

III Estudio sobre consumo de drogas en consultantes de la Emergencia del Hospital Pasteur de Montevideo

Informe de Investigación

Noviembre 2017



III Estudio sobre consumo de drogas en consultantes de la Emergencia del Hospital Pasteur de Montevideo

Informe de Investigación

Noviembre 2017



Coordinación General

Lic. Diego Olivera
Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas

Profesora Dra. Stella Bocchino
Director Cátedra de Psiquiatría Facultad de Medicina.

Dra. Soledad García
Directora de la Unidad de Salud Mental del Hospital Pasteur

Investigadores Principales
Prof. Agdo. Dr. Pablo Fielitz
Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, UdelaR
Lic. Héctor Suárez
Coordinador Observatorio Uruguayo de Drogas

Coordinadores de campo
Lic. Leticia Keuroglan
Prof. Agdo. Dr. Pablo Fielitz
Lic. Héctor Suárez

Análisis estadístico
Lic. Héctor Suárez

Captura electrónica de datos
Dra. Ximena Simoff
Dra. Virginia Bianchi

Encuestadores

Doctores: Alles, Eugenia; Alves, Gustavo; Bianchi, Virginia; Cadenas, Florencia; Cola, Agustín; Correa, Gilberto; Chappe, Vanessa; Cheroni, Clío; Dávila; Decaro, Sofía; Elizondo, Pablo; Ezeiza, Guillermo; Fernández, Carolina; Ferreira, Mary; Figueroa, Ana; Gardarián, Andrés; Godoy, Maribel; Lans, Julián; Martino, Viviana; Nogueira, Javier; Nopitsch, Rosina; Rodríguez, Cecilia; Sivori, Carolina; Simoff, Ximena. Licenciadas en Psicología: Cavani, Micaela; Schneiderman, Eliana.

Redacción del Informe
Prof. Agdo. Dr. Pablo Fielitz - Soc. Héctor Suárez

Coordinación Comunicación y Prensa JND
Eduardo Cannizzo

Agradecimientos

- Al personal de Emergencia del Hospital Pasteur por brindarnos todo su apoyo y colaboración
- A la Dirección del Hospital Pasteur por apoyar esta iniciativa
- A la Directora del Departamento de Emergencia del Hospital Pasteur, Dra. Carmen Fontans
- **Muy especialmente a los pacientes que brindaron toda su colaboración aportando información personal muy importante para nuestro estudio.**

Índice

Prólogo	7
1 - Antecedentes.....	11
2 - Justificación del Estudio	15
3 - Aspectos Técnicos y de Método.....	19
4 - Perfil Sociodemográfico y de Consumo.....	25
5 - Resultados de la Prueba Biológica	47
6 - Perfil de las Consultas y Consumo.....	51
7- Drogas de uso Médico	57
8 - Análisis de Tendencias	65
9 - Principales Emergentes	69

PRÓLOGO

El presente estudio es producto de una opción institucional por el trabajo colaborativo, basado en objetivos comunes, entre el Gobierno Nacional y la Universidad de la República, en esta oportunidad a través de la Cátedra de Psiquiatría. Este enfoque, si bien tiene raíces históricas, se renueva con esta publicación apoyando la idea de que la información de calidad constituye un insumo imprescindible para la toma de decisiones sobre la formulación y evaluación de políticas públicas.

Para ello la Secretaría Nacional de Drogas, a través del Observatorio Uruguayo de Drogas, sostiene el desarrollo de distintas líneas de investigación que cubren un amplio espectro de temas dentro de lo que puede definirse como el problema de las drogas. Para reflejar la complejidad de un fenómeno de este tipo se ha hecho necesario diversificar las miradas posibles, así como los métodos de investigación y los ámbitos de aplicación de las técnicas de recopilación de datos. Encuestas en hogares, en el sistema educativo, investigaciones cualitativas, estudios de corte etnográfico, análisis de sustancias a partir de distintas fuentes, monitoreo y análisis de datos administrativos, seguimiento de informes especializados provenientes de ámbito clínico, son solo algunos ejemplos de los caminos posibles que hemos transitado para dar cuenta de esa complejidad.

Uruguay, a tono con los nuevos consensos reformistas a nivel internacional, ha promovido en su Estrategia Nacional de Drogas la adopción del concepto de Salud Integral como un pilar constitutivo y prioritario. No ha sido tarea fácil enfocar los problemas con drogas como situaciones eminentemente relacionadas con la salud pública, así como tampoco ha sido sencillo que en el ámbito sanitario se conforme una mirada integral que exceda la dicotomía salud-enfermedad. Atentos a ello es que esperamos que el presente trabajo contribuya a una revisión crítica de los enfoques aplicados en las prácticas sanitarias destinadas al abordaje del uso problemático de drogas, favoreciendo la incorporación de nuevos elementos que permitan comprender mejor para brindar una atención más completa, efectiva y humana.

La consagración de un Sistema Nacional de Salud, que ha cumplido 10 años de puesta en funcionamiento, constituye un ámbito inmejorable para la implementación de procesos y dispositivos que contribuyan a la atención de los usuarios de drogas basados en pilares de calidad asistencial y equidad social. En particular y como parte de ese sistema el Hospital Pasteur ha realizado una tarea emblemática que no desconoce la dimensión de las desigualdades y vulnerabilidades sociales. El estudio que presentamos se ve jerarquizado por el involucramiento de los profesionales de esa unidad asistencial.

Para concluir, invitamos al lector a reflexionar con nosotros esperando que esta publicación constituya un incentivo para la gestión de nuevos proyectos que promuevan el acceso de los ciudadanos a información oportuna y de calidad, que

generen capacidades para la detección temprana de problemas asociados al consumo y que permitan fortalecer la gestión de riesgos y el tratamiento de quienes demandan atención en nuestras instituciones.

Lic. Diego Olivera
Secretario General
Secretaría Nacional de Drogas
Junta Nacional de Drogas

Antecedentes

1 - Antecedentes

Sobre el Observatorio Uruguayo de Drogas

La Junta Nacional de Drogas (JND) promovió la creación del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) con la finalidad de recopilar y analizar en forma interdisciplinaria la información científica relacionada con el fenómeno del consumo de drogas, para que sus resultados puedan ser utilizados en la formulación de políticas de acuerdo a los objetivos que el país se ha trazado en la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas 2016-2020.

Entre los objetivos del Observatorio se encuentran:

- Aportar a través de estudios epidemiológicos datos oficiales sobre el consumo de drogas en población general y específica.
- Analizar y dar seguimiento a escenarios de riesgo existentes en el uso de drogas para contribuir a orientar los programas de atención primaria, tratamiento, detección precoz del uso problemático, reducción de la demanda y/o daño del uso problemático de drogas.
- Describir y comparar el fenómeno de las drogas en algunas dimensiones esenciales a nivel nacional, regional e internacional.

El Observatorio utiliza una metodología específica en su descripción y monitoreo: la construcción de indicadores validados y armonizados. Un indicador es una variable estratégicamente elegida que pueda dar cuenta de un fenómeno subyacente más complejo y de su evolución en el tiempo y en el espacio. Estos indicadores tienen algunas especificidades que cumplir como ser accesibles (disponibles y fáciles de recoger), precisos y válidos (midan lo que efectivamente quieren medir), sensibles (detecten los cambios en un período acotado) y específicos (pertinentes al objeto de estudio). En lo posible, también tienen que permitir compararlos a nivel regional y/o internacional para poder contar con una medida relativa de la cuantía del fenómeno.

En el fenómeno de drogas, en muchos casos el consumo es oculto o no declarado por la persona, tanto por el estigma que existe en algunos casos como por el hecho de ser ilegal en otros, por lo cual el dato relevante no siempre es la “cifra” o “prevalencia” obtenida sino las tendencias en el tiempo que se deben ver reflejadas en estos indicadores.

En el ámbito sanitario hay cuatro indicadores muy importantes que nos aproximan a cuantificar y estimar las consecuencias del uso problemático de sustancias: la demanda de asistencia en puerta de emergencias hospitalarias (fundamentalmente episodios agudos o accidentales en consumidores de drogas), ingresos a tratamiento por consumo problemático de drogas, mortalidad por reacción aguda a drogas (clasificadas por el CIE10) y egresos hospitalarios (no emergencias) siguiendo la misma clasificación.

El OUD cuenta con información permanente y sistematizada a través del sistema Tratamiento.Registra del ingreso de personas a tratamiento por consumo problemático de drogas. Con respecto a los datos de mortalidad y egresos hospita-

larios se nutre de la información epidemiológica proporcionada por el Ministerio de Salud.

En cambio, no existe aún un sistema de registro permanente de casos atendidos en emergencias hospitalarias vinculadas al consumo de drogas, por lo cual se hacen necesario para su monitoreo estudios específicos y periódicos (denominados ventanas epidemiológicas) como lo es la presente investigación.

De la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de la República

En acuerdo con los fines de la Universidad, las políticas de extensión universitaria permiten una integración al contexto social y ahondar en el conocimiento de las necesidades de la población, que forman parte de las raíces programáticas de la política universitaria. Es así que la Clínica Psiquiátrica, trabajando estrechamente junto con el Observatorio Uruguayo de Drogas ha logrado producir trabajos de investigación que son relevantes a la hora de estudiar el impacto del consumo de sustancias en nuestra población.

La Junta Nacional de Drogas y la Universidad de la República celebraron un convenio marco, con fecha 14 de diciembre de 2011, a fin de continuar trabajando en el desarrollo de diversas actividades de cooperación interinstitucionales; actualmente se mantienen convenios vigentes, que se han ejecutado con éxito en beneficio de los objetivos que se han propuesto.

Como antecedentes del presente estudio, en los años 2007 y 2010 se realizaron sendos estudios en la Emergencia del Hospital Pasteur mediante convenio con Facultad de Medicina y la Cátedra de Psiquiatría con los mismos objetivos de la presente investigación. Y en el mismo sentido, en el año 2008 se realizó un estudio de prevalencia de consumo de sustancias en los pacientes psicóticos ingresados al Hospital Vilardebó.

Es de particular interés para la Clínica Psiquiátrica que los postgrados y residentes en formación participen en proyectos de investigación, siendo parte activa de la generación de nuevo conocimiento. Esa experiencia de trabajo interdisciplinario es enriquecedora, y aporta para la formación integral del Especialista en Psiquiatría que queremos para nuestro país.

Justificación del estudio

2 - Justificación del estudio

La necesidad de evaluar el impacto del uso problemático de drogas, sean estas lícitas o ilícitas, diseñar programas de prevención, disminuir sus usos en poblaciones vulnerables o que se haga un uso menos riesgoso si es preciso, detectar qué (nuevas) drogas están en el mercado y el daño o riesgo potencial que éstas conllevan hace que se deban emplear estudios permanentes que reflejen una realidad que es compleja y cambiante. Esta realidad dinámica requiere entonces respuestas nuevas para el mejor tratamiento que pueda brindarse a la problemática.

