

**INFORME SOBRE EL INDICADOR
MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA
A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN
ANDALUCÍA. 2003**



**Dirección General para las
Drogodependencias y Adicciones**

ÍNDICE

Introducción.....	3
Metodología.....	4
Resultados.....	6
1. Número de fallecidos y evolución.....	6
2. Características sociodemográficas.....	8
3. Información clínica.....	9
4. Tipos de sustancias encontradas en los análisis.....	13
Conclusiones.....	17



INTRODUCCIÓN

El indicador mortalidad se define como el número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en personas de 10 a 64 años en un área geográfica dada.

La causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda a una o varias de las sustancias psicoactivas consumidas; es decir, se trata de muertes inducidas o provocadas directamente por el consumo reciente de sustancias psicoactivas. Estas muertes son denominadas Muertes por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas o *Muertes RASUPSI*.

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas y porque, en el caso de algunas drogas ilegales como la heroína, puede usarse, junto a otros indicadores indirectos, para monitorizar las tendencias de consumo problemático. El conocimiento de esta mortalidad es pues fundamental para diseñar políticas y programas destinados a reducir los problemas relacionados con el consumo de drogas. No obstante, la recogida de información sobre este tipo de muertes es difícil debido, principalmente, a que en la causa de la muerte pueden influir otros muchos factores concomitantes.

En España, tras los elevados índices de muertes asociados al consumo de opiáceos registrados entre finales de los setenta y principio de los ochenta, se optó por establecer un circuito para el registro que pudiera certificar las muertes por reacción aguda a estas drogas. En 1989 se recogieron retrospectivamente los datos de mortalidad correspondientes a los años 1983 a 1989 en seis grandes ciudades de varias comunidades autónomas (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao). A partir de 1990 y, especialmente, a partir de 1991, se ha ido ampliando la cobertura de este indicador a otras muchas zonas del ámbito nacional.

En Andalucía, la recogida del indicador mortalidad se inició en Sevilla, ampliándose a Granada y Málaga en 1990. El registro en las tres ciudades andaluzas, Granada, Málaga y Sevilla, continuó hasta 1996, y desde entonces hasta el año 2001 ha permanecido inactivo. Esto genera problemas para la interpretación de la evolución de la mortalidad por muertes debidas a reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva en esta comunidad autónoma: en primer lugar, por el desconocimiento de la evolución de los datos sobre el indicador de mortalidad entre los años 1997 y 2000; y, en segundo lugar, porque el indicador ha sufrido

modificaciones desde el último año en el que se realizó el registro. No obstante, en el presente informe se establecen la evolución de aquellas variables que ha sido posible comparar, teniendo siempre presente que de los años transcurridos entre 1997 y 2000 no se disponen de datos.

Además, en el año 2003 se ha ampliado la cobertura del indicador a todos los partidos judiciales de las provincias de Granada y Sevilla. En la provincia de Málaga se sigue manteniendo el partido judicial correspondiente a la capital.

De una manera especial, queremos agradecer a aquellas instituciones y personas que han hecho posible la recogida de los datos del indicador de mortalidad en el año 2003, señalando de manera especial la colaboración de los profesionales del *Instituto Nacional de Toxicología de Sevilla*, *Instituto de Medicina Legal de Málaga*, *Instituto de Medicina Legal de Granada*, e *Instituto de Medicina Legal de Sevilla*. A todos ellos, gracias por su tiempo y empeño dedicado.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN

La población de estudio son aquellos fallecidos con edades comprendidas entre los 10 y los 64 años, cuya causa de muerte es la reacción adversa aguda a sustancias psicoactivas en las provincias de Granada, Málaga y Sevilla. Los casos incluidos deben cumplir alguno de los siguientes 'criterios de inclusión':

- a) Deben existir evidencias de consumo reciente de algunas de las sustancias psicoactivas mencionadas en la clasificación Pompidou.
- b) Presencia de análisis toxicológicos positivos para alguna de las sustancias de la clasificación Pompidou.
- c) Hallazgos anatomopatológicos de autopsia compatibles con muertes por consumo reciente de algunas de las sustancias de la clasificación Pompidou.
- d) Existencia de un diagnóstico forense de muerte por reacción aguda a alguna sustancia psicoactiva de la clasificación Pompidou.
- e) Muertes por intoxicación etílica exclusivamente cuando la cantidad detectada sea de tres gramos de alcohol en sangre o superior.

