemográfico de los usuarios.

La distribución obtenida por sexo coincide con la distribución poblacional general, con una diferencia de apenas 4 puntos porcentuales resultado de una mayor demanda de atención por parte de las mujeres.

Con respecto al rango de edad, si bien no se presentan diferencias altamente significativas, el peso relativo de las personas mayores de 55 años, es sensiblemente mayor que en la distribución general del país, lo cual es fácilmente explicable por el ciclo vital de las personas y el consecuente aumento en la demanda de atención médica en edades mayores.

En cuanto a las demás variables sociodemográficas, encontramos un menor porcentaje de personas casadas o en pareja que en la distribución general de la población. En contrapartida, existe un mayor porcentaje de solteros o viudos. Esto puede explicarse por las diferencias encontradas por rangos de edad descritas en el párrafo anterior. También el número de desocupados y las ocupaciones de menor calificación se encuentran sobre-representados en la muestra.². Esto está relacionado con el perfil sociodemográfico de los usuarios de este servicio de salud, los cuales en general pertenecen al sector socio-económico más empobrecido y de mayor vulnerabilidad social.

Tabla 2- Distribución por sexo

Sexo	%
Hombre	44.8
Mujer	55.2
TOTAL	100



Edad promedio: 38.7
Desvío estandar: 14.09

Gráfico 1: Distribución edad.

² Los segmentos medio-alto –alto cuentan con servicios de Emergencia Móvil y similares, lo que hace que los mismos en muy pocos casos ingresen a los Hospitales o Servicios de Urgencia regulares, pasando directamente a las Instituciones privadas, o atendidos directamente en sus domicilios.

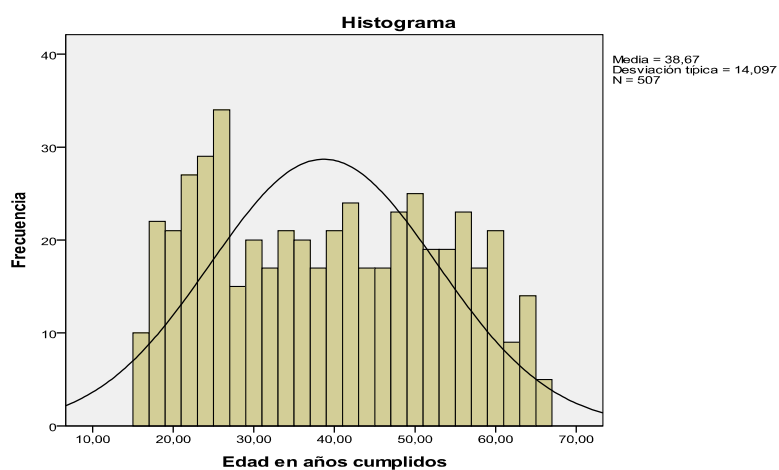


Tabla 3 Distribución por Estado civil (en %)

Estado civil	%
Soltero	29.6
Soltero vive en pareja	23.1
Casado	27.2
Divorciado sin pareja	9.9
Divorciado con pareja	4.9
Viudo sin pareja	3.6
Viudo con pareja	1.0
Sin datos.	0.8
Total	100

Base: Total de encuestados

Tabla 4 Distribución por Situación laboral

Situación laboral	%
Trabaja a tiempo completo	32
Trabaja a tiempo parcial	14.8
Trabaja esporádicamente	8.9
Desempleado pero busca trabajo	13.8
Estudiante	2.4
No trabaja ni busca trabajo	11.0
Ama de casa	9.5

Jubilado /pensionista	6.1
Rentista	0.2
Sin datos	1.4
Total	100

Base: Total de encuestados

Perfil de las consultas.

En las tablas 5 a 7 se presenta la distribución horaria, motivo de consulta y diagnóstico presuntivo médico, la cual no se aparta de la distribución mas frecuente que se da en este tipo de servicios.

Los motivos de ingresos que mas interesan para este estudio (los que pueden estar vinculados al uso problemático de drogas) representan el 7.5 % de los casos, donde casi el 4% representa accidentes y se presentan 6 casos de intentos de autoeliminación (IAE). Si bien esto último parece un porcentaje bajo, expandidos los datos significa casi 300 casos en el año. La Unidad Docente Asistencial del Hospital Pasteur ha presentado información a este respecto sistemáticamente en los últimos 7 años, y promedialmente asistimos a un IAE por día (0,9 para ser más precisos promedialmente). Predominan los casos de sexo femenino (71 %) y más del 60 % corresponden a la franja etaria de 15 a 39 años. La mitad de ellos tenía antecedentes de otro/s IAEs y el 45% tenía consultas psiquiátricas previas.

En cuanto al diagnóstico presuntivo, las consultas con mayor incidencia son las del aparato respiratorio, aparato digestivo, sistema músculo esquelético e infecciones.

