

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2011. Mortalidad relacionada con drogas

Introducción

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. Sin embargo, la recogida de información no es una tarea fácil porque es heterogénea y las defunciones son, en ocasiones, difíciles de clasificar.

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es muy problemático recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte es con frecuencia el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte (por ejemplo, en los accidentes) la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática. En consecuencia, es preferible monitorizar sólo algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las muertes por reacción aguda tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas, y que actualmente incluye otras sustancias. Un sistema de estas características tiene además la ventaja de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe, habitualmente, documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías² los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

Metodología y resultados

España dispone, en la actualidad, fundamentalmente de dos fuentes de información que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: un Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (DGPNSD³) y el Registro General de Mortalidad (INE⁴).

A continuación, se describe la metodología y los principales resultados de los dos registros de mortalidad por drogas utilizados en España y la estimación resultante de combinar ambos.

2. <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.mssi.gob.es/>

4. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/>

Metodología

Seguidamente se presenta un resumen de la metodología.

Se trata de un registro específico de mortalidad que tiene como objetivo recoger información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas (excepto alcohol y tabaco).

Este indicador comenzó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2011 notificaron datos 17 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias y Castilla-La Mancha). Galicia notificó 45 defunciones, pero no disponía de los análisis toxicológicos, por lo que estos 45 casos no están incluidos en el análisis.

La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Cátedras de Medicina Legal que notifican los datos a su Comunidad Autónoma y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías de la DGPNSD.

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables a incluir, la manera de hacerlo y los criterios de inclusión y exclusión.

La descripción detallada así como la ficha de recogida de datos se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas <http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/observa/seipad/home.htm>

Resultados

En 2011, se notifica información detallada de 408 fallecidos por parte de 16 Comunidades/Ciudades Autónomas. Galicia notifica 45 casos sin información complementaria por lo que no se incluye en los resultados que se presentan a continuación.

El 82,1% de los fallecidos son varones frente a un 17,9% de mujeres. Este predominio masculino es un rasgo constante desde el principio de la serie aunque, en los últimos años, se observa una tendencia ascendente de la proporción de mujeres fallecidas.

La edad media en 2011 es de 40,2 años, manteniéndose el ascenso iniciado en 2003. De hecho, en 2011, más de la mitad de los fallecidos tienen más de 40 años. En cuanto al estado civil, se mantiene el predominio de las personas solteras (63,6%).

En la mayoría de los cadáveres, hubo evidencia de consumo reciente (89,9%), pero sólo el 16,3% de los fallecidos mostró signos de venopunción. En la mayor parte de los casos (87,6%), no hubo evidencias de suicidio. En el 37,2% de los fallecidos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias. La serología VIH fue positiva en el 39,2% de los casos (Tabla 2.3.1).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón con más de 40 años, soltero, sin patología previa, que ha consumido recientemente alguna sustancia y en el que no se evidencian signos de suicidio.

Tabla 2.3.1.

Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2011.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	408
Sexo (%)									
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2
Grupo de edad (años)									
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0
30-34	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4
>= 45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0
Estado civil (%)									
Soltero/a	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3	61,0	63,6
Casado/a	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2
Separado/a-Divorciado/a	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2
Viudo/a	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2,0
Procedencia del cadáver (%)									
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9	64,3	68,6
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14,0	11,1
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0	3,7	4,9
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3	7,1	4,9
Evidencias de consumo reciente (%)									
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4	77,4	89,9
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6	22,6	10,1
Evidencia de suicidio (%)									
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5	9,7	12,4
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5	90,3	87,6
Signos recientes venopunción(%)									
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)									
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9	31,4	37,2
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8
Anticuerpos anti-VIH (%)									
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8

* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Los resultados muestran que, de manera global, tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína intravenosa, se aprecia una tendencia descendente de la mortalidad que se mantiene en 2011.

Desde el punto de vista metodológico, conviene aclarar que las Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad no son las mismas todos los años. Por esta razón, la Figura 2.3.1 muestra, en la primera línea, los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador (diferentes según el año) y, en la segunda línea, los datos de seis ciudades españolas que declaran de manera constante, lo que aporta homogeneidad a los datos. Estas seis ciudades se corresponden con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

Del mismo modo, variaciones en la notificación de algunas de las CCAA, mejoras en el registro o modificaciones en los partidos judiciales notificados podrían justificar algunos de los cambios que se observan en el número total de fallecidos nacionales (Figura 2.3.1).

Figura 2.3.1.

Número de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (Indicador Mortalidad¹ y seis ciudades²). España, 1983-2011³.



En la Figura 2.3.2 y Tabla 2.3.2 se presenta la evolución de las defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en España de 1983 a 2011. Los datos se corresponden con el porcentaje/número absoluto de fallecidos en los que se identificaron, en los análisis toxicológicos, cada una de las sustancias o metabolitos a los que se hace referencia.

Figura 2.3.2.

Proporción (%) de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1983-2011.