No se registran los casos en los que aparecen algunos de los siguientes 'criterios de exclusión':

- a) Muertes en personas menores de 10 años o superiores a 64 años.
- b) Muertes en las que la causa básica o fundamental no es el consumo de sustancias psicoactivas, o el consumo de esta sustancia no aparece citado como una causa contribuyente, inmediata o intermedia de la muerte.
- c) Muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (p.e. accidentes, patologías infecciosas, homicidios, etc.)
- d) Muertes por exposición o ingestión involuntaria o no intencional de sustancias psicoactivas.
- e) Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos debidamente prescritos y administrados (sí se registran las muertes con sustitutivos opiáceos, a pesar de que estén debidamente prescritas y administradas)
- f) Muertes causadas exclusivamente por uso de sustancias volátiles, productos domésticos o cáusticos, a excepción de cuando se usan por vía inhalada o esnifada y no hay evidencias de que se trata de un suicidio
- g) Muertes causadas por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol.

INSTRUMENTO

La información se recoge a través de un cuestionario diseñado por el Observatorio Español sobre Drogas e incluye la siguiente información:

- **Información sobre variables socio-demográficas.** Se recogen datos como la edad, el lugar de nacimiento, el sexo, etc.
- **Datos de información clínica.** Se incluye información acerca de la procedencia del cadáver, evidencias de consumo reciente, evidencias de suicidio, etc.
- **Información analítica.** Este tipo de información recoge las sustancias psicoactivas detectadas en los análisis, el tipo de muestra biológica y los resultados cuantitativos.

PROCEDIMIENTO

La inclusión de los fallecidos como muertes RASUPSI es, en ocasiones, compleja, debido a la falta de evidencias que constaten que la causa principal sea una reacción adversa aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. Por ello, se ha diseñado un procedimiento de recogida de datos que permita validar los casos registrados, implicando a médicos forenses, profesionales del Departamento de Sevilla del Instituto Nacional de Toxicología (en adelante

INT) y del Área de Sistemas de Información e Investigación de la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias.

En cuanto al análisis de los datos, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo, a través del cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes. No se han calculado estadísticos inferenciales.

LIMITACIONES METODOLÓGICAS

En este estudio la principal limitación metodológica procede de la dificultad de recoger información sobre algunas variables incluidas en la hoja de registro, como la fecha de nacimiento, si el paciente es seropositivo, etc.

Por otra parte, este indicador no puede considerarse como representativo de la Comunidad Autónoma Andaluza, ya que la población residente en estas tres provincias y que tienen entre 10 y 64 años son el 58,6% de la población andaluza (según censo de 2001). Además, la recogida de datos no se realiza en todos los partidos judiciales de la Comunidad Autónoma Andaluza.

RESULTADOS

1. PERFIL DE PACIENTES FALLECIDOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1.1. NÚMERO DE FALLECIDOS Y EVOLUCIÓN

El número de personas fallecidas cuya causa principal de la muerte es la reacción adversa aguda a una sustancia psicoactiva en las provincias de Granada y Sevilla, y en el partido judicial de Málaga capital es de 83.