Tabla 5. Distribución por franja horaria

Hora de demanda de Asistencia	%
Entre las 0 y 8 horas	9.0
Entre las 8 y las 16	58.4
Entre las 16 y 24 horas	32.6
Total	100

Base: Total de la muestra

Tabla 6: Distribución por motivo de consulta.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Desconocido	1	,2
	Accidente de tránsito	4	,8
	Accidente de trabajo	3	,6
	Accidente común o casero	11	2,2
	Otro tipo de accidente	4	,8
	Violencia intrafamiliar	1	,2
	Violencia callejera	4	,8
	Otro tipo de violencia	2	,4
	Intento de suicidio	6	1,2
	Síndrome de abstinencia	1	,2
	Agitación psicomotora	2	,4
	Otro motivo médico.	461	90,9
	Total	505	98,9
		Sin datos	6
Total		507	100,0

Tabla 7. Diagnóstico presuntivo.

		Frecuencia	%
	Infecciones	56	11,0
	Enfermedades de la sangre y el tejido	2	,4
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	,4
	Trastornos mentales y del comportamiento	4	,8
	Enfermedades del sistema nervioso	6	1,2
	Enfermedades del ojo y anejos oculares	6	1,2
	Enfermedades del oído y procesos mastoideos.	6	1,2
	Enfermedades del sistema circulatorio	21	4,1
	Enfermedades del sistema respiratorio (excluye gripe)	82	16,2
	Gripes	20	3,9
	Enfermedades del sistema digestivo	63	12,4
	Enfermedades de la piel, mucosas, cabello, uñas	24	4,7

	y otras feneras		
	Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	64	12,6
	Enfermedades del sistema urinario	37	7,3
	Enfermedades del sistema reproductivo genital	8	1,6
	Traumatismos/politraumatismos/heridas	36	7,1
	Envenenamiento, intoxicación por sustancias psicoactivas	3	,6
	Controles médicos.	4	,8
	Problemas quirúrgicos	13	2,6
	Consultas no especificadas / en estudio	10	2,0
	Total	467	92,1
	Sin datos	40	7,9
Total		507	100,0

Base: Total de la muestra

Consumo de Drogas. Perfil de la población atendida.

En este capítulo, se presentan los datos de prevalencia y dinámica de consumo de la población investigada en base al reporte consignado por los encuestados.

El consumo de drogas es el área de interés principal, fundamentalmente la distribución de frecuencias de los consumos ya que la hipótesis que hay detrás del estudio es que encontraremos, en virtud del daño que ocasiona el uso abusivo de las mismas, una mayor proporción de personas consumidoras.

Asimismo, se trata de indagar sobre la relación del tipo de consulta con el consumo previo de sustancias.

Es así entonces que encontramos que excepto en el caso del alcohol, el consumo habitual de sustancias psicoactivas en esta población es superior a los datos poblacionales existentes. Las diferencias más importantes las encontramos Tabaco (51% versus 24% consignada por la encuesta GATS 2009) y en las

drogas ilegales es significativamente mayor las prevalencias de vida de PBC, Marihuana y Cocaína (en ese orden).

En cuanto al consumo en los últimos 30 días de las sustancias ilegales, una medida proxy de los consumos habituales, la declaración del mismo también presenta porcentajes netamente superiores a los encontrados para la población general.

Con respecto al consumo más reciente (últimas 6 horas), casi 2% de los pacientes atendidos declara haber consumido alguna sustancia psicoactiva ilegal (10 casos) y alcohol algo más del doble, 4.5% (22 casos). En cuanto al tabaco, uno de cada cuatro había consumido en las últimas 6 horas.

En cuanto a la dinámica del consumo, observamos que dentro de las ilegales, la droga de mayor frecuencia de uso la constituye la Pasta Base ya que un 40 % de quienes consumen lo hacen diariamente. El consumo diario de Marihuana es declarado por el 18% de los consumidores de la misma.

En resumen, se encuentra que en lo que refiere a las tasas de consumo declaradas como para la frecuencia de su uso, excepto alcohol, se encuentran porcentajes superiores a las arrojadas en forma general por la Cuarta Encuesta Nacional en Hogares realizada en el 2006 por el OUD. La presencia de un 2% de consumos muy recientes (últimas 6 horas) es otro indicador importante en lo que refiere a la presencia de sustancias psicoactivas en el ámbito de la Emergencia. De todos modos, el número de casos no permite hacer conclusiones robustas respecto a las diferencias de diagnóstico entre la población que presenta consumo y la que no, aunque en los primeros se encuentra mayor presencia de "accidente común o casero" en los que habían consumido alcohol en las últimas 6 horas y "agitación psicomotora" para los usuarios de Marihuana recientes.

Tabla 8 Consumo de drogas ilegales (o uso ilegal) : Datos de prevalencia

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Últimas 6 horas
Alcohol	93.8	67.7	44.9	4.5
Tabaco	78.9	56.4	51.7	24.2
Marihuana	21.1	10.7	5.8	0.6
Cocaína	11.7	4.3	1.6	0
Pasta Base	8.1	5.1	4.2	1.1

Inhalantes	4.3	0.4	0	0.2
Alucinógenos	1.9	0.4	0	0
Éxtasis	1.0	0	0	0
Crack	0.4	0.2	0	0
Heroína	0.4	0	0	0
Opio / Morfina	1.0	0.2	0.2	0.2
Anfetaminas	0.6	0	0	0
Ketamina	0.6	0	0	0
Poppers	0.2	0.2	0	0

Base: Total de encuestados.