El consumo de sustancias en la población, especialmente el problemático, es estudiado a través de diferentes métodos, incluyendo las encuestas en poblaciones generales y específicas como medio idóneo para estimar los datos epidemiológicos. A partir de estos estudios se han podido esbozar algunas asociaciones (en sus aspectos más descriptivos) entre el consumo de sustancias y algunos problemas sociales, legales y/o sanitarios que permitirán comprender aspectos de los usos problemáticos de drogas. Sin embargo, para profundizar en algunas dimensiones de las asociaciones mencionadas se deben utilizar otros tipos de estudios más específicos. Dentro de estos, uno de los puntos centrales es la posible asociación en eventos externos como accidentes, siniestros de tránsito y actos violentos.

Las ventanas epidemiológicas permiten obtener información sobre eventos adversos relacionados con el consumo de drogas (agudos fundamentalmente) pero también pueden funcionar como alertas tempranas de situaciones cambiantes, como son las modificaciones en la incidencia de las sustancias, cambios en los patrones de consumo y su dimensión espacial, aparición de nuevas sustancias o modalidades de uso y todo evento que solo puede ser detectado en un ambiente clínico.

La justificación teórica de realizar este tipo de estudios “ventana” en salas de emergencia está relacionado entonces con los siguientes puntos:

- A la sala de emergencias acuden personas que viven un momento crítico en relación con su salud física y/o mental. Por lo tanto, si el consumo problemático de sustancias psicoactivas (incluyendo como tal también la alta frecuencia de uso) tuviera una incidencia crítica en la salud de los individuos se esperaría que se reflejara en los casos atendidos en la atención primaria de salud. Además, si ciertas sustancias psicoactivas fuesen más peligrosas para la salud física y/o mental que otras se esperaría también observar una presencia más marcada de las mismas en las salas de emergencia de los hospitales.
- Es entonces que este tipo de estudio reviste gran importancia para el sistema sanitario, pues permite explorar la asociación del consumo de drogas con las lesiones por causa externa y puede presentar pistas sobre patologías que se presentan en usuarios problemáticos y/o frecuente de drogas. Esto es bajo la hipótesis que el uso problemático de sustancias aumenta la probabilidad que una persona sufra lesiones por causa externa o sufra consecuencias negativas en su salud.
- Como indicador más general, permite obtener información sobre el consumo de sustancias de la población que acude a las emergencias de los hos-

pitales aunque estas consultas no estén relacionadas con episodios de uso reciente. Según el servicio y las características sociodemográficas de la población atendida puede servir de estimador de la prevalencia de consumo de este segmento. Es esperable (además de la posible aplicación de pruebas biológicas) que estos datos se encuentren menos subestimados que los estudios poblacionales. Estudios antecedentes han demostrado la mayor fiabilidad de los datos proporcionados por encuestas en el contexto de atención de salud al ser contrastados con las pruebas biológicas.

- Un correcto *screening* de las principales drogas consumidas en el país en ese ámbito nos puede permitir estimar (con datos expandidos a partir de la muestra) el número de personas con uso problemático de drogas que pasan por lo menos una vez por una sala de emergencia. Esta detección (que puede ser muchas veces temprana) permitirá diseñar políticas sanitarias que aceleren la intervención y no solo mejoren la calidad de vida de la persona, sino que también tendrá repercusiones en los costos económicos y sociales de todo el sistema de salud.
- También cuenta con el valor añadido de actuar como alerta de nuevos tipos de situaciones de emergencias sanitarias relacionadas con cambios en patrones de consumo, nuevas sustancias o que se encuentren subestimadas (en su detección) en las consultas por un déficit en el peritaje de ingreso.

Como antecedentes del presente estudio (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.), 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 antecedentes más recientes y ya con un protocolo estandarizado y comparable (que incluye prueba biológica) se encuentran los estudios realizados en convenio en el Hospital Pasteur con su Cátedra de Psiquiatría en los años 2007 y 2010 (este último multicéntrico). Esta tercera edición, ejecutada en forma conjunta nuevamente con la Cátedra de Psiquiatría, nos permitirá estimar la tendencia respecto tanto a la presencia del consumo de drogas (prevalencias incluyendo el consumo reciente) como así también un perfil de consumo y su relación con las consultas.

En el Hospital Pasteur se atienden en puertas de emergencia aproximadamente 33.000 personas en el año, lo cual les da una especial relevancia a los datos obtenidos para esta población por la importante incidencia que tendrá cualquier tipo de intervención.

Aspectos técnicos y de método

3 - Aspectos técnicos y de método

OBJETIVOS GENERALES

- A. Determinar la magnitud de consumo de sustancias psicoactivas en aquellos pacientes que llegan a la Emergencia del Hospital Pasteur en un período determinado (incluyendo pruebas biológicas) y estudiar su posible relación con la consulta. Mediante este estudio se intenta aportar evidencia que sirva de referencia y apoyo a la práctica médica y asistencial en las decisiones de futuro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 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 alcohol, marihuana, pasta base y cocaína.
- Estimar el porcentaje de usuarios problemáticos de alcohol, marihuana y cocaína/pasta base en la población estudiada.
- Describir las características sociodemográficas de los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas atendidas en los servicios de emergencia.
- Describir algunos patrones de consumo de los consumidores de sustancias psicoactivas atendidos en los servicios de emergencia.
- Estimar el uso de tranquilizantes y antidepresivos, especialmente aquellos usos sin prescripción médica.
- Medir la tendencia (vigilancia) de las prevalencias en esta población objetivo en relación con los estudios de los años 2007 y 2010 con la aplicación del mismo método.
- Retomar 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.

FINALIDAD

- Lograr la instrumentación de un sistema de información que permita convertir este estudio en una ventana epidemiológica permanente.

Descripción

Este estudio busca conocer la presencia de consumo de las sustancias psicoactivas entre los pacientes durante las horas previas al evento y el uso problemático para las sustancias de mayor consumo y su eventual asociación con el motivo de consulta o la demanda de atención. Fue de especial relevancia capacitar al personal involucrado sobre el objetivo del estudio dado que no solo buscaba identificar la

presencia de un consumo reciente en el paciente, sino también determinar si se le puede asociar al motivo de consulta, especialmente en aquellos relacionados con causas externas y accidentales.

Nuevamente en este estudio se incorporaron pruebas biológicas a una submuestra de la población objeto de estudio.

Universo de estudio

La población estudiada la constituye el conjunto de las personas con edades de 15 a 65 años que acudieron por alguna razón a la Sala de Emergencia del Hospital Pasteur con la excepción de los casos que se refieren a ginecología (embarazo a término) o de policlínica. En la Emergencia del Hospital Pasteur, para toda persona que consulta, lo primero es pasar por un triage (habitualmente realizado por una licenciada en Enfermería ayudada por un auxiliar de enfermería) que clasifica las consultas en cuatro categorías de complejidad creciente según el problema de salud por el que consulta el paciente: azul, verde, amarillo y rojo. Aquellos pacientes código azul, son derivados a una Policlínica de Atención Inmediata, ubicada en otro edificio distinto de la Emergencia propiamente dicha. Hasta el viernes 30 de setiembre a las 20 horas los pacientes de código azul no fueron incluidos en el estudio por no ser propiamente de la Emergencia. A partir del momento citado, y al no estar disponible la Policlínica de Atención Inmediata los fines de semana, esos pacientes fueron vistos en su totalidad en la Emergencia, por lo cual fueron incluidos en el estudio.

El segmento de edad escogido para la muestra tiene como fundamentación la de obtener datos comparables con los obtenidos en las encuestas en hogares.

Muestra

De tipo secuencial, a todos aquellos pacientes que demandaron servicio de Emergencia en un período de siete días típicos durante las 24 horas del día en el rango de edad comprendido entre 15 y 65 años.

Ámbito temporal: Desde el lunes 26 de setiembre de 2016 a las 08:00 h hasta el lunes 3 de octubre de 2016 a las 08:00 h.

Instrumentos

La recolección de la información contó con tres fuentes:

1. **Formulario de ingreso a Emergencia**

Allí se registró el diagnóstico presuntivo del médico tratante y características del ingreso. También recoge información sociodemográfica del paciente.

2. **Declaración del paciente**

Al momento de la internación, y cuando las circunstancias lo posibilitaron, se le aplicó un pequeño cuestionario al paciente sobre consumo de drogas.

El instrumento para recabar la información fue un cuestionario semiestruc-

turado, precodificado de acuerdo a los parámetros de los estudios anteriores para hacerlo comparativo.

Allí se relevó información sobre el consumo de drogas (autorreporte) en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días, últimas seis horas, patrones de consumo, asociación con la consulta, etc.

También se incluyó la escala AUDIT para detección de signos de uso problemático de alcohol y una escala basada en CIE10 para detectar signos de uso problemático de marihuana, cocaína y pasta base.

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

3. Prueba biológica a los pacientes

Para la realización de las pruebas biológicas se empleó test de saliva para detectar presencia de alcohol, cocaína y derivados marihuana, opiáceos y anfetaminas. Las mismas fueron aplicadas a una primera porción de la muestra 1 (226 casos) y los resultados fueron ponderados por sexo y edad para ajustarlos a la muestra general. Se utilizaron tiras reactivas “Oral-View™ Saliva Multi-Drug of Abuse”, fabricadas por Alfa Scientific Designs Inc, 13200 Gregg St, Poway CA 92064 USA, en Estados Unidos, con los siguientes puntos de corte: para THC 50 ng/ml, para cocaína y derivados 20 ng/ml; para opiáceos 40 ng/ml y para anfetaminas/metanfetaminas 50 ng/ml. Las tirillas reactivas detectan consumo de THC desde una hora hasta 24 horas después del último consumo, y en cocaína y derivados (PBC) desde 10 minutos hasta 24 horas luego del consumo. Los opioides se detectan desde una hora hasta 72 horas después del consumo. Las metanfetaminas y anfetaminas se detectan desde 10 minutos y hasta 72 horas después del consumo.

Para el caso de alcohol se utilizaron tiras reactivas ALCO Screen® 02, fabricadas por Chematics Inc, PO Box 293, North Webster IN, USA 46555, que detectan alcoholemias iguales o superiores a 0,02%.

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 las pruebas biológicas descritas en el ítem anterior.

Método de recolección – Administrado por personal especializado y debidamente entrenado (médicos psiquiatras, residentes y posgrados de Psiquiatría, licenciados en Psicología)

Tipos de cuestionario – Semiestructurado

Lugar de recolección – Emergencia hospitalaria del Hospital Pasteur

Trabajo de campo

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.

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 siete 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 llevó 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 el cuestionario íntegramente y ensayó los procedimientos para su aplicación como del testeo de drogas.

