

# INDICADORES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2017

*Subdirección General de Epidemiología*  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



# INDICADORES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2017

*Subdirección General de Epidemiología*  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



**Biblioteca  
virtual**

Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[www.madrid.org/publicamadrid](http://www.madrid.org/publicamadrid)

**Edita:**

COMUNIDAD DE MADRID

**Realiza:**

Subdirección General de Epidemiología  
Dirección General de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**Edición:**

05/2018

Impreso en España - Printed in Spain

## INDICE

### DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO ACUMULATIVO DE DROGODEPENDIENTES (RAD) EN EL AÑO 2017

INTRODUCCIÓN .....	6
OBJETIVOS .....	7
METODOLOGÍA.....	7
Definiciones.....	7
Análisis.....	9
RESULTADOS.....	9
Características sociodemográficas.....	10
Características del consumo .....	13
Sustancias consumidas.....	14
Situación sanitaria.....	20
Fallecidos.....	21
Evolución.....	21
RESUMEN .....	28

### URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL AÑO 2017

RESUMEN .....	30
INTRODUCCIÓN .....	31
MATERIAL Y MÉTODOS.....	31
Definición del indicador .....	31
Evolución del indicador.....	32
RESULTADOS.....	33
Diagnóstico de los episodios de urgencias.....	34
Sustancias psicoactivas .....	35
Vía de administración de las sustancias.....	39
Resolución de la urgencia .....	40
RESULTADOS DE LABORATORIO.....	41
EVOLUCIÓN TEMPORAL.....	44
DISCUSIÓN .....	48
CONCLUSIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA .....	53

## URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL AÑO 2017

RESUMEN .....	55
INTRODUCCIÓN .....	56
MATERIAL Y MÉTODOS .....	56
RESULTADOS .....	56
Resolución de la urgencia .....	59
Trasporte movilizado .....	59
Diagnóstico de la urgencia .....	60
Sustancias consumidas.....	61
Evolución temporal.....	66
DISCUSIÓN .....	68
CONCLUSIONES.....	69

## MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 2017

RESUMEN .....	70
INTRODUCCIÓN .....	71
MATERIAL Y MÉTODOS .....	71
RESULTADOS.....	71
EVOLUCIÓN.....	78
DISCUSIÓN .....	82
CONCLUSIONES.....	84

## DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO ACUMULATIVO DE DROGODEPENDIENTES (RAD) EN EL AÑO 2017

### INTRODUCCIÓN

La recogida de información sobre el tratamiento de los consumidores de drogas se inicia hace más de 25 años. El primer protocolo común de recogida de datos fue definido por el Grupo Pompidou en 1991. En 1994 el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) asumió la responsabilidad de recopilar datos de pacientes en tratamiento en Europa. El indicador “Demanda de Tratamiento” (Treatment Demand Indicator o TDI) se incluye como uno de los cinco indicadores epidemiológicos básicos (key Epidemiological Indicators) en 2001, aprobándose la primera versión del protocolo europeo en dicho año. En el año 2012 el EMCDDA actualizó el protocolo para adaptarlo a la situación real de las drogas en Europa.

En España el protocolo de recogida de datos de este indicador (“Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas”) ha sufrido varias actualizaciones a lo largo del tiempo, en las que se han ido introduciendo mejoras, siendo las principales las realizadas en 1991, 1996 y 2003. Hasta 1990 sólo se recogía información sobre opioides o cocaína. Además, no era posible conocer si la persona admitida a tratamiento había sido tratada previamente, ni cuál era la vía de administración de la droga; por lo que en 1991 se incluyó esta información en el protocolo. En la modificación de 1996 se incluyó información sobre las admisiones a tratamiento por cualquier sustancia psicoactiva (excluyendo el tabaco y el alcohol), así como sobre el nivel de estudios, la situación laboral, el tiempo transcurrido desde la última inyección de una sustancia psicoactiva, y el estado serológico frente a VIH. En 2003 entró en vigor un nuevo protocolo del indicador, con la finalidad de adaptarlo al estándar europeo (Treatment Demand Indicator o TDI) promovido por el EMCDDA.

En el año 2013 se produjo una nueva actualización del protocolo nacional, para adaptarlo al último protocolo europeo y a la situación del problema de las drogas en España, que entró en vigor en 2014.

En la Comunidad de Madrid, la información epidemiológica de los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en los centros de la red de atención a drogodependientes se recoge en el **Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD)**, que contiene datos individualizados de estos pacientes desde el año 1987.

En este registro se incluyen los datos requeridos a nivel nacional para el indicador de “Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas”, además de otros datos específicos de interés regional.

## OBJETIVOS

Los objetivos de este informe son los siguientes:

- Describir la situación y tendencia temporal de las características sociodemográficas, patrones de consumo y problemas asociados de los pacientes en tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas en los centros de la red de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid, registrados en el RAD.
- Contribuir, junto con el resto de la información disponible en el Sistema de Información en Toxicomanías (indicador de urgencias, indicador de mortalidad, encuestas en estudiantes y en población general y estudios ad hoc) a entender mejor la situación del consumo de las sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid con el fin de aportar información útil para diseñar e implementar políticas y si resulta pertinente para iniciar estudios específicos.

## METODOLOGÍA

### Definiciones

Se considera **tratamiento** cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su intensidad, o lo que es lo mismo, para dejar o controlar el consumo de drogas.

No se considera tratamiento:

- Los meros contactos personales, telefónicos o por correo para pedir información o tratamiento.
- Los contactos con el único fin de solicitar ayudas o prestaciones sociales.
- Los tratamientos o intervenciones cuyo único objetivo es tratar las complicaciones orgánicas relacionadas con el consumo de drogas sin que persigan de forma explícita tratar el abuso o la dependencia de drogas, buscar la abstinencia o controlar el consumo; por ejemplo, el tratamiento de las sobredosis, síndromes de abstinencia o infecciones en los servicios de urgencias o en los centros de atención primaria de salud.
- Las intervenciones consistentes exclusivamente en intercambiar jeringuillas u otro material de inyección, distribuir preservativos o aconsejar sobre técnicas de consumo y sexo seguros.

Los **criterios diagnósticos** de dependencia y abuso son los que apliquen los profesionales que realicen la admisión a tratamiento, aunque deben basarse en las dos principales clasificaciones internacionales en vigor (DSM-IV o CIE-10).

Según el DSM-IV se define **dependencia** como “Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos,

expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
  - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
  - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)”

Según el DSM-IV se define **abuso** como “Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej. Conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)”



## Análisis

Se analiza la información registrada en el **RAD** sobre tratamientos realizados en el año 2017. Como un sujeto puede iniciar más de un tratamiento en el año, se incluye en el análisis la información del último tratamiento para cada sujeto.

Se realiza un **análisis descriptivo** de las principales variables registradas en el protocolo: características sociodemográficas de los pacientes en tratamiento, edad de inicio al consumo, lugar y persona que le inicia en el consumo, sustancias consumidas, tipo y frecuencia de consumo, y estado de salud frente a las principales enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas (tuberculosis, hepatitis, ETS y VIH).

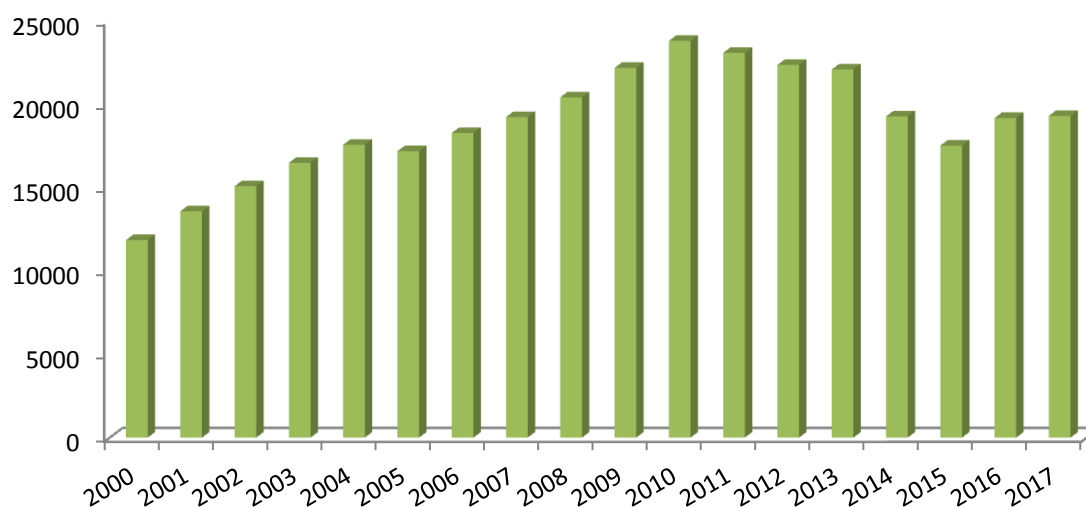
Se compara el perfil de los pacientes que inician tratamiento por primera vez en 2017 (pacientes nuevos) con el resto de pacientes.

Para el análisis se utiliza el programa estadístico SPSS Statistic v.21.

## RESULTADOS

En el año 2017 hay registro de 19.305 pacientes que realizaron tratamiento por su consumo de drogas en los centros de atención a drogodependientes, de los que un 23,8% iniciaron tratamiento por primera vez (pacientes nuevos). El número de pacientes en tratamiento registrados en RAD está disminuyendo paulatinamente desde el 2010 (fig. 1).

Fig. 1.- Evolución del número de drogodependientes en tratamiento Comunidad de Madrid. Año 2000-2017



### Características sociodemográficas

El 86,7% de los pacientes son **españoles** y entre los extranjeros los países de los que procedían un mayor número de pacientes han sido: Marruecos (1,8%), Colombia (1,6%), Ecuador (1,3%) y Rumanía (1,3%). Entre los pacientes que inician tratamiento por primera vez la proporción de extranjeros es mayor que en el resto de pacientes (21,6% vs 10,6%).

La **media de edad** de los pacientes en tratamiento en 2017 ha sido de 40,7 años (DT=12,0), con diferencias por sexo (40,5 años en hombres y 41,7 años en mujeres). El grupo de edad más numeroso ha sido el de 45 a 49 años, con un 16,5% de los pacientes atendidos (fig. 2). El porcentaje de población de 50 años o más en tratamiento ha aumentado, pasando del 7% en el año 2007 al 25,4% en 2017.

Los **pacientes que inician tratamiento** son más jóvenes, presentan una media de edad de 35,0 años (DT=13,2), siendo el 36,6% menores de 30 años (13,2% en el resto de pacientes). El porcentaje de menores de 18 años en los que inician tratamiento en 2017 fue del 11,8% (1,5% en el resto de pacientes) (fig.3).

La mayoría de los pacientes son **varones** (79,6%) y **solteros** (57,8%) (fig. 4). En las mujeres es menor el porcentaje de solteras (52,2%) que en los hombres (59,2%) pero mayor el de separadas o divorciadas (21,8% vs 14,9%). El 57,5% de los pacientes no tiene hijos, con diferencias por sexo (60,3% en hombres y 46,6% en mujeres).

Fig. 2.-Distribución por sexo y grupos de edad.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017

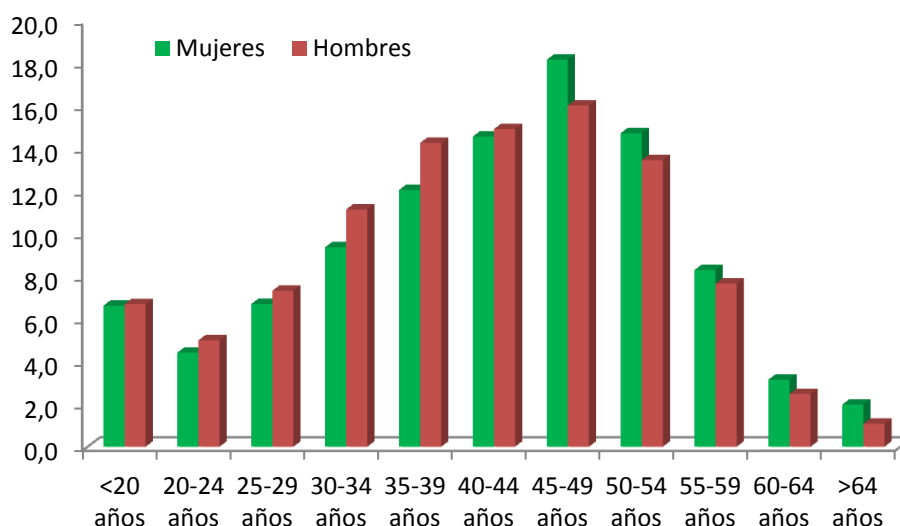


Fig. 3.- Distribución por grupos de edad.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017

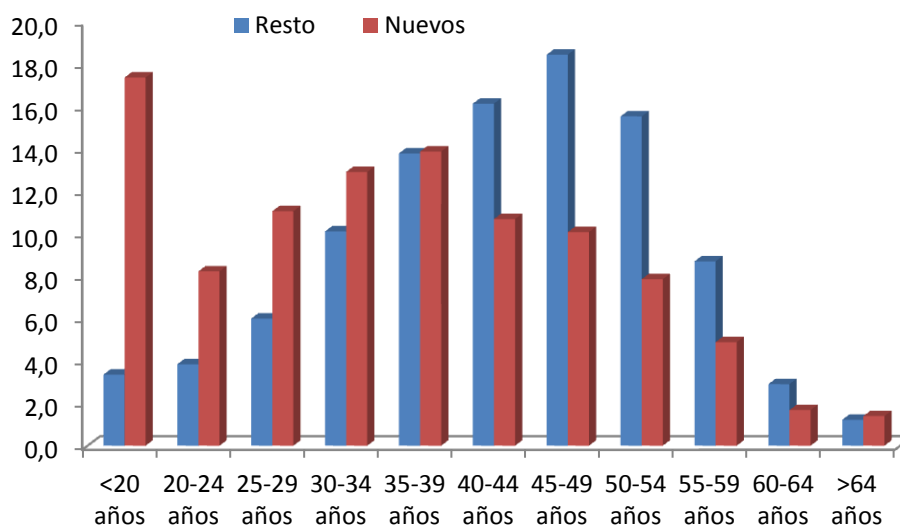
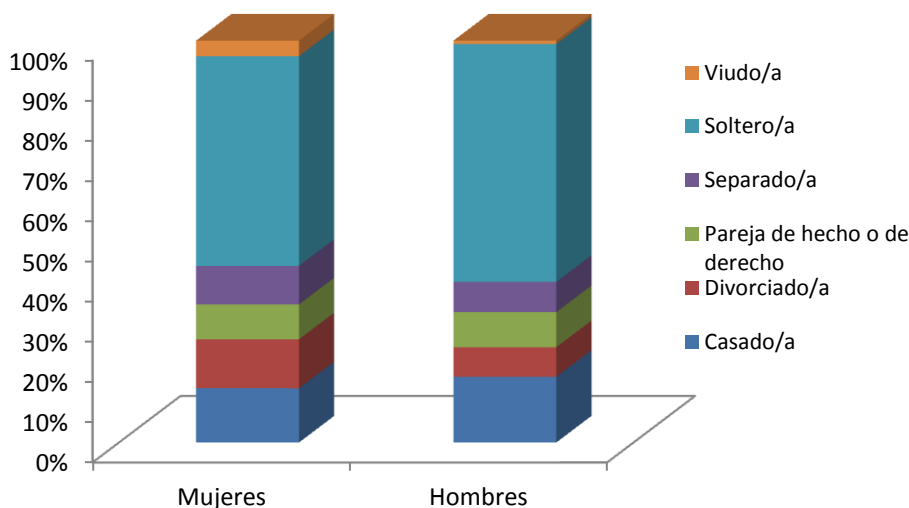
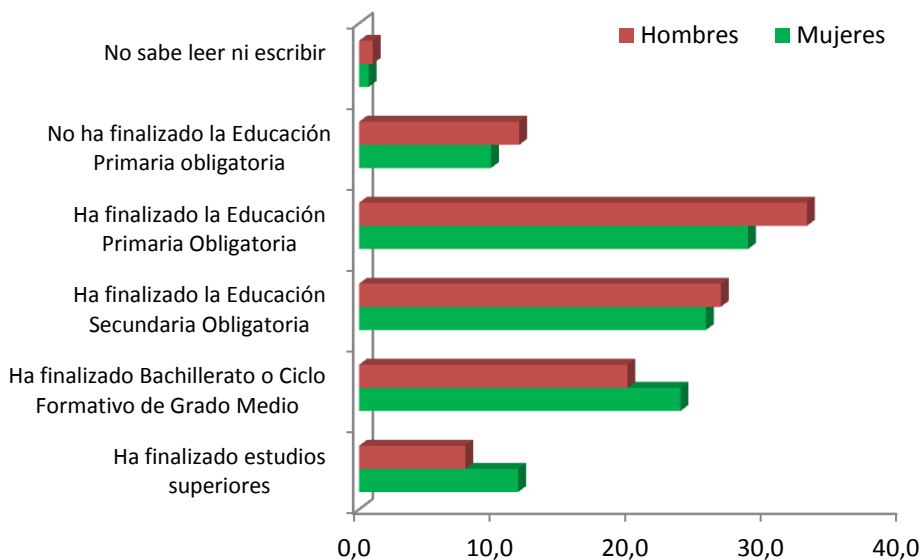


Fig. 4.- Estado civil según sexo  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



El 44,5% de los pacientes atendidos en el año 2017 había alcanzado como máximo un **nivel de estudios** primarios, un 47,0% presentaban estudios secundarios y un 8,6% estudios universitarios. Las mujeres presentan un mayor nivel de estudios que los hombres (fig. 5), con un 11,7% de estudios universitarios (7,8% en hombres) y un 49,2% de estudios secundarios (46,4% en hombres).

Fig. 5.- Nivel de estudios según sexo  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



El 40,9% de los pacientes ha tenido **incidencias legales**, siendo este porcentaje menor en las mujeres (26,9%) que en los hombres (44,5%) y en los pacientes que inician su primer tratamiento (27,2%). El 22,6% de los pacientes atendidos han estado en prisión (14,4% de las mujeres y 24,7% de los hombres).

En cuanto a la **actividad** de los pacientes, un 37,2% estaba trabajando (el 21,7% con contrato indefinido, un 11,7% de forma temporal y el 3,8% de forma esporádica), un 41,1% se encontraba en paro y un 7,3% estudiando u opositando. En las mujeres el porcentaje de paro es mayor que en los hombres (45,1% vs 40,0%). Por su parte los pacientes nuevos presentan una menor proporción de parados (34,5%) y una mayor proporción de estudiantes (16,2%) (fig. 6).

Fig. 6.- Distribución según la actividad.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017

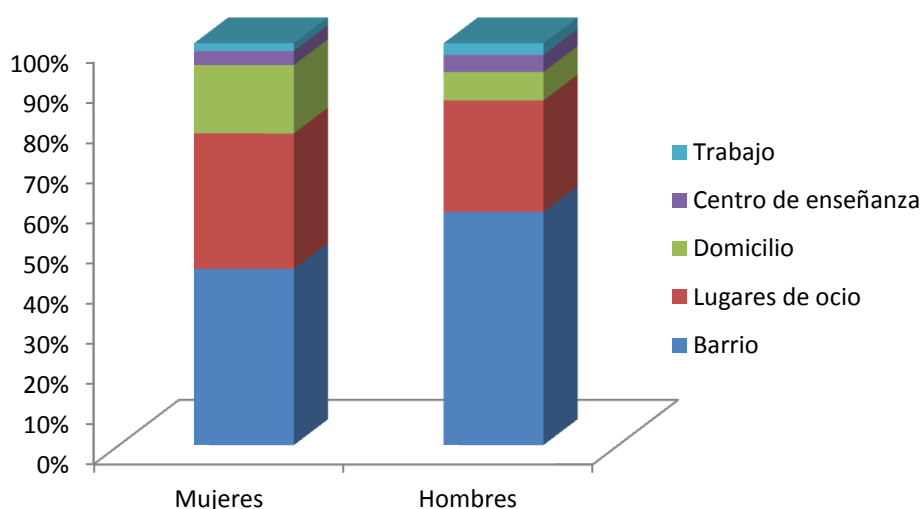


El 38,5% de los pacientes tratados en 2017 **convive** con la familia de origen (el 29,5% de las mujeres y el 40,8% de los hombres), un 29,5% en pareja con o sin hijos y un 3,1% sólo con hijos (10,2% de las mujeres y 1,3% de los hombres). El 88,7% de los pacientes **vive** en una casa o piso y un 3,2% viven en precario o tienen un alojamiento inestable.

### Características del consumo

El 55,1% de los pacientes en tratamiento en 2017 **inició el consumo de sustancias** en el barrio, el 29,0% en lugares de ocio y el 9,1% en el domicilio. Se presentan diferencias por sexo, con una mayor proporción de mujeres que inician el consumo en el domicilio (17,0% vs 7,1%) y en los lugares de ocio (33,7% vs 27,8%) (fig. 7).

Fig. 7.- Lugar de inicio al consumo por sexo.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



El 83,2% de los pacientes **inició el consumo** con los amigos y el 4,0% con la pareja, con diferencias por sexo. Así, el 86,8% de los hombres inicio al consumo con los amigos frente al 69,0% de las mujeres. La pareja es la persona que facilitó la sustancia por primera vez en el 15,2% de las mujeres y en el 1,1% de los hombres.

La **edad media de inicio al consumo de la droga principal** por la que los pacientes recibieron tratamiento fue de 19,0 años (DT=6,8), con diferencias por sexo (18,6 años en hombres y 20,4 años en mujeres). También se presentan diferencias según la droga que motiva el tratamiento, presentando la edad media más precoz el cannabis (15,4 años), seguido del alcohol (17,5 años). Los pacientes que acudieron a tratamiento debido al consumo de opiáceos presentaron una edad media de inicio al consumo de 20,7 años y los que acudieron por consumo de estimulantes de 20,8 años.

### Sustancias consumidas

Los pacientes en tratamiento presentan un importante patrón de policonsumo, con una media de 1,8 sustancias consumidas por paciente. Así, el 48,5% consumen más de una droga, el 19,9% más de dos, el 6,4% más de tres y el 2,1% más de cuatro drogas (fig. 8).

Los opioides son el principal grupo de sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento (27,6%), seguidos por el alcohol (26,8%), los estimulantes (26,7%) y el cannabis (17,7%); siendo la heroína (26,6%) y la cocaína (25,8%) las principales drogas ilegales por las que se solicita tratamiento. Los pacientes que inician tratamiento presentan un patrón de consumo diferente, siendo el alcohol la principal sustancia que motiva el tratamiento (33,4%), seguido del cannabis (31,7%); acudiendo sólo un 6,5% por consumo de opioides (fig. 9).

Fig. 8.- Distribución según el nº de sustancias consumidas  
Drogodependientes en tratamiento en 2017

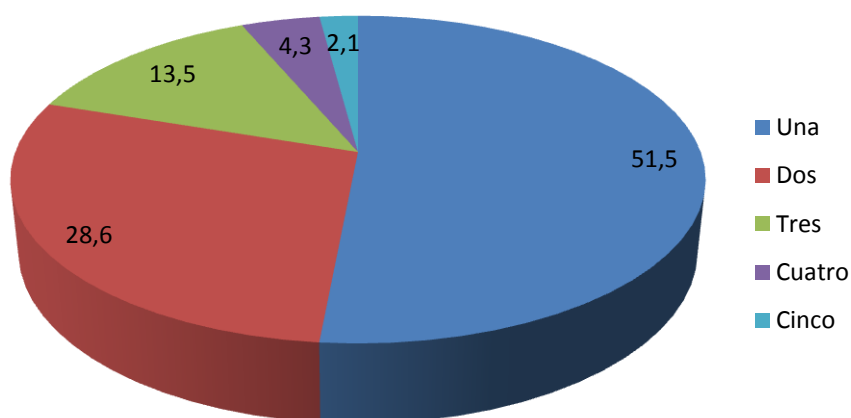
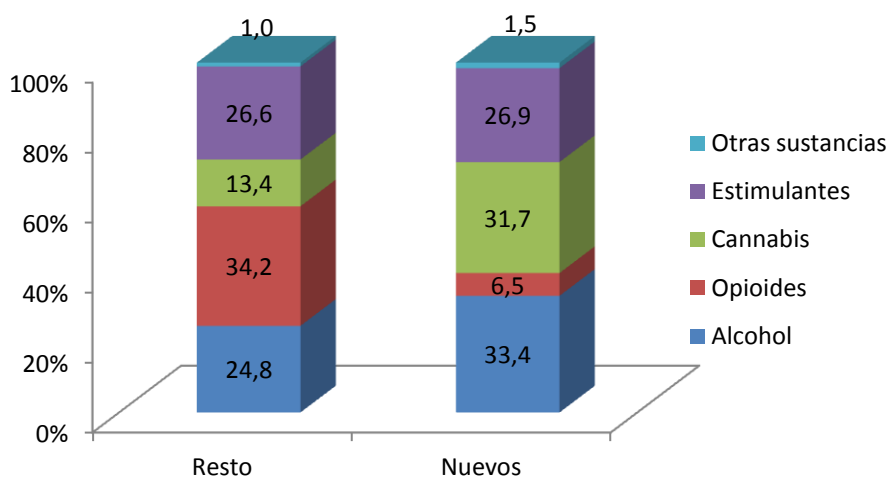
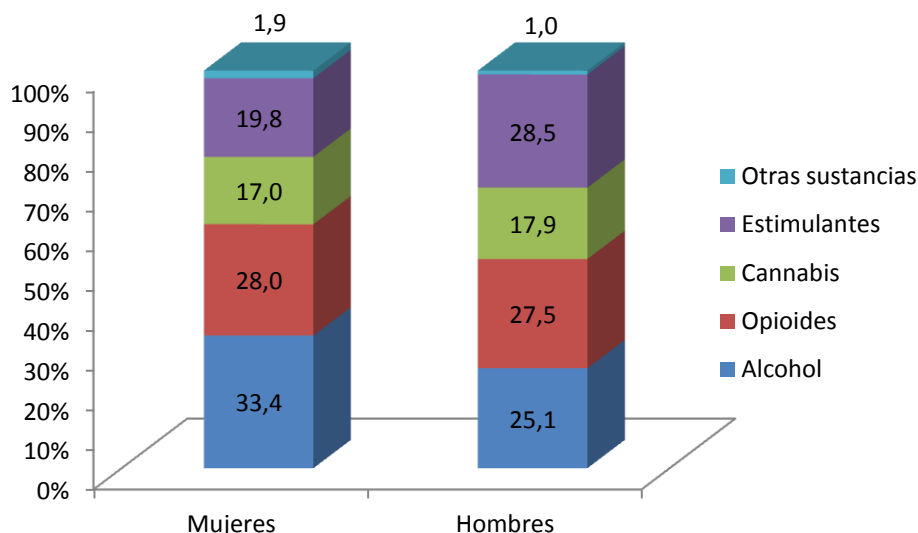


Fig. 9.- Distribución según la sustancia que motiva el tratamiento.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



Se presentan diferencias por sexo según las sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento, con un mayor papel del alcohol en las mujeres y de los estimulantes en los hombres (figura 10).

Fig. 10.- Sustancia que motiva el tratamiento por sexo.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



También se presentan diferencias según la edad de los pacientes, con un mayor papel del cannabis en los más jóvenes, del alcohol en los más mayores y de los estimulantes y los opioides en las edades intermedias (fig. 11 y 12).