(*) Consumo sin prescripción médica.



*8 de cada 100 pacientes ha consumido alguna sustancia psicoactiva ilegal en el último mes (marihuana, pasta base, cocaína, alucinógenos, Inhalantes, éxtasis) duplicando el porcentaje de lo consignado en el estudio de hogares 2006.

Sustancia	Población General (*)	Muestra Hospital Pasteur (**)
Alcohol (Últimos 30 días)	50.1	44.9
Tabaco (últimos 30 días)	24.1	51.9
Marihuana (últimos 30 días)	3.3	5.8
Pasta Base (últimos 30 días)	0.1	4.2
Cocaína (Últimos 30 días)	0.8	1.6

(*)Fuente: Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares (OUD-2006) excepto Tabaco cuyo dato procede de la encuesta GATS 2009.

(**): Base: Total de entrevistados.

Tranquilizantes y antidepresivos.

Tranquilizantes.

Casi la mitad de la población estudiada declaró haber consumido alguna vez en la vida este tipo de medicamentos. El 18.8% de estos lo han hecho sin prescripción médica en algún momento (9% de la población total).

Además de este dato, cobra especial relevancia el hecho que sólo la mitad fueron recetados por Médico Psiquiatra.

Por sexo y rango de edad se presentan diferencias significativas. Los consumos van aumentando a mayor edad y las diferencias por sexo se manifiestan mas ostensiblemente en las edades mayores. El 76% de las mujeres mayores de 45 años han consumido alguna vez en la vida este tipo de medicamentos.

En forma general, el consumo declarado por su cuenta en los últimos 12 meses y 30 dias alcanza al 4.7% y 2.4% de la población respectivamente.

Tabla 10: Consumió alguna vez en la vida

Consumo	%
SI	48.5
NO	51.5
TOTAL	100



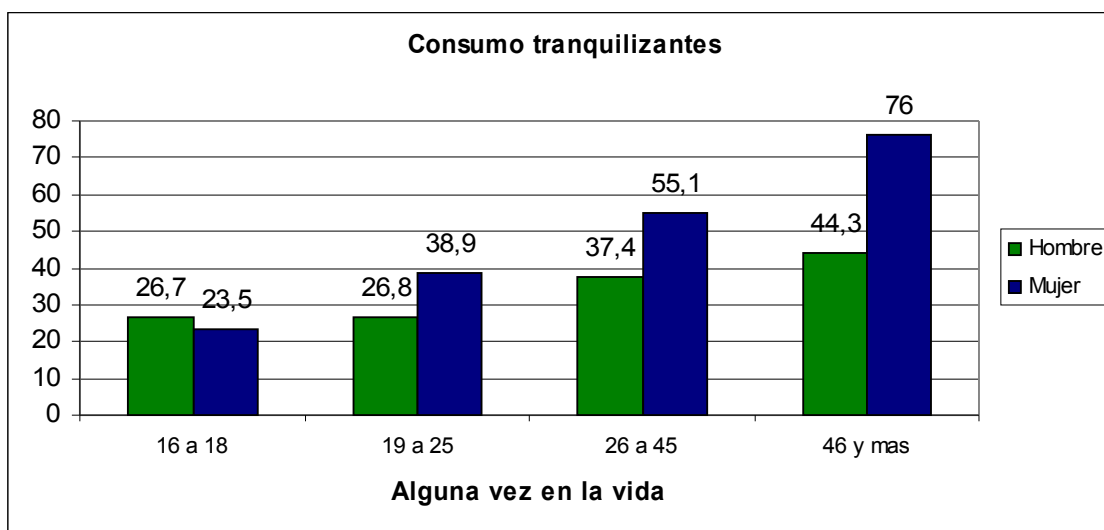
Por su cuenta	14.3 %
Primero recetados y Luego por su cuenta	4.5%
Le fueron recetados	81.1%



Tabla 11: Prescripción médica tranquilizantes

Recetó	%
Medicina General	44.2
Médico psiquiatra	49.2
Otras especialidades	6.6
TOTAL	100

Gráfico 2: Consumo alguna vez en la vida tranquilizantes según sexo y edad.



Consumo reciente de ansiolíticos e hipnóticos.

El consumo de ansiolíticos (con o sin prescripción médica) en los últimos 12 meses es declarado casi por uno de cada cuatro encuestados y en los últimos 30 días de uno cada 5. Por sexo y edad encontramos nuevamente que las diferencias mas notables se encuentran en las edades mas adultas.

Con respecto a los hipnóticos casi el 10% de la muestra declara haber consumido (con o sin prescripción médica) en el último año.