Variables relevadas en el estudio

Las tres dimensiones básicas del estudio son las siguientes:

- Perfil sociodemográfico del paciente
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Relación del consumo con el motivo de consulta

DIMENSIÓN	VARIABLES	INDICADORES
Perfil de la población	Sociodemográficas	1) Sexo 2) Edad 3) Situación laboral 4) Tipo de ocupación 5) Estado civil
Consumo de sustancias	Prevalencias uso problemático	1) Datos de consumo (set de indicadores) 2) Dinámica de consumo (set de indicadores) 3) Escalas CIE10 y AUDIT
Vinculación demanda de atención - consumo reciente de drogas	Diagnóstico	1) Estado en que llega el paciente 2) Motivo del ingreso 3) Diagnóstico presuntivo 4) Prueba biológica para THC, cocaína / PBC, opiáceos, anfetaminas/metanfetaminas y alcohol.

Perfil sociodemográfico y de consumo

4. Perfil sociodemográfico y de consumo

4.1 Muestra resultante

Se encuestaron 312 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión del estudio 1 de los 393 censados que representaron la totalidad de ingresos según el registro hospitalario en el período estudiado. El nivel de rechazo fue muy bajo (ver Tabla 1) y el mayor porcentaje de no aplicación de la encuesta se debió al estado en el cual ingresó el paciente al centro que imposibilitó realizar la misma (inconsciente, traslado de urgencia, intervención, etc.).

Tabla 1 Número de encuestas efectivas

	CASOS	%
Acepta encuesta	312	79
Rechaza encuesta-No disponible	81	21
TOTAL	393	100

Tabla 2 Distribución por franja horaria

Hora de demanda de Asistencia	Casos	%
Entre las 0 y 6 horas inclusive	30	10,8
Entre las 7 y las 12 inclusive	96	34,5
Entre las 13 y 18 horas inclusive	109	34,9
Entre las 18 y las 23 horas inclusive	43	15,5
TOTAL	278	89,1
Sin datos	34	10,9
Total	312	100

Base: Total de la muestra.

¹ Desde el lunes 26 de setiembre de 2016 a las 08:00 h hasta el lunes 3 de octubre de 2016 a las 08:00 h.

4.2 Perfil sociodemográfico de los consultantes


La distribución obtenida por sexo se aproxima a la distribución poblacional para el rango de edad estudiado con un leve sesgo (mayor proporción de varones).

Con respecto al rango de edad, el peso relativo de las personas mayores de 35 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 viudos/as. 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 sobrerrepresentados en la muestra.² El perfil educativo presenta también valores más bajos (menor escolarización) que el promedio poblacional. Esto está relacionado con el perfil sociodemográfico de los usuarios de este servicio de salud, los cuales en general pertenecen al sector socioeconómico más empobrecido y de mayor vulnerabilidad social.³

Tabla 3 Distribución por sexo

Sexo	%
Varón	51,8
Mujer	48,2
TOTAL	100



Edad promedio: 38,6
Desvío estándar: 15,03

Tabla 4 Distribución por rango de edad

Rango de edad	%
15 a 25	27,9
26 a 45	34,6
46 a 65	37,5
TOTAL	100

² Los segmentos medio-alto y alto cuentan con servicios de emergencia móvil, instituciones de asistencia médica colectiva o seguros privados, lo que hace que los mismos en muy pocos casos ingresen en los hospitales o servicios de emergencia regulares, pasando directamente a las instituciones privadas, o atendidos directamente en sus domicilios.

³ Por mayor información ver <http://www.ine.gub.uy/poblacion>

Tabla 5 Distribución por estado civil (en %)

Situación conyugal	%
Casado/unión libre	35,5
Soltero/a	43,0
Divorciado/separado	18,6
Viudo/a	2,6
Total	100

Base: Total de encuestados.

Tabla 6 Actividad económica (último mes)

Situación laboral	%
Trabajó jornada completa	30,1
Trabajó media jornada	7,6
Trabajo temporario	10,3
Estuvo sin trabajo pero buscó	9,3
Licencia por enfermedad	2,6
Trabajo parcial pero busca más	5,6
Tareas del hogar	7,6
Estudió y no trabajó	3,0
Jubilado/pensionista	8,6
Incapacitado/a para trabajar	5,3
No hizo/no hace nada	9,9
TOTAL	100

Base: Total de encuestados.

Tabla 7 Último nivel educativo alcanzado

Nivel formal alcanzado	%
Primaria incompleta	8,8
Primaria completa	28,0
Ciclo básico incompleto	22,8
Ciclo básico completo	9,8
Bachillerato /UTU incompleto	15,6
Bachillerato/UTU completo	8,1
Universidad incompleta	3,9
Universidad completa	2,0
NS/NC	1,0
TOTAL	100

4.3 Consumo de drogas. Perfil general de la población consultante

En este capítulo se presentan los datos de las diversas prevalencias y dinámica de consumo de la población investigada con base en el reporte consignado por los encuestados. Adicionalmente se presentan los resultados de las pruebas biológicas.

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 podrían existir asociaciones entre la demanda de atención y estos consumos. También, independientemente de la asociación con el motivo de consulta, se indaga sobre si la población consumidora se encuentra sobrerrepresentada en la población consultante.

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

El uso alguna vez en la vida (incluyendo la experimentación) de cualquier droga abarca prácticamente a toda la población bajo estudio. Solo un 3,8% no ha consumido ninguna droga de las indagadas. Si consideramos solo las ilegales (incluyendo a la marihuana de reciente regulación) el porcentaje alcanza casi al 40%.

Tabaco, alcohol, inhalantes y marihuana son las drogas que tienen la edad de inicio más baja.

En contrapartida, las drogas de uso médico como tranquilizantes y antidepresivos son los que presentan un promedio de edad de inicio mayor al resto de las sustancias.

Con respecto al consumo en los últimos 12 meses (es el indicador más preciso para medir el consumo reciente de las diferentes drogas en la población objeto de estudio) encontramos prevalencias más elevadas para casi todas las drogas que las halladas en la población general,⁴ fundamentalmente en el tramo de 15 a 35 años.

En la tabla 9 (prevalencias últimos 12 meses) se pueden apreciar claramente las diferencias segmentadas por rango de edad.⁵

En el tramo más joven de edad, excepto en el alcohol para el cual no hay diferencias significativas, las diferencias encontradas con la población general son sensiblemente mayores para el caso de tabaco, tranquilizantes y antidepresivos, marihuana, cocaína y PBC: existen 20 puntos porcentuales de diferencia en tabaco, en tranquilizantes encontramos una prevalencia cuatro veces mayor en la población consultada y en antidepresivos más del doble. Pero los datos con diferencias más acentuadas aparecen en el consumo de cocaína donde hay una prevalencia siete veces mayor en los consultantes con respecto a la población general y para PBC, cuya prevalencia en los últimos 12 meses según la Encuesta de Hogares de 2014 era del 0,2%, en este estudio crece al 14%.

Es significativa también la diferencia en marihuana, siendo algo más del doble en los consultantes, alcanzando la prevalencia el 41%.

En el tramo de edad mayor (36 a 65 años) disminuyen las prevalencias en ambas poblaciones estudiadas, excepto para tranquilizantes y antidepresivos que crecen

⁴ VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas-Observatorio Uruguayo de Drogas, 2014.

⁵ En virtud de presentar diferencias importantes en la distribución por edad entre la población de emergencia y la del estudio en población general, se comparan los datos por segmento de edad de modo de neutralizar estas diferencias y permitir la comparabilidad.

en ambas. De todos modos, se siguen presentando en la población de consultantes de emergencias prevalencias significativamente más altas que las encontradas en población general.

Tabla 8 Consumo alguna vez en la vida y edad de inicio

	Alguna vez en la vida	Edad de inicio
Alcohol	90,0	16,6
Tabaco	77,4	15,6
Tranquilizantes*	41,5	29,6
Hipnóticos*	27,8	-
Estimulantes*	2,1	-
Antidepresivos*	20,3	30,7
Marihuana	36,2	16,9
Hachís	6,7	19,8
Cocaína	22,4	19,4
Pasta base	12,5	21,6
Inhalantes	8,3	15,9
Alucinógenos	9,6	19,9
Éxtasis	5,1	20,2
Crack	2,6	24,8
Heroína	0,3	-
Opio / Morfina	1,6	35
Anfetaminas	1,6	21,2
Metanfetaminas	1,3	22,5
Ketamina	2,2	27,7

*Con y sin prescripción médica.

Base: Total de encuestados.

Tabla 9 Datos de consumo últimos 12 meses población general y muestra resultante para las principales drogas y por tramo de edad (en %)

	15 a 35	15 a 35	36 a 65	36 a 65
	ENHCD*	Muestra H. Pasteur	ENHCD*	Muestra H. Pasteur
Alcohol	77,0	71,3	66,2	55
Tabaco	35,4	55,2	30,9	40,8
Tranquilizantes	5,9	24,5	17,4	37,3
Antidepresivos	2,8	7,7	6,9	14,8
Marihuana	17,2	41,3	2,7	8,9
Cocaína	2,9	20,3	0,5	6,5
Pasta base	0,2	14,0	0,2	2,4
Éxtasis	0,7	2,1	0	1,2

Fuente: VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas-OUD, 2014.

ALCOHOL

Dinámica del consumo

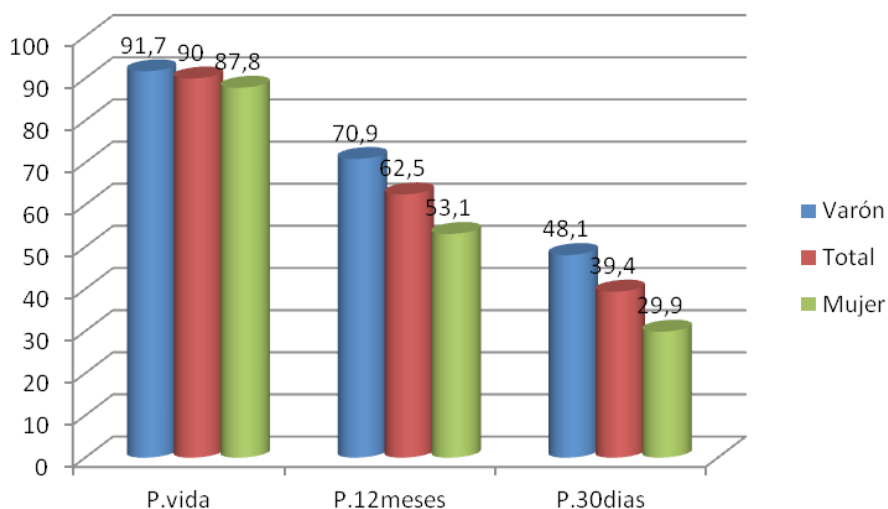
Los datos nos muestran que si bien no hay diferencias entre varones y mujeres en la experimentación o haber tomado alcohol alguna vez en la vida, sí las hay y en forma clara en la prevalencia de últimos 12 meses y 30 días (variable asociada al consumo habitual). Estas diferencias también se evidencian en la frecuencia de consumo, donde los varones lo hacen en forma más intensa que las mujeres. El consumo con una frecuencia de a dos o tres veces por semana alcanza a casi 1 de cada 4 varones, en tanto en las mujeres la relación es de 1 de cada 10.