Fig. 11.- Sustancia que motiva el tratamiento por edad en hombres.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017

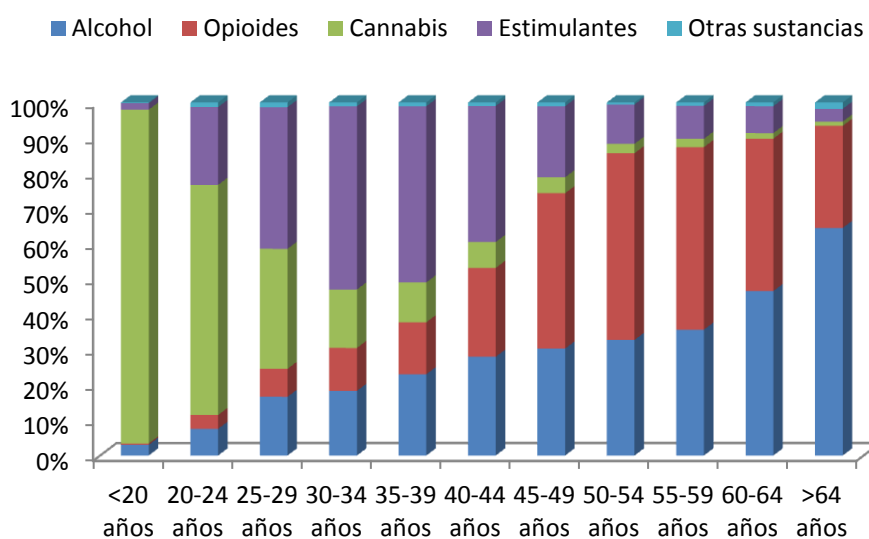
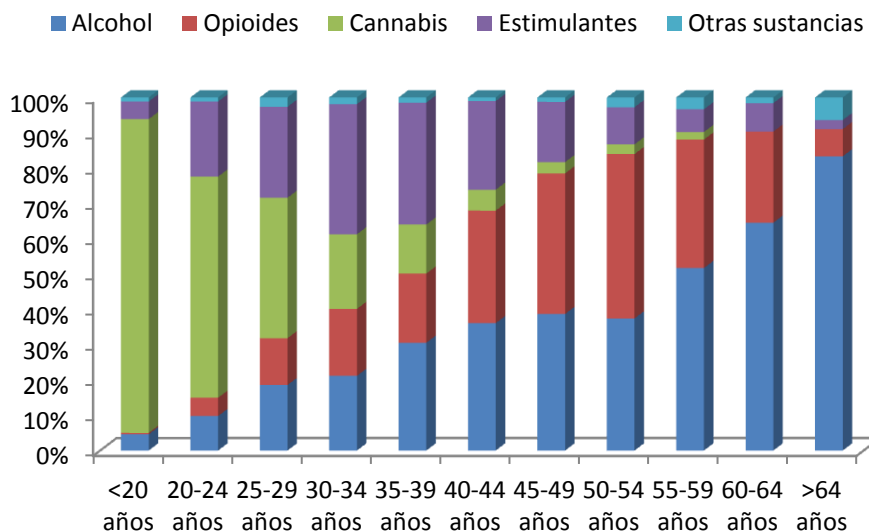
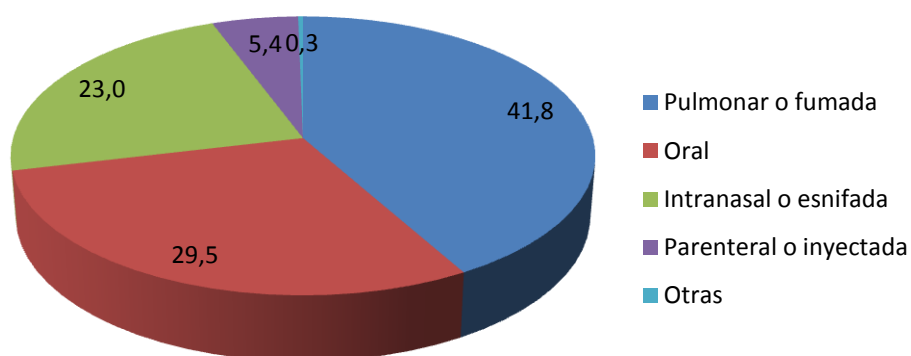


Fig. 12.- Sustancia que motiva el tratamiento por edad en mujeres.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



La **vía de administración** más frecuente utilizada por los pacientes para el consumo de la droga principal por la que recibían tratamiento fue la pulmonar o fumada (41,8%), seguida de la oral (29,5%) y la intranasal o esnifada (23,0%). El 5,4% de los pacientes utilizaban la vía parenteral (fig. 13). Los pacientes que inician su primer tratamiento presentan un mayor uso de la vía oral (36,1%) y menor de la vía parenteral (2,0%).

Fig. 13.- Vía de administración de la sustancia que motiva el tratamiento.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



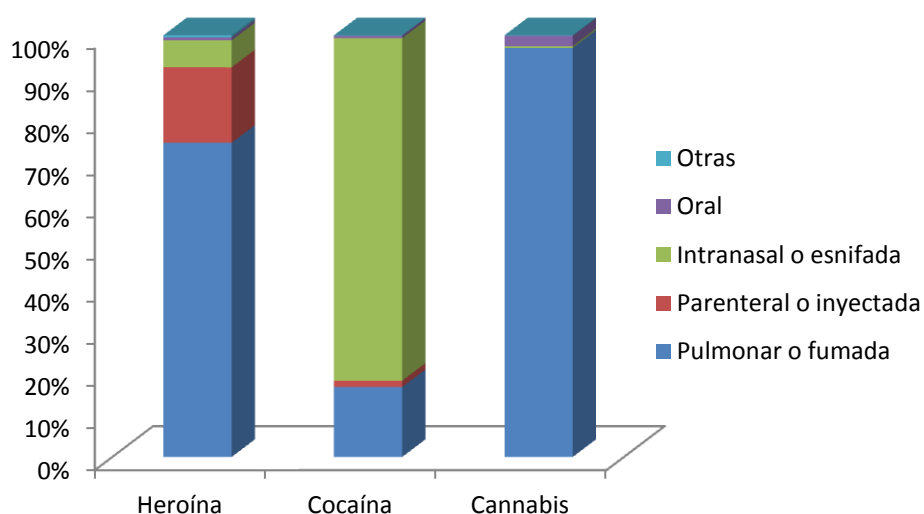
La vía de administración varía con la sustancia. Los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de heroína utilizan preferentemente la vía pulmonar o fumada (74,5%), seguida de la inyectada (17,9%). Los pacientes que inician tratamiento por consumo de heroína muestran un mayor uso de la vía inyectada (23,9%) (fig. 14).



Los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de cocaína se administran esta sustancia principalmente por vía intranasal o esnifada (81,3%). El 16,6% utilizan la vía pulmonar o fumada y sólo un 1,5% la vía inyectada (fig. 14).

Por su parte los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de cannabis utilizan fundamentalmente la vía pulmonar o fumada (97,0%), con un 2,5% de uso de la vía oral (fig. 14).

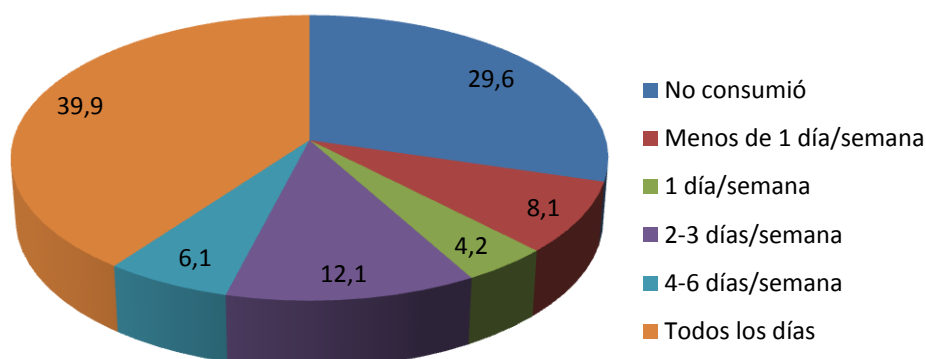
Fig. 14.- Vía de administración según la sustancia que motiva el tratamiento.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



En cuanto a la **frecuencia de consumo** de la sustancia principal por la que recibían tratamiento, aproximadamente un 30% de los pacientes no habían consumido y un 40% presentaban un consumo diario (fig. 15). Los pacientes nuevos presentan una mayor frecuencia de consumo, con un 52,1% consumiendo a diario.

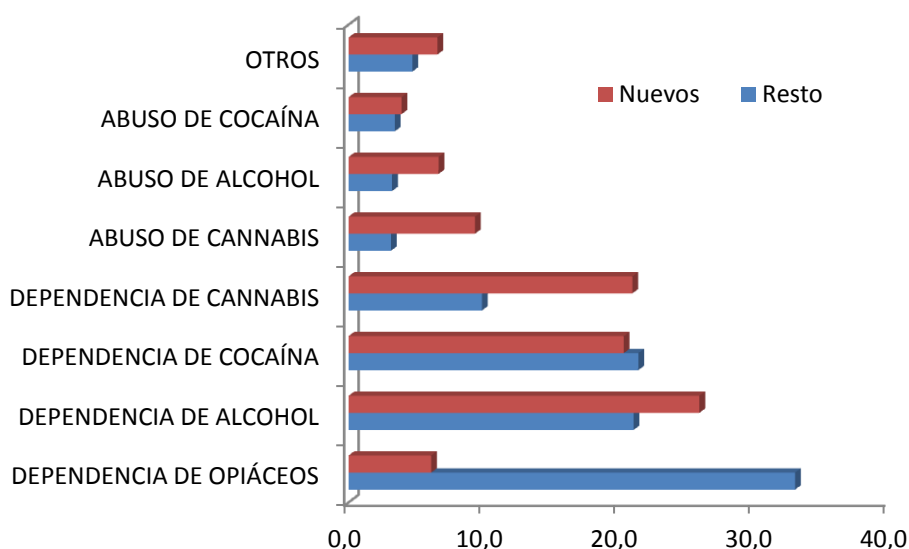
La **duración media del consumo** ha sido de 21,7 años, con diferencias según las sustancias. Los pacientes en tratamiento por consumo de alcohol son los que presentan una mayor duración del consumo (28,4 años), seguidos por los que se encuentran en tratamiento por consumo de opioides (26,8 años), por consumo de estimulantes (17,3 años) y por consumo de cannabis (11,1 años).

Fig. 15.- Frecuencia de consumo de la sustancia que motiva el tratamiento.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



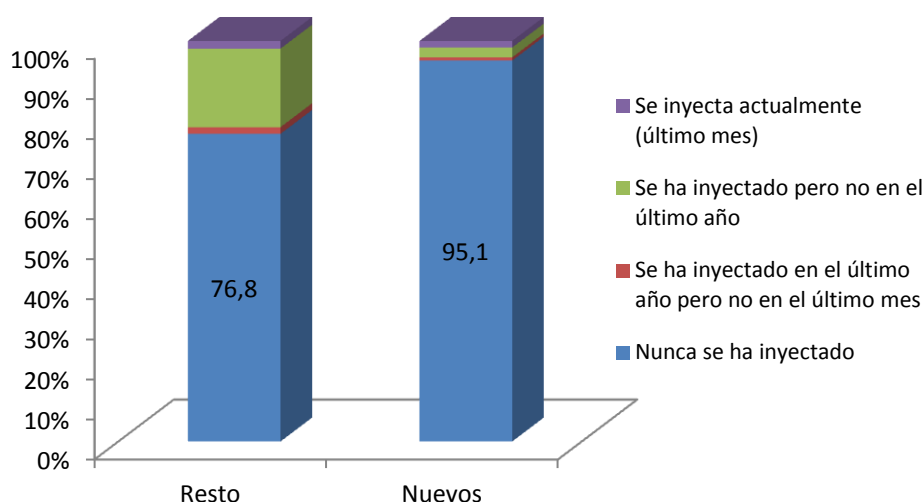
El principal **diagnóstico de la adicción** que presentaron los pacientes fue el de dependencia de opiáceos (26,6%), seguido de dependencia de alcohol (22,3%), dependencia de cocaína (21,2%) y dependencia de cannabis (12,5%). Los pacientes nuevos presentan en mayor proporción dependencia y abuso de cannabis y de alcohol (fig. 16).

Fig. 16.- Diagnóstico de la adicción que presentan los pacientes.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



El 18,8% de los pacientes de los que se dispone de información **se ha inyectado** alguna vez una sustancia psicoactiva, siendo esta proporción menor en las mujeres (17,0% vs 19,2%) y en los pacientes que inician tratamiento por primera vez (4,9%) (fig. 17). Se presentan diferencias según la sustancia que provoca el tratamiento, ascendiendo a un 60,8% en los pacientes en tratamiento por consumo de heroína y reduciéndose al 5,6% en los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína.

Fig. 17.- Tiempo transcurrido desde la última inyección.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



La **edad media de los pacientes cuando realizaron su primera inyección** fue de 21,1 años (DT=6,7), más retrasada en las mujeres (22,3 años) que en los hombres (20,9 años) y en los pacientes nuevos (23,0 años). También se presentan diferencias según la sustancia que motiva el tratamiento. Los pacientes que consumen heroína utilizan la vía inyectada antes, con una media de edad a la primera inyección de 20,5 años, mientras que en los que consumen cocaína es de 23,6 años.

El 48,5% de los pacientes que alguna vez se han inyectado refiere haber **compartido jeringuillas o agujas** (49,0% en mujeres y 48,3% en hombres). Por su parte refieren haber **compartido material de inyección** un 48,2% (sin diferencias por sexo). Los pacientes nuevos que se han inyectado alguna vez, muestran en menor proporción esta práctica de riesgo (40,0% han compartido jeringuillas y 40,5% han compartido material de inyección).

Los pacientes en tratamiento por consumo de heroína presentan en mayor proporción esta práctica de riesgo, compartiendo jeringuillas el 50,4% de los que alguna vez se han inyectado; mientras que los que se encuentran en tratamiento por consumo de cocaína han compartido el 37,4%.

Han recibido algún **tratamiento previo** por drogas un 58,6% de los pacientes, con diferencias por sexo (59,2% en hombres y 56,0% en mujeres). Los pacientes que han recibido **tratamiento con sustitutivos opiáceos** ascienden a un 24,7% (25,3% en mujeres y 24,5% en hombres).

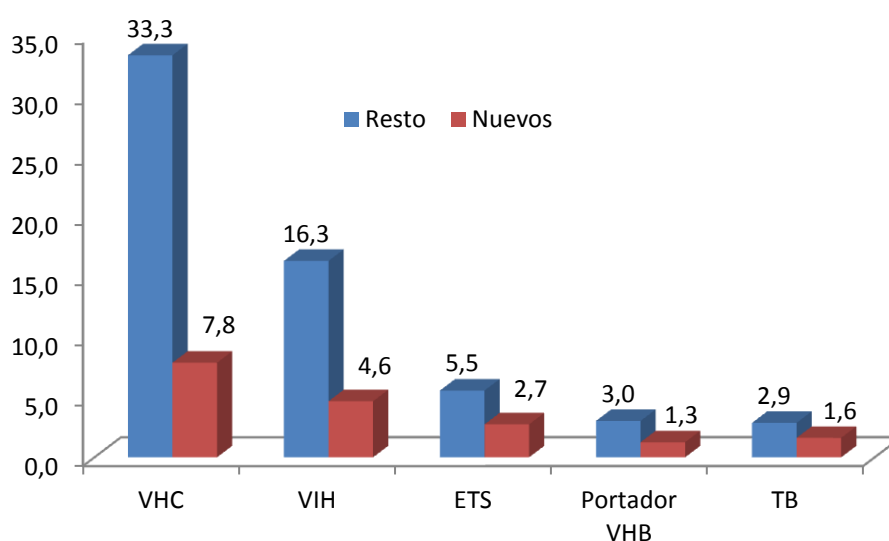
La **media de edad de los pacientes cuando realizaron su primer tratamiento con sustitutivos opiáceos** fue de 32,9 años (DT=7,4), también con diferencias por sexo (33,0 en hombres y 32,3 en mujeres). La principal sustancia utilizada por estos pacientes fue la metadona, administrada en el 19,2% del total de pacientes en tratamiento.

### Situación sanitaria

Se dispone de información sobre **la situación sanitaria** de aproximadamente el 60% de los pacientes. Entre los pacientes de los que se dispone de dicha información, el 5,1% presentaban alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS), siendo la más frecuente la sífilis (3,6%). Un 2,7% presentaban enfermedad tuberculosa (TB) y el 14,5% tenían serología positiva frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (fig. 18).

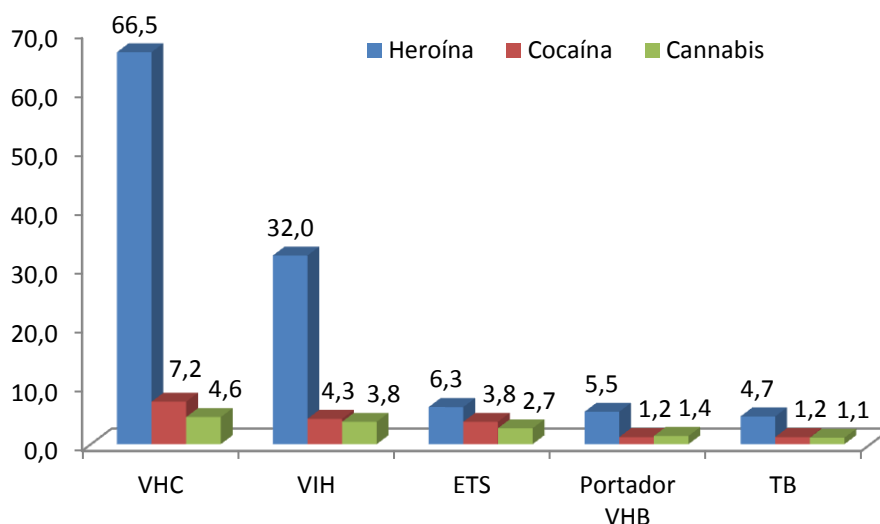
Presentan marcadores frente al virus de la Hepatitis C (VHC) un 29,2% de los pacientes y el 2,7% eran portadores crónicos del virus de la Hepatitis B (VHB). Los pacientes nuevos presentaban mejores condiciones de salud (fig. 18).

Fig. 18.- Situación sanitaria de los drogodependientes en tratamiento en 2017



También se presentan diferencias en el estado de salud según la sustancia que ocasiona el tratamiento. Los pacientes en tratamiento por consumo de heroína son los que presentan una peor situación sanitaria, ya que un 66,5% tienen marcadores frente al virus de la Hepatitis C (VHC), un 32,0% son VIH positivos y un 6,3% tienen una ETS. Los pacientes en tratamiento por consumo de cannabis por su parte muestran una situación sanitaria mejor, con sólo un 4,6% de marcadores de Hepatitis C y un 3,8% de infecciones por VIH (fig. 19).

Fig. 19.- Situación sanitaria según la sustancia que motiva el tratamiento.  
Drogodependientes en tratamiento en 2017



### Fallecidos

Durante el año 2017 se ha registrado en el RAD el **fallecimiento** de 153 de los pacientes que habían realizado tratamiento en dicho año (0,8%). El 82,4% de los pacientes fallecidos eran varones y la media de edad fue de 48,5 años (DT=9,2). El 59,7% eran solteros y el 48,3% estaban en paro. Un 9,9% de los pacientes vivían en un alojamiento precario o inestable y el 51,0% presentaban antecedentes de estancia en prisión.

La principal sustancia por la que estos pacientes habían recibido tratamiento fue la heroína (64,1%), seguida del alcohol (20,3%) y la cocaína (11,1%). El 55,4% de los pacientes se habían inyectado alguna vez y el 56,9% de ellos había compartido jeringuillas.

El 92,9% había recibido tratamiento previo por drogas y un 66,3% había recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos.

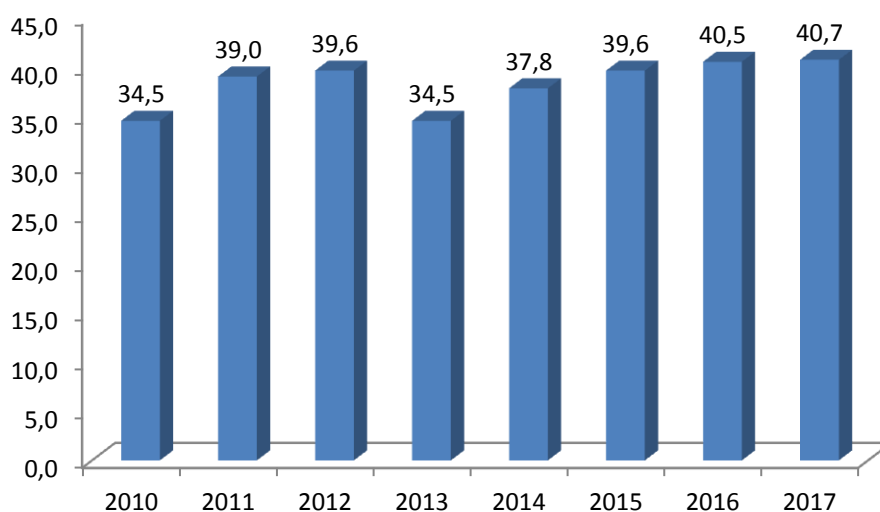
El 41,1% de los pacientes presentaban anticuerpos frente al VIH y el 64,6% frente al virus de la Hepatitis C. El 4,3% eran portadores crónicos del virus de la Hepatitis B, el 9,9% tenían una ETS y el 5,1% presentaban enfermedad tuberculosa.

### Evolución

En la evolución de las características de los pacientes en tratamiento observamos un patrón relativamente estable respecto al sexo y el estado civil, con un aumento del nivel de estudios primarios y de la media de edad.

Los hombres representan aproximadamente el 80% de los pacientes, siendo solteros alrededor del 58%. La edad media de los pacientes en tratamiento ha aumentado, superando a partir de 2016 los 40 años (fig. 20). Respecto al nivel de estudios se observa un aumento de la proporción de pacientes con estudios primarios y una disminución de aquellos con estudios secundarios (fig. 21).

Fig. 20.- Evolución de la edad media de los pacientes Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2017



En los últimos años ha aumentado la proporción de pacientes con nacionalidad española, disminuyendo los que presentan incidencias legales. La proporción de pacientes con trabajo disminuyó hasta 2014, observándose desde entonces un ligero incremento. También han disminuido los pacientes que viven en un alojamiento precario o inestable (fig. 22).

Respecto a las características del consumo se observa un incremento del inicio del consumo en el barrio y en los lugares de ocio, así como del papel de los amigos como personas que inician al sujeto en el consumo (fig. 23). También aumenta la proporción de personas que nunca se han inyectado (fig. 24).

Fig. 21.- Evolución del nivel de estudios  
Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2017

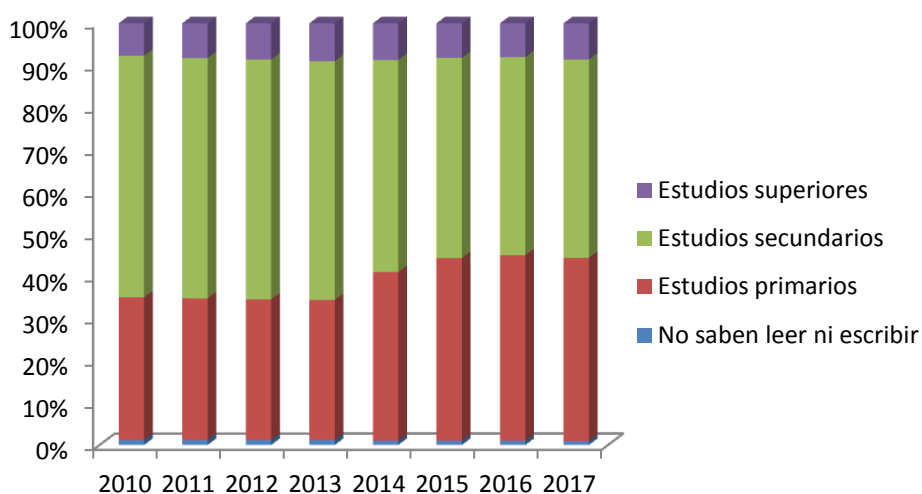


Fig. 22.- Evolución de las características sociodemográficas  
Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2017

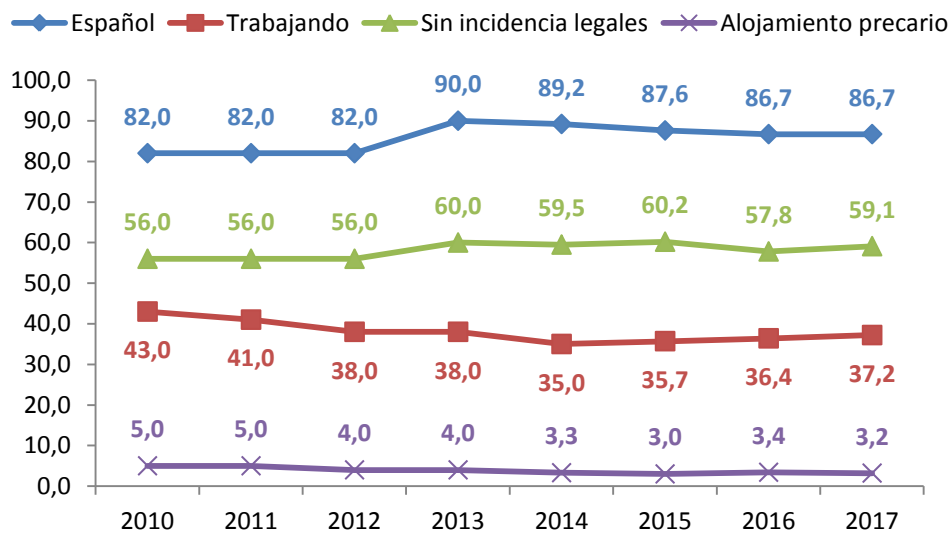


Fig. 23.- Evolución de las características de consumo Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2017

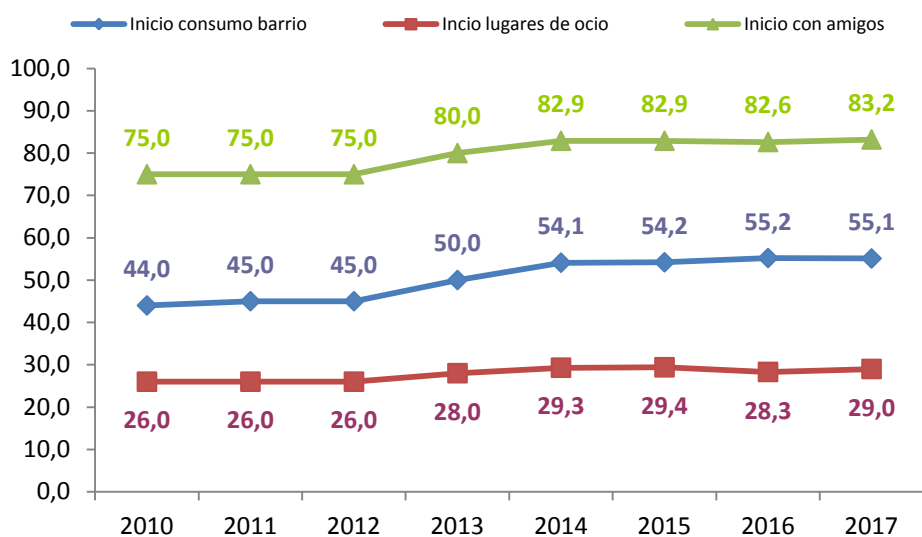
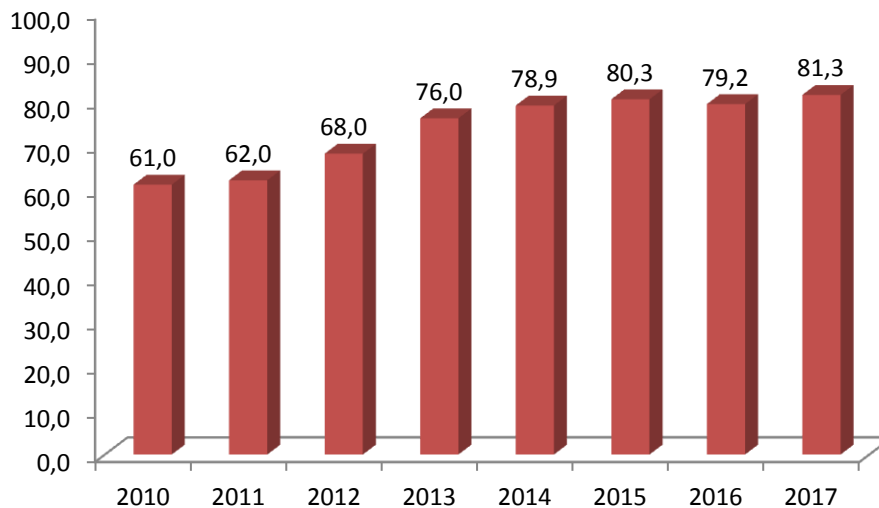


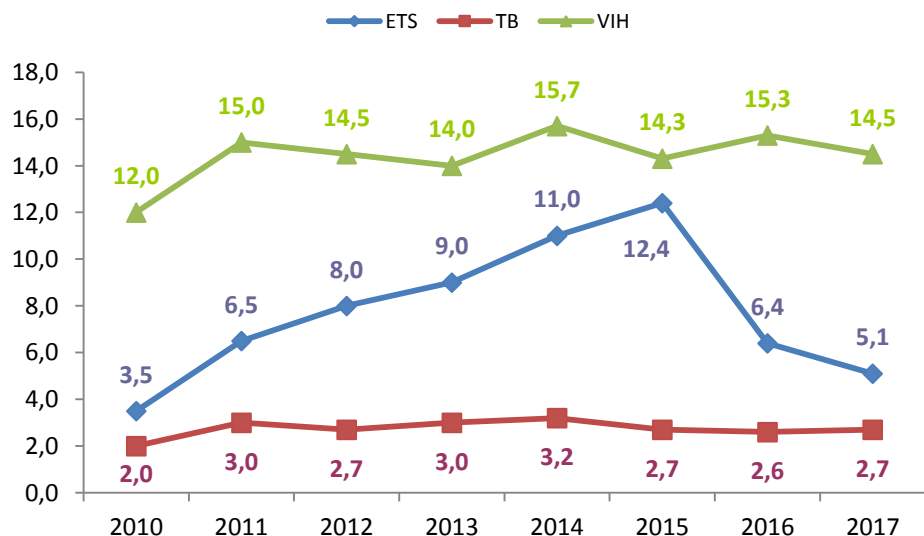
Fig. 24.- Evolución del porcentaje de pacientes que nunca se ha inyectado Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2017



En cuanto a la situación sanitaria de los pacientes, en los últimos años se observa una estabilización de la prevalencia de infección por VIH y enfermedad tuberculosa. Respecto a las ETS se presentó un incremento hasta 2015, observándose posteriormente una marcada disminución (fig. 25).