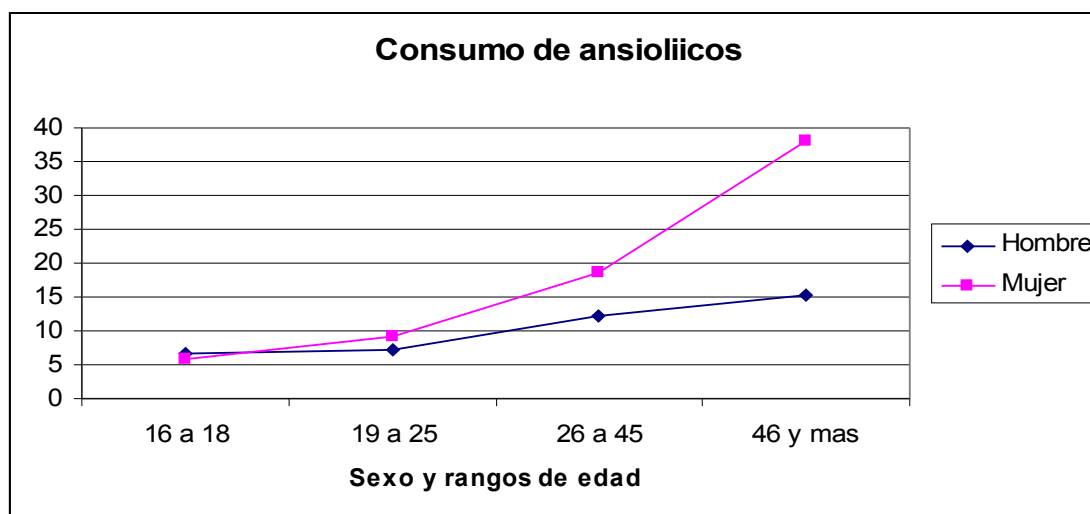
En los últimos 30 días esta prevalencia se reduce apenas un punto porcentual.

Se presentan las mismas características de perfil por sexo y edad.

Tabla 12: Consumo en los últimos 12 meses y 30 días de ansiolíticos e Hipnóticos (en %)

Sustancia	Últimos 12 meses	últimos 30 días
Ansiolíticos	23.7	17.9
Hipnóticos	9.7	8.5

Gráfico 3: Consumo de ansiolíticos últimos 30 días controlado por sexo y edad.



Consumo de antidepresivos.

El consumo de antidepresivos alguna vez en la vida es declarado por el 23.1% de los pacientes. A diferencia de lo que ocurría con los tranquilizantes la inmensa mayoría los ha consumido bajo prescripción médica. De todos modos, es dato preocupante que casi el 5% de los usuarios se automedicaron (continuaron o retomaron consumo sin nueva prescripción médica).

Por especialidad, también encontramos que mayoritariamente fueron indicados por médicos psiquiatras.

Se encuentra que las principales diferencias se encuentran por sexo y rango de edad. A mayor edad, el consumo de las mujeres es superior al de los hombres; en personas mayores de 45 años, las mujeres duplican en consumo a los hombres

Tabla 13: Consumió alguna vez en la vida

Consumo	%
SI	23.1
NO	76.9
TOTAL	100



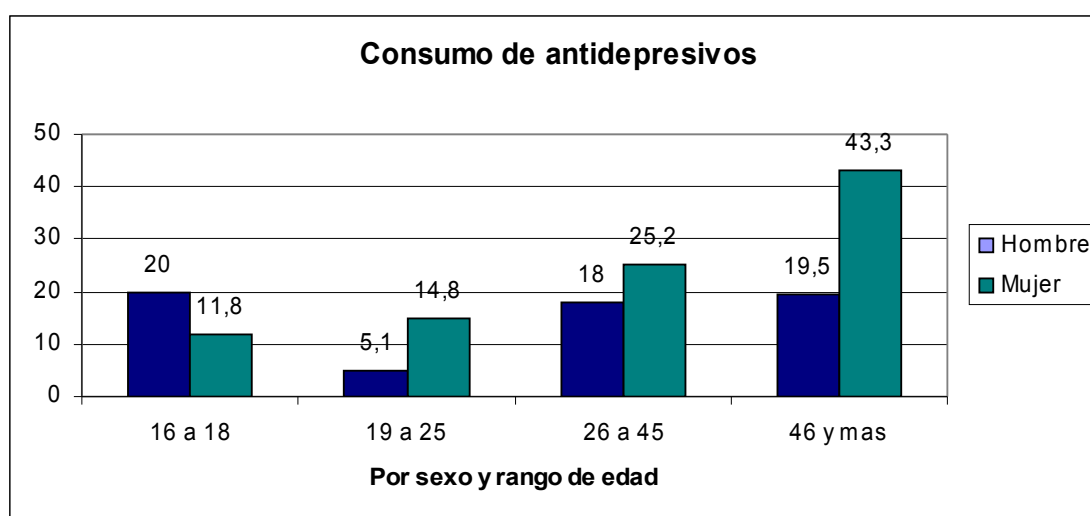
Por su cuenta	93.8 %
Primero recetados y Luego por su cuenta	1.8%
Le fueron recetados	4.5%



Tabla 14: prescripción médica antidepresivos.

Recetó	%
Medicina General	14.4
Médico psiquiatra	83.7
Otras especialidades	1.9
TOTAL	100

Gráfico 4: Consumo de antidepresivos alguna vez en la vida.



Consumo reciente de antidepresivos.