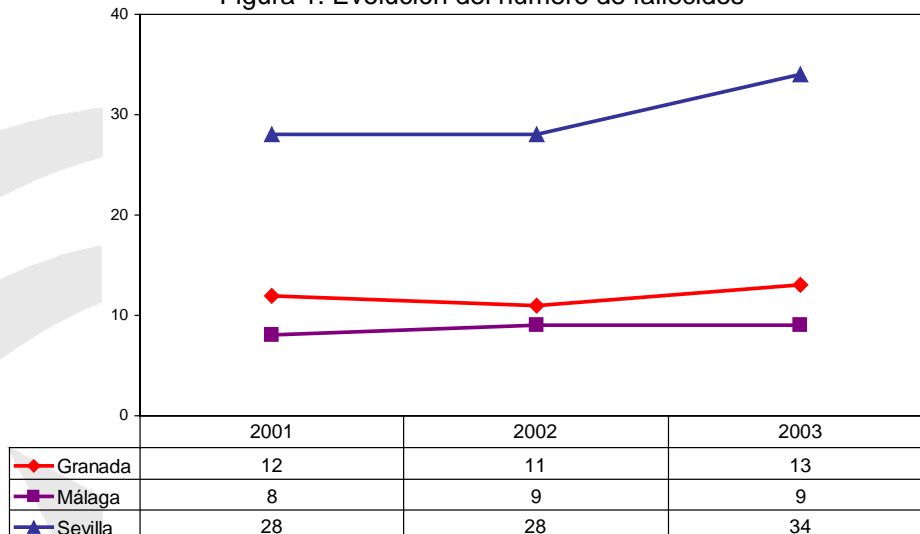
Según se observa en la tabla 1, el mayor número de fallecimientos se registra en el partido judicial de Sevilla, si bien a éste también pertenecen un mayor número de habitantes que al resto de los partidos judiciales.

Tabla 1. Partido Judicial en el que se registra el fallecimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	P.J. Alcalá de Guadaira	3	3,6	3,6	3,6
	P.J. Almuñécar	2	2,4	2,4	6,0
	P.J. Coria del Río	2	2,4	2,4	8,4
	P.J. Dos Hermanas	5	6,0	6,0	14,5
	P.J. Lebrija	1	1,2	1,2	15,7
	P.J. Marchena	1	1,2	1,2	16,9
	P.J. Morón de la Frta.	2	2,4	2,4	19,3
	P.J. Málaga	9	10,8	10,8	30,1
	P.J. Osuna	1	1,2	1,2	31,3
	P.J. Granada	13	15,7	15,7	47,0
	P.J. Guadix	1	1,2	1,2	48,2
	P.J. Sevilla	34	41,0	41,0	89,2
	P.J. Huéscar	1	1,2	1,2	90,4
	P.J. Loja	1	1,2	1,2	91,6
	P.J. Motril	3	3,6	3,6	95,2
	P.J. Órgiva	1	1,2	1,2	96,4
	P.J. Santa Fé	1	1,2	1,2	97,6
	P.J. Sanlucar la Mayor	2	2,4	2,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Para conocer la evolución del indicador se van a tomar los datos correspondientes a los partidos judiciales de las ciudades de Granada, Málaga y Sevilla, ya que no se disponen de datos provinciales para los años anteriores. Según se aprecia en la figura 1, en Málaga se han registrado el mismo número de fallecidos, en Granada ha habido dos más que en el año 2002 y en Sevilla se ha pasado de 28 en el año 2002 a 34 en el año 2003.

Figura 1. Evolución del número de fallecidos



1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El análisis por género de los fallecidos indica que el 81,9% son hombres y el 18,1% son mujeres. Si se comparan estos porcentajes con los de los años 2001 y 2002 se encuentra un incremento en el número de fallecimientos en mujeres (10,8% en 2001 y un 7,8% en 2002).

Tabla 2. Distribución de los fallecidos según el género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	68	81,9	81,9	81,9
	Mujer	15	18,1	18,1	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

La media de edad de los fallecidos es de 35,7 años, siendo un poco superior en las mujeres en relación a los hombres (35,5 en hombres y 36,4 en mujeres). Sólo se ha registrado el fallecimiento de un menor de edad.