Las frecuencias de consumo presentan porcentajes mayores a las obtenidas para la población general. Si asociamos este aspecto con el indicador de prevalencia de últimos 30 días, encontramos que si bien en la muestra el porcentaje de consumidor habitual es menor al de la población general, su frecuencia de consumo es mayor.

La edad promedio de la primera experimentación es de 16,6 años, dato que coincide con la obtenida en la población general. Por rango de edad, los mayores porcentajes de consumidores se encuentran en la población menor a 45 años.

La fidelización del consumo, es decir, el porcentaje de personas que una vez que experimentó la sustancia continuó su consumo, es del 69% (últimos 12 meses) a la fecha del estudio.

Gráfico 1 Prevalencia vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de alcohol por sexo



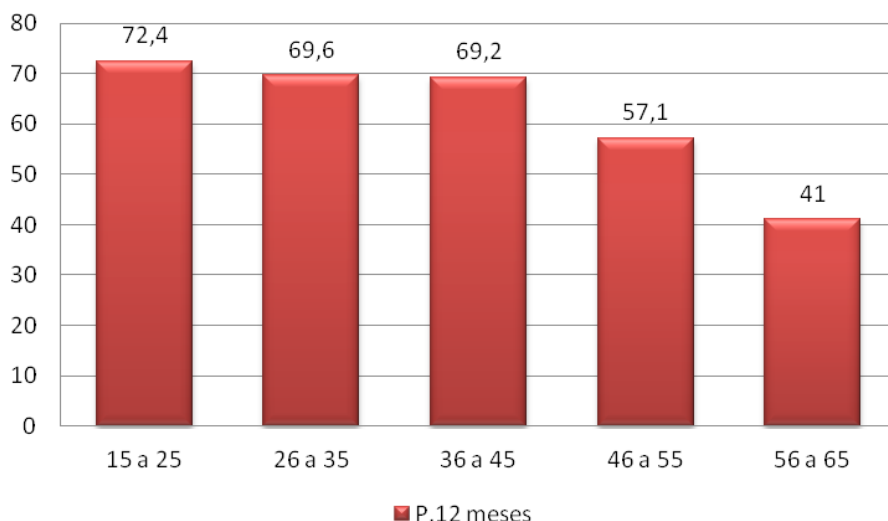
Base: Total de encuestados.

Tabla 10 Frecuencia de consumo de alcohol por sexo (últimos 12 meses)

Frecuencia	Total	Varón	Mujer
Una vez al mes o menos	52,1	42,7	65,4
Dos a cuatro veces al mes	28,9	32,7	24,4
Dos o tres veces a la semana	6,7	8,2	3,8
Cuatro o más veces a la semana	12,4	16,4	6,4
TOTAL	100	100	100

Base: Consumidores últimos 12 meses.

Gráfico 2 Prevalencia de alcohol 12 meses por rango de edad.



Base: Consumidores últimos 12 meses.

Consumo problemático

Se incluyó en la encuesta una serie de indicadores para estimar signos de uso problemático de alcohol.

Medir el consumo problemático de drogas mediante el mecanismo de encuesta presenta importantes limitaciones en la operacionalización de los conceptos; en primer lugar, debido a las diferentes situaciones que definen un consumo problemático y, en segundo término, por cuestiones propiamente del método y lo que hace a los instrumentos disponibles. Esta dificultad se ve atenuada en este tipo de

estudios donde personal médico aplica los diferentes instrumentos para su detección en un ambiente clínico que favorece la confiabilidad de la información.

El objetivo general de esta inclusión parte de la evidencia de 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 consulta una porción significativa de pacientes de Emergencias. En virtud de ello se planteó en este estudio estimar el porcentaje de consultantes que presentan signos de uso problemático de alcohol. Una detección precoz de la problemática en la asistencia primaria de salud 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.

En este estudio, como criterio, se considera el uso problemático como aquel que genera situaciones vinculadas al consumo que potencialmente o de hecho afectan la salud del individuo, ya sea en su esfera biológica, psicológica o social. Este uso problemático puede darse tanto en los consumidores que tiene un patrón de consumo frecuente como ocasional e incluso en los experimentales. Por ejemplo, una persona que toma solo en eventos sociales pero que cuando lo hace consume mucho, es considerado un usuario problemático, aunque la frecuencia de sus consumos sea baja, debido a los riesgos potenciales de esa única u ocasional ingesta excesiva (accidentes, problemas cardiovasculares, coma alcohólico, hipertensión, etc.).

En tal sentido, en este estudio los episodios puntuales de abuso de consumo por ingesta –un aspecto que muchas veces no es tratado con la importancia que tiene– son considerados como indicadores de uso problemático de alcohol.

Un segundo criterio utilizado para medir signos de uso problemático es la escala AUDIT (test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol) creada por la OMS y que es utilizada para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial. Esta escala fue desarrollada no solo como un método simple de screening del consumo problemático de alcohol sino también como un apoyo en las denominadas intervenciones breves.

Por tanto, en el presente estudio los signos de uso problemático se medirán a partir de dos indicadores:

Ingestas puntuales sobre el nivel de intoxicación. Las ingestas puntuales están referenciadas a un período concreto (últimos 30 días) en el cual se mide el consumo sobre los niveles considerados (aunque se asocien a una sola instancia) nocivos. Este consumo corresponde al consumo en una única ingesta de dos o más litros de cerveza, $\frac{3}{4}$ litros de vino o cuatro o más medidas de whisky o bebidas destiladas de similar contenido alcohólico. El período se acota a los últimos 30 días por lo tanto esta pregunta la responderán quienes consumieron en ese período de referencia.⁶

⁶ Se pregunta en ese lapso acotado por razones relacionadas con la recordación. Al asociarse el consumo habitual con el consumo en los últimos 30 días es razonable el planteo de que estas conductas de consumo constituyen una práctica por lo menos ocasional.

Escala AUDIT

Se incluyó en la encuesta el test para la identificación de trastornos bio-psicosociales por uso de alcohol (escala AUDIT). La motivación de esta inclusión surge de la evidencia sobre la existencia de una gran variedad de problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol. En virtud de ello, en este estudio y a través de esta herramienta, se estima la proporción de consumidores que presentan signos de uso problemático (más allá de episodios de intoxicación puntuales); los que serían susceptibles de requerir una intervención sanitaria. La escala se construye a partir de 10 preguntas que tienen su puntaje asociado; el rango de variación es entre 0 y 40 puntos, siendo –de acuerdo a la OMS– un puntaje igual o superior a 8 considerado como de uso problemático o nocivo de alcohol, ya sea por consumo de riesgo, perjudicial o dependencia.

Resultados

a. Abuso por ingesta

Consultados los consumidores de los últimos 30 días encontramos que casi el 60% de ellos ha abusado en la ingesta de alcohol por lo menos una vez en el período de referencia (casi el 15% de la muestra total). Esto representa casi el doble de lo encontrado en la Encuesta de Hogares realizada en 2014 por el Observatorio Uruguayo de Drogas.⁷

Diferenciado por sexo, encontramos que entre los varones que consumieron en los últimos 30 días ha abusado (por ingesta) por lo menos una vez el 67,6% (31,6% de los varones de la muestra) y entre las mujeres, el 41,5% de las consumidoras del último mes ha abusado por lo menos una vez, lo que representa aproximadamente a una de cada 10 mujeres de la muestra.

En términos absolutos, encontramos que en un año acuden a la Emergencia de este hospital alrededor de 7.000 personas que presentan este tipo de consumo.

Si se analiza teniendo en cuenta la edad de la población, se encuentra que en la más joven (hasta 35 años) el porcentaje en los consumidores del último mes que abusó al menos una vez alcanza al 70,6%, descendiendo al 44% entre aquellos mayores de 36 años.

Tabla 11 Abuso por ingesta de alcohol según sexo y rango de edad (consumidores últimos 30 días)

	Abuso por ingesta*
General	59,3
Varón	67,6
Mujer	41,5
15 a 35 años	70,6
36 a 65 años	44,0

Base: Consumidores últimos 30 días.

*: Se considera abuso la ingesta en una misma oportunidad de dos o más litros de cerveza, ¾ litros de vino o cuatro o más medidas de bebidas destiladas como el *whisky*.

⁷

VII Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas-Observatorio Uruguayo de Drogas, 2014.

b. Uso problemático de alcohol y dependencia: resultados escala AUDIT

Aplicada la escala AUDIT a todos los consumidores de los últimos 12 meses encontramos que el 28% presentan signos de uso problemático según esta escala. Este guarismo es notoriamente superior al encontrado en la población general que, según el último estudio consigna que el 6,5% de los consumidores de alcohol de los últimos 12 meses presenta signos de uso problemático según esta escala.

Al igual que con el abuso, hay diferencias significativas por sexo, donde los varones duplican a las mujeres. Entre los dos tramos de edad estudiados no se presentan diferencias importantes.

Los ítems de la escala que correlacionan mejor con el puntaje total, es decir, los que tienen valores más altos cuando el puntaje del AUDIT lo es, son las ingestas sobre el nivel de abuso (más de 6 tragos) y el no poder parar cuando comienza a beber.

Independientemente del valor obtenido en la escala, el consejo o sugerencia de amigos/familiares/personal de la salud para consumir menos es el que presenta mayor porcentaje de respuestas positivas (13%).

También cabe destacar que 1 de cada 10 consumidores declara que en algún momento de la vida él/ella u otra persona resultó herida por haber bebido alcohol.

El dato concluyente es que aproximadamente el 17% de los ingresos a la consulta de Emergencia presenta algún tipo de uso riesgos del alcohol según la escala AUDIT. Esto representa aproximadamente 5.600 personas.

Tabla 12 Porcentaje de consumidores de alcohol últimos 12 meses que presentan signos de uso problemático según escala AUDIT⁸

Signos de uso problemático según AUDIT	
General	28
Varón	34,9
Mujer	16,7
15 a 35 años	29,6
36 a 65 años	26,4

Base: Consumidores últimos 12 meses.

⁸ Aplicada la escala, obtienen un puntaje igual o mayor a 8.

TABACO

Dinámica del consumo

No se manifiestan diferencias estadísticamente significativas en los tres indicadores de prevalencia estudiados entre varones y mujeres, siendo más claro en el indicador asociado con el consumo habitual (consumo en los últimos 30 días) donde la diferencia es de apenas dos puntos porcentuales.

En contrapartida, para todas las prevalencias, las mismas son significativamente más altas que las consignadas en la población general.