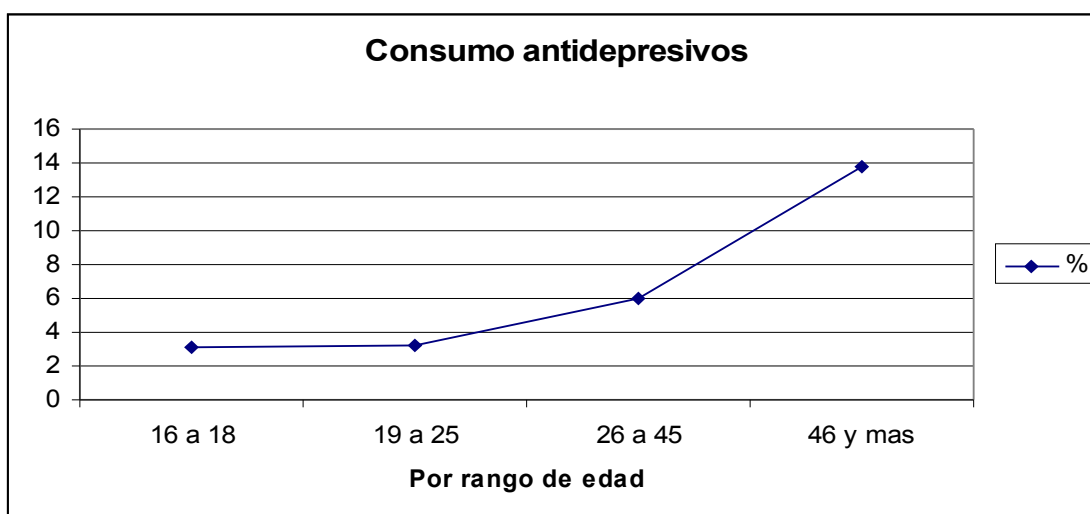
El consumo en los últimos 12 meses de antidepresivos (con o sin prescripción médica) es declarado por el **9.7% de los consultados**.

Con respecto a los últimos 30 días, este consumo baja poco más de un punto porcentual (8.1%).

Controlado por sexo observamos que las mujeres duplican en el consumo a los hombres (10.4% versus 5.3%). Por tramo de edad a mayor edad mayor consumo, especialmente luego de los 45 años y en las mujeres. .

Una de cada cinco mujeres mayores de 45 años consume actualmente antidepresivos.

Gráfico 5: Consumo actual de antidepresivos controlado por edad.



El uso combinado de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos.

Tomando el consumo reciente de las tres sustancias, encontramos que uno de cada cinco pacientes presenta consumo de alguna o algunas de estas sustancias en el último mes.

El 93% de los que consumen hipnóticos también consumen ansiolíticos. Similar porcentaje para los que consumen antidepresivos.

Por sexo y rango de edad se presenta el mismo perfil predominante para cada una de las sustancias.

Tabla 15: Consumo combinado de antidepresivos, hipnóticos y ansiolíticos.

	Frecuencia	Porcentaje
No consume	409	80,7

Sólo antidepressivos.	4	,8
Sólo hipnóticos.	3	,6
Sólo ansiolíticos.	35	6,9
Ansiolíticos y antidepressivos.	16	3,2
Ansiolíticos e hipnóticos.	19	3,7
Los tres medicamentos.	21	4,1
Total	507	100,0

Tabla 16: Consumo en los últimos 30 días de ansiolíticos, hipnóticos y antidepressivos controlado por sexo.

	Hombre	Mujer
NO	98.2	93.9
SI	1.8	6.1
TOTAL	100	100

El consumo de alcohol:

Se incluyó en la encuesta el Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT).

El objetivo general de esta inclusión parte de la evidencia que existe una gran variedad de problemas de salud relacionados con el uso de alcohol. Muchos de ellos aparecen asociados, inadvertidamente por lo común, a la sintomatología por la cual consultan una porción significativa de pacientes de Emergencias. En virtud de ello se planteó en este estudio estimar el porcentaje de consultantes que presentan un uso problemático de alcohol. Una detección precoz de la problemática en la asistencia primaria permitirá una derivación más eficaz y por lo tanto un ahorro en los costos humanos, sociales y económicos que contiene el uso problemático de alcohol.

Este instrumento cuenta con tres preguntas filtro que tienen su puntaje asociado y aquellas personas que alcanzan un puntaje de corte se le aplican 7 preguntas mas.

Escala audit.

PREGUNTAS FILTRO

1. Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) nunca

- (1) Una o menos veces al mes
- (2) 2 a 4 veces al mes
- (3) 2 o 3 veces a la semana
- (4) 4 o mas veces a la semana

2. Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 o mas

3. Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcohólicas en un solo día?

- (0) nunca
- (1) menos de una vez al mes
- (2) mensualmente
- (3) semanalmente
- (4) a diario o casi a diario

Si la persona obtenía un puntaje de 4 siendo mujer y 5 si era hombre se procedía a aplicarle la totalidad del test a saber:

4. Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) nunca
- (1) menos de una vez al mes
- (2) mensualmente
- (3) semanalmente
- (4) a diario o casi a diario

5. Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque habia bebido?

