



**INFORME DEL Sistema Estatal de Información
sobre Toxicomanías SEIT
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO,
2001**

Servicio de Registros e Información Sanitaria
Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria
Departamento de Sanidad

INFORME DE LOS INDICADORES TRATAMIENTO, URGENCIAS Y MORTALIDAD POR TOXICOMANÍAS.

CAPV 2001

1. INTRODUCCION

El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) se pone en marcha en 1987 dentro del Plan Nacional sobre Drogas. Este Sistema de Información, que en su inicio se basaba en indicadores indirectos del consumo de opiáceos y cocaína, se amplía a partir de 1996 al resto de sustancias psicoactivas. En este momento los indicadores del SEIT están integrados junto con otros indicadores en lo que se conoce como Observatorio Español de Drogas (OED).

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se han recogido los datos de los indicadores incluidos en este Sistema de Información a medida que se han ido definiendo, incorporando paulatinamente las modificaciones que se han producido. Estos indicadores están incluidos en el Observatorio Vasco de Drogodependencias.

Los indicadores utilizados son:

El INDICADOR DE TRATAMIENTO tiene como objetivo conocer el número anual de personas que inician tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en un año dado, en los centros de tratamiento de toxicomanías, tanto de Osakidetza como de centros privados concertados con la Red.

El INDICADOR DE URGENCIAS pretende conocer el número de episodios de urgencia hospitalaria relacionados directamente con el consumo no médico de drogas (opiáceos, cocaína y otras sustancias psicoactivas) motivados por la

búsqueda de efectos psíquicos o por la existencia de dependencia, en personas de 15 a 49 años.

El INDICADOR DE MORTALIDAD tiene como objetivo conocer el número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en nuestra Comunidad en personas de 15 a 49 años.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

La información se recoge según el protocolo establecido por el SEIT y modificado en 1996. La recogida de datos es diferente según los indicadores.

Para el INDICADOR DE TRATAMIENTO la recogida de los datos se hace de forma pasiva. Los Centros envían las hojas de notificación de admisiones a tratamiento en régimen ambulatorio al Servicio de Registros e Información Sanitaria de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad donde, tras comprobar los datos y corregir los errores se procesan y se eliminan los duplicados. En estas hojas de notificación se recogen, tanto datos socio-demográficos (sexo, fecha y provincia de nacimiento, municipio y provincia de residencia, nivel de instrucción y la situación laboral), como datos sobre el consumo (droga principal que motiva la admisión a tratamiento, año de inicio del consumo, realización previa de algún tratamiento por la droga principal, otras drogas que se consumen, vía de administración y estado serológico frente al VIH)¹.

Los resultados que se presentan en este informe proceden de la notificación de los centros e instituciones, recogidos en el Anexo 1, durante el año 2001 y que corresponden a un total de 36 centros tanto pertenecientes a Osakidetza como concertados con la red pública. Los datos referentes a las admisiones a tratamiento por alcohol y los de las admisiones por el resto de sustancias psicoactivas, se describen por separado ya que el perfil de los consumidores de estas sustancias es muy diferente.

En el INDICADOR DE URGENCIAS se hace una búsqueda activa de episodios de urgencias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en los hospitales que se han considerado de referencia de la CAPV para este registro (Cruces, Basurto y Galdakao) y en personas de 15 a 49 años. Desde la coordinación del OED se establece la semana de cada mes en la que se recogerán estos episodios. Se incluyen todas las sustancias psicoactivas excepto el tabaco y el alcohol, a menos que vaya asociado al consumo de otras sustancias psicoactivas².

El INDICADOR DE MORTALIDAD se recoge desde 1996 según el protocolo del SEIT³ en todos los partidos judiciales de la Comunidad Autónoma Vasca. En 2001, con la puesta en marcha del Instituto Vasco de Medicina Legal, las notificaciones de los fallecimientos se realizan a través de los forenses de las subdirecciones de este Instituto en Álava Gipuzkoa y Bizkaia. Para calcular las tasas hasta el año 2000 la población utilizada se ha obtenido por extrapolación lineal entre el censo de 1991 y el padrón de 1996. Para calcular las tasas de 2001 se ha utilizado el censo suministrado por el Instituto Vasco de Estadística. EUSTAT.

3. RESULTADOS

3.1 INDICADOR DE TRATAMIENTO

En el año 2001 se notificaron 2.363 admisiones a tratamiento. De ellas, 383 en centros de Álava, 604 en centros de Gipuzkoa y el mayor número en los de Bizkaia con 1.376 admisiones. Hay que señalar la incorporación en este año de dos centros notificadores uno en Bizkaia y otro en Álava.

Del total de admisiones a tratamiento, 2.333 se produjeron en residentes en la CAPV y a éstos están referidos los resultados.

3.1.1 - Admisiones a tratamiento por consumo de alcohol.

En el año 2001 fueron 923, (40% del total) las admisiones a tratamiento por consumo de alcohol. El 49% de ellas era la primera vez que iniciaba tratamiento.

En la [tabla 1](#) se pueden observar las características principales de las personas que son admitidas a tratamiento observándose, aproximadamente, una relación de cuatro hombres por cada mujer. La edad media oscila alrededor de los 46 años, más de la mitad tienen trabajo y cerca del 15% son pensionistas. La mayoría de ellos tiene un bajo nivel de estudios y aproximadamente 3 de cada 4 personas tratadas no han alcanzado el bachillerato superior. En cuanto al Territorio Histórico de residencia, la mayor parte (60%) son residentes en Bizkaia.

Con relación al tiempo que llevan consumiendo alcohol hay que destacar que aproximadamente la tercera parte de las personas que inician tratamiento, tanto las que lo hacen por primera vez como los reinicios, llevan más de 25 años de consumo. Hay que tener en cuenta que en la tabla 1, el número y porcentaje de casos con y sin tratamiento previo, no suma el total ya que no se han sumado los casos en los que la variable ha sido cumplimentada como “desconocido” (*)

Tabla 1

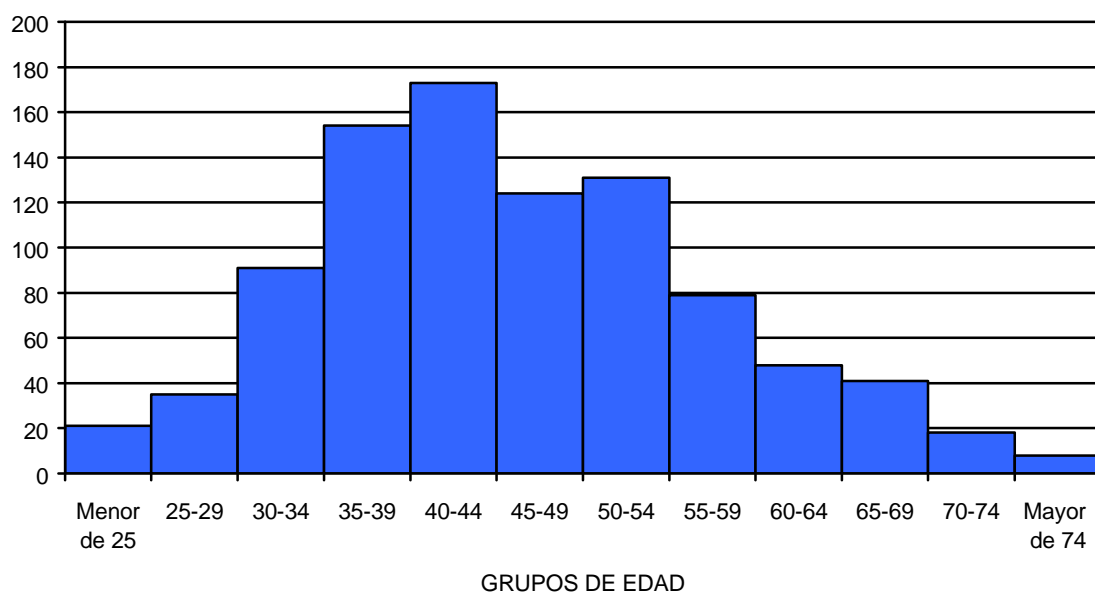
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL. CAPV 2001.

	CON TRATAM. PREVIÓ		SIN TRATAM. PREVIÓ		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
TOTAL CASOS*	433	46,9	451	48,9	923	100
EDAD MEDIA (años)						
Hombres	(46,0)		(44,9)		740	(45,4)
Mujeres	(46,2)		(46,6)		183	(46,2)
SEXO						
Hombre	78,5		81,4		740	80,2
Mujer	21,5		18,6		183	19,8
SITUACIÓN LABORAL						
Con trabajo fijo o temporal	46,9		56,3		475	51,4
Parado	25,0		18,9		206	22,3
Incapac permanente pension	14,8		14,6		135	14,6
Labores del hogar	8,5		5,5		64	6,9
otros	4,8		4,7		43	4,7
ESTUDIOS						
Sin estudios	2,1		1,5		18	1,9
Estudios primarios	42,5		47,5		416	45,1
Bachiller elemental	26,8		24,8		237	25,7
Bachiller superior	16,9		18,0		156	16,9
Universitarios medios y super	7,1		6,2		64	7,0
TERRITORIO HISTÓRICO						
Alava	27,5		20,2		216	23,4
Gipuzkoa	14,3		16,9		151	16,4
Bizkaia	58,2		63,0		556	60,2
TIEMPO DE CONSUMO						
0 a 5 años	1,0		5,5		29	3,2
6 a 10 años	5,8		5,8		51	5,5
11 a 15 años	10,4		9,1		88	9,5
16 a 20 años	10,2		7,8		82	8,9
21 a 25 años	9,7		10,9		94	10,2
Más de 25 años	31,6		27,9		270	29,3

En el **gráfico 1** se observa la distribución del número de admisiones a tratamiento por consumo de alcohol según grupo de edad observándose que es el grupo de 40 a 44 años el que más admisiones agrupa.

Gráfico 1

ADMISIONES A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL
POR GRUPO DE EDAD. CAPV 2001



3.1.2 - Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En el año 2001 se notificaron 1410 admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en personas residentes en la CAPV. En las **tablas 2 y 3** se describen las características socio-demográficas y datos sobre el consumo.

Tabla 2

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. CAPV 2001.