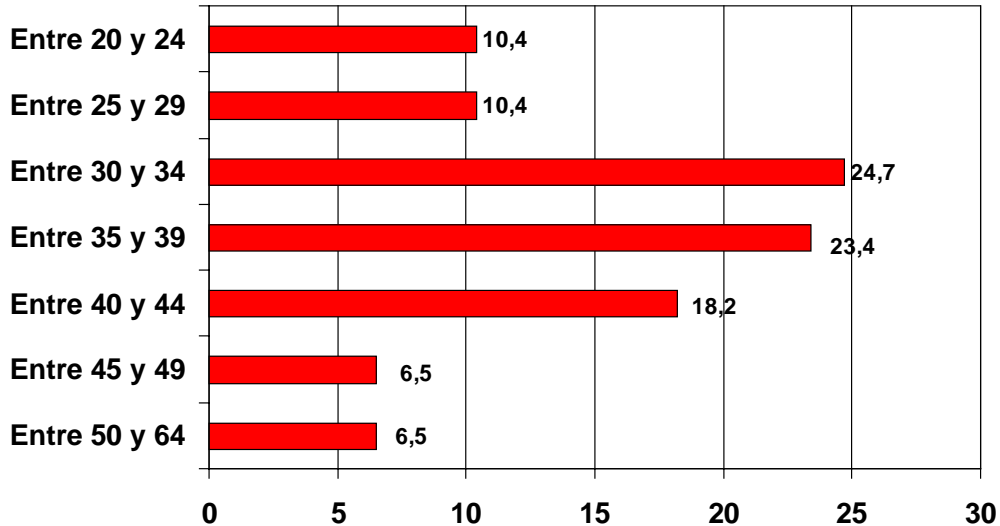
Tabla 3. Media de edad de los fallecidos según el género

		Recuento	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típ.	
Género	Hombre	Edad	68	20	53	35	8
	Mujer	Edad	15	20	59	36	11

Por grupos de edad, los dos grupos más numerosos son el comprendido entre los 30 y los 34 años (24,7%) y el que tiene entre 35 y 39 años (23,4%).

El incremento del rango de edad en los criterios de inclusión introducidos en 2003 (hasta el año 2002 se registraban los fallecidos con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. A partir de dicho año se modifica, pasando a ser el rango de edad entre los 10 y los 64 años), ha supuesto la recogida de un 6,5% más de casos correspondiente a personas que tienen entre 50 y 64 años. Sin embargo, entre los 10 y los 14 años no se ha registrado ningún caso.

Figura 2. Distribución de los fallecidos por grupos de edad



En relación al lugar de nacimiento, el 4,8% (4 personas) de los fallecidos no eran nacidos en España.

1.3. INFORMACIÓN CLÍNICA

1.3.1. CRITERIOS CLÍNICOS DE MUERTE RASUPSI

Al igual que ocurre en años anteriores lo más frecuente es que los cadáveres sean hallados en sus domicilios. El porcentaje encontrado es de un 48,2%, similar al registrado en el año 2002 (el 43,1%) y los datos nacionales del año 2001 (53.5%).

El siguiente lugar más frecuente en el que se encuentran los cadáveres es en la calle (15,7%), y un 13,3% fallecen en los hospitales.

Tabla 3. Lugar de procedencia del cadáver

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Domicilio	40	48,2	48,2	48,2
	Hotel o pensión	2	2,4	2,4	50,6
	Calle	13	15,7	15,7	66,3
	Hospital	11	13,3	13,3	79,5
	Cárcel	1	1,2	1,2	80,7
	Otro lugar	6	7,2	7,2	88,0
	Desconocido	10	12,0	12,0	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

En el 59% de los casos registrados se encontraron evidencias sobre un posible consumo reciente de sustancias psicoactivas. Esto quiere decir que en lugar del fallecimiento existían utensilios de administración (p.e. jeringuillas, papel de aluminio, etc.) o sustancias psicoactivas, los cuerpos presentaban signos físicos de administración de sustancias (p.e. venopunciones), o bien existía evidencia clínica de patologías aguda por consumo de sustancia o estaba documentado que el fallecido había consumido recientemente sustancias psicoactivas (p.e. a través de familiares).

En el 41% restante de los casos no se registraron evidencias de consumo reciente. En estos casos los análisis toxicológicos y el diagnóstico forense es lo que dictamina que se trata de una muerte RASUPSI.

Tabla 4. Evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	49	59,0	59,0	59,0
	No	34	41,0	41,0	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Tras el examen anatomopatológico de autopsia, en el 60,2% de los fallecidos se encontraron evidencias de que la causa de la muerte era una reacción adversa aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. En un 15,7% de los casos no se disponen de esta información, y en el 24,1% las evidencias no son claras. A pesar de que las evidencias no son claras, no puede descartarse que sea una muerte RASUPSI (referencias protocolo mortalidad).