- (0) nunca
- (1) menos de una vez al mes

- (2) mensualmente
- (3) semanalmente
- (4) a diario o casi a diario

6. Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) nunca
- (1) menos de una vez al mes
- (2) mensualmente (3) semanalmente
- (4) a diario o casi a diario

7. Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) nunca
- (1) menos de una vez al mes
- (2) mensualmente
- (3) semanalmente
- (4) a diario o casi a diario

8. Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) nunca
- (1) menos de una vez al mes
- (2) mensualmente
- (3) semanalmente
- (4) a diario o casi a diario

9. Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) no
- (2) sí, pero no en el curso del último año
- (4) sí, el último año

10. Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) no
- (2) sí, pero no en el curso del último año
- (4) sí, el último año

Resultados.

Del total de encuestados, el 13.8% pasó el límite establecido y eran susceptibles de aplicar el formulario con el AUDIT completo.

Para los hombres, el 23.5% pasó al cuestionario completo mientras en las mujeres constituyó el 5%. Por rango de edad el rango de edad con mayor porcentaje de personas que pasaron al formulario completo fue el **de 16 a 18 años.**

Resultados AUDIT COMPLETO.

No se pudo aplicar el AUDIT completo a 10 de los encuestados que debían completar el cuestionario por razones de fuerza mayor (traslado del paciente) o porque se negó a continuar el cuestionario.

De los que completaron el mismo, el puntaje obtenido de acuerdo a los puntajes de riesgo manejados por la OMS son los siguientes:

Tabla 17: Escala de riesgo AUDIT

	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin riesgo aparente	3,7	32,8	32,8
Consumo de riesgo	4,3	37,9	70,7
Consumo perjudicial	1,4	12,1	82,8
Dependencia.	2,0	17,2	100,0
Total	11,4	100,0	
No corresponde/NC	88,6		
Total	100,0		

Puntajes:

- Entre 8 y 15 puntos: consumo de riesgo.
- Entre 16 y 19 puntos: consumo perjudicial.
- 20 puntos o más: dependencia.

Se encuentra entonces que el 7.7% de los consultantes de Emergencias en el período estudiado se encuentran en un consumo de riesgo, perjudicial o directamente dependientes del alcohol. Con datos expandidos, esto representa aproximadamente 3000 consultantes en el año.

Este grupo está conformado básicamente por hombres (76%) y el dato más preocupante corresponde al rango de edad ya que el **predominante es de menores de 35 años (61.9%)**.

Escala de Bebedor Problema:

Además del AUDIT se incorporó al cuestionario una escala abreviada de "Bebedor Problema".

Muchas personas presentan diversos problemas relacionados con el consumo de alcohol y que no necesariamente entran en los indicadores clásicos de Abuso o Dependencia. Tomando el modelo utilizado en Chile, se define el "bebedor problema"³ como "cualquier forma de ingestión de alcohol que directa o indirectamente provoca consecuencias negativas, para el individuo o terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento laboral o escolar, seguridad personal o funcionamiento social".

Se correlacionó este índice con los resultados del AUDIT y sus resultados son consistentes debiéndose resaltar sin embargo el 21% de los casos que dieron negativo en el AUDIT que declaran que deberían beber menos.

Tabla 18: Escala abreviada de Bebedor problema según resultado positivo AUDIT⁴. Porcentaje de respuestas positivas

Indicador	AUDIT Negativo	AUDIT Positivo	TOTAL
Sintió que debería beber menos	21.1	64.1	50.0
Se ha molestado por las críticas por como bebe	5.3	46.2	32.8
Se sintió mal o culpable por beber	0	43.6	29.3
Bebió para sacarse resaca o nervios.	0	25.6	17.2

³ Definición operativa del Ministerio de Salud de Chile.

⁴ Se define como resultado positivo el obtener 8 puntos o más en la escala.

RESULTADOS PRUEBA BIOLÓGICA.

En el presente capítulo se analizarán los resultados de la prueba biológica . Para ello hay que tener en cuenta que se muestran las prevalencias de un período mayor, pero no especificado, según los resultados positivos de los test aplicados. Por esta razón omitimos el concepto de prevalencia y nos referimos a consumo. Este consumo no tiene referencia clara en el tiempo, debido a que la presencia de drogas en orina depende no solamente de la cantidad que el paciente haya consumido la última vez, sino también si se trata de un usuario frecuente u ocasional.

“El test se basa en el principio inmuno químico específico de reacción entre anticuerpos y antígenos para analizar los componentes particulares en la orina. Cuando se detecta una droga en la orina se crea una competencia entre los conjugados de la droga debido al volumen limitado de los anticuerpos, cuando el volumen de la droga es mayor o igual al corte establecido por el NIDA (National Institute for Drug Abuse), este prevendrá la unión de conjugados de drogas con el anticuerpo. Por lo que la reacción será positiva. Si está bajo el nivel de corte, será negativo.” (Manual de Instrucciones Screeners KO Test. Global Partners. División Prevención Alcohol y Drogas).

La referencia del tiempo del consumo de la droga detectada depende de la sustancia y del tipo de usuario. En este sentido, el Manual de Instrucciones describe:

- La detección de marihuana puede ocurrir desde las 6 a 18 horas en personas no frecuentes y hasta 30 días en usuarios frecuentes.
- La cocaína puede permanecer en orina hasta 5-8 horas después de la ingesta, sin embargo usuarios habituales mostraron sus efectos hasta 30 días o más.
- Anfetaminas: la droga permanece en el cuerpo entre 4 y 24 horas.
- Metanfetaminas: se puede pesquisar por 3 a 5 días.