Con respecto a la intensidad de consumo, los datos no difieren significativamente con los observados en la población general. Los consumidores habituales en su mayoría lo hacen en forma intensa (88,1% lo hace 20 o más días en el mes) y el 64,8% consume 10 o más cigarrillos diarios.

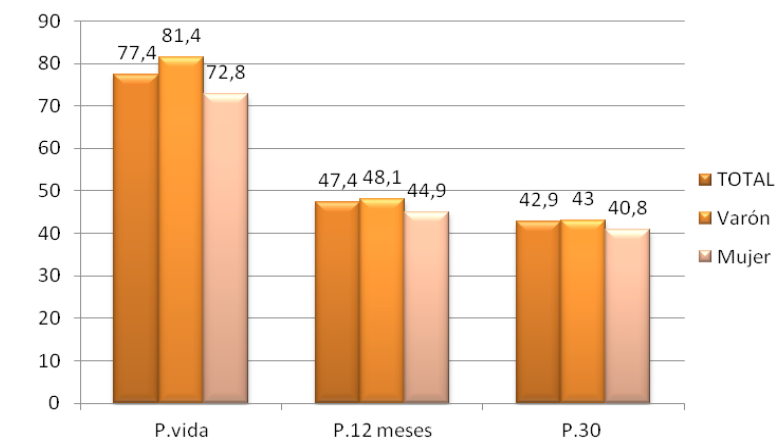
Existe una correlación positiva entre la intensidad de consumo y la cantidad de cigarrillos diarios tal como se observa en la tabla 14. De esta relación se encuentra que el 60% de los consumidores del último mes de tabaco fuman 20 o más días al mes con una intensidad de 10 o más cigarrillos por día. Siendo estos indicadores buenas aproximaciones para medir la dependencia se puede decir que el tabaco es una de las drogas que presenta mayor número de usuarios dependientes de las incluidas en este estudio y para esta población.

Tampoco se observan diferencias significativas por tramo de edad para los indicadores arriba mencionados.

La edad promedio de la primera experimentación es de 15,6 años, algo inferior a la obtenida en la consignada en el estudio de población general y la de menor edad de inicio de todos los consumos de drogas indagados.

La fidelización del consumo (% de personas que siguieron su consumo en el último año una vez que experimentaron) es del 62%

Gráfico 3 Prevalencia vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de tabaco por sexo



Base: Total de encuestados.

Tabla 13 Intensidad de consumo de tabaco por sexo y rango de edad (consumidores últimos 30 días)

	Consumo intenso*	10 o más cigarrillos diarios
General	88,1	64,7
Varón	86,6	66,7
Mujer	90,0	64,4
15 a 35 años	89,1	67,6
36 a 65 años	87,1	61,3

*Más de 20 días al mes.

Base: Consumidores últimos 30 días.

Tabla 14 Relación consumo de cigarrillos y días de consumo (consumidores últimos 30 días)

Cigarrillos diarios/intensidad	Menos de 10 cigarros diarios	Más de 10 cigarros diarios
Menos de 20 días al mes	28,3	3,6
Más de 20 días al mes	71,7	96,4
TOTAL	100	100

Base: Consumidores últimos 30 días.

MARIHUANA

Dinámica del consumo

La declaración de consumo de marihuana, tal como se señaló anteriormente, presenta porcentajes significativamente superiores a los encontrados en población general.

Más allá de la alta experimentación, encontramos que casi 1 de cada 4 consultantes en emergencias hospitalarias declara haberla consumido en el último año, relación que aumenta de 1 cada 3 en los varones.

Pero las diferencias más importantes las encontramos respecto a la edad. Entre los menores de 36 años la prevalencia en los últimos 12 meses alcanza al 41,3% frente a un 8,9% de los mayores de esa edad.

La edad de inicio del consumo de marihuana es de 16,9 años.

Con respecto a la frecuencia de consumo, en la mayoría de los casos es un consumo intenso; el 65% consume algunas veces semanalmente o diariamente. Aproximadamente el promedio de consumo mensual es de 16 días. Aplicado el reactivo para detectar signos de uso problemático los resultados muestran que el 47,3 % de los consumidores de marihuana (últimos 12 meses) presentan signos de uso

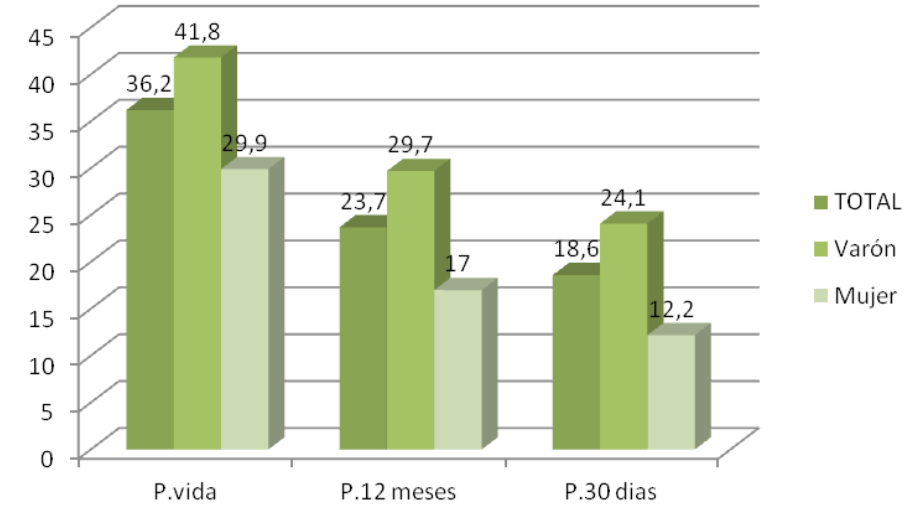
problemático, más del doble de lo observado en la población general. Esto significa que 10 de cada 100 consultantes a Emergencias presentan signos de uso problemático de marihuana.

Este porcentaje (uso problemático) es mayor en las mujeres y en los menores de 36 años pero estos datos hay que tomarlo con cautela ya que el número de casos de la muestra presenta un margen de error alto (ver tabla 17).

El prensado (mercado no regulado) es el tipo de marihuana más consumido (51,6%) aunque se presenta un porcentaje importante de consumo de cogollos⁹ (45%).

La fidelización del consumo es alta (65,5%), superando en 20 puntos porcentuales a la observada en la Encuesta en Hogares (40%).

Gráfico 4 Prevalencia vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de marihuana por sexo



Base: Total de la muestra.

⁹ Incluye a aquellos que obtuvieron la marihuana por autocultivo bajo el supuesto de que esta modalidad les permite a los usuarios acceder a cogollo.

Tabla 15 Prevalencia de consumo de marihuana últimos 12 meses por sexo y rango de edad (consumidores últimos 12 meses)

Consumo	
General	23,7
Varón	29,7
Mujer	17
15 a 35 años	41,3
36 a 65 años	8,9

Tabla 16 Frecuencia de consumo de marihuana (consumidores últimos 12 meses)

	Total
Una sola vez	5,4
Algunas veces últimos 12 meses	16,2
Algunas veces mensualmente	13,5
Algunas veces semanalmente	23,0
Diariamente	41,9

Base: Consumidores últimos 12 meses.

Tabla 17 Porcentaje de usuarios con signos de uso problemático de marihuana

Consumo	
General	47,3
Varón	42,6
Mujer	52,0
15 a 35 años	50,8
36 a 65 años	33,3

Base: Consumidores últimos 12 meses.

Tabla 18 Forma de obtención de la marihuana

	Total
Compró prensado	38,3
Compró cogollo	13,3
Autocultivo	10
Le dieron/regalaron prensado	13,3
Le dieron/regalaron cogollo	21,7
Club cannábico	0
Otros	3,3
NS/NC	1,6

Base

COCAÍNA Y PASTA BASE DE COCAÍNA (PBC)

Dinámica del consumo

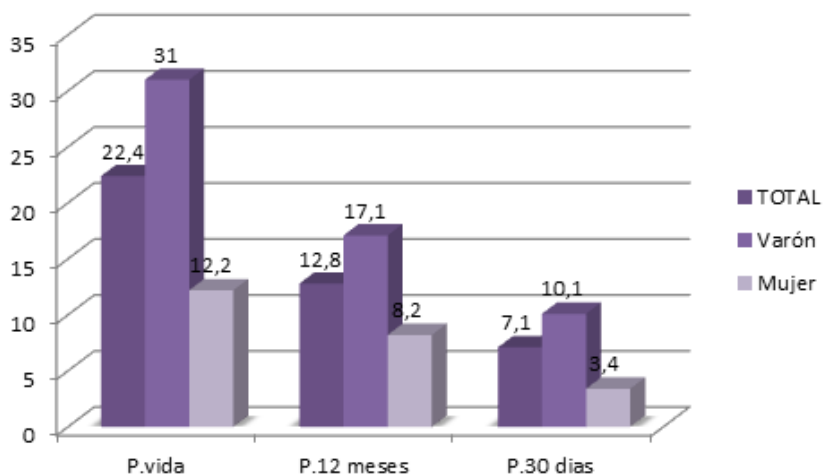
La población estudiada presenta alto consumo de cocaína, alcanzando al 12,8% la prevalencia de los últimos 12 meses, seis veces más que la declarada en la Encuesta Nacional de Hogares del año 2014. Los varones consumen el doble que las mujeres y los consumidores menores de 36 años triplican a los mayores de esa edad (ver tabla 16). La edad promedio de inicio es de 19 años.

De los consumidores de los últimos 12 meses el 52,5% hace un uso intensivo de la misma, con frecuencias de consumo de algunas veces mensualmente o más.

Esto se refleja en los signos de uso problemático que alcanza al 57,5% de los consumidores (medidos por la escala basada en CIE10) de los últimos 12 meses. Significa que 7 de cada 100 consultantes en Emergencias presentan uso problemático de cocaína.

Respecto a la fidelización del consumo, el 57,1% de las personas que experimentó con cocaína continuó su consumo.

Gráfico 5 Prevalencia vida, últimos 12 meses y últimos 30 de consumo de cocaína días por sexo



Base: Total de la muestra.

Tabla 18 Frecuencia de consumo (consumidores últimos 12 meses) de cocaína por sexo y rango de edad.

	Total
Una sola vez	12,5
Algunas veces últimos 12 meses	35,0
Algunas veces mensualmente	25,0
Algunas veces semanalmente	17,5
Diariamente	10,0

Base:

Tabla 19 Prevalencia últimos 12 meses de consumo de cocaína por sexo y rango de edad (consumidores últimos 12 meses)

	Consumo
General	12,8
Varón	17,1
Mujer	8,2
15 a 35 años	20,3
36 a 65 años	6,5

Base:

Con respecto a la PBC, un importante 12,5% declara haber consumido alguna vez en la vida. Para las tres prevalencias el consumo de los varones es netamente superior al de las mujeres, triplicándolo en todos los indicadores.