	CON TRATAMIENTO PREVIO		SIN TRATAMIENTO PREVIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
TOTAL CASOS*	839	59,6	508	36,0	1410	100,0
EDAD MEDIA (AÑOS)						
Hombres	(32.4)		(28.4)		1157	(30.9)
Mujeres	(32.0)		(27.8)		253	(30.5)
Sexo						
Hombre		82,5		81,5	1.157	82,1
Mujer		17,5		18,5	253	17,9
Situación Laboral						
Fijo o autónomo		26,7		40,9	448	31,8
Temporal		2,7		5,5	51	3,6
Parado no ha trabajado antes		38,9		26,4	489	34,7
Parado si ha trabajado antes		14,9		12,2	190	13,5
Incapac. permanente pensionista		7,4		2,0	73	5,2
Estudiante		1,1		8,7	55	3,9
Otras		8,4		4,4	104	7,4
Estudios						
Sin estudios		3,9		3,6	52	3,7
Estudios primarios		29,1		22,6	379	26,9
Bachiller elemental		47,3		41,9	631	44,8
Bachiller superior		14,3		24,6	256	18,2
Estudios universitarios		3,0		4,6	51	3,7
Otros		2,3		2,8	41	3,0
Total		100,0		100,0	1.410	100,0

*El número y % de casos con y sin tratamiento previo, no suma el total ya que no se han sumado los casos en los que esta variable ha sido cumplimentada como "desconocido".

Tabla 3
 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR
 CONSUMO DE **SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**. CAPV 2001.

	TRATAMIENTO PREVIO		TOTAL	
	Sí	No	N	%
	%	%		
Droga principal				
Otros opiáceos	0,6	0,6	8	0,6
Heroína	77,6	30,3	835	59,2
otros estimulantes	.	0,2	1	0,1
Cocaína	16,8	40,2	370	26,2
Anfetaminas	1,5	5,1	41	2,9
Speed	0,7	2,2	19	1,3
Extasis	0,4	3,3	21	1,5
Hipnóticos y Sedantes	0,2	1,2	8	0,6
Alucinógenos	.	0,2	1	0,1
Cannabis	2,1	16,7	106	7,5
ValorVIH				
Positivo	21,0	2,8	196	13,9
Negativo con análisis en los ult. 6 meses	20,6	12,6	253	17,9
Negativo sin análisis en los ult. 6 meses	18,4	12,0	220	15,6
Negativo sin saber fecha de análisis	11,4	6,1	130	9,2
Con análisis realizado. Pendiente resultado	1,1	1,4	17	1,2
No se ha realizado análisis	6,1	30,3	213	15,1
Desconocido	21,5	34,8	381	27,0
Tiempo de consumo				
0 a 2 años	3,7	22,6	154	10,9
3 a 5 años	8,6	25,0	208	14,8
6 a 10 años	22,1	23,0	311	22,1
11 a 15 años	26,5	14,4	303	21,5
16 a 20 años	20,1	6,5	208	14,8
21 a 25 años	9,8	2,2	96	6,8
Más de 25 años	1,7	1,2	23	1,6
Desconocido	7,6	5,1	107	7,6
Total	100,0	100,0	1.410	100,0

Como se puede observar, el 36% de las admisiones fueron en personas que iniciaban por primera vez tratamiento. La edad media es aproximadamente de 28 años en los primeros inicios y de 32 en los reinicios.

De cada 10 admisiones, 8 son hombres y la situación laboral varía dependiendo de si han realizado tratamiento previo o no. Así, la mayoría de los que inician por primera vez está trabajando y, sin embargo, en los reinicios la mayoría está en paro (53,8%).

En cuanto al nivel de estudios, las tres cuartas partes no alcanzan el nivel de bachiller superior y menos del 4% tienen estudios universitarios.

Respecto a la droga principal que motiva el inicio a tratamiento, se observa un patrón bastante diferente entre las readmisiones y los nuevos inicios. En las readmisiones, la heroína, como en años anteriores, sigue siendo la droga que mayor número de inicios motiva, seguida de la cocaína. Sin embargo, en los pacientes “nuevos” es la cocaína la más frecuente con un 40% de las admisiones.

El estado serológico frente al VIH, en los que reinician tratamiento es positivo en uno de cada cinco casos, no así en los que inician por primera vez, los cuales sólo son seropositivos en un 2,8% de ellos.

El tiempo que llevan consumiendo la droga principal es muy diferente si tenemos en cuenta la realización o no de tratamiento previo. En la mayoría de las readmisiones llevan más de 10 años de consumo, no siendo así en los que inician tratamiento por primera vez, los cuales casi la mitad llevan 5 años o menos de consumo.

En las **tablas 4 y 5** se observa la distribución de las vías de administración para la heroína y la cocaína según sea un primer tratamiento o un reinicio.

Así vemos en la cómo, para la heroína, la vía inyectada es mayoritaria en los reinicios y, sin embargo, en los pacientes que acuden a tratamiento por primera vez supone menos de la cuarta parte. En el caso de la cocaína, aunque la vía

mayoritaria es siempre la esnifada, hay que resaltar que, en un 13,5% de los reinicios, se administra por vía inyectada.

Tabla 4

VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA HEROÍNA Y COCAÍNA
EN LAS ADMISIONES POR PRIMERA VEZ A TRATAMIENTO.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HEROÍNA %	COCAÍNA %
FUMADA	63,2	15,1
INHALADA	3,9	12,6
ESNIFADA	9,2	71,9
INYECTADA	23,7	0,5

Tabla 5

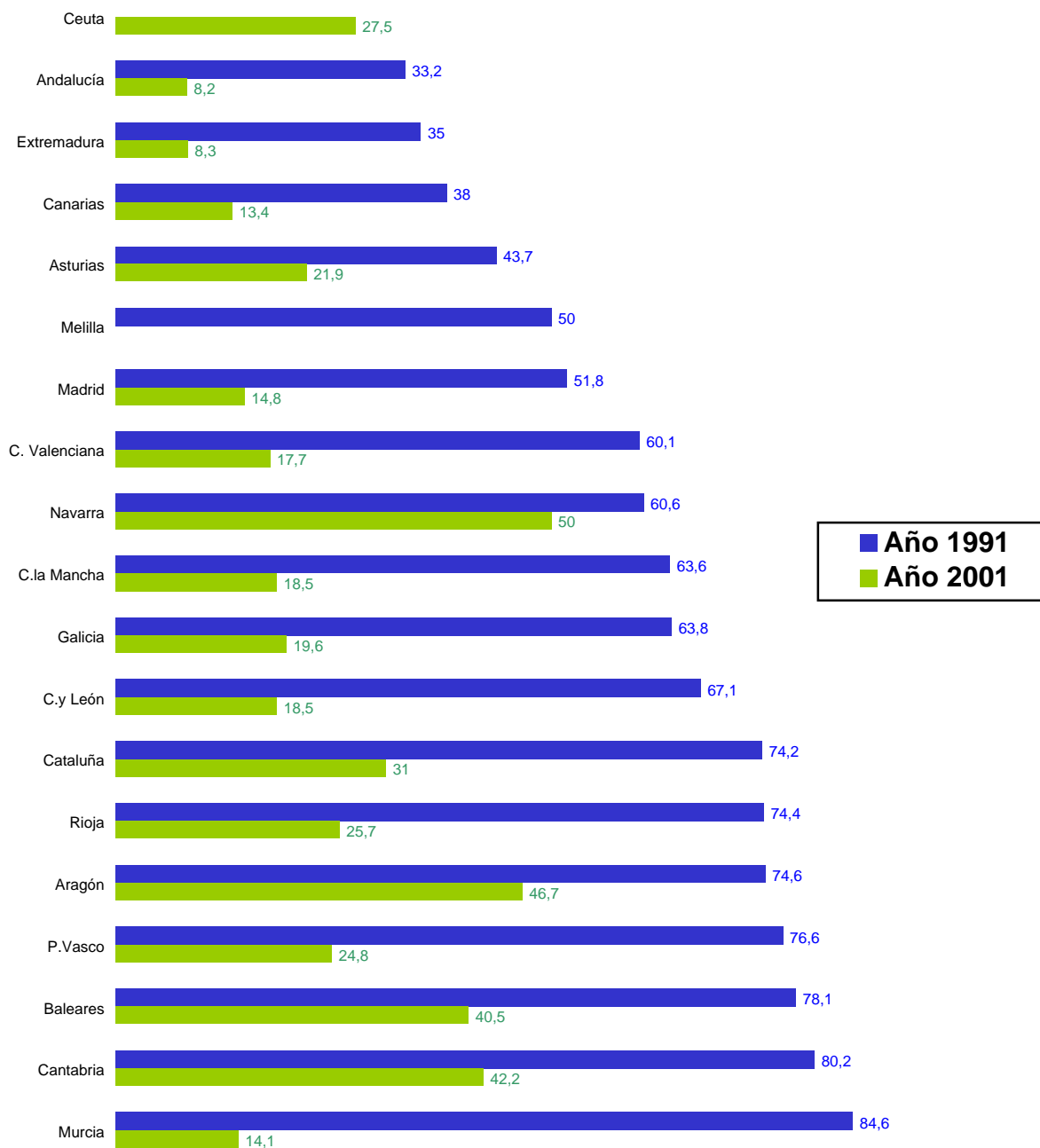
VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA HEROÍNA Y COCAÍNA
EN LAS READMISIONES A TRATAMIENTO.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HEROÍNA %	COCAÍNA %
FUMADA	38,9	12,8
INHALADA	2,6	15,8
ESNIFADA	4,2	56,4
INYECTADA	50,2	13,5
OTRAS	4,1	1,5

En el **gráfico 2** se muestra la proporción de admisiones a tratamiento por heroína que utilizan la vía parenteral por Comunidades Autónomas en los años 1991 y 2001. Podemos observar un descenso generalizado de la vía inyectada en todas las CCAA aunque la proporción del descenso es diferente en cada una de ellas, siendo la CAPV una de las que mayor diferencia presenta entre los dos años pasando de un 76,6% en 1991 a un 24,8% en 2001.

Gráfico 2

PROPORCIÓN DE ADMISIONES A TRATAMIENTO POR HEROÍNA PARENTERAL
ESTADO ESPAÑOL, 1991-2001.



Fuente: Plan Nacional de Drogas

Tabla 6

**EVOLUCIÓN DEL Nº DE INICIOS DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
SEGÚN DROGA EN LA CAPV 1991-2001.**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nº DE INICIOS**	2.024	2.436	2.030	1.135	1.375	2.058	1.886	1.652	1.494	1.408	1.432
DROGA PRINCIPAL											
Heroína	1.960	2.349	1.942	1.068	1.319	1.755	1.502	1.233	945	897	849
Otros opiáceos	3	3	1	1	5	11	19	13	9	13	9
Cocaína	48	62	77	51	41	95	139	195	326	322	377
Otras sustancias psicoactivas	13	22	10	15	10	7	0	0	0	0	0
Anfetaminas						51	62	42	46	40	41
Speed						28	51	50	53	32	19
Éxtasis						17	15	15	10	13	21
Otros estimulantes						1	2	7	6	2	1
Hipnóticos y sedantes						13	22	10	7	15	8
Alucinógenos						8	5	3	1	1	1
Sustancias volátiles						4	1	0	1	0	0
Cannabis						68	68	84	90	73	106

* A partir de 1996 se comienzan a notificar los inicios de tratamiento por otras sustancias psicoactivas además de heroína y cocaína.

** Admisiones a tratamiento totales (Residentes y no residentes en la CAPV).

Fuente: Registro de Información sobre Toxicomanías. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

En la **tabla 6** se observa el número de inicios a tratamiento por toxicomanías desde el año 1991 hasta el 2001 según la droga principal que lo motiva. Hay que tener en cuenta que hasta 1995 solamente se registraban las admisiones por heroína o cocaína. Como se puede observar hay un descenso progresivo del número total de admisiones, paralelo al descenso del número de inicios a tratamiento por heroína. Sin embargo, otras sustancias como la cocaína o el cannabis están aumentando.

En los **gráficos 3 y 4** se muestra la evolución de los inicios de tratamiento por toxicomanías no alcohólicas en la CAPV y en el Estado, observándose una figura parecida en la evolución desde 1996. Así se observa una disminución progresiva de los inicios por heroína y un aumento de la cocaína en ambos gráficos.

Gráfico 3

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE ADMISIONES A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. CAPV 1991-2001

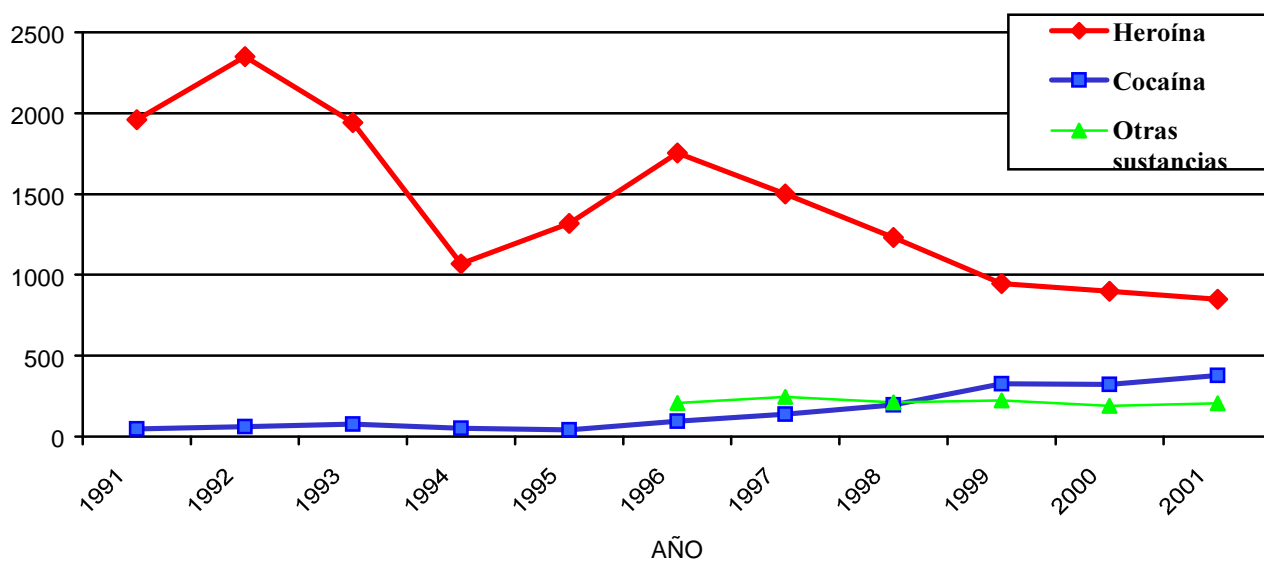
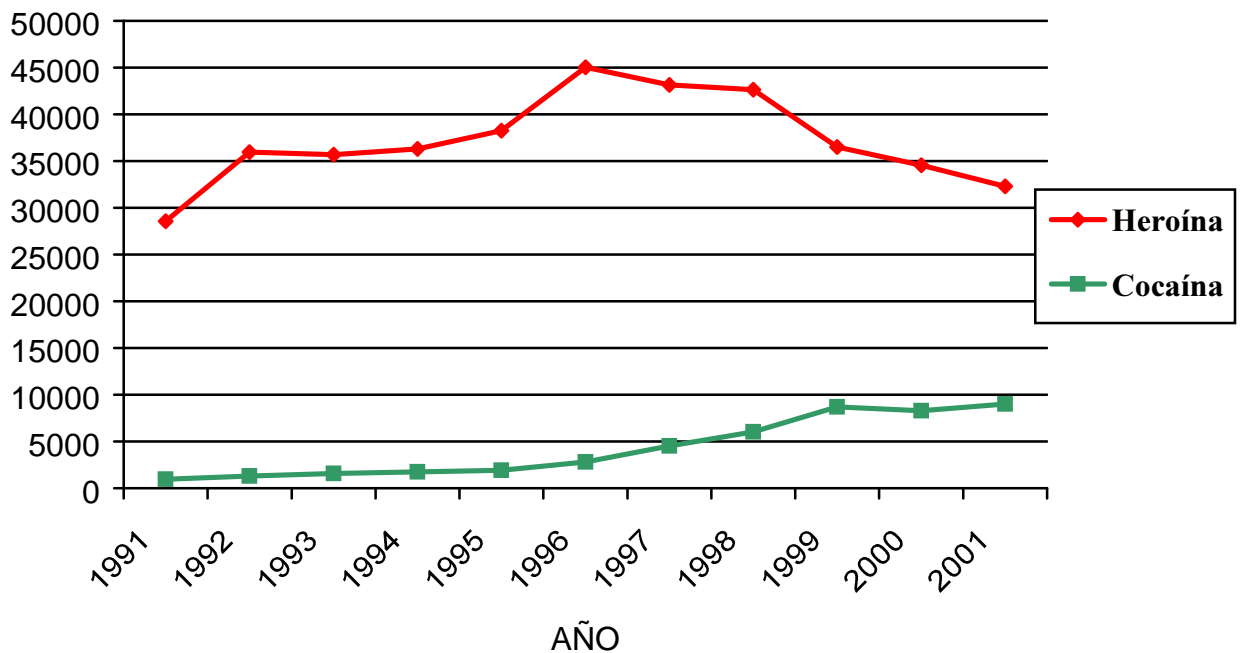


Gráfico 4

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ADMISIONES A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE HEROÍNA O COCAÍNA. ESTADO ESPAÑOL, 1991-2001.



Fuente: Plan Nacional de Drogas

3.2 INDICADOR DE URGENCIAS.

En el año 2001 se registraron 63 urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en los Hospitales de referencia de la CAPV y en las 12 semanas que se señalaron desde la coordinación del OED.

Teniendo en cuenta que son las urgencias registradas en las 12 semanas de referencia, podría estimarse en 289 el total de urgencias ocurridas por este motivo en los tres hospitales de referencia durante el año 2001. En la [tabla 7](#) se describen las características de estos episodios.

Tabla 7

INDICADOR DE URGENCIAS HOSPITALARIAS DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. CAPV 2001.

	N	%
TOTAL	63	100
Hospital		
Basurto	40	63
Cruces	14	22
Galdakao	9	14
Sexo		
Hombre	50	79
Mujer	13	21
Edad media* (en años)		
Hombres	(28,0)	
Mujeres	(30,8)	
Grupo de edad		
15-19	5	8
20-24	15	24
25-29	15	24
30-34	14	22
35-39	7	11
40-44	5	8
45-49	1	2
Desconocido	1	2
Diagnostico		
Sobredosis o intoxicación aguda	24	38
Síndrome de abstinencia	28	44
Reacción orgánica aguda no infecciosa	2	3
Reacción psicopatológica aguda	9	14
VIH		
Positivo	9	14
Negativo	9	14
No se ha realizado análisis	9	14
Desconocido	36	57
Resolución		
Alta médica	55	87
Alta voluntaria	1	2
Ingreso hospitalario	7	11

El 79% de los casos fueron hombres con una edad media de 28 años. Las mujeres, en cambio eran mayores y tenían una edad media de 30,8 años.

El diagnóstico que más frecuentemente causa la urgencia es el síndrome de abstinencia y el 87% de los episodios se resolvieron con alta médica.

Las sustancias que más frecuentemente se relacionaron con la urgencia se describen en la **tabla 8** donde se aprecia cómo la heroína, al igual que años anteriores, sigue siendo la sustancia que en mayor medida se relaciona con la urgencia, seguida muy de cerca por la cocaína.

Tabla 8

Nº Y PORCENTAJE DE DROGAS RELACIONADAS CON LA URGENCIA.

DROGA	N	%*
HEROÍNA	22	34,9
COCAÍNA	21	33,3
CANNABIS	11	17,5
ALCOHOL	11	17,5
BENZODIACEPINAS	11	17,5
METADONA	9	14,3
OPIACEOS (sin especificar)	6	9,5
ANFETAMINAS	6	9,5
SPEED	3	4,8
OTRAS	3	4,8

* Porcentaje realizado sobre los 63 episodios de urgencia que se han producido.

3.3 INDICADOR DE MORTALIDAD.

En el año 2001 se registraron 39 fallecimientos por reacción adversa a sustancias psicoactivas. De ellos, 36 eran residentes en la CAPV.

En la **tabla 9** se describen datos sociodemográficos e información clínica de los fallecidos. De esta forma se puede observar que el 87% de los fallecidos eran hombres y que la edad media fue de 35,5 años para los hombres y 29,8 años para las mujeres.

En cuanto a la distribución geográfica, la mayoría de los fallecimientos (77%) se produjeron en Bizkaia, el 15% en Gipuzkoa y el 8% en Álava.

La muerte se produjo en el domicilio en uno de cada dos casos y en la calle en una quinta parte, encontrándose signos recientes de venopunciones en casi la mitad de ellos, aunque hay una proporción elevada de datos desconocidos para esta variable. En cuanto a evidencias de suicidio, en 8 de cada 10 casos no existe ninguna evidencia.

La proporción de casos con valores desconocidos para el estado serológico frente al VIH es así mismo bastante elevada (64%) por lo que los resultados han de analizarse con cautela.

Tabla 9

INDICADOR DE MORTALIDAD POR REACCION AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. CAPV 2001.

	N	%
Total	39	100
Institución		
IVML Subdirección Álava	3	8
IVML Subdirección Gipuzkoa	6	15
IVML Subdirección Bizkaia	30	77
Sexo		
Hombre	34	87
Mujer	5	13
Grupo de edad		
20-24	1	3
25-29	3	8
30-34	15	38
35-39	12	31
40-44	7	18
45-49	1	3
Procedencia del cadáver		
Domicilio	19	49
Hotel o pensión	2	5
Calle	8	21
Establecimiento público	3	8
Hospital	4	10
Otra o desconocida	3	8
VIH		
Positivo	13	33
Negativo	1	3
Desconocido	25	64
Suicidio		
Sí	7	18
Sospecha	1	3
Ninguna evidencia	30	77

En la **tabla 10** se describen las sustancias que se han encontrado en los análisis toxicológicos de los fallecidos encontrándose heroína en la mayoría de ellos.

Tabla 10

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE SE HAN NOTIFICADO COMO CAUSANTES DE LA MUERTE. CAPV 2001.

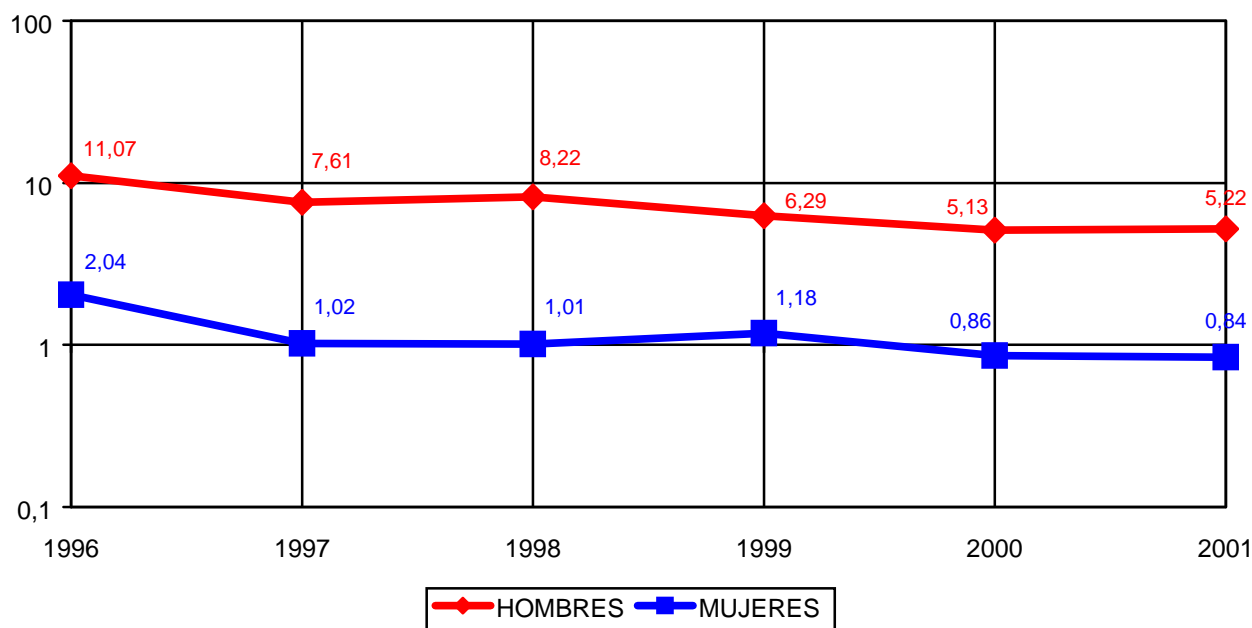
	Nº	%
HEROÍNA	27	69,2
ALCOHOL	14	35,9
ALPRAZOLAM	14	35,9
NORDIACEPAM	12	30,8
COCAÍNA	11	28,2
METADONA	10	25,6
CANNABIS	6	15,4
OTRAS BENZODIACEPINAS	4	10,3

La tasa bruta de mortalidad por reacción adversa a drogas en ambos sexos fue de 3,30 por 100.000 habitantes y la tasa estandarizada con la población europea de 3,04 por 100.000 habitantes (IC95% 2,05 a 4,04)

Para los hombres la tasa estandarizada fue de 5,22 por cada 100.000 habitantes (IC95% 3,38 a 7,06) y mucho menor para las mujeres, de 0,84 por cada 100.000 habitantes (IC95% 0,10 a 1,58). Así puede observarse en el **gráfico 5**.

Gráfico 5

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. CAPV, 1996 - 2001.



4. COMENTARIOS

La descripción de los datos de los tres indicadores nos permite obtener, en su conjunto, una visión general de los problemas del consumo de drogas en la CAPV.

En el año 2001 se notificaron 192 admisiones a tratamiento más que el año anterior, pero hay que tener en cuenta que en 2001 se han incorporado 2 nuevos centros al Registro que anteriormente no notificaban.

Al realizar el análisis de los datos de admisiones a tratamiento por alcohol y por el resto de toxicomanías por separado, se ve un perfil sociodemográfico y de consumo muy diferente. Así, la edad media en las admisiones por consumo de alcohol (alrededor de los 46 años) es bastante más elevada que la de las admisiones por el resto de toxicomanías que es alrededor de los 30 años. Esta última sigue la tendencia ascendente de los últimos años y señalada en anteriores informes⁴. Se sigue manteniendo mayor proporción de hombres que de mujeres en los dos casos, aunque hay una ligera mayor proporción de mujeres que inician tratamiento por alcohol que las que inician por otras toxicomanías.

Hay que destacar que, al igual que el año anterior, la mayoría de las personas que inician tratamiento por consumo de alcohol tanto en los inicios por primera vez como en los reinicios, llevan más de 20 años de consumo aunque hay que tener en cuenta que esta variable no se ha cumplimentado en más de la tercera parte de los casos. El perfil sociodemográfico en general no ha cambiado con respecto al año 2000.

El perfil sociodemográfico de las personas que inician tratamiento por “sustancias psicoactivas” diferentes al alcohol es parecido al año anterior. Sin embargo el perfil sobre el “consumo” cambia en 2001 en el caso de las personas que inician tratamiento por primera vez ya que la mayor parte lo hacen por consumo de cocaína mientras que las que reinician tratamiento, al igual que en años anteriores, son en su mayoría consumidores de heroína y utilizan la vía inyectada.

En general se observa a través de los años un cambio tanto en la droga que motiva la admisión a tratamiento como en la vía de administración. Este cambio es similar en todas las CCAA mostrándose una disminución progresiva de los inicios por heroína y un aumento de los inicios por cocaína disminuyendo también el uso de la vía parenteral.

En Europa se ha observado una tendencia parecida⁶, encontrándose también en el conjunto de la Unión Europea y Noruega una estabilización o descenso en el número de pacientes que solicitan por primera vez tratamiento por consumo de heroína. Se señala también en Europa el problema creciente del consumo de cocaína, aunque sigue suponiendo todavía un pequeño porcentaje para el conjunto de los países europeos.

A diferencia con el año 2000, en el que la mayoría de las urgencias fueron motivadas por sobredosis, en 2001 el motivo más frecuente ha sido el síndrome de abstinencia. El número de episodios registrados ha sido superior al de los registrados en 2000, pero similares al de 1999. Debido a que el indicador cubre una muestra de hospitales durante una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente, puede que no sea representativo para el conjunto de la CAPV, pero nos da una información que complementa la de los Indicadores Tratamiento y Mortalidad.

El indicador Mortalidad nos venía mostrando en los últimos años^{4,5,6} un descenso progresivo de la tasa de mortalidad por reacción adversa a drogas, tanto en el Estado como en Europa, observándose en 2001 unas tasas similares al año anterior. Sin embargo la edad media del fallecido por reacción adversa a drogas sigue aumentando siendo en los hombres de 35 años.

Es interesante señalar que la información con respecto al VIH no es realmente conocida en ninguno de los tres indicadores ya que en un alto porcentaje no se cumplimenta. Esta información es importante sobre todo en aquellos consumidores por vía parenteral por el riesgo que supone. Sería interesante incrementar la cumplimentación de esta variable.

El conjunto de los tres indicadores nos muestra una continuidad en las tendencias observadas en años anteriores evidenciándose una disminución en los inicios de tratamiento por heroína y un aumento de los inicios por cocaína así como un cambio en la vía de administración. Estos cambios comunes en tanto en el resto de las CCAA como en Europa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (1996). Protocolo del Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas. Madrid, 1996.
2. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (1996). Protocolo del Indicador Urgencias Hospitalarias Directamente Relacionadas con el Consumo de Sustancias Psicoactivas. Madrid, 1996.
3. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) (1996). Protocolo del Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas. Madrid, 1996.
4. Informe del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. CAPV, 1999. Documento de trabajo.
5. Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 5 , de Julio 2002.
6. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.2002. Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Luxemburgo, 2002.

ANEXO 1

CENTROS O SERVICIOS QUE REALIZAN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DROGODEPENDENCIAS Y QUE HAN APORTADO SUS DATOS AL SEIT. CAPV 2001.

OSAKIDETZA	PRIVADOS
Araba	
Centro de Tratamiento de Toxicómanos Álava	Proyecto Hombre Araba
Servicio de alcoholismo y ludopatía	
Gipuzkoa	
C.S.M. de Beasain	A.G.I.P.A.D.
C.S.M. de Donostia-Antiguo	Proyecto Hombre Gipuzkoa
C.S.M. de Donostia-Gros	
C.S.M. de Eibar	
C.S.M. de Mondragón	
C.S.M. de Irún	
C.S.M. de Rentería	
C.S.M. de Tolosa	
C.S.M. de Zarautz	
C.S.M. de Zumárraga	
Bizkaia	
C.S.M. de Basauri	Etorkintza
C.S.M. de Bermeo	Proyecto Hombre Bizkaia
C.S.M. de Durango	M.A.P.S. Auzolan
C.S.M. de Gernika	M.A.P.S. de Cruces
C.S.M. de Ortuella	M.A.P.S. de Rekalde
C.S.M. de Portugalete	M.A.P.S. Deusto-San Ignacio
C.S.M. de Santurce	
C.S.M. de Sestao	
C.S.M. de Uribe	
C.S.M. de Zalla	
Centro de Drogodependencias de Barakaldo	
Centro de Toxicómanos Julián de Ajuriaguerra	
Unidad de Drogodependencias Novia Salcedo	