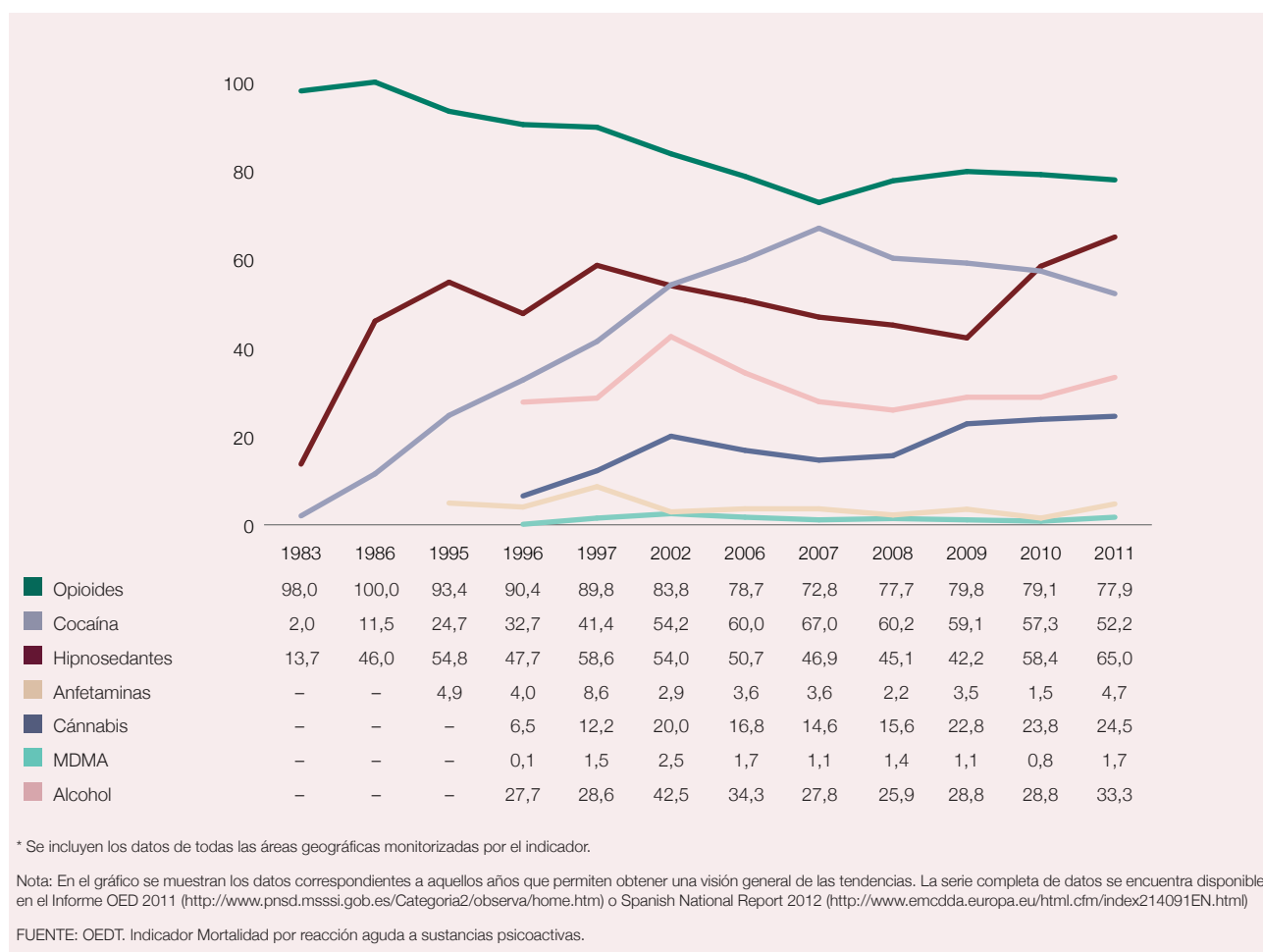


Tabla 2.3.2.

Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 2003-2011.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Opioides	376	349	356	338	340	324	346	409	318
Benzodiazepinas	234	225	241	203	212	186	180	292	258
Cocaína	305	280	315	250	313	251	247	297	213
Alcohol	191	167	150	143	130	108	120	149	136
Cánnabis	82	78	95	70	68	65	88	123	100
Anfetaminas	15	12	12	15	17	9	13	8	19
MDMA y derivados	8	9	2	7	5	6	4	4	7
Barbitúricos	1	2	5	4	0	0	2	2	4
S. Volátiles	0	0	1	1	7	0	0	0	3
Alucinógenos	2	5	0	1	2	3	0	2	2
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408

* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El policonsumo de sustancias es el patrón más frecuentemente hallado entre los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Los opioides fueron la sustancia identificada en un mayor número de ellos (77,9%), los hipnosedantes se mantienen como segunda sustancia más prevalente (65%), rompiendo la tendencia descendente iniciada en el 2005, mostrando un brusco aumento y superando a la cocaína, que ocupó la segunda posición durante los años 2002-2009.

La cocaína, mantiene la tendencia descendente iniciada en 2007