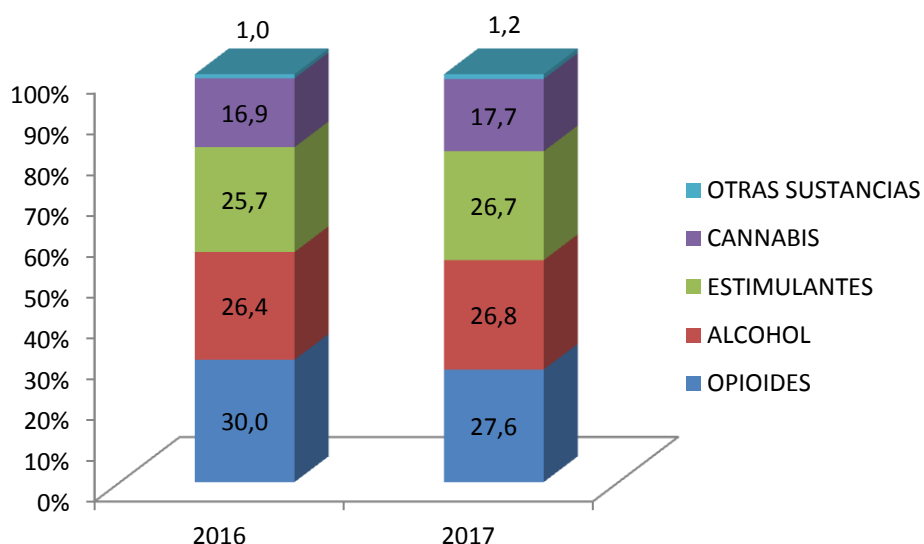


Fig. 25.- Evolución de las características sanitarias  
Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2017



Al comparar **la sustancia principal** por la que los pacientes se encontraban en tratamiento en 2017 con el año anterior se observa una disminución de los opioides y un aumento del resto de sustancias; siendo las que más aumentan los estimulantes (un punto porcentual). El cannabis aumenta en 8 décimas porcentuales y el alcohol en cuatro (fig. 26).

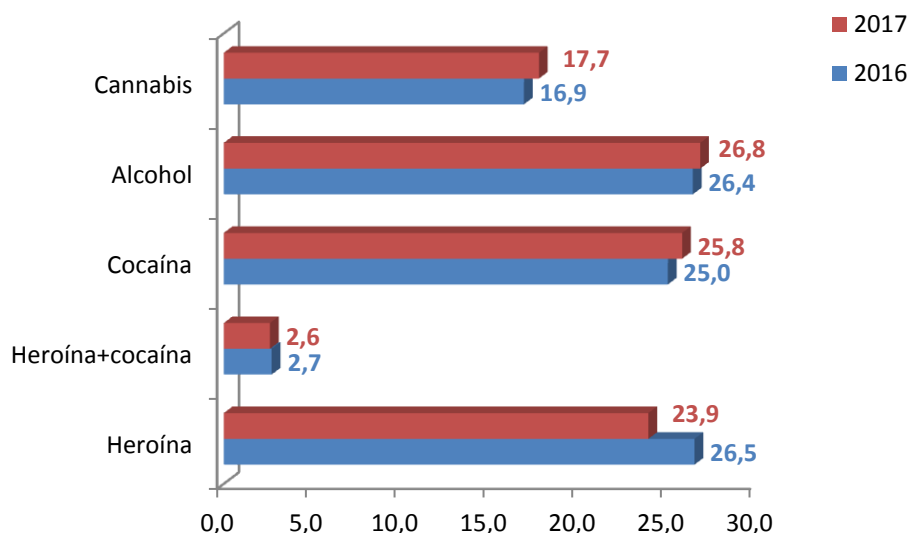
Fig. 26.- Distribución según la sustancia que motiva el tratamiento.  
Drogodependientes en tratamiento, años 2016 y 2017



En cuanto a las sustancias específicas del grupo de opioides y estimulantes, la heroína disminuye en más de dos puntos porcentuales, la heroína y cocaína consumidas

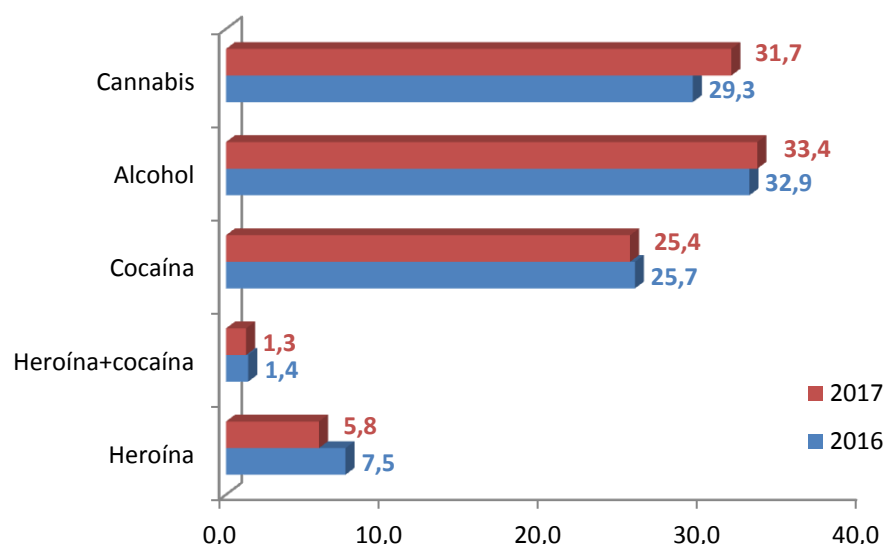
juntas se mantiene muy similar y la cocaína aumenta en menos de un punto porcentual (fig. 27).

Fig. 27.- Distribución según la sustancia que motiva el tratamiento.  
Drogodependientes en tratamiento, años 2016 y 2017



En los sujetos nuevos en 2017 se observa un aumento del cannabis y una disminución de la heroína, respecto al año anterior (fig. 28).

Fig. 28.- Distribución según la sustancia que motiva el tratamiento.  
Pacientes que inician tratamiento, años 2016 y 2017



En la evolución desde 2010 del **total de sustancias consumidas** por los pacientes se observa un aumento de las sustancias diferentes a heroína y cocaína, tanto en el total de pacientes como en los pacientes que inician tratamiento (pacientes nuevos). La principal disminución se presenta en el consumo de heroína y cocaína juntas (fig. 29 y 30).

Fig. 29.- Distribución según las sustancias consumidas por los pacientes. Drogodependientes en tratamiento, años 2010-2017

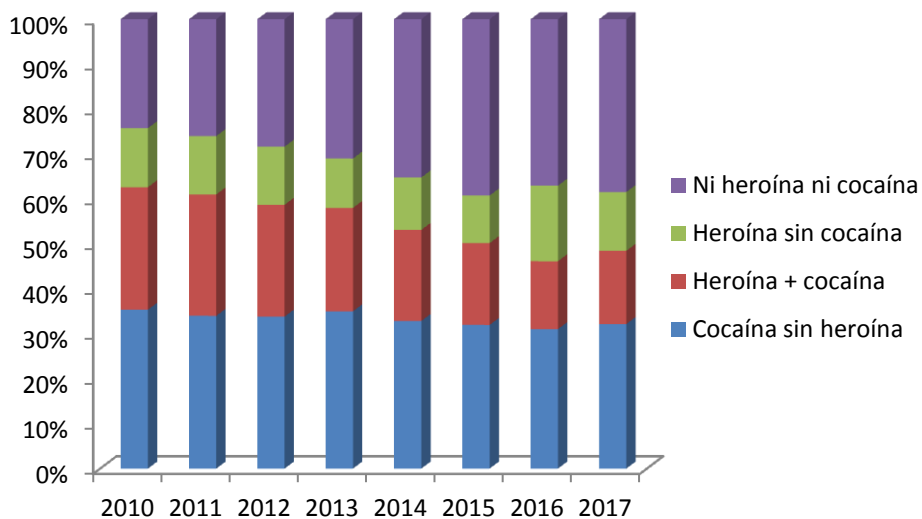
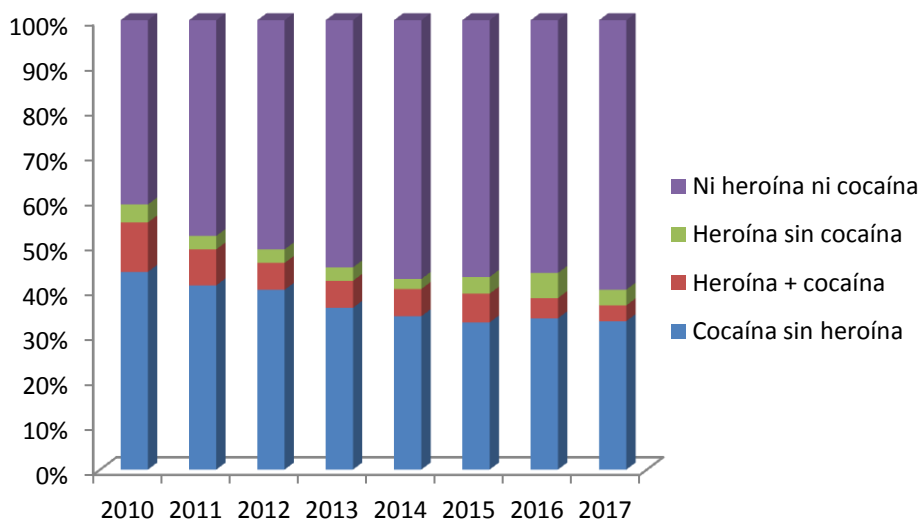


Fig. 30.- Distribución según las sustancias consumidas por los pacientes nuevos. Drogodependientes en tratamiento, años 2010-2017



## RESUMEN

- La evolución desde el año 2000 del número de pacientes en tratamiento presenta un incremento hasta 2010, disminuyendo posteriormente. En el año 2015 se realizó un cambio en la aplicación del registro de drogodependientes, por lo que los datos de dicho año podrían no estar completos.
- El 79,6% de los pacientes en tratamiento en 2017 eran varones y tenían una media de edad de 40,7 años (40,5 en hombres y 41,7 en mujeres), siendo extranjeros un 13,3%. El 57,8% estaban solteros, no superando el nivel de estudios primarios un 44,4%. El 41,1% de los pacientes estaba en paro, un 40,9% tenían incidencias legales previas (22,6% antecedente de estancia en prisión) y un 3,2% vivían en un alojamiento precario o inestable.
- Los pacientes nuevos (que inician por primera vez tratamiento en 2017) son más jóvenes (media de edad de 35 años), presentan una mayor proporción de extranjeros (21,6%) y una menor proporción de parados (34,5%).
- La mayoría de los pacientes comenzaron el consumo en el barrio con los amigos. La edad media de inicio al consumo ha sido de 19,0 años, siendo más precoz en los hombres (18,6 años) que en las mujeres (20,4 años).
- El alcohol (26,8%), la heroína (26,6%), la cocaína (25,8%), y el cannabis (17,7%) son las principales sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento. El 48,5% de los pacientes consumen más de una sustancia (media de 1,8 sustancias consumidas por paciente).
- Los pacientes nuevos presentan un mayor consumo de alcohol (33,4%) y de cannabis (31,7%) y un menor consumo de cocaína (25,4%) y especialmente de heroína (5,8%).
- Se presentan diferencias por sexo en las sustancias con un mayor papel del alcohol en las mujeres y de los estimulantes en los hombres.
- También se presentan diferencias según la edad de los pacientes, con un mayor papel del cannabis en los más jóvenes, del alcohol en los más mayores y de los estimulantes y los opioides en las edades intermedias.
- La principal vía de administración de la sustancia por la que los pacientes reciben tratamiento ha sido la pulmonar o fumada (41,8%), seguida de la oral (29,5%). Un 5,4% utilizan la vía parenteral o inyectada para la administración de la sustancia por la que reciben tratamiento.
- Los pacientes nuevos presentan un menor uso de la vía inyectada (2,0%) y un mayor uso de la vía oral (36,1%).
- La duración media del consumo ha sido de 21,7 años, con diferencias según la sustancia. Los pacientes en tratamiento por consumo de alcohol presentan una mayor duración del consumo (28,4 años), seguidos por los pacientes en tratamiento por consumo de opioides (26,8 años).
- El 18,8% de los pacientes en tratamiento en 2017 se ha inyectado alguna vez una sustancia psicoactiva, proporción inferior en las mujeres que en los hombres (17,0% vs 19,2%) y en los pacientes nuevos (4,9%). La edad media a la primera inyección ha sido de 21,1 años. Entre los pacientes en tratamiento por consumo de heroína se han inyectado alguna vez un 60,8%.
- A pesar de la baja proporción de pacientes que se han inyectado, casi la mitad de ellos han compartido jeringuillas (40% en los pacientes nuevos).

- Aproximadamente un 25% de los pacientes ha recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos, siendo la metadona la sustancia utilizada en la gran mayoría de los casos (98,7%). La media de edad al primer tratamiento con sustitutivos opiáceos ha sido de 32,9 años. El 4,0% de los pacientes nuevos ha recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos.
- El 14,5% de los pacientes en tratamiento en 2017 eran VIH (+) y el 2,7% presentaban enfermedad tuberculosa. El 29,2% tenían marcadores serológicos de Hepatitis C, el 2,7% eran portadores crónicos del virus de la Hepatitis B y un 5,1% tenía alguna ETS.
- Los pacientes nuevos presentan una mejor situación sanitaria. El 4,6% son VIH positivos, el 7,8% presentan marcadores de Hepatitis C, 1,3% son portadores crónicos del virus de la Hepatitis B, 1,6% presentan enfermedad tuberculosa y un 2,7% tienen una ETS.
- Se ha registrado el fallecimiento de 126 pacientes, lo que supone el 0,8% de los pacientes que se encontraban en tratamiento en 2017. El 48% estaba en paro, el 10% tenía un alojamiento precario o inestable y la mitad presentaban antecedentes de estancia en prisión. El 64% se encontraba en tratamiento por consumo de heroína y el 93% había recibido tratamiento previo. Un 66% había recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos. El 55% se había inyectado alguna vez, de los que un 57% había compartido jeringuillas. El 65% presentaban marcadores de Hepatitis C y un 41% eran VIH positivos.
- En la evolución de las características socio-demográficas de los pacientes se observa un aumento del nivel de estudios primarios, una disminución del paro, de las incidencias legales y del alojamiento precario.
- Respecto a la situación sanitaria se presenta una disminución de las ETS en los últimos años.
- En la evolución desde 2010 del total de sustancias consumidas por los pacientes en tratamiento se registra una disminución de la heroína y algo menos de la cocaína, con un aumento de alcohol y el cannabis.

## URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL AÑO 2017

### RESUMEN

**Antecedentes:** Las urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas forman parte de los indicadores básicos de consumo de drogas en la Comunidad de Madrid.

**Objetivos:** Describir los episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas presentados en la Comunidad de Madrid en el año 2017, así como su evolución.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2017. Se analizan los episodios presentados en pacientes de 15-54 años en 7 hospitales de la Comunidad de Madrid, en una semana de cada mes seleccionada al azar, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). El consumo de alcohol sólo se recoge cuando está asociado al de otra sustancia. Se recoge información de laboratorio de 6 de los hospitales incluidos en el indicador.

**Resultados:** En 2017 se registraron 438 episodios de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas. El 72,8% de los pacientes eran hombres y la media de edad fue de 36,7 años. El 42,9% de los episodios se relacionan con más de una sustancia y en el 3,7% las sustancias se administraron por vía parenteral o inyectada. El principal diagnóstico fue de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (97,3%) y un 18,0% requirió ingreso hospitalario. Las principales sustancias ilegales relacionadas con el episodio de urgencias fueron la cocaína (50,7%) y el cannabis (30,4%). Se presentan diferencias por sexo y edad en las sustancias consumidas.

En la evolución se observa un incremento de la proporción de hombres, de la media de edad de los pacientes, de los diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, de la proporción de ingresos hospitalarios y del uso de la vía parenteral. Respecto a las sustancias relacionadas con la urgencia se observa un incremento del cannabis y la cocaína, así como una disminución de los hipnosedantes.

Se dispone de resultados de laboratorio del 42,3% de los episodios registrados, obteniéndose resultados positivos en el 95,2% de los casos. Las principales sustancias ilegales detectadas fueron el cannabis (52,7%) y la cocaína (52,1%), con una media de 1,8 sustancias detectadas por episodio.

**Conclusiones:** Las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas afectan especialmente a varones jóvenes, y son debidas principalmente al consumo de cocaína. En la evolución se observa un aumento de la edad de los pacientes, de la proporción de ingresos hospitalarios, del uso de la vía parenteral y de los episodios relacionados con el consumo de cannabis y de cocaína.

## INTRODUCCIÓN

La vigilancia del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados en la Comunidad de Madrid, siguiendo las recomendaciones estatales y europeas, se basa fundamentalmente en los siguientes indicadores: urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El indicador de Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas tiene como objetivo general obtener información de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico no terapéutico de drogas psicoactivas. Los objetivos específicos son:

- Describir las características sociodemográficas de los consumidores de sustancias psicoactivas atendidas en los servicios de urgencia.
- Describir algunos patrones de consumo de los consumidores de sustancias psicoactivas atendidos en los servicios de urgencia.
- Describir los problemas agudos de los consumidores de sustancias psicoactivas atendidos en los servicios de urgencia.
- Describir las características clínicas de las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente las relacionadas con nuevas sustancias, nuevas combinaciones de sustancias o nuevas modalidades de consumo.
- Facilitar un indicador del uso de los servicios de urgencia por los consumidores de sustancias psicoactivas, aunque ello no pueda aplicarse a la evaluación de la actividad o rendimiento de los servicios.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Definición del indicador

Mediante este sistema de vigilancia se recogen datos de los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 15 a 54 años en que se menciona consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de alcohol, tabaco o xantinas), independientemente de que varios de ellos se den en la misma persona.

En la Comunidad de Madrid se recogen los episodios de urgencias registrados en siete hospitales durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

Se incluyen los episodios de urgencias que cumplen todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

- I. Criterios de **inclusión**:
  - a. Urgencia atendida por un médico en el servicio de urgencias de un hospital.

- b. Urgencia en la que en la historia clínica se cita el consumo no médico de sustancias psicoactivas. Como consumo no médico se incluye el consumo de cualquier droga de comercio ilegal o el consumo de drogas de comercio legal sin prescripción médica o sin atender las normas de correcta administración. También se incluyen los casos en que no se citan drogas, pero hay expresiones indicativas de consumo habitual o reciente (UDVP, toxicómano, etc.) o expresiones de las que puede deducirse claramente consumo de sustancias psicoactivas (sobredosis, síndrome de abstinencia, etc.).
- c. Puede tratarse de una complicación médica, traumatológica o psicológica. Se incluirán también, por tanto, las lesiones o traumatismos por causas externas con mención de consumo de drogas.
- d. Urgencia en una persona de 15-54 años.

## II. Criterios de **exclusión**:

- a. Urgencia que no llegue a ser atendida en el hospital (meras demandas de atención, tratamiento o medicación, urgencias atendidas sólo por ambulancias, fallecidos antes de llegar a hospital).
- b. Embarazo o complicaciones del embarazo, aunque exista consumo de drogas
- c. Reacciones adversas a medicamentos, excepto a metadona u opiáceos utilizados en programas de mantenimiento.
- d. Borracheras o urgencias en que se menciona exclusivamente consumo de bebidas alcohólicas, tabaco o xantinas (café, té, etc.).

Mediante este sistema de vigilancia se recoge información sobre: afiliación (número de historia clínica, número de identificación del hospital, fecha de admisión en urgencias), características sociodemográficas (sexo, fecha de nacimiento, provincia y municipio de nacimiento, nacionalidad, condición legal del paciente), consumo de sustancias psicoactivas (tipo de sustancia y vía de administración) y episodio de urgencias (diagnóstico CIE-10, resolución de la urgencia y relación entre el consumo de sustancias y el episodio de urgencias).

En el año 2015 se incluyeron tres nuevas variables: Tipo y frecuencia de consumo, profesional que atiende la urgencia y antecedentes de patología psiquiátrica.

## Evolución del indicador

El indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas se puso en marcha en 1987 formando parte del Sistema de información en Toxicomanías (SEIT) desarrollado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas para monitorizar los problemas relacionados con el consumo de drogas.

Según evolucionaba el consumo de drogas se hizo necesario ir adaptando el indicador a los cambios observados en el patrón de consumo. Así, desde el año 2003 se incluyen los episodios en personas de 15-54 años, ya que previamente sólo se registraban los presentados en el grupo de edad de 15-49 años. También a partir de entonces se recoge el literal de todos los diagnósticos, registrándose previamente sólo los cinco grandes grupos diagnósticos. A partir del año 2004 se registran todos los



episodios en los que se menciona consumo de sustancias psicoactivas en la historia clínica, ya que hasta entonces sólo se recogían los relacionados con la urgencia.

En la Comunidad de Madrid en el año 2010 se produjeron tres importantes novedades en el sistema de información de las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas:

- Se rediseñó la muestra de hospitales atendiendo a los cambios en el mapa sanitario de la región y sobre todo teniendo en cuenta el aumento progresivo del número de centros hospitalarios. En función del número de urgencias atendidas y siguiendo criterios geográficos se seleccionaron siete hospitales.
- Se recogieron por primera vez las urgencias por consumo de drogas atendidas en el ámbito extrahospitalario, por los servicios de emergencias SUMMA 112 y SAMUR.
- Se inició un estudio piloto con los servicios de Bioquímica de los hospitales Gregorio Marañón y Ramón y Cajal con el fin de disponer de información objetiva de las sustancias que se refieren en la historia clínica, a través de la determinación analítica de drogas.

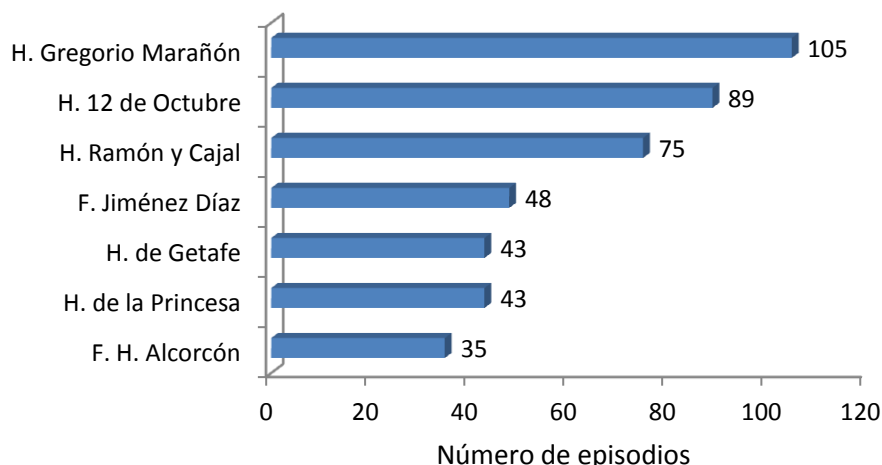
En el año 2016 se realizó una modificación en la muestra de hospitales. Los centros incluidos actualmente en este sistema de vigilancia en la Comunidad de Madrid son los siguientes: Fundación Jiménez Díaz, Hospital Ramón y Cajal, Hospital Gregorio Marañón, Hospital de la Princesa, Fundación Hospital Alcorcón, Hospital 12 de Octubre y Hospital de Getafe. Se recoge información de laboratorio de todos los hospitales salvo del Hospital de Getafe.

## RESULTADOS

En el año 2017 se han registrado un total de 1.598 episodios de urgencias en los que en la historia clínica se recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna sustancia psicoactiva, en las 12 semanas correspondientes (una semana por mes). De ellos en 438 episodios (27,4%) se encontró relación entre el consumo de sustancias y la urgencia. Los resultados que se presentan a continuación se refieren únicamente a aquellos episodios en los que la urgencia se relacionó con el consumo de sustancias psicoactivas.

La distribución de estos episodios por hospitales se muestra en la fig. 1. El hospital con el mayor número de episodios de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas ha sido el Gregorio Marañón (24,0%), seguido del Hospital 12 de Octubre (20,3%) y el Hospital Ramón y Cajal (17,1%).

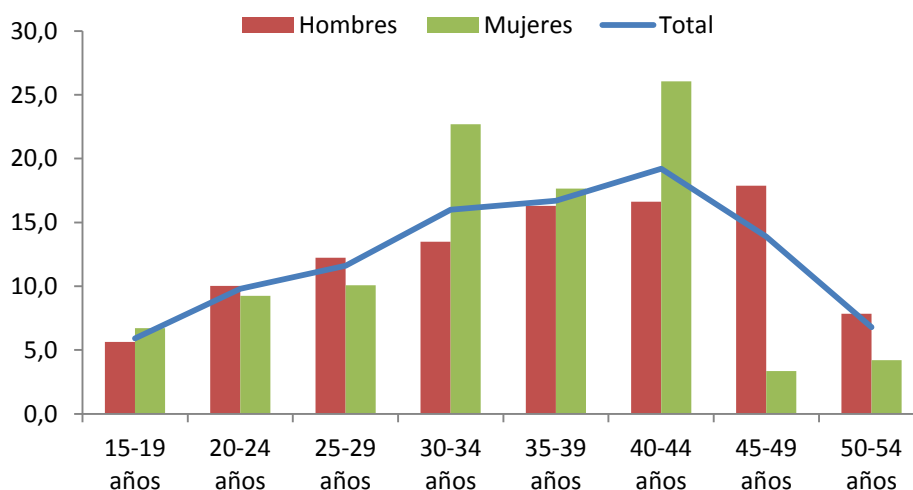
Fig. 1.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Número de episodios por hospital. Comunidad de Madrid, 2017



En los episodios de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas el 72,8% eran hombres y la media de edad fue de 36,7 años (DT=9,7), siendo superior en varones que en mujeres (36,2 años vs 34,2 años).

El grupo de edad con mayor número de casos ha sido el de 40-44 años (19,2%); siendo en hombres el de 45-49 años (17,9%) y en mujeres el de 40-44 años (26,1%) (fig. 2).

Fig. 2.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución por género y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2017



### Diagnóstico de los episodios de urgencias

Se ha registrado una media de 2,0 diagnósticos por episodio, de los que el 82,5% pertenecían al grupo de “Trastornos mentales y del comportamiento” (tabla 1). El 97,3% de los episodios presentaban un diagnóstico de “Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas” (subgrupo diagnóstico del grupo anterior).