Tabla 5. Signos de autopsia compatibles con muerte RASUPSI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	50	60,2	60,2	60,2
	No	20	24,1	24,1	84,3
	Desconocido	13	15,7	15,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

De los 83 casos registrados, para un 71,1% se dispone de la confirmación del forense de que se trata de un fallecido por reacción adversa aguda por consumo de sustancias psicoactivas. Esta información complementa a los criterios clínicos anteriores. Pero en otros casos (en un 19,3% de los fallecidos) no se dispone de esta información complementaria, aunque el cumplimiento de los criterios clínicos anteriores permite atribuir este fallecimiento como muerte RASUPSI.

En un 9,6% de los casos registrados no se especificaba nada en la hoja de registro.

Tabla 6. Diagnóstico forense de muerte RASUPSI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	59	71,1	71,1	71,1
	No	16	19,3	19,3	90,4
	Desconocido	8	9,6	9,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

1.3. 2. OTRA INFORMACIÓN CLÍNICA

Otro cambio realizado para el registro de datos del año 2003 se relaciona con la inclusión de casos de suicidio, en los que la causa de la muerte sea la reacción adversa aguda a sustancias psicoactivas. Anteriormente sólo se registraban los suicidios cuya sustancia era la heroína o la cocaína.

En este año se han registrado 4 fallecidos en los que existen evidencias de suicidio, pero como en todos ellos se han encontrado opiáceos o cocaína en los análisis toxicológicos, habrían estado incluidos según los criterios de años precedentes.

Tabla 7. Evidencias de suicidio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	4	4,8	4,8	4,8
	No	76	91,6	91,6	96,4
	Desconocido	3	3,6	3,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

Signos recientes de venopunciones se han confirmado sólo en el 6% de los fallecidos, aunque hay que tener en cuenta que existe un 63,9% de casos en los que no aparece información relativa a esta variable en la hoja de registro.

Tabla 8. Signos recientes de venopunciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	5	6,0	6,0	6,0
	No	25	30,1	30,1	36,1
	Desconocido	53	63,9	63,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

En relación a la posibilidad de que la muerte se debiera al agravamiento de una enfermedad del fallecido causada por la ingesta de sustancias psicoactivas, para un 69,9% de los casos no se dispone de información. En un 6% de los casos registrados sí se da esta situación, mientras que en un 24,1% de los casos, los forenses que han realizado la autopsia han descartado esta posibilidad.

Tabla 9. Muerte cuya causa básica es una patología previa complicada por el consumo de sustancias psicoactivas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	5	6,0	6,0	6,0
	No	20	24,1	24,1	30,1
	Desconocido	58	69,9	69,9	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

1.4. TIPOS DE SUSTANCIAS ENCONTRADAS EN LOS ANÁLISIS

El análisis de las sustancias psicoactivas revela que en todos los fallecidos se ha detectado el consumo de más de una sustancia psicoactiva. Esta situación tiene consecuencias en el ámbito clínico y también en el análisis estadístico.

Desde el punto de vista clínico, la aparición de distintas sustancias en un mismo fallecido dificulta la atribución de la causa de la muerte a una sustancia concreta, debiéndose más bien a la interacción entre las distintas drogas consumidas. Desde el punto de vista estadístico, la presencia de distintos tipos de sustancias psicoactivas debe calcularse sobre el total de resultados positivos en las muestras, y no sobre el total de fallecidos. Los porcentajes así obtenidos se interpretarán como el porcentaje de resultados positivos correspondiente a cada sustancia y no como el porcentaje de fallecidos en los que se encontró dicha sustancia.