- Benzodiacepinas: el tiempo de detección en orina es del orden de 2 a 7 horas en usuarios no frecuentes y de 4 a 6 semanas en usuarios frecuentes.

- Opiáceos: dura varios días en la orina y depende de su grado de consumo y puede llegar hasta los 30 días.

En cambio, el alcohol en saliva hace referencia al consumo muy reciente.

En la tabla siguiente se presentan los resultados positivos de la aplicación de los test de aliento para alcohol y de orina para el resto de las drogas.

Tabla 19: Resultados pruebas biológicas.

Sustancia	POSITIVO	NEGATIVO	INVALIDO
ALCOHOL	3.0	97.0	0
MARIHUANA	4.9	95.1	0
COCAINA/PBC	10.5	89.3	0.2
ANFETAMINA	0.4	99.4	0.2
METANFETAMINA	2.2	97.8	0
BENZODIACEPINA	26.0	73.8	0.2
OPIACEOS	0.6	99.4	0

Como primer dato importante a consignar es que casi en el 40% de los casos se detectó presencia de alguna de las drogas estudiadas.

El registro de consumo mas alto corresponde a las Benzodiacepinas, donde se encuentra que uno de cada cuatro usuarios presentan consumo de esta sustancia. En cuanto a las drogas ilegales, los datos demuestran un alto registro de consumo para Cocaína/PBC alcanzando a uno de cada 10 consultantes.

Si controlamos estos datos por sexo y edad encontramos importantes diferencias a consignar :

- Existen importantes diferencias en la presencia de consumo de sustancias por sexo; en todos los casos, excepto benzodiacepinas, el consumo de los hombres es significativamente mayor al de las mujeres y en anfetaminas que es de igual magnitud. Estas diferencias son muy importantes en alcohol y marihuana y algo menores en cocaína/PBC y metanfetaminas.
- La edad también es discriminante en cuanto a la tasa de consumo.

Se observa que en los menores de edad existe una presencia muy importante de Marihuana y PBC/Cocaína. También para este tramo de edad se presenta la prevalencia mayor de metanfetaminas.

De todos modos, el tramo de edad donde se presentan los mayores consumos de Marihuana y PBC/Cocaína es el de los 19 a 25 años.

En edades mayores, el consumo de benzodiazepinas presenta un altísimo porcentaje, alcanzando al 40% de los casos de personas mayores de 45 años.

- Combinando sexo y edad hay dos datos destacables a saber:
 1. La prevalencia de consumo de Marihuana y PBC/Cocaína en hombres entre 19 y 25 años alcanza al 19.5% y 31.7% respectivamente.
 2. La prevalencia de consumo de benzodiazepinas en mujeres entre 18 y 25 años es del 11%. Esta cifra asciende al 53% en mujeres mayores de 45 años.

Gráfico 6: Resultados positivos pruebas biológicas controlado por sexo y edad.

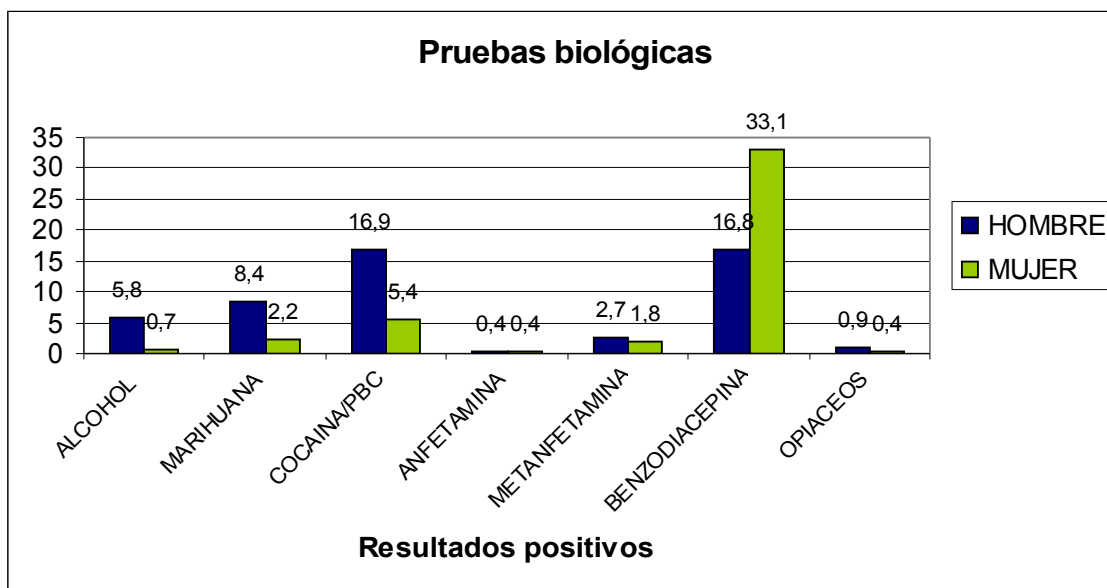


Tabla 20: Resultados positivos prueba biológica según rango de edad.