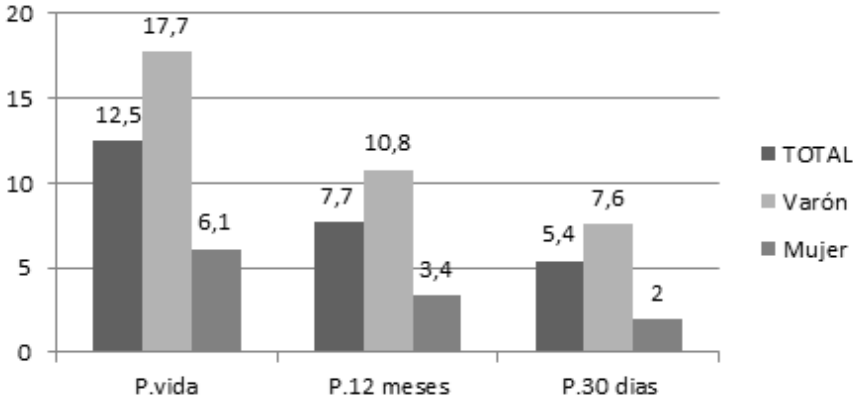
La gran mayoría de los consumidores son menores de 36 años.

A su vez, los consumidores presentan una frecuencia intensa de consumo, el 60% casi lo hace algunas veces semanalmente y más.

El 87,5 % de los consumidores del último año presenta signos de uso problemático de acuerdo a la escala CIE10. Expandido el dato, significa que 7 de cada 10 consultantes presentan uso problemático de esta sustancia.

Fidelización: de cada 10 personas que probaron pasta base de cocaína alguna vez en la vida, 6 continuaron su consumo.

Gráfica 6 Prevalencia vida, últimos 12 meses y últimos 30 días de consumo de pasta base por sexo



Base: Total de la muestra.

Tabla 20 Frecuencia de consumo de pasta base (consumidores últimos 12 meses) por sexo y rango de edad

Frecuencia	%
Una sola vez	4,2
Algunas veces últimos 12 meses	8,3
Algunas veces mensualmente	29,2
Algunas veces semanalmente	25,0
Diariamente	33,3

Base: Consumidores últimos 12 meses.

Tabla 21 Prevalencia últimos 12 meses de consumo de pasta base por sexo y rango de edad (consumidores últimos 12 meses)

	Consumo
General	12,5
Varón	17,7
Mujer	6,1
15 a 35 años	14,0
36 a 65 años	2,4

Base: Consumidores últimos 12 meses.

4.4 Demanda de tratamiento

Además de estimar el uso problemático de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y pasta base se indagó en el estudio sobre la demanda de tratamiento por alguna sustancia, en algún momento de la vida y en los últimos 12 meses.

De las 300 personas que han consumido alguna vez en la vida drogas, 43 de ellas declaran haber recibido algún tipo de tratamiento, siendo el tabaco la sustancia por la cual se ha demandado más atención (40,5% de los casos que demandaron tratamiento).

Acotado al momento actual, encontramos que el porcentaje de personas que, teniendo signos de uso problemático de alguna sustancia ha solicitado tratamiento, es muy bajo. Para el caso del tabaco y considerado el uso problemático como el de aquellos fumadores que consumen 20 días o más y más de 20 cigarrillos diarios encontramos que un 6% ha buscado ayuda profesional para dejar de consumir.

Similar porcentaje presentan los usuarios con signos de uso problemático (medidos por escala CIE10) de marihuana.

El 11% de las personas con signos de uso problemático de alcohol (según escala AUDIT y no se incluyen los consumidores abusivos por ingestas habituales) es el que ha demandado atención en el último año.

Estos porcentajes crecen significativamente para los casos de cocaína y PBC donde los porcentajes se ubican en el entorno de algo más del 20%.

Tabla 22 Demanda de tratamiento por drogas, números absolutos (alguna vez en la vida)

Demanda de tratamiento	Personas
Tabaco	17
Alcohol	12
Cocaína	3
PBC	12
Marihuana	12

Base: Usuarios que alguna vez en la vida demandaron tratamiento (n:43).
Respuesta múltiple: el total difiere de 100.

Tabla 23 Demanda de tratamiento en los últimos 12 meses (en números absolutos)

Droga	Consumidores últimos 12 meses*	Usuarios problemáticos**	Personas que demandaron tratamiento últimos 12 meses***
TABACO	148	82	5
ALCOHOL	195	53	6
MARIHUANA	74	35	2
COCAÍNA	40	23	5
PBC	24	21	5

*Base: Muestra total.

**Base: Consumidores últimos 12 meses.

***Base: Consumidores problemáticos últimos 12 meses.

Resultados de la Prueba Biológica

5 - Resultados de la Prueba Biológica

En el presente capítulo se analizarán los resultados de la prueba biológica realizada a una parte de la muestra según se detalló en el capítulo 3. Antes resulta importante realizar las siguientes consideraciones:

- 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 una hora después de consumida hasta 24 horas después.
 - La cocaína se puede detectar desde 10 minutos luego de consumida hasta 24 horas después.
 - Anfetaminas y metanfetaminas se pueden detectar desde 10 minutos hasta 72 horas después de consumida.
 - Los opiáceos se pueden detectar desde una hora hasta 72 horas después de haberse consumido.
 - En cambio, el alcohol en saliva hace referencia al consumo reciente (medido en término de horas), detectando con este reactivo la presencia de alcoholemias iguales o superiores a 0,02% en un período de horas (dependiendo del nivel de ingesta reciente).
- Las pruebas biológicas se realizaron a una cuota del total muestreado dado el número de reactivos disponibles. Esto generó cierta distorsión en la distribución muestral, fundamentalmente por rango de edad (ocasionado por detalles de la operativa) sobrerrepresentándose la población más joven por lo cual se estima que los resultados positivos son algo superiores a si se hubiera mantenido la proporción. Para subsanar ese desvío se aplicó un ponderador de ajuste cuando expandimos o extrapolamos los datos a la muestra general.
- Se realizaron 207 pruebas de alcohol y 227 para marihuana, cocaína/PBC, anfetaminas, opiáceos, anfetaminas/metanfetaminas. Algunas de las pruebas resultaron fallidas así que los resultados y porcentajes se presentan sobre los casos válidos para cada reactivo.

En la tabla 24 se presentan los resultados de los reactivos aplicados a la submuestra.

El primer dato a destacar es que, de la muestra válida expuesta al reactivo, casi el 40% presenta uno o más resultados positivos. Ajustada la misma mediante ponderador a la muestra original encontramos que este porcentaje es del 36,4%. En números absolutos podemos decir que de cada 100 consultantes que se presentan a la emergencia, 36 presentan un uso relativamente reciente de las sustancias testeadas. Discriminado por sexo, este porcentaje es sensiblemente mayor en los varones que en las mujeres y, con una diferencia más atenuada, se presentan mayores consumos en los menores de 36 años con respecto a la población de más años de edad.

Si observamos los resultados por sustancia, se destaca la presencia de consumo reciente de alcohol con un 22,4%. Esto es más alto en los varones, donde los re-

sultados indican que de cada tres varones, uno presenta un consumo reciente de alcohol.

Para la otra sustancia que se encuentra un porcentaje elevado de casos con trazas de consumo reciente es la cocaína/PBC, siendo sensiblemente más alta (el doble) en los varones que las mujeres.

Los opiáceos presentan valores no habituales (sensiblemente mayores a los obtenidos por declaración) pero cabe destacar que aproximadamente la mitad manifiesta que los consume por prescripción médica (tramadol). Se puede plantear la hipótesis que siendo población hospitalaria, algunos de estos casos puedan estar en asistencia por dolores crónicos o agudos que implique medidas de analgesia enérgicas que el paciente no consignó por desconocimiento.

Por último, la marihuana presenta un porcentaje relativamente bajo si lo comparamos con la prevalencia declarada. El 7,2% da resultado positivo para la prueba y las diferencias por sexo o rango de edad no son significativas.

Tabla 24 Positivo a uno o más reactivos según sexo y rango de edad

% de positivos	
TOTAL	39,4
Varón	49,5
Mujer	27,3
18 a 35 años	41,1
36 a 65 años	34,6

Base:

Tabla 25 Resultados pruebas biológicas, totales y por rango de edad

Sustancia (total de pruebas)	TOTAL	15 a 35	36 a 65	Varón	Mujer
ALCOHOL (205 casos)	22,4	23,7	20,7	29,5	15,6
MARIHUANA (209 casos)	7,2	6,6	8,0	8,7	6,0
COCAÍNA/PBC (209 casos)	13,4	16,5	9,1	17,1	8,2
ANFETA/METANFETAMINA (209 casos)	0	0	0	0	0
OPIÁCEOS (207 casos)	7,2	9,2	4,6	5,9	8,1

Perfil de las Consultas y Consumo

6 - Perfil de las Consultas y Consumo

En la tabla 26 se presenta la distribución por tipo de consulta en el período estudiado la cual no presenta diferencias significativas con las observadas para este tipo de servicios de emergencia excepto con las estacionalidades típicas relacionadas con alguna época del año (ej., infecciones respiratorias en invierno). El diagnóstico presuntivo es el consignado por el equipo de salud que atendió al paciente, el cual fue codificado según la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Si cruzamos esta información con el test positivo en alguna droga (para aquellos diagnósticos donde hay un número de casos suficiente) encontramos que aquellos diagnósticos presuntivos que cuentan con una proporción importante de consumo reciente son los trastornos mentales y del comportamiento, politraumatismos/traumatismos e intoxicaciones.

Por tipo de droga, encontramos que de los 3 casos de intoxicaciones/envenenamientos, 2 dieron positivo en alcohol.

Comparada la misma distribución con el uso problemático de drogas (alcohol, marihuana, cocaína y PBC) encontramos que los usuarios problemáticos de estas sustancias también se agrupan en los mismos diagnósticos mencionados más arriba.

Estos datos deben tomarse con la suficiente cautela ya que el número de casos solo permite plantearse algunas hipótesis de asociación (apoyadas en un marco conceptual previo) que deberían probarse con un estudio más extendido que abarque un mayor número de casos.

Para ayudar a una mejor y mayor especificidad del posible vínculo consulta-consumo de sustancias se codificó el motivo de consulta de acuerdo a la hipotética mayor presencia de consumos recientes en eventos tales como la siniestralidad en el tránsito, accidentes domésticos, violencia, intentos de suicidio, sobredosis o abstinencia por consumo de drogas. En la tabla 27 se presenta la distribución por este tipo de eventos que constituyen el 25% de los casos. Para una mejor lectura de los datos se agruparon en nuevas categorías (ver tabla 28) y se relacionó con los test positivos de la submuestra.

Se puede observar que se confirma una mayor presencia de resultados positivos en estas categorías que para el resto de los motivos de consulta agrupados en "Otros motivos" con lo cual parecería confirmarse cierta asociación entre el consumo reciente y los motivos de consulta reseñados.