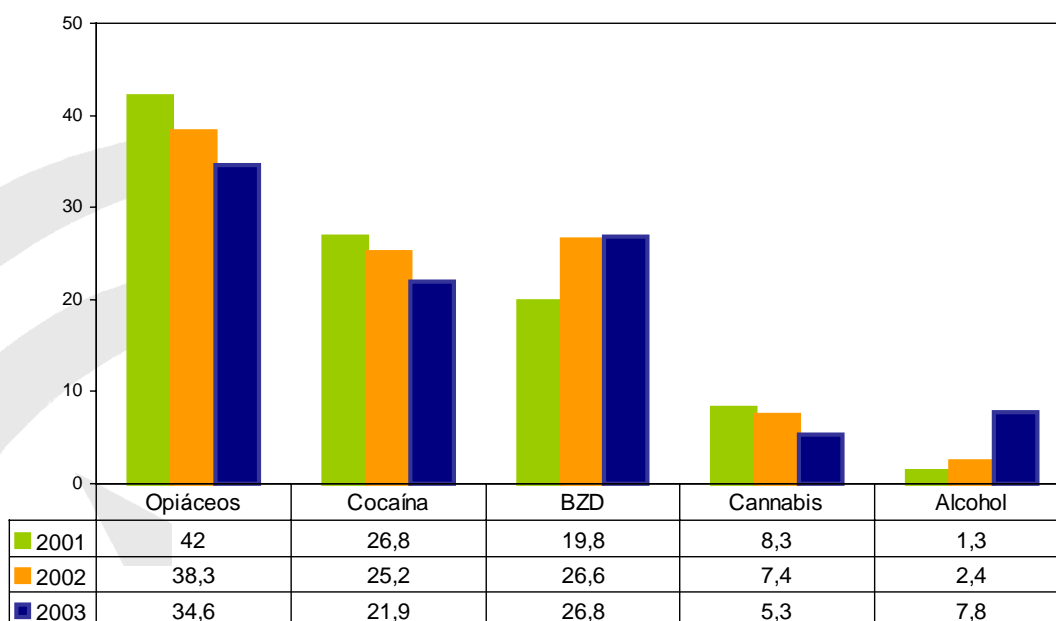
Las sustancias psicoactivas que más frecuentemente aparecen en las muestras analizadas son los opiáceos (34,6%). A continuación, las benzodiazepinas son las sustancias que más se detectan, representando un 26,8% del total de las sustancias encontradas. La cocaína y sus metabolitos suponen el 21,9% del total de sustancias. Un porcentaje inferior representa los resultados positivos al alcohol (7,8%) y al cannabis (5,3%).

Tabla 10. Sustancias psicoactivas y metabolitos registrados en los fallecidos

Sustancia recodificada	Opiáceos	Recuento	183
		% columna	34,6
Cocaína		Recuento	116
		% columna	21,9
Anfetaminas		Recuento	3
		% columna	,6
Anorexígenos de acción central		Recuento	2
		% columna	,4
Éxtasis		Recuento	7
		% columna	1,3
Hipnóticos y sedantes		Recuento	142
		% columna	26,8
Cannabis		Recuento	28
		% columna	5,3
Alcohol		Recuento	41
		% columna	7,8
Otras sustancias psicoactivas		Recuento	7
		% columna	1,3

En comparación con los años anteriores, los opiáceos, la cocaína y el cannabis aparecen en las muestras de los fallecidos en un menor porcentaje que en años precedentes. Las benzodiacepinas presentan aproximadamente los mismos porcentajes que en los resultados de 2002, y se detecta un incremento de los fallecidos que han consumido alcohol.