Tabla 1.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de los diagnósticos según grandes grupos de la CIE-10  
Comunidad de Madrid, 2017

Grandes grupos diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Enf. infecciosas y parasitarias	10	1,1
Trastornos mentales y del comportamiento	733	82,5
Enf. del sistema nervioso	2	0,2
Enf. del sist. respiratorio	18	2,0
Enf. del aparato digestivo	3	0,3
Enf. del sist. osteomuscular y conectivo	1	0,1
Enf. del aparato genitourinario	5	0,6
Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados	80	9,0
Traumatismos, envenenamientos, y otros de causa externa	13	1,5
Causas externas de morbilidad y mortalidad	22	2,5
Factores que influyen en salud	2	0,2
Total	889	100,0

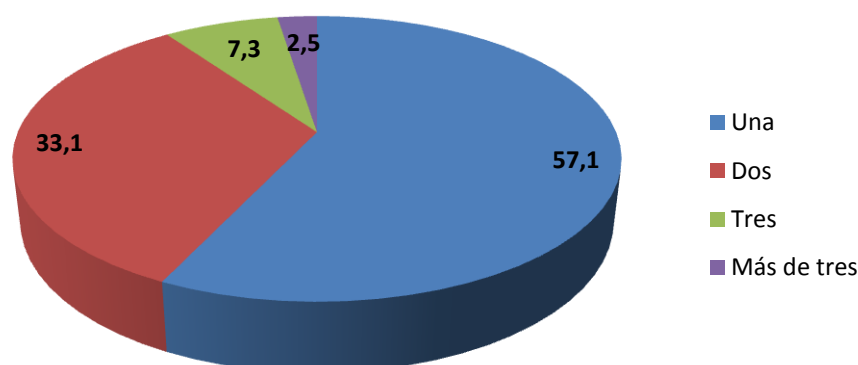
**Nota.-** Un paciente puede presentar más de un diagnóstico

Se han presentado 20 episodios de intento de autolisis (4,6%), de los que la mitad eran mujeres y el 30,0% eran menores de 35 años. Se presentan diferencias por sexo, con un porcentaje de más del doble en mujeres (8,4%) que en hombres (3,1%).

### Sustancias psicoactivas

En el 42,9% de los episodios se registró más de una sustancia relacionada con la urgencia (1,5 sustancias de media). En el 9,8% de los episodios se registraron más de dos sustancias y en el 2,5% más de tres (fig. 3). En 9 episodios se desconoce la sustancia relacionada con la urgencia.

Fig. 3.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según el nº de sustancias relacionadas con la urgencia  
Comunidad de Madrid, 2017



La cocaína (50,7%) y el cannabis (30,4%) son las principales sustancias relacionadas con la urgencia, seguidas de las benzodiacepinas (16,0%) y la heroína (6,4%). El alcohol se asoció al consumo de otras sustancias en el 37,7% de los episodios (tabla 2 y fig. 4).

En un 5,3% de los episodios el paciente había consumido heroína y cocaína, en el 9,6% cocaína y cannabis, y en el 14,2% cocaína y alcohol.

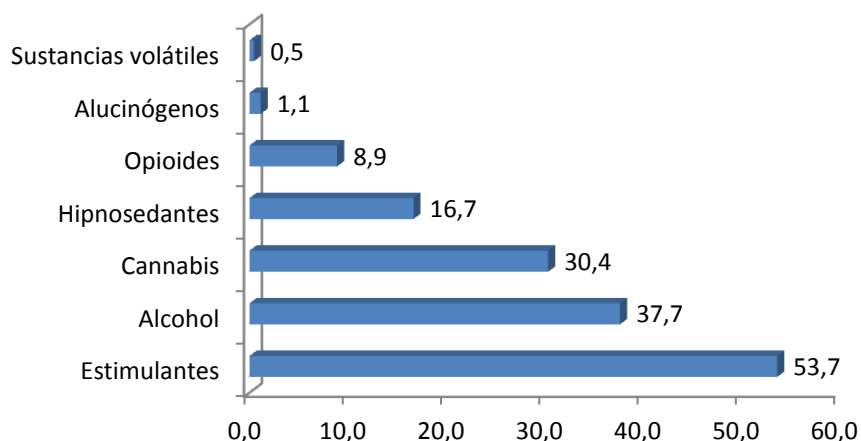
En los episodios de intento de autolisis las sustancias consumidas han sido fundamentalmente las benzodiacepinas (85,0%), seguidas de la cocaína (75,0%), el cannabis (50,0%) y el alcohol (20,0%).

Tabla 2.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según la sustancia relacionada con la urgencia  
Comunidad de Madrid, 2017

SUSTANCIAS	NÚMERO	%
<b>OPIOIDES</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>
Heroína	28	6,4
Metadona	7	1,6
Otros opioides	5	1,1
<b>ESTIMULANTES</b>	<b>235</b>	<b>53,7</b>
Cocaína	222	50,7
Anfetaminas	12	2,7
MDMA y otras drogas de diseño	7	1,6
Otros estimulantes	2	0,5
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	<b>73</b>	<b>16,7</b>
Benzodiacepinas	70	16,0
Antipsicóticos	3	0,7
Otros hipnosedantes	3	0,7
<b>ALUCINÓGENOS</b>	<b>5</b>	<b>1,1</b>
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>133</b>	<b>30,4</b>
<b>ALCOHOL</b>	<b>165</b>	<b>37,7</b>

**Nota.-** Un paciente puede haber consumido más de una sustancia del mismo grupo. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios (438)

Fig. 4.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según la sustancia relacionada con la urgencia  
Comunidad de Madrid, 2017



En la mayoría de los episodios se observa que el paciente realizaba un consumo frecuente o habitual de la sustancia relacionada con la urgencia (76,4%). Se desconoce el tipo de consumo en el 12,1% de los casos.

En el 27,2% de los episodios el paciente presentaba antecedentes de patología psiquiátrica; siendo los más frecuentes los trastornos de la personalidad (31,1%), la depresión y la esquizofrenia (15,1% respectivamente).

La información sobre el profesional que atiende la urgencia nos muestra que el 52,6% de los episodios fueron atendidos por internistas, el 42,3% por psiquiatras y el resto por otros profesionales.

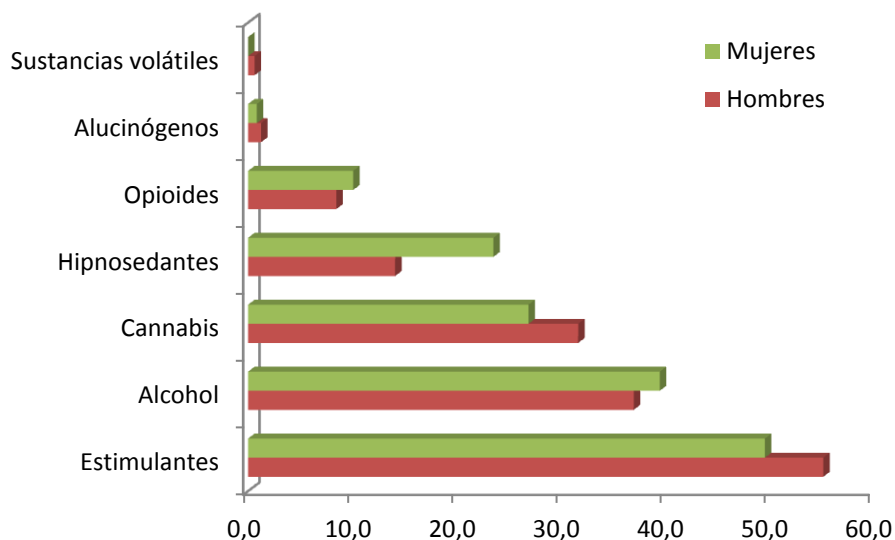
Se observan diferencias por género para las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias, con una mayor proporción de hipnosedantes, opioides y alcohol en las mujeres; y de estimulantes, cannabis, alucinógenos y sustancias volátiles en los hombres (tabla 3 y fig. 5).

Tabla 3.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de las sustancias relacionadas con la urgencia por género  
Comunidad de Madrid, 2017

SUSTANCIA	Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%
<b>OPIOIDES</b>	<b>27</b>	<b>8,5</b>	<b>12</b>	<b>10,1</b>
Heroína	20	6,3	8	6,7
Metadona	4	1,3	3	2,5
Otros opioides	3	0,9	2	1,7
<b>ESTIMULANTES</b>	<b>176</b>	<b>55,2</b>	<b>59</b>	<b>49,6</b>
Cocaína	167	52,4	55	46,2
Anfetaminas	8	2,5	4	3,4
MDMA y otras drogas de diseño	5	1,6	2	1,7
Otros estimulantes	2	0,6	0	0,0
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	<b>45</b>	<b>14,1</b>	<b>28</b>	<b>23,5</b>
Benzodiacepinas	43	13,5	27	22,7
Antipsicóticos	2	0,6	1	0,8
Otros hipnosedantes	3	0,9	0	0,0
<b>ALUCINÓGENOS</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>101</b>	<b>31,7</b>	<b>32</b>	<b>26,9</b>
<b>ALCOHOL</b>	<b>118</b>	<b>37,0</b>	<b>47</b>	<b>39,5</b>

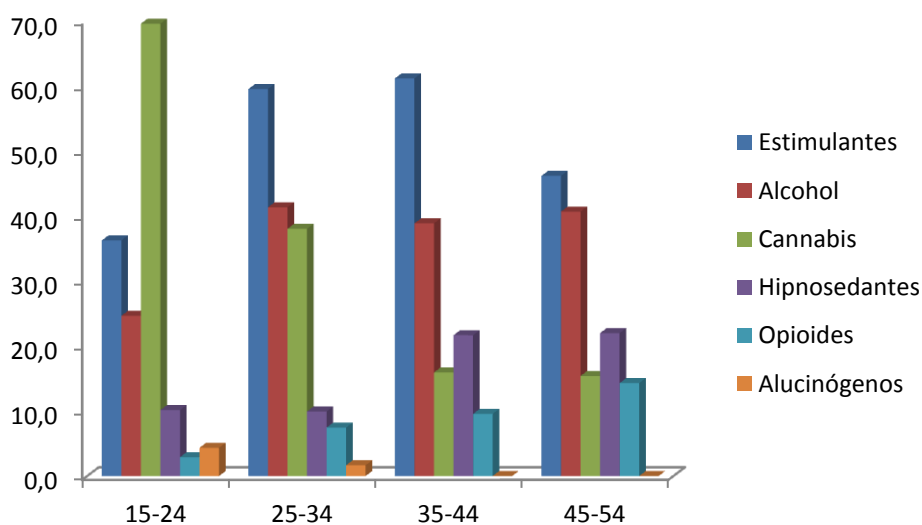
**Nota.-** Un sujeto puede haber consumido más de una droga del mismo grupo. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios (319 en hombres y 119 en mujeres)

Fig. 5.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de las sustancias relacionadas con la urgencia por género  
Comunidad de Madrid, 2017



El patrón de consumo de las sustancias por grupos de edad se muestra en la fig. 6. El papel del cannabis disminuye con la edad, mientras que el de los hipnosedantes y los opioides aumenta. En el grupo de edad de 15-24 años se presenta el mayor consumo de cannabis (69,6%) y alucinógenos (4,3%). En el grupo de 25-44 años el mayor consumo de estimulantes, y en el de 45-54 años el de hipnosedantes (22,0%) y opioides (14,3%).

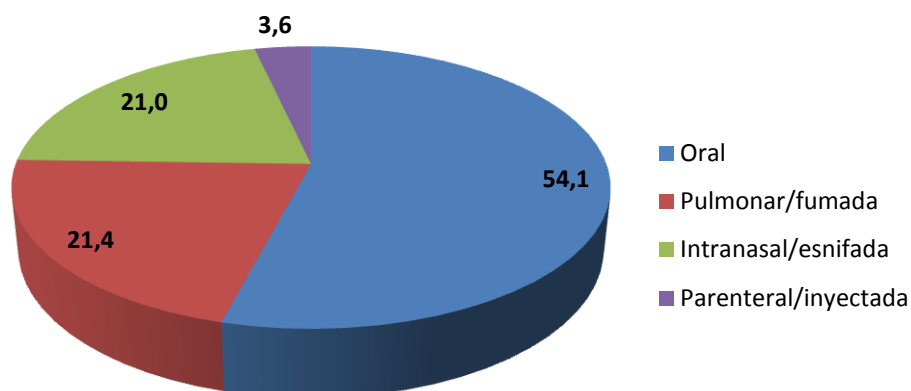
Fig. 6.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de las sustancias relacionadas con la urgencia por edad  
Comunidad de Madrid, 2017



### Vía de administración de las sustancias

Se conoce la vía de administración para el 70,1% de las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias. La vía de consumo más utilizada ha sido la oral (54,1%), seguida de la pulmonar o fumada (21,4%) y la intranasal o esnifada (21,0%). En el 3,6% de las sustancias administradas se utilizó la vía parenteral o inyectada (fig. 7).

Fig. 7.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Vía de administración de las sustancias. Comunidad de Madrid, 2017

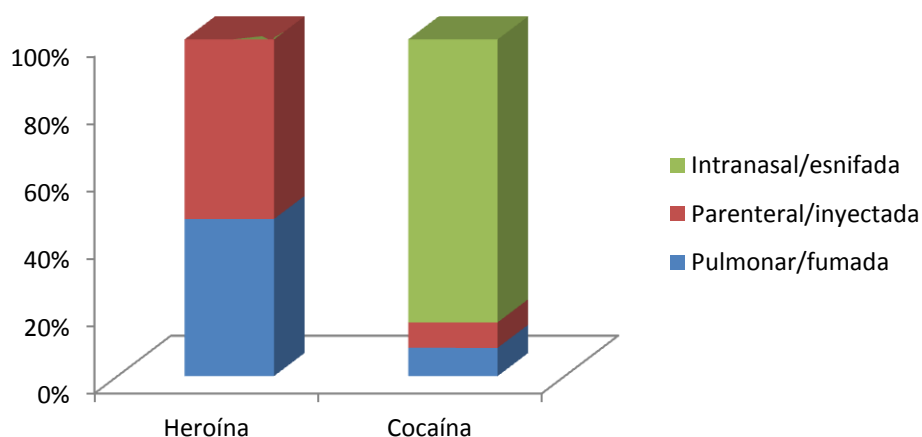


En el 3,7% de los episodios los pacientes utilizaron la vía inyectada para el consumo de alguna de las sustancias.

Se dispone de información sobre la vía de administración de la heroína en el 53,6% de los episodios en los que esta sustancia se relacionó con la urgencia, siendo la vía más utilizada para esta sustancia la parenteral o inyectada (53,3%), seguida de la pulmonar o fumada (46,7%) (fig. 8).

Para la cocaína se dispone de información sobre la vía de administración en el 53,6% de los episodios, siendo la vía intranasal o esnifada la más utilizada (84,0%), seguida de la vía pulmonar o fumada (8,4%) y de la vía parenteral o inyectada (7,6%) (fig. 8).

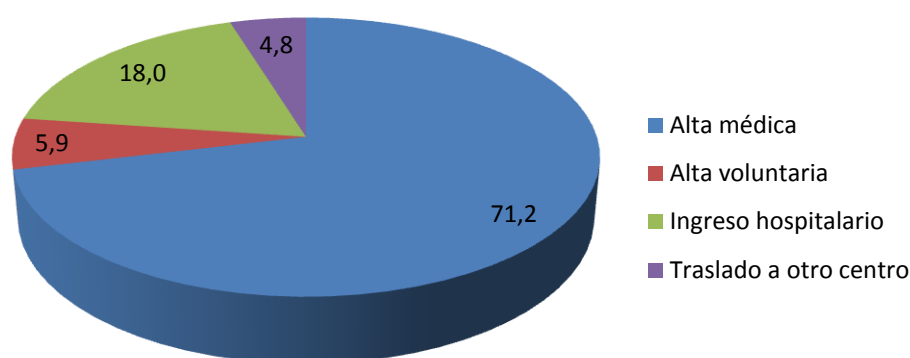
Fig. 8.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Vía de administración de la heroína y de la cocaína  
Comunidad de Madrid, 2017



## Resolución de la urgencia

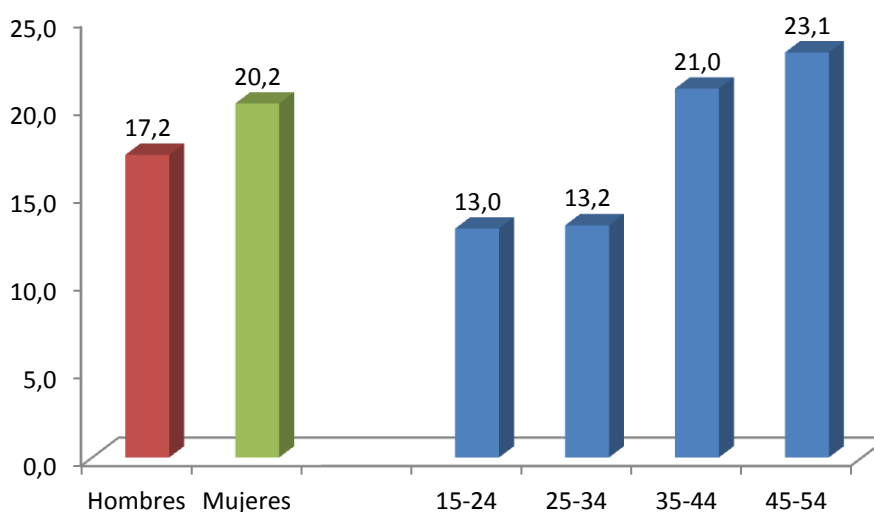
La urgencia se resolvió mediante alta médica en la gran mayoría de los casos (71,2%). Un 18,0% de los pacientes requirieron ingreso hospitalario, el 5,9% pidieron el alta voluntaria y un 4,8% fueron trasladados a otro centro (fig. 9).

Fig. 9.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según la resolución de la urgencia  
Comunidad de Madrid, 2017



La proporción de ingresos es mayor en las mujeres (20,2%) que en los hombres (17,2%) y aumenta con la edad (fig. 10). También es mayor en los pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica (24,4%) y en los que presentaban consumo de antipsicóticos (100,0%), heroína (35,7%) y benzodiacepinas (30,0%).

Fig. 10.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Ingreso hospitalario según género y edad. Comunidad de Madrid, 2017





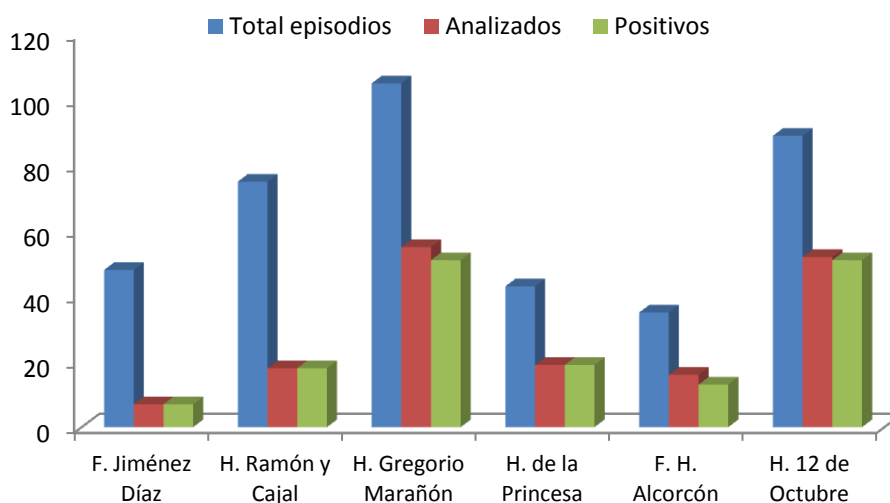
## RESULTADOS DE LABORATORIO

La solicitud de pruebas analíticas para la determinación de sustancias se realiza a criterio del profesional que atiende la urgencia y la posibilidad de determinar las diferentes sustancias dependen de la disponibilidad de dichas técnicas en cada hospital.

En 2017 se han realizado analíticas en el 42,3% de los episodios registrados en los seis hospitales en los que se recoge información de laboratorio. Se presentan diferencias por hospital, mostrando el Hospital 12 de Octubre el mayor porcentaje de episodios analizados (58,4%), seguido del Hospital Gregorio Marañón (52,4%) (fig. 11).

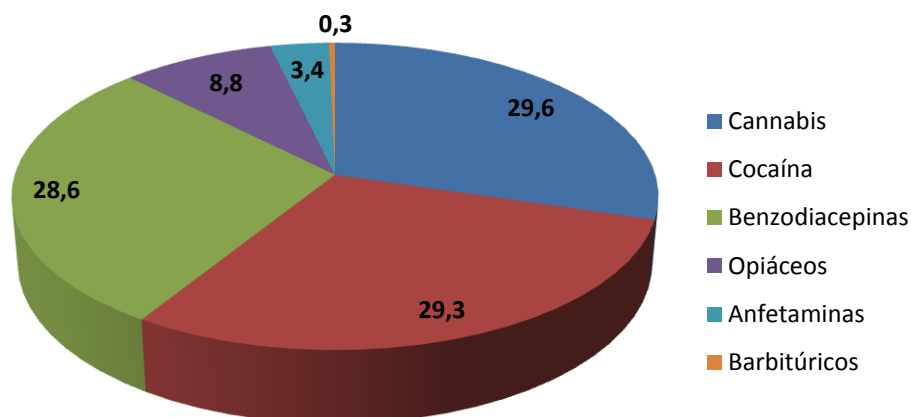
En el 95,2% de los episodios analizados se obtuvieron resultados positivos, mostrando algunas diferencias por hospital. En el Hospital Ramón y Cajal, el Hospital de la Princesa y la Fundación Jiménez Díaz todos los episodios analizados dieron resultados positivos.

Fig. 11.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de los episodios analizados y positivos por hospital  
Comunidad de Madrid, 2017



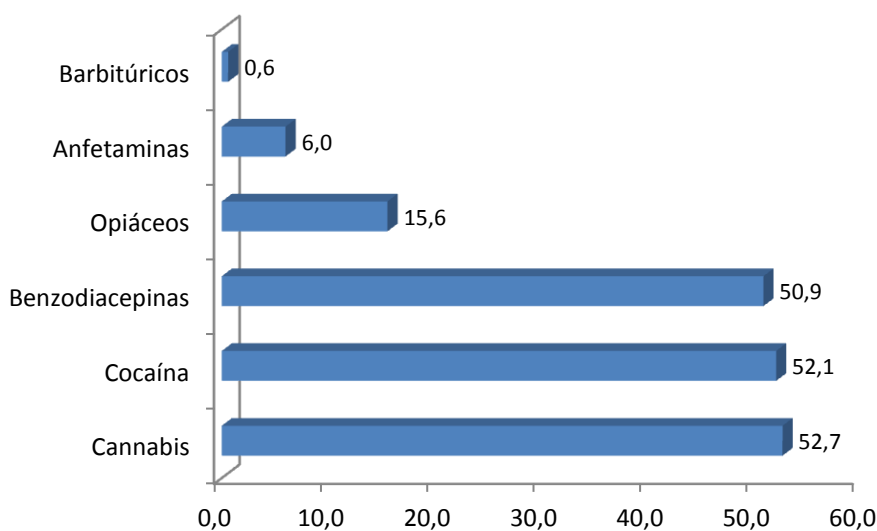
Se han detectado un total de 297 sustancias, con una media de 1,8 sustancias por episodio analizado. Las sustancias detectadas por orden de frecuencia han sido: cannabis (29,6%), cocaína (29,3%), benzodiacepinas (28,6%), opiáceos (8,8%), anfetaminas (3,4%) y barbitúricos (0,3%) (fig. 12).

Fig. 12.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de las sustancias detectadas. Comunidad de Madrid, 2017



En el 52,7% de los episodios analizados se detectó cannabis, cocaína en el 52,1%, benzodiacepinas en el 50,9%, opiáceos en el 15,6%, anfetaminas en el 6,0% y barbitúricos en el 0,6% (fig. 13).

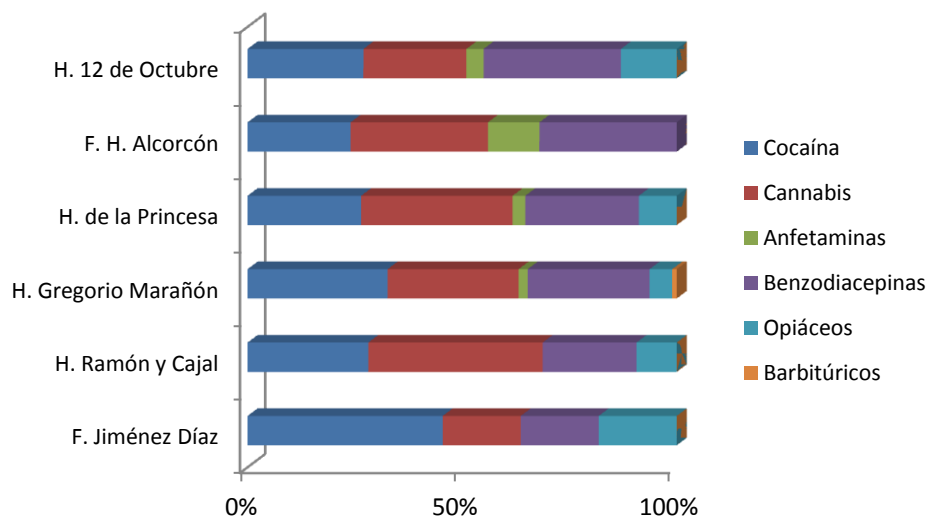
Fig.13.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Porcentaje de episodios según las sustancias detectadas  
Comunidad de Madrid, 2017



También se presentan algunas diferencias en las sustancias detectadas según los hospitales. La cocaína es la principal sustancia detectada en la Fundación Jiménez Díaz y en el Hospital Gregorio Marañón, siendo el cannabis en el Hospital Ramón y Cajal y en el Hospital de la Princesa; y las benzodiacepinas en el Hospital 12 de Octubre. El Hospital Fundación Alcorcón muestra una cifra similar de cannabis y benzodiacepinas (fig. 14).

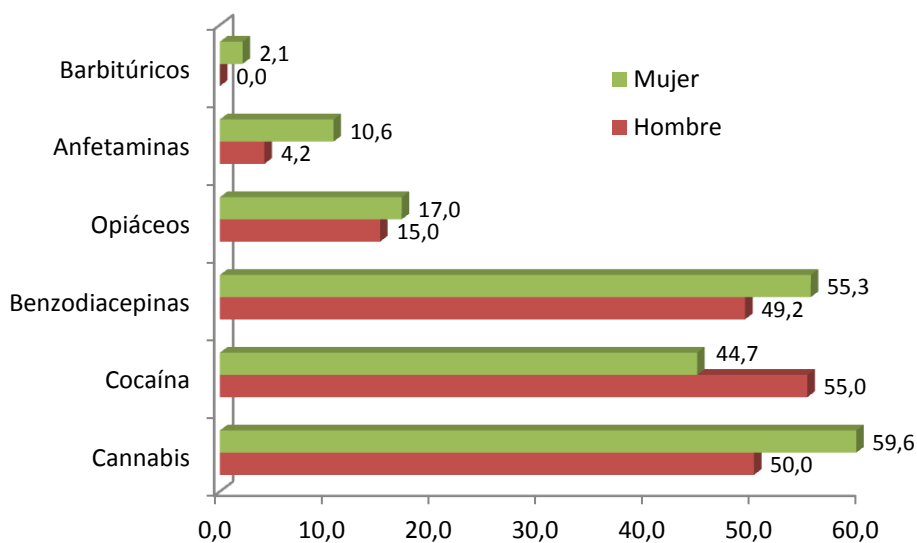
Las anfetaminas se han detectado sobre todo en el Hospital Fundación Alcorcón y los opiáceos en la Fundación Jiménez Díaz y el Hospital 12 de Octubre.

Fig. 14.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Sustancias detectadas por hospital. Comunidad de Madrid, 2017



También se presentan diferencias en las sustancias detectadas por género (fig. 15). En los hombres la principal sustancia detectada es la cocaína (55,0%), seguida del cannabis (50,0%); mientras que en las mujeres es el cannabis (59,6%), seguido de las benzodiacepinas (55,3%).

Fig. 15.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Sustancias detectadas por género. Comunidad de Madrid, 2017



## EVOLUCIÓN TEMPORAL

En la evolución temporal de los episodios de urgencias en consumidores de sustancias psicoactivas hay que tener en cuenta los cambios en el indicador a lo largo del tiempo. Se presentan los datos desde el año 2010 en el que se comenzó a recoger información de sólo siete hospitales. En el año 2016 se modificó la muestra de hospitales.

El número total de episodios registrados en consumidores de sustancias psicoactivas se mantiene bastante estable a lo largo del período, disminuyendo en los últimos años el número de episodios relacionados con el consumo de sustancias (fig. 16).

Centrándonos en los episodios relacionados con el consumo de sustancias, el período 2010-2017 observamos un incremento del porcentaje de hombres, que ha pasado de suponer el 57,8% en 2010 al 72,8% en 2017 (fig. 17).