Es destacable la alta presencia de positivos en la violencia y el consumo reciente de cocaína/PBC.

Tabla 26 Diagnóstico presuntivo

	Frecuencia	%
Infecciones	16	5,4
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6	2,0
Trastornos mentales y del comportamiento	19	6,4
Enfermedades del sistema nervioso	5	1,7
Enfermedades del ojo y anejos oculares	2	0,7
Enfermedades del oído y procesos mastoideos	2	0,7
Enfermedades del sistema circulatorio	21	7,1
Enfermedades del sistema respiratorio	27	9,2
Gripes	2	0,7
Enfermedades del sistema digestivo	50	16,9
Enfermedades de la piel, mucosas, cabello, uñas y otras faneras	7	2,4
Enfermedades del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo	30	10,2
Enfermedades del sistema urinario	24	8,1
Enfermedades del sistema reproductivo genital	16	5,4
Traumatismos/politraumatismos/heridas	47	15,9
Envenenamiento, intoxicación por sustancias psicoactivas	4	1,4
Controles médicos	1	0,3
Problemas quirúrgicos	9	3,1
Consultas no especificadas/en estudio	4	1,4
Total	295	100
Sin datos	17	5,4
Total	312	-

Base: Total de la muestra.

Tabla 27 Distribución por motivo de consulta

	Frecuencia	Porcentaje
Desconocido	1	0,3
Accidente de tránsito	8	2,6
Accidente de trabajo	6	1,9
Accidente común o casero	8	2,6
Otro tipo de accidente	3	1,0
Violencia callejera	14	4,5
Sobredosis/intoxicación	4	1,3
Intento de suicidio	11	3,5
Síndrome de abstinencia	15	4,8
Agitación psicomotora	5	1,6
Otro motivo médico	235	75,8
Total	310	100
Sin datos	2	0,6
Total	312	-

Base: Total de la muestra.

Siniestralidad en el tránsito, accidentes domésticos, violencia, intentos de suicidio, sobredosis o abstinencia por consumo de drogas.

Tabla 28 Resultado positivo (+) a la presencia de drogas según motivo de consulta

MOTIVO DE CONSULTA	CUALQUIER DROGA*		ALCOHOL		MARIHUANA		COCAÍNA/PBC		OPIÁCEOS	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Accidentes (13)**	38,5	61,5	21,4	78,6	7,1	92,9	14,3	85,7	7,1	92,9
Violencia (9)	66,7	33,3	27,3	72,7	33,3	66,7	60	40	11	88,9
Intento de autoeliminación (6)	66,7	33,3	0	100	28,6	71,4	28,6	71,4	43	57,1
Sobredosis/abstinencia (9)	50	50	25	75	9,1	90,9	40	60	10	90
Agitación psicomotriz (5)	40	60	33,0	67,0	16,7	83,3	0	100	0	100
Otros motivos (139)	34,5	66,5	22,2	77,7	4,4	95,6	8,8	91,2	7,4	92,6

Base: Consultantes a quienes se les realizó prueba biológica.

* Dio positivo (+) en cualquiera de ellas. Puede ser positivo (+) en más de una.

** Indica número de casos.

Realizada esta misma búsqueda de asociación, esta vez vinculando el uso problemático de alcohol, cocaína/PBC y marihuana con los motivos de consulta encontramos que se mantienen las relaciones observadas anteriormente. Destaca la alta presencia de usuarios problemáticos por cualquier droga en eventos como violencia e intentos de autoeliminación. En menor medida pero esperable encontramos una asociación mayor que la distribución general en sobredosis/abstinencia.

Según la droga, el alcohol presenta altos porcentajes de usuarios problemáticos en categorías como violencia o intento de autoeliminación. Para cocaína y PBC se encuentran altos porcentajes en violencia. Para marihuana hay una mayor asociación con sobredosis/abstinencia pero esto está asociado a que corresponde a usuarios policonsumidores y puede estar más asociado esa consulta a drogas como cocaína o PBC.

Tabla 29 Uso problemático según motivo de consulta

MOTIVO DE CONSULTA	CUALQUIER DROGA*		ALCOHOL		MARIHUANA		COCAÍNA		PBC	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Accidentes (13)**	36,4	63,6	31,8	66,2	4,5	95,5	13,6	86,4	4,5	95,5
Violencia (9)	71,4	28,6	57,1	42,9	14,3	85,7	35,7	64,3	35,7	64,3
Intento de autoeliminación (6)	54,5	45,5	45,5	54,5	18,2	81,8	9,1	90,9	9,1	90,9
Sobredosis/abstinencia (10)	36,8	63,2	26,3	73,7	21,1	78,9	26,3	73,7	5,3	94,7
Agitación psicomotriz (5)	12,5	87,5	0,0	100	12,5	87,5	0,0	100	12,5	87,5
Otros motivos (139)	20,9	79,1	11,9	88,1	10,6	89,4	3,8	96,2	5,1	94,9

Base: Usuarios problemáticos de alcohol, marihuana, cocaína, PBC.

Drogas de uso Médico

7 - Drogas de uso Médico

Dinámica del consumo

Cuatro de cada diez individuos de la población estudiada declararon haber consumido alguna vez en la vida tranquilizantes. En las tres prevalencias encontramos un uso significativamente mayor en las mujeres que en los varones. Esta diferencia se hace más fuerte con el consumo habitual (últimos 30 días) donde los varones que declararon su consumo alcanzan al 19,6% y las mujeres un 34%.

Por edad, el mayor consumo se presenta entre los 46 a 55 años y nuevamente verificamos que el consumo de las mujeres supera al de los varones.

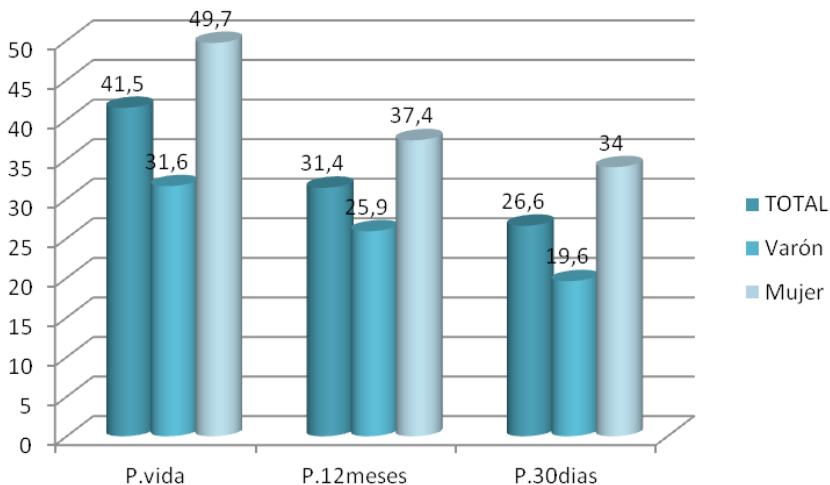
Aproximadamente una de cada cuatro personas que ha consumido tranquilizantes en los últimos 12 meses lo hizo sin prescripción médica (8% de la muestra total). Estos consumidores presentan prevalencias altas en varias sustancias (poli-consumidores).

De los que consumieron con prescripción, fue realizada por especialistas en un 65% de los casos.

La edad de inicio en promedio es de 30 años.

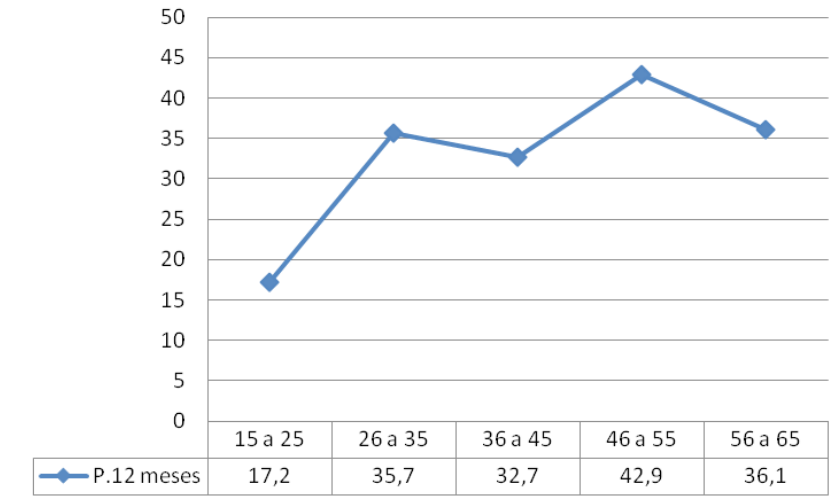
Cabe destacar que para esta sustancia, las diferencias entre las tres prevalencias son las que presentan menores diferencias, lo que nos habla de una fidelización del consumo importante (78%).

Gráfico 6 Prevalencia vida, últimos 12 meses y 30 días por sexo



Base: Total de la muestra.

Gráfico 7 Consumo tranquilizantes últimos 12 meses según rango de edad



Base:

Tabla 30 Consumo últimos 12 meses tranquilizantes

Consumo	%
SÍ	31,4
NO	68,6
TOTAL	100

Base: Consumidores últimos 12 meses.



Por su cuenta	25,5 %
Primero recetados y luego por su cuenta	1,1%
Le fueron recetados	7 3,4%



Tabla 31 Prescripción médica tranquilizantes

Recetó	%
Medicina general	27,9
Médico psiquiatra	65,4
Otras especialidades	6,7
TOTAL	100

Base: Consumidores últimos 12 meses.

Con respecto a los hipnóticos, el consumo alguna vez en la vida fue declarado por el 27,8% de la muestra. Se presenta al igual que con tranquilizantes, un mayor consumo en las mujeres y en el rango de edad más alto.

Tabla 32 Consumo de hipnóticos alguna vez en la vida según sexo y rango de edad

Consumo hipnóticos (alguna vez en la vida)	%
TOTAL	27,8
Varón	24,8
Mujer	30,9
15 a 35 años	24,6
36 a 65 años	30,7

Base:

Tabla 33 Tranquilizantes e hipnóticos consumidos

Tipo	Porcentaje*
Diazepam	60,3
Clonazepam	44,1
Alprazolam	28,7
Flunitrazepam	23,5
Bromazepam	16,9
BZD venta libre	15,4
Lorazepam	11,8
Midazolam	2,9
Clobazam	0,7

* Respuesta múltiple.

Base: Consumidores de tranquilizantes e hipnóticos.

Consumo de antidepresivos y estimulantes

El consumo de antidepresivos alguna vez en la vida es declarado por un importante 20,3% de los consultantes de emergencia. Nuevamente las mayores prevalencias corresponden a las mujeres, siendo las diferencias más acentuadas que para tranquilizantes. En las prevalencias que indican el consumo más reciente, el consumo de las mujeres duplica algo más que el de los varones. Casi 27 de cada 100 consultantes mujeres de la emergencia están consumiendo actualmente antidepresivos.