Sustancia	16-18	19-25	26-45	46 y mas
ALCOHOL	3.1	2.1	3.5	2.8
MARIHUANA	6.3	10.5	5.0	1.7
COCAINA/PBC	15.6	20.0	12.1	2.8
ANFETAMINA	0	1.1	0	0.6
METANFETAMINA	6.3	2.1	1.5	2.2
BENZODIACEPINA	6.3	16.8	20.1	40.9
OPIACEOS	0	1.1	0.5	0.6

PRINCIPALES EMERGENTES.

Entre los objetivos asignados al Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) se incluye el de brindar una visión global, fiable y actualizada de los problemas relacionados con el consumo de drogas. La Clínica Psiquiátrica se propone por otra parte contribuir al conocimiento de la realidad clínica de la población que asistimos como paso previo al diseño y propuestas de mejora en la prestación de

asistencia. Asimismo las tareas universitarias de docencia, investigación y extensión se integran en este tipo de tareas conjuntas que hemos venido desarrollando conjuntamente con el Observatorio Uruguayo de Drogas y la Junta Nacional de Drogas en estos últimos cinco años.

En esta oportunidad, resulta este estudio un esfuerzo conjunto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y el OUD en la tarea de generar conocimiento de la frecuencia y magnitud del consumo abusivo de drogas en poblaciones específicas como la población usuaria de los servicios de Emergencia. Con una metodología sencilla y ya validada se recogió una muy importante información tanto para la elaboración de planes preventivos como así también para la estimación de los costos humanos, sociales y económicos del consumo abusivo de drogas.

Con respecto a esto último, la estructura conceptual parte de la definición del abuso de sustancias psicoactivas como una situación en la que el uso particular conduce a costos sociales, y su estimación requiere de un proceso que implica la identificación de las consecuencias adversas del abuso, la cuantificación del grado de causalidad entre el abuso y las consecuencias adversas y por último, la asignación de los costos a las mismas. Este estudio nos permite aproximarnos a los dos primeros puntos señalados para su cálculo.

A modo de síntesis, se presentan los principales emergentes, los cuales se constituyen en puntos de partida para la profundización en el análisis de los mismos.

- Ocho de cada 100 consultantes de emergencias declara un consumo habitual de sustancias psicoactivas ilegales. Este porcentaje es netamente superior al encontrado en la población general, planteándose entonces la hipótesis que los consumidores requieren de una mayor demanda de asistencia, por lo menos en este segmento socioeconómico. Se detectó un importante consumo de Marihuana y Pasta Base.

- Otro dato relevante es el alto porcentaje de consumo de tranquilizantes y antidepresivos en la población investigada. En el Uruguay, la tolerancia social al abuso de psicofármacos es muy alta y la automedicación de estos (psicofármacos, hipnóticos, ansiolíticos y estimulantes) es muy importante y se ve reflejado en los datos obtenidos. Esta automedicación tiene un importante peso en el segmento femenino.. De esta forma, pese a las disposiciones vigentes, existe tolerancia y por ende disponibilidad de estas sustancias fuera de control médico, integrando el patrón de hábitos de consumo tóxico. La eventual prescripción excesiva podría desencadenar luego el inicio de las prácticas de automedicación posterior. Precisar cómo estas personas que se automedicaron, llegaron por primera vez a la indicación de utilizar psicofármacos, sería una investigación reveladora para el trabajo de la prevención.
- Para todas las drogas, excepto tabaco, el importante peso relativo en los casos de Accidentes , situaciones de violencia (con sus consecuencias sanitarias) e intentos de suicidio presentan importantes datos fácticos respecto a los riesgos asociados al consumo abusivo de drogas.
- Las pruebas biológicas significaron un muy importante aporte en cuanto permitieron validar la información recogida en la encuesta y por lo tanto estimar la confiabilidad de este instrumento para un futuro cuando no se pueda utilizar el análisis clínico.
- En virtud de la importancia de los datos recogidos se encuentra prioritario promover los espacios de Emergencias Hospitalarias como instrumento para la detección y medición del consumo abusivo de droga, fundamentalmente del alcohol. Los usuarios de drogas, en particular de drogas ilegales son habitualmente renuentes a consultar en los Servicios de

Salud. Las consultas de Emergencia de esta población son una oportunidad única para vincularlos al Sistema de Salud, evaluar el impacto que esta teniendo el consumo en su salud física, psíquica y su entorno familiar, casi como realizar una derivación a Centro Especializado de Tratamiento si el paciente lo acepta.

En el sistema de salud uruguayo, no existe todavía la posibilidad de obtener datos sistematizados acerca del uso de drogas en todas sus instituciones. El uso de una Historia Clínica Común, así como el interrogatorio sistemático de dicho uso no se han generalizado. Con este trabajo, se pretende demostrar y concientizar a las autoridades sanitarias sobre la importancia de la sistematización de la información

El objetivo es obtener una información longitudinal que permita describir la evolución en el tiempo de las características de los consumidores en esta misma población. Para alcanzar esta meta, se deberán comparar sus mediciones en el tiempo, aplicando un mismo instrumento periódicamente.