

Informe sobre el indicador 'Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 2022'



Jefatura de Seguimiento de Programas y Gestión del Conocimiento en Adicciones

Departamento de Apoyo Técnico al Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

INFORME SOBRE EL INDICADOR MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 2022



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo
Consejería de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad

Agencia de Servicios Sociales
y Dependencia de Andalucía

16/Julio/2024



AGRADECIMIENTO

A los y las Médico/as Forenses por su valiosa implicación, dedicación y esfuerzo constantes lo que nos permite conocer la mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto social y sanitario fundamental para diseñar políticas y programas en Andalucía

Equipo de registro del indicador: Institutos de Medicina Legal de Andalucía, IML.

- IML Almería: Josefa Pilar Martín Hernández Carrillo
- IML Huelva: Rosario Gomez Tejeda
- IML Cádiz: Estefanía Barrera Pérez
- IML Jaén: María Isabel Plaza Quirantes
- IML Córdoba: René J. Palacios Granero
- IML Málaga: Fernando Martín Cazorla
- IML Granada: Inmaculada Martínez Téllez
- IML Sevilla: Mario Blanco Rodríguez

Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses: Teresa Soriano Ramón, por esfuerzo y compromiso en proporcionar los datos necesarios para completar el diagnóstico de muertes RASUPSI.



Informe realizado por encargo: Dirección General de Cuidados Sociosanitarios, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Salud y Consumo.

Equipo de Análisis y redacción: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

- **Lara Fornovi Tristán.** Jefatura de Seguimiento de Programas y Gestión del Conocimiento en Adicciones. Departamento de Apoyo Técnico al Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.
- **Álvaro Peñafiel Suarez.** Jefatura de Seguimiento de Programas y Gestión del Conocimiento en Adicciones. Departamento de Apoyo Técnico al Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.
- **Antonio Suárez Pliego.** Jefatura de Seguimiento de Programas y Gestión del Conocimiento en Adicciones. Departamento de Apoyo Técnico al Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Coordinación y Supervisión

- **Ara Millán Jiménez.** Responsable del Departamento de Apoyo Técnico al Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.
- **Rosario Ballesta Gómez.** Responsable de la Jefatura de Seguimiento de Programas y Gestión del Conocimiento en Adicciones.



ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. METODOLOGÍA.....	6
2.1. POBLACIÓN	6
2.2. INSTRUMENTOS.....	7
2.3. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO.....	8
2.4. LIMITACIONES.....	9
3. RESULTADOS	9
3.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS FALLECIDAS POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	9
3.1.1. Características sociodemográficas.....	9
3.1.2. Información clínica y contexto del fallecimiento.....	13
3.2. PERSONAS FALLECIDAS EN TRATAMIENTO EN LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES	16
3.3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS INMEDIATAMENTE ANTES DE LA MUERTE	17



RESUMEN EJECUTIVO

- En 2022 se notificaron 376 personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas en Andalucía, 303 hombres (80,6%) y 73 mujeres (19,4%).
- La media de edad de las personas fallecidas fue de 45,7 años (47,0 las mujeres y 45,4 los hombres). Las personas más jóvenes fallecidas fueron una mujer de 14 años y un hombre de 18 y la de mayor edad, un hombre de 79 años.
- El 47,9 % de los fallecimientos se produjeron en días laborables frente al 52,1 % en fines de semana.
- En cuanto al lugar dónde se localizó a las personas fallecidas, el 65,7% se encontraron en su domicilio.
- En el 69,7 % de los casos se han detectado indicios de consumo reciente, en las mujeres supone un 71,2% y un 69,3% en los hombres.
- Se han encontrado indicios de ingestas voluntarias de sustancias psicoactivas para provocar la muerte y en el 12,2% se determinaron como suicidios, hasta el 31,5% mujeres.
- En el 16,8% de los casos existen indicios de que la muerte se relacione con una patología previa.
- De las 376 personas fallecidas, se encontraban en tratamiento en la Red Pública de Atención a las Adicciones, RPAA el 21,1% con 10,2 años de media en el tratamiento al producirse el fallecimiento y el 50% estaban adscritas al Programa de Tratamiento con Metadona (PTM).



1. INTRODUCCIÓN

El indicador de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas o muertes RASUPSI se define como el número de muertes producidas por reacción aguda tras el consumo intencional y no médico de sustancias psicoactivas, en personas mayores de 10 años en un área geográfica determinada.

Este Indicador se registra desde el año 2009 en toda la Comunidad Autónoma

2. METODOLOGÍA

2.1. POBLACIÓN

Personas fallecidas durante el año 2022 con edades superiores a los 10 años y cuya causa de muerte es la reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

Los **criterios de inclusión** para que un fallecimiento sea provocado por una reacción aguda por consumo de sustancias psicoactivas, RAPUPSI son los siguientes:

- Evidencias de consumo reciente de alguna de las sustancias psicoactivas de la clasificación Pompidou.
- Análisis toxicológicos positivos para alguna de las sustancias incluidas en la clasificación Pompidou.
- Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva de la clasificación Pompidou.
- Hallazgos anatomopatológicos de autopsia compatibles con muertes por consumo reciente de alguna de las sustancias de la clasificación Pompidou.

Los **criterios de exclusión** son los siguientes:

- Muertes en personas menores de 10 años.



- Muertes en las que la causa básica o fundamental no es el consumo de sustancias psicoactivas. Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (accidentes, patologías infecciosas, homicidios, etc.).
- Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional a sustancias psicoactivas.
- Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos debidamente prescritos y administrados.
- Muertes causadas exclusivamente por uso de sustancias volátiles, productos domésticos o cáusticos a no ser que la muerte se produzca por usar la vía inhalada o esnifada y no haya evidencias de que se trate de un suicidio.
- Muertes causadas por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas.

2.2. INSTRUMENTOS

Las variables registradas se definen por el Observatorio Español sobre Drogas y son las siguientes:

- Variables sociodemográficas: edad y sexo.
- Datos de información clínica: procedencia, existencia de evidencias de consumo reciente, indicios de suicidio, existencia de una patología previa complicada por el consumo de sustancias psicoactivas y anticuerpos VIH.
- Información analítica: se registran las sustancias psicoactivas o metabolitos detectados en los análisis toxicológicos, el tipo de muestra biológica y los resultados cuantitativos en miligramos/litro, excepto el alcohol en gramos/litro y el cannabis en nanogramos/litro. Considerando esta información, el personal médico forense valora qué sustancias psicoactivas estuvieron implicadas en el fallecimiento.

A partir de 2012 se registran las muertes RASUPSI a través del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA), lo que posibilita incluir casos en



los que existe sospecha de muerte RASUPSI y realizar un seguimiento hasta su confirmación o no como tal.

2.3. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO

La inclusión de los fallecimientos como RASUPSI es compleja debido a la posible falta de evidencias que constaten que la causa principal del fallecimiento es una reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. Por ello, en Andalucía se ha establecido un procedimiento que implica a los IMLs de las ocho provincias andaluzas y al INTCF de Sevilla.

El personal médico forense responsable de este Indicador en cada provincia, que coordina el registro de los casos RASUPSI, detecta y registra los casos RASUPSI desde los Institutos de Medicina Legal, IMLs. Estos profesionales se coordinan con el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de Sevilla, INTCF que facilita las pruebas complementarias que les solicitan desde los IMLs. Por último, para homogeneizar el registro e incrementar la fiabilidad del procedimiento de recogida de datos, los listados de análisis químico-toxicológicos realizados por el INTCF son cotejados con los casos registrados por personal médico forense en el SIPASDA.