Al igual que con tranquilizantes, los datos de la prevalencia de los últimos 12 meses indican que el consumo más elevado se da en las edades mayores a 35 años (14,8%), duplicando a los del rango más bajo (7,7%).

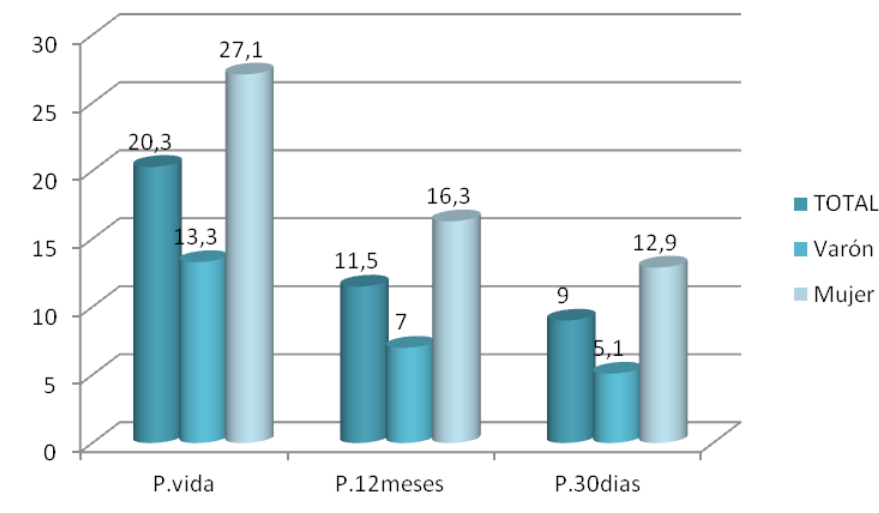
En el 100% de los casos de antidepresivos el consumo en los últimos 12 meses fue por prescripción médica.

La edad de inicio es en promedio de 30 años.

La fidelización del consumo es del 59%, aunque cabe consignar que la trayectoria de consumo (años transcurridos ente la edad de inicio y el consumo actual) es menor que para el resto de las drogas.

En cuanto al uso de estimulantes, solo el 2,1% de los encuestados declara haberlos consumido alguna vez en la vida.

Gráfico 8 Prevalencia vida, últimos 12 meses y 30 días antidepresivos por sexo



Base: Total de la muestra.

Tabla 34 Consumo de antidepresivos alguna vez en la vida según sexo y rango de edad

Consumo antidepresivos (alguna vez en la vida)	%
TOTAL	20,3
Varón	13,3
Mujer	27,1
15 a 35 años	16,1
36 a 65 años	23,8

Base: Total de la muestra.

Tabla 35 Antidepresivos y estimulantes consumidos

Tipo	Porcentaje*
Sertralina	73,2
Escitalopram y otros	19,6
Fluoxetina	16,1
Metilfenidato	7,1
Otros	12,5

* Respuesta múltiple.

Base: consumidores de antidepresivos y estimulantes.

Análisis de Tendencias

8 - Análisis de Tendencias

Tendencia de consumo

Con el objetivo de analizar la evolución del consumo de sustancias a partir de las tres ediciones de este estudio en la Emergencia del Hospital Pasteur, se realizó previamente la estandarización de las muestras para que fueran comparables.¹⁰ Se tomaron como indicadores las respuestas consignadas por las personas al cuestionario preparado para tal fin y no las pruebas biológicas ya que las mismas difieren en su método de aplicación, confiabilidad y sensibilidad temporal. Es por eso que se escoge la declaración, aun asumiendo cierta subestimación del dato que se da en este tipo de reportes pero que manteniéndose este mismo sesgo, nos permitirá la comparación.

Por último, en el año 2010 se utilizó un formulario internacional ya que el estudio resultó multicéntrico e incluyó a siete países y en el mismo no se consultaba de la misma forma algunos consumos, por lo cual se excluyeron para este análisis.

Teniendo en cuenta todos estos elementos, la tabla 36 refleja la evolución de las prevalencias en el período de casi 10 años.

Con respecto a los resultados, se manifiesta cierta estabilidad en las prevalencias de alcohol para el indicador asociado al consumo habitual (últimos 30 días).

Lo mismo sucede con tabaco donde no se presentan diferencias significativas entre 2010 y 2016.

En contrapartida, el crecimiento más importante se da en cocaína, especialmente en el período 2010-2016, cuando la prevalencia últimos 12 meses se triplica, pasando del 4,1% al 12,8%.

Pasta base de cocaína presenta un incremento en la experimentación pero se mantienen con cierta estabilidad los indicadores de consumo habitual.

También presenta un crecimiento constante el consumo de marihuana para toda la serie, siendo el crecimiento más relevante entre 2010 y 2016, cuando, por ejemplo, se duplicó la prevalencia de los últimos 12 meses.

Es de destacar también el crecimiento del uso de tranquilizantes sin prescripción médica, que duplica el consumo registrado en el año 2007.

¹⁰ Para ello se estandarizaron las bases a una misma distribución por sexo y edad. Por esta razón los datos consignados para las ediciones anteriores en la tabla 24 pueden variar del dato original reportado en los informes 2007 y 2010.

Tabla 36 Tendencia de consumo según declaración paciente (prevalencia vida, últimos 12 meses y últimos 30 días)

	2007			2010			2016		
	Vida	12 m	30 d	Vida	12 m	30 d	Vida	12 m	30 d
Alcohol	87,8	69,0	40,0	71,3	56,5	-	90	62,5	39,4
Tabaco	78,2	53,8	48,8	79,6	45,7	41,6	77,4	47,4	42,9
Marihuana	14,3	7,1	6,5	22,9	10,0	-	36,2	23,7	18,6
Cocaína	9,2	3,4	1,2	13,0	4,1	-	22,4	12,8	7,1
PBC	6,6	5,3	4,2	9,1	4,8	-	12,5	7,7	5,4
Opio/morfina	0,2	0,2	0,2	0,8	0,1	-	1,6	-	-
Alucinógenos	4,0	0,8	0	1,4	0,4	-	9,6	-	-
Tranquilizantes	44,2	5,5*	4,3*	46,3	3,7*	2,0*	41,5	10*	-
Antidepresivos	16,3	0,6*	0,3*	22,3	1,9*	0,4*	19,6	0*	-
Metanfetamina	1,7	0	0	-	-	-	1,3	0,3	0,3
Éxtasis	1,0	0	0	1,3	0	-	5,1	1,6	0,3

* Consumió por su cuenta.

Bases: Total muestras 2007, 2010, 2016. Valores ajustados.

Principales Emergentes

9 - Principales Emergentes

El fenómeno del consumo de drogas es complejo y cambiante. Implica que las soluciones tengan que cambiar también ante cada circunstancia y momento histórico. La necesidad de evaluar el impacto del uso problemático de drogas, independientemente de su estatus legal, detectar cuáles drogas son de mayor prevalencia respecto a los daños asociados a su consumo, hace necesario que se deban emplear estudios permanentes que reflejen esa realidad. El impacto específico en la salud es un elemento prioritario y es fundamental minimizar los daños que el uso problemático de drogas puede generar en el individuo, muchas veces desapercibido por el propio usuario.

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 sanitaria de la población que se asiste 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 se han venido desarrollando con el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) y la Junta Nacional de Drogas (JND) en esta última década.

El presente estudio es un esfuerzo conjunto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y el OUD en la tarea de generar evidencia sobre la presencia del consumo reciente de drogas en los consultantes de emergencias y su posible vínculo con la misma pero también, y quizás más relevante, estimar la magnitud del consumo abusivo de drogas en esta población pues puede permitir una detección temprana de la problemática y con ello la oportunidad de un diseño de intervención más eficaz en términos de salud para la población general y menos costoso desde el punto de vista económico para la salud pública.

En resumen, con un método sencillo y ya validado se recogió importante información tanto para la elaboración de planes preventivos así como también para la estimación de los costos humanos, sociales y económicos del consumo abusivo de drogas.

Con respecto a esto último, la estructura conceptual del estudio parte de la definición de abuso de sustancias psicoactivas entendido este como una situación en la que el uso de drogas puede generar costos en salud. 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.

- El dato más relevante es que se verifica una alta presencia de usuarios con signos de uso problemático de diferentes sustancias (alcohol, marihuana, cocaína y pasta base de cocaína) presentando un porcentaje sobre el total de consumidores significativamente más alto que el encontrado en la población general. La hipótesis que subyace es que este tipo de consumidores requiere de una mayor demanda de asistencia.
- Otros datos relevantes son el alto porcentaje de consumo de tranquilizantes (por su cuenta) y antidepresivos (con prescripción médica) en la población investigada. En Uruguay, la tolerancia social al abuso de psicofármacos (fundamentalmente tranquilizantes) es muy alta y la automedicación de estos es muy importante y se ve reflejada 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.
Sobre la alta presencia de consumo de antidepresivos (donde no se presenta abuso en la muestra seleccionada) exigen otras explicaciones y están más relacionadas con el malestar cultural y las exigencias actuales en los diversos aspectos de la vida del individuo.
- 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 drogas, fundamentalmente de 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 está teniendo el consumo en su salud física, psíquica y su entorno familiar, así como realizar una derivación a un centro especializado de tratamiento, si el paciente lo acepta. Solo por esta emergencia, y de acuerdo a los resultados de este estudio, pasan aproximadamente 9.000 fumadores de más de 10 cigarrillos diarios, 7.000 personas con uso abusivo de alcohol, 3.300 usua-

rios problemáticos de marihuana y aproximadamente 2.300 usuarios problemáticos de cocaína e igual número de consumidores problemáticos de pasta base de cocaína.¹¹

- 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.

¹¹ No debe realizarse una sumatoria simple de estos datos ya que la persona puede presentar policonsumo (por ejemplo ser fumador, consumir alcohol abusivamente y presentar uso problemático de cocaína).

III Estudio sobre consumo de drogas en consultantes de la Emergencia del Hospital Pasteur de Montevideo

Informe de Investigación

Noviembre 2017

La Junta Nacional de Drogas ha asumido la responsabilidad de aplicar un enfoque multidimensional para construir tanto diagnósticos como soluciones. Para poder actuar desde una perspectiva humanitaria, donde las personas no se diluyan detrás de las etiquetas, es necesario comprender, no solo describir. El trabajo que presentamos hoy da cuenta de ese enfoque.

Para ello, los estudios que conforman esta publicación analizan un monto relevante de evidencia científica como sustento de sus afirmaciones, evitando caer en atajos o simplificaciones. Son trabajos en donde, sin dejar de reconocer ninguna dimensión, se ha entendido que era necesario resaltar la perspectiva del consumo problemático de cocaínas fumables como problema asociado a la salud pública y el desarrollo social.