Fig. 16.- Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas  
Distribución del número de episodios. Comunidad de Madrid, 2010-2017

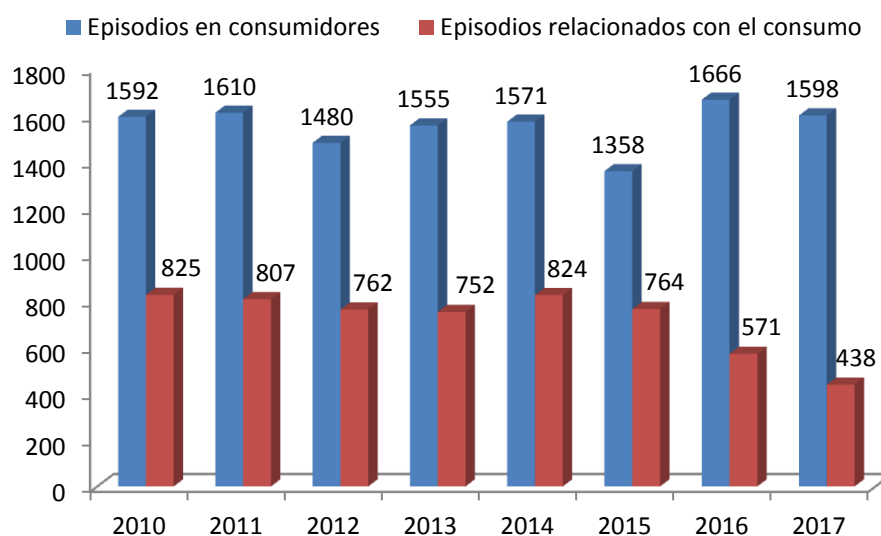
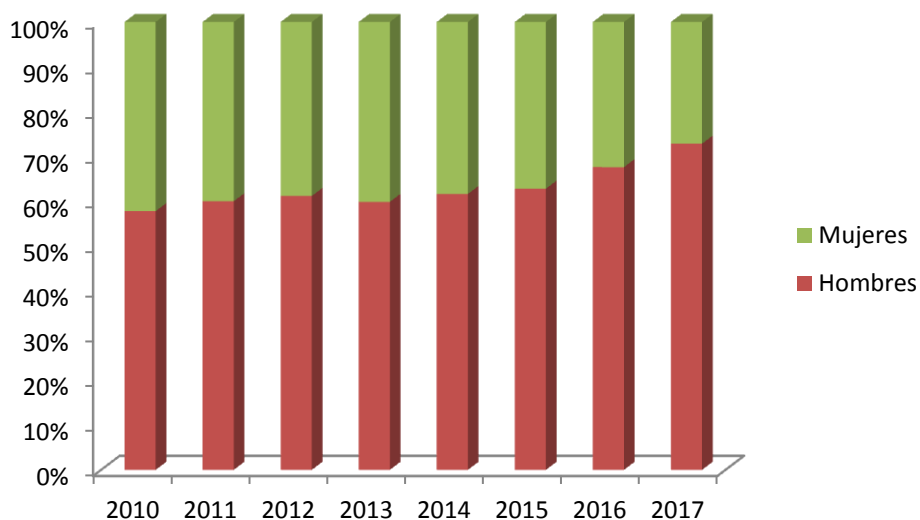


Fig. 17.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución por género. Comunidad de Madrid, 2010-2017



En el período de estudio se observa un ligero aumento de la edad media de los pacientes (35,1 años en 2010 y 35,7 años en 2017) (fig. 18). El grupo de edad de los mayores de 44 años ha ido adquiriendo mayor relevancia en los últimos años, suponiendo el 20,8% de los casos en 2017 (fig. 19).

Fig. 18.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de la media de edad. Comunidad de Madrid, 2010-2017

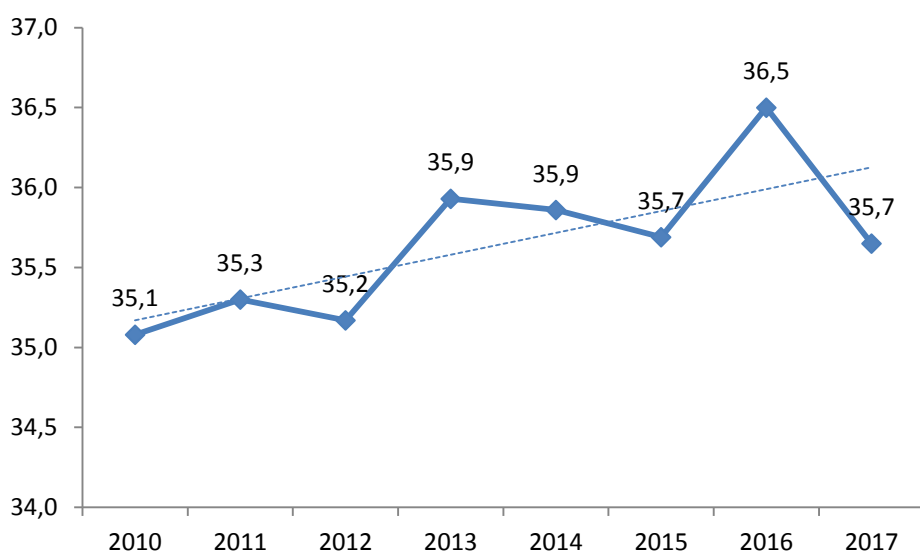
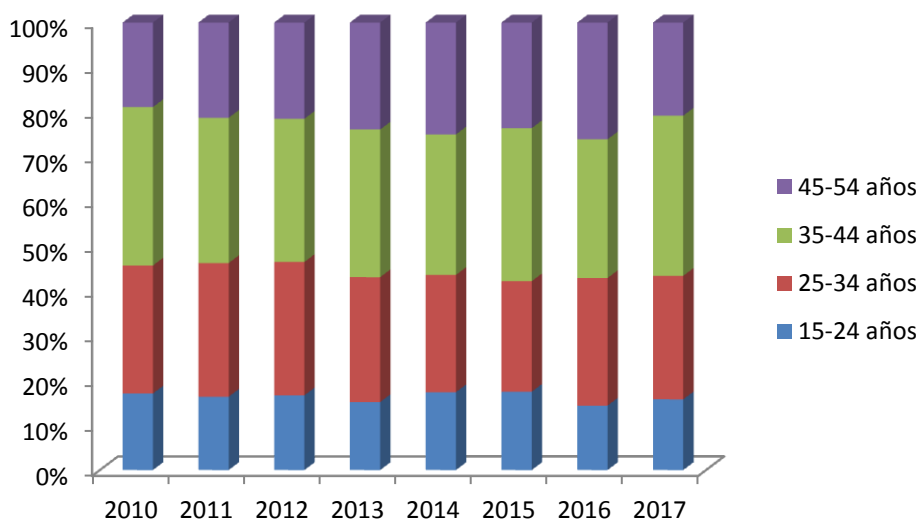
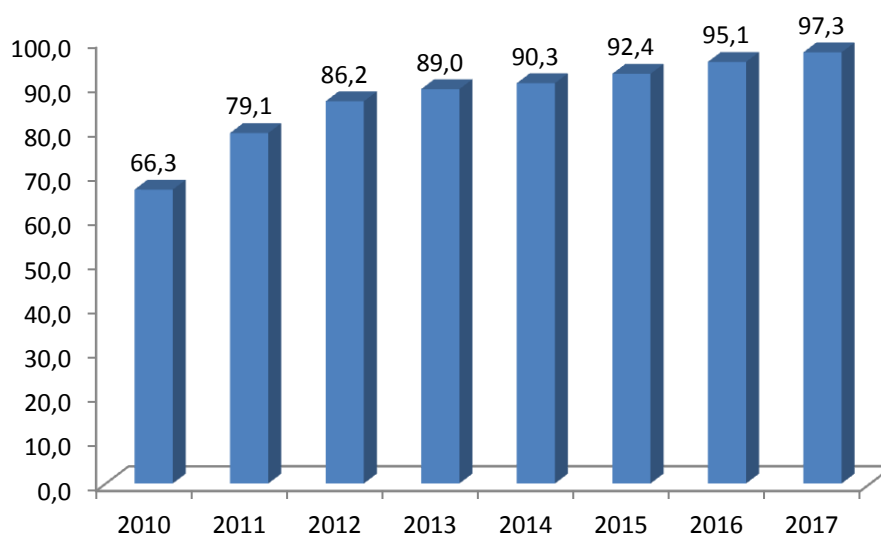


Fig. 19.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2010-2017



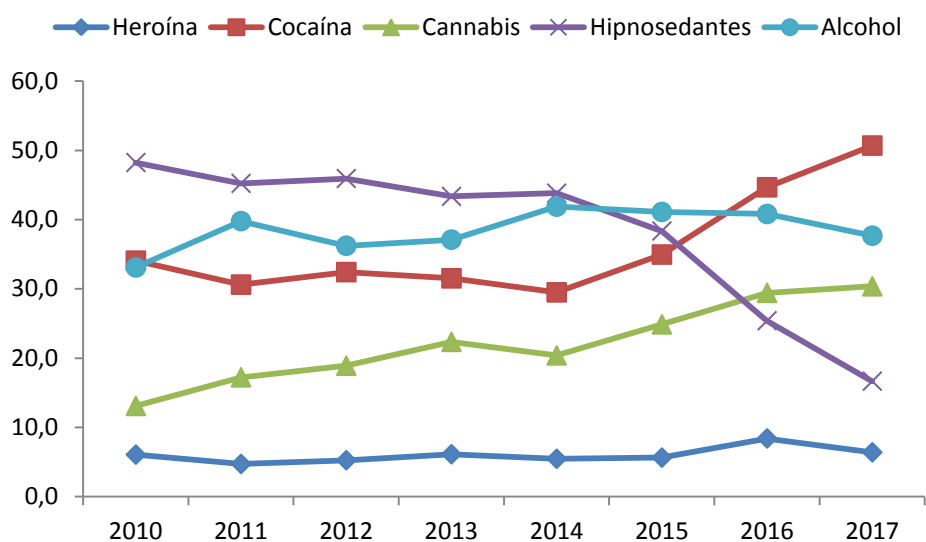
En el período 2010-2017 se observa un incremento de los diagnósticos de “Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas”, que forma parte del grupo de Trastornos mentales y del comportamiento, pasando de un 66,3% en 2010 a un 97,3% en 2017 (fig. 20).

Fig. 20.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas  
Comunidad de Madrid, 2010-2017



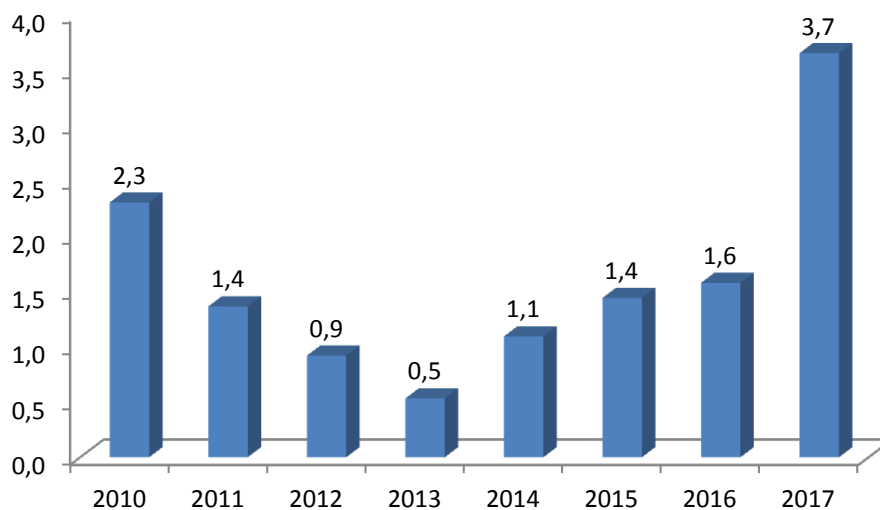
Respecto a la evolución de las sustancias psicoactivas relacionadas con el episodio de urgencias, las principales tendencias son el aumento paulatino del cannabis, el aumento en los últimos años de la cocaína y la disminución de los hipnosedantes (fig. 21).

Fig. 21.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Sustancias relacionadas con la urgencia. Comunidad de Madrid, 2010-2017



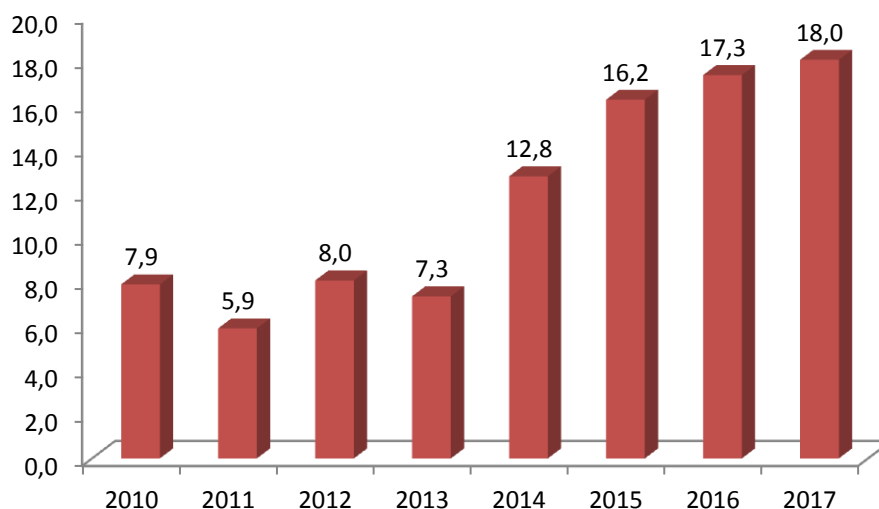
En cuanto a la evolución del uso de la vía parenteral o inyectada para la administración de las sustancias relacionadas con la urgencia, se observa una tendencia descendente hasta 2013, con un incremento paulatino a partir de entonces; registrándose esta vía de administración en el 3,7% de los episodios en 2017 (fig. 22).

Fig. 22.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Uso de la vía parenteral. Comunidad de Madrid, 2010-2017



Respecto a la resolución de la urgencia observamos un incremento de la proporción de episodios que requieren ingreso hospitalario, que han pasado del 7,9% en 2010 al 18,0% en 2017 (fig. 23).

Fig. 23.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Ingresos hospitalarios. Comunidad de Madrid, 2010-2017



## DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes que acuden a urgencia por consumo de sustancias psicoactivas son hombres de mediana edad y en una importante proporción son policonsumidores. Alrededor de uno de cada cuatro pacientes tenía antecedentes de patología psiquiátrica, lo que coincide con la relación descrita entre trastornos mentales y abuso de sustancias.

La cocaína es la principal sustancia ilegal relacionada con el episodio de urgencias. El patrón de consumo de sustancias difiere por sexo y edad, con mayor consumo en mujeres especialmente de los hipnosedantes y en hombres especialmente de cannabis y estimulantes. Estas diferencias se observan también en las encuestas de consumo y en el resto de indicadores de problemas derivados del consumo, por lo que la perspectiva de género ha de tenerse en cuenta en el abordaje de este problema.

Se observa una mayor proporción de ingresos hospitalarios en las mujeres y un incremento de los ingresos con la edad. Los pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica también presentan una mayor proporción de ingresos hospitalarios, lo que concuerda con una mayor gravedad en caso de patología dual.



Los resultados de laboratorio obtenidos concuerdan con la información registrada sobre consumo de las sustancias. Respecto a las diferencias por hospitales hay que tener en cuenta que la solicitud de pruebas de determinación analítica de sustancias se realiza a criterio del facultativo que atiende al paciente y que no todos los hospitales disponen de pruebas de detección para todas las sustancias.

La disminución del número de episodios de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas registrado en los últimos años, con un número estable de episodios en consumidores, puede deberse en parte al cambio en la muestra de hospitales incluidos en el indicador.

En cuanto al aumento observado en la edad de los pacientes, podría indicar que las nuevas cohortes no se están incorporando con la misma frecuencia al consumo de drogas, pero también es compatible con el hecho de que la adicción a drogas es una patología crónica, por lo que los consumidores irían envejeciendo con su adicción y ésta les iría causando más problemas.

Respecto a evolución de las sustancias relacionadas con los episodios de urgencias observamos una tendencia ascendente para el cannabis, que se ha descrito también a nivel nacional y en otros países.

El aumento en los últimos años en la proporción de casos en los que se registra consumo de cocaína, no se ha asociado a un aumento en el número de episodios de urgencias relacionados con esta sustancia. Tampoco se ha observado un aumento en la prevalencia de consumo de cocaína en las encuestas poblacionales, por lo que el mayor papel de esta sustancia en los episodios de urgencias podría deberse en parte también al envejecimiento de los consumidores.

En alrededor del 40% de los episodios el consumo de alcohol se asocia al consumo de otras sustancias. Teniendo en cuenta el importante papel del alcohol en la morbilidad y mortalidad en nuestro medio, se ha decidido recoger a partir de 2018 también los episodios debidos únicamente a esta sustancia, para poder determinar toda la patología urgente que ocasiona.

El cuanto a la heroína y los opioides analgésicos de prescripción, cuyo consumo ha aumentado en algunos países, así como las muertes por sobredosis relacionadas con dichos consumos; tenemos que señalar que en nuestro medio no se ha detectado esta situación, mostrando una tendencia relativamente estable. Tampoco se observa incremento en la mortalidad por esta sustancia.

A nivel nacional, en el año 2015 (último año disponible) se registraron 10.163 episodios de urgencias hospitalarias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De éstos, en 5.238 (51,5%) se encontró relación entre la droga y la urgencia. El 77,4% de los episodios debidos al consumo de drogas se presentaron en hombres y la edad media de los pacientes fue de 34,1 años. El porcentaje de hombres es superior al registrado en la Comunidad de Madrid en 2017 (72,8%), mientras que la edad media de los pacientes fue menor (35,7 años en la Comunidad de Madrid). A nivel nacional también se observaron diferencias por sexo en los

hipnosedantes, cuyo porcentaje fue mayor en las mujeres. En la evolución se presenta también un aumento de la edad media, así como un incremento del consumo de cannabis (42,2% en 2015). La cocaína es también la principal droga relacionada con los episodios de urgencias, mostrando una tendencia más o menos estable (43,5% en 2015). La heroína presenta una interrupción de la tendencia descendente observada en los últimos años, relacionándose con el 11,2% de las urgencias en 2015 (6,4% en la Comunidad de Madrid en 2017).

A nivel europeo, según datos del European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) sistema europeo que monitoriza las emergencias hospitalarias relacionadas con el uso de drogas (actualmente recoge datos de 29 centros centinela de 21 países), entre octubre de 2013 y septiembre de 2015 se registraron 10.956 episodios de emergencias hospitalarias por drogas. El 75% se presentaron en hombres y el grupo de edad más común fue el de 20-39 años. Los opioides y la heroína fueron las drogas más frecuentemente asociadas con la toxicidad aguda observada en los servicios de urgencias (24%). La cocaína y el cannabis también tuvieron un papel importante (16% respectivamente). Las nuevas sustancias psicoactivas se registraron en un 11% de los episodios, siendo las más frecuentemente identificadas las catinonas (especialmente la mefedrona). Un 38% de los episodios se relacionaron con dos o más sustancias, con una media de 1,6 sustancias por episodio. Una cifra similar a la registrada en nuestro estudio.

El incremento de los ingresos hospitalarios, el aumento de la edad de los sujetos y de los diagnósticos de trastornos mentales o del comportamiento, es compatible con un mayor papel de los consumidores habituales. Esto se confirma con la información disponible sobre el tipo y frecuencia de consumo de los pacientes, en el que predomina el consumo habitual. Lo que señala la importancia de que los profesionales registren de forma rutinaria esta información en la historia clínica.

Los resultados de este estudio son compatibles con la información procedente de otros indicadores de consumo problemático. En el año 2016 los sujetos en tratamiento por consumo de drogas en la Comunidad de Madrid eran en su mayoría varones (79,8%), adultos jóvenes (media de edad 40,5 años). La heroína y la cocaína son las principales drogas por las que los sujetos se encontraban en tratamiento, pero el cannabis es la principal droga por la que inician tratamiento los pacientes por primera vez.

Por su parte la información disponible sobre mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas nos muestra en 2017 un patrón de presentación con un 76,3% de varones y una media de edad de 44,5 años. La sustancia ilegal encontrada con mayor frecuencia en los fallecidos fue la cocaína (48,8%).

La menor edad media de los sujetos que acuden a los servicios de urgencias por consumo de sustancias, respecto a los sujetos en tratamiento y a los que fallecen por esta causa, indica el papel de estos servicios como lugar del primer contacto de estos pacientes con el sistema de salud. Por lo que debería aprovecharse esta oportunidad para realizar una intervención breve informando sobre las consecuencias nocivas del consumo de drogas, así como de los recursos disponibles en la red asistencial para prevenir y tratar este problema.

A nivel del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías recientemente se ha realizado una revisión de la efectividad de las intervenciones breves en los servicios de urgencias. La mayoría de los estudios revisados se relacionaban con el consumo de alcohol, o de alcohol y drogas. Las intervenciones breves son intervenciones psicosociales diseñadas para ayudar a reconocer los patrones de consumo de riesgo y perjudicial de sustancias, y motivar y dar apoyo para realizar los cambios necesarios para reducir o evitar dicho consumo. En las intervenciones breves se utiliza generalmente el modelo de conversación colaborativa de la entrevista motivacional, y como su nombre sugiere su duración es breve oscilando entre los 5 y los 30 minutos. Este tipo de intervenciones puede realizarse por un amplio rango de profesionales: psicólogos, médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales. En esta revisión encuentran beneficios potenciales en las intervenciones breves especialmente en relación con los cambios en el comportamiento, y concluyen que la viabilidad de estas intervenciones realizadas por personal de urgencias, la ausencia de efectos adversos y la relación coste-efectividad sugiere que las intervenciones breves podrían ser consideradas como parte de la formación de los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias.

Entre las limitaciones de nuestro estudio podemos señalar el hecho de que no se recoge información exhaustiva de todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, ni de todas las urgencias; lo que requeriría la utilización de numerosos recursos. Sin embargo, al mantener los criterios del indicador a lo largo del tiempo se obtienen estimaciones comparables, lo que nos permite detectar tendencias.

Según el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, en el año 2016 se atendieron 3.291.087 urgencias, de las que un 10,07% requirieron ingreso hospitalario. Los hospitales incluidos en el indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas atendieron el 34% del total de urgencias y realizaron el 65% del total de ingresos efectuados en el Servicio Madrileño de Salud.

Según datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias y Cirugía Ambulatoria (CMBD) de la Comunidad de Madrid, en el año 2015 se registraron 2.679 ingresos hospitalarios por Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en pacientes residentes en la Comunidad de Madrid (41,62 ingresos por 100.000 habitantes). El 44,5% de estos ingresos fueron urgentes. Los hospitales incluidos en el indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas aportaron el 16,1% de los ingresos totales de este tipo y el 33,8% de los ingresos urgentes.

El uso de drogas ilegales es relativamente frecuente en nuestro medio. Según datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas, en el año 2015 el 28,3% de la población de 15 a 64 años de la Comunidad de Madrid había consumido alguna vez cannabis y el 8,4% cocaína.

Por su parte el consumo de drogas ilegales como motivo de urgencias no es infrecuente. Según un estudio realizado en Inglaterra, el 3% de todas las urgencias atendidas en una semana típica estuvieron relacionadas directamente con el uso de drogas ilegales y de ellas casi la mitad requirió ingreso hospitalario. El mayor consumo de drogas ilegales en el último mes por los pacientes que acudieron a urgencias (16,1%)

respecto a la población general (6%), hace sugerir a los autores que el consumo reciente de drogas se relaciona con una mayor demanda de cuidados urgentes.

Se ha descrito la importancia de los servicios de urgencias en la prevención de las muertes relacionadas por el consumo de drogas en la comunidad, en virtud de su mayor interacción con esta población. En un estudio realizado en Reino Unido se observó que en un 78% de las muertes relacionadas con drogas, los fallecidos habían acudido a los servicios de urgencias previamente (con una media de 6 visitas), de los que un 60% lo hicieron en el último año.

El Sistema Español de Alerta Temprana tiene como objetivos la detección, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias; contando con la información procedente de los servicios de urgencias. Este sistema de información está integrado en el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, que se creó en 1997. Durante el año 2016 se han notificado a este sistema un total de 66 nuevas sustancias psicoactivas, perteneciendo las más frecuentes a los siguientes grupos: catinonas (14), cannabinoides sintéticos (11), opioides (9), fenetilaminas (6), arilciclohexilaminas (6) y benzodiacepinas (6). Estas sustancias son analizadas en laboratorios de referencia con capacidad analítica para su identificación, por lo que es importante establecer circuitos de envío de muestras de los hospitales a dichos laboratorios.

## CONCLUSIONES

El perfil de paciente consumidor de sustancias psicoactivas que acude a los servicios de urgencias hospitalarios es el de un varón adulto joven, en muchos casos policonsumidor. La cocaína es la principal droga relacionada con el episodio de urgencias, seguida del cannabis.

Se presentan diferencias por sexo y edad en los patrones de consumo que han de tenerse en cuenta tanto en el abordaje de los pacientes como en los programas de prevención.

En la evolución se observa un aumento de la edad de los pacientes, de la proporción de ingresos hospitalarios, del uso de la vía parenteral y de los episodios relacionados con el consumo de cannabis y de cocaína.

Es de gran importancia registrar en la historia clínica el tipo de consumo realizado por los pacientes (frecuencia, cantidad, vía de administración), así como determinar las sustancias implicadas en el episodio de urgencias, (especialmente en los que presentan mayor gravedad) por lo que hay que establecer un sistema de envío de muestras a los laboratorios de referencia capaces de identificar las nuevas sustancias.

Los servicios de urgencias tienen un papel en la prevención de los consumos de riesgo, así como en la derivación de pacientes a recursos específicos. Para ello habría que formar a los profesionales en las técnicas de intervención breve.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Indicador: urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en:  
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016Protocolo\\_\(urgencias\).pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016Protocolo_(urgencias).pdf)
2. Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2015. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Disponible en:  
[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017\\_Informe\\_Indi\\_Urgencias.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017_Informe_Indi_Urgencias.pdf)
3. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2017. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Disponible en:  
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017>
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016), Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Publications Office of the European Union, Luxembourg.  
[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2973/TD0216713ENN-1\\_Final%20pdf.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2973/TD0216713ENN-1_Final%20pdf.pdf)
5. Descripción de las características de los pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD). Comunidad de Madrid. Año 2016. Subdirección General de Actuación en Adicciones. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en:  
<https://saluda.salud.madrid.org/SaludPublica/ActuacionAdicciones/Paginas/DatosDeConsumo.aspx>
6. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid. Año 2017. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
7. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Fecha de actualización: junio de 2017. Disponible en:  
<http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesDatosGenerales.aspx>
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016), Emergency department-based brief interventions for individuals with substance-related problems: a review of effectiveness, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

9. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas. Año 2015. Subdirección General de Actuación en Adicciones. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en:  
<https://saluda.salud.madrid.org/SaludPublica/ActuacionAdicciones/Paginas/DatosDeCons umo.aspx>
10. Binks S, Hoskins R, Salmon D, Bengner J. Prevalence and health burden of illegal drug use among emergency department patients. Emerg Med J 2005; 22:872-3.
11. Informe sobre evolución de los ingresos hospitalarios por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, CMBD 2003-2015. Subdirección General de Actuación en Adicciones. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en:  
<https://saluda.salud.madrid.org/SaludPublica/ActuacionAdicciones/Paginas/DatosDeCons umo.aspx>
12. Ryan JM, Spronken I. Drug related deaths in the community: a preventive role for accident and emergency departments? J Accid Emerg Med 2000; 17:272-3.

## URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL AÑO 2017

### RESUMEN

**Antecedentes:** En el año 2010 se incorpora la vigilancia de urgencias extrahospitalarias a los indicadores de consumo problemático de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid.

**Objetivos:** Describir los episodios de urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas presentados en la Comunidad de Madrid en el año 2016, así como su evolución desde 2010.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los episodios de urgencias extrahospitalarias registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2017. Se analizan los episodios presentados en pacientes de 15-54 años en una semana de cada mes seleccionada al azar. El consumo de alcohol sólo se recoge cuando está asociado al de otra sustancia.