La investigación médico legal de la muerte se inicia con la diligencia de inspección ocular y levantamiento de cadáver. Este tipo de muertes se definen por ser de causa no natural, de naturaleza exógena, y de etiología de tipo violenta, es decir, homicida, suicida o accidental. En aquellas personas fallecidas a quienes se les realiza autopsia médico legal pueden presentarse indicios de muerte RASUPSI o no. En el primer caso, el personal médico forense solicita al INTCF estudios histopatológicos (siempre que el estado de conservación del cadáver lo permita) y análisis químico-toxicológico. En el segundo caso, el de los fallecimientos en los que inicialmente no se aprecian indicios de muerte RASUPSI, no siempre se solicita estudio histopatológico, si bien la solicitud de análisis químico-toxicológico sí que está incluida en el procedimiento para este tipo de fallecimientos.

En ambos casos, una vez que el personal médico forense recibe los resultados de las pruebas complementarias solicitadas al INTCF y junto con los datos obtenidos del



levantamiento del cadáver y la autopsia practicada, valora si la muerte ha podido ser causada o no por una reacción aguda a sustancias psicoactivas. En caso afirmativo, se registran los datos correspondientes en el SIPASDA y se confirma el fallecimiento como RASUPSI.

2.4. LIMITACIONES

A pesar de utilizar un procedimiento estandarizado para la validación de muertes RASUPSI, en ocasiones es difícil determinar si la causa de un fallecimiento es una reacción aguda a drogas o no. Esta dificultad se debe, fundamentalmente, a la complejidad del fenómeno en estudio, es decir, existen amplias familias de sustancias, cuya metabolización y mecanismos de acción difieren unos de otros. Además, dado que el consumo de las personas fallecidas incluye en la mayoría de los casos dos o más sustancias, las interacciones entre éstas añaden aún más incertidumbres a estos mecanismos y formas de metabolización.

Por otra parte, la necesidad de pruebas complementarias para la determinación de las muertes RASUPSI, requiere de un periodo de tiempo prolongado, lo que impide analizar los datos correspondientes cuando finaliza el año, existiendo siempre una cierta demora, tanto en la recogida como en el análisis de los datos.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS FALLECIDAS POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

3.1.1. Características sociodemográficas

Durante el año 2022 se identificaron en Andalucía 376 casos de personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas (RASUPSI): 73 mujeres (19,4%) y 303 hombres (80,6%).

La media de edad de las personas fallecidas fue de 45,7 años, 47,0 las mujeres y 45,4 los hombres.



Gráfico 1.- Porcentaje sobre el total de personas fallecidas de cada grupo de edad

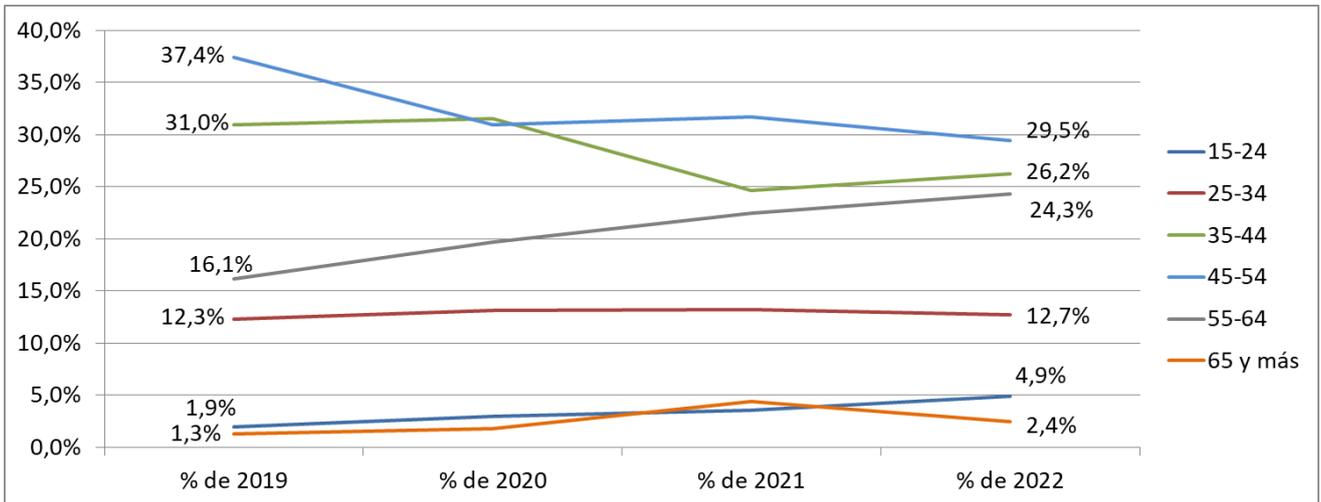
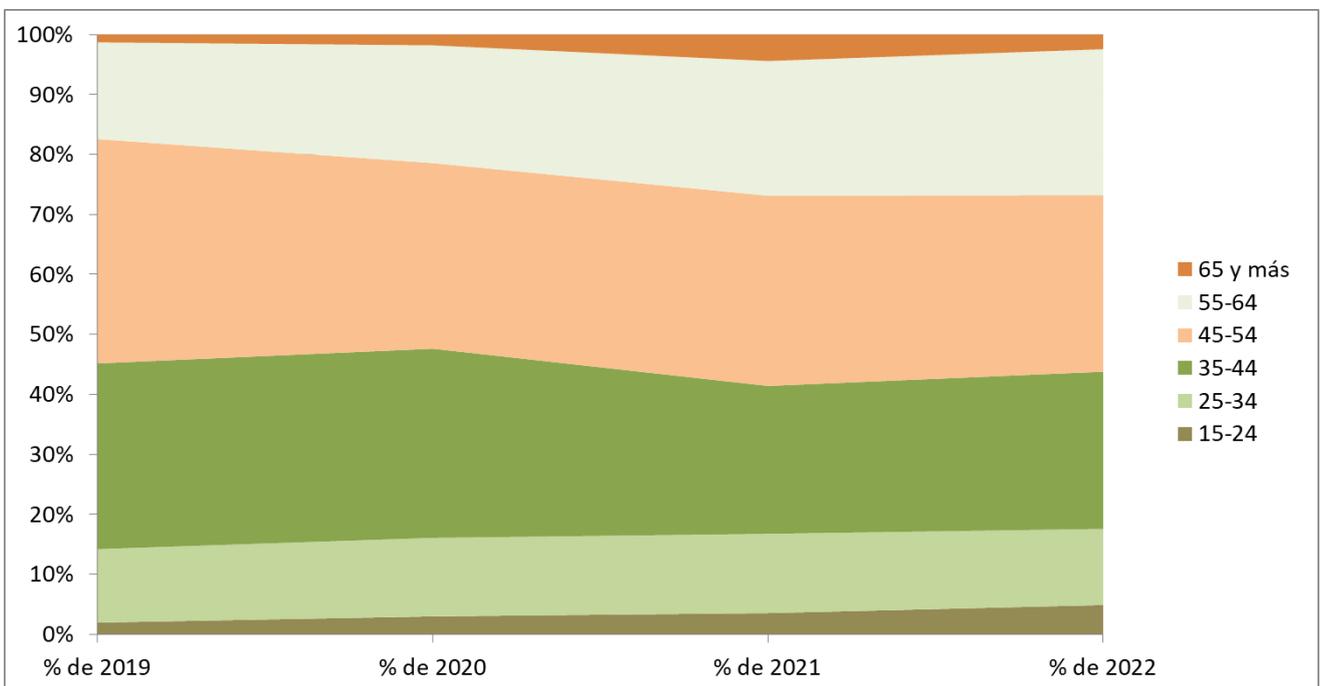


Gráfico 2.- Peso sobre el total de personas fallecidas de cada grupo de edad



Las personas más jóvenes fallecidas son una mujer de 14 años y un hombre de 18, mientras que la de mayor edad es un hombre de 79.



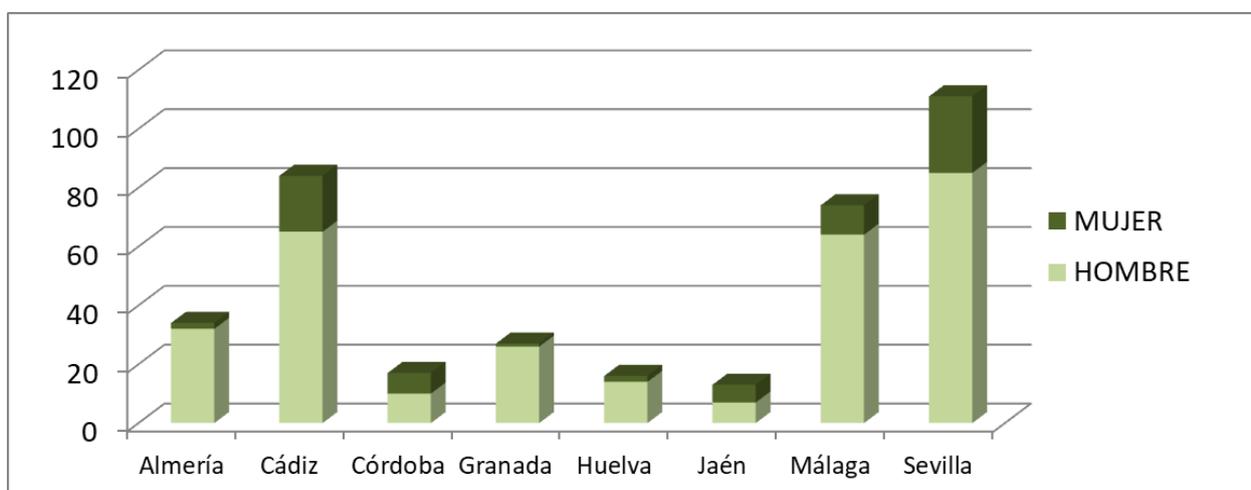
A continuación se muestran los fallecimientos producidos según la provincia donde se registran.

Tabla 1.- Número y porcentaje de personas fallecidas por sexo y provincia

PROVINCIA	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
Almería	32	2	34	9,0
Cádiz	65	19	84	22,3
Córdoba	10	7	17	4,5
Granada	26	1	27	7,2
Huelva	14	2	16	4,3
Jaén	7	6	13	3,5
Málaga	64	10	74	19,7
Sevilla	85	26	111	29,5
TOTAL	303	73	376	100

La mayoría de las muertes en 2022, se produjeron en las provincias de Sevilla (29,5%) y Cádiz (22,3%).

Gráfico 3.- Número de personas fallecidas por provincias



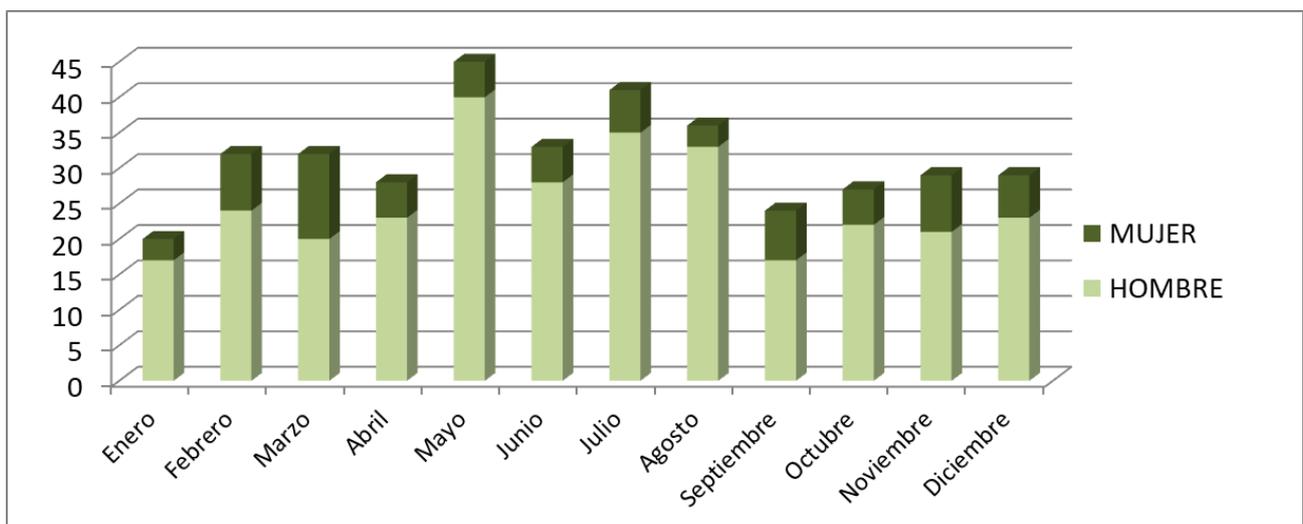


En la siguiente tabla se observa el porcentaje de fallecimientos por reacción aguda a sustancias psicoactivas en los diferentes meses de 2022. Los mayores porcentajes corresponden a los meses de mayo (12,0%), y julio (10,9%). Al contrario, el menor porcentaje se detecta en el mes de enero (5,3%).

Tabla 2.- Número y porcentaje de personas fallecidas por sexo y meses del año

MES	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
Enero	17	3	20	5,3
Febrero	24	8	32	8,5
Marzo	20	12	32	8,5
Abril	23	5	28	7,4
Mayo	40	5	45	12,0
Junio	28	5	33	8,8
Julio	35	6	41	10,9
Agosto	33	3	36	9,6
Septiembre	17	7	24	6,4
Octubre	22	5	27	7,2
Noviembre	21	8	29	7,7
Diciembre	23	6	29	7,7
TOTAL	303	73	376	100

Gráfico 4.- Número de personas fallecidas por meses del año





Por otro lado, se ha analizado el porcentaje de fallecimientos según se haya producido en días laborables (entre lunes y jueves) o en fines de semana (entre viernes y domingo). En 2022 el 47,9 % de los fallecimientos se produjeron en días laborables frente al 52,1% en fines de semana.

Tabla 3.- Número y porcentaje de personas fallecidas en días laborables y fines de semana por sexo

TIPO DIA	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
Día Laborable	141	39	180	47,9
Fin de Semana	162	34	196	52,1
TOTAL	303	73	376	100

Se puede observar que, en el caso de las mujeres, los fallecimientos en días laborables suponen un 53,4% frente al 46,6% de los fines de semana, mientras que en el caso de los hombres prácticamente se invierten los porcentajes (46,5% de los fallecimientos son en días laborables y 53,5% en fines de semana).

3.1.2. Información clínica y contexto del fallecimiento

El lugar más frecuente donde se localizó a las personas fallecidas fue en el domicilio (65,7%). Un 12,8% de los fallecimientos fueron localizados en la vía pública. El porcentaje de fallecimientos en prisión fue del 3,7% del total de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas.



Tabla 4.- Número y porcentaje de persona fallecidas por sexo y según el lugar del fallecimiento

LUGAR	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
Calle	40	8	48	12,8
Cárcel	13	1	14	3,7
Desconocido	3	2	5	1,3
Domicilio	195	52	247	65,7
Establecimiento público	5	0	5	1,3
Hospital	20	4	24	6,4
Hotel o pensión	8	4	12	3,2
Otro lugar	19	2	21	5,6
TOTAL	303	73	376	100

En el 69,7% de los casos existían evidencias de consumo reciente de la persona fallecida, tales como material de administración de las sustancias próximo a ella, restos de la sustancia visible, signos de venopunción u otras evidencias.

Tabla 5.- Número y porcentaje de personas fallecidas por sexo y según evidencias de consumo

EVIDENCIAS DE CONSUMO			
HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
210	52	262	69,7

Respecto a la posibilidad de una ingesta de sustancias psicoactivas voluntaria para provocar la muerte en 2022, se han encontrado indicios que hacen sospechar que el 12,2% de los casos se trataban de suicidios. El porcentaje de presencia de indicios de suicidio entre hombres fallecidos es muy inferior al de las mujeres (7,6% y 31,5% respectivamente). El registro de este tipo de fallecimientos de manera más sistemática se inicia en el año 2013.



Tabla 6.- Número y porcentaje de personas fallecidas por sexo e indicios de suicidios

SUICIDIO	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
Sí	23	23	46	12,2
No	245	35	280	74,5
Desconocido	35	15	50	13,3

Otra de las posibles causas del fallecimiento es que el consumo de drogas haya agravado o complicado patologías previas de las personas fallecidas. En el 16,8% de los casos se ha dado esta circunstancia. En el 49,7% no existen indicios de que la muerte se relacione con una patología previa, mientras que en el 33,5% de los fallecimientos no se dispone de esta información. Entre los hombres el porcentaje de patología previa agravada es algo superior al detectado entre las mujeres (17,8% y 12,3% respectivamente).

Tabla 7.- Número y porcentaje de personas fallecidas por sexo y presencia de patologías previas al fallecimiento

PATOLOGÍAS PREVIAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
Sí	54	9	63	16,8
No	147	40	187	49,7
Desconocido	102	24	126	33,5



3.2. PERSONAS FALLECIDAS EN TRATAMIENTO EN LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

Se ha procedido a cruzar la base de datos de las personas que han realizado tratamiento por consumo abusivo o dependencia a drogas y la de los fallecimientos notificados en 2022, con objeto de conocer el porcentaje de estas personas que en alguna ocasión había estado en contacto con la RPAA.

Durante el año 2022, un total de 52.996 personas realizaron tratamiento en la RPAA, de ellas el 43.912 eran hombres, frente al 9.084 de mujeres.

Las personas fallecidas que estaban en tratamiento en SIPASDA suponen el 21,1% de las 376 muertes RASUPSI notificadas en 2022. Como media, llevaban 10,2 años en tratamiento al producirse el fallecimiento (8,5 años en el caso de las mujeres y 10,6 en el caso de los hombres). El 57,5% de las personas en tratamiento tenían como droga principal heroína o “rebujaó” y el 50,0% de todas las personas fallecidas y en tratamiento en SIPASDA estaban adscritas al Programa de Tratamiento con Metadona, PTM

Por otra parte, el 24,8% de las personas fallecidas habían realizado tratamiento anteriormente, si bien su episodio de tratamiento estaba cerrado cuando fallecieron. Los fallecimientos de mujeres con el tratamiento cerrado representan el 14,9%, mientras que los de hombres alcanzan el 27,2%. En cuanto a los motivos de cierre de estos tratamientos, el 70,2% lo habían abandonado, el 6,4% finalizó con alta voluntaria (ninguna mujer fallecida tenía alta voluntaria como motivo de cierre) el 14,9% había recibido un alta terapéutica (18,2% en el caso de las mujeres) y el 7,4% tenían notificada una salida de prisión en situación desconocida, como cierre de su episodio de tratamiento.

Del total de personas registradas como muerte RASUPSI en 2022, el 54,1% no constan en el histórico de SIPASDA como que hayan estado en tratamiento (64,9% en el caso de las mujeres y 51,5% en el caso de los hombres).

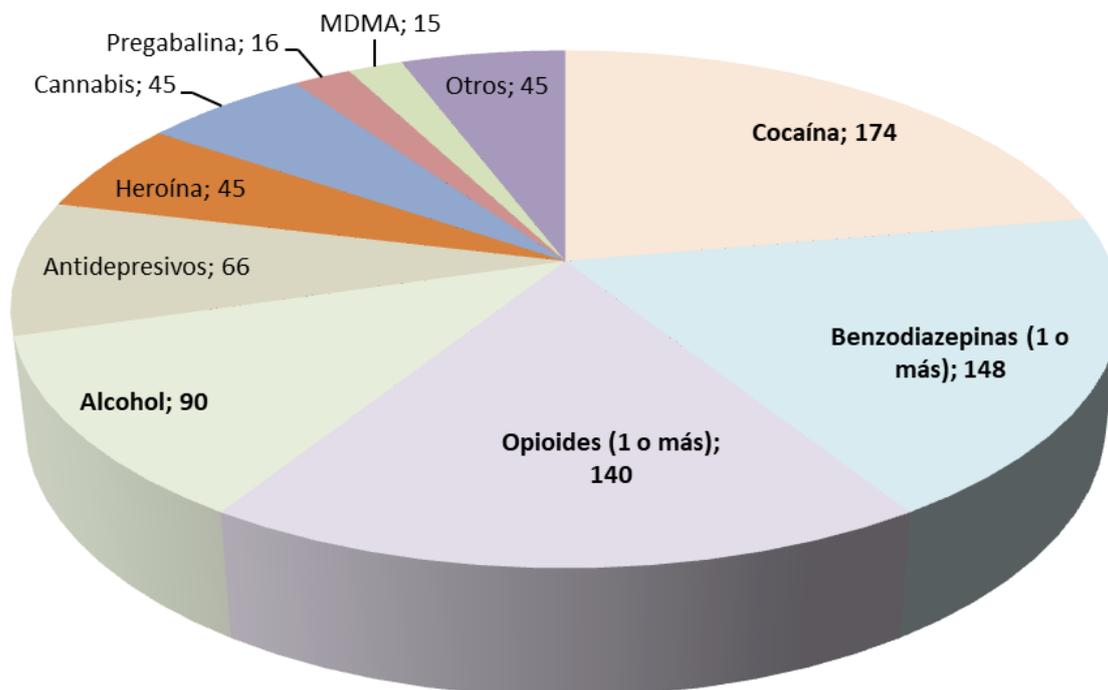
La media de edad de las personas que nunca habían realizado un tratamiento de adicciones es de 45,2 años (48,0 las mujeres y 44,4 los hombres) y la de aquéllas que sí lo habían realizado anteriormente es algo inferior, 44,8 años (47,0 las mujeres y 44,5 los hombres).



3.3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS INMEDIATAMENTE ANTES DE LA MUERTE

En cuanto a la presencia en los análisis toxicológicos de sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte, las que aparecen con mayor frecuencia en el total de casos confirmados (313) son: la cocaína, las benzodiazepinas, los opioides y el alcohol. Se debe tener en cuenta que en un mismo análisis se pueden identificar una o más sustancias y que algunos análisis no recogen sustancia alguna.

Grafico 5.- Presencia de sustancias psicoactivas en el total de las personas fallecidas



Si bien la tipología de sustancias en los hombres es similar a la del total, en los análisis toxicológicos realizados a las mujeres fallecidas se identificó una menor presencia de cocaína y de alcohol y un mayor protagonismo de los antidepresivos.

Grafico 6.- Presencia de sustancias psicoactivas en mujeres fallecidas

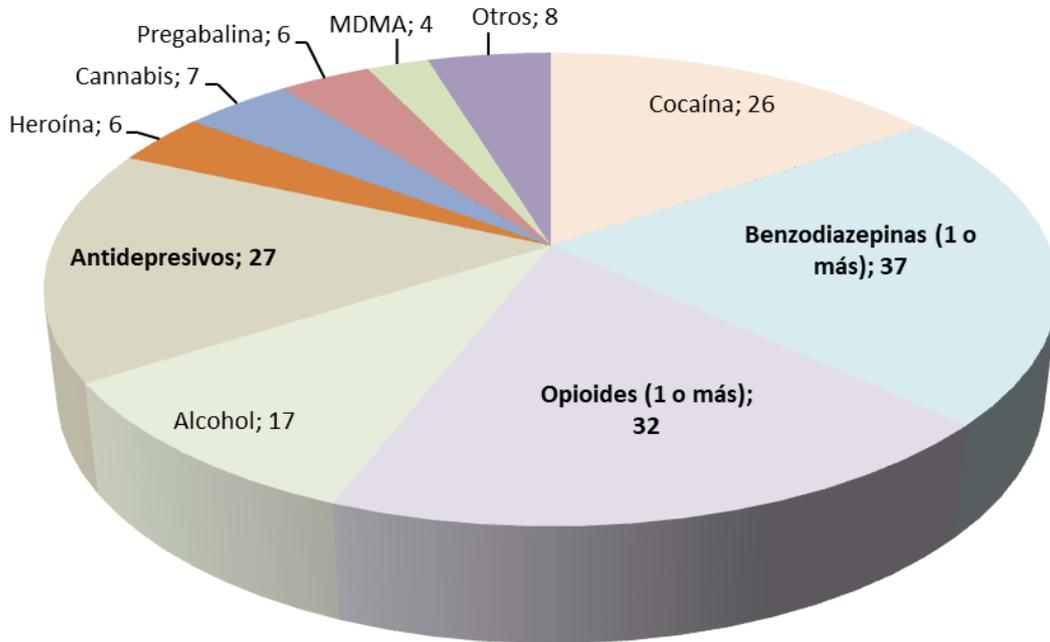
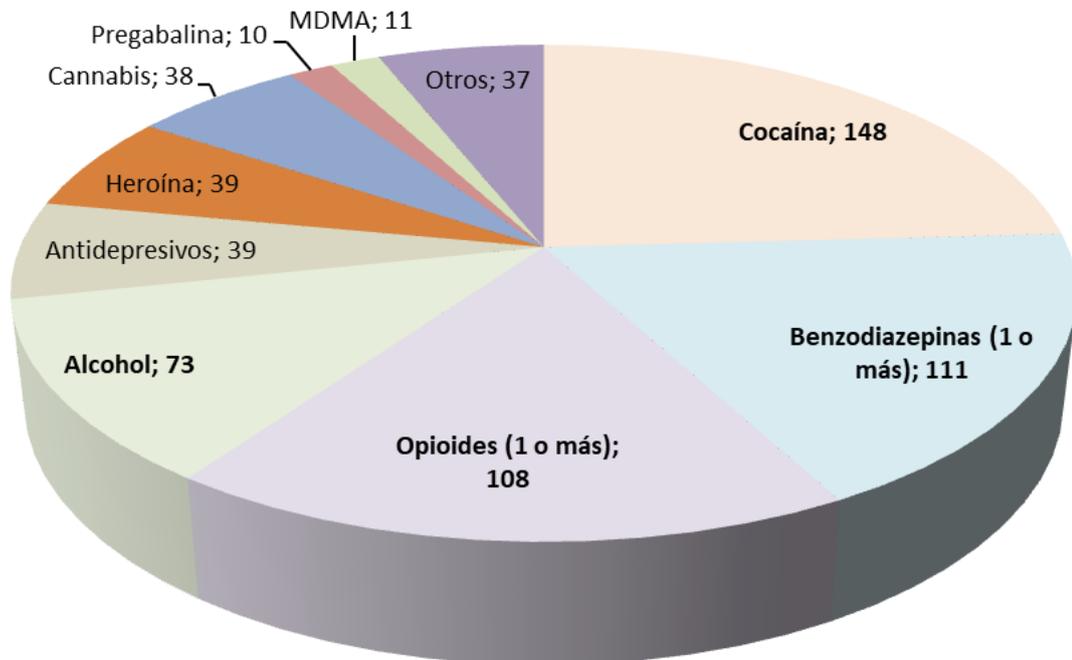


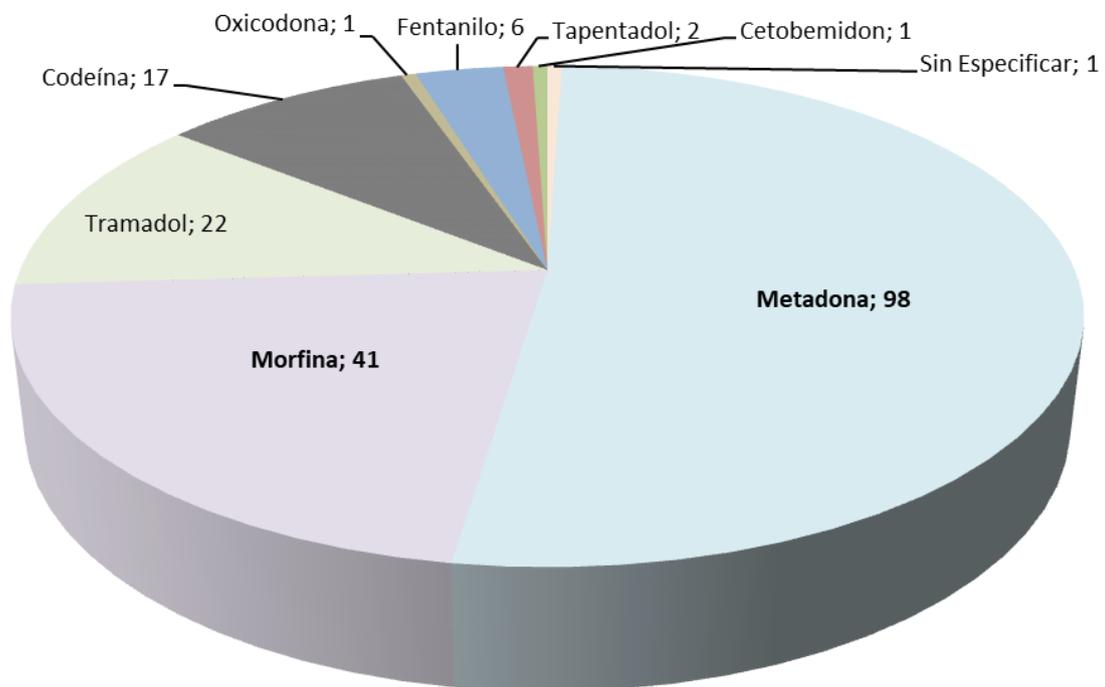
Grafico 7.- Presencia de sustancias psicoactivas en hombres fallecidos





Debido a la elevada presencia de los opioides entre las sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos, en el siguiente gráfico se identifica el consumo de los diferentes tipos.

Gráfico 8.- Presencia de opioides en el total de personas fallecidas



La metadona, la morfina y en menor medida el tramadol son los opioides con mayor presencia entre las personas fallecidas por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

En el caso de las mujeres el binomio metadona-morfina tiene aún más peso que entre los hombres, seguido por la codeína. En los hombres se repite el protagonismo de metadona y morfina y la sustancia que acompaña a estas dos es el tramadol, que supera, para este perfil, al consumo de codeína.



Grafico 9.- Presencia de opioides en mujeres fallecidas

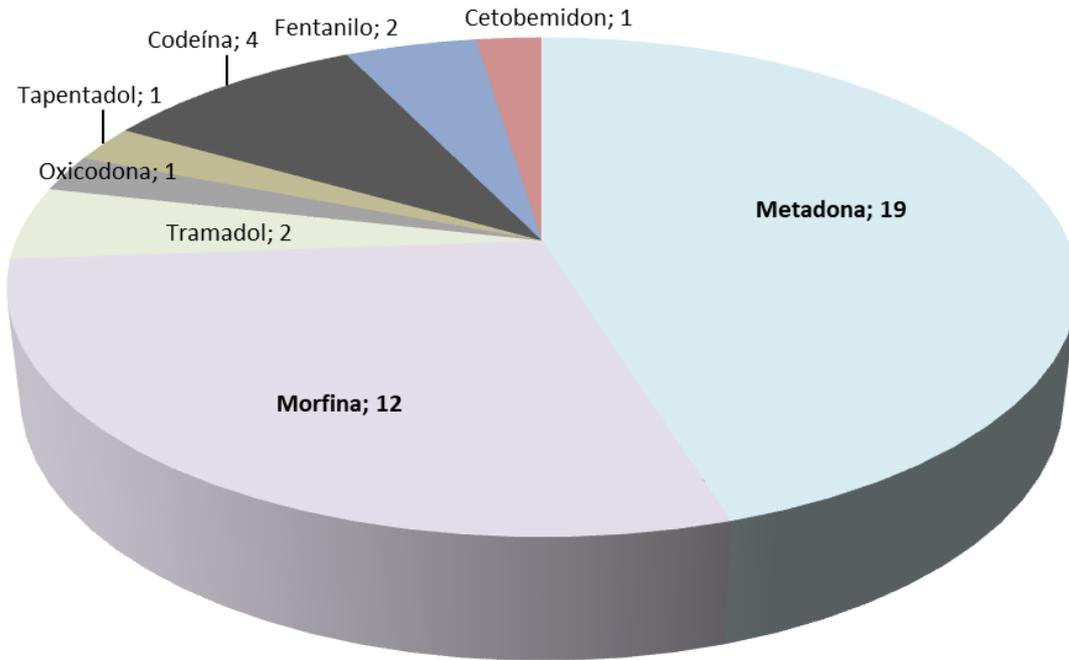
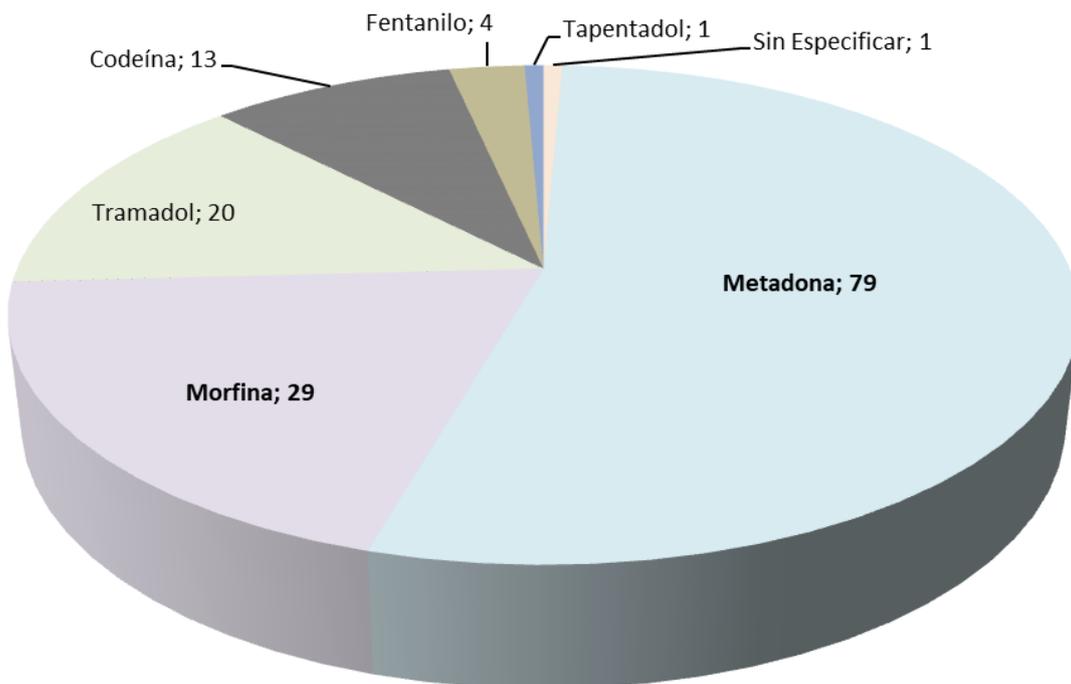


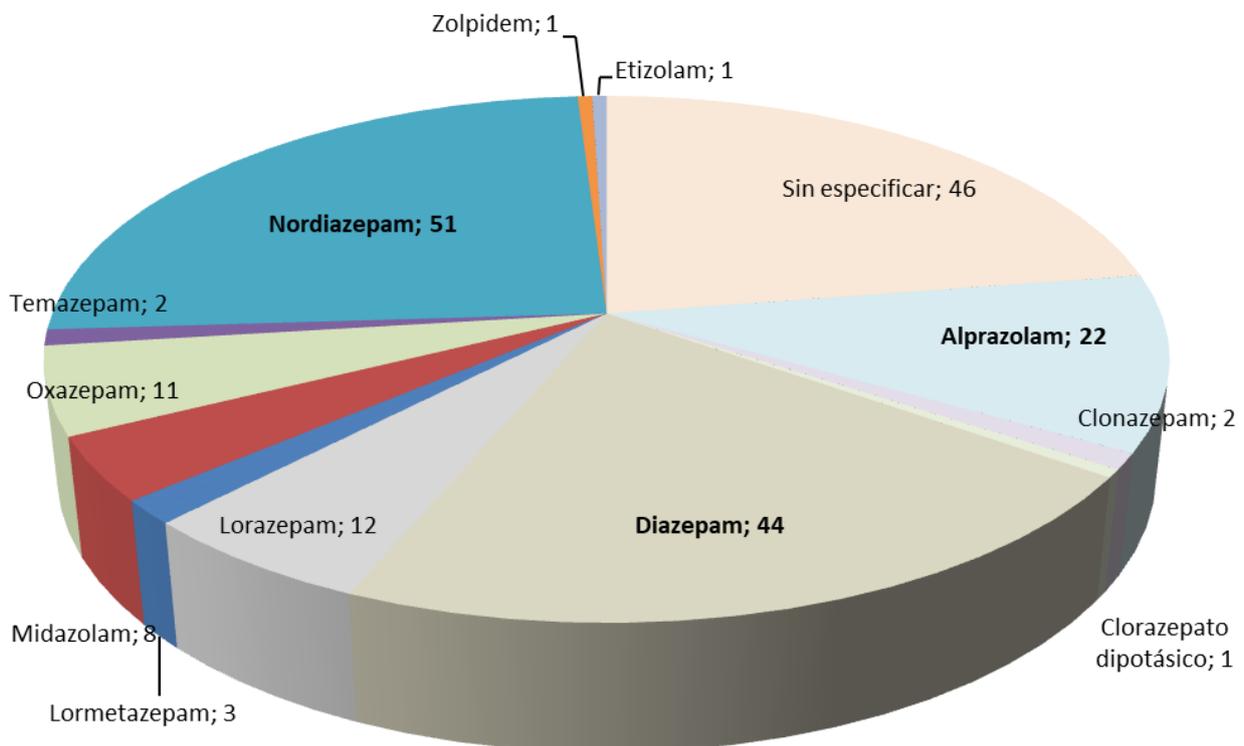
Grafico 10.- Presencia de opioides en hombres fallecidos





Al igual que con los opioides, las benzodiacepinas también se diferencian según su tipología, dada la frecuencia con la que aparecen en los análisis.

Gráfico 11.- Presencia de benzodiacepinas en el total de las personas fallecidas



Las benzodiacepinas que aparecen con más frecuencia en los análisis a las personas fallecidas son el nordiazepam, el diazepam y el alprazolam.

En el caso de las mujeres es el diazepam el que más protagonismo tiene, junto a nordiazepam. Como se muestra en un gráfico recogido más adelante en este informe, el 59,7% de las mujeres fallecidas habían consumido benzodiacepinas.

Los hombres presentan poca variación respecto al comportamiento descrito para el conjunto de personas fallecidas.



Grafico 12.- Presencia de benzodiacepinas en mujeres fallecidas

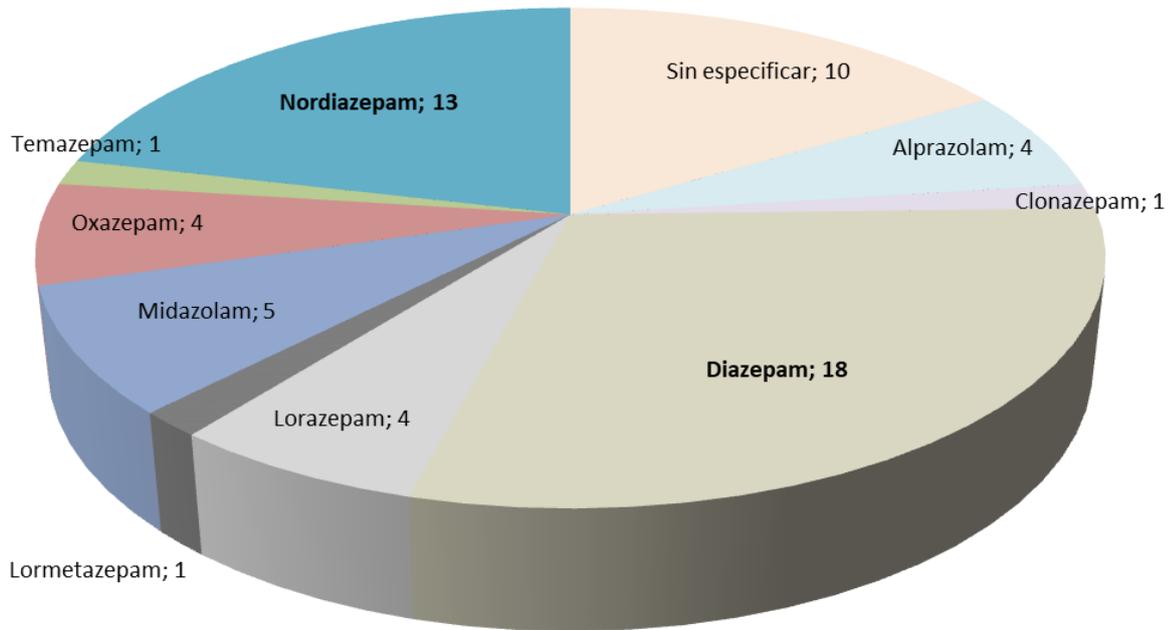
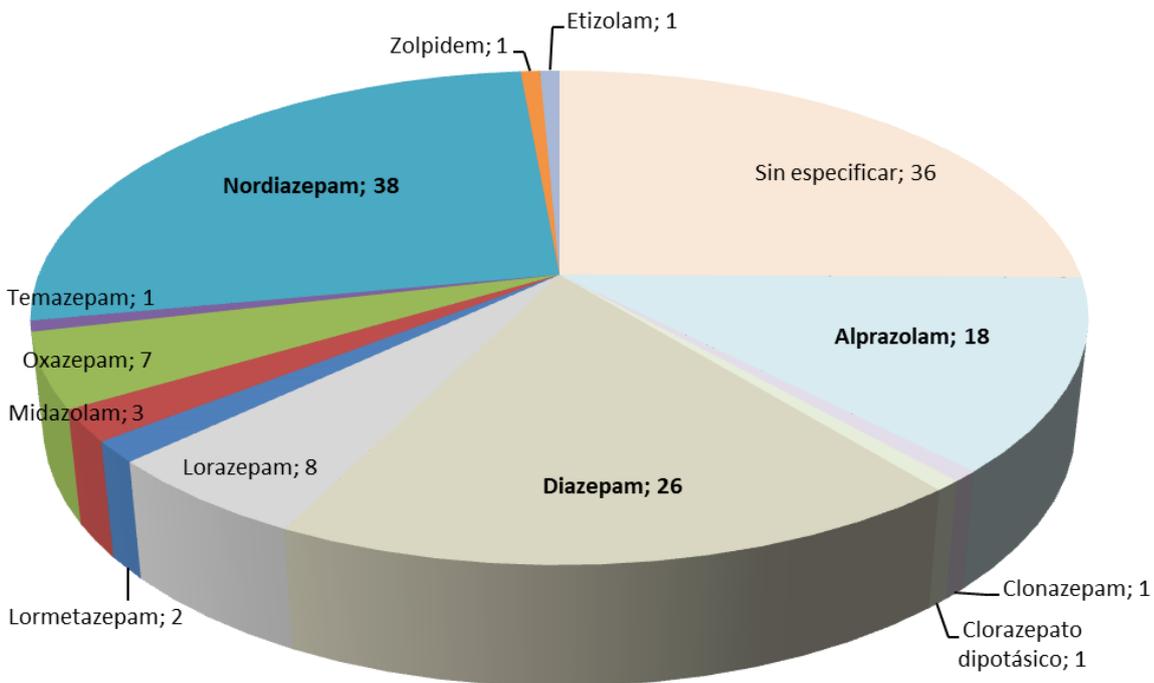


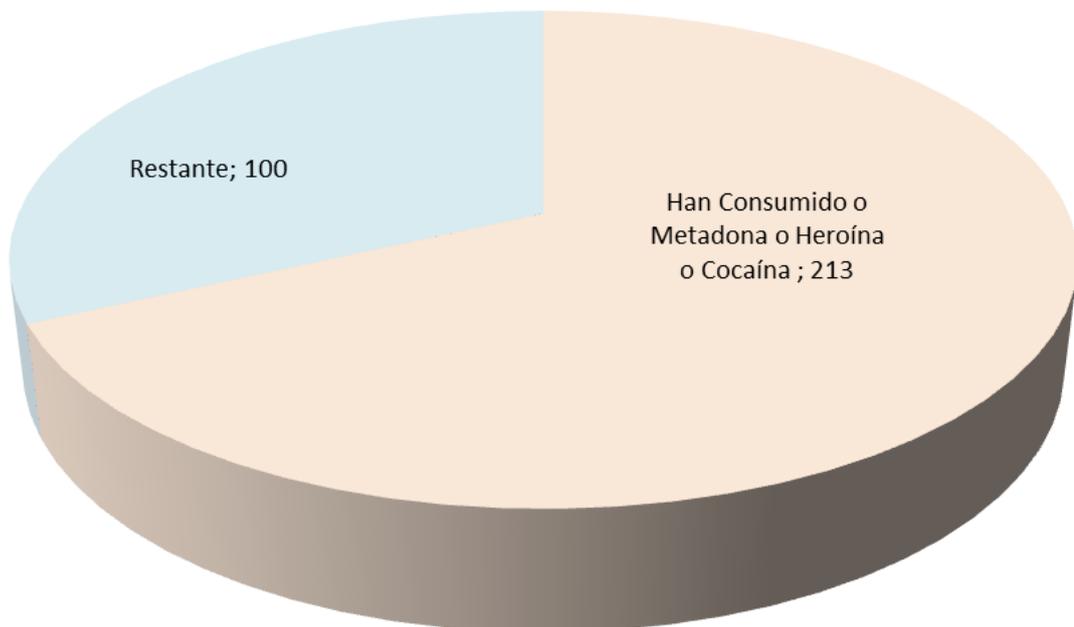
Grafico 13.- Presencia de benzodiacepinas en hombres fallecidos





Dado que el número de sustancias psicoactivas presentes en las personas fallecidas es muy amplio, los siguientes gráficos muestran la importancia de tres sustancias: metadona, heroína y cocaína

Gráfico 14.- Presencia metadona, heroína y cocaína en el total de las personas fallecidas



Para el total de personas fallecidas, las sustancias metadona, heroína y cocaína (al menos una de ellas) están presentes en el 68% de los casos confirmados.

Entre las mujeres fallecidas cobran mayor importancia los antidepresivos y la pierde la heroína. En los opiáceos, además de la metadona, para las mujeres, gana presencia la morfina.

En el caso de los hombres, el porcentaje de fallecidos que han consumido o metadona o heroína o cocaína asciende al 72%.



Grafico 15.- Presencia morfina, metadona, cocaína y antidepresivos en mujeres fallecidas

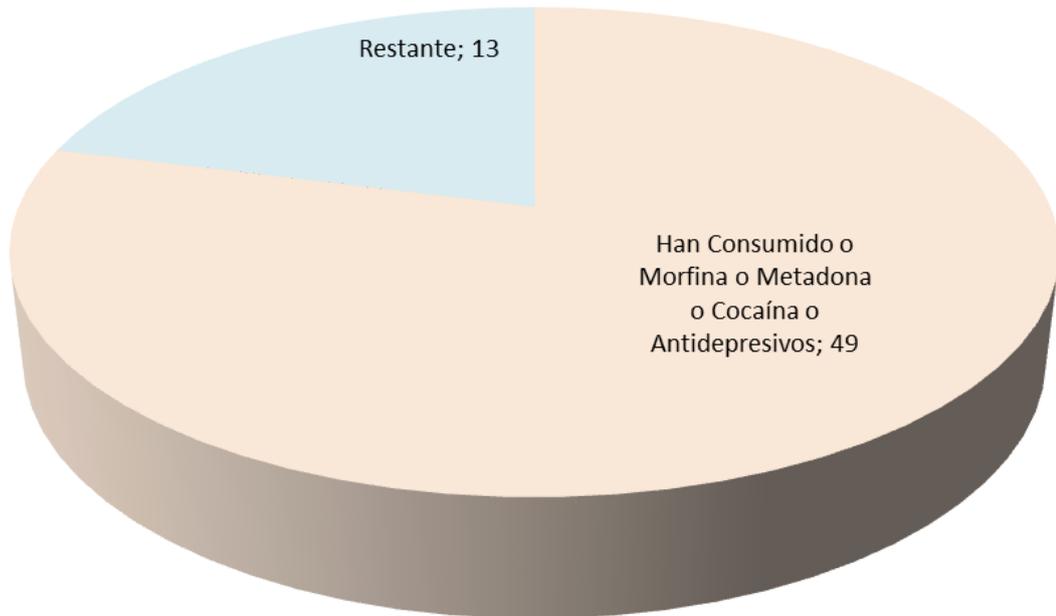
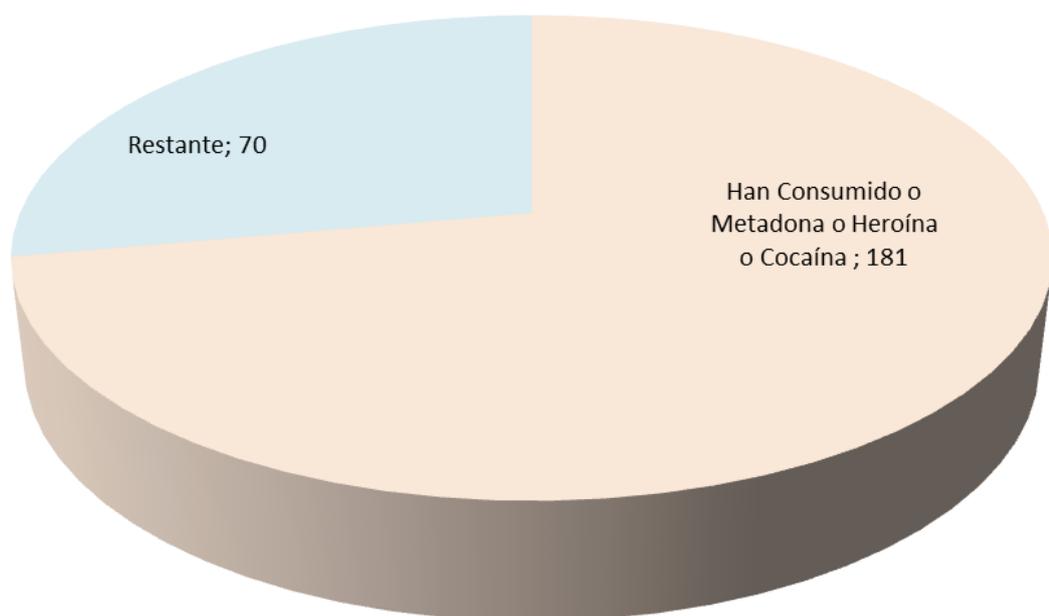


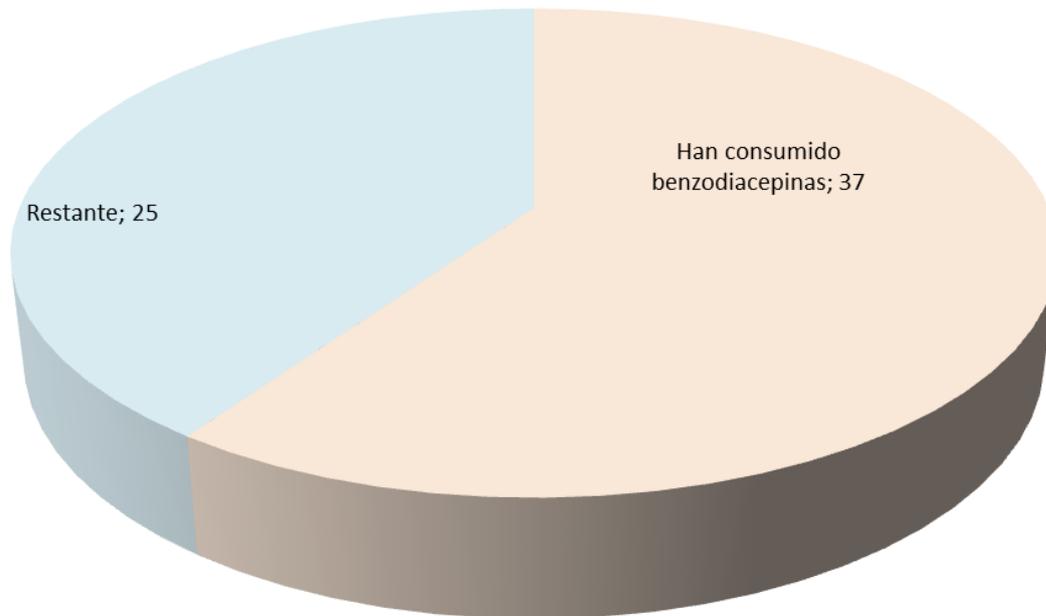
Grafico 16.- Presencia metadona, heroína y cocaína en hombres fallecidos





El consumo de benzodiazepinas está especialmente presente entre las mujeres fallecidas y en menor medida entre los hombres.

Grafico 17.- Presencia de benzodiazepinas en mujeres fallecidas



Benzodiazepinas en hombres fallecidos