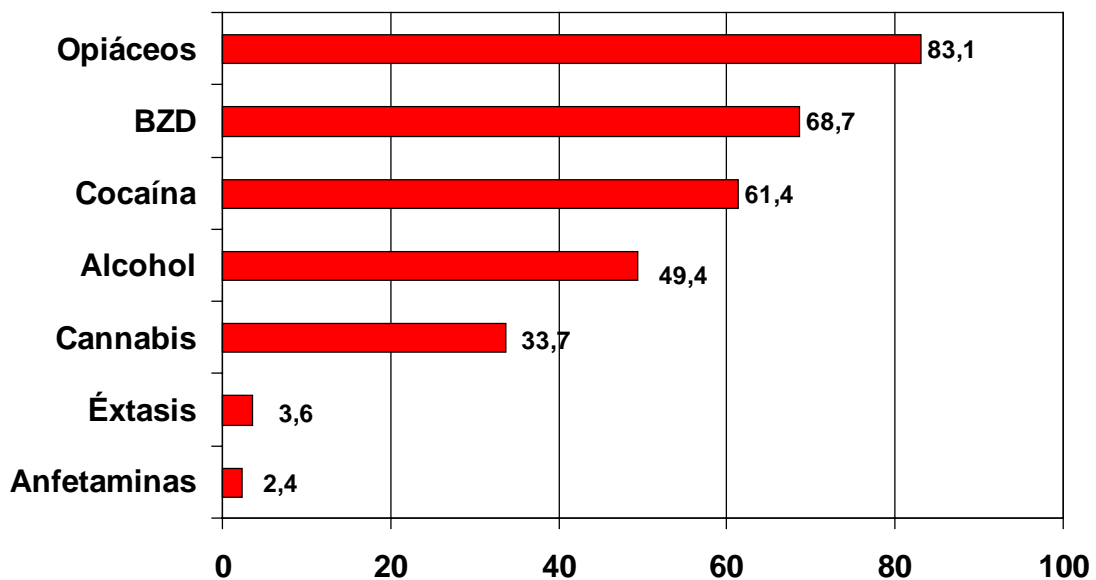
Figura 3. Comparación de las sustancias psicoactivas detectadas desde 2001



Teniendo como base el número total de muertes RASUPSI (figura 4), las sustancias que más aparecen son los opiáceos, encontrándose en el 83,1% de los fallecidos, las benzodiacepinas (68,7%) y la cocaína (61,4%). También el alcohol se encuentra en casi la mitad de los fallecidos (49,4%) y, el cannabis, aparece en un menor porcentaje (33,74%).

En menor medida, otras sustancias que se encuentran son el éxtasis y las anfetaminas (en un 3,6% y 2,4% de los fallecidos respectivamente).

Figura 4. Presencia de sustancias psicoactivas en los fallecidos

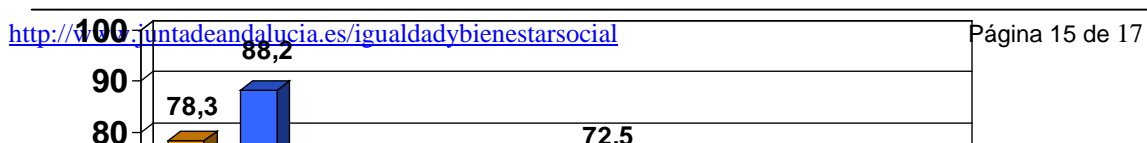


Por provincias, en Sevilla es donde se detecta un mayor porcentaje de fallecidos en los que se han encontrado opiáceos, siendo la diferencia superior a un 20% si se compara con Málaga. El porcentaje de fallecidos en los que se ha encontrado cocaína es similar en Sevilla y Málaga, y un poco inferior en la provincia de Granada. También corresponde a Sevilla el porcentaje más alto de fallecidos en los que se encuentran benzodiacepinas.

En la provincia de Granada se registra el porcentaje más elevado de fallecidos en los que se detecta cannabis, superando a la provincia de Sevilla en más de un 10% y a la provincia de Málaga en más de un 20%.

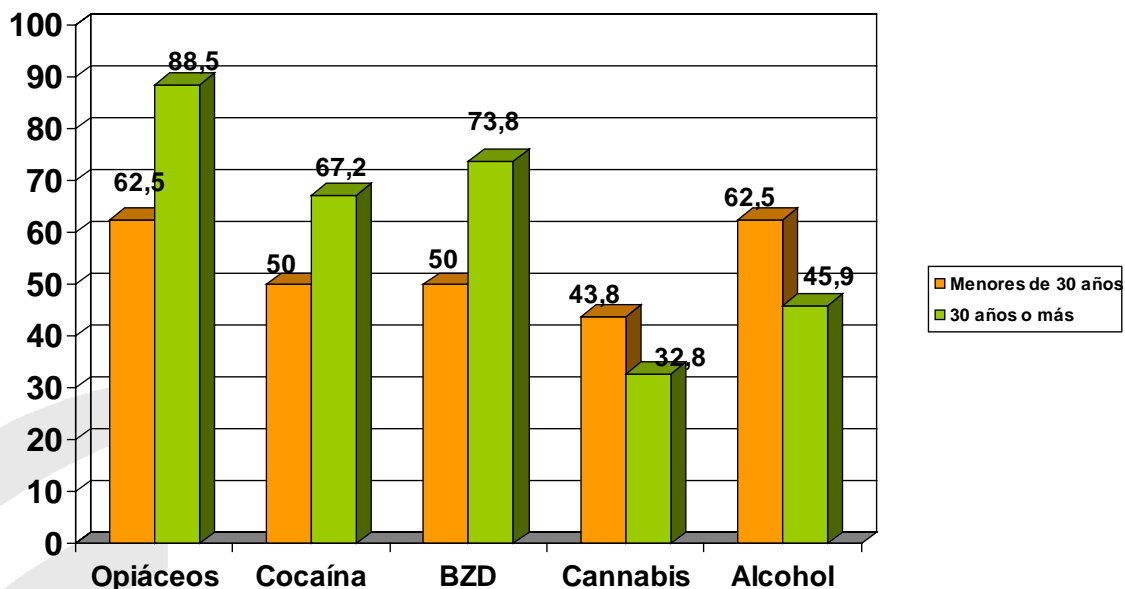
El alcohol está presente en más del 45% de los fallecidos en la provincia de Sevilla. En la provincia de Granada el porcentaje supera ligeramente el 50%, y en la de Málaga el porcentaje es del 55,6%.

Figura 5. Comparación de las sustancias psicoactivas detectadas en los distintos partidos judiciales



Analizando la presencia o ausencia de sustancias por grupos de edad se encuentra que los opiáceos, las benzodiacepinas y la cocaína aparecen más frecuentemente en los fallecidos con una edad comprendida entre los 30 y los 64 años. En cambio, el porcentaje de fallecidos en los que se detecta alcohol y cannabis es mayor en los menores de 30 años.

Figura 6. Comparación de las sustancias psicoactivas detectadas según la edad



El análisis de las sustancias por género revela que aparecen más hombres fallecidos que mujeres en los que se detecta cocaína (se detecta en el 64,7% de hombres y en un 46,7% de mujeres). En cambio, en las mujeres se detecta un mayor porcentaje de alcohol (69,1% en hombres y 80% en mujeres), opiáceos (80,9% en hombres y 93,3% en mujeres) e

hipnosedantes (69,1% en hombres y 80% en mujeres). No se encuentran diferencias para el cannabis con relación al género.

CONCLUSIONES

Un primer aspecto que hay que destacar en este informe es que la inclusión de los partidos judiciales de toda la provincia de Granada y Sevilla ha permitido tener un conocimiento más acertado de las muertes relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Asimismo, la participación de los profesionales forenses ha repercutido en la calidad de los datos, disponiendo de una información más fiable y válida. Un claro ejemplo de esto último se percibe en la disponibilidad de los datos de carácter clínico fundamentalmente.

En relación a los resultados obtenidos, la evolución del número de fallecidos -visto sólo para los partidos judiciales situados en las ciudades de Granada, Sevilla y Málaga-, indica que éste se mantiene más o menos constante respecto a los años 2001 y 2002, con la salvedad de lo ocurrido en Sevilla, donde se incrementa el número de fallecidos.

Las características sociodemográficas no varían de manera notable con respecto a años precedentes. Así, se mantiene un mayor porcentaje de fallecidos entre los hombres y la media de edad está en torno a los 35 años. Como se ha podido observar, en el rango de edad comprendido entre los 30 y los 39 años se encuentra casi el 50% de los fallecidos.

En relación a las sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos, los opiáceos siguen siendo la sustancia con una mayor presencia, detectándose también en los análisis porcentajes elevados de hipnóticos y sedantes y de cocaína. Si se compara con años anteriores, la presencia de opiáceos y de cocaína ha disminuido.

En cuanto a la presencia de sustancias psicoactivas en los fallecidos, los opiáceos siguen siendo la sustancia que más se detecta, y en menor medida las benzodiacepinas y la cocaína. Estas tres sustancias están más presentes en los fallecidos de 30 años ó más, mientras que en los menores de 30 años existe un mayor porcentaje de fallecidos en los que se detectan alcohol y cannabis.