

INDICADORES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2018

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



INDICADORES DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2018

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD



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.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:
COMUNIDAD DE MADRID

Realiza:

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Edición:
05/2019

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 2018**

INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA.....	8
Definiciones.....	8
Análisis.....	10
RESULTADOS	10
Características sociodemográficas.....	11
Características del consumo	14
Sustancias consumidas.....	15
Situación sanitaria	22
Fallecidos	23
Evolución.....	24
RESUMEN.....	31

**URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN EL AÑO 2018**

RESUMEN.....	34
INTRODUCCIÓN.....	35
MATERIAL Y MÉTODOS	35
Definición del indicador	35
Evolución del indicador.....	36
RESULTADOS	37
Diagnóstico de los episodios de urgencias.....	39
Sustancias psicoactivas	40
Vía de administración de las sustancias.....	44
Resolución de la urgencia	45
Episodios relacionados sólo con el alcohol	46
RESULTADOS DE LABORATORIO	49
EVOLUCIÓN TEMPORAL.....	53
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63
RESUMEN.....	66

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL AÑO 2018

INTRODUCCIÓN.....	67
MATERIAL Y MÉTODOS	67
RESULTADOS	67
Diagnóstico de la urgencia	69
Sustancias consumidas	70
Resolución de la urgencia	75
Trasporte movilizado	75
Episodios relacionados sólo con el alcohol	76
Evolución temporal	77
DISCUSIÓN.....	82
CONCLUSIONES.....	84
<i>RESUMEN</i>	86

MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL AÑO 2018

INTRODUCCIÓN.....	87
MATERIAL Y MÉTODOS	87
RESULTADOS	87
EVOLUCIÓN	95
DISCUSIÓN.....	100
CONCLUSIONES.....	104
BIBLIOGRAFÍA.....	104

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

COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2018

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 el año 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 2018. 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).

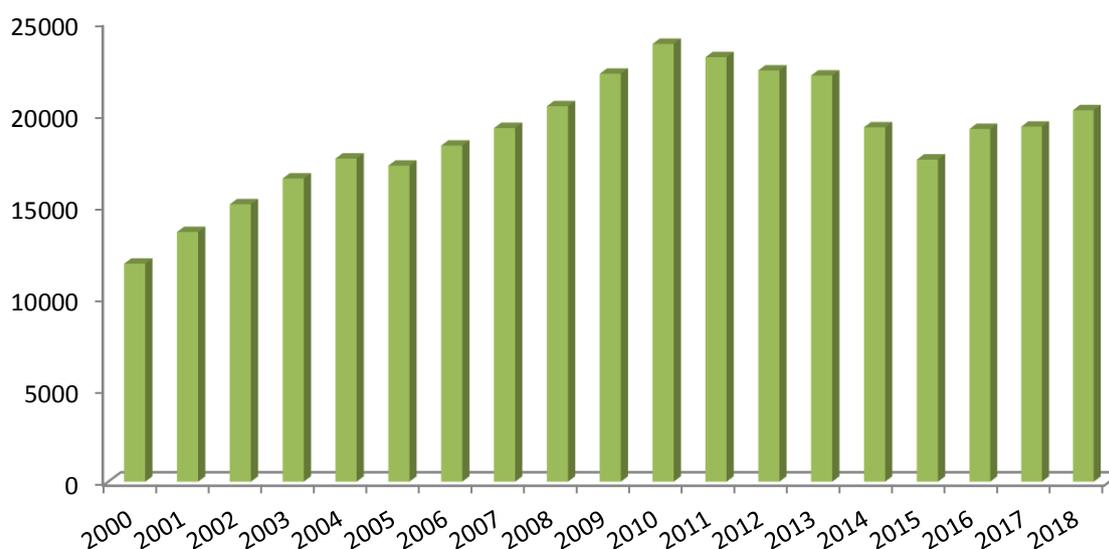
Se compara el perfil de los pacientes que inician tratamiento por primera vez en 2018 (pacientes nuevos) con el resto de pacientes.

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

RESULTADOS

En el año 2018 hay registro de 20.202 pacientes que realizaron tratamiento por su consumo de sustancias en los centros de atención a drogodependientes, de los que un 22,7% iniciaron tratamiento por primera vez (pacientes nuevos). El número de pacientes en tratamiento registrados en RAD presenta una disminución a partir de 2010, hasta 2015; con un incremento paulatino desde 2016 (fig. 1).

Fig. 1.- Evolución del número de drogodependientes en tratamiento Comunidad de Madrid. Años 2000-2018



Características sociodemográficas

El 86,2% de los pacientes son **españoles** y entre los extranjeros los países de los que procedían un mayor número de pacientes han sido: Marruecos (1,9%), Colombia (1,7%), Ecuador (1,3%) y Rumanía (1,2%). Entre los pacientes que inician tratamiento por primera vez la proporción de extranjeros es mayor que en el resto de pacientes (22,4% vs 15,2%).

La **media de edad** de los pacientes en tratamiento en 2018 ha sido de 40,91 años (DT=12,22), con diferencias por sexo (40,71 años en hombres y 41,67 años en mujeres). El grupo de edad más numeroso ha sido el de 45 a 49 años, con un 15,5% 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 26,8% en 2018.

Los **pacientes que inician tratamiento** son más jóvenes, presentan una media de edad de 35,69 años (DT=13,12), siendo el 34,6% menores de 30 años (14,3% en el resto de pacientes). El grupo de edad más numeroso en estos pacientes ha sido el de los menores de 20 años, con un 15,1% (fig. 3). El porcentaje de menores de 18 años en los que inician tratamiento en 2018 fue del 9,5% (2,1% en el resto de pacientes).

Fig. 2.-Distribución por sexo y grupos de edad. Drogodependientes en tratamiento en 2018

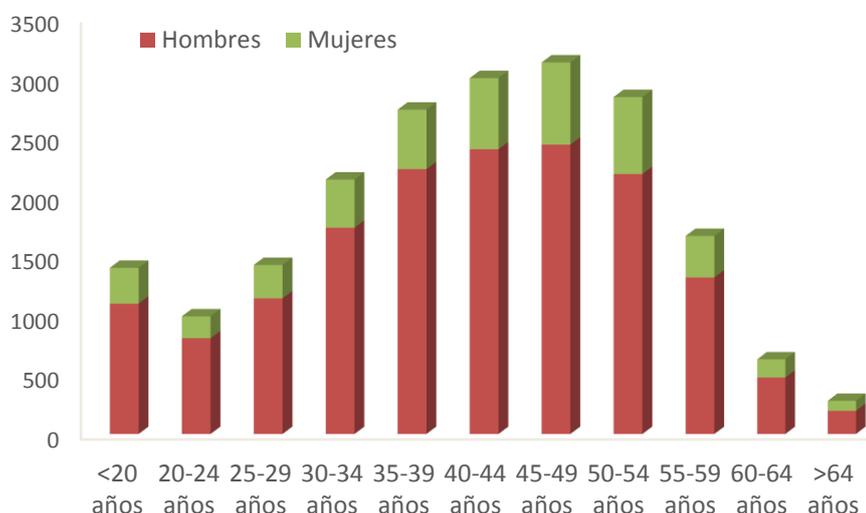
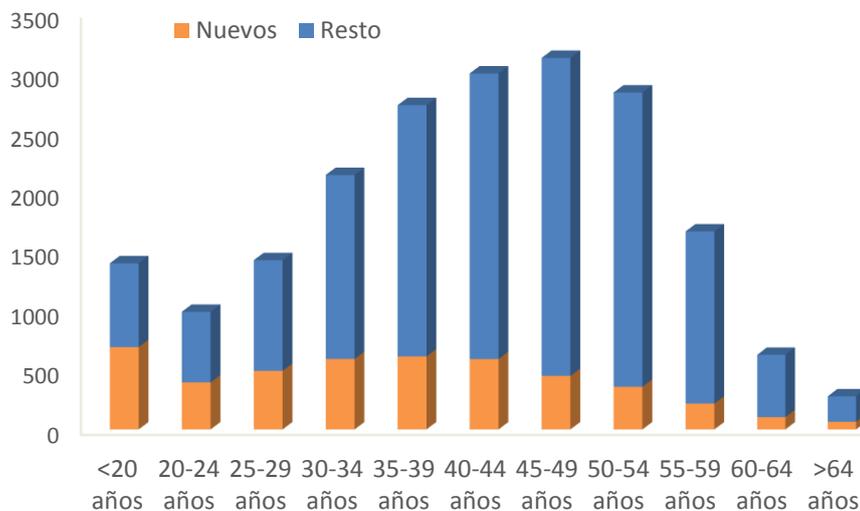
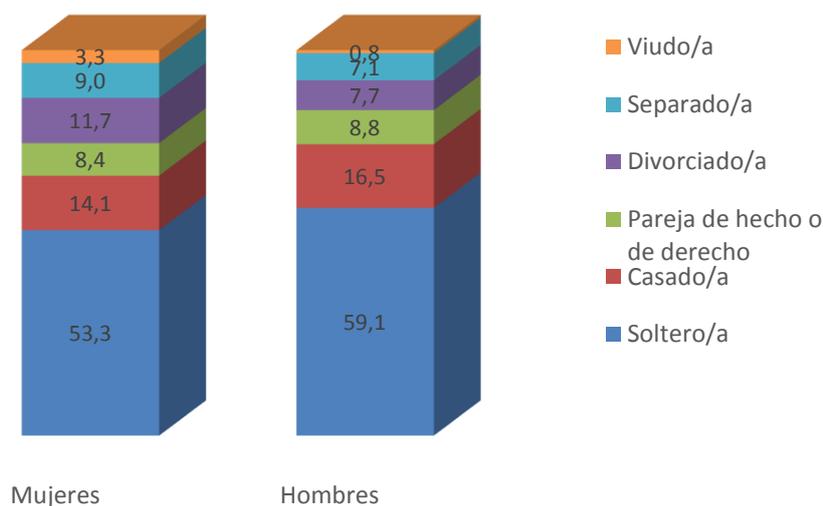


Fig. 3.- Distribución por grupos de edad.
Drogodependientes en tratamiento en 2018



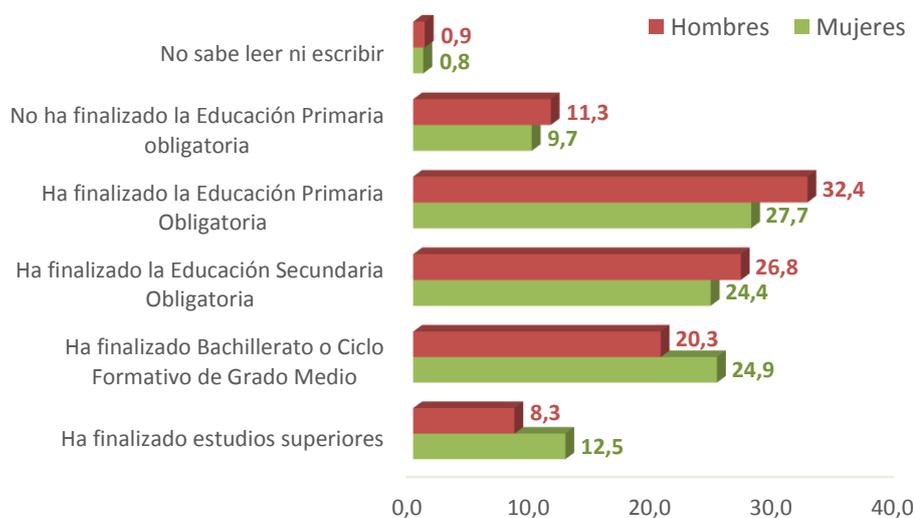
La mayoría de los pacientes son **varones** (79,2%) y **solteros** (57,9%) (fig. 4). En las mujeres es menor el porcentaje de solteras (53,3%) que en los hombres (59,1%) pero mayor el de separadas o divorciadas (11,7% vs 7,7%). El 57,9% de los pacientes no tiene hijos, con diferencias por sexo (60,4% en hombres y 48,1% en mujeres).

Fig. 4.- Estado civil según sexo
Drogodependientes en tratamiento en 2018



El 43,3% de los pacientes atendidos en el año 2018 había alcanzado como máximo un **nivel de estudios** primarios, un 47,5% presentaban estudios secundarios y un 9,2% estudios universitarios. Las mujeres presentan un mayor nivel de estudios que los hombres (fig. 5), con un 12,5% de estudios universitarios (8,3% en hombres) y un 49,3% de estudios secundarios (47,1% en hombres).

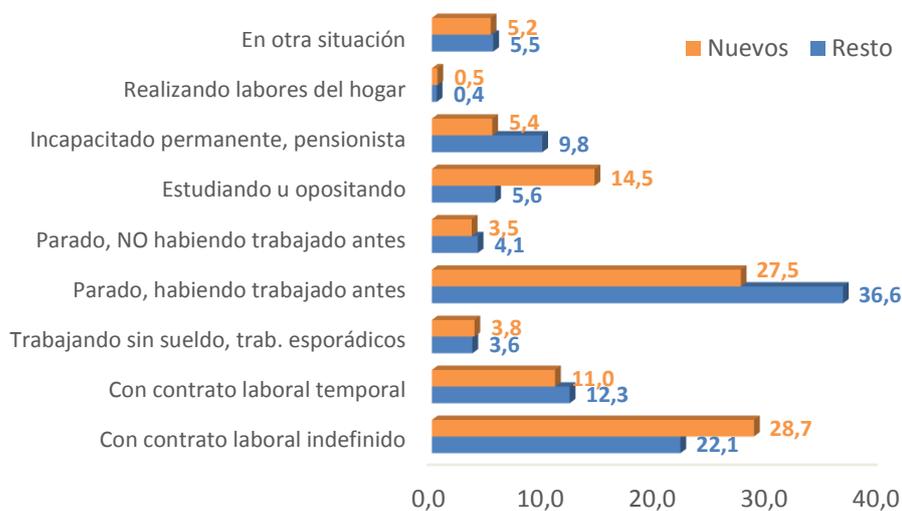
Fig. 5.- Nivel de estudios según sexo
Drogodependientes en tratamiento en 2018



El 38,9% de los pacientes ha tenido **incidencias legales**, siendo este porcentaje menor en las mujeres (25,1%) que en los hombres (42,6%) y en los pacientes que inician su primer tratamiento (26,1%). El 21,1% de los pacientes atendidos han estado en prisión (12,7% de las mujeres y 23,4% de los hombres).

En cuanto a la **actividad** de los pacientes, un 39,2% estaba trabajando (el 23,6% con contrato indefinido, un 12,0% de forma temporal y el 3,6% de forma esporádica), un 38,5% se encontraba en paro y un 7,6% estudiando u opositando. En las mujeres el porcentaje de paro es mayor que en los hombres (42,7% vs 37,4%). Por su parte los pacientes nuevos presentan una menor proporción de parados (31,0%) y una mayor proporción de estudiantes (14,5%) (fig. 6).

Fig. 6.- Distribución según la actividad.
Drogodependientes en tratamiento en 2018

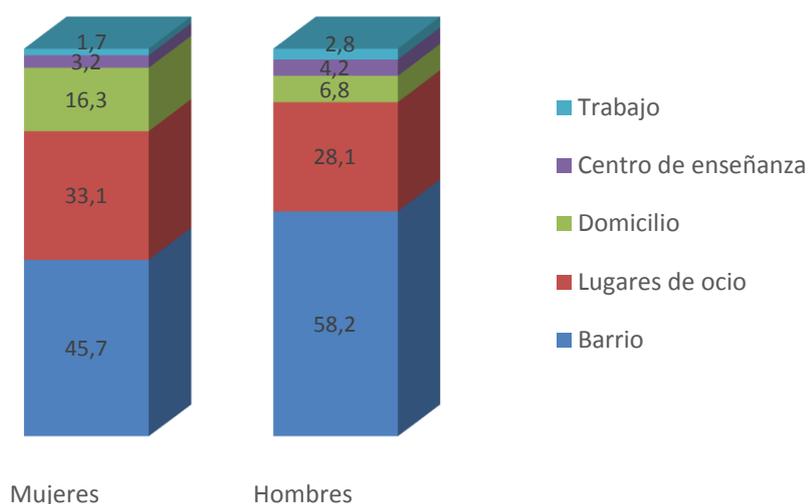


El 39,2% de los pacientes tratados en 2018 **convive** con la familia de origen (el 30,7% de las mujeres y el 41,4% de los hombres), un 30,2% en pareja con o sin hijos y un 3,1% sólo con hijos (9,9% de las mujeres y 1,3% de los hombres). El 90,0% de los pacientes **vive** en una casa o piso y un 4,1% tiene un alojamiento precario o inestable.

Características del consumo

El 55,6% de los pacientes en tratamiento en 2018 **inició el consumo de sustancias** en el barrio, el 29,1% en lugares de ocio y el 8,8% en el domicilio. Se presentan diferencias por sexo, con una mayor proporción de mujeres que inician el consumo en el domicilio (16,3% vs 6,8%) y en los lugares de ocio (33,1% vs 28,1%) (fig. 7).

Fig. 7.- Lugar de inicio al consumo por sexo.
Drogodependientes en tratamiento en 2018



El 83,7% de los pacientes **inició el consumo** con los amigos y el 3,7% con la pareja, con diferencias por sexo. Así, el 87,0% de los hombres inicio al consumo con los amigos frente al 71,0% de las mujeres. La pareja es la persona que facilitó la sustancia por primera vez en el 14,1% 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 19,06 años (DT=6,92), con diferencias por sexo (18,69 años en hombres y 20,46 años en mujeres). También se presentan diferencias según la droga que motiva el tratamiento, presentando la edad media más precoz el cannabis (15,38 años), seguido del alcohol (17,53 años). Los pacientes que acudieron a tratamiento debido al consumo de opiáceos presentaron una edad media de inicio al consumo de 20,87 años y los que acudieron por consumo de estimulantes de 20,93 años.

Sustancias consumidas

Los pacientes en tratamiento presentan un importante patrón de policonsumo, con una media de 1,7 sustancias consumidas por paciente. Así, el 47,0% consumen más de una droga, el 19,2% más de dos, el 5,9% más de tres y el 1,9% más de cuatro drogas (fig. 8).

Los estimulantes son el principal grupo de sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento (28,0%), seguidos por el alcohol (27,5%), los opioides (25,0%) y el cannabis (18,2%); siendo la cocaína (27,0%) y la heroína (23,9%) 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 (29,7%); acudiendo sólo un 6,5% por consumo de opioides (fig. 9).

Fig. 8.- Distribución según el nº de sustancias consumidas
Drogodependientes en tratamiento en 2018

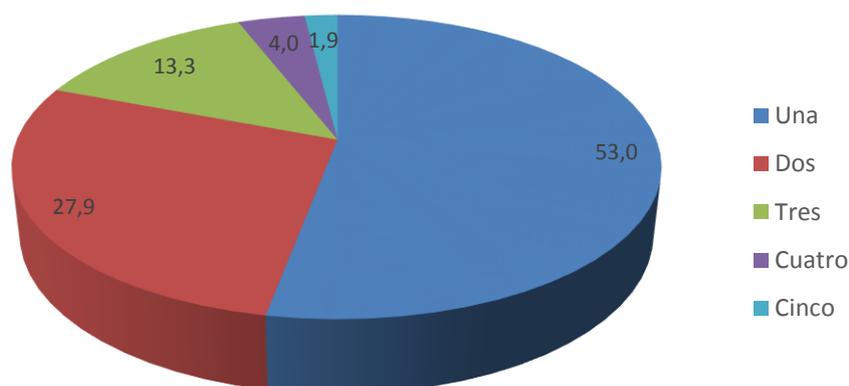
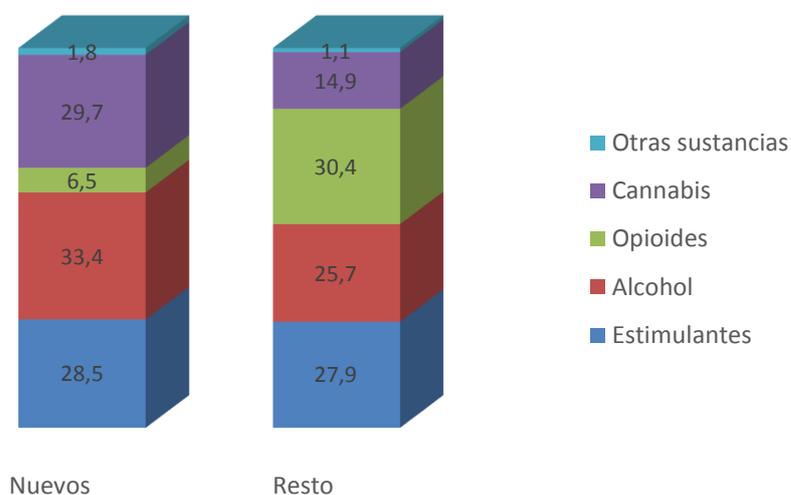
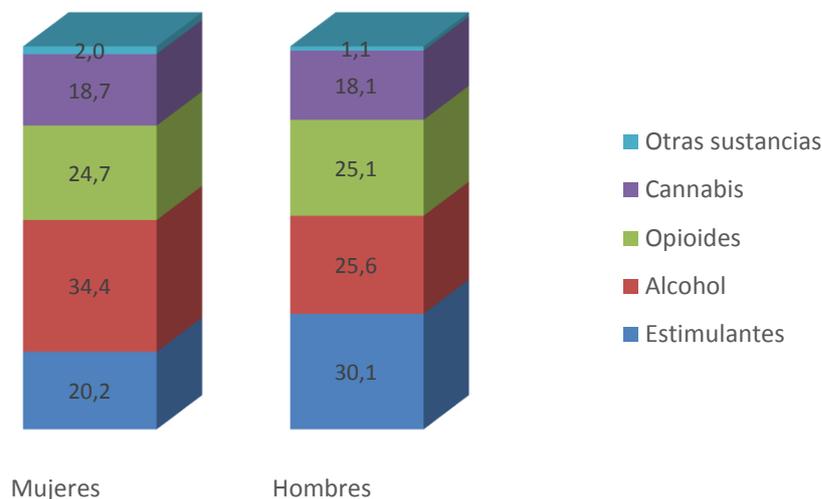


Fig. 9.- Distribución según la sustancia que motiva el tratamiento.
Drogodependientes en tratamiento en 2018



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 2018



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

Fig. 11.- Sustancia que motiva el tratamiento por edad en hombres.
Drogodependientes en tratamiento en 2018

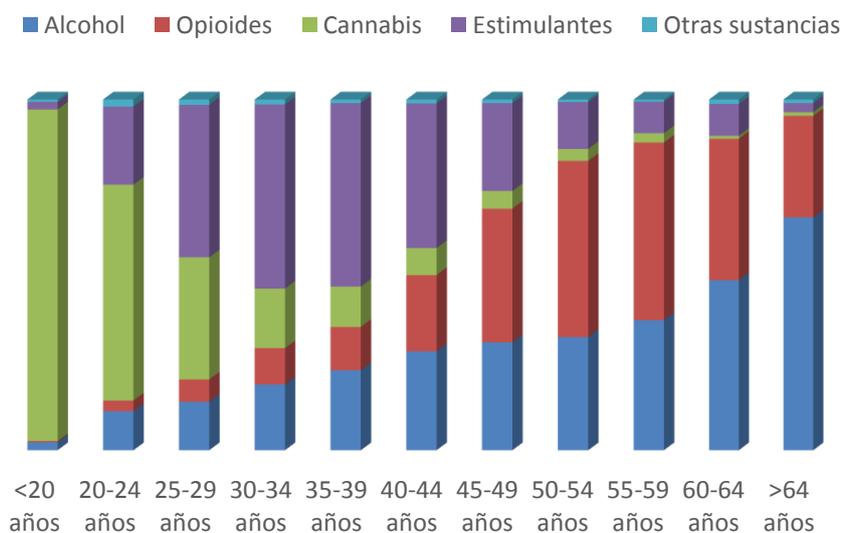
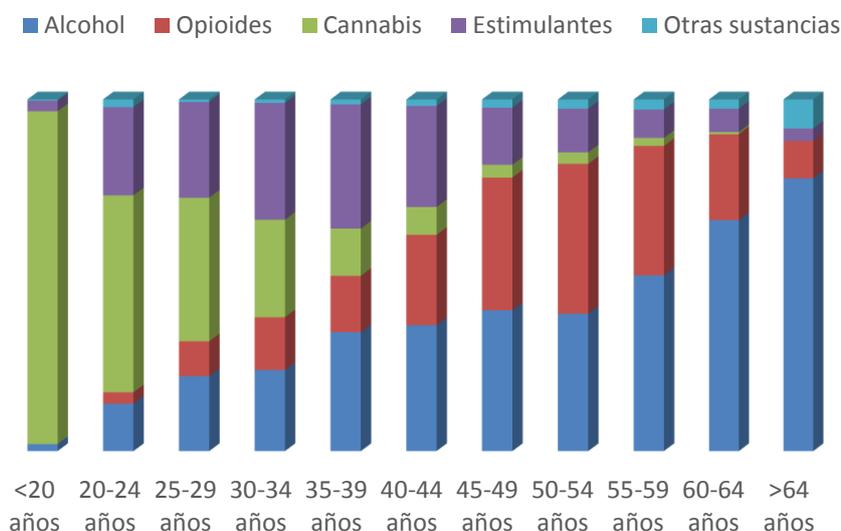


Fig. 12.- Sustancia que motiva el tratamiento por edad en mujeres.
Drogodependientes en tratamiento en 2018



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 (40,7%), seguida de la oral (30,2%) y la intranasal o esnifada (23,9%). El 4,9% de los pacientes utilizaban la vía parenteral (fig. 13). Los pacientes que inician su primer tratamiento presentan un mayor uso de la vía oral y menor de la vía parenteral que el resto de pacientes (fig. 14). Las mujeres presentan un mayor uso de la vía oral y menor de la intranasal que los hombres (fig. 15)

Fig. 13.- Vía de administración de la sustancia que motiva el tratamiento.
Drogodependientes en tratamiento en 2018

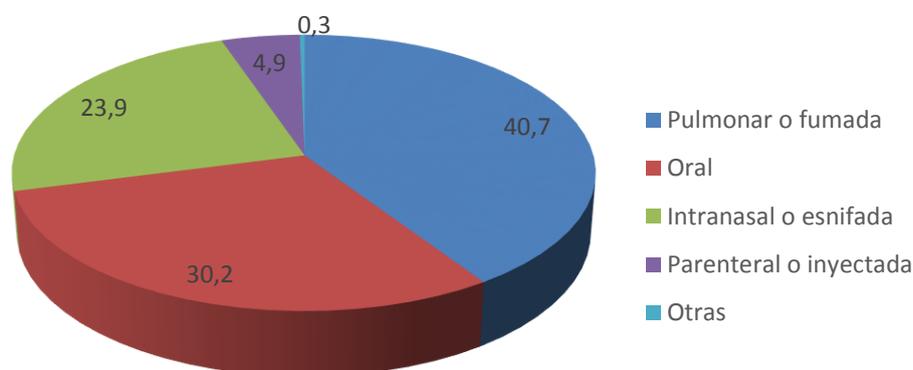


Fig. 14.- Vía de administración de la sustancia que motiva el tratamiento.
Drogodependientes en tratamiento en 2018

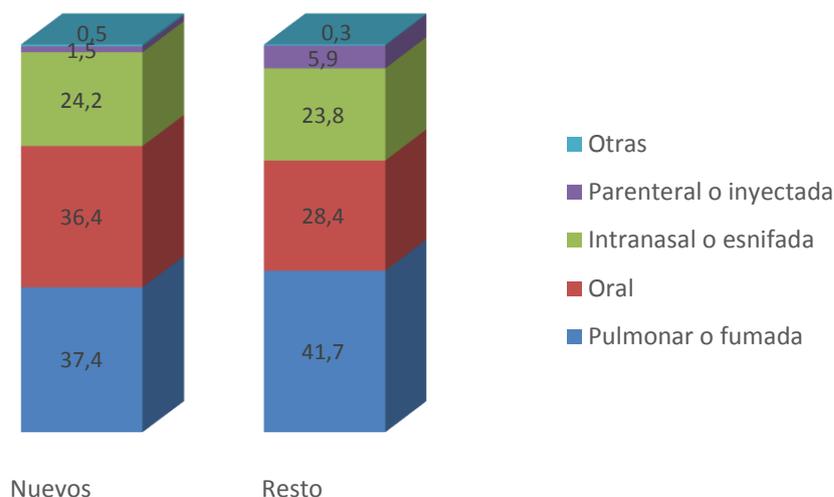
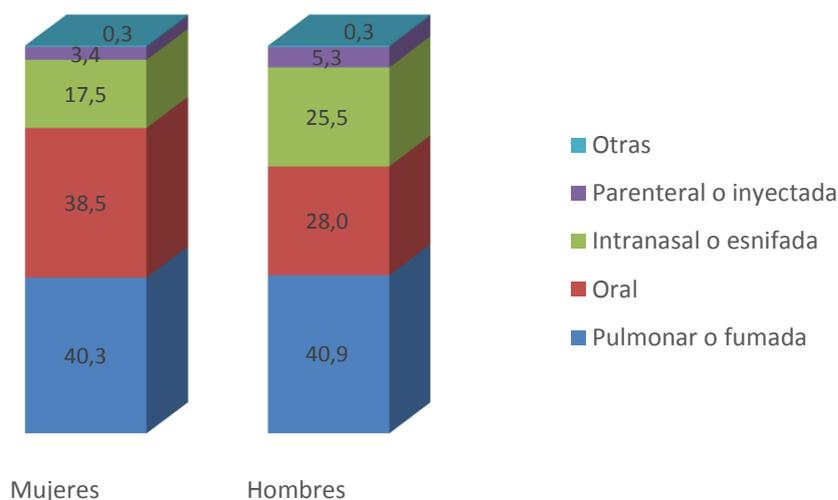


Fig. 15.- Vía de administración de la sustancia que motiva el tratamiento por sexo.
Drogodependientes en tratamiento en 2018



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 (75,6%), seguida de la inyectada (17,5%). Los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de cocaína se administran esta sustancia principalmente por vía intranasal o esnifada (81,6%). El 16,2% utilizan la vía pulmonar o fumada y sólo un 1,5% la vía inyectada. Por su parte los pacientes en tratamiento por abuso o dependencia de cannabis utilizan fundamentalmente la vía pulmonar o fumada (97,6%), con un 2,0% de uso de la vía oral.