**Resultados:** En el año 2017 se registraron 378 episodios de urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. El 64,8% eran hombres y la media de edad fue de 34,0 años. El principal diagnóstico fue de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (93,1%). En el 65,6% de los episodios se realizó traslado de los pacientes al hospital. Las principales sustancias ilegales relacionadas con el episodio de urgencias han sido la cocaína (32,2%) y el cannabis (20,6%). El alcohol se asocia a otra sustancia en el 40% de los episodios. Se presentan diferencias por sexo y grupo de edad en las sustancias relacionadas con la urgencia. Las mujeres presentan una mayor proporción de hipnosedantes y antidepresivos, y los hombres del resto de sustancias. El cannabis predomina en los más jóvenes, los estimulantes en las edades intermedias, y los hipnosedantes y los opioides en los mayores.

Se presentan diferencias en los dos servicios de emergencias (SAMUR y SUMMA) en el patrón por sexo y edad de los pacientes, y en las sustancias relacionadas con la urgencia. La proporción de varones es mayor y la media de edad es menor en las urgencias de SAMUR que en las de SUMMA. Se registra una mayor proporción de opioides, estimulantes y cannabis en SAMUR; y hipnosedantes, antidepresivos y alcohol en SUMMA.

En el período 2010-2017 se observa una disminución de los hipnosedantes y los opioides, así como un incremento del cannabis y el alcohol; mostrando la cocaína una tendencia más estable.

**Conclusiones:** Las urgencias extrahospitalarias por consumo de drogas afectan fundamentalmente a varones jóvenes. La cocaína es la principal sustancia ilegal asociada a estos episodios. En la evolución temporal se observa un incremento del cannabis y el alcohol. La monitorización de las emergencias por consumo de sustancias psicoactivas complementa la información del indicador de urgencias hospitalarias.

## INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid en el año 2010 se incorporaron al sistema de información de las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas las urgencias atendidas en el ámbito extrahospitalario, analizando la información suministrada por los servicios de emergencias sanitarias (SAMUR y SUMMA 112).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogen los episodios de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas registrados en los servicios de emergencias sanitarias (SAMUR y SUMMA 112) durante 12 semanas (una semana de cada mes elegida al azar que coincide con la del indicador de urgencias hospitalarias). El consumo de alcohol sólo se recoge cuando está asociado al de otras sustancias.

Se registra la siguiente información: edad, sexo, fecha de la urgencia, recurso movilizado, diagnóstico, resolución de la urgencia, hospital al que se remite y sustancias consumidas.

## RESULTADOS

En el año 2017 se registraron un total de 378 episodios de urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas, 254 atendidos por el SAMUR (67,2%) y 124 atendidos por el SUMMA 112 (32,8%) (tabla 1 y fig. 1).

Tabla 1.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Número de episodios según el servicio de emergencias  
Comunidad de Madrid. Años 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>SUMMA</b>	233	202	142	205	157	160	167	124
<b>SAMUR</b>	254	218	119	194	206	215	212	254
<b>Total</b>	487	420	261	399	363	375	379	378

El 64,8% de los pacientes atendidos eran hombres y la media de edad fue de 34,0 años (34,3 en hombres y 33,4 en mujeres). El mayor número de casos se presentó en el grupo de edad de 40-44 años (14,8%), seguido del de 30-34 años (14,0%) (fig. 2).



Fig. 1.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Número de episodios según el servicio de emergencias  
Comunidad de Madrid. Años 2010-2017

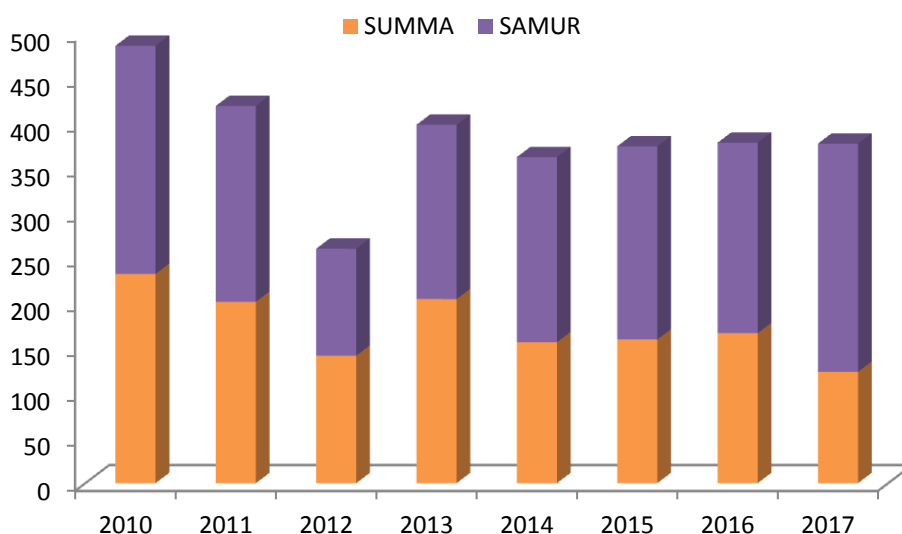
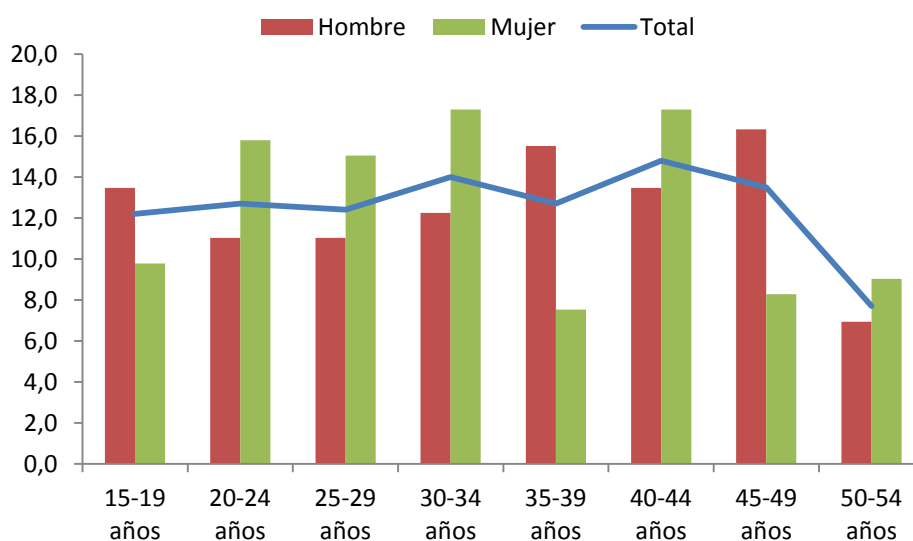
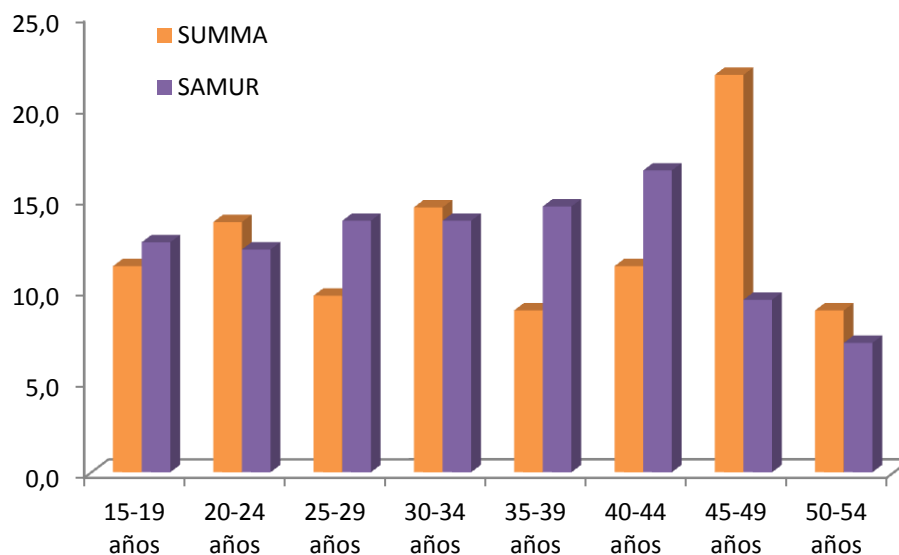


Fig. 2.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución por sexo y grupo de edad  
Comunidad de Madrid. Año 2017



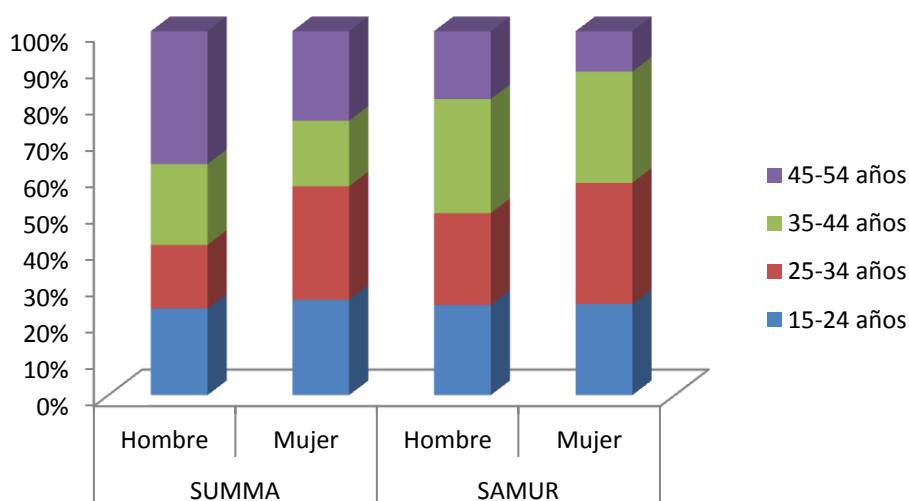
Se presentan diferencias en los pacientes atendidos por los dos servicios de emergencias, con una mayor proporción de hombres en los pacientes atendidos por SAMUR (71,7% vs 50,8%) y una edad media superior en los pacientes atendidos por SUMMA (35,0 años vs 33,5 años) (fig. 3).

Fig. 3.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según servicio de emergencias y grupo de edad  
Comunidad de Madrid. Año 2017



En la fig. 4 se muestra la distribución por sexo y edad según el servicio de emergencias, observándose que las diferencias entre servicios son mayores para los hombres (media de edad de 36,0 años en SUMMA y de 33,8 años en SAMUR).

Fig. 4.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según servicio de emergencias, sexo y grupo de edad  
Comunidad de Madrid. Año 2017



## Resolución de la urgencia

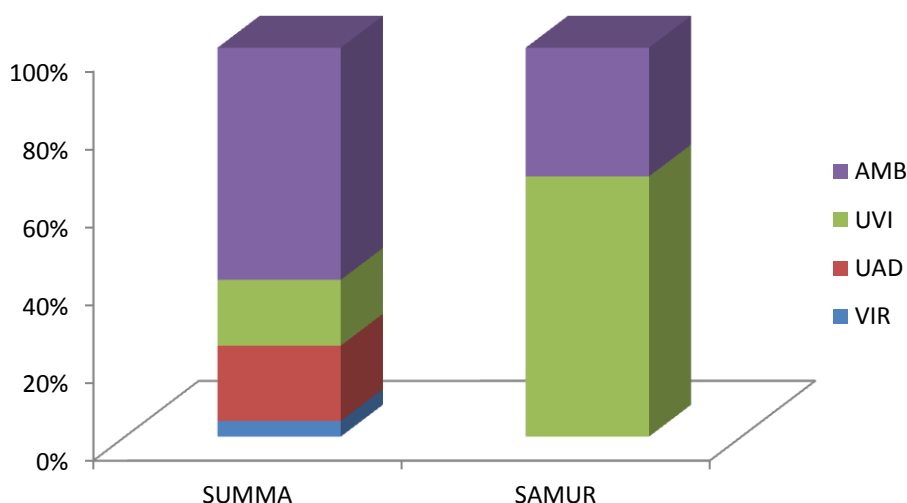
En el 34,4% de los casos la urgencia se resolvió en el lugar de la intervención y en el 65,6% restante se requirió el traslado del paciente a un centro hospitalario. Se observan diferencias por servicio de emergencias, con un mayor porcentaje de traslados en los episodios atendidos por SAMUR (70,9%) que en los tendidos por SUMMA (54,8%).

## Trasporte movilizado

El vehículo movilizado en estas emergencias fue principalmente una UVI móvil (50,5%), seguido de una ambulancia de soporte básico (41,8%).

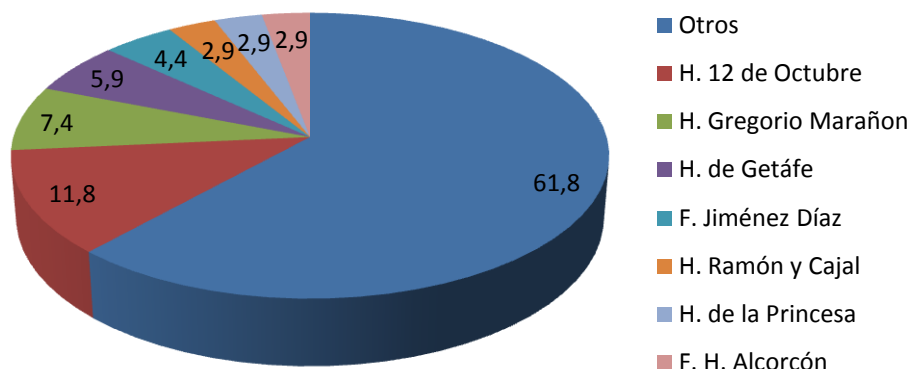
En el 59,7% de los casos atendidos por SUMMA se movilizó una ambulancia (AMB); utilizándose en el resto una Unidad de Atención a Domicilio (UAD 19,4%), una UVI móvil (16,9%) y un Vehículo de Intervención Rápida (VIR 4,0%). En SAMUR se movilizó una UVI móvil en el 66,9% de los casos y en el resto una ambulancia (fig. 5).

Fig. 5.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según servicio de emergencias y trasporte movilizado  
Comunidad de Madrid. Año 2017



En el 38,2% de los desplazamientos realizados por el SUMMA 112 se trasladó al paciente a un centro hospitalario incluido en el indicador de urgencias hospitalarias de la Comunidad de Madrid. Los hospitales de este grupo a los que se trasladó el mayor número de pacientes fueron el Hospital 12 de Octubre (11,8%) y el Hospital Gregorio Marañón (7,4%) (fig. 6).

Fig. 6.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Centro a los que se realiza el traslado en SUMMA 112  
Comunidad de Madrid. Año 2017



### Diagnóstico de la urgencia

El número medio de diagnósticos (CIE-10) por episodio de urgencias ha sido de 1,8. El grupo diagnóstico más frecuente fue el de “Trastornos mentales y del comportamiento” que supuso el 82,5% del total, seguido del grupo de “Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otro sitio” (9,1%) y el de “Causas externas de morbilidad y mortalidad” (6,4%) entre las que se incluyen los intentos de suicidio (tabla 2).

Tabla 2.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de los diagnósticos según grandes grupos de la CIE-10  
Comunidad de Madrid. Año 2017

DIAGNÓSTICOS	NÚMERO	%
Enf. infecciosas y parasitarias	2	0,3
Trastornos mentales y del comportamiento	556	82,5
Enf. del sistema nervioso	1	0,1
Enf. del sist. respiratorio	2	0,3
Enf. del aparato digestivo	1	0,1
Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados	61	9,1
Traumatismos, envenenamientos, y otros de causa externa	7	1,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	43	6,4
Factores que influyen en salud	1	0,1
Total	674	100,0

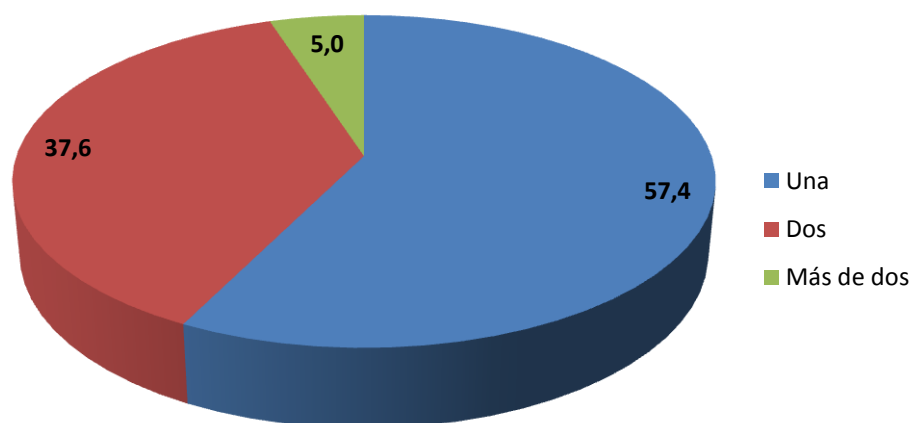
Nota.- Un paciente puede tener más de un diagnóstico

En el 93,1% de los episodios se diagnosticó abuso o dependencia de sustancias psicoactivas dentro del grupo de trastornos mentales y del comportamiento. Esta proporción fue superior en los episodios atendidos por SUMMA (95,2%) que en los atendidos por el SAMUR (92,1%).

## Sustancias consumidas

De los 378 episodios de urgencias registrados en 58 no se dispone de información sobre la sustancia consumida (15,3%); recogiéndose en la historia clínica un total de 442 sustancias psicoactivas, con una media de 1,4 sustancias por episodio. En el 42,6% de los episodios se consume más de una sustancia y en el 5,0% más de dos (fig. 7).

Fig. 7.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según el nº de sustancias consumidas  
Comunidad de Madrid. Año 2017



El alcohol fue la sustancia que se identificó con mayor frecuencia (39,7%), seguido de la cocaína (32,2%), las benzodiacepinas (27,2%) y el cannabis (20,6%). En un 3,8% de los episodios se registró consumo de heroína y en un 2,2% de MDMA/otras drogas de diseño (tabla 3 y fig. 8).

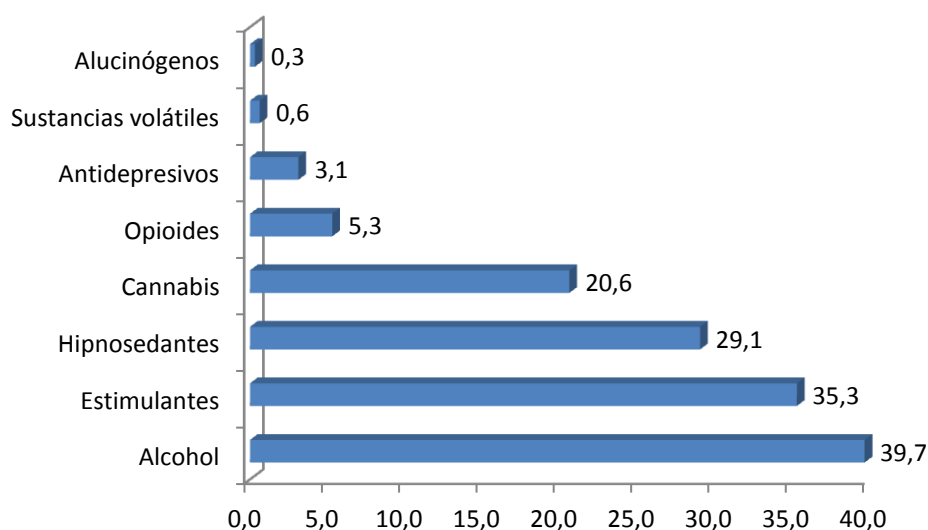
Respecto a las nuevas sustancias, se han registrado 10 casos de consumo de Ácido Gamma-hidroxi-butírico (GHB, clasificado en el grupo de otros hipnosedantes) y 1 caso de consumo de ketamina (alucinógeno).

Tabla 3.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según la sustancia consumida  
Comunidad de Madrid. Año 2017

SUSTANCIAS	NÚMERO	%
<b>OPIOIDES</b>	<b>17</b>	<b>5,3</b>
Heroína	12	3,8
Metadona	2	0,6
Otros opioides	3	0,9
<b>ESTIMULANTES</b>	<b>113</b>	<b>35,3</b>
Cocaína	103	32,2
Anfetaminas	4	1,3
MDMA y otras drogas de diseño	7	2,2
Otros estimulantes	2	0,6
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	<b>93</b>	<b>29,1</b>
Benzodiacepinas	87	27,2
Antipsicóticos	4	1,3
Otros hipnosedantes	12	3,8
<b>ALUCINÓGENOS</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>66</b>	<b>20,6</b>
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>10</b>	<b>3,1</b>
<b>ALCOHOL</b>	<b>127</b>	<b>39,7</b>

**Nota.-** Un paciente puede haber consumido más de una sustancia. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios con sustancia conocida (320)

Fig. 8.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución según la sustancia consumida. Comunidad de Madrid. Año 2017



Se presentan diferencias en las sustancias consumidas en relación con el servicio de emergencias que atiende al paciente (tabla 4 y fig. 9) con un mayor consumo de opioides, estimulantes y cannabis en los episodios atendidos por SAMUR; y de hipnosedantes y antidepresivos en los episodios atendidos por SUMMA.

En el 38,2% de los episodios atendidos por SAMUR los pacientes habían consumido alcohol junto a otras sustancias, cifra que asciende al 42,6% en los episodios atendidos por SUMMA.

Tabla 4.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de la sustancia consumida según el servicio de emergencias  
Comunidad de Madrid. Año 2017

SUSTANCIA	SUMMA		SAMUR	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
<b>OPIOIDES</b>	<b>2</b>	<b>1,9</b>	<b>15</b>	<b>7,1</b>
Heroína	2	1,9	10	4,7
Metadona	0	0,0	2	0,9
Otros opioides	0	0,0	3	1,4
<b>ESTIMULANTES</b>	<b>23</b>	<b>21,3</b>	<b>90</b>	<b>42,5</b>
Cocaína	21	19,4	82	38,7
Anfetaminas	2	1,9	2	0,9
MDMA y otras drogas de diseño	1	0,9	6	2,8
Otros estimulantes	0	0,0	2	0,9
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	<b>47</b>	<b>43,5</b>	<b>46</b>	<b>21,7</b>
Benzodiacepinas	43	39,8	44	20,8
Antipsicóticos	4	3,7	0	0,0
Otros hipnosedantes	2	1,9	10	4,7
<b>ALUCINÓGENOS</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>9</b>	<b>8,3</b>	<b>57</b>	<b>26,9</b>
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>6</b>	<b>5,6</b>	<b>4</b>	<b>1,9</b>
<b>ALCOHOL</b>	<b>46</b>	<b>42,6</b>	<b>81</b>	<b>38,2</b>

**Nota.-** Un paciente puede haber consumido más de una droga. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios con sustancia conocida (SUMMA=108, SAMUR=212)

La distribución de las sustancias relacionadas con la urgencia por género se muestra en la tabla 5 y fig. 10. Las principales diferencias que se observan son una mayor proporción de hipnosedantes y antidepresivos en las mujeres, y del resto de sustancias en los hombres (especialmente estimulantes y opioides).

Fig. 9.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de la sustancia consumida según servicio de emergencias  
Comunidad de Madrid. Año 2017

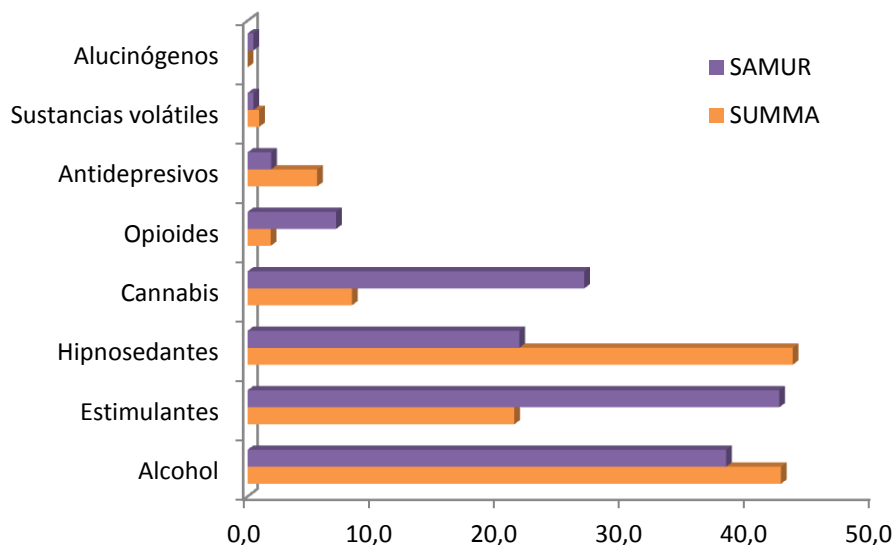


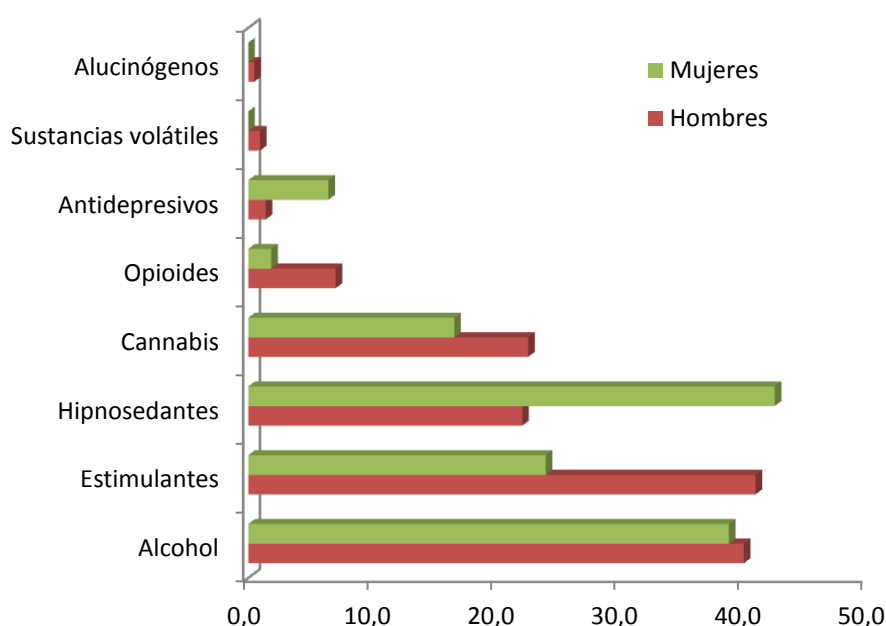
Tabla 5.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de la sustancia consumida según el género  
Comunidad de Madrid. Año 2017

SUSTANCIA	HOMBRE		MUJER	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
<b>OPIOIDES</b>	<b>15</b>	<b>7,1</b>	<b>2</b>	<b>1,9</b>
Heroína	10	4,7	2	1,9
Metadona	2	0,9	0	0,0
Otros opioides	3	1,4	0	0,0
<b>ESTIMULANTES</b>	<b>87</b>	<b>41,0</b>	<b>26</b>	<b>24,1</b>
Cocaína	79	37,3	24	22,2
Anfetaminas	3	1,4	1	0,9
MDMA y otras drogas de diseño	6	2,8	1	0,9
Otros estimulantes	2	0,9	0	0,0
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	<b>47</b>	<b>22,2</b>	<b>46</b>	<b>42,6</b>
Benzodiacepinas	41	19,3	46	42,6
Antipsicóticos	4	1,9	0	0,0
Otros hipnosedantes	9	4,2	3	2,8
<b>ALUCINÓGENOS</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>48</b>	<b>22,6</b>	<b>18</b>	<b>16,7</b>
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>3</b>	<b>1,4</b>	<b>7</b>	<b>6,5</b>
<b>ALCOHOL</b>	<b>85</b>	<b>40,1</b>	<b>42</b>	<b>38,9</b>

Nota.- Un paciente puede haber consumido más de una droga. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios con sustancia conocida (Hombre=212, Mujer=108)

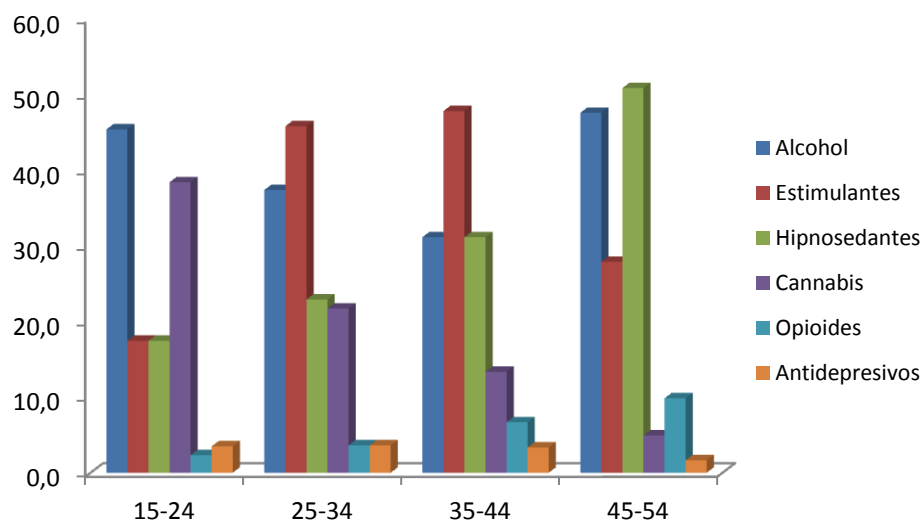


Fig. 10.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de la sustancia consumida según el género  
Comunidad de Madrid. Año 2017



También se presentan diferencias en las sustancias relacionadas con la urgencia según la edad de los pacientes (fig. 11). El consumo de cannabis disminuye con la edad, aumentando el de hipnosedantes y opioides. Los estimulantes predominan en el grupo de edad intermedio (25-44 años) y el alcohol en los grupos de edad extremos (15-24 años y 45-54 años).

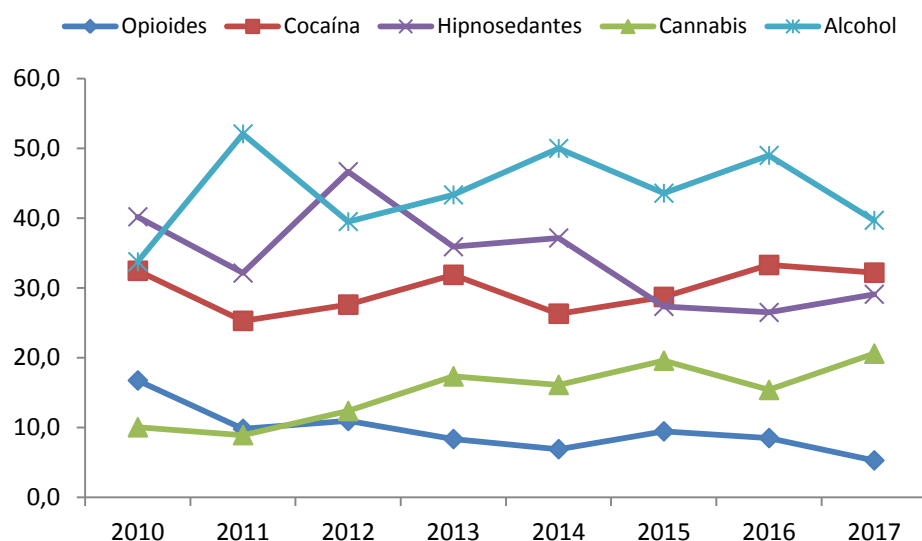
Fig. 11.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Distribución de las sustancias consumidas por edad  
Comunidad de Madrid. Año 2017



## Evolución temporal

En el período 2010-2017 se observa una tendencia ascendente de la proporción de episodios de urgencias con consumo de cannabis y de alcohol; así como descendente para los hipnosedantes y los opioides. La cocaína muestra una tendencia más estable (fig. 12).

Fig. 12.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Evolución según las sustancias consumidas  
Comunidad de Madrid. Años 2010-2017



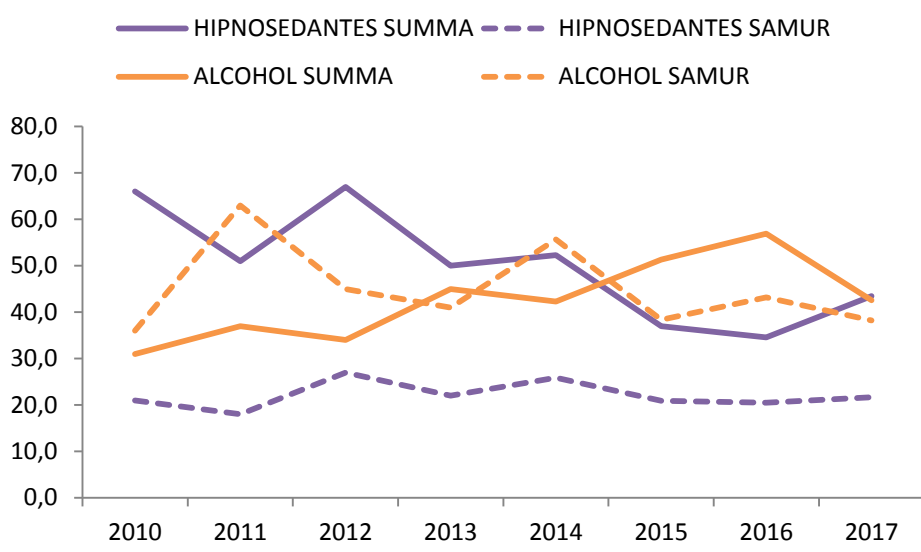
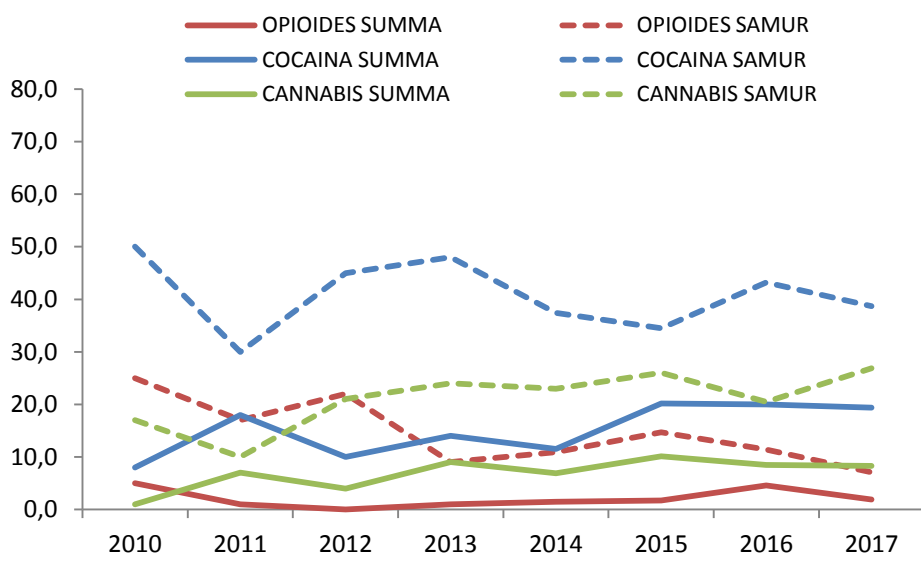
**Nota.-** Los porcentajes se realizan respecto al total de episodios con sustancias conocidas

Respecto a las nuevas sustancias, señalar el incremento del papel del MDMA/otras drogas de diseño que se relacionaron con 11 episodios de urgencias extrahospitalarias en 2015, 8 en 2016 y 7 en 2017. También se ha incrementado el papel del GHB relacionado con 14 episodios en 2016 y 10 en 2017.

La evolución de las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias según el servicio de emergencias que atiende a los pacientes se muestra en la figura 13. En el período 2010-2017 en SUMMA se observa un incremento de la proporción de episodios por consumo de cocaína, cannabis y alcohol; y una disminución de los episodios relacionados con el consumo de hipnosedantes. La proporción de episodios con consumo de opioides se mantiene en cifras bajas.

Respecto al SAMUR, en el período analizado se observa un incremento de los episodios por consumo de cannabis y una disminución de los relacionados con el consumo de opioides. Para la cocaína, el alcohol y los hipnosedantes se observan oscilaciones anuales sin una tendencia clara.

Fig. 13.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas  
Evolución de las sustancias consumidas según el servicio de emergencias  
Comunidad de Madrid. Años 2010-2017



**Nota.-** Los porcentajes se realizan respecto al total de episodios con sustancias conocidas

## DISCUSIÓN

La información sobre urgencias por consumo de sustancias aportada por los servicios de emergencias complementa la obtenida mediante el indicador de urgencias hospitalarias, ya que un 34,4% de los episodios se resuelven en el lugar de la intervención.

Las urgencias extrahospitalarias afectan fundamentalmente a varones jóvenes y se relacionan con el consumo de alcohol y de estimulantes.

En un 15% de los episodios se desconoce la sustancia que ocasiona la emergencia, lo que puede deberse a la situación clínica de los pacientes. Es necesario conocer las sustancias que ocasionan los cuadros más graves, por lo que deberían realizarse pruebas diagnósticas de detección de sustancias en dichos pacientes. Ya que los pacientes más graves son trasladados a un hospital, es más probable que se puedan determinar dichas sustancias. Cuando se trata de nuevas sustancias, puesto a que la mayoría de los hospitales no disponen de medios específicos para su detección, se deberían enviar muestras a los laboratorios de referencia.

El diferente patrón de sustancias relacionadas con el episodio de urgencias observado en los dos servicios de emergencias parece deberse a diferencias en la población atendida. Los episodios atendidos por el SAMUR presentan un mayor porcentaje de varones jóvenes con consumo especialmente de estimulantes y cannabis. En los episodios atendidos por el SUMMA hay una mayor proporción de mujeres, la media de edad es mayor y predominan los episodios relacionados con los hipnosedantes y el alcohol.

La evolución temporal de las sustancias en los episodios atendidos por ambos servicios de emergencia muestra en general un patrón similar.

Se observan ciertas diferencias en el perfil de los sujetos respecto a las urgencias hospitalarias<sup>1</sup>. La proporción de mujeres es superior en los episodios atendidos por los servicios de emergencias que a nivel hospitalario (35,2% vs 27,2%). La media de edad ha sido menor en las emergencias (34,0 años vs 35,7 años), con diferencias por sexo. Los hombres atendidos en los servicios de emergencias son más jóvenes que los atendidos en las urgencias hospitalarias (34,3 años vs 36,2 años), mientras que las mujeres presentan una media de edad más parecida (33,4 años vs 34,2 años).

También se observan diferencias en las sustancias relacionadas con el episodio, entre las urgencias hospitalarias y las extrahospitalarias. El papel de los estimulantes, los

<sup>1</sup> Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2017.

Dirección General de Salud Pública.

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354550302011&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1354550242841](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354550302011&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354550242841)

opioides y el cannabis es mayor en las urgencias hospitalarias; siendo mayor el de los hipnosedante y el alcohol en las urgencias extrahospitalarias.

La cocaína es la principal sustancia ilegal relacionada con el episodio en ambos tipos de urgencias, superada por el alcohol en las urgencias extrahospitalarias. Hay que tener en cuenta que el alcohol sólo se recoge cuando se asocia a otras sustancias, por lo que su papel sería aún mayor. Por ello, a partir de 2018 se van a recoger todos los episodios de urgencias relacionados con el consumo de alcohol, aunque no se asocien a ninguna otra sustancia.

Respecto a la evolución temporal se presenta un patrón similar en ambos tipos de urgencias en relación al cannabis y al alcohol (aumentan en ambos); así como a los hipnosedantes (disminuyen en ambos).

## CONCLUSIONES

Las urgencias extrahospitalarias por consumo de drogas afectan fundamentalmente a varones jóvenes. La cocaína es la principal sustancia ilegal asociada a estos episodios, seguida del cannabis. El alcohol se asocia a otra sustancia en aproximadamente el 40% de los episodios.

En la evolución temporal se observa un incremento del cannabis y del alcohol, así como una disminución de los hipnosedantes y los opioides.

La monitorización de las emergencias por consumo de sustancias psicoactivas complementa la información aportada por el indicador de urgencias hospitalarias. Se hace necesario recoger todos los episodios relacionados con el consumo de alcohol, así como determinar las nuevas sustancias que producen estos episodios.

## MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN 2017

### RESUMEN

**Antecedentes:** La mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas forma parte de los indicadores de consumo problemático de drogas.

**Objetivos:** Describir los episodios de fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid en 2017 y su evolución.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los fallecimientos por reacción aguda a sustancias psicoactivas, con diagnóstico forense y análisis toxicológico positivo para sustancias psicoactivas. Se excluyen los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente alcohol, hipnosedantes, inhalables volátiles o cualquier combinación de estas sustancias sin presencia de otras drogas psicoactivas.

**Resultados:** En el año 2017 se han registrado 80 fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. El 76,3% de los fallecidos eran hombres y la edad media fue de 44,5 años, siendo superior en mujeres. En el 75,9% de los casos el fallecimiento se produjo en el domicilio y en el 6,3% existían signos recientes de venopunción en el cadáver. En el 30,0% de los fallecidos se encontraron evidencias de suicidio, con diferencias por sexo. La prevalencia de anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue del 13,8%.

Se detecta una media de 3,7 sustancias por sujeto. La principal sustancia psicoactiva detectada en los análisis toxicológicos fue la cocaína (48,8%). En el 20% de los fallecidos se detectó metadona (20,0%), en el 18,8% tramadol y cannabis en el 17,5%. El alcohol se asoció al consumo de otras sustancias psicoactivas en el 43,8% de los fallecidos. Los hombres muestran un mayor porcentaje de estimulantes, cannabis y opioides; y las mujeres de hipnosedantes, antidepresivos y alcohol. La proporción de estimulantes disminuye con la edad y la de opioides aumenta. La mayor proporción de hipnosedantes se presenta en los fallecidos de 45-54 años (93,3%), y la de antidepresivos y alcohol en los de 55-64 años (55,6% y 50,0% respectivamente).

**Conclusiones:** Existe un predominio masculino en los fallecidos. La principal sustancia detectada es la cocaína con un importante patrón de policonsumo. Se presentan diferencias en el patrón de consumo por sexo y por edad. Se observa una tendencia descendente del nº de fallecidos, así como un aumento de la edad de los mismos. En los últimos años también ha aumentado la proporción de fallecidos en los que se detectan cannabis y alcohol.

## INTRODUCCIÓN

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es un indicador importante del impacto social y sanitario del uso nocivo de sustancias psicoactivas. Sin embargo recoger dichas muertes a través de los sistemas de información rutinarios presenta una gran dificultad debido a su heterogeneidad y difícil clasificación. Por ello, tras realizar estudios preliminares de validación de diferentes fuentes de información, se estableció un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas a partir de fuentes forenses y toxicológicas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En este indicador se recoge el número anual de fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Solamente se consideran los fallecidos en los que el consumo de estas sustancias ha sido la causa determinante de la muerte. A partir de 2017 se incluyen todos los fallecidos sin límites de edad (previamente se incluían los de 10-64 años). Los casos son notificados por el Instituto Anatómico Forense de Madrid.

Se incluyen los casos que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

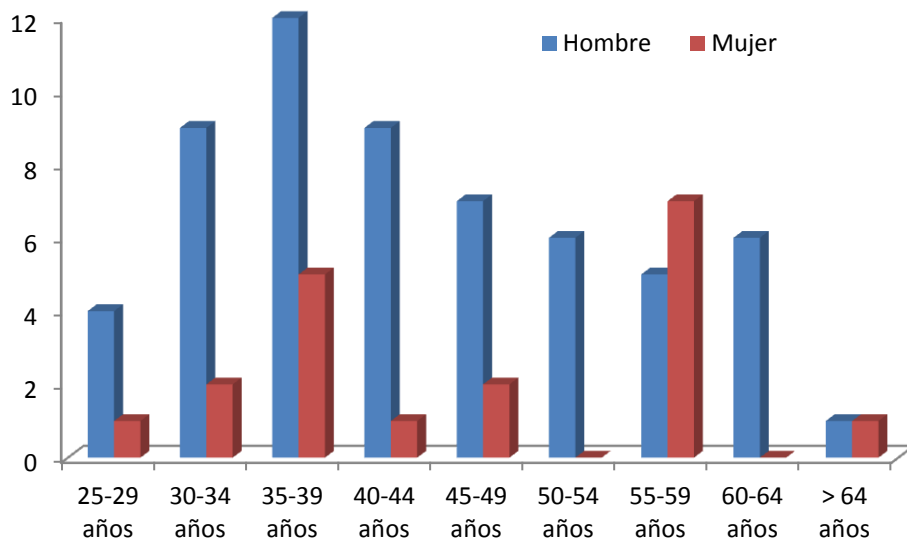
- Presencia de antecedentes de consumo reciente de sustancias psicoactivas.
- Presencia de signos de autopsia compatibles con muerte por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.
- Análisis toxicológicos positivos para alguna de las sustancias psicoactivas registrables. Desde 2005 no se incluyen los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente alcohol, hipnosedantes, inhalables volátiles o cualquier combinación de estas sustancias sin presencia de otras drogas psicoactivas.
- Diagnóstico forense de muerte por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

## RESULTADOS

El número de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas notificados durante el año 2017 ha sido de 80, cifra ligeramente superior a la registrada en los dos años previos (aunque hay que tener en cuenta que este año se han incluido todos los casos sin límite de edad).

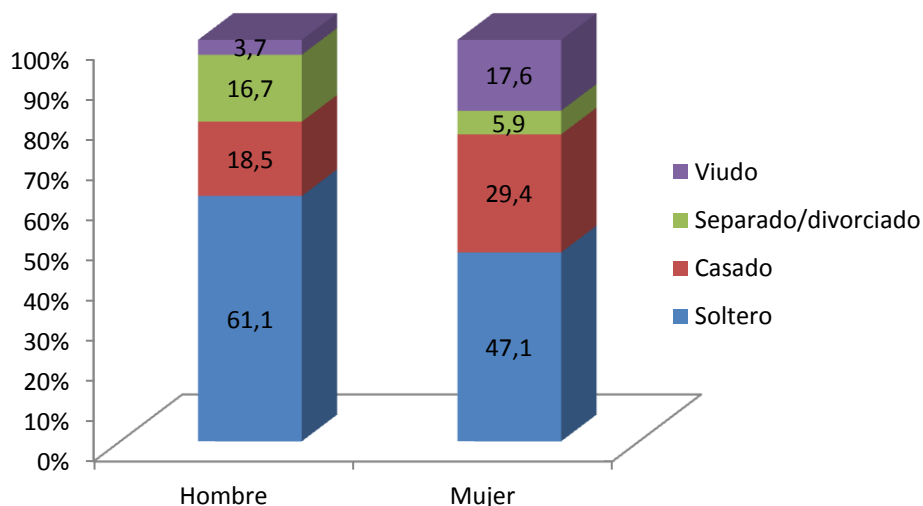
El 76,3% de los fallecidos eran hombres y la edad media se sitúa en 44,5 años, siendo superior en mujeres (47,2 años) que en hombres (43,7 años). Se desconoce la edad en dos de los fallecidos. El grupo de edad con mayor número de casos ha sido el de 35-39 años (17 casos, 21,8% del total), no habiéndose registrado este año fallecidos menores de 25 años (fig. 1).

Fig. 1.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Distribución por sexo y grupos de edad



El 57,7% de los fallecidos eran solteros, el 21,1% estaban casados, un 14,1% separados o divorciados y el 7,0% restantes estaban viudos. El porcentaje de solteros y el de separados son superiores en hombres, mientras que en mujeres son mayores el de casadas y el de viudas (fig. 2).

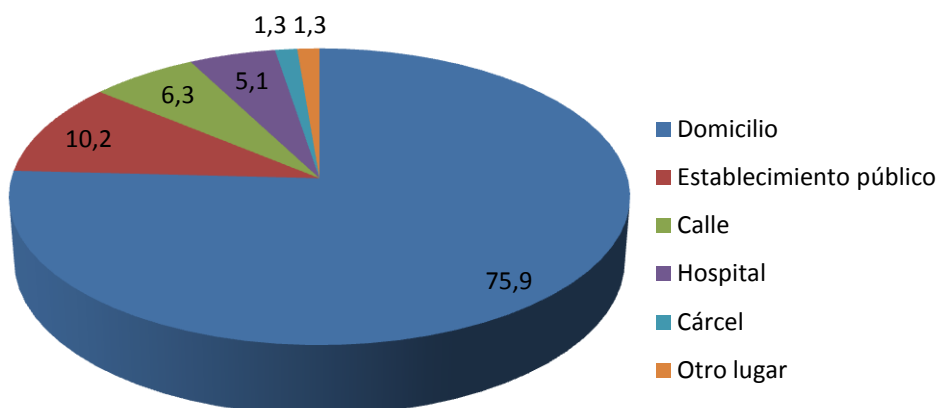
Fig. 2.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Distribución por sexo y estado civil



La procedencia del cadáver fue el domicilio en la mayoría de los casos (75,9%), seguido de los procedentes de establecimientos públicos (10,2%) y los encontrados en la calle (6,3%) (fig. 3).

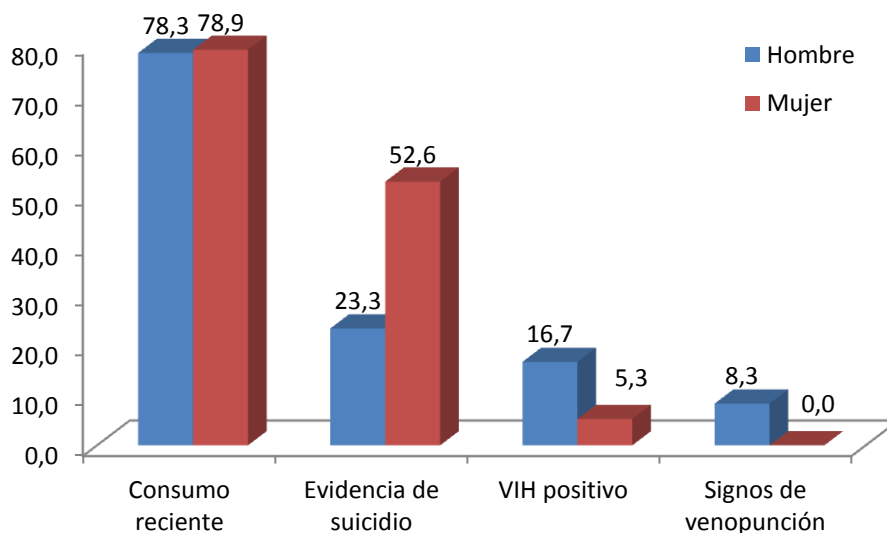


Fig. 3.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Procedencia del cadáver



En el 77,5% de los casos existía evidencia de consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva y en cinco existían signos recientes de venopunción (6,3%), siendo estos últimos todos varones (fig. 4). En el 30,0% de los fallecidos se encontraron evidencias de suicidio, con importantes diferencias por sexo (52,6% en mujeres y 23,3% en hombres). La prevalencia de anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue del 13,8% (16,7% en hombres y 5,3% en mujeres).

Fig. 4.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Características del fallecido por sexo



En la mayoría de los fallecidos se han detectado varias sustancias (media de 3,7). Los hipnosedantes han sido el principal grupo de sustancias psicoactivas detectadas (68,8%), seguido de los estimulantes (50,0%) y los opioides (48,8%). En un 17,5% de los fallecidos se detectó cannabis. El alcohol se asoció al consumo de otras sustancias en un 43,8% de los casos (tabla 1 y fig. 5).

Tabla 1.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2017. Distribución según sustancias detectadas

SUSTANCIAS	Nº de fallecidos	%
<b>OPIOIDES</b>	<b>39</b>	<b>48,8</b>
Heroína	3	3,8
Metadona	16	20,0
Morfina	11	13,8
Otros opioides	18	22,5
<b>ESTIMULANTES</b>	<b>40</b>	<b>50,0</b>
Cocaína	39	48,8
Anfetaminas	1	1,3
MDMA y similares	3	3,8
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	<b>55</b>	<b>68,8</b>
Barbitúricos	5	6,3
Benzodiacepinas	46	57,5
Ansiolíticos	2	2,5
Antipsicóticos	15	18,8
Otros hipnosedantes	2	2,5
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>32</b>	<b>40,0</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>14</b>	<b>17,5</b>
<b>ALCOHOL</b>	<b>35</b>	<b>43,8</b>

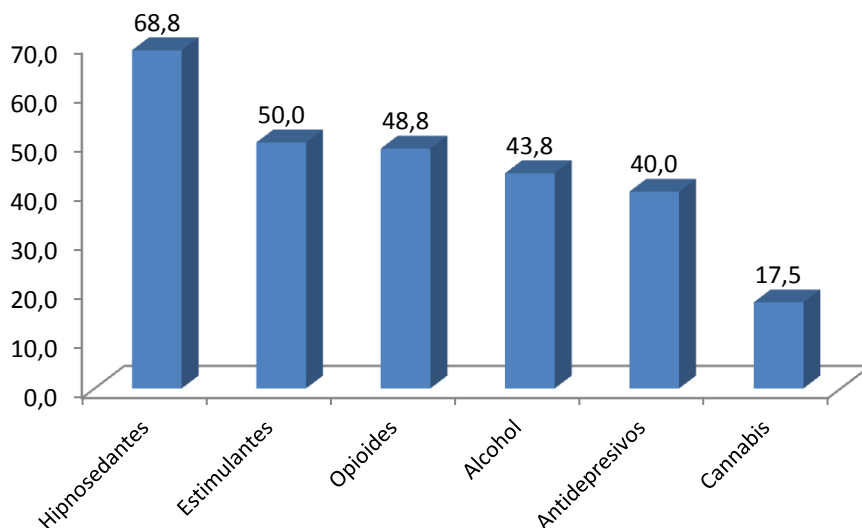
**Nota.**-Un sujeto puede haber consumido más de una sustancia del mismo grupo. Los porcentajes se realizan sobre el total de fallecidos (80)

La sustancia específica encontrada con mayor frecuencia en los fallecidos fue la cocaína (48,8%). Entre los estimulantes detectados se encuentran las siguientes nuevas sustancias: MDA (3,8%), MDMA (2,5%), y alfa-PVP (1,3%).

La metadona ha sido el principal opioide detectado (20,0%). Dentro del grupo de otros opioides se han detectado fentanilo (1,3%), codeína (3,8%) y tramadol (18,8%). Las principales benzodiacepinas identificadas han sido el nordiazepam (27,5%), el lorazepam (16,3%) y el alprazolam (13,8%). Entre los antidepresivos se han detectado principalmente mirtazapina (17,5%), venlafaxina y trazodona (7,5% respectivamente). La quetiapina ha sido el antipsicótico más detectado (12,5%).

Respecto al policonsumo se observa que el 23,8% de los fallecidos habían consumido estimulantes y opioides. Un 17,5% habían consumido estimulantes, opioides e hipnosedantes. El 25,0% habían consumido cocaína y alcohol, un 8,8% cocaína y cannabis y un 3,8% cocaína y heroína.

Fig. 5.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Distribución de las sustancias detectadas



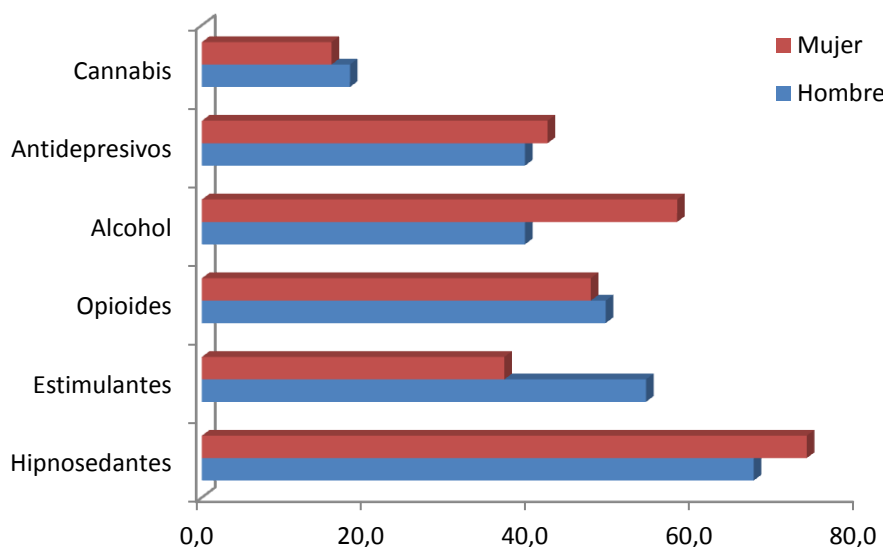
Se observan diferencias en las sustancias detectadas por género. Los hombres muestran un mayor porcentaje de estimulantes, cannabis y opioides; y las mujeres de hipnosedantes, antidepresivos y alcohol (tabla 2 y fig. 6).

Tabla 2.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2017. Distribución de las sustancias detectadas por sexo

SUSTANCIAS	HOMBRES		MUJERES	
	Nº de fallecidos	%	Nº de fallecidos	%
<b>OPIOIDES</b>	<b>30</b>	<b>49,2</b>	<b>9</b>	<b>47,4</b>
Heroína	3	4,9	0	0,0
Metadona	12	19,7	4	21,1
Morfina	9	14,8	2	10,5
Otros opioides	12	19,7	6	31,6
<b>ESTIMULANTES</b>	<b>33</b>	<b>54,1</b>	<b>7</b>	<b>36,8</b>
Cocaína	32	52,5	7	36,8
Anfetaminas	1	54,1	0	36,8
MDMA y similares	3	4,9	0	0,0
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	<b>41</b>	<b>67,2</b>	<b>14</b>	<b>73,7</b>
Barbitúricos	4	6,6	1	5,3
Benzodiazepinas	35	57,4	11	57,9
Ansiolíticos	1	1,6	1	5,3
Antipsicóticos	9	14,8	6	31,6
Otros hipnosedantes	2	3,3	0	0,0
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>24</b>	<b>39,3</b>	<b>8</b>	<b>42,1</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>11</b>	<b>18,0</b>	<b>3</b>	<b>15,8</b>
<b>ALCOHOL</b>	<b>24</b>	<b>39,3</b>	<b>11</b>	<b>57,9</b>

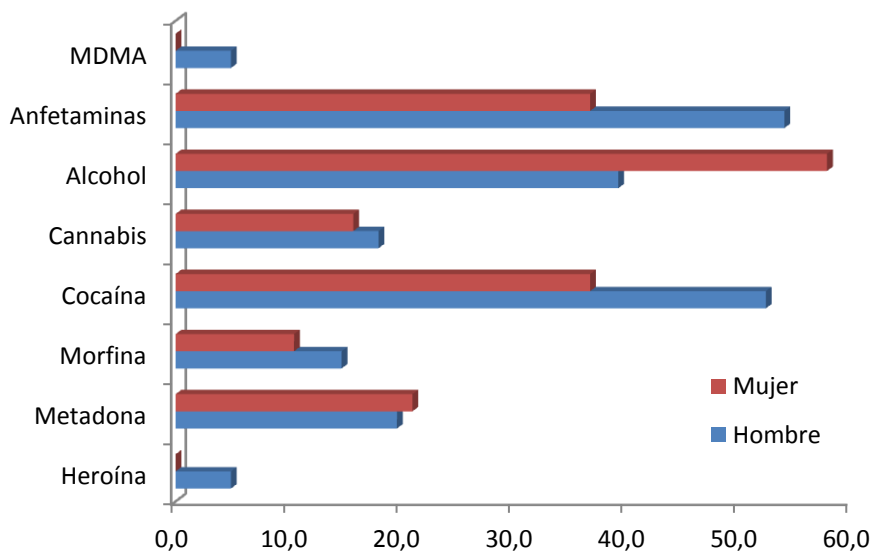
Nota.-Un sujeto puede haber consumido más de una sustancia del mismo grupo.  
Los porcentajes se realizan sobre el total de fallecidos (hombres=60 y mujeres=19)

Fig. 6.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Distribución según grupo de sustancias por sexo



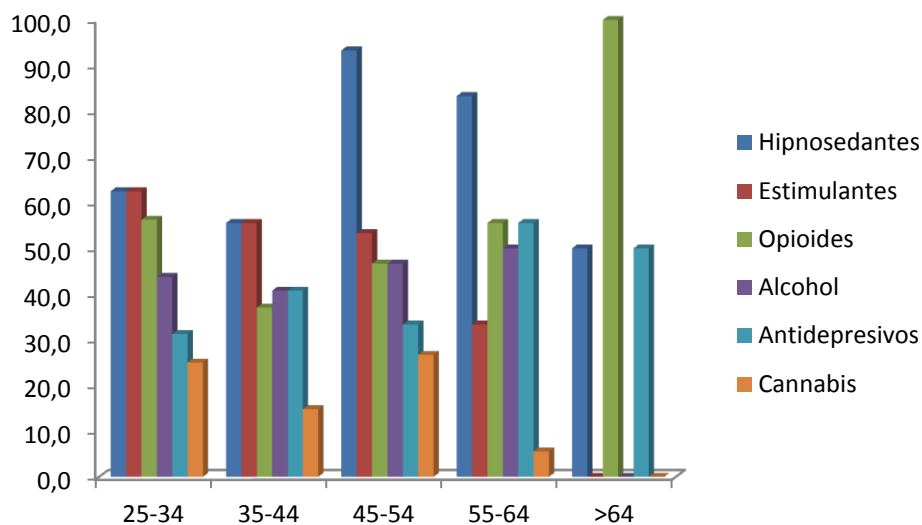
Las mayores diferencias por sexo según las sustancias específicas se presentan en el alcohol, las anfetaminas y la cocaína, con una diferencia de más de 15 puntos porcentuales. Este año no se ha detectado heroína en ninguna de las mujeres fallecidas (fig. 7).

Fig. 7.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Distribución según sustancias por sexo



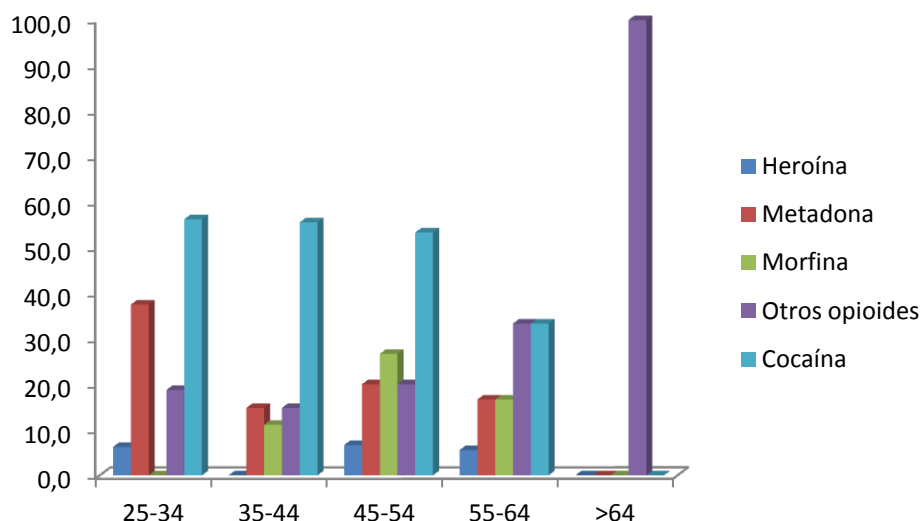
También se observan diferencias por edad respecto a las sustancias detectadas. La proporción de estimulantes disminuye con la edad y la de opioides aumenta. La mayor proporción de hipnosedantes se presenta en los fallecidos de 45-54 años (93,3%), la de antidepresivos y alcohol en los de 55-64 años (55,6% y 50,0% respectivamente) (fig. 8).

Fig. 8.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Distribución según grupo de sustancias por edad



La cocaína es la sustancia específica que predomina en los menores de 55 años. La metadona predomina en los más jóvenes (25-34 años), la morfina en los de 45-54 años y el grupo de otros opioides en los mayores (fig. 9).

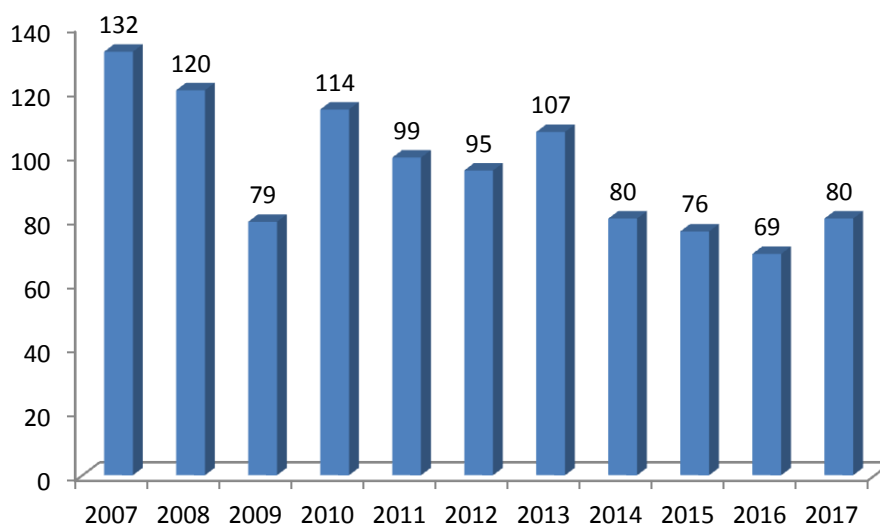
Fig. 9.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2017. Distribución según sustancias por edad



## EVOLUCIÓN

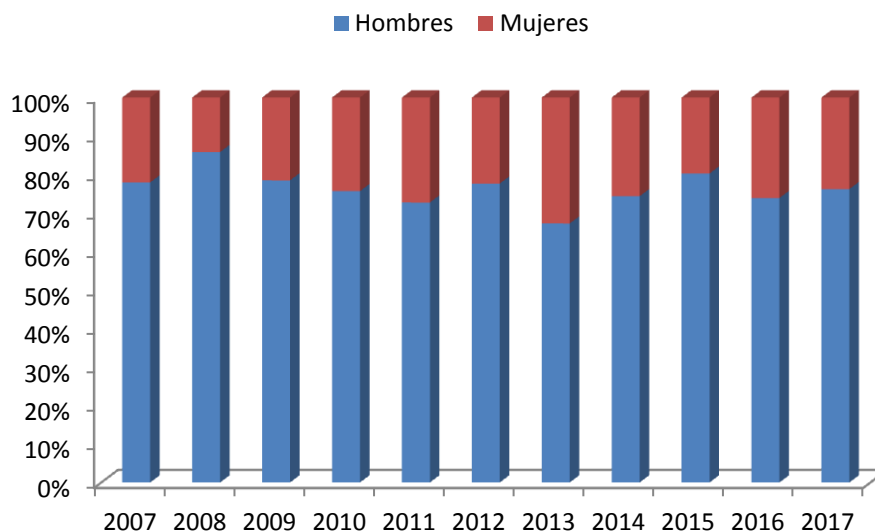
La evolución del número de fallecidos presenta ciertas oscilaciones, mostrando una tendencia descendente. Este año, a pesar de la ampliación de la edad (se incluyen todos los casos de cualquier edad), la cifra ha sido igual a la registrada en 2014 (fig. 10).

Fig. 10.-Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2007-2017. Distribución del nº de fallecidos



En la distribución por sexo de los fallecidos se mantiene un claro predominio masculino (fig. 11).

Fig. 11.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2007-2017. Distribución por sexo



En la distribución por edad se observa un aumento de la edad media de los fallecidos, habiendo aumentado en 5 años desde 2007 (fig. 12). El grupo de edad de los mayores de 44 años ha ido adquiriendo mayor relevancia hasta convertirse en el grupo de edad más frecuente en los últimos años (fig. 13).

Fig. 12.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2007-2017. Distribución de la media de edad

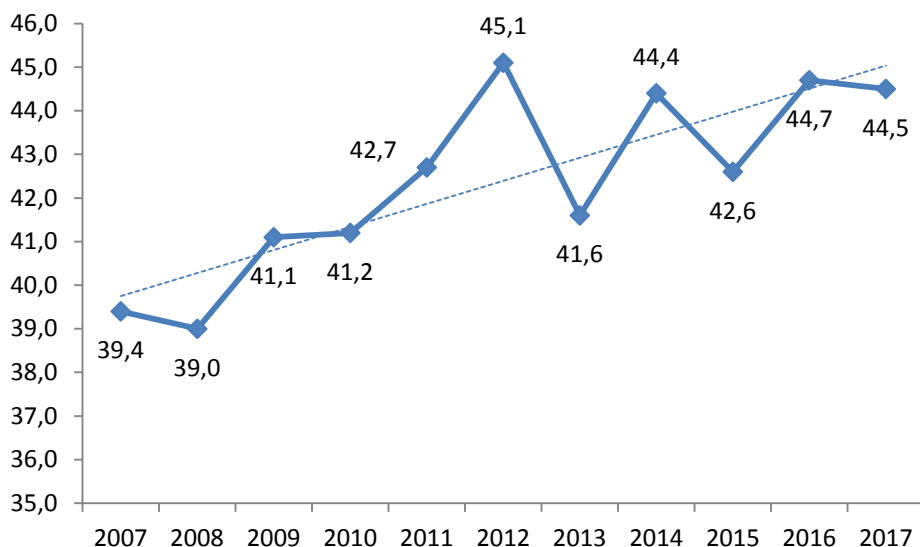
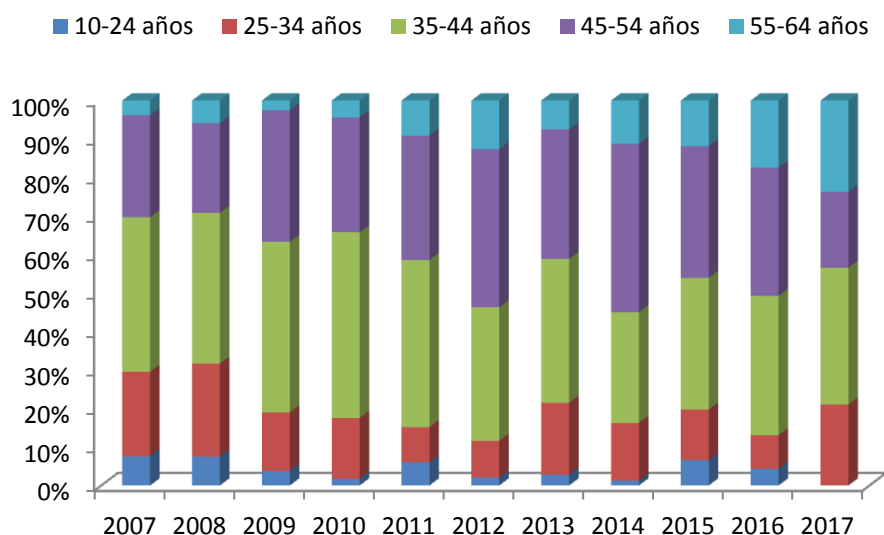
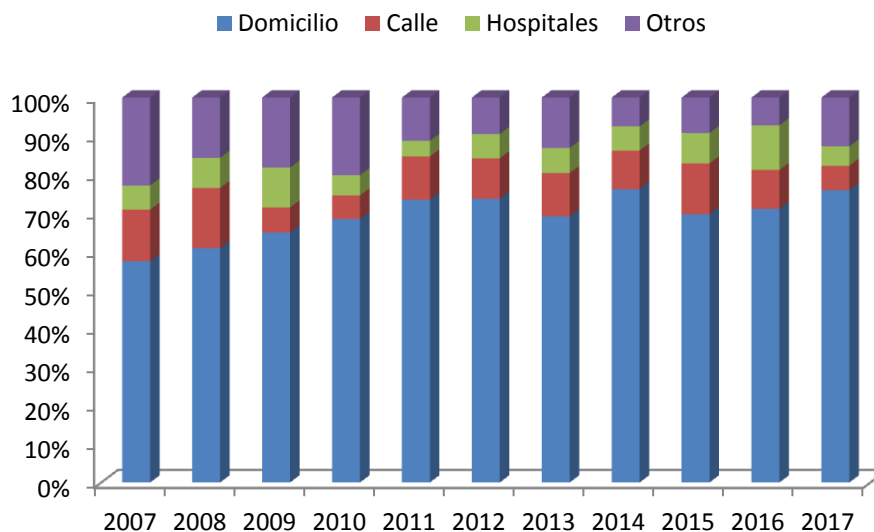


Fig. 13.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2007-2017. Distribución por grupos de edad



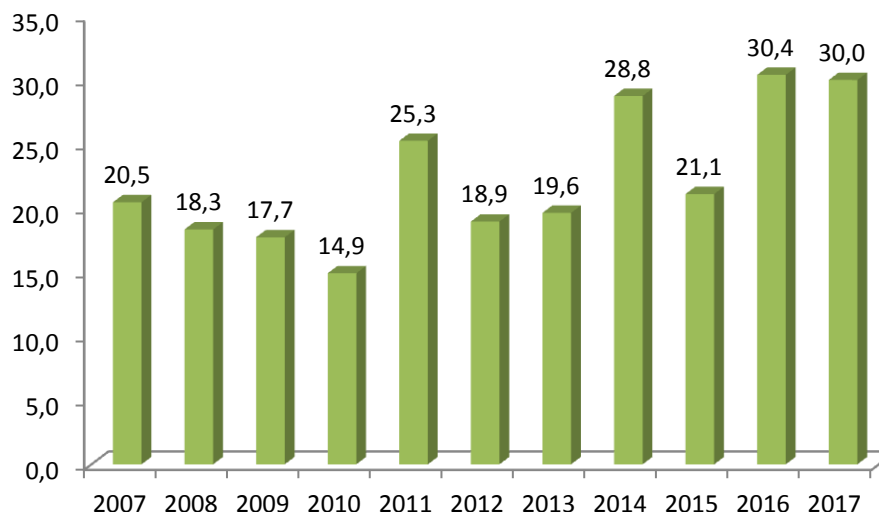
Respecto a la procedencia del cadáver observamos que ha aumentado la proporción de fallecidos en el domicilio y han disminuido los procedentes de la calle (fig. 14).

Fig. 14.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2007-2017. Procedencia del cadáver



La proporción de fallecidos con evidencias de suicidio se sitúa entre el 15-30%, con oscilaciones anuales, apreciándose una cierta tendencia ascendente en los últimos años (fig. 15).

Fig. 15.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2007-2017. Fallecidos con evidencia de suicidio



La proporción de fallecidos con signos recientes de venopunción ha oscilado en este período, mostrando la cifra más baja en 2013 (1,9%) y la mayor en 2007 (10,6%). La cifra registrada en 2017 presenta un valor intermedio y es inferior a la de los últimos años (fig. 16).

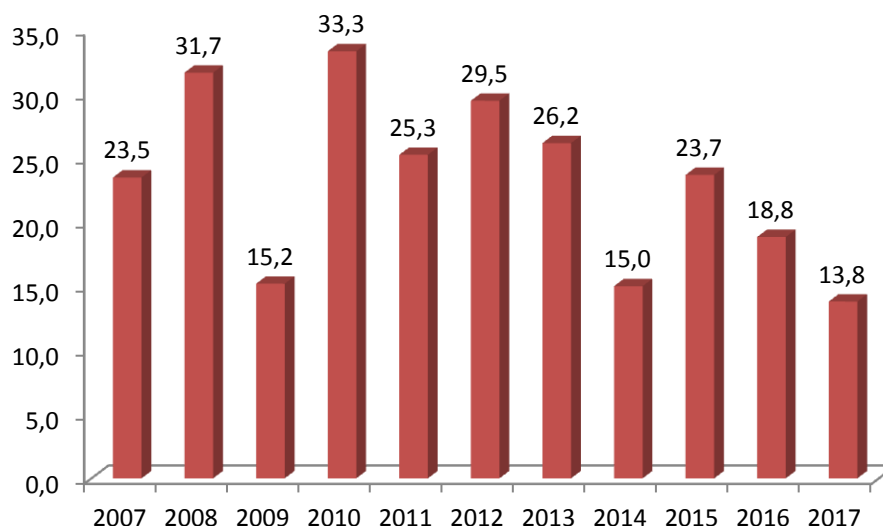


Fig. 16.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2007-2017. Fallecidos con signos de venopunción



La proporción de fallecidos VIH positivos ha mostrado oscilaciones en este período mostrando en 2017 la cifra más baja del período (13,8%) (fig. 17).

Fig. 17.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas Comunidad de Madrid, 2007-2017. Fallecidos VIH positivos



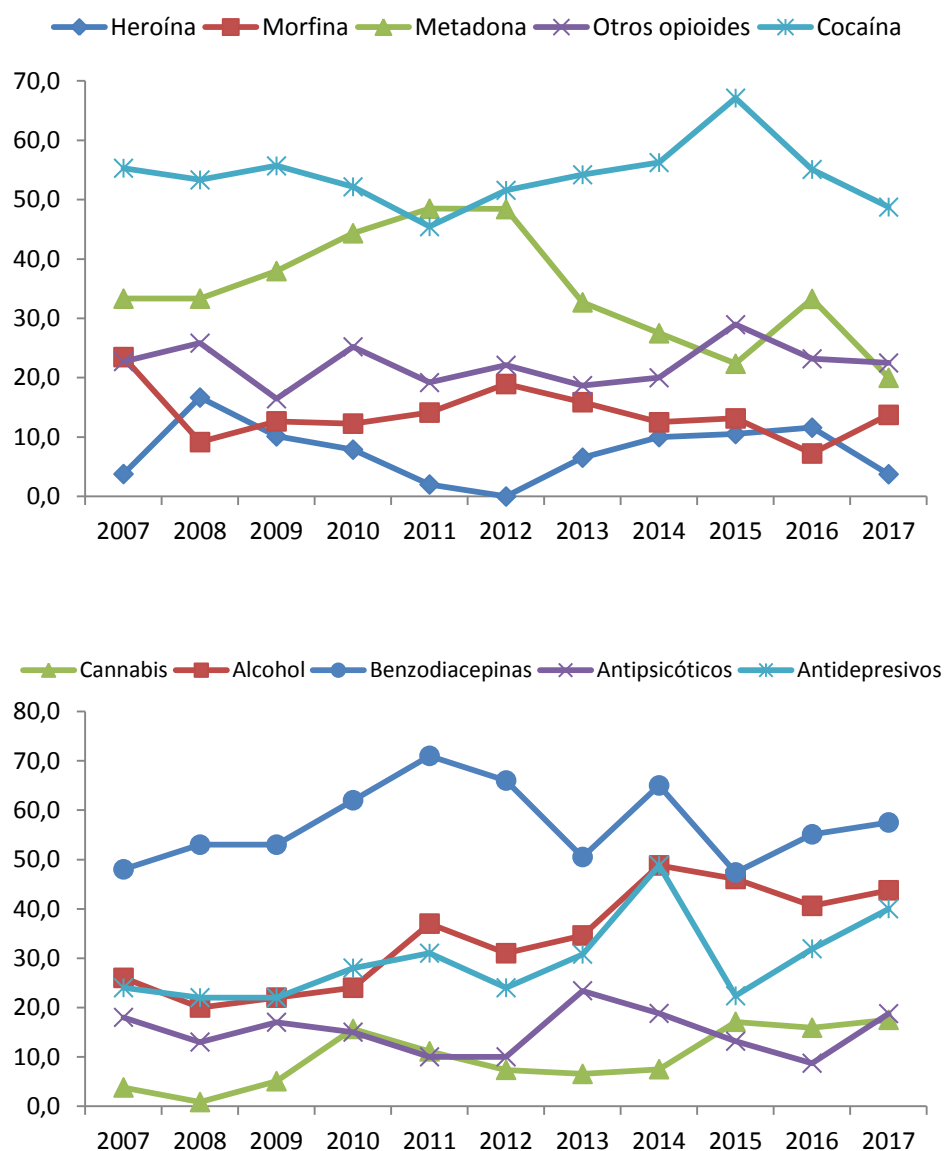
La evolución de las sustancias detectadas se muestra en la figura 18, en la que se observan oscilaciones anuales. La cocaína es la sustancia ilegal más detectada, mostrando una tendencia descendente en los dos últimos años.

Los opioides presentan una tendencia relativamente estable a nivel global. En 2017 han disminuido la heroína, la metadona y el grupo de otros opioides, mientras que la morfina ha aumentado.

El cannabis ha mostrado un incremento paulatino en este período, pasando del 3,8% en 2007 al 17,5% en 2017. El alcohol, las benzodiacepinas y los antidepresivos también muestran una tendencia ascendente; mientras que los antipsicóticos no muestran una tendencia clara.

El resto de sustancias (anfetaminas, alucinógenos, inhalables volátiles, etc.) presentan cifras bajas, detectándose esporádicamente.

Fig. 18.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2007-2017. Evolución de las sustancias detectadas



## DISCUSIÓN

El número de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid muestra una **tendencia descendente** en su evolución. Este año

se han incluido todos fallecimientos sin límite de edad (previamente se incluían los de 10-64 años), sin embargo el número de casos ha sido igual al registrado en 2014.

En el año 2017, como es habitual, se presenta un **predominio masculino** de adultos de mediana edad (44,5 años de edad media). Las mujeres fallecidas muestran una media de edad superior a los hombres (47,2 años vs 43,7 años). En los últimos años se observa un **aumento de la media de edad** de los sujetos. Esto se puede deber en parte a que la dependencia de sustancias es una patología crónica, produciéndose un envejecimiento de la cohorte de pacientes que iniciaron su consumo hace unas décadas.

La mayoría de los fallecidos estaban solteros y la muerte se produjo en su domicilio. En los últimos años ha disminuido la proporción de fallecidos que se encuentran en la calle, aumentando los que fallecen en su domicilio; lo que parece indicar una **menor marginalidad** de los sujetos.

En el año 2017 se presentaron **signos de suicidio** en el 30% de los fallecidos, con importantes diferencias por sexo ya que más de la mitad de las mujeres los presentaban frente al 23% de los hombres. En los últimos años parece observarse un incremento del porcentaje de suicidios.

La proporción de fallecidos con **signos de venopunción** ha sido de aproximadamente un 6% en 2017. Esta cifra ha sido inferior a la registrada en los años previos.

Se observa un patrón de **policonsumo**, con una media de 3,7 sustancias detectadas por fallecido. Los hipnosedantes fueron el principal grupo de sustancias psicoactivas identificado (68,8%), seguido de los estimulantes (50,0%) y los opioides (48,8%).

Los principales **opioides** detectados han sido la metadona (20,0%) y el tramadol (18,8%). La **metadona** es el principal sustitutivo opiáceo utilizado en España para el tratamiento de la dependencia de heroína. El 37,5% de los fallecidos en los que se ha detectado metadona habían recibido tratamiento en los Centros de Atención a Drogodependientes de la red asistencial de la Comunidad de Madrid y el 18,8% se encontraban en tratamiento.

El **tramadol** es un opioide de prescripción indicado en el tratamiento del dolor severo, cuya detección en los fallecidos se ha incrementado en los últimos años. En diferentes países se ha descrito un incremento del uso de este grupo de fármacos con fines no médicos y de las muertes por sobredosis relacionadas con dicho uso. Se considera como uso no médico el consumo de un medicamento que no es prescrito para ese paciente, o que se consume sin seguir las recomendaciones médicas (dosis, vía de administración, etc.).

Respecto a la **heroína** hay que señalar que en algunos países se ha observado un incremento en los últimos años del consumo de esta sustancia, así como de las muertes por sobredosis, situación que se presenta en nuestro medio, ya que en 2017 se observa una disminución de su detección respecto a los años previos.

La principal sustancia ilegal detectada en los fallecidos en 2017 ha sido la **cocaína**, como es habitual. Esta sustancia también es la principal causante de urgencias por consumo de drogas. El **alcohol** se ha asociado a otras sustancias en 4 de cada 10 fallecidos. Hay que tener en cuenta que en este indicador no se recogen todos los fallecimientos debidos al consumo de alcohol, sino sólo aquellos en los que el alcohol se asocia al consumo de otras sustancias.

En el año 2017 se ha detectado **cannabis** en el 17,5% de los fallecidos, registrándose una tendencia ascendente para esta sustancia que también se observa en las urgencias por consumo de drogas y en los tratamientos por abuso o dependencia de sustancias. En el caso de los fallecidos esta sustancia se ha detectado asociada a otras que serían las que habrían causado la muerte, reflejando el importante patrón de policonsumo.

Las diferencias observadas en el **patrón de consumo por sexo y por edad** coinciden con lo descrito para otros indicadores de consumo de sustancias, y hay que tenerlas en cuenta en el abordaje de este problema.

El año 2017 el 13,8% de los fallecidos presentaban **anticuerpos frente al VIH**. Este porcentaje es el más bajo de la última década. La asociación ente el VIH y la administración de drogas por vía parenteral sigue siendo de importancia a pesar de la reducción del uso de la vía parenteral y la amplia difusión de tratamientos eficaces frente a la infección por el VIH.

## CONCLUSIONES

- El nº de fallecidos que cumplen los criterios de este indicador está disminuyendo, presentando una mayor edad y una menor marginalidad.
- Se observa un predominio masculino. La principal sustancia detectada es la cocaína con un importante patrón de policonsumo.
- Se presentan diferencias por sexo y edad en los patrones de consumo que hay que tener en cuenta en el abordaje del problema.
- En los últimos años se detecta un incremento de la proporción de fallecidos en los que se detectan cannabis y alcohol.



**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SANIDAD