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. 16). Los pacientes nuevos presentan una mayor frecuencia de consumo, con un 51,3% consumiendo a diario (fig. 17).

Fig. 16.- Frecuencia de consumo de la sustancia que motiva el tratamiento.
Drogodependientes en tratamiento en 2018

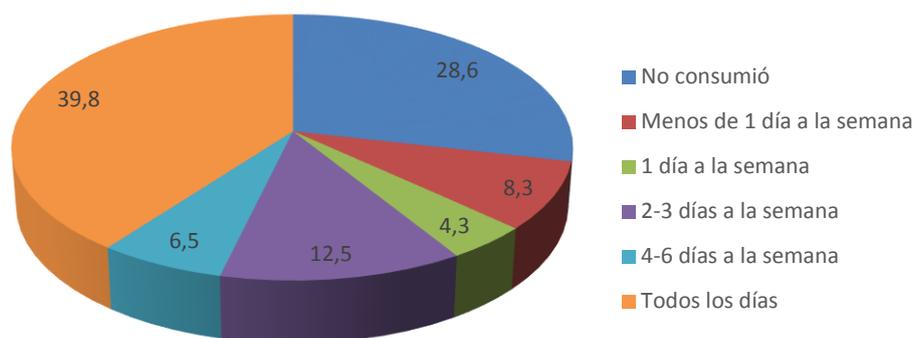
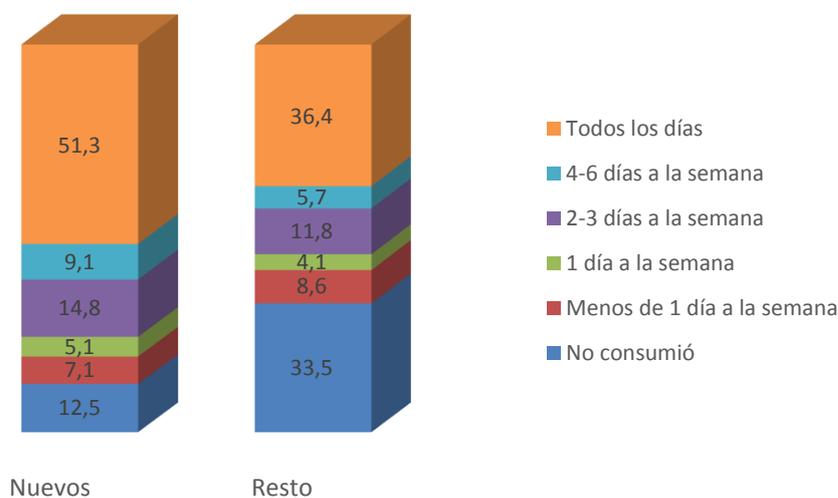


Fig. 17.- Frecuencia de consumo de la sustancia que motiva el tratamiento.
Drogodependientes en tratamiento en 2018



La **duración media del consumo** ha sido de 21,8 años, con diferencias según las sustancias. Los pacientes en tratamiento por consumo de alcohol son los que presentan una mayor duración del consumo (28,6 años), seguidos por los que se encuentran en tratamiento por consumo de opioides (27,4 años), por consumo de estimulantes (17,5 años) y por consumo de cannabis (11,2 años).

El principal **diagnóstico de la adicción** que presentaron los pacientes fue el de dependencia de opiáceos (23,9%), seguido de dependencia de alcohol (22,4%) y

dependencia de cocaína (22,4%) (fig. 18). Los pacientes nuevos presentan en mayor proporción dependencia y abuso de cannabis y de alcohol, y menos dependencia de opiáceos (fig. 19). Por su parte las mujeres presentan mayor dependencia y abuso de alcohol que los hombres (fig. 20).

Fig. 18.- Diagnóstico de la adicción que presentan los pacientes.
Drogodependientes en tratamiento en 2018



Fig. 19.- Diagnóstico de la adicción que presentan los pacientes.
Drogodependientes en tratamiento en 2018

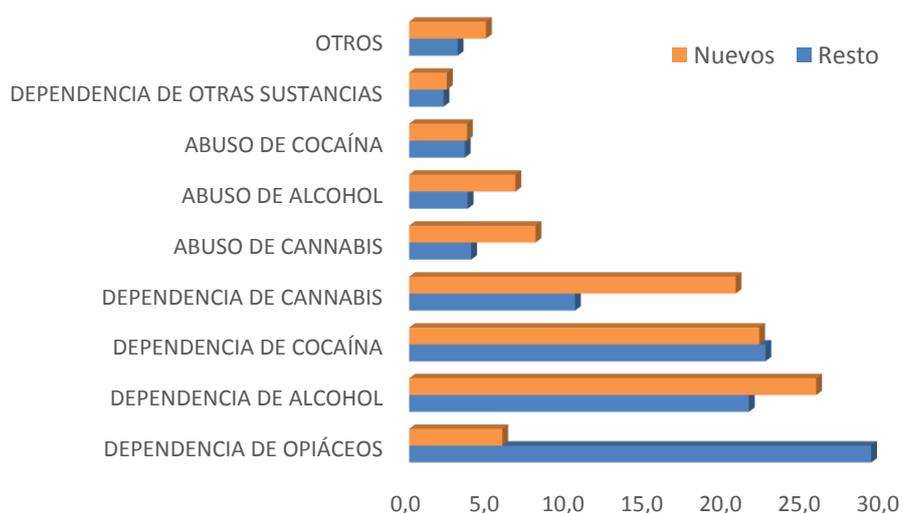
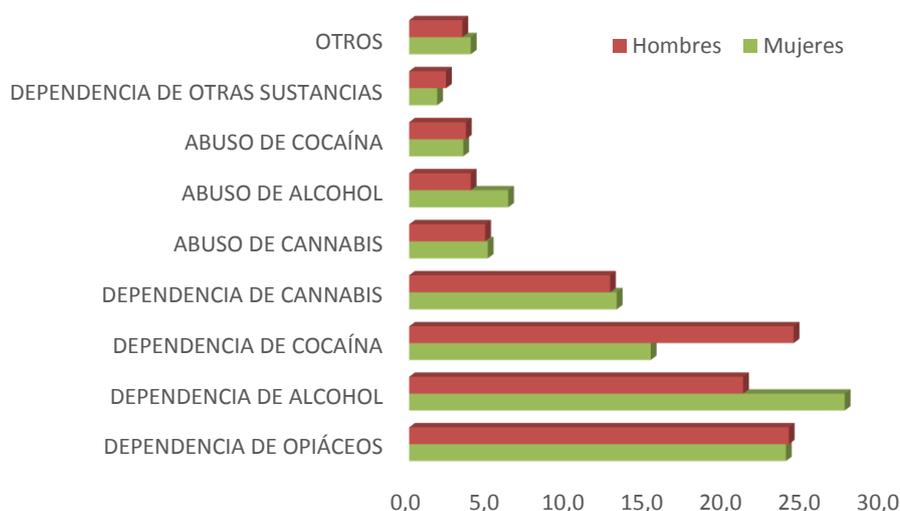


Fig. 20.- Diagnóstico de la adicción que presentan los pacientes por sexo.
Drogodependientes en tratamiento en 2018



El 17,1% 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 (14,8% vs 17,6%) y en los pacientes que inician tratamiento por primera vez (4,6%). Se presentan diferencias según la sustancia que provoca el tratamiento, ascendiendo a un 60,3% en los pacientes en tratamiento por consumo de heroína y reduciéndose al 5,3% en los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína.

La **edad media de los pacientes cuando realizaron su primera inyección** fue de 21,36 años (DT=6,93), más retrasada en las mujeres (22,24 años) que en los hombres (21,18 años) y en los pacientes nuevos (24,22 años). También se presentan diferencias según la sustancia que motiva el tratamiento. Los pacientes que se encuentran en tratamiento por consumo de heroína habían utilizado la vía inyectada antes, con una media de edad a la primera inyección de 20,74 años; siendo de 23,27 años en los que acuden por consumo de cocaína.

El 49,4% de los pacientes que se han inyectado alguna vez refiere haber **compartido jeringuillas o agujas** (50,6% en mujeres y 49,1% en hombres). Un porcentaje igual refiere haber **compartido material de inyección** (49,4%) con valores similares en hombres y mujeres. Los pacientes nuevos que se han inyectado alguna vez, presentan en menor proporción esta práctica de riesgo (36,2% han compartido jeringuillas y 37,7% han compartido material de inyección).

El 51,0% de los pacientes en tratamiento por consumo de heroína que se han inyectado han compartido jeringuillas, siendo este porcentaje del 41,9% en los que se encuentran en tratamiento por consumo de cocaína.

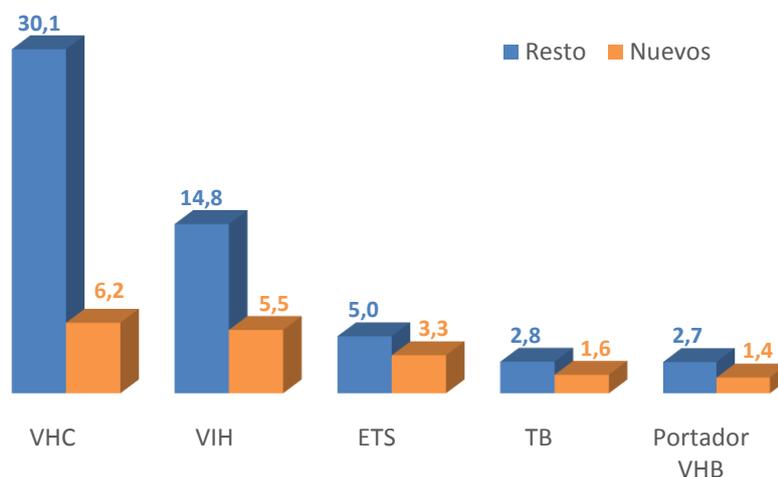
Han recibido algún **tratamiento previo** por drogas un 56,4% de los pacientes que se encontraban en tratamiento, con diferencias por sexo (57,4% en hombres y 52,6% en mujeres). Los pacientes que han recibido **tratamiento con sustitutivos opiáceos** ascienden a un 21,8% (21,7% en mujeres y 22,0% en hombres).

La **media de edad de los pacientes cuando realizaron su primer tratamiento con sustitutivos opiáceos** fue de 32,77 años (DT=7,32), sin diferencias por sexo. La principal sustancia utilizada por estos pacientes fue la metadona, administrada en el 98,3% de los casos. El 16,6% del total de pacientes en tratamiento había recibido metadona.

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 4,7% presentaban alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS), siendo la más frecuente la sífilis (3,3%). Un 2,6% presentaban enfermedad tuberculosa (TB) y el 13,4% tenían serología positiva frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Presentan marcadores frente al virus de la Hepatitis C (VHC) un 26,5% de los pacientes y el 2,5% eran portadores crónicos del virus de la Hepatitis B (VHB). Los pacientes nuevos presentan mejores condiciones de salud (fig. 21).

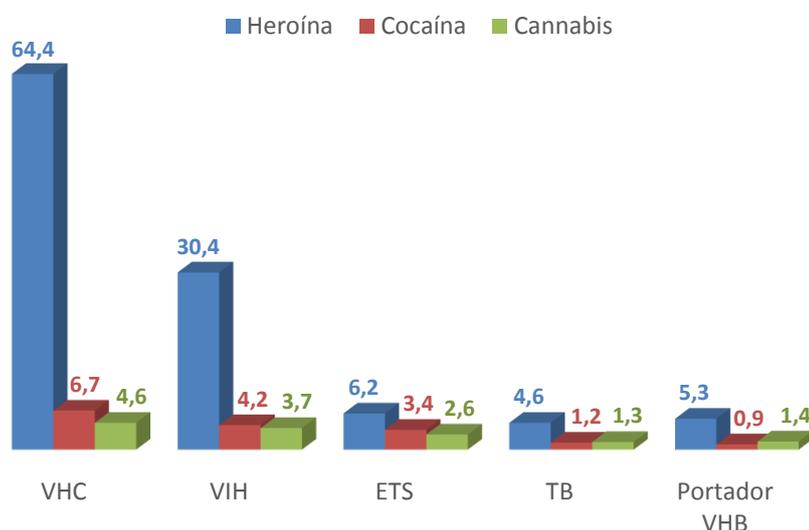
Fig. 21.- Situación sanitaria de los drogodependientes en tratamiento en 2018



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 64,4% tienen marcadores frente al virus de la Hepatitis C (VHC), un 30,4% son VIH positivos y un 6,2% 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 3,7% de infecciones por VIH (fig. 22).

Fig. 22.- Situación sanitaria según la sustancia que motiva el tratamiento.
Drogo dependientes en tratamiento en 2018



Fallecidos

Durante el año 2018 se ha registrado en el RAD el **fallecimiento** de 112 de los pacientes que habían realizado tratamiento en dicho año (0,6%). El 86,6% de los pacientes fallecidos eran varones y la media de edad fue de 50,31 años (DT=8,89). El 60,6% eran solteros y el 49,1% estaban en paro. Un 5,4% de los pacientes vivían en un alojamiento precario o inestable y el 49,1% presentaban antecedentes de estancia en prisión.

La principal sustancia por la que estos pacientes habían recibido tratamiento fue la heroína (65,2%), seguida del alcohol (21,4%) y la cocaína (7,1%). El 45,9% de los pacientes se habían inyectado alguna vez y el 68,9% de ellos había compartido jeringuillas.

El 82,0% había recibido tratamiento previo por drogas y un 62,4% había recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos.

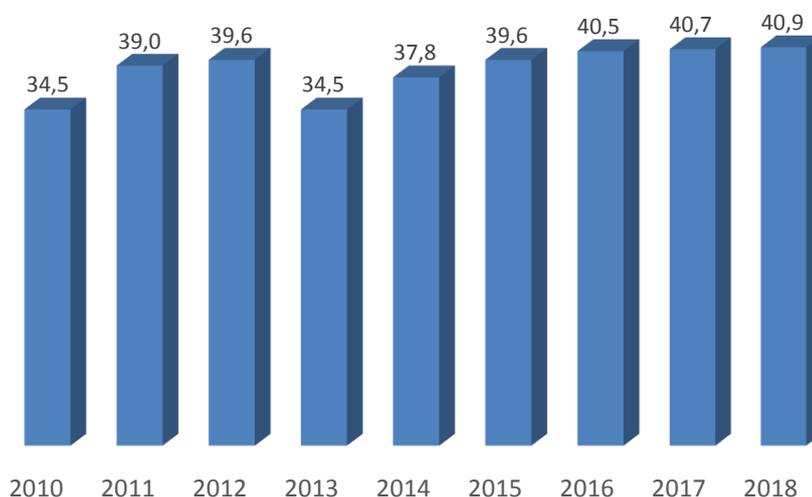
El 40,7% de los pacientes presentaban anticuerpos frente al VIH y el 59,5% frente al virus de la Hepatitis C. El 2,6% eran portadores crónicos del virus de la Hepatitis B, el 4,0% presentaban enfermedad tuberculosa y el 2,4% tenían una ETS.

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 de la media de edad y de los que presentan un nivel de estudios primarios.

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. 23). 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. 24).

Fig. 23.- Evolución de la edad media de los pacientes Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2018



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 progresivo incremento. También se observa una disminución de los pacientes que viven en un alojamiento precario o inestable, aunque han aumentado ligeramente en el último año (fig. 25).

Fig. 24.- Evolución del nivel de estudios
Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2018

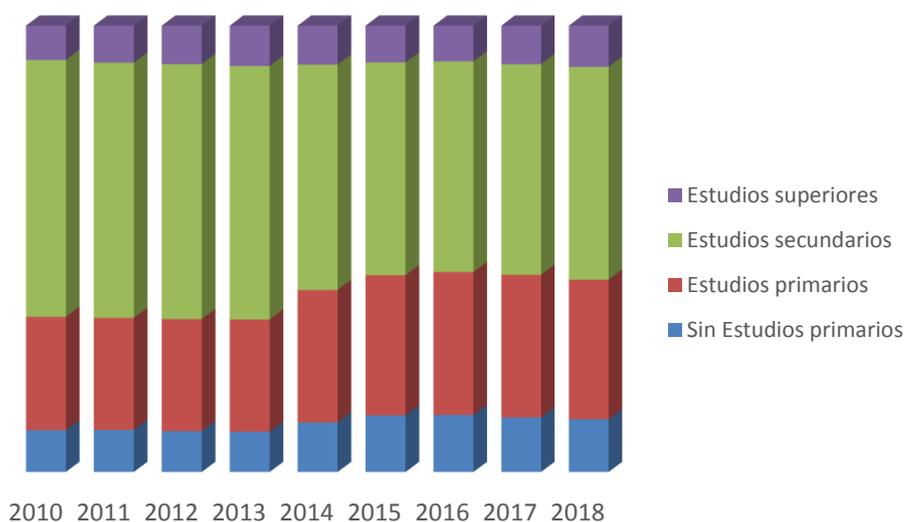


Fig. 25.- Evolución de las características sociodemográficas
Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2018



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. 26). También aumenta la proporción de personas que nunca se han inyectado (fig. 27).

Fig. 26.- Evolución de las características de consumo Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2018

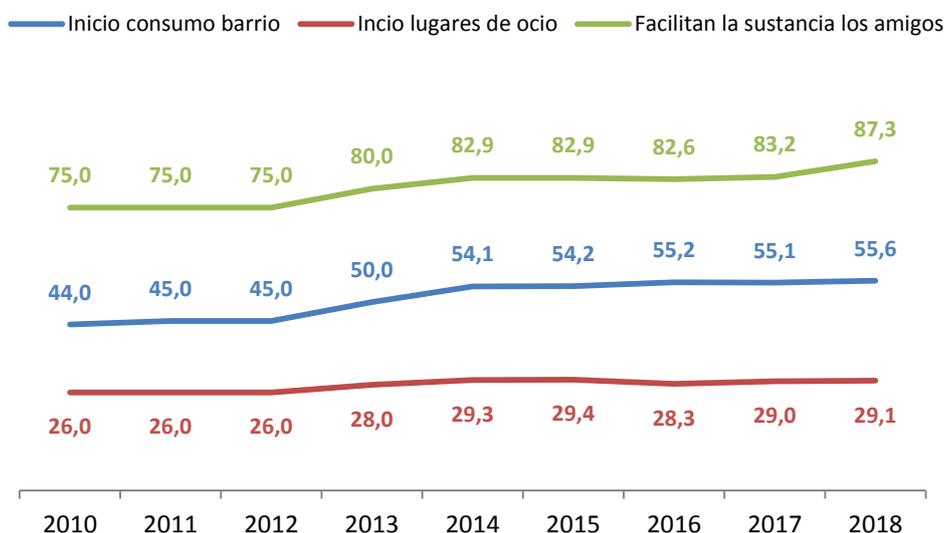
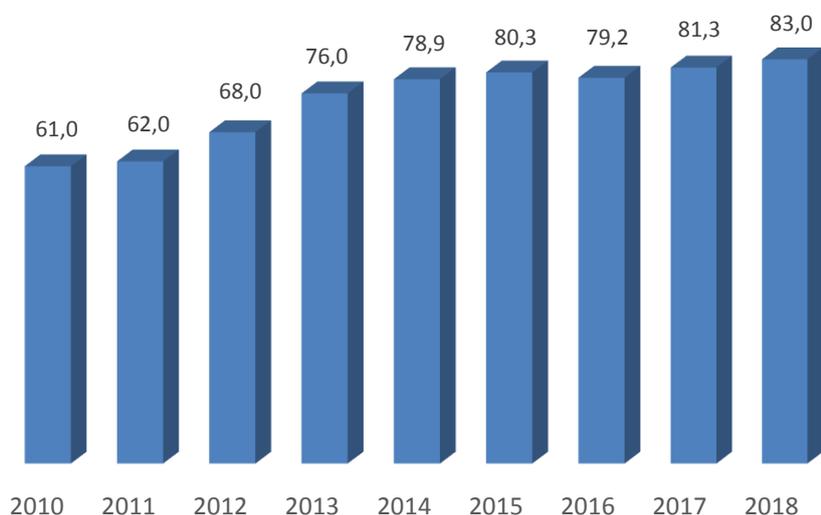


Fig. 27.- Evolución del porcentaje de pacientes que nunca se ha inyectado Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2018



En cuanto a la situación sanitaria de los pacientes, en los últimos años se observa una disminución de la prevalencia de infección por VIH y de las ETS, con una cierta estabilización de la enfermedad tuberculosa (fig. 28). Respecto a las hepatitis víricas

también se observa una disminución de los pacientes con infección por el virus de la Hepatitis C (VHC) y de los portadores crónicos del virus de la Hepatitis B (VHB) (fig. 29).

Fig. 28.- Evolución de las características sanitarias Drogodependientes en tratamiento. Período 2010-2018

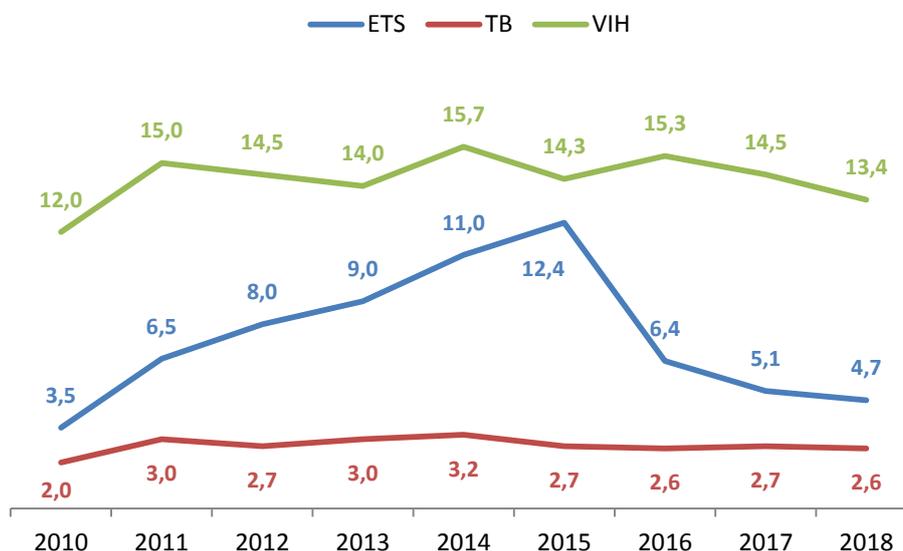
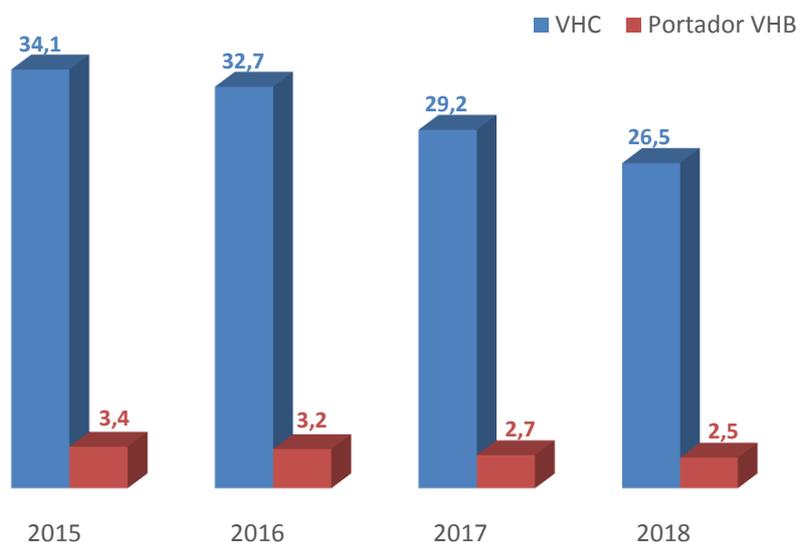


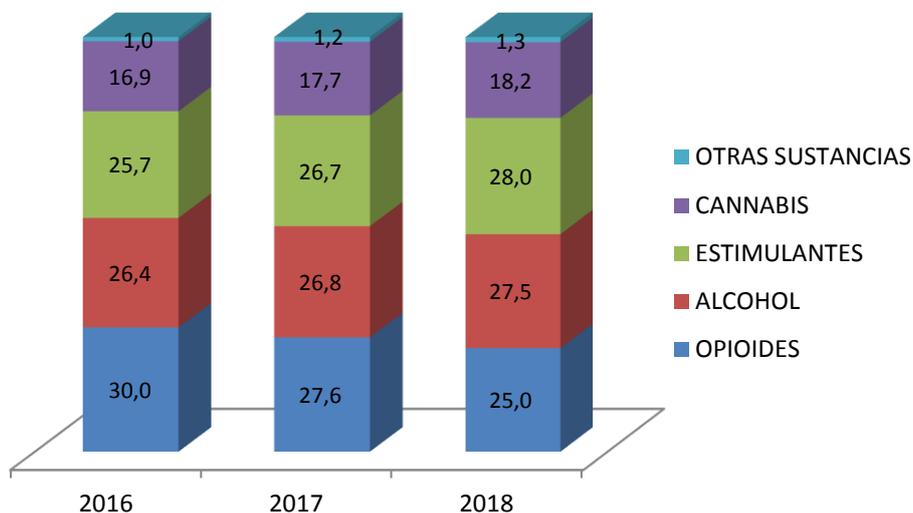
Fig. 29.- Evolución de las características sanitarias Drogodependientes en tratamiento. Período 2015-2018



Al comparar **la sustancia principal** por la que los pacientes se encontraban en tratamiento en 2018 con los dos años previos se observa una disminución de los opioides y un aumento del resto de sustancias; siendo el grupo de los estimulantes el

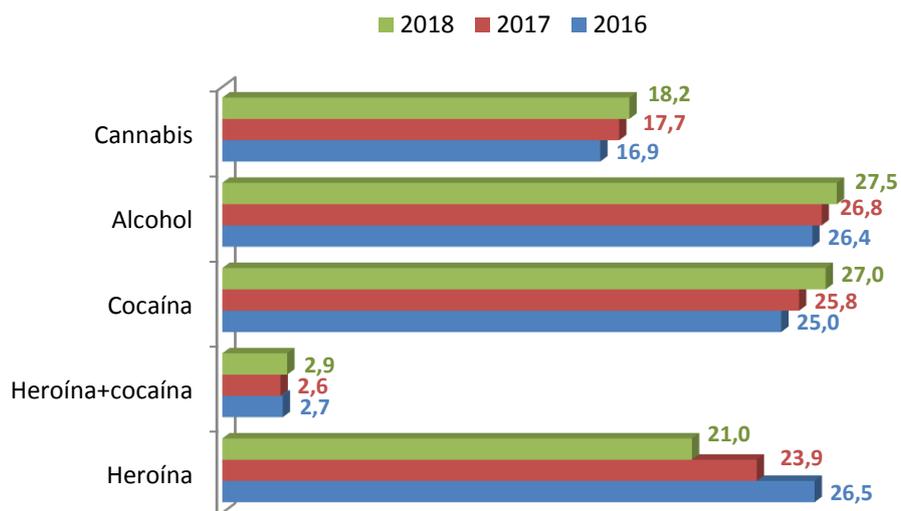
que más aumenta (2,3 puntos porcentuales). El cannabis y el alcohol aumentan en algo más de un punto porcentual (fig. 30).

Fig. 30.- Distribución según la sustancia que motiva el tratamiento.
Drogodependientes en tratamiento, años 2016-2018



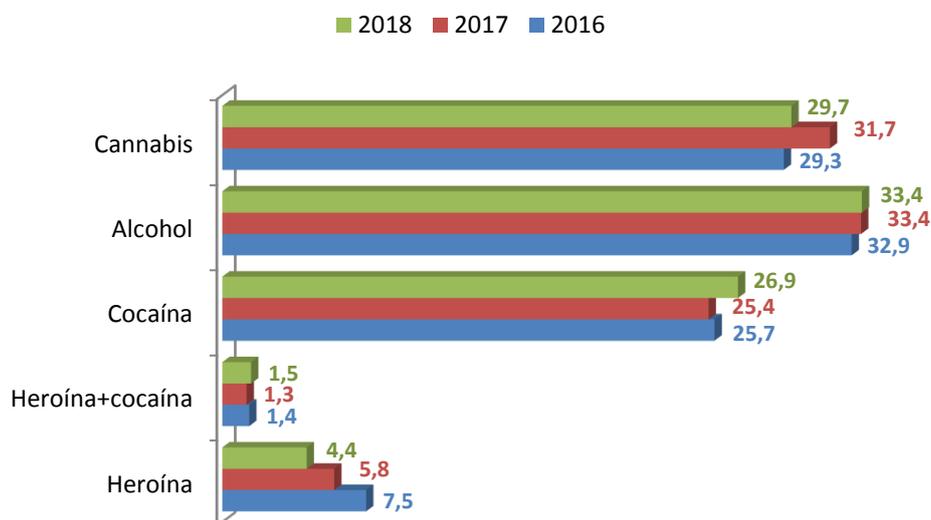
En cuanto a las sustancias específicas, la heroína disminuye en más de 5 puntos porcentuales, la heroína + cocaína (consumidas juntas) se mantiene muy similar, y la cocaína aumenta en 2 puntos porcentuales (fig. 31).

Fig. 31.- Distribución según la sustancia que motiva el tratamiento.
Drogodependientes en tratamiento, años 2016-2018



En los sujetos nuevos en 2018 se observa una disminución de la heroína en unos tres puntos porcentuales y un aumento de la cocaína en aproximadamente un punto porcentual (fig. 32).

Fig. 32.- Distribución según la sustancia que motiva el tratamiento.
Pacientes que inician tratamiento, años 2016-2018



En la evolución del **total de sustancias consumidas** por los pacientes desde el año 2010 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. 33 y 34).

Fig. 33.- Distribución según las sustancias consumidas por los pacientes.
Drogodependientes en tratamiento, años 2010-2018

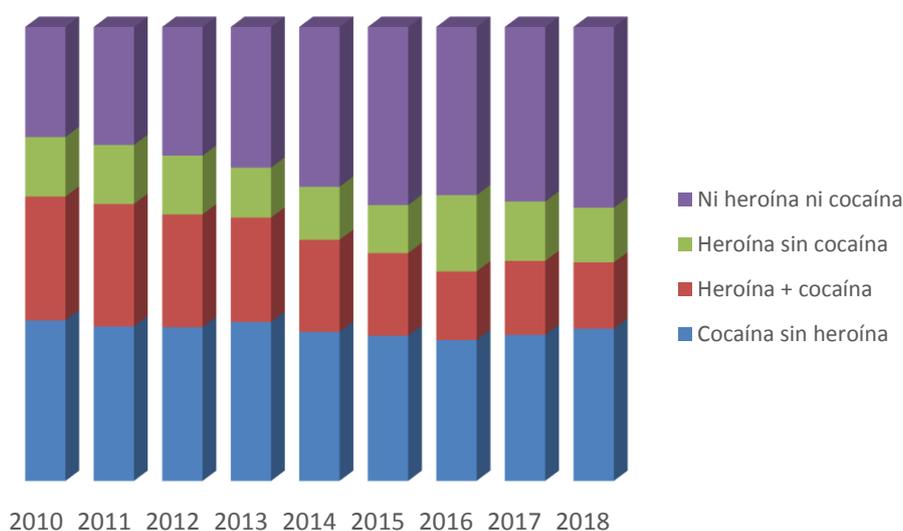
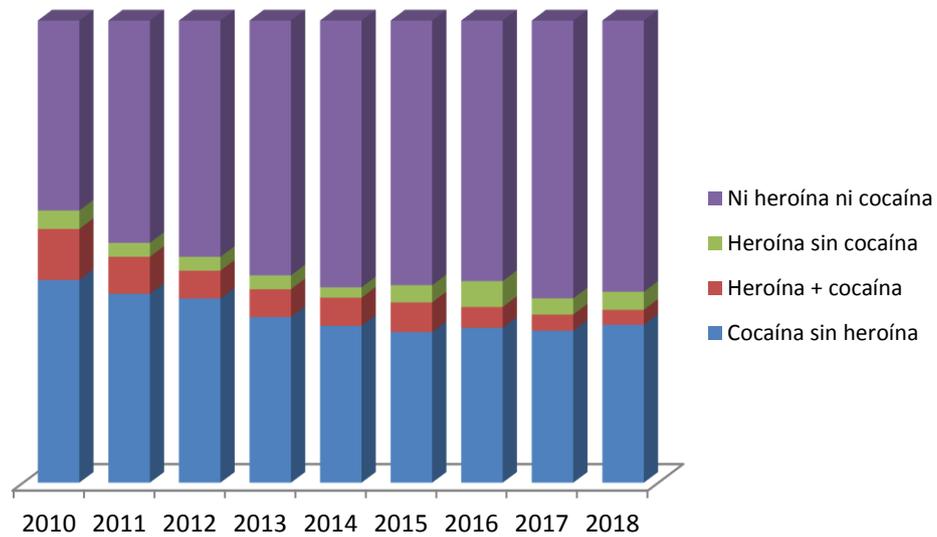


Fig. 34.- Distribución según las sustancias consumidas por los pacientes nuevos. Drogodependientes en tratamiento, años 2010-2018



RESUMEN

- La evolución desde el año 2000 del número de pacientes en tratamiento presenta un incremento hasta 2010, disminuyendo hasta 2015 y con un incremento paulatino posterior. 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 79,2% de los pacientes en tratamiento en 2018 eran varones y tenían una media de edad de 40,91 años (40,71 en hombres y 41,67 en mujeres), siendo extranjeros un 13,8%. El 57,9% estaban solteros, no superando el nivel de estudios primarios un 43,3%. El 38,5% de los pacientes estaba en paro, un 38,9% tenían incidencias legales previas (21,1% antecedente de estancia en prisión) y un 4,1% vivían en un alojamiento precario o inestable.
- Los pacientes nuevos (que inician por primera vez tratamiento en 2018) son más jóvenes (media de edad de 35,69 años), presentan una mayor proporción de extranjeros (22,4%) y una menor proporción de parados (31,0%).
- La mayoría de los pacientes comenzaron el consumo en el barrio con los amigos. La edad media de inicio al consumo ha sido de 19,06 años, siendo más precoz en los hombres (18,69 años) que en las mujeres (20,46 años).
- El alcohol (27,5%), la cocaína (27,0%), la heroína (23,9%), y el cannabis (18,2%) son las principales sustancias por las que los pacientes reciben tratamiento. El 47,0% de los pacientes consumen más de una sustancia (media de 1,7 sustancias consumidas por paciente).
- Los pacientes nuevos presentan un mayor consumo de alcohol (33,4%) y de cannabis (29,7%) y un menor consumo 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 (40,7%), seguida de la oral (30,2%). Un 4,9% utilizan la vía parenteral o inyectada para la administración de la principal sustancia por la que reciben tratamiento.
- Los pacientes nuevos presentan un menor uso de la vía inyectada (1,5%) y un mayor uso de la vía oral (36,4%).
- La duración media del consumo ha sido de 21,8 años, con diferencias según la sustancia. Los pacientes en tratamiento por consumo de alcohol presentan una mayor duración del consumo (28,6 años), seguidos por los pacientes en tratamiento por consumo de opioides (27,4 años).
- El 17,1% de los pacientes en tratamiento en 2018 se había inyectado alguna vez una sustancia psicoactiva, proporción inferior en las mujeres que en los hombres (14,8% vs 17,6%) y en los pacientes nuevos (4,6%). Entre los pacientes en tratamiento por consumo de heroína se han inyectado alguna vez

un 60,3%. La edad media a la primera inyección ha sido de 21,36 años, algo más precoz en los hombres (21,18 años) que en las mujeres (22,24 años) y más retrasa en los pacientes nuevos (24,22 años).

- A pesar de la baja proporción de pacientes que se han inyectado, casi la mitad de ellos han compartido jeringuillas (49,4%), siendo menor esta práctica de riesgo en los pacientes nuevos (36,2%).
- Aproximadamente un 22% de los pacientes ha recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos, siendo la metadona la sustancia utilizada en la gran mayoría de los casos (98,3%). El 4,0% de los pacientes nuevos ha recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos. La media de edad al primer tratamiento con sustitutivos opiáceos ha sido de 32,77 años (sin diferencias por sexo) siendo más precoz en los pacientes nuevos (30,33 años).
- El 13,4% de los pacientes en tratamiento en 2018 eran VIH (+) y el 2,6% presentaban enfermedad tuberculosa. El 26,5% tenían marcadores serológicos de Hepatitis C, el 2,5% eran portadores crónicos del virus de la Hepatitis B y un 4,7% tenía alguna ETS.
- Los pacientes nuevos presentan una mejor situación sanitaria. El 5,5% son VIH positivos, el 6,2% presentan marcadores de Hepatitis C, 1,4% son portadores crónicos del virus de la Hepatitis B, 1,6% presentan enfermedad tuberculosa y un 3,3% tienen una ETS.
- Se ha registrado el fallecimiento de 112 pacientes, lo que supone el 0,6% de los pacientes que se encontraban en tratamiento en 2018. El 49,1% estaba en paro, el 5,4% tenía un alojamiento precario o inestable y casi la mitad presentaban antecedentes de estancia en prisión (49,1%). El 45,9% se había inyectado alguna vez, de los que un 68,9% había compartido jeringuillas. El 65,2% se encontraba en tratamiento por consumo de heroína y el 82,0% había recibido tratamiento previo. Un 62,4% había recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos. El 59,5% presentaban marcadores de Hepatitis C y un 40,7% eran VIH positivos.
- En la evolución de las características sociodemográficas de los pacientes se observa un aumento de la media de edad y del nivel de estudios primarios, así como una disminución del paro.
- Respecto a las características del consumo se presenta un aumento del inicio al consumo en el barrio y en los lugares de ocio; así como una disminución del porcentaje de pacientes que alguna vez se ha inyectado.
- En cuanto a la situación sanitaria se observa en los últimos años una disminución de las ETS, de la infección por VIH y de los marcadores de Hepatitis C.
- En la evolución del total de sustancias consumidas por los pacientes en tratamiento desde el año 2010 se registra una disminución de la heroína y un aumento del alcohol y el cannabis.
- Respecto a la droga principal por la que los pacientes se encuentran en tratamiento, en los últimos años se observa una disminución marcada de la heroína y un ligero incremento de la cocaína.

URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2018

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 2018, 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 2018. Se analizan los episodios presentados en pacientes de 14-64 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). Se recoge información de laboratorio de los hospitales incluidos en el indicador.

Resultados: En 2018 se registraron 1.104 episodios de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas. El 70,1% de los pacientes eran hombres y la media de edad fue de 37,97 años. El 37,5% de los episodios se relacionan con más de una sustancia y en el 1,2% se utilizó la vía parenteral o inyectada en la administración de la sustancia. El principal diagnóstico fue de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (96,6%), un 13,5% requirió ingreso hospitalario y el 27,9% presentaban antecedentes de patología mental. Las principales sustancias relacionadas con el episodio de urgencias fueron el alcohol (63,2%), la cocaína (27,1%) y el cannabis (20,7%). Se presentan diferencias por sexo y edad en las sustancias consumidas. En el 31,8% de los episodios el alcohol fue la única sustancia relacionada con la urgencia, presentando dichos episodios una media de edad mayor (39,29 años) y un menor porcentaje de ingresos (9,1%) y de antecedentes de patología mental (12,3%).

Se realizaron pruebas de laboratorio en el 31,5% de los episodios, detectándose alguna sustancia en el 83,6% de los casos. Las principales sustancias ilegales detectadas fueron las benzodiazepinas, el cannabis y la cocaína; con una media de 1,7 sustancias por episodio.

Conclusiones: Las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas afectan especialmente a varones adultos jóvenes, y son debidas al consumo de alcohol, cocaína y cannabis. 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 y de la proporción de ingresos hospitalarios. Respecto a las sustancias relacionadas con la urgencia se observa un incremento del cannabis y una disminución de los hipnosedantes.

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 por consumo de sustancias psicoactivas, admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El indicador de Urgencias Hospitalarias por consumo 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 atendidos en los servicios de urgencia por episodios relacionados con dicho consumo.
- Describir los patrones de consumo de los consumidores de sustancias psicoactivas atendidos por episodios relacionados con dicho consumo 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.

MATERIAL Y MÉTODOS

Definición del indicador

Mediante este sistema de vigilancia se recogen datos de los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 14 a 64 años relacionados con el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de 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 relacionada con 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.

- 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 14-64 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. Urgencias en que se menciona exclusivamente consumo de 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 y frecuencia de consumo, tipo de sustancia y vía de administración), episodio de urgencias (diagnóstico CIE-10, profesional que atiende la urgencia y resolución de 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 de un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas para monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de drogas psicoactivas.

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 hasta el año 2017 se incluyen los episodios en personas de 15-54 años (previamente sólo se registraban los presentados en el grupo de edad de 15-49 años). A partir de 2013 se recoge el literal de todos los diagnósticos, registrándose previamente sólo los cinco grandes grupos diagnósticos.

Desde el año 2004, y hasta 2017, se registraron todos los episodios en los que se mencionaba consumo de sustancias psicoactivas en la historia clínica, ya que hasta entonces sólo se recogían los relacionados con la urgencia. A partir de 2018 se recogen de nuevo únicamente los episodios en los que el consumo de sustancias se relaciona con la urgencia.

En la Comunidad de Madrid en el año 2010 se introdujeron una serie de modificaciones en el sistema de información de las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas. Por una parte se rediseñó la muestra de hospitales atendiendo a los cambios en el mapa sanitario de la región y 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. También se recogieron las urgencias por consumo de drogas atendidas en el ámbito extrahospitalario por los servicios de emergencias SUMMA 112 y SAMUR. Además 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 2015 se incluyeron tres nuevas variables: Tipo y frecuencia de consumo, profesional que atiende la urgencia y antecedentes de patología psiquiátrica.

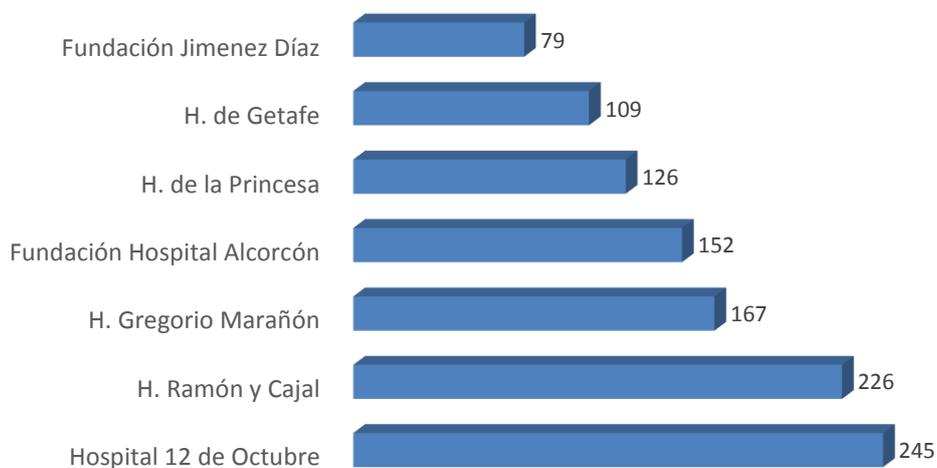
En el año 2016 se realizó una modificación de la muestra de hospitales. Los centros incluidos actualmente en este sistema de vigilancia en la Comunidad de Madrid son los siguientes: Fundación Jiménez Díaz, Hospital Ramón y Cajal, Hospital Gregorio Marañón, Hospital de la Princesa, Fundación Hospital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

En el año 2018 se ha ampliado el grupo de edad del indicador, recogiendo los episodios en pacientes de 14 a 64 años. También se incluyen todos los episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de alcohol (hasta ahora sólo se recogían si se asociaban al consumo de otras sustancias).

RESULTADOS

En el año 2018 se han registrado un total de 1.104 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas, en las 12 semanas correspondientes (una semana por mes). El hospital con el mayor número de episodios ha sido el Hospital 12 de Octubre (245 episodios, 22,2% del total), seguido del Hospital Ramón y Cajal (226 episodios, 20,5%) (fig. 1).

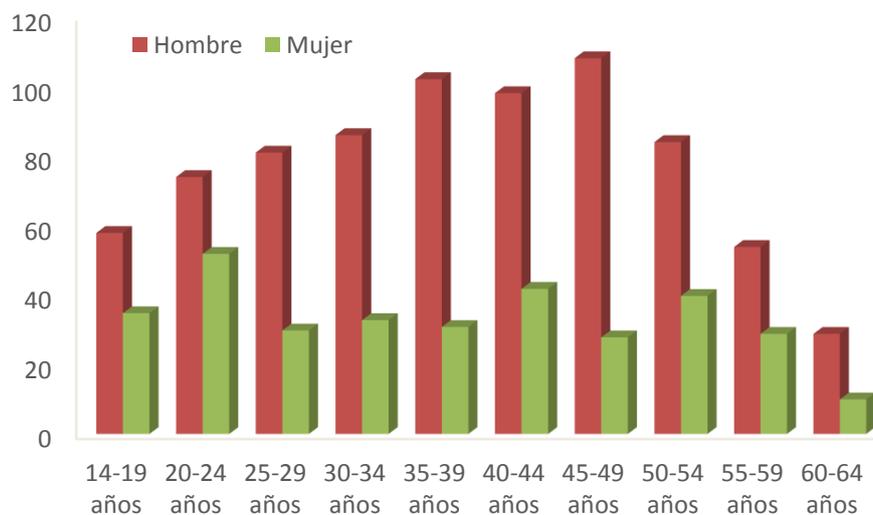
Fig. 1.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Número de episodios por hospital. Comunidad de Madrid, 2018



El 70,1% de los episodios se presentaron en hombres y la media de edad fue de 37,97 años (38,37 en hombres y 37,05 en mujeres).

El grupo de edad con mayor número de casos ha sido el de 40-44 años (12,7%), siendo en hombres el de 45-49 años (14,0%) y en mujeres el de 20-24 años (15,8%) (fig. 2).

Fig. 2.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Nº de episodios por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2018



Se dispone de información sobre el tipo y frecuencia de consumo en el 56,2% de los episodios. En el 84,0% de los pacientes se trataba de un consumo habitual y en el 16,0% restante de un consumo esporádico. Se presentan diferencias por sexo, presentando los hombres una mayor proporción de consumo habitual que las mujeres (86,8% vs 75,0%).

En el 27,9% de los pacientes se presentan antecedentes de patología psiquiátrica, con diferencias por sexo (32,7% en mujeres y 25,8% en hombres). Las principales patologías registradas han sido la depresión (27,4%), los trastornos de la personalidad (27,0%) y la esquizofrenia (12,1%).

El 57,5% de los episodios fueron atendidos por internistas, el 35,4% por psiquiatras y el resto por otros profesionales.

Diagnóstico de los episodios de urgencias

Se ha registrado una media de 1,9 diagnósticos por episodio, de los que el 80,2% pertenecían al grupo de “Trastornos mentales y del comportamiento” (tabla 1). El 96,6% 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, 2018

Grandes grupos diagnósticos	Número	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	20	0,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	0,1
Trastornos mentales y del comportamiento	1.722	80,2
Enfermedades del sistema nervioso	15	0,7
Enfermedades del ojo	1	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	9	0,4
Enfermedades del sistema respiratorio	28	1,3
Enfermedades del aparato digestivo	49	2,3
Enfermedades del sistema osteomuscular y conectivo	2	0,1
Enfermedades del aparato genitourinario	17	0,8
Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte	162	7,5
Traumatismos, envenenamientos y otros de causa externa	111	5,2
Causas externas de morbilidad	3	0,1
Factores que influyen en el estado de salud	5	0,2
Total	2.147	100,0

Nota.- Un paciente puede presentar más de un diagnóstico

Los principales diagnósticos específicos registrados han sido los “Trastornos relacionados con alcohol” presentes en el 63,2% de los episodios, seguido de los “Trastornos relacionados con cocaína” registrado en el 27,1% y los “Trastornos relacionados con cannabis” en el 20,7%.

Entre los “Trastornos relacionados con alcohol” el más frecuente ha sido el “Abuso de alcohol con intoxicación” presente en el 23,2% de los episodios.

Se han presentado 53 episodios de intento de autolisis (4,8%), de los que el 69,8% eran mujeres y el 42,0% eran menores de 35 años. Se presentan importantes diferencias por sexo, con un porcentaje superior en mujeres (11,2%) que en hombres (2,1%).

Sustancias psicoactivas

En el 37,5% de los episodios se registró más de una sustancia relacionada con la urgencia (1,5 sustancias de media). En el 12,8% de los episodios se registraron más de dos sustancias y en el 3,1% más de tres (fig. 3). En 8 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, 2018



El alcohol es la principal sustancia relacionada con el episodio de urgencias (63,2%), seguido de la cocaína (27,1%) y el cannabis (20,7%). En el 20,5% de los episodios la urgencia se relacionó con los hipnosedantes, en el 6,3% con los opioides y en el 2,9% con los antidepresivos (tabla 2 y fig. 4).

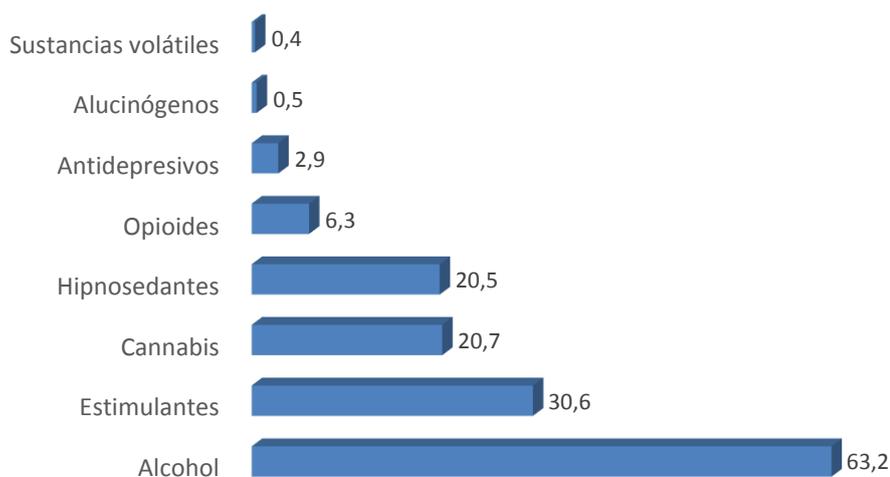
En un 4,7% de los casos el episodio se relacionó con el consumo de heroína, en el 2,4% con el consumo de anfetaminas y en el 2,0% con el consumo de MDMA y otras drogas de diseño.

Tabla 2.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según la sustancia relacionada con la urgencia
Comunidad de Madrid, 2018

SUSTANCIAS	Número	%
OPIOIDES	69	6,3
Heroína	52	4,7
Metadona	15	1,4
Otros opioides	13	1,2
ESTIMULANTES	338	30,6
Cocaína	299	27,1
Anfetaminas	27	2,4
MDMA y otras drogas de diseño	22	2,0
Otros estimulantes	14	1,3
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	226	20,5
Benzodiazepinas	201	18,2
Antipsicóticos	27	2,4
Otros hipnosedantes	12	1,1
ALUCINÓGENOS	6	0,5
SUSTANCIAS VOLÁTILES	4	0,4
CANNABIS	229	20,7
ANTIDEPRESIVOS	32	2,9
ALCOHOL	698	63,2

Nota.- Un paciente puede haber consumido más de una sustancia del mismo grupo. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios (1.104)

Fig. 4.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según la sustancia relacionada con la urgencia
Comunidad de Madrid, 2018



En relación con las nuevas sustancias, se han registrado 14 episodios por consumo de mefedrona (perteneciente al grupo de otros estimulantes), 8 por consumo de Ácido Gamma-hidroxibutírico (perteneciente al grupo de otros hipnosedantes) y 4 por consumo de ketamina (perteneciente al grupo de alucinógenos).

El 31,9% de los episodios se relacionaron con el consumo de alcohol, no habiendo consumido el paciente ninguna otra sustancia. Estos episodios presentan unas características ligeramente diferentes al resto, con una mayor media de edad (39,34 años), una mayor proporción de consumo habitual (92,7%) y una menor proporción de antecedentes de patología psiquiátrica (12,3%).

En los episodios de intento de autolisis las sustancias consumidas han sido fundamentalmente las benzodiacepinas (90,6%), seguidas del alcohol (26,4%), los antidepresivos (22,6%) y la cocaína (13,2%).

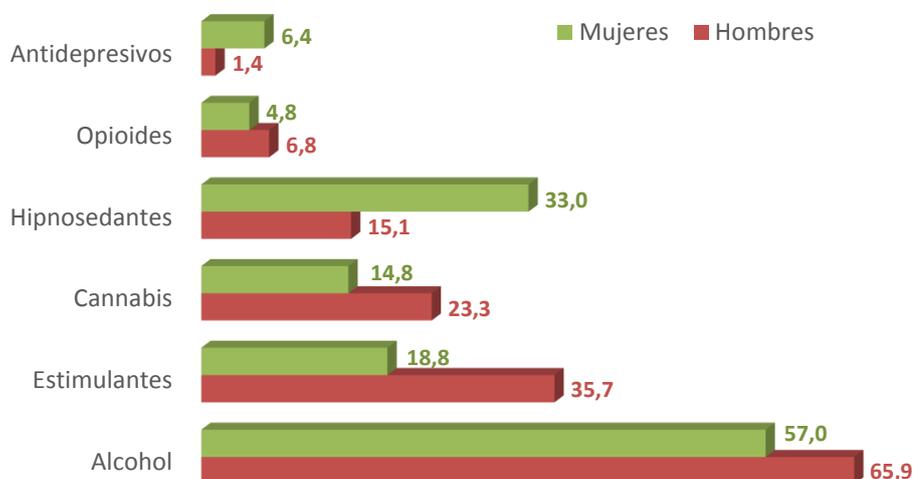
Se observan diferencias por género para las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias, con una mayor proporción de hipnosedantes y antidepresivos en las mujeres; y de alcohol, estimulantes, cannabis y opioides en los hombres (tabla 3 y fig. 5).

Tabla 3.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de las sustancias relacionadas con la urgencia por sexo
Comunidad de Madrid, 2018

SUSTANCIA	Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%
OPIOIDES	53	6,8	16	4,8
Heroína	42	5,4	10	3,0
Metadona	12	1,6	3	0,9
Otros opioides	8	1,0	5	1,5
ESTIMULANTES	276	33,5	62	18,8
Cocaína	242	31,3	57	17,3
Anfetaminas	23	3,0	4	1,2
MDMA y otras drogas de diseño	17	2,2	5	1,5
Otros estimulantes	14	1,8	0	0,0
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	117	15,1	109	33,0
Benzodiacepinas	99	12,8	102	30,9
Antipsicóticos	13	1,7	14	4,2
Otros hipnosedantes	7	0,9	5	1,5
ALUCINÓGENOS	3	0,4	3	0,9
SUSTANCIAS VOLÁTILES	3	0,4	1	0,3
CANNABIS	180	23,3	49	14,8
ANTIDEPRESIVOS	11	1,4	21	6,4
ALCOHOL	510	65,9	188	57,0

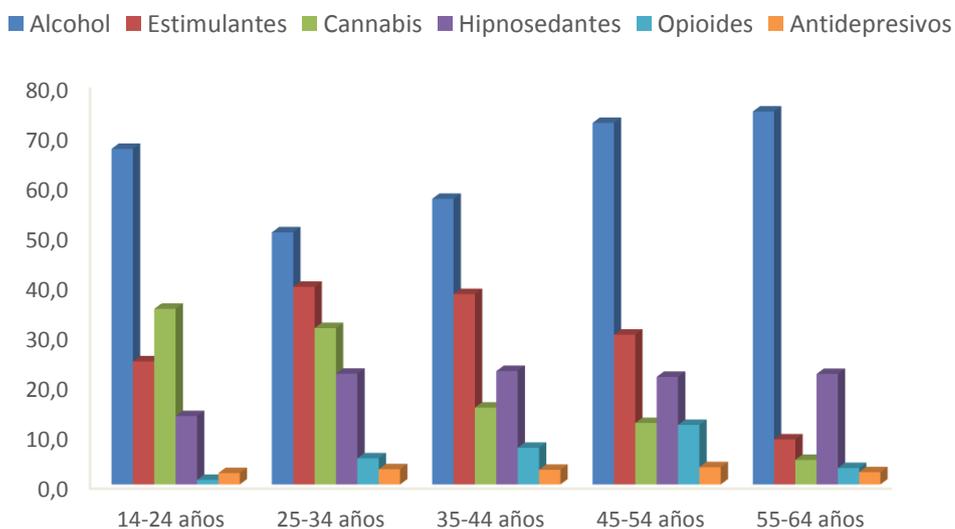
Nota.- Un sujeto puede haber consumido más de una droga del mismo grupo. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios (774 en hombres y 330 en mujeres)

Fig. 5.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de las sustancias relacionadas con la urgencia por sexo
Comunidad de Madrid, 2018



El patrón de consumo de las sustancias por grupos de edad se muestra en la fig. 6. El alcohol es la sustancia que predomina en todos los grupos de edad, con una mayor presencia en los de 55-64 años. El papel del cannabis disminuye con la edad, mostrando el mayor consumo el grupo de edad más joven (14-24 años). En el grupo de edad de 25-44 años se registra el mayor consumo de estimulantes y de hipnosedantes. Por su parte los opioides y los antidepresivos predominan en el grupo de edad de 45-54 años.

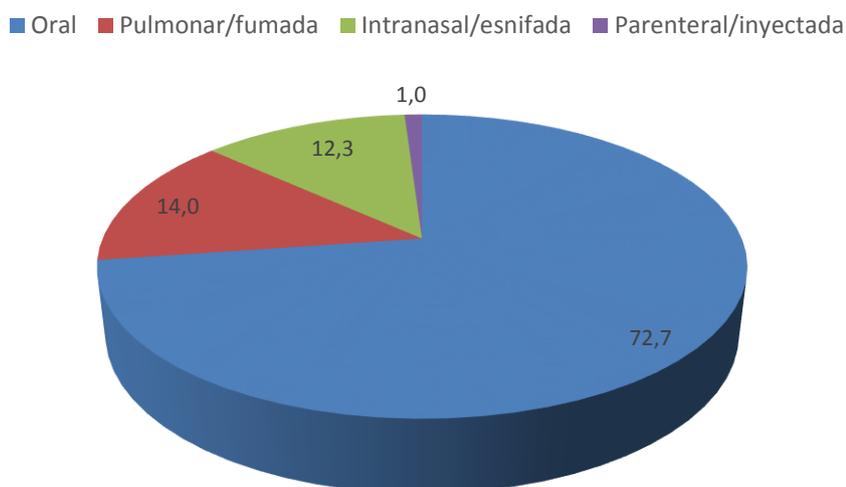
Fig. 6.-Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de las sustancias relacionadas con la urgencia por edad
Comunidad de Madrid, 2018



Vía de administración de las sustancias

Se conoce la vía de administración para el 85,3% de las sustancias relacionadas con el episodio de urgencias. La vía de consumo más utilizada ha sido la oral (72,7%), seguida de la pulmonar o fumada (14,0%) y la intranasal o esnifada (12,3%). En el 1,0% 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, 2018

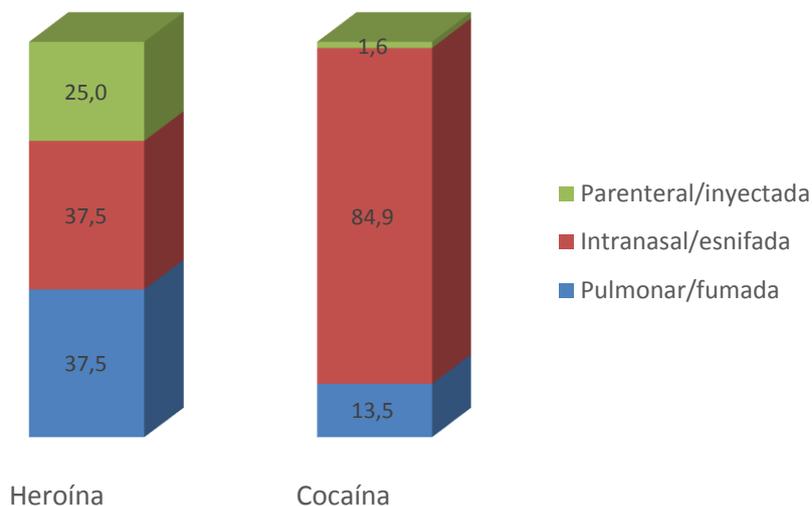


En el 1,2% de los episodios los pacientes utilizaron la vía inyectada para el consumo de alguna de las sustancias.

Se dispone de información sobre la vía de administración de la heroína en el 46,2% de los episodios en los que esta sustancia se relacionó con la urgencia, siendo las vías más utilizadas para esta sustancia la pulmonar o fumada y la intranasal o esnifada (37,5% respectivamente), seguidas de la parenteral o inyectada (25,0%) (fig. 8).

Para la cocaína se dispone de información sobre la vía de administración en el 64,2% de los episodios, siendo también la vía intranasal o esnifada la más utilizada (84,9%), seguida de la vía pulmonar o fumada (13,5%) y de la vía parenteral o inyectada (1,6%) (fig 8).

Fig. 8.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Vía de administración de la heroína y de la cocaína
Comunidad de Madrid, 2018

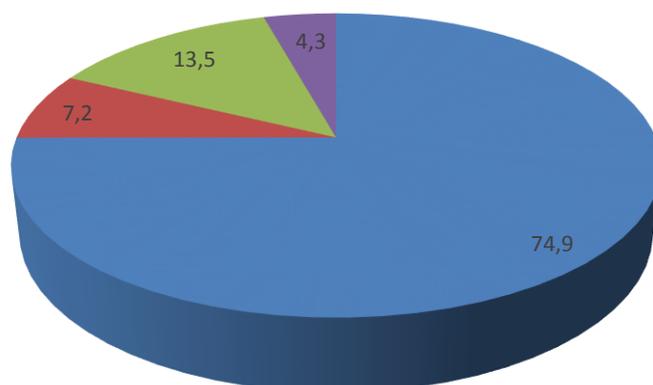


Resolución de la urgencia

La urgencia se resolvió mediante alta médica en la gran mayoría de los casos (74,9%). Un 13,5% de los pacientes requirieron ingreso hospitalario, el 7,2% pidieron el alta voluntaria y un 4,3% fueron trasladados a otro centro (fig. 9).

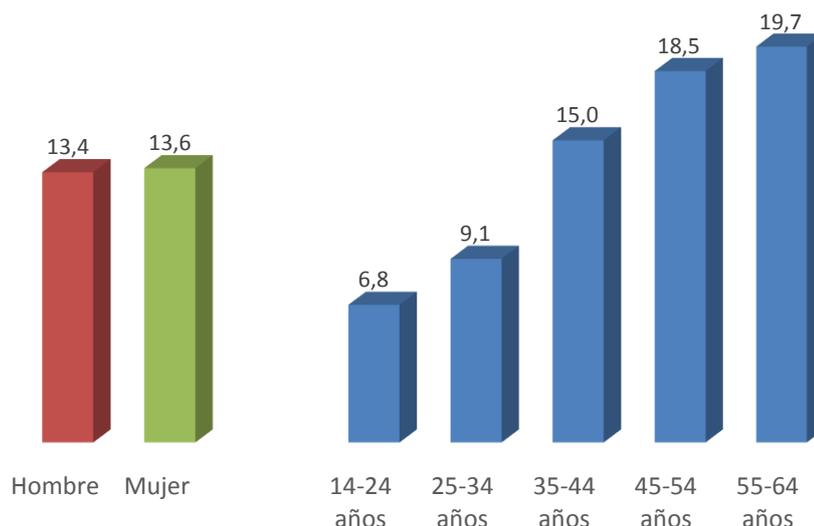
Fig. 9.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según la resolución de la urgencia
Comunidad de Madrid, 2018

■ Alta médica ■ Alta voluntaria ■ Ingreso hospitalario ■ Traslado a otro centro



La proporción de ingresos es similar en ambos sexos y aumenta con la edad (fig. 10). También es mayor en los pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica (20,5%) y en los que presentaban consumo de opioides (30,4%); siendo menor en los episodios con sólo consumo de alcohol (9,1%).

Fig. 10.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Ingreso hospitalario según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2018



Episodios relacionados sólo con el alcohol

Los episodios en los que se menciona únicamente el consumo de alcohol se diferencian del resto de episodios. El hospital con el mayor número de episodios ha sido el Hospital Ramón y Cajal (82 episodios, 23,4% del total), seguido del Hospital 12 de Octubre (72 episodios, 20,5%) (fig. 11).

El 69,5% son hombres y la media de edad es de 39,29 años. La distribución por grupos de edad se muestra en la figura 12, observándose el importante papel de los más jóvenes, especialmente en las mujeres (fig. 13).

Se dispone de información sobre el tipo y frecuencia de consumo en el 53,3% de los episodios. En el 92,7% de los pacientes se trataba de un consumo habitual y en el 7,3% restante de un consumo esporádico. Se presentan diferencias por sexo, registrando los hombres una mayor proporción de consumo habitual que las mujeres (96,6% vs 82,6%).

El 12,3% de los pacientes presentaban antecedentes de patología psiquiátrica, con diferencias por sexo (16,8% en mujeres y 10,2% en hombres). Las principales patologías registradas han sido la depresión (39,5%), los trastornos de la personalidad (9,3%), el TDAH (9,3%) y la esquizofrenia (7,0%).

Fig. 11.- Urgencias hospitalarias por consumo de alcohol
Número de episodios por hospital. Comunidad de Madrid, 2018

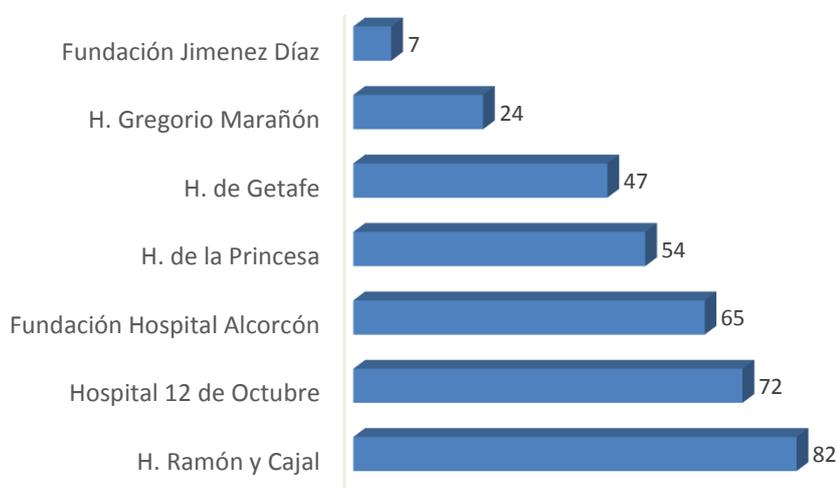


Fig. 12.- Urgencias hospitalarias por consumo de alcohol
Nº de episodios por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2018

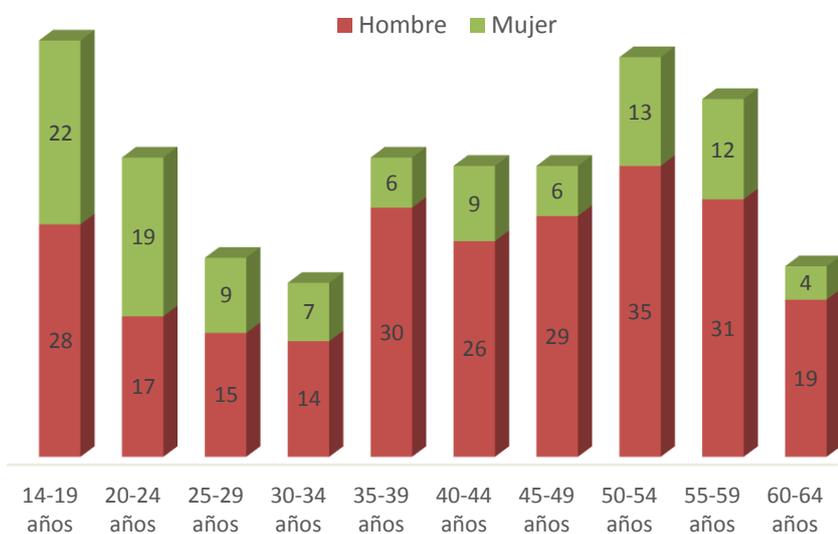
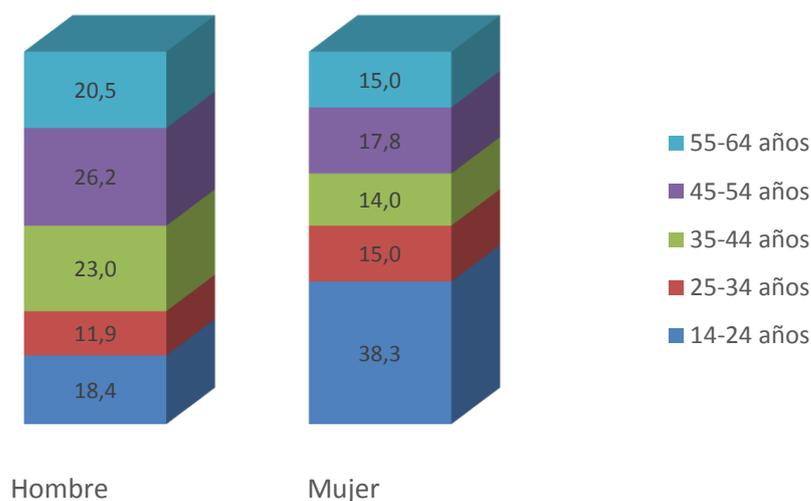


Fig. 13.- Urgencias hospitalarias por consumo de alcohol
Distribución por sexo y grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2018



El 78,9% de los episodios fueron atendidos por internistas, el 11,7% por psiquiatras y el resto por otros profesionales.

Se registra una media de 1,4 diagnósticos por episodio, siendo el más frecuente el grupo de “Trastornos mentales y del comportamiento” suponiendo el 75,9% del total de diagnósticos, seguido del grupo de “Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa” (7,0%) (tabla 4).

Tabla 4.- Urgencias hospitalarias por consumo de alcohol
Distribución de los diagnósticos según grandes grupos de la CIE-10
Comunidad de Madrid, 2018

Grandes grupos diagnósticos	Número	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2	0,4
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	0,2
Trastornos mentales y del comportamiento	369	75,9
Enfermedades del sistema nervioso	3	0,6
Enfermedades del sistema circulatorio	2	0,4
Enfermedades del sistema respiratorio	5	1,0
Enfermedades del aparato digestivo	28	5,8
Enfermedades del aparato genitourinario	6	1,2
Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte	33	6,8
Traumatismos, envenenamientos y otros de causa externa	34	7,0
Causas externas de morbilidad	2	0,4
Factores que influyen en el estado de salud	1	0,2
Total	486	100,0

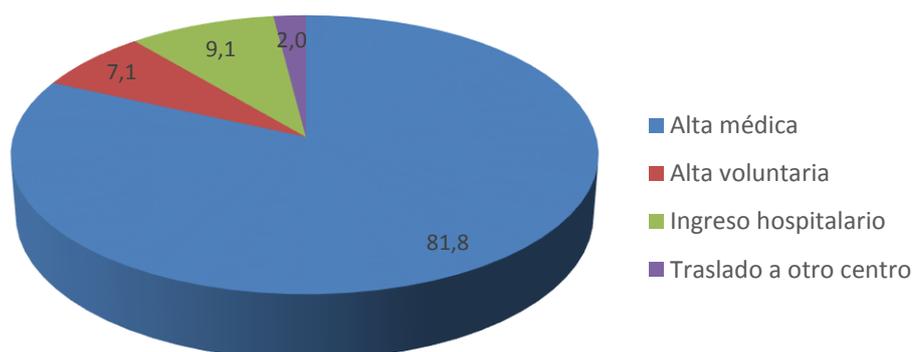
Nota.- Un paciente puede presentar más de un diagnóstico

Todos los episodios presentaban un diagnóstico de “Abuso o dependencia de alcohol”, siendo el principal diagnóstico específico el de “Abuso de alcohol con intoxicación” registrado en el 48,1% de los casos.

En el 9,1% de los episodios tenían un diagnóstico de “Traumatismo de la cabeza” y el 4,0% de “Pancreatitis aguda”.

La urgencia se resolvió mediante alta médica en la gran mayoría de los casos (81,8%). Un 9,1% de los pacientes requirieron ingreso hospitalario, el 7,1% pidieron el alta voluntaria y un 2,0% fueron trasladados a otro centro (fig. 14). Los hombres presentan una mayor proporción de ingresos que las mujeres (10,2% vs 6,5%).

Fig. 14.- Urgencias hospitalarias por consumo de alcohol
Distribución según la resolución de la urgencia
Comunidad de Madrid, 2018



RESULTADOS DE LABORATORIO

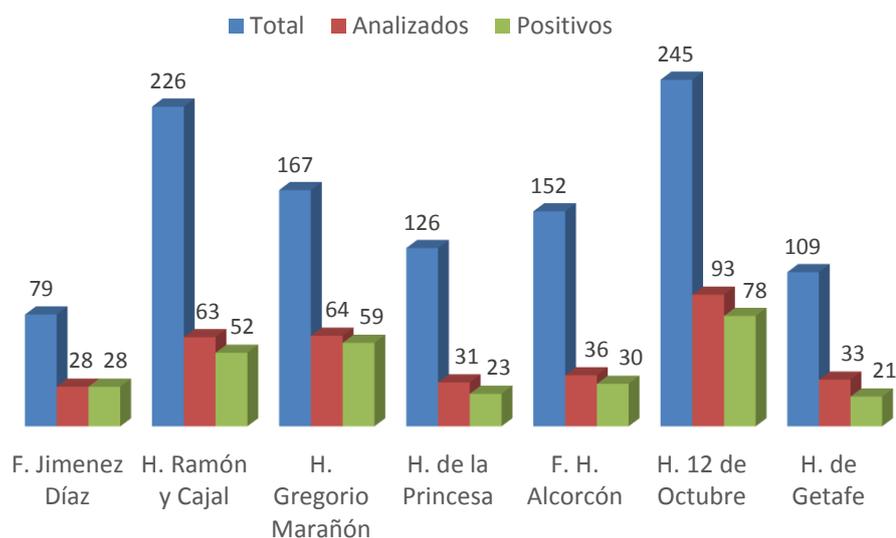
La solicitud de pruebas analíticas para la determinación de sustancias se realiza a criterio del profesional que atiende la urgencia y la posibilidad de determinar las diferentes sustancias depende de la disponibilidad de dichas técnicas en cada hospital.

En 2018 se han realizado analíticas en 348 de los episodios registrados en los siete hospitales en los que se recoge el indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas (31,5%). Se presentan diferencias por hospital (fig. 15), mostrando el Hospital Gregorio Marañón el mayor porcentaje de episodios analizados (38,3%), seguido del Hospital 12 de Octubre (38,0%).

En el 83,6% de los episodios analizados se obtuvieron resultados positivos, mostrando también algunas diferencias por hospital. En la Fundación Jiménez Díaz

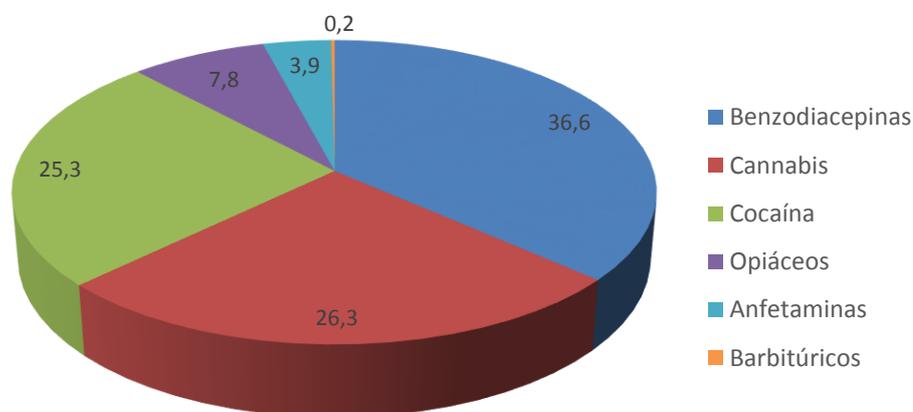
todos los episodios analizados dieron resultados positivos, mostrando el menor porcentaje de positivos el Hospital de Getafe (63,6%) (fig. 15).

Fig. 15.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de los episodios analizados y positivos por hospital
Comunidad de Madrid, 2018



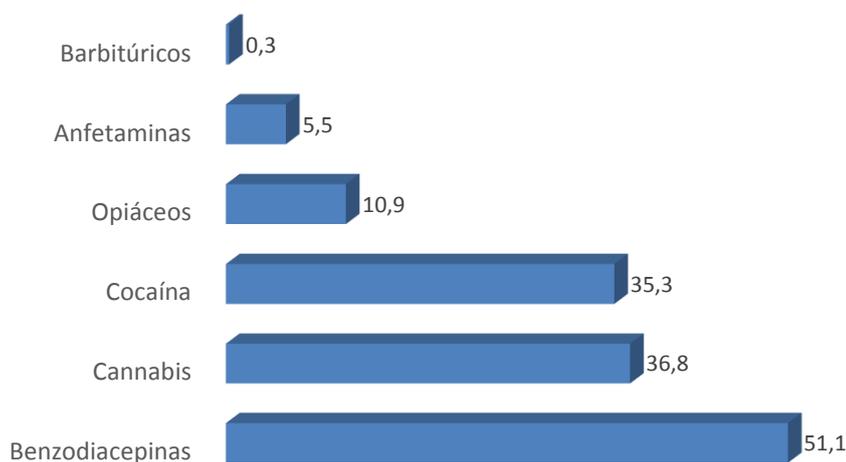
Se han detectado un total de 487 sustancias, con una media de 1,7 sustancias por episodio con resultados positivos. Las sustancias detectadas por orden de frecuencia han sido: benzodiacepinas (36,6%), cannabis (26,3%), cocaína (25,3%), opiáceos (7,8%), anfetaminas (3,9%) y barbitúricos (0,2%) (fig. 16).

Fig. 16.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de las sustancias detectadas. Comunidad de Madrid, 2018



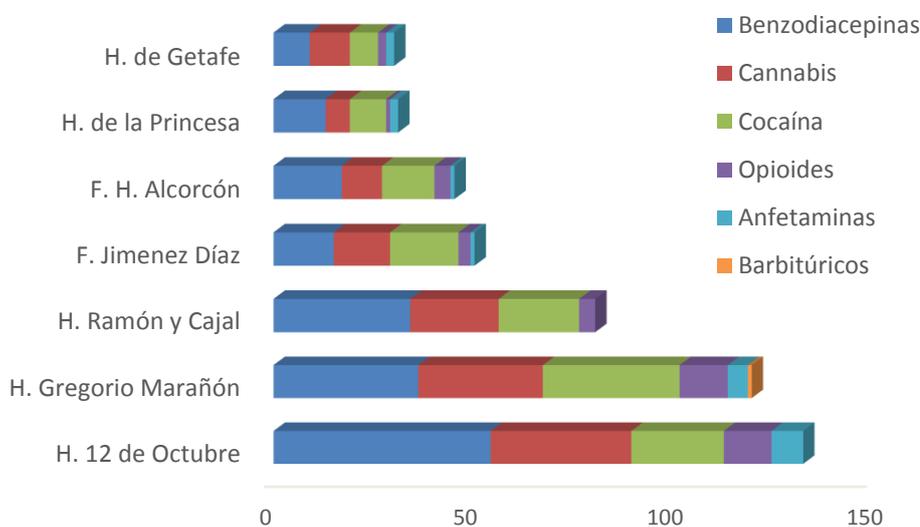
En el 51,1% de los episodios analizados se detectaron benzodiazepinas, cannabis en el 36,8%, cocaína en el 35,3%, opiáceos en el 10,9%, anfetaminas en el 5,5% y barbitúricos en el 0,3% (fig. 17).

Fig.17.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Porcentaje de episodios según las sustancias detectadas
Comunidad de Madrid, 2018



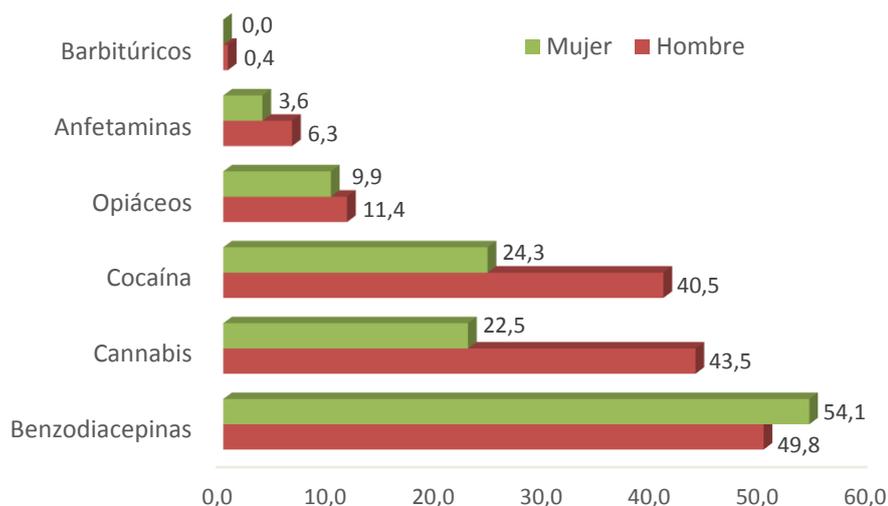
También se presentan algunas diferencias en las sustancias detectadas según los hospitales. Las benzodiazepinas son las principales sustancias detectadas en todos los hospitales, excepto en la Fundación Jiménez Díaz en la que se detecta con mayor frecuencia cocaína y el Hospital de Getafe en el que la sustancia más detectada ha sido el cannabis (fig. 18).

Fig. 18.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Sustancias detectadas por hospital. Comunidad de Madrid, 2018



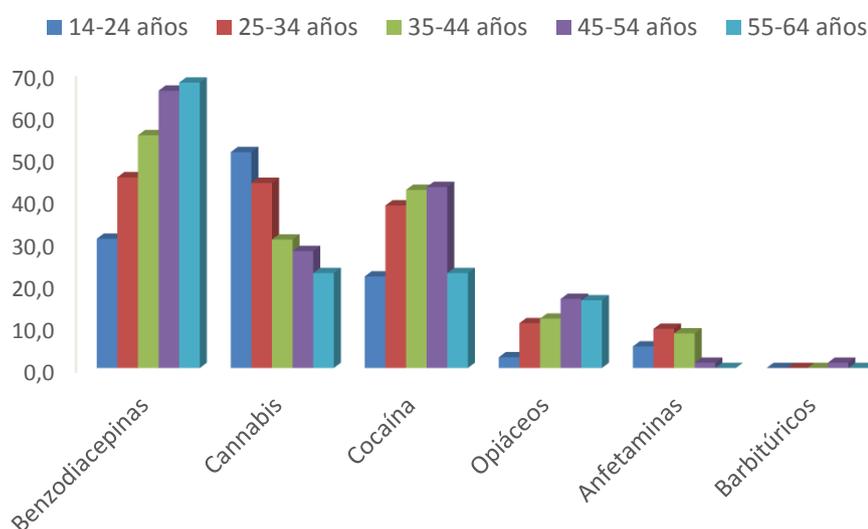
Se presentan diferencias en las sustancias detectadas por sexo (fig. 19). En las mujeres el papel de las benzodiacepinas es mayor que en los hombres, detectándose en el 54,1% de los episodios analizados; mostrando el cannabis y la cocaína un mayor papel en los hombres (detectándose en el 43,5% y el 40,5% de los episodios respectivamente).

Fig. 19.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Sustancias detectadas por sexo. Comunidad de Madrid, 2018



También se presentan diferencias en las sustancias detectadas por grupo de edad (fig. 20). Las benzodiacepinas y los opiáceos aumentan con la edad y el cannabis disminuye.

Fig. 20.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Sustancias detectadas por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2018



EVOLUCIÓN TEMPORAL

En la evolución temporal de los episodios de urgencias por consumo 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.

Como se ha comentado previamente en 2018 se han incluido los casos con consumo de alcohol sólo sin otras sustancias, además de ampliarse el grupo de edad a los 14-64 años. Pero para poder valorar la evolución se han seleccionado únicamente los episodios que cumplen el criterio de los años previos (edad 15-54 años y sólo se incluye alcohol cuando se asocia a otras sustancias).

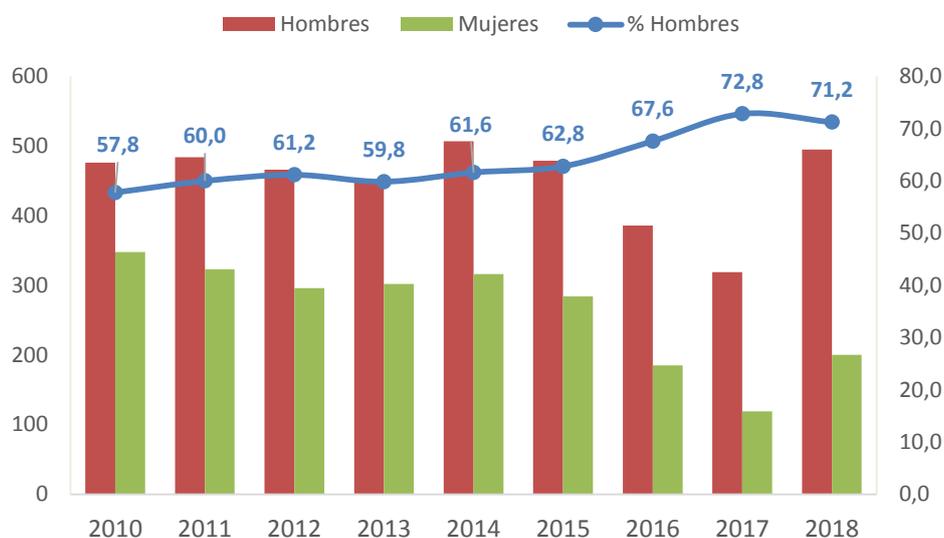
El número de episodios relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en 2018 (que cumplen los criterios de los años previos) aumenta respecto a los dos últimos años en los que se había registrado un descenso, pero con una cifra inferior a la registrada antes de 2016 (fig. 21).

Fig. 21.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución del nº de episodios. Comunidad de Madrid, 2010-2018



En el período 2010-2018 se observa un incremento del porcentaje de hombres, que ha pasado de suponer el 57,8% en 2010 al 71,2% en 2018 (fig. 22).

Fig. 22.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Nº de episodios por sexo. Comunidad de Madrid, 2010-2018



En el período de estudio se observa un ligero aumento de la edad media de los pacientes (35,1 años en 2010 y 35,8 años en 2018) (fig. 23). El grupo de edad de los mayores de 44 años ha ido adquiriendo mayor relevancia en los últimos años, suponiendo el 25,5% de los casos en 2018 (fig. 24).

Fig. 23.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de la media de edad. Comunidad de Madrid, 2010-2018

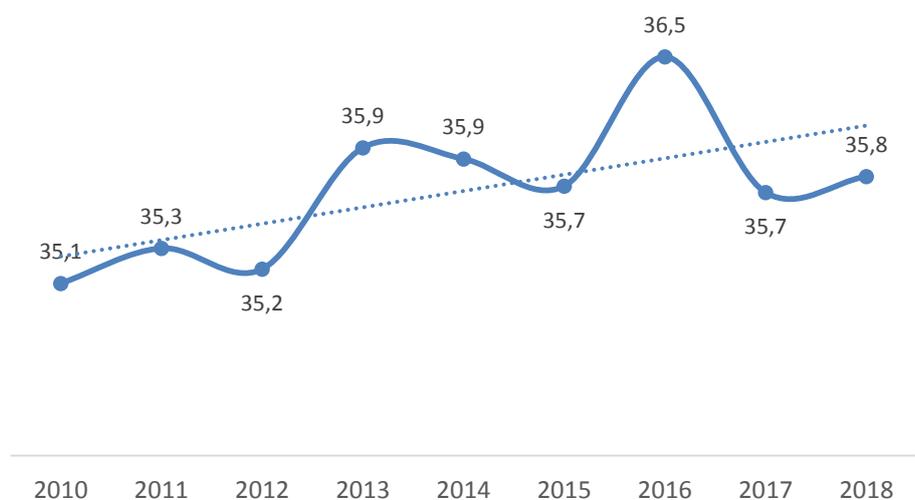
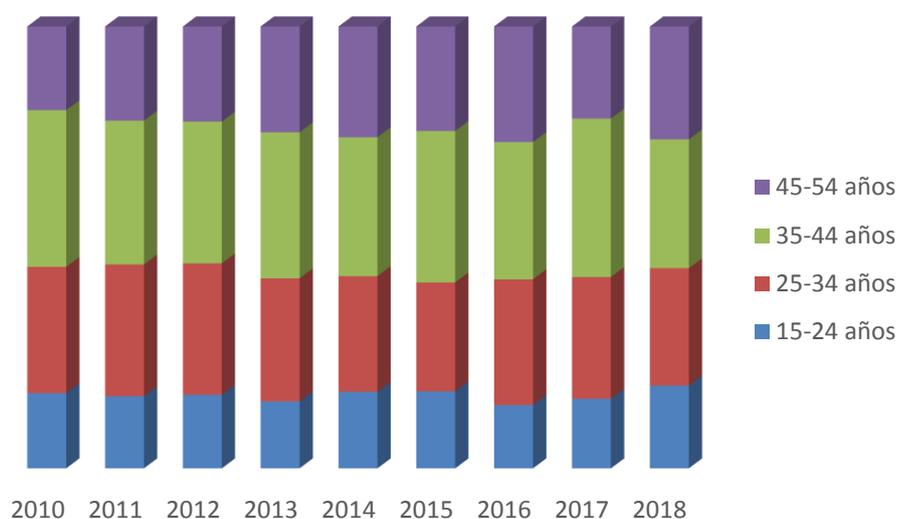
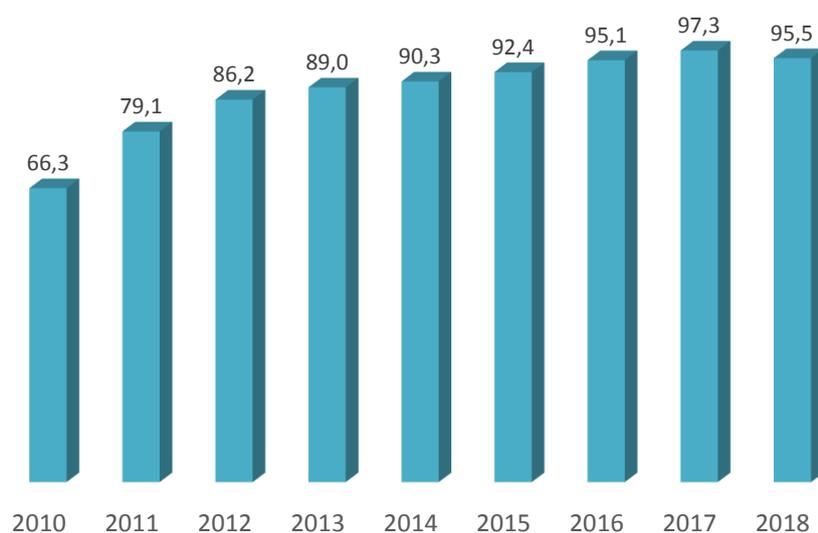


Fig. 24.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2010-2018



En el período 2010-2018 se registra un incremento de los diagnósticos de “Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas”, que forma parte del grupo de “Trastornos mentales y del comportamiento”, superando el 95% en los últimos años (fig. 25).

Fig. 25.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas
Comunidad de Madrid, 2010-2018



Respecto a la evolución de las sustancias psicoactivas relacionadas con los episodios de urgencias, las principales tendencias son el aumento del número y el porcentaje de episodios relacionados con el consumo de cannabis (que ha pasado de

108 episodios y un 13,1% en 2010 a 222 episodios y un 31,9% en 2018) y la disminución de los episodios relacionados con los hipnosedantes (fig. 26 y 27).

El papel de la cocaína ha aumentado (34,1% en 2010 y 41,4% en 2018) (fig. 27), aunque el nº de episodios se ha mantenido más estable (281 episodios en 2010 y 288 en 2018) (fig. 26).

Fig. 26.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Número de episodios según las sustancias. Comunidad de Madrid, 2010-2018

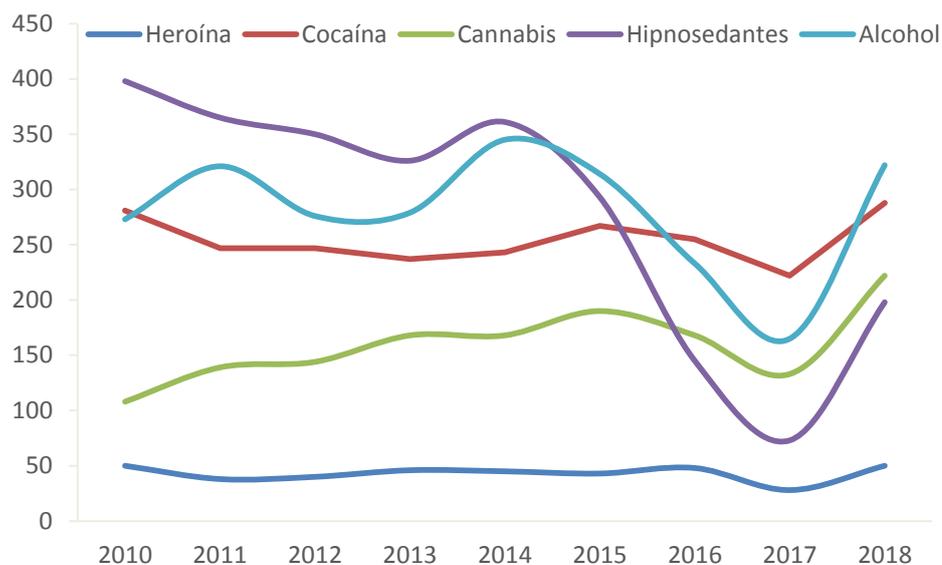
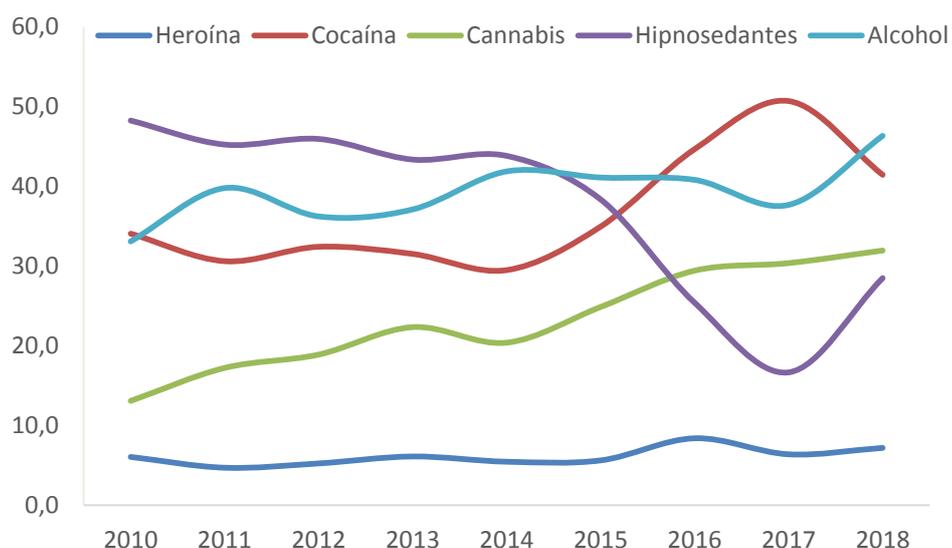
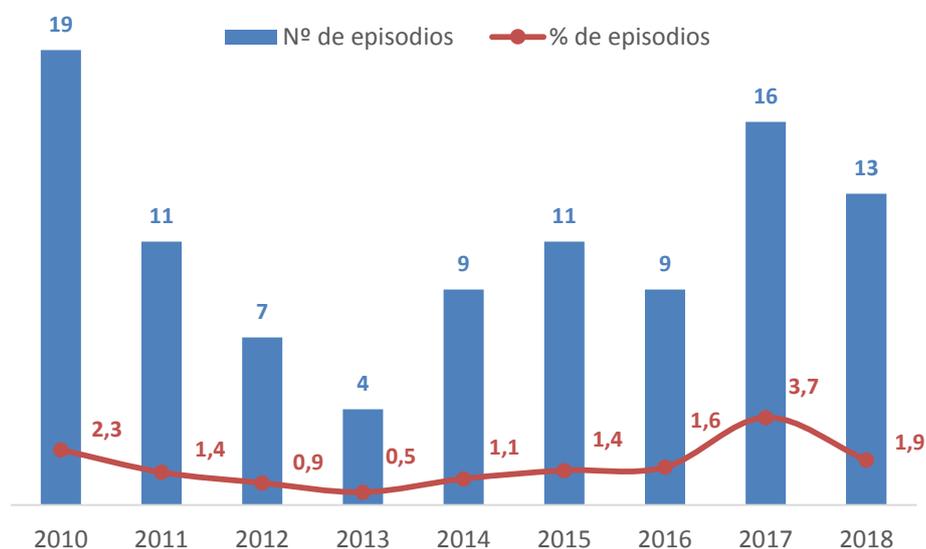


Fig. 27.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Porcentaje de episodios según las sustancias. Comunidad de Madrid, 2010-2018



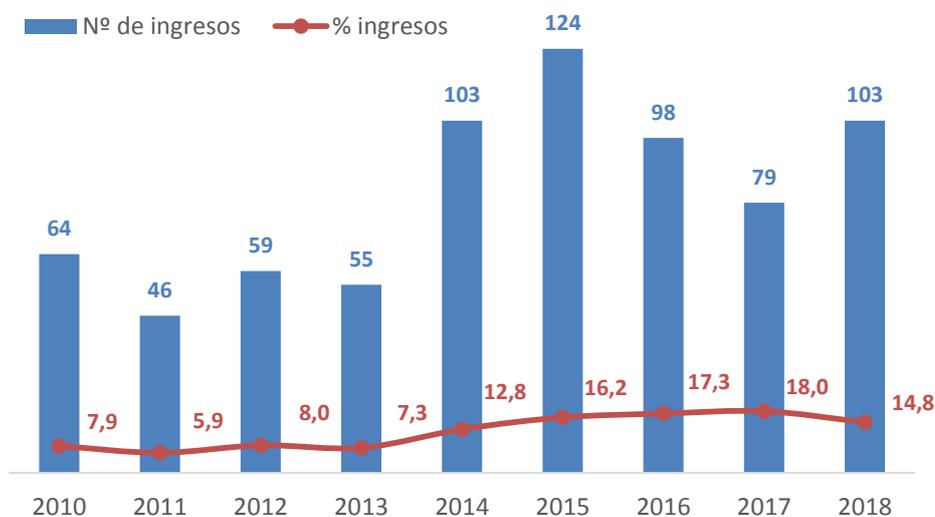
En cuanto al uso de la vía parenteral o inyectada para la administración de las sustancias relacionadas con la urgencia, se observa una tendencia descendente hasta 2013, con oscilaciones a partir de entonces (fig. 28).

Fig. 28.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Uso de la vía parenteral. Comunidad de Madrid, 2010-2018



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 14,8% en 2018 (fig. 29).

Fig. 29.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Ingresos hospitalarios. Comunidad de Madrid, 2010-2018



DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes que acuden a urgencias por consumo de sustancias psicoactivas son hombres de mediana edad y en una importante proporción son policonsumidores. El 84% de los pacientes presentaban un consumo habitual y un 13,5% requirió ingreso hospitalario, lo que señala la importancia de los problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Un 28% tenía antecedentes de patología psiquiátrica, lo que coincide con la asociación descrita entre trastornos mentales y abuso de sustancias (patología dual).

La cocaína es la principal sustancia ilegal relacionada con el episodio de urgencias, seguida del cannabis; aunque el alcohol es con diferencia la principal sustancia que provoca la urgencia, estando presente en el 63% de los episodios. El importante papel del alcohol en las urgencias ha dado lugar a la inclusión en el indicador de todos los episodios relacionados con su consumo de alcohol, ya que hasta ahora sólo se recogían los episodios en los que también estaban presentes otras sustancias.

Al analizar los episodios relacionados únicamente con el consumo de alcohol, sin estar asociado al consumo de otras sustancias (32% de los episodios) observamos que presentan un patrón diferente al resto de episodios. Los pacientes tienen una media de edad mayor (a expensas de los hombres), presentan un mayor consumo habitual de la sustancia y una menor proporción de antecedentes de patología mental. El principal diagnóstico en estos episodios es el de abuso de alcohol con intoxicación y requieren ingreso hospitalario con menor frecuencia que el resto.

En las urgencias por consumo de sustancias el patrón de consumo de los pacientes difiere por sexo y edad, con mayor consumo en mujeres de hipnosedantes y antidepresivos; y en hombres del resto de sustancias, 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 un incremento de los ingresos con la edad y un mayor porcentaje de ingresos en los episodios relacionados en el consumo de opioides y en los pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica, lo que concuerda también con descrito respecto a los opioides debido a su administración intravenosa y las complicaciones que genera; y a la 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.

En la evolución de los episodios de urgencias por consumo de sustancias observamos que tanto la proporción de hombres como la edad media de los pacientes están aumentando, por lo que este año se ha ampliado la edad del indicador incluyendo a los pacientes de 55 a 64 años.

El aumento de 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.

Este año al incluir a los pacientes de 14 años y a aquellos con sólo consumo de alcohol se ha incrementado el número de episodios en pacientes jóvenes, aunque como ya se ha comentado en el apartado de evolución, para poder realizar la comparación con años previos se utilizan únicamente los casos que cumplen el criterio común (edad 15-54 años y alcohol asociado a otras sustancias).

El incremento de los ingresos hospitalarios puede estar relacionado con el aumento de la edad de los sujetos, de los diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y del consumo de cannabis; señalando la importancia de que los profesionales registren de forma rutinaria la información sobre el tipo y frecuencia de consumo de estas sustancias en la historia clínica.

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. Sin embargo en la última encuesta poblacional se ha observado un aumento en la prevalencia de consumo de esta sustancia, tanto a nivel nacional como de la Comunidad de Madrid.

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 prevalencia de consumo en las encuestas poblacionales, ni de la mortalidad por esta sustancia.

A nivel nacional, en el año 2016 (último año disponible) se registraron 4.565 episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas (no se incluyen los episodios relacionados sólo con el consumo de alcohol). El 77,7% de los episodios se presentaron en hombres, la edad media de los pacientes fue de 35,5 años y el 17,0% precisaron ingreso hospitalario. La cocaína es también la principal droga relacionada con los episodios de urgencias (42,5%), seguida del cannabis (40,1%) y la heroína (8,6%). 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 y de la proporción que requieren ingreso hospitalario, así como un incremento del cannabis.

A nivel europeo, según datos del European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus) sistema europeo que monitoriza las urgencias hospitalarias por toxicidad aguda relacionada con las drogas en 19 hospitales (centinela) de 13 países, en 2016 se registraron 4.874 episodios. El 77% se presentaron en hombres y la media de edad fue de 32 años. La mayoría de los pacientes recibió el alta hospitalaria en menos de 12 horas, ingresando aproximadamente un 10%. Se registraron 22 fallecimientos, de los que 13 estaban relacionados con los opioides. Se detectaron una media de 1,5 drogas por episodio. Las sustancias más frecuentes fueron heroína, cocaína, cannabis, GHB/GLB, anfetaminas y MDMA. El 21% de los episodios se relacionó con el uso abusivo de medicamentos (opioides y benzodiacepinas) y en un 7% intervinieron nuevas sustancias psicoactivas (especialmente cannabinoides sintéticos). Se presentan diferencias por centro, que pueden deberse a variaciones en el área de influencia de cada hospital y a las pautas locales de consumo.

La información obtenida del indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas es compatible y se complementa con la procedente de otros indicadores de consumo problemático. En el año 2017 los sujetos en tratamiento por consumo de drogas en la Comunidad de Madrid eran en su mayoría varones (79,6%), adultos jóvenes (media de edad 40,72 años). La heroína y la cocaína fueron las principales drogas por las que los sujetos se encontraban en tratamiento, pero el alcohol y el cannabis fueron las principales sustancias por las que iniciaron 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 sanitario. Por lo que debería aprovecharse esta oportunidad para realizar una intervención breve informando sobre las consecuencias nocivas del consumo de sustancias, 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 2017 se atendieron 3.360.462 urgencias, de las que un 10,05% requirieron ingreso hospitalario. Los hospitales incluidos en el indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas atendieron el 34% del total de urgencias y realizaron el 65% del total de ingresos urgentes 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 2017 el 12,0% de la población de 15 a 64 años de la Comunidad de Madrid había consumido cannabis en el último año y el 2,4% había consumido 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 (SEAT) tiene como objetivos la detección, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias; contando entre otras fuentes 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 al SEAT 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 para afianzar este sistema de información en la Comunidad de Madrid sería necesario 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 ilegal relacionada con el episodio de urgencias, seguida del cannabis; siendo el alcohol la principal sustancia relacionada con estos episodios.

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 y de los episodios relacionados con el consumo de cannabis.

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 sería adecuado 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 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2016. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Disponible en:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018OEDA-INFORME.pdf>
3. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2018. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Disponible en:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2018>
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016), Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: update from the EuroDEN 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
5. Descripción de las características de los pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD). Comunidad de Madrid. Año 2017. Subdirección General de Actuación en Adicciones. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en:
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>
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.
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>
7. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Fecha de actualización: mayo de 2018. 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 2017. Subdirección General de Actuación en Adicciones. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid (pendiente de publicación).
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:
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

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

COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2018

RESUMEN

Antecedentes: En el año 2010 se incorpora la información procedente de los servicios de emergencias SUMMA 112 y SAMUR a los indicadores de consumo problemático de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid.

Objetivos: Describir los episodios de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas atendidos por los servicios de emergencias SUMMA 112 y SAMUR en el año 2018, así como su evolución desde 2010.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los episodios de urgencias atendidos por los servicios de emergencias SUMMA 112 y SAMUR en el año 2018. Se analizan los episodios relacionados con el consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas en pacientes de 14-64 años, en una semana de cada mes seleccionada al azar.

Resultados: En el año 2018 se registraron 1.262 episodios de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas atendidos por los servicios de emergencias SUMMA 112 y SAMUR. El 62,3% eran hombres y la media de edad fue de 34,64 años. El principal diagnóstico fue de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (98,0%). En el 61,4% de los episodios se realizó traslado de los pacientes al hospital. La principal sustancia relacionada con el episodio de urgencias ha sido el alcohol (87,1%), seguido de la cocaína (7,8%) y el cannabis (4,1%). El 67,6% de los episodios se relacionaron sólo con el consumo de alcohol. 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 los hombres de estimulantes. El alcohol predomina en las edades extremas, el cannabis en los más jóvenes y los estimulantes en el grupo de edad de 25-44 años.

Se presentan diferencias entre 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 atendidas por SAMUR que en las atendidas por SUMMA. Se registra una mayor proporción de opioides y cannabis en SAMUR y de hipnosedantes en SUMMA.

En el período 2010-2018 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 sustancias psicoactivas afectan fundamentalmente a varones jóvenes y se relacionan con el consumo de alcohol. 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 por los servicios de emergencias sanitarias SUMMA 112 y SAMUR.

En el año 2018 se ha ampliado el grupo de edad del indicador, recogiendo los episodios en pacientes de 14 a 64 años. También se incluyen todos los episodios de urgencias relacionados con el consumo de alcohol (hasta ahora sólo se recogían si se asociaban al consumo de otras sustancias).

MATERIAL Y MÉTODOS

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

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 2018 se han registrado un total de 1.262 episodios de urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas, 884 atendidos por el SAMUR (70,0%) y 378 atendidos por el SUMMA 112 (30,0%).

El 62,3% de los pacientes atendidos eran hombres y la media de edad fue de 34,64 años, con diferencias por sexo (35,61 en hombres y 33,05 en mujeres). El mayor número de casos se presentó en el grupo de edad de 14-19 años (17,1%), seguido del de 20-24 años (15,1%) (fig. 1).

Se presentan diferencias en los pacientes atendidos por los dos servicios de emergencias (fig. 2), con una mayor proporción de hombres en los pacientes atendidos por SAMUR (62,9% vs 60,8%) y una edad media superior en los pacientes atendidos por SUMMA (35,93 años vs 34,09 años).

Fig. 1.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución por sexo y grupo de edad
Comunidad de Madrid. Año 2018

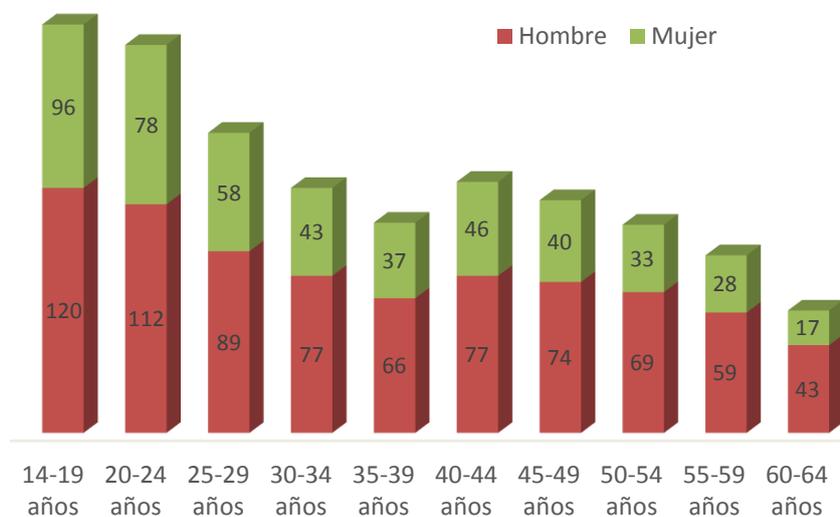
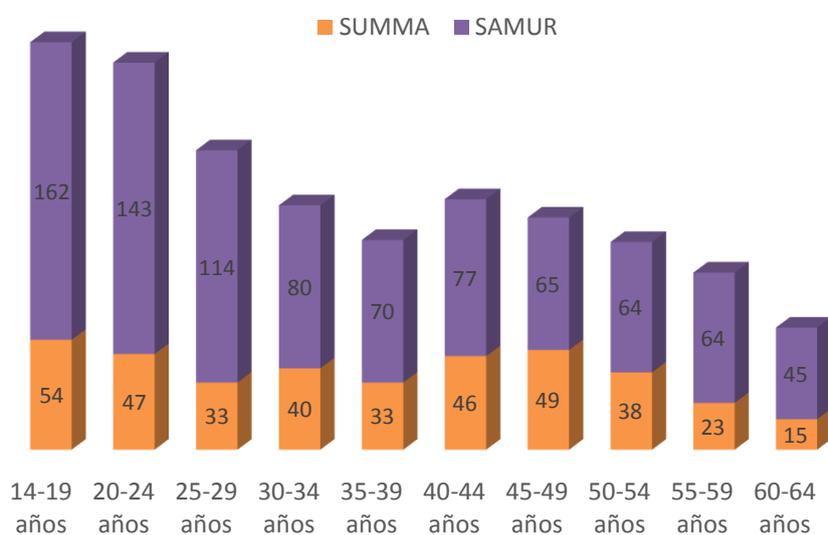
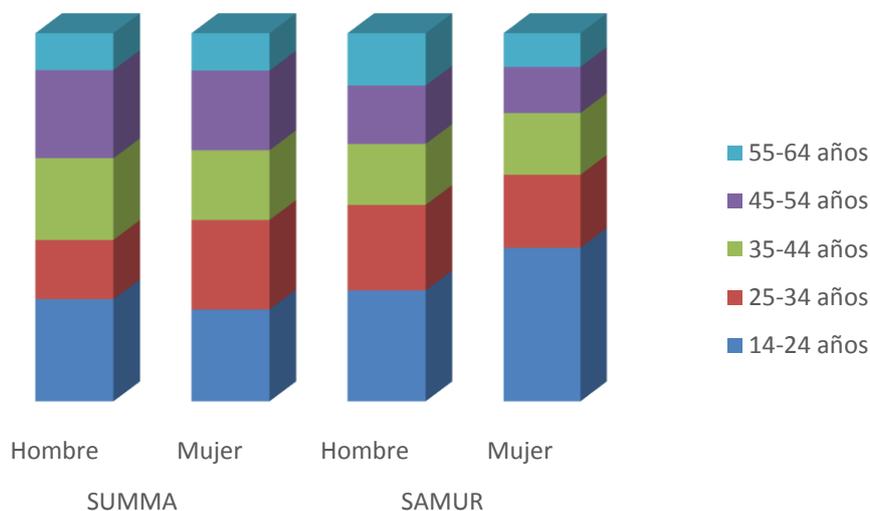


Fig. 2.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según servicio de emergencias y grupo de edad
Comunidad de Madrid. Año 2018



En la fig. 3 se muestra la distribución por sexo y edad según el servicio de emergencias, observándose las mayores diferencias entre servicios para las mujeres (media de edad de 35,64 años en SUMMA y de 31,88 años en SAMUR).

Fig. 3.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según servicio de emergencias, sexo y grupo de edad
Comunidad de Madrid. Año 2018



Diagnóstico de la urgencia

El número medio de diagnósticos por episodio de urgencias ha sido de 1,3. El grupo diagnóstico más frecuente fue el de “Trastornos mentales y del comportamiento” que supuso el 91,3% del total de diagnósticos, seguido del grupo de “Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte” (5,1%) (tabla 1).

Tabla 1.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de los diagnósticos según grandes grupos de la CIE-10
Comunidad de Madrid. Año 2018

DIAGNÓSTICOS	NÚMERO	%
Trastornos mentales y del comportamiento	1.465	91,3
Enf. del sistema nervioso	7	0,4
Enf. del aparato digestivo	1	0,1
Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte	82	5,1
Traumatismos, envenenamientos, y otros de causa externa	46	2,9
Causas externas de morbilidad	1	0,1
Factores que influyen en el estado de salud	3	0,2
Total	1.605	100,0

Nota.- Un paciente puede tener más de un diagnóstico

El 98,0% de los episodios presentaba un diagnóstico de “Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas” dentro del grupo de “Trastornos mentales y del comportamiento”. Esta proporción fue superior en los hombres (98,9%) que en las mujeres (96,6%).

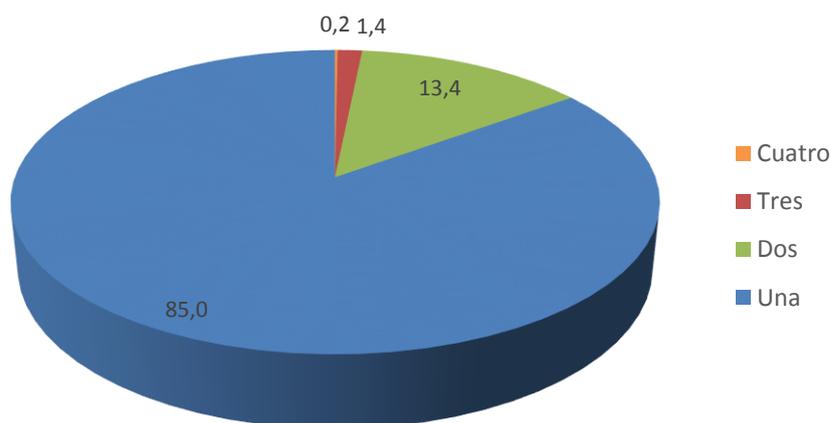
El principal diagnóstico específico registrado fue el de “Abuso de alcohol con intoxicación” que se presentó en el 47,2% de los episodios.

Se han registrado 22 episodios de intento de suicidio (1,7%), de los que el 68,2% eran mujeres y el 31,8% eran menores de 25 años. Se presentan importantes diferencias por sexo, con un porcentaje superior en mujeres (3,2%) que en hombres (0,1%). El 81,8% de estos episodios fueron atendidos por SAMUR y el 86,4% requirieron el traslado a un hospital.

Sustancias consumidas

De los 1.262 episodios de urgencias registrados en 103 no se dispone de información sobre la sustancia consumida (8,2%); recogiendo un total de 1.289 sustancias psicoactivas, con una media de 1,1 sustancias por episodio. En el 14,8% de los episodios se consume más de una sustancia y en el 1,6% más de dos (fig. 4).

Fig. 4.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según el nº de sustancias consumidas
Comunidad de Madrid. Año 2018



El alcohol fue la sustancia que se identificó con mayor frecuencia (87,1%), seguido a gran distancia de la cocaína (7,8%), las benzodiazepinas (6,0%) y el cannabis (4,1%). En un 1,6% de los episodios se registró consumo de opioides (tabla 2 y fig. 5). El 67,6% de los episodios se relacionaron sólo con el consumo de alcohol.

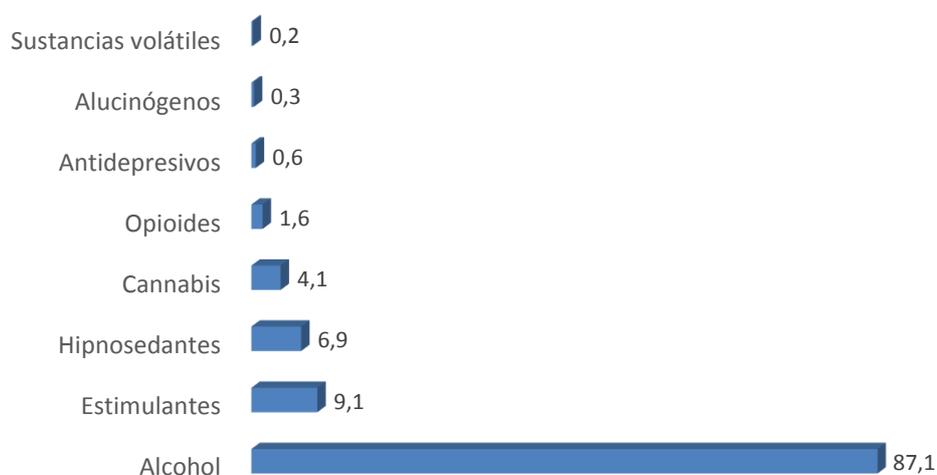
Tabla 2.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según la sustancia consumida
Comunidad de Madrid. Año 2018

SUSTANCIAS	NÚMERO	%
OPIOIDES	18	1,6
Heroína	6	0,5
Metadona	1	0,1
Otros opioides	11	0,9
ESTIMULANTES	106	9,1
Cocaína	90	7,8
Anfetaminas	12	1,0
MDMA y otras drogas de diseño	7	0,6
Otros estimulantes	6	0,5
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	80	6,9
Benzodiacepinas	70	6,0
Antipsicóticos	7	0,6
Otros hipnosedantes	9	0,8
ALUCINÓGENOS	4	0,3
SUSTANCIAS VOLÁTILES	2	0,2
CANNABIS	47	4,1
ANTIDEPRESIVOS	7	0,6
ALCOHOL	1.010	87,1

Nota.- Un paciente puede haber consumido más de una sustancia. Los porcentajes realizan sobre el total de episodios con sustancia conocida (1.159)

se

Fig. 5.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según la sustancia consumida. Comunidad de Madrid. Año 2018



Respecto a las nuevas sustancias, se han registrado 9 casos de consumo de Ácido Gamma-hidroxi-butírico (GHB, clasificado en el grupo de otros hipnosedantes), 5 de mefedrona (clasificada en el grupo de otros estimulantes) y un caso de consumo de ketamina (alucinógeno).

Se presentan algunas diferencias en las sustancias consumidas en relación con el servicio de emergencias que atiende al paciente (tabla 3 y fig. 6) con un mayor consumo de opioides y cannabis en los pacientes atendidos por SAMUR y de hipnosedantes en los atendidos por SUMMA.

Tabla 3.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de la sustancia consumida según el servicio de emergencias
Comunidad de Madrid. Año 2018

SUSTANCIA	SUMMA		SAMUR	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
OPIOIDES	2	0,6	16	2,0
Heroína	2	0,6	4	0,5
Metadona	0	0,0	1	0,1
Otros opioides	0	0,0	11	1,3
ESTIMULANTES	32	9,4	74	9,0
Cocaína	27	8,0	63	7,7
Anfetaminas	3	0,9	9	1,1
MDMA y otras drogas de diseño	4	1,2	3	0,4
Otros estimulantes	1	0,3	5	0,6
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	34	10,0	46	5,6
Benzodiacepinas	30	8,8	40	4,9
Antipsicóticos	4	1,2	3	0,4
Otros hipnosedantes	1	0,3	8	1,0
ALUCINÓGENOS	1	0,3	3	0,4
SUSTANCIAS VOLÁTILES	0	0,0	2	0,2
CANNABIS	11	3,2	36	4,4
ANTIDEPRESIVOS	4	1,2	3	0,4
ALCOHOL	295	87,0	715	87,2

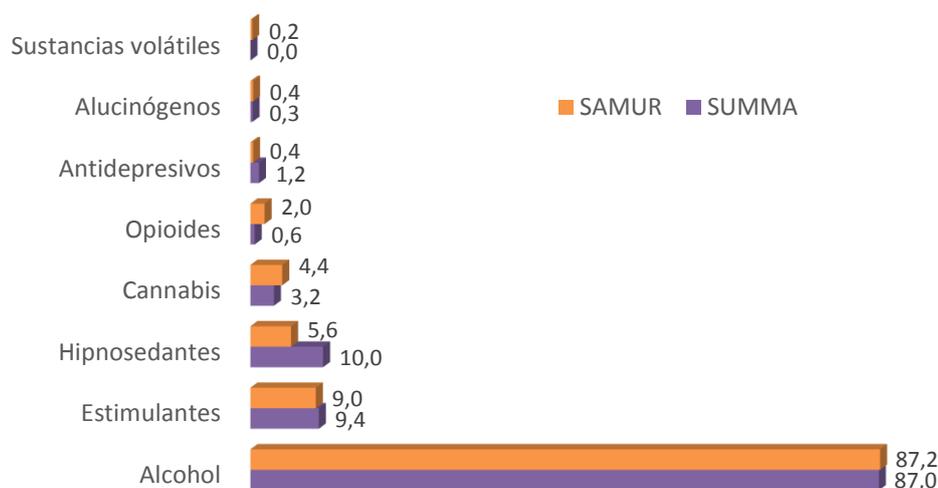
Nota.- Un paciente puede haber consumido más de una sustancia. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios con sustancia conocida (SUMMA=339, SAMUR=820)

También se presentan diferencias entre ambos servicios de emergencias en los episodios relacionados sólo con el consumo de alcohol, siendo mayor el porcentaje en los atendidos por SAMUR (71,5%) que en los atendidos por SUMMA (58,5%).

Las nuevas sustancias se presentan fundamentalmente en episodios atendidos por SAMUR (8 episodios con consumo de GHB, 4 de mefedrona y uno de ketamina).

En los episodios de intento de suicidio las sustancias consumidas han sido fundamentalmente las benzodiacepinas (90,9%).

Fig. 6.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de la sustancia consumida según servicio de emergencias
Comunidad de Madrid. Año 2018



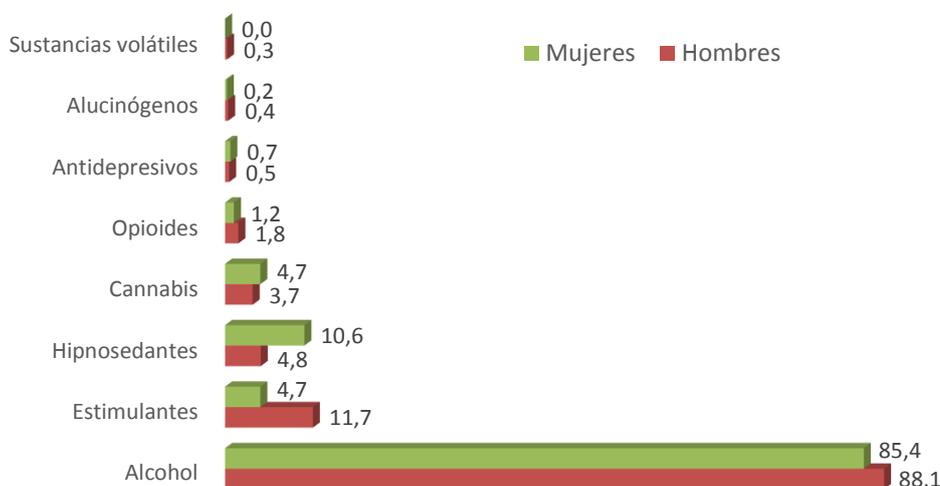
La distribución de las sustancias relacionadas con la urgencia por sexo se muestra en la tabla 4 y fig. 7. Las mujeres presentan una mayor proporción de hipnosedantes y los hombres de estimulantes.

Tabla 4.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de la sustancia consumida según el género
Comunidad de Madrid. Año 2018

SUSTANCIA	HOMBRE		MUJER	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
OPIOIDES	13	1,8	5	1,2
Heroína	4	0,5	2	0,5
Metadona	0	0,0	1	0,2
Otros opioides	9	1,2	2	0,5
ESTIMULANTES	86	11,7	20	4,7
Cocaína	72	9,8	18	4,2
Anfetaminas	11	1,5	1	0,2
MDMA y otras drogas de diseño	6	0,8	1	0,2
Otros estimulantes	5	0,7	1	0,2
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	35	4,8	45	10,6
Benzodiacepinas	27	3,7	43	10,1
Antipsicóticos	4	0,5	3	0,7
Otros hipnosedantes	7	1,0	2	0,5
ALUCINÓGENOS	3	0,4	1	0,2
SUSTANCIAS VOLÁTILES	2	0,3	0	0,0
CANNABIS	27	3,7	20	4,7
ANTIDEPRESIVOS	4	0,5	3	0,7
ALCOHOL	647	88,1	363	85,4

Nota.- Un paciente puede haber consumido más de una droga. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios con sustancia conocida (Hombre=734, Mujer=425)

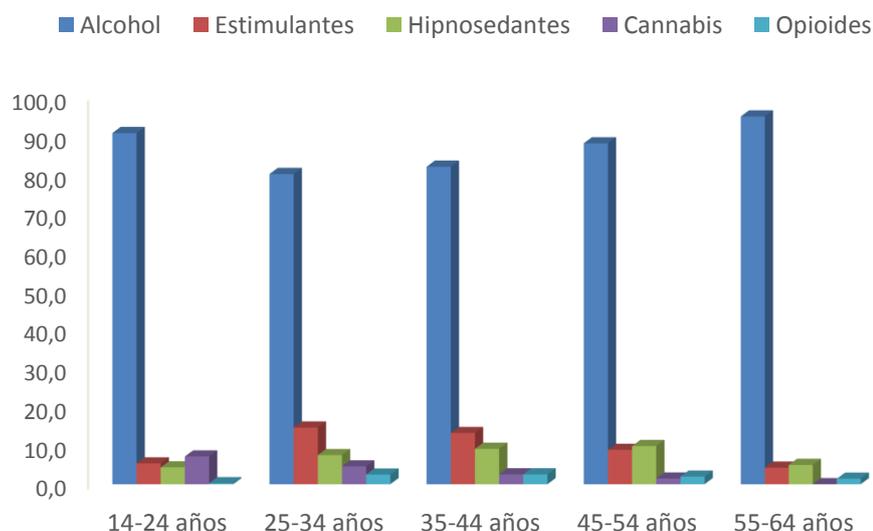
Fig. 7.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de la sustancia consumida según el género
Comunidad de Madrid. Año 2018



Las nuevas sustancias se registran especialmente en hombres (7 episodios por consumo de GHB, 4 por mefedrona y uno por ketamina).

También se presentan diferencias en las sustancias relacionadas con la urgencia según la edad de los pacientes (fig. 8). El alcohol predomina en las edades extremas (14-24 años y 55-64 años). El cannabis disminuye con la edad, aumentando los hipnosedantes y los opioides hasta el grupo de 45-54 años. Los estimulantes predominan en el grupo de edad intermedio (25-44 años).

Fig. 8.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución de las sustancias consumidas por edad
Comunidad de Madrid. Año 2018



Resolución de la urgencia

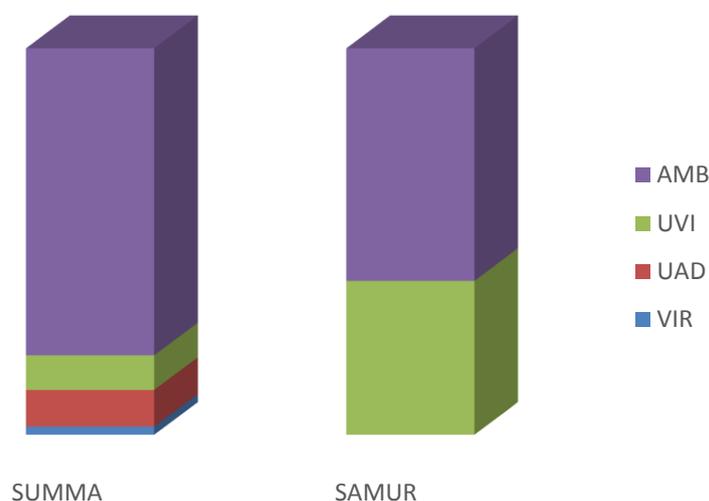
En el 38,6% de los casos la urgencia se resolvió en el lugar de la intervención y en el 61,4% restante se requirió el traslado del paciente a un centro hospitalario. Se observan diferencias por servicio de emergencias, con un mayor porcentaje de traslados en los episodios atendidos por SAMUR (65,0%) que en los tendidos por SUMMA (52,9%).

Trasporte movilizado

El vehículo movilizado en estas emergencias fue principalmente una ambulancia de soporte básico (65,8%), seguido de una UVI móvil (30,7%).

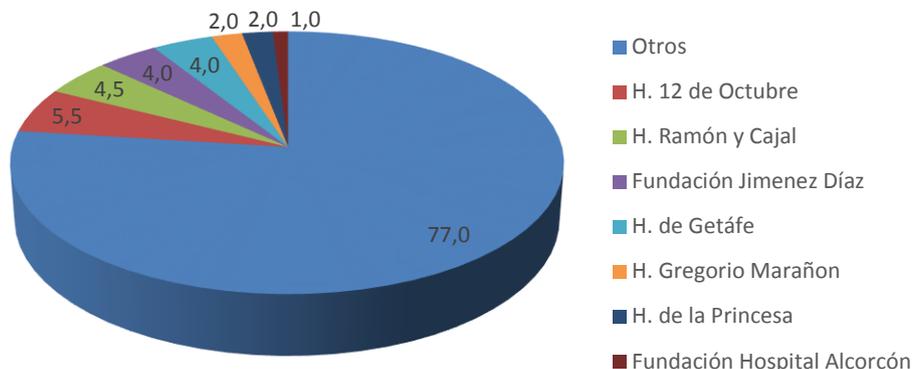
En la mayoría de los casos atendidos por SUMMA se movilizó una ambulancia (AMB 79,4%), utilizándose en el resto una Unidad de Atención a Domicilio (UAD 9,5%), una UVI móvil (9,0%) y un Vehículo de Intervención Rápida (VIR 2,1%). En SAMUR se movilizó una ambulancia en el 60,1% de los casos y en el resto una UVI móvil (fig. 9).

Fig. 9.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Distribución según servicio de emergencias y transporte movilizado
Comunidad de Madrid. Año 2018



En el 23,0% 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 (5,0%) y el Hospital Ramón y Cajal (4,5%) (fig. 10).

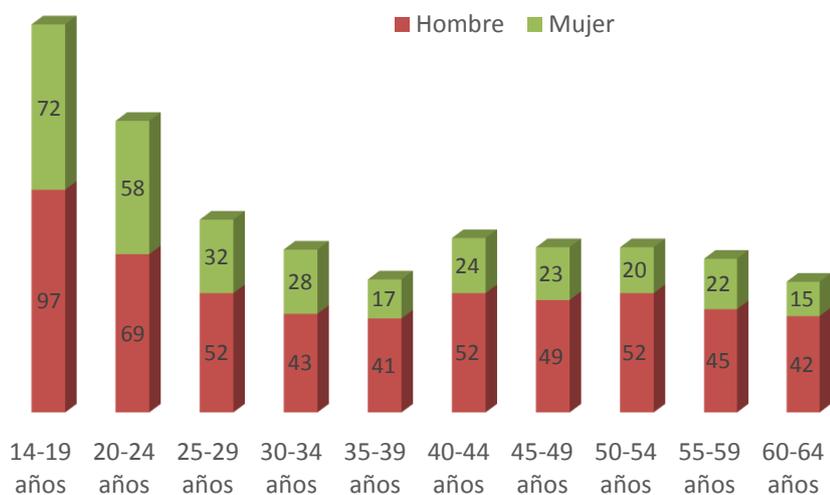
Fig. 10.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
 Centro a los que se realiza el traslado en SUMMA 112
 Comunidad de Madrid. Año 2018



Episodios relacionados sólo con el alcohol

Los episodios en los que se menciona únicamente el consumo de alcohol se diferencian del resto de episodios. El 74,1% de estos episodios fueron atendidos por SAMUR, el 63,5% eran hombres y la media de edad fue de 34,98 años. La distribución por grupos de edad y sexo se muestra en la figura 11, observándose el importante papel de los más jóvenes, especialmente en las mujeres.

Fig. 11.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de alcohol
 Distribución por sexo y grupo de edad
 Comunidad de Madrid. Año 2018



El número medio de diagnósticos por episodio de urgencias ha sido de 1,1. El grupo diagnóstico más frecuente fue el de “Trastornos mentales y del comportamiento” que supuso el 91,5% del total de diagnósticos, seguido del grupo de “Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte” (5,6%) (tabla 5).

Tabla 5.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de alcohol
Distribución de los diagnósticos según grandes grupos de la CIE-10
Comunidad de Madrid. Año 2018

DIAGNÓSTICOS	NÚMERO	%
Trastornos mentales y del comportamiento	866	91,5
Enf. del sistema nervioso	5	0,5
Enf. del aparato digestivo	1	0,1
Síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados en otra parte	53	5,6
Traumatismos, envenenamientos, y otros de causa externa	18	1,9
Causas externas de morbilidad	1	0,1
Factores que influyen en el estado de salud	2	0,2
Total	946	100,0

Nota.- Un paciente puede tener más de un diagnóstico

El 60,0% de los episodios presentó un diagnóstico de “Abuso de alcohol con intoxicación”.

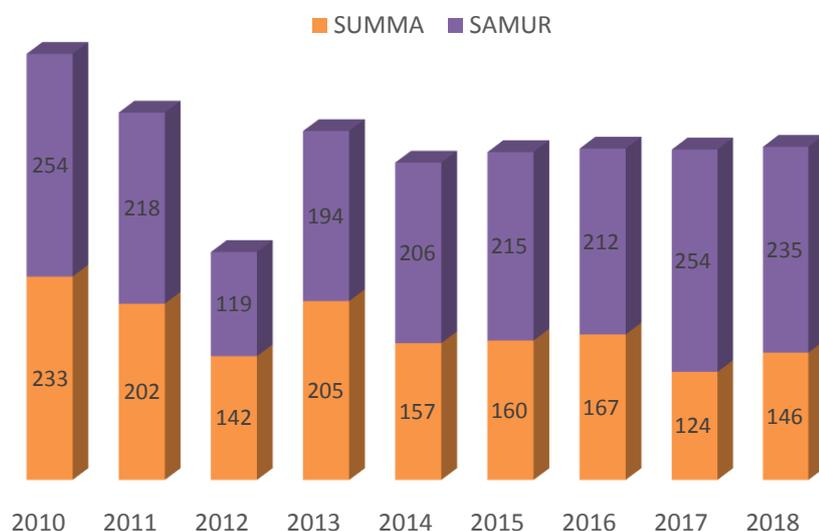
Los episodios relacionados sólo con el alcohol se resuelven en el lugar de atención con mayor frecuencia que el resto de episodios (42,2% vs 31,1%).

Evolución temporal

En la evolución temporal de los episodios de urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas hay que tener en cuenta los cambios en el indicador instaurados en 2018. Como se ha comentado en 2018 se han incluido los casos con consumo de alcohol sólo sin otras sustancias, además de ampliarse el grupo de edad a los 14-64 años. Por lo que para poder valorar la evolución se han seleccionado únicamente los episodios que cumplen el criterio de los años previos (edad 15-54 años y sólo se incluye alcohol cuando se asocia a otras sustancias).

El número de episodios de urgencias extrahospitalarias relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, observándose un incremento en la proporción de episodios atendidos por SAMUR (fig. 12).

Fig. 12.- Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Evolución del número de episodios según el servicio de emergencias
Comunidad de Madrid. Años 2010-2018



En el período 2010-2018 se registra un incremento en la proporción de hombres (fig. 13), así como de los grupos de edad más jóvenes (fig. 14). La media de edad se ha reducido para ambos sexos (fig. 15), especialmente a expensas de los episodios atendidos por SAMUR (fig. 16).

Fig. 13.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Evolución de la distribución por sexo. Comunidad de Madrid. Años 2010-2018

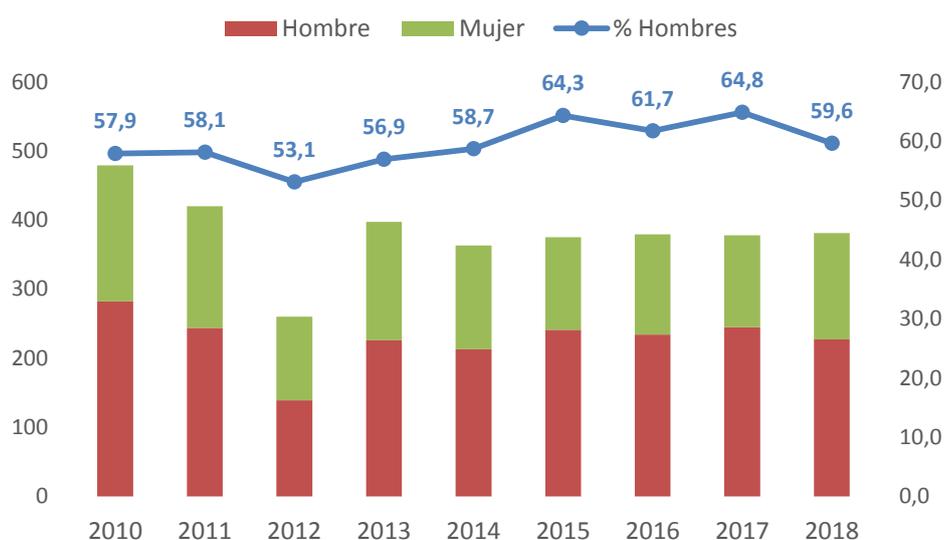


Fig. 14.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Evolución de la distribución según grupos de edad. Comunidad de Madrid.
Años 2010-2018

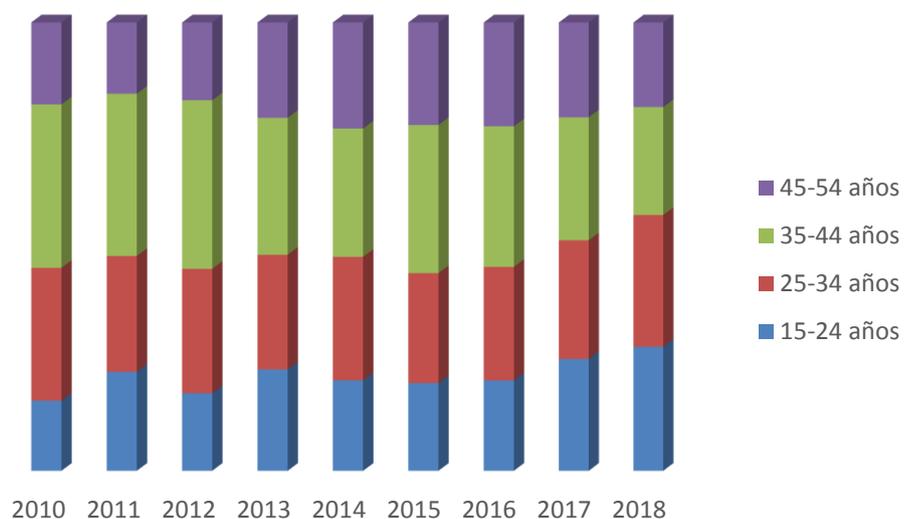


Fig. 15.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Evolución de la media de edad por sexo. Comunidad de Madrid.
Años 2010-2018

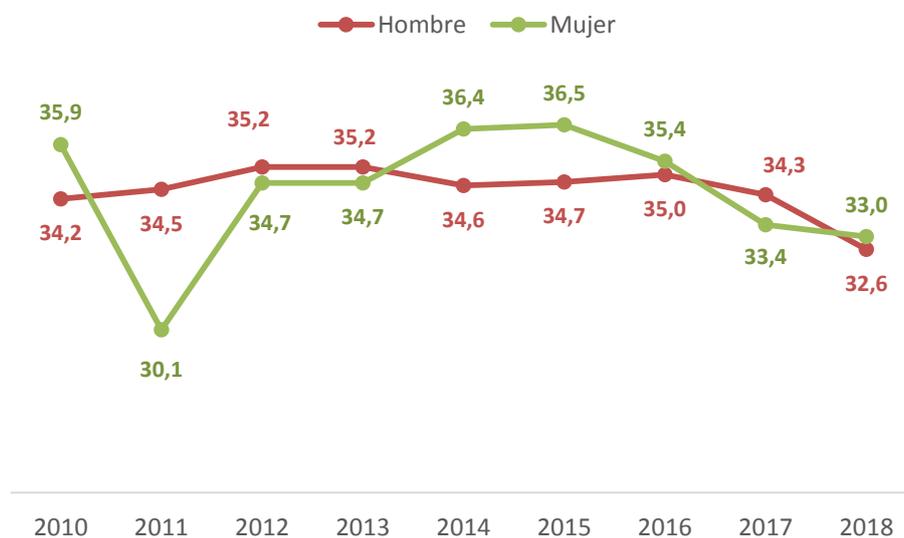
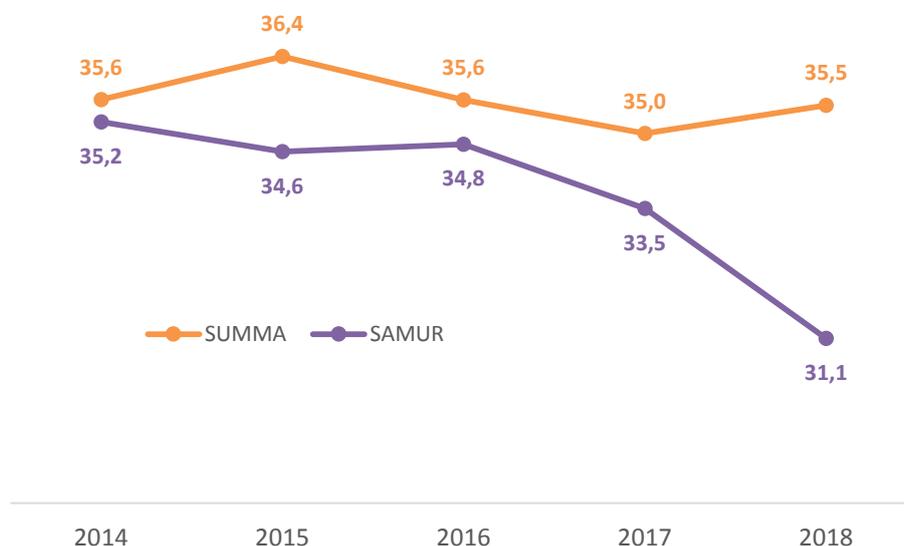
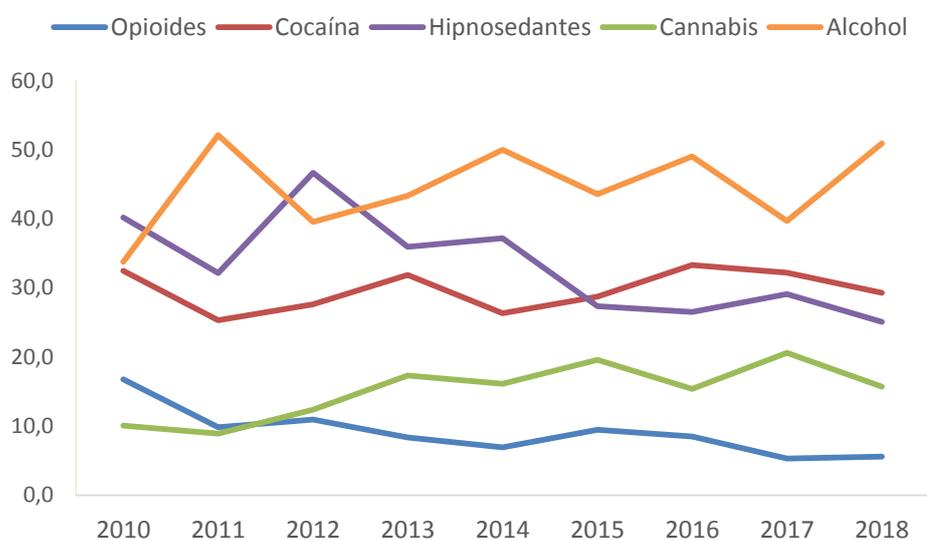


Fig. 16.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Evolución de la media de edad según servicio de emergencias
Comunidad de Madrid. Años 2014-2018



En el período 2010-2018 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. 17).

Fig. 17.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Evolución según las sustancias consumidas
Comunidad de Madrid. Años 2010-2018

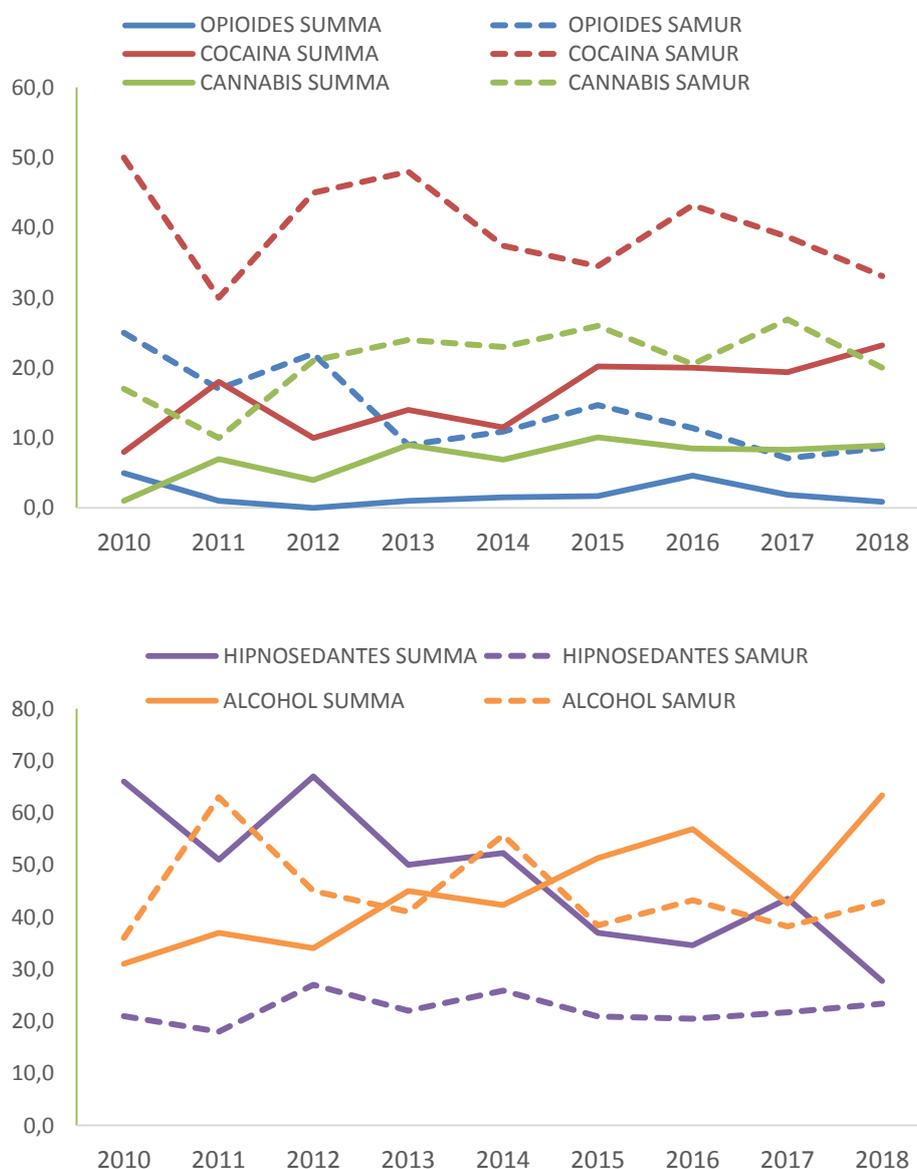


Nota.- Los porcentajes se realizan respecto al total de episodios con sustancias conocidas

Respecto a las nuevas sustancias, señalar el incremento del papel del GHB relacionado con 14 episodios en 2016, 10 en 2017 y 9 en 2018. Por su parte en 2018 se registraron 5 episodios con consumo de mefedrona.

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 18. En el período 2010-2018 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.

Fig. 18.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Evolución de las sustancias consumidas según el servicio de emergencias
Comunidad de Madrid. Años 2010-2018

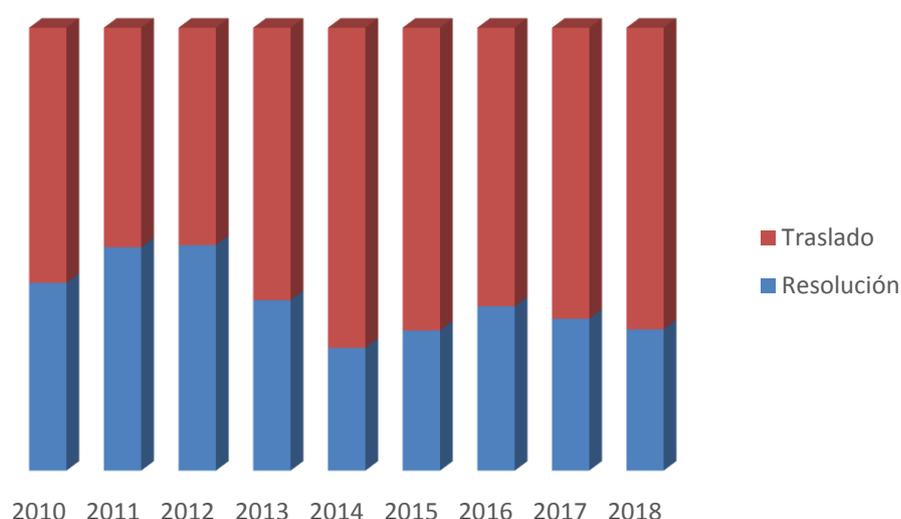


Nota.- Los porcentajes se realizan respecto al total de episodios con sustancias conocidas

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 y de cocaína. Para el alcohol y los hipnosedantes se presentan oscilaciones anuales sin una tendencia clara.

En cuanto a la evolución de la resolución de la urgencia, en el período de estudio se observa un incremento de la proporción de episodios que requieren traslado hospitalario, que se mantiene relativamente estable en los últimos años (fig. 19).

Fig. 19.-Urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas
Evolución de las sustancias consumidas según el servicio de emergencias
Comunidad de Madrid. Años 2010-2018



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 algo más de un 30% de los episodios se resuelven en el lugar de la intervención (32,0% en 2018).

Las urgencias extrahospitalarias afectan fundamentalmente a varones jóvenes y se relacionan con el consumo de alcohol. El 67,6% de estos episodios se relacionan sólo con el consumo de alcohol.

En un 8% de los episodios se desconoce la sustancia que ocasiona la urgencia, 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.

Se observan algunas diferencias en el patrón de presentación de los episodios de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas en los dos servicios de emergencias, que parecen deberse a diferencias en la población atendida. Los episodios atendidos por SAMUR presentan un mayor porcentaje de varones, una media de edad menor, y una mayor proporción de consumo de cannabis y opioides. Por su parte los episodios atendidos por SUMMA muestran una mayor proporción de mujeres, una media de edad mayor, y un mayor papel de los hipnosedantes.

El alcohol es la sustancia predominante en los episodios de urgencias atendidos por ambos servicios de emergencias, presentando una mayor proporción de episodios relacionados sólo con el consumo de alcohol los episodios atendidos por SAMUR.

Los episodios relacionados sólo con el alcohol presentan ciertas diferencias con el resto de episodios, con un mayor porcentaje de hombres, una media de edad también mayor y una menor gravedad (requieren en menor proporción el traslado a un hospital). Estos episodios afectan en mayor proporción tanto a los más jóvenes (menores de 24 años), como a los pacientes de más edad (55-64 años).

La evolución temporal de los episodios de urgencias extrahospitalarias muestra un ligero incremento de la proporción de varones y una disminución de la media de edad. Respecto a las sustancias se presenta un incremento del papel del alcohol y el cannabis, y una disminución de los hipnosedantes y los opioides.

Se observan también algunas diferencias en la evolución de las sustancias según el servicio de emergencias, así la cocaína aumenta en SUMMA y disminuye en SAMUR; presentando a nivel global un patrón más estable. Por su parte los hipnosedantes disminuyen en SUMMA y se mantienen relativamente estables en SAMUR.

El papel de las nuevas sustancias está aumentando (GHB, mefedrona, ketamina); siendo mayor en los episodios atendidos por SAMUR, ya que predominan en hombres jóvenes.

Al comparar con las urgencias hospitalarias lo primero que llama la atención es que este año por primera vez el nº de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas supera al de urgencias hospitalarias (1.262 vs 1.014), debido al cambio de criterio del indicador y el importante papel del alcohol como única sustancia causante del episodio, especialmente en las urgencias extrahospitalarias.

Se observan ciertas diferencias en el perfil de los sujetos respecto a las urgencias hospitalarias¹. La proporción de mujeres es superior en los episodios atendidos por los servicios de emergencias que los atendidos a nivel hospitalario (37,7% vs 29,9%). La media de edad ha sido menor en las emergencias (34,64 años vs 37,97 años), para ambos sexos; siendo mayores las diferencias entre emergencias y urgencias hospitalarias en mujeres (33,05 años y 37,05 años respectivamente).

También se observan diferencias entre las urgencias hospitalarias y las extrahospitalarias, en cuanto a las sustancias relacionadas con el episodio. El papel del alcohol es mayor en las urgencias extrahospitalarias, siendo mayor el del resto de sustancias en las urgencias hospitalarias.

La cocaína es la principal sustancia ilegal relacionada con el episodio en ambos tipos de urgencias, seguida del cannabis.

Respecto a la evolución temporal se presenta un patrón bastante similar en ambos tipos de urgencias en relación al cannabis y al alcohol (aumentan en ambos), así como para los hipnosedantes (disminuyen en ambos). El papel de los opioides ha disminuido en las urgencias extrahospitalarias, mientras que a nivel hospitalario presenta una tendencia relativamente estable. Por su parte la cocaína muestra un patrón relativamente estable en ambos tipos de urgencias.

CONCLUSIONES

Las urgencias extrahospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas afectan fundamentalmente a varones jóvenes y se deben al consumo de alcohol. La cocaína es la principal sustancia ilegal asociada a estos episodios, seguida del cannabis.

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.

¹ Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 2018.

Dirección General de Salud Pública.

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/consumo-sustancias-psicoactivas>

MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2018

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 2018 y su evolución desde 2007.

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 2018 se han registrado 99 fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. El 68,7% de los fallecidos eran hombres, la edad media fue de 47,1 años y el 60,2% estaban solteros. En el 71,7% de los casos el fallecimiento se produjo en el domicilio y en el 2,0% existían signos recientes de venopunción en el cadáver. En el 25,3% 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 13,1%.

Se detecta una media de 3,5 sustancias por sujeto. La principal sustancia psicoactiva ilegal detectada en los análisis toxicológicos fue la cocaína (55,6%). En el 30,3% de los fallecidos se detectó metadona (opioide sintético de sustitución) y en el 7,1% cannabis. El alcohol se asoció al consumo de otras sustancias psicoactivas en el 42,4% de los fallecidos. Los hombres muestran un mayor porcentaje de estimulantes y cannabis, y las mujeres de hipnosedantes y antidepresivos. Los estimulantes predominan en los menores de 35 años, el cannabis y el alcohol en los de 35-44 años y los opioides en los de 45-54 años. La mayor proporción de hipnosedantes y de antidepresivos se presenta en los mayores de 44 años.

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 desde 2007, así como un aumento de la edad de los mismos. En los últimos años aumenta 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:

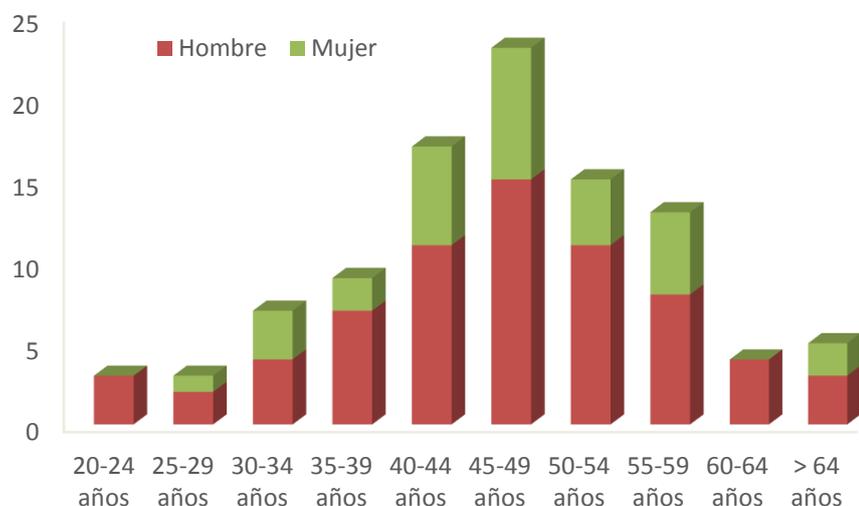
- Presencia de antecedentes de consumo reciente de sustancias psicoactivas.
- Presencia de signos de autopsia compatibles con muerte por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.
- Análisis toxicológicos positivos para alguna de las sustancias psicoactivas registrables. Desde 2005 no se incluyen 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 2018 ha sido de 99, cifra superior a la registrada en el año 2017 (80 casos).

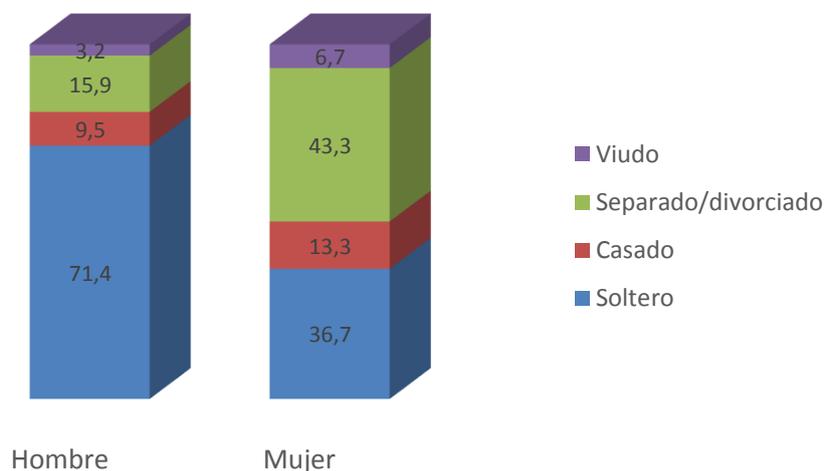
El 68,7% de los fallecidos eran hombres y la edad media se sitúa en 47,1 años, sin diferencias significativas por sexo (46,9 años en hombres y 47,5 años en mujeres). El grupo de edad con mayor número de casos ha sido el de 45-49 años (23 casos, 23,2% del total), no habiéndose registrado este año mujeres fallecidas menores de 25 años ni de 60-64 años (fig. 1).

Fig. 1.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Nº de fallecidos por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2018



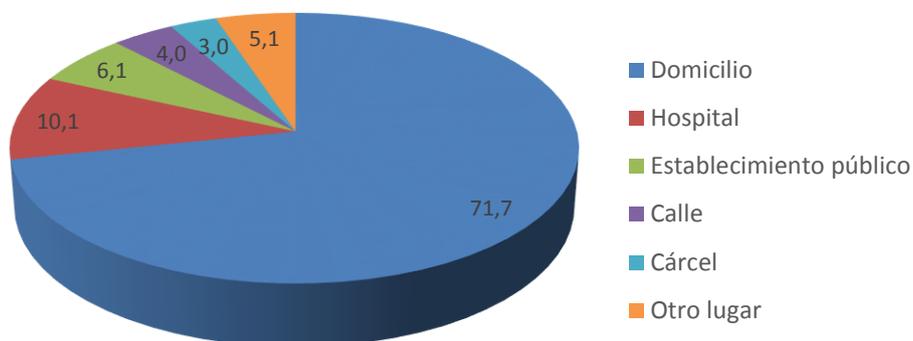
El 60,2% de los fallecidos eran solteros, el 24,7% separados o divorciados, un 10,8% estaban casados y el 4,3% restantes eran viudos. El porcentaje de solteros es superior en hombres, mientras que en mujeres es mayor el de separadas o divorciadas (fig. 2).

Fig. 2.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Distribución por sexo y estado civil. Comunidad de Madrid, 2018



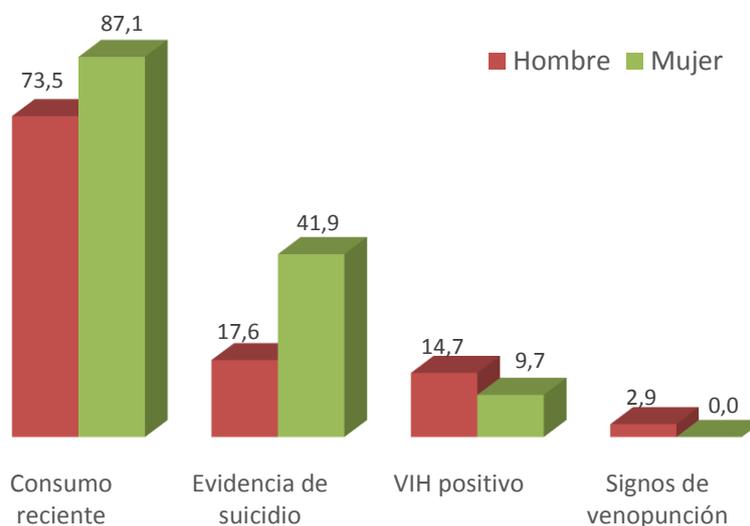
La procedencia del cadáver fue el domicilio en la mayoría de los casos (71,7%), seguido del hospital (10,1%) y de los establecimientos públicos (6,1%). El 4,0% de los fallecidos se encontraban en la calle (fig. 3).

Fig. 3.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Procedencia del cadáver. Comunidad de Madrid, 2018



En el 77,8% de los casos existía evidencia de consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva y en dos se encontraron signos recientes de venopunción (2,0%), siendo estos últimos ambos varones (fig. 4). En el 25,3% de los fallecidos se presentaron evidencias de suicidio, con importantes diferencias por sexo (41,9% en mujeres y 17,6% en hombres). La prevalencia de anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue del 13,1% (14,7% en hombres y 9,7% en mujeres).

Fig. 4.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Características del fallecido por sexo. Comunidad de Madrid, 2018



En la mayoría de los fallecidos se han detectado varias sustancias (media de 3,5). Los estimulantes y los hipnosedantes han sido los principales grupos de sustancias psicoactivas detectadas (60,6% cada uno de ellos), seguidos de los opioides (46,5%). El 32,3% de los fallecidos había consumido antidepresivos y en el 7,1% se detectó cannabis. El alcohol se asoció al consumo de otras sustancias en un 42,4% de los casos (tabla 1 y fig. 5).

Tabla 1.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Distribución según sustancias detectadas. Comunidad de Madrid, 2018

SUSTANCIAS	Nº de fallecidos	%
OPIOIDES	46	46,5
Heroína	3	3,0
Metadona	30	30,3
Morfina	17	17,2
Otros opioides	15	15,2
ESTIMULANTES	60	60,6
Cocaína	55	55,6
Anfetaminas	2	2,0
MDMA y similares	6	6,1
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	60	60,6
Barbitúricos	4	4,0
Benzodiazepinas	56	56,5
Antipsicóticos	14	14,1
Otros hipnosedantes	1	1,0
ALUCINÓGENOS	1	1,0
ANTIDEPRESIVOS	32	32,3
CANNABIS	7	7,1
ALCOHOL	42	42,4

Nota.-Un sujeto puede haber consumido más de una sustancia del mismo grupo. Los porcentajes se realizan sobre el total de fallecidos (99)

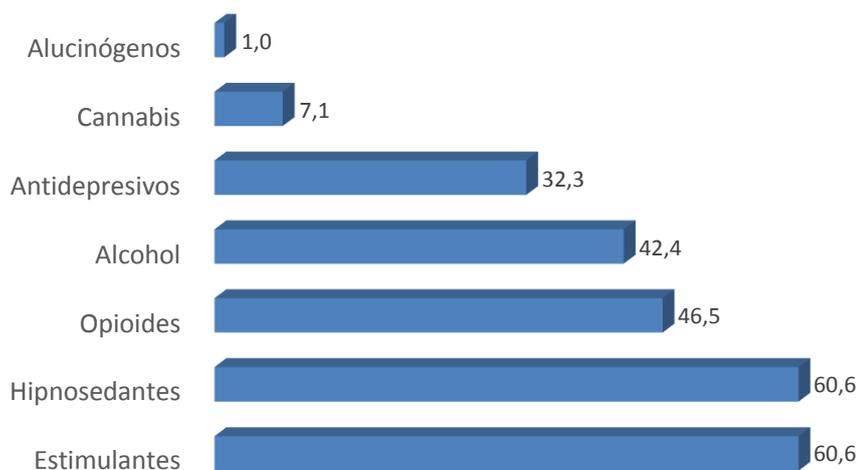
La sustancia ilegal detectada con mayor frecuencia en los fallecidos fue la cocaína (55,6%). Entre los estimulantes identificados se encuentran las siguientes nuevas sustancias: MDA y MDMA (detectadas en 3 fallecidos cada una de ellas).

La metadona ha sido el principal opioide identificado (30,3%), seguido de la morfina (17,2%). Dentro del grupo de otros opioides se han detectado nospapina (2,0%), fentanilo (3,0%), codeína (5,1%) y tramadol (7,1%).

Las principales benzodiazepinas identificadas han sido el nordiazepam (28,3%), el oxacepam (22,2%), el diazepam (15,2%) y el lorazepam (13,1%). Entre los antidepresivos se han detectado principalmente trazodona (13,1%) y mirtazapina (11,1%). La quetiapina ha sido el principal antipsicótico identificado (10,1%).

Respecto al policonsumo se observa que el 28,3% de los fallecidos habían consumido estimulantes y opioides, un 24,2% cocaína y alcohol, y un 15,2% estimulantes, opioides e hipnosedantes.

Fig. 5.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Distribución de las sustancias detectadas. Comunidad de Madrid, 2018



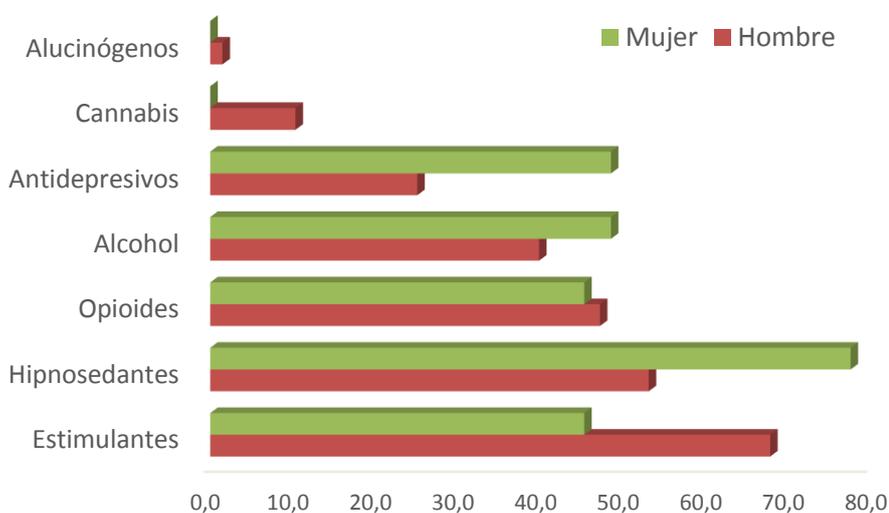
Se observan diferencias en las sustancias detectadas por sexo. Los hombres muestran un mayor porcentaje de estimulantes y cannabis, y las mujeres de hipnosedantes y antidepresivos (tabla 2 y fig. 6).

Tabla 2.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.
Distribución de las sustancias detectadas por sexo. Comunidad de Madrid, 2018

SUSTANCIAS	HOMBRES		MUJERES	
	Nº	%	Nº	%
OPIOIDES	32	47,1	14	45,2
Heroína	2	2,9	1	3,2
Metadona	22	32,4	8	25,8
Morfina	14	20,6	3	9,7
Otros opioides	8	11,8	7	22,6
ESTIMULANTES	46	67,6	14	45,2
Cocaína	41	60,3	14	45,2
Anfetaminas	2	67,6	0	45,2
MDMA y similares	5	7,4	1	3,2
HIPNÓTICOS Y SEDANTES	36	52,9	24	77,4
Barbitúricos	2	2,9	2	6,5
Benzodiacepinas	34	50,0	22	71,0
Antipsicóticos	7	10,3	7	22,6
Otros hipnosedantes	0	0,0	1	3,2
ALUCINÓGENOS	1	1,5	0	0,0
ANTIDEPRESIVOS	17	25,3	15	48,4
CANNABIS	7	10,3	0	0,0
ALCOHOL	27	39,7	15	48,4

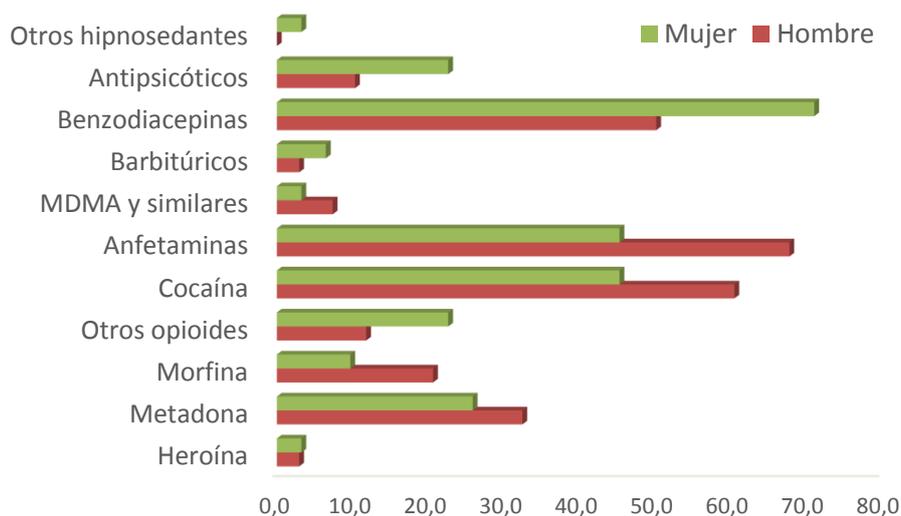
Nota.-Un sujeto puede haber consumido más de una sustancia del mismo grupo.
Los porcentajes se realizan sobre el total de fallecidos (hombres=68 y mujeres=31)

Fig. 6.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Distribución según grupo de sustancias por sexo. Comunidad de Madrid, 2018



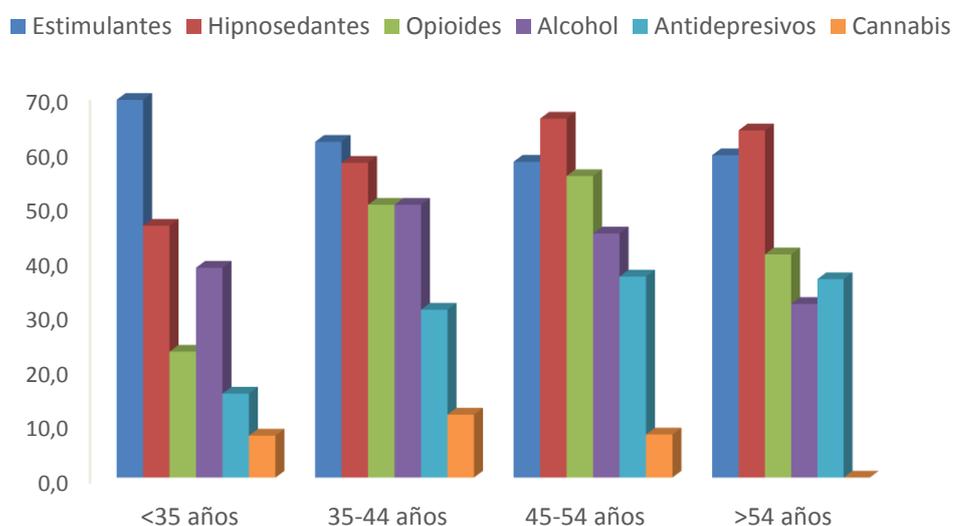
Las mayores diferencias por sexo, según las sustancias específicas, se presentan en las anfetaminas y las benzodiacepinas con una diferencia de más de 20 puntos porcentuales; seguidas de la cocaína (15 puntos de diferencia) y los antipsicóticos (12 puntos de diferencia) (fig. 7).

Fig. 7.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Distribución según sustancias por sexo. Comunidad de Madrid, 2018



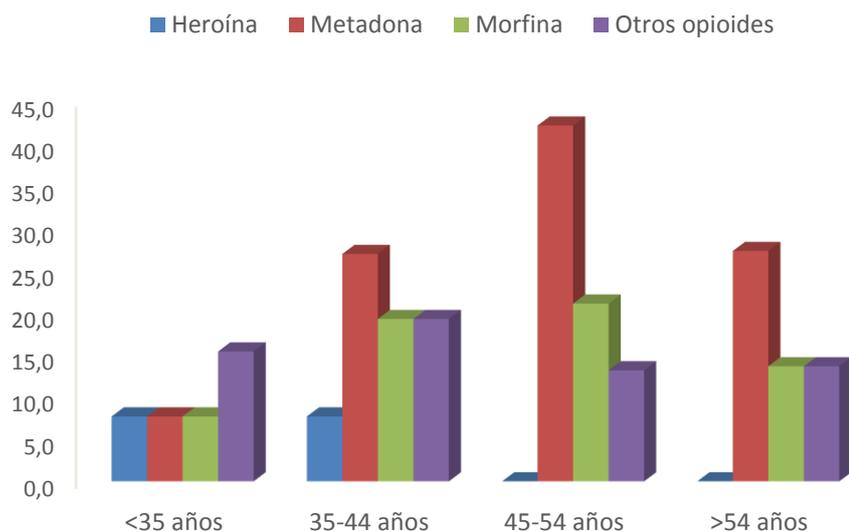
También se observan diferencias por edad respecto a las sustancias detectadas. Los estimulantes predominan en los más jóvenes, el cannabis y el alcohol en los de 35-44 años y los opioides en los de 45-54 años. La mayor proporción de hipnosedantes y antidepresivos se presenta en los mayores de 44 años (fig. 8).

Fig. 8.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Distribución según grupo de sustancias por edad. Comunidad de Madrid, 2018



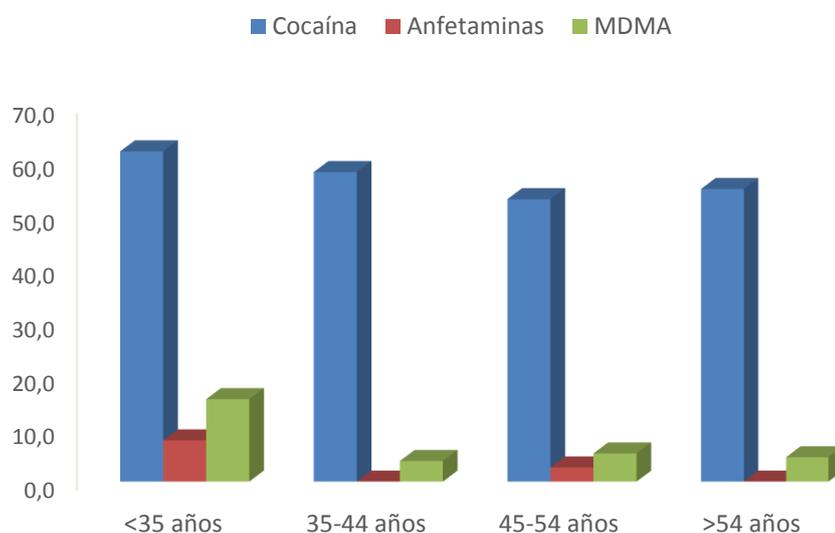
En cuanto a las sustancias específicas, en la figura 9 se muestran los opioides, observándose que la metadona es el principal opioide detectado en los mayores de 34 años, predominando el grupo de otros opioides en los menores de 35 años. Este año sólo se ha detectado heroína en los menores de 45 años (fig. 9).

Fig. 9.- Mortalidad por reacción aguda a OPIOIDES
Distribución según sustancias por edad. Comunidad de Madrid, 2018



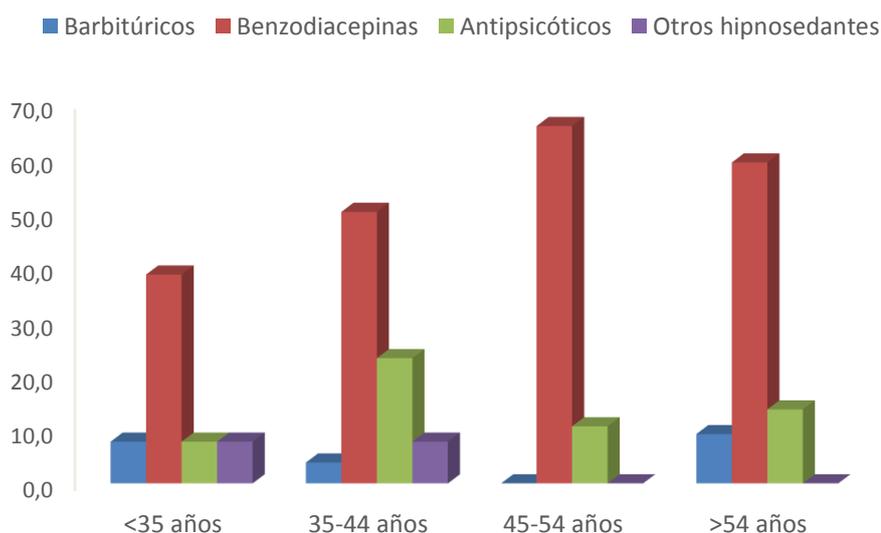
La cocaína es el estimulante que predomina en todos los grupos de edad, presentando registrándose la mayor proporción en los menores de 35 años (61,5%), siendo este grupo de edad el que muestra también la mayor proporción de anfetaminas (7,7%) y de MDMA y similares (15,4%) (fig. 10).

Fig. 10.- Mortalidad por reacción aguda a ESTIMULANTES
Distribución según sustancias por edad. Comunidad de Madrid, 2018



Las benzodiazepinas son los hipnosedantes más prevalentes. La mayor proporción de benzodiazepinas se registra en el grupo de edad de 45-54 años (65,8%) y la de antipsicóticos en el 35-44 años (23,1%) (fig. 11).

Fig. 11.- Mortalidad por reacción aguda a HIPNOSEDANTES
Distribución según sustancias por edad. Comunidad de Madrid, 2018

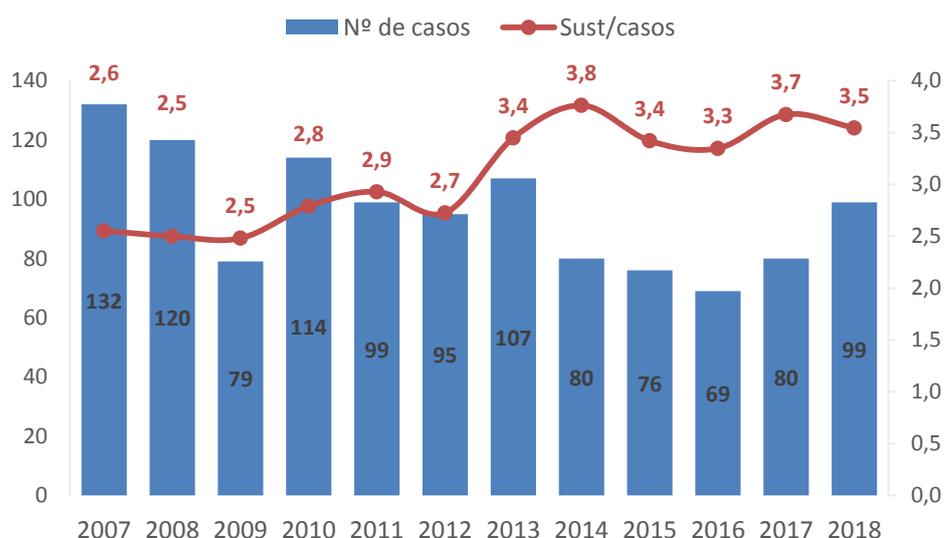


EVOLUCIÓN

La evolución del número de fallecidos desde 2007 presenta algunas oscilaciones, con una cierta tendencia descendente. Hay que tener en cuenta que a partir de 2017 se incluyen todos los casos de cualquier edad (previamente se recogían los de 10-64 años). El número de fallecidos en 2018 ha sido superior al de 2017, pero igual al registrado en 2011 (con el anterior criterio de edad) (fig. 12).

La media de sustancias detectadas por paciente ha presentado un claro incremento, siendo superior a 3 desde 2013 y ascendiendo a un 3,5% en 2018 (fig. 12).

Fig. 12.-Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Distribución del nº de fallecidos y la media de sustancias. Comunidad de Madrid, 2007-2018



En la distribución por sexo de los fallecidos se mantiene un claro predominio masculino, aunque parece estar aumentando en los últimos años la proporción de mujeres (31,3% en 2018) (fig. 13).

En el período de estudio se observa una tendencia ascendente en la edad media de los fallecidos, con un incremento de más de 5 años desde 2007 a 2016 (período con el mismo criterio de edad) (fig. 14).

En la distribución por edad los mayores de 44 años han ido adquiriendo mayor relevancia hasta convertirse en el grupo de edad más frecuente en los últimos años (fig. 15).

Fig. 13.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Distribución por sexo. Comunidad de Madrid, 2007-2018

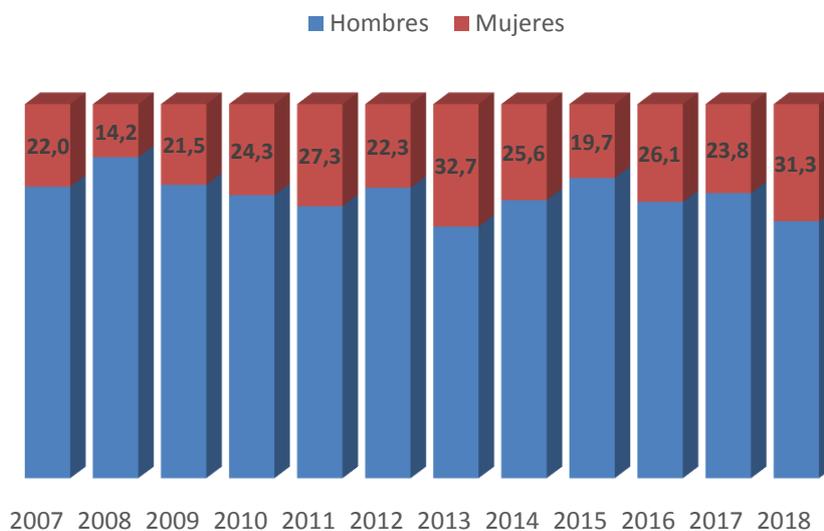


Fig. 14.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Distribución de la media de edad. Comunidad de Madrid, 2007-2018

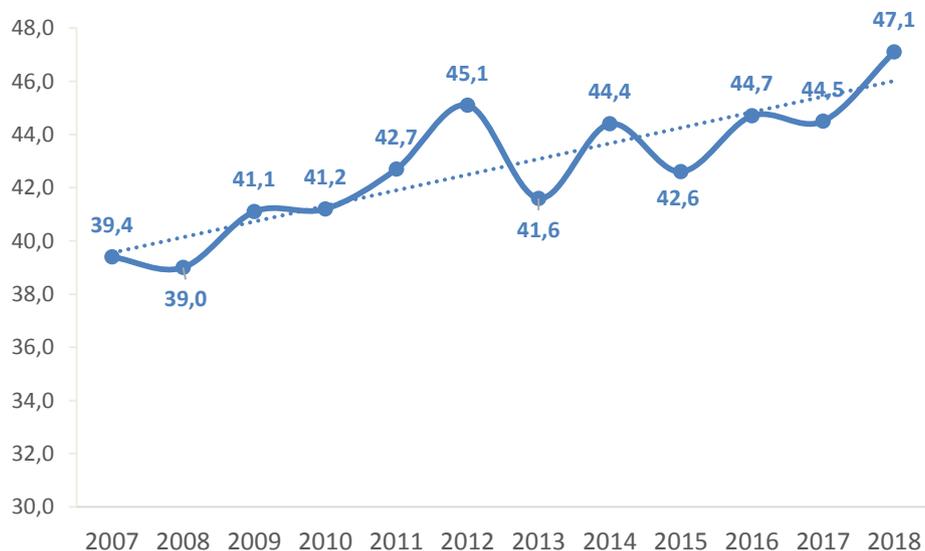
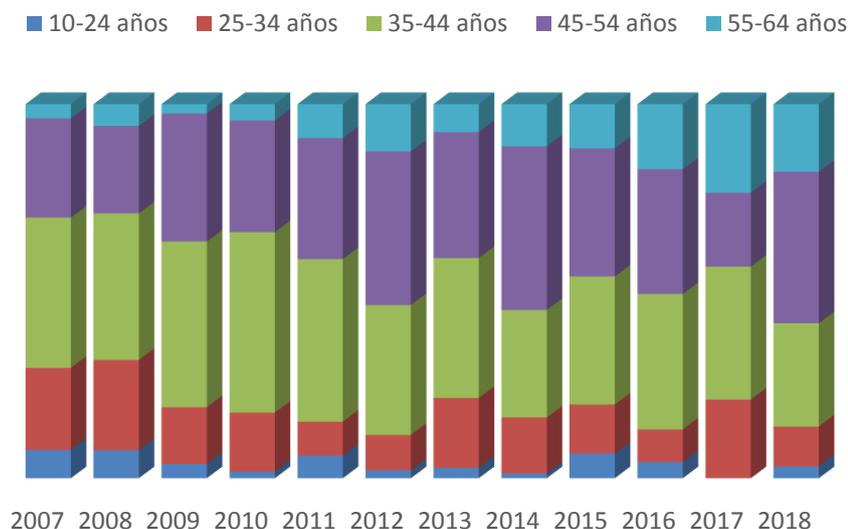
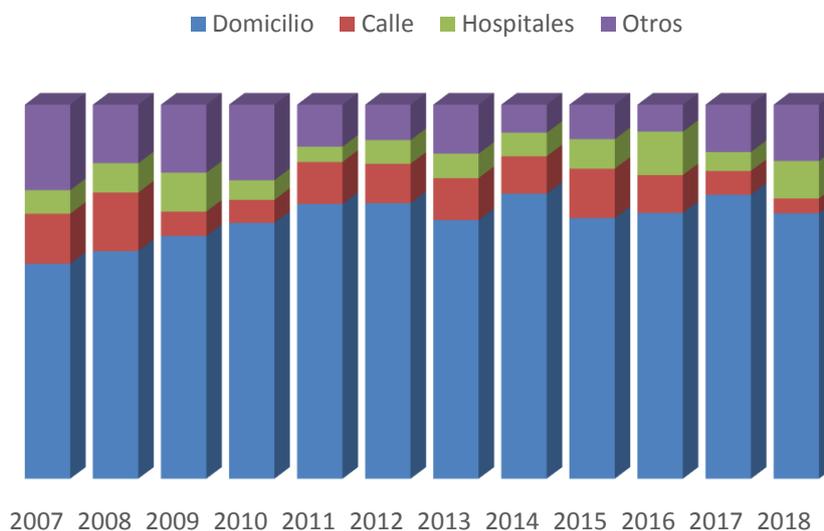


Fig. 15.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2007-2018



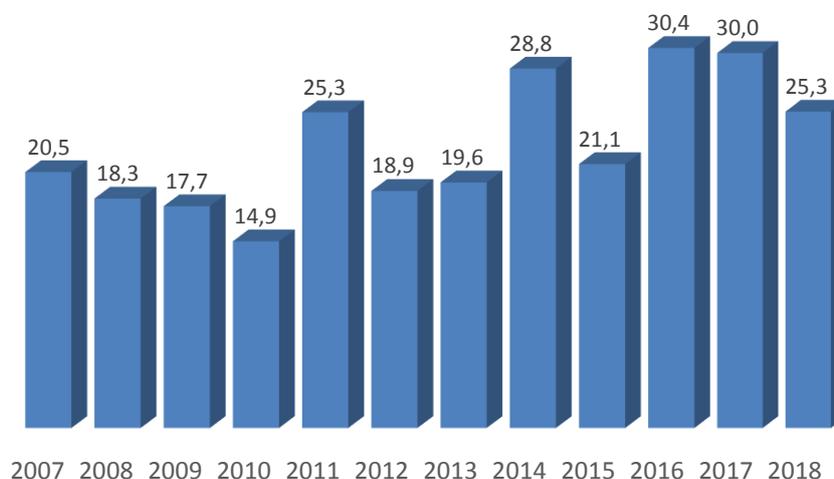
Respecto a la procedencia del cadáver observamos que ha aumentado la proporción de fallecidos en el domicilio y han disminuido los que fallecen en la calle (fig. 16).

Fig. 16.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Procedencia del cadáver. Comunidad de Madrid, 2007-2018



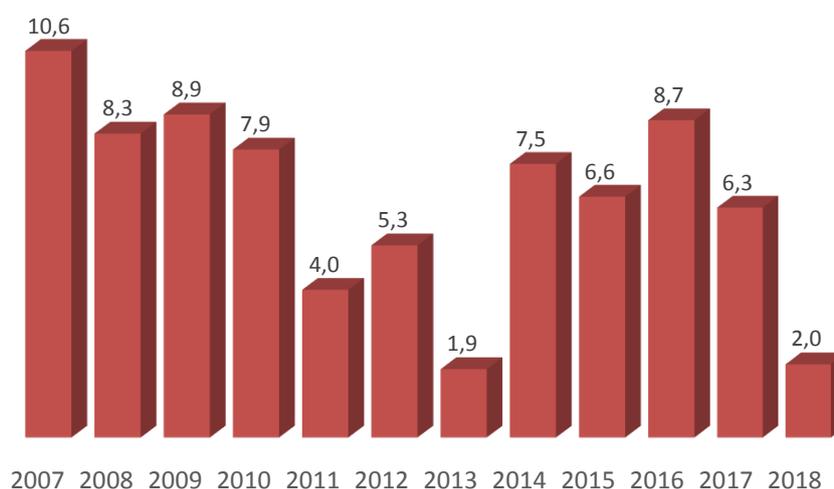
La proporción de fallecidos con evidencias de suicidio se sitúa entre el 15-30%, con oscilaciones anuales, apreciándose una cierta tendencia ascendente en los últimos años (fig. 17).

Fig. 17.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Fallecidos con evidencia de suicidio. Comunidad de Madrid, 2007-2018



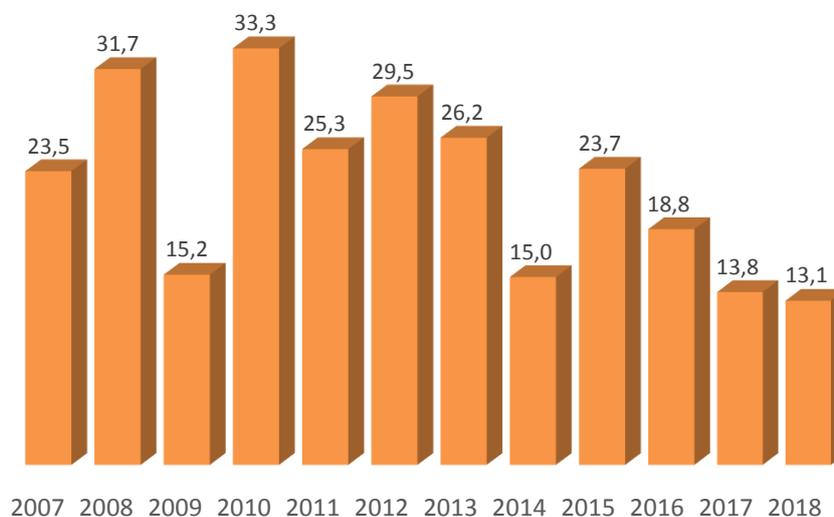
La proporción de fallecidos con signos recientes de venopunción ha oscilado en este período, mostrando la cifra más baja en 2013 (1,9%) y la mayor en 2007 (10,6%). La cifra registrada en 2018 presenta también un valor muy bajo (2,0%) (fig. 18).

Fig. 18.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Fallecidos con signos de venopunción. Comunidad de Madrid, 2007-2018



La proporción de fallecidos VIH positivos ha mostrado también oscilaciones en este período, registrando en 2018 la cifra más baja del período (13,1%) (fig. 19).

Fig. 19.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
Fallecidos VIH positivos. Comunidad de Madrid, 2007-2018



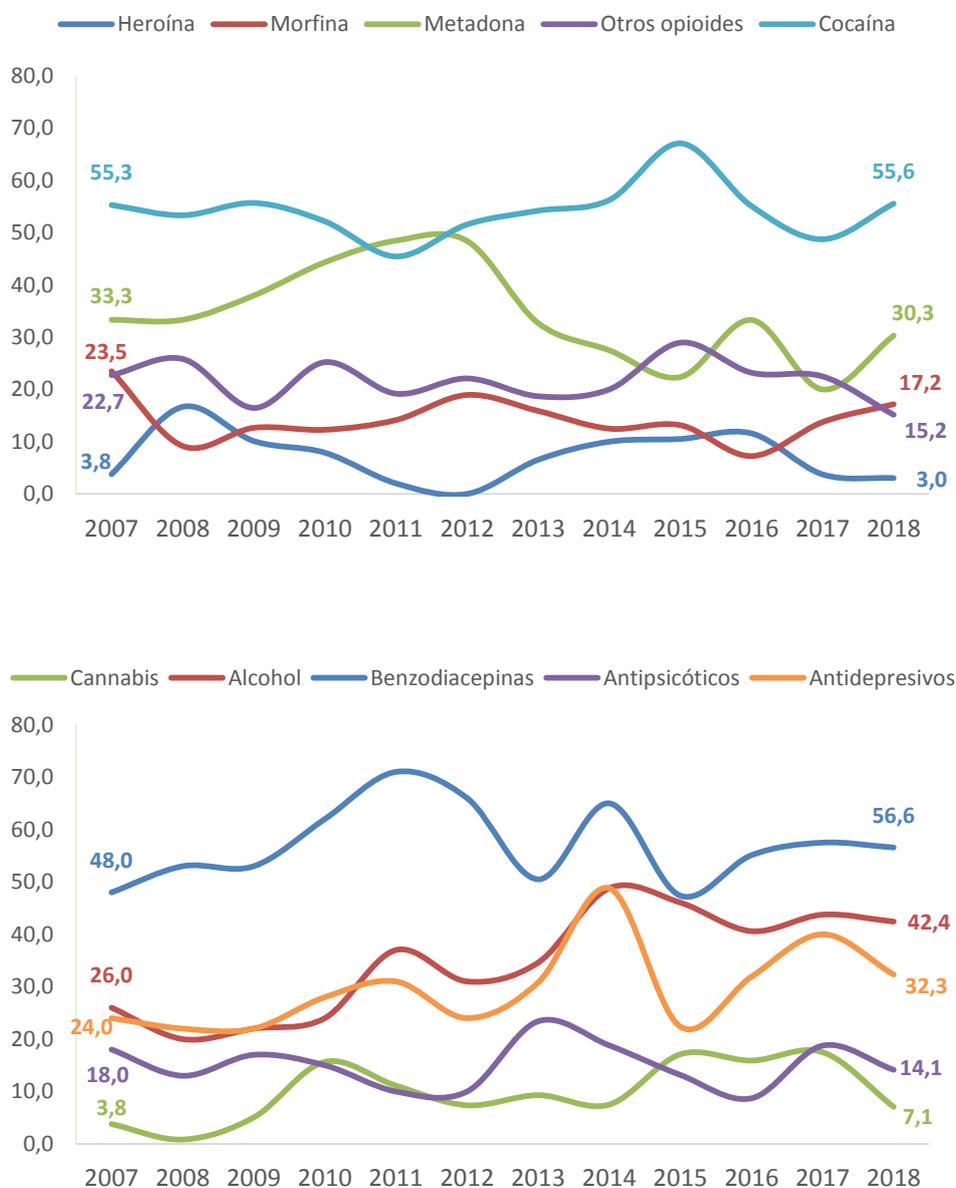
La evolución de las sustancias detectadas se muestra en la figura 20, en la que se observan oscilaciones anuales. La cocaína es la sustancia ilegal más detectada, no mostrando una clara tendencia, con un valor en 2018 (55,6%) similar al registrado en 2007 (55,3%).

Los opioides presentan una tendencia relativamente estable a nivel global. En 2018 ha disminuido el grupo de otros opioides, mientras que la morfina y la metadona han aumentado. La heroína ha presentado una proporción muy baja (3,0%) inferior a la registrada en 2007 (3,8%).

El cannabis ha mostrado un incremento paulatino en este período, pasando del 3,8% en 2007 al 17,5% en 2017, disminuyendo en 2018 (7,1%). El alcohol, las benzodiacepinas y los antidepresivos también muestran una tendencia ascendente; mientras que los antipsicóticos no muestran una tendencia clara, con una proporción en 2018 (14,1%) inferior a la registrada en 2007 (18,0%).

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

Fig. 20.- Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Evolución de las sustancias detectadas. Comunidad de Madrid, 2007-2018



DISCUSIÓN

El número de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid muestra una tendencia descendente en su evolución. Desde 2017 se incluyen todos fallecimientos sin límite de edad (previamente se incluían los de 10 a 64 años), sin embargo el número de casos en 2018 ha sido igual al registrado en 2011 (99 casos).

En el año 2018, como es habitual, se presenta un predominio masculino de adultos de mediana edad (47,1 años de edad media). Las mujeres fallecidas muestran

una media de edad ligeramente superior a los hombres (47,5 años vs 46,9 años) y su proporción parece estar incrementándose (22,0% en 2007 y 31,3% en 2018).

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 2018 el 25,3% de los fallecidos presentaron evidencias de suicidio, con importantes diferencias por sexo; ya que más del 40% de las mujeres los presentaban frente al 17% 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 del 2,0% en 2018, la cifra más baja de las registradas.

Se observa un patrón de policonsumo, con una media de 3,5 sustancias detectadas por fallecido, observándose un aumento de la media de sustancias por fallecido en los últimos años. Los estimulantes y los hipnosedantes fueron los principales grupos de sustancias psicoactivas identificados (60,6% respectivamente), seguido de los opioides (46,5%).

Los principales opioides detectados han sido la metadona, presente en 30 fallecidos (16 en 2017) y la morfina en 17 fallecidos (11 en 2017). La metadona es el principal sustitutivo opiáceo utilizado en España para el tratamiento de la dependencia de heroína. En sólo uno de ellos en los que se identificó metadona, se detectó también heroína y en 20 (66,7%) se detectó también cocaína. El 66,7% 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 50,0% se encontraban en tratamiento cuando fallecieron.

Respecto a la heroína hay que señalar que en algunos países se ha observado un incremento de su consumo en los últimos años, así como de las muertes por sobredosis; situación que no se ha detectado en nuestro medio, ya que en 2017 y 2018 se observa una disminución de su detección respecto a los años previos (3 casos identificados respectivamente cada año). Puesto que la heroína se degrada a morfina, la detección de esta sustancia podría indicar consumo de heroína, por lo que realizamos una valoración conjunta de ambas sustancias en el análisis de las tendencias de los opioides. No observándose tampoco aumento ni en el número ni en la proporción de dichas sustancias al analizarlas conjuntamente.

El tramadol y el fentanilo son opioides de prescripción indicados en el tratamiento del dolor severo, cuya detección en los fallecidos se ha incrementado en los últimos años. En el período 2010-2018 se ha detectado fentanilo en 15 fallecidos y tramadol en 87. 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.).

En la Comunidad de Madrid en el año 2018 se ha recibido la notificación al Sistema de Alerta Temprana de detección de nuevas sustancias, de un caso de intoxicación fatal por ciclopropilfentanilo (derivado del fentanilo). Esta era la primera notificación de esta sustancia en España.

La principal sustancia ilegal detectada en los fallecidos en 2018 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, incrementándose su papel en los últimos años. Hay que tener en cuenta además 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 2018 se ha detectado cannabis en 7 fallecidos, cifra inferior a la registrada en año 2017 (14 fallecidos); pero en dos de ellos fue la única sustancia detectada, causando la muerte al complicar una patología previa. En el período 2007-2018 se registra 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.

Respecto a las nuevas sustancias hay que señalar que tanto la MDMA (éxtasis) como la MDA (droga del amor) ya se encuentran en los últimos años de forma habitual en los fallecidos. Este año no se ha detectado ningún fallecido con consumo de GHB, detectándose ketamina (alucinógeno) en un caso.

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 2018 el 13,1% 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.

A nivel nacional, en 2016 (último año disponible) se han registrado 613 defunciones por reacción aguda a sustancias psicoactivas. El 83,4% de los fallecidos eran varones, el 64,2% estaban solteros y la edad media fue de 44,1 años. El 82% de los cadáveres presentaban evidencia de consumo reciente de drogas y el 13,0% signos de venopunción. En un 20,6% de los casos se detectaron evidencias de suicidio. El 21,4% de los fallecidos tenían serología positiva frente al VIH. Las principales sustancias detectadas fueron los hipnosedantes (67,3%) y los opioides (63,9%), seguidos de la cocaína (53,7%) y el alcohol (42,9%). En el 95,8% de los casos se registra más de una sustancia. En la evolución se observa un aumento de la media de edad, una estabilización del número de fallecidos en los que se detectan opioides, así como cocaína; y un aumento de los hipnosedantes y el cannabis; resultados similares a los registrados en nuestro medio.

A nivel europeo se ha establecido un indicador epidemiológico de mortalidad con dos componentes: las muertes directamente causadas por las drogas ilegales y la mortalidad en usuarios de drogas. Para implementar adecuadamente el primer componente se precisa contar con registros de mortalidad general y/o registros específicos de mortalidad. La estimación de la mortalidad en usuarios de drogas de riesgo requiere estudios de seguimiento de dicha población. La calidad del indicador

depende de la calidad de las fuentes de información y puede aumentar con la mejora de la investigación post-mortem y su inclusión en los certificados de defunción con una correcta codificación.

La mortalidad directa o indirectamente relacionada con el uso de drogas, especialmente en las formas de uso más intensivas y perjudiciales, es una de las principales causas de muerte en jóvenes en muchos países europeos.

En Europa las muertes por sobredosis siguen siendo elevadas y los opioides son los principales causantes, con un importante papel de los opioides de prescripción. Según el último informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), se detectaron opioides en el 84% de las muertes por sobredosis; lo que según los autores señala la importancia de mejorar el acceso al antagonista opioide naloxona, así como a la formación para la identificación y el manejo de las sobredosis.

Entre las sustancias monitorizadas actualmente por el Sistema Europeo de Alerta Temprana de detección de nuevas sustancias (Early Warning System), están aumentando los opioides sintéticos. En total se han detectado 38 nuevos opioides en el mercado europeo desde 2009, 13 de ellos por primera vez en 2017. En los últimos años EMCDDA y Europol han investigado 6 opioides sintéticos (acetilfentanilo, acriloilfentanilo, furanilfentanilo, 4F-isobutirilfentanilo, tetrahidrofuranilfentanilo, carfentanilo) que han dado lugar a más de 100 muertes confirmadas analíticamente.

En EEUU en 2016 se registraron 63.632 muertes por sobredosis (tasa de 19,8 muertes por 100.000), de las que 42.249 se relacionaron con los opioides (tasa de 13,3) y 17.087 fueron por opioides de prescripción (tasa de 5,2). Por su parte las muertes por sobredosis de heroína ascendieron a 15.469 (tasa de 4,9). Se observa una tendencia ascendente en la tasa de muertes por sobredosis, especialmente para los opioides sintéticos diferentes a metadona (tasa de 1,0 en 2010 y de 6,2 en 2016). El grupo de edad con mayor incidencia de muertes por sobredosis por opioides de prescripción fue el de 45-54 años (tasa de 10,1), siendo el de 25-34 años para los opioides sintéticos diferentes a metadona (tasa de 13,6) y para las muertes por sobredosis de heroína (tasa de 11,3).

La epidemia de sobredosis de opioides en EEUU ha presentado tres ondas consecutivas: un incremento de las muertes relacionadas con los opioides de prescripción como la oxicodona (aumento de 4 veces entre 1999 y 2011), seguida de un incremento de las muertes por heroína (aumento de 4 veces de 2010 a 2015) y un incremento de las muertes relacionadas con opioides sintéticos como los fentanilos (triplicado en 2 años de 2013 a 2015).

Los Centros for Disease Control and Prevention (CDC) están estableciendo diferentes intervenciones de salud pública para abordar la epidemia (elaboración de guías de prescripción basadas en la evidencia, educación y entrenamiento de los pacientes, intervenciones sobre el sistema de salud y a nivel comunitario).

Se presentan algunas diferencias en la situación americana y la europea, siendo necesario contar con sistemas de información que proporcionen datos de calidad, monitoricen las tendencias y permitan valorar el efecto de las intervenciones.

CONCLUSIONES

- El nº de fallecidos que cumplen los criterios de este indicador está disminuyendo
- En la evolución se observa un incremento de la edad de los fallecidos y una menor marginalidad.
- Se presenta un predominio masculino en los fallecidos.
- La principal sustancia ilegal detectada ha sido 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.
- El 33,3% de los fallecidos en los que se detectó metadona no habían recibido tratamiento en los Centros de Atención a Drogodependientes de la Red asistencial de la Comunidad de Madrid.
- En los últimos años se detecta un incremento de la proporción de fallecidos en los que se detectan cannabis y alcohol.
- No se observa incremento de las muertes relacionadas con opioides.

BIBLIOGRAFÍA

12. Indicador: mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en:
[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016Protocolo_\(mortalidad\).pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016Protocolo_(mortalidad).pdf)
13. Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2016. Mortalidad relacionada con drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). Disponible en:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018OEDA-INFORME.pdf>
14. An overview of the drug-related deaths and mortality among drug users (DRD) key indicator. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Disponible en:
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/565/EMCDDA-DRD-overview_127972.pdf
15. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2018. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Disponible en:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2018>

16. EMCDDA expert meeting on the epidemiological indicator: Drug-related deaths (DRD). Date and place: EMCDDA, Lisbon, 18–20 September 2017. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/meetings/2017/DRD#section1>
17. 2018 Annual Surveillance Report of Drug-related Risk and Outcomes. United States. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for Injury Prevention and Control. Disponible en: <https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2018-cdc-drug-surveillance-report.pdf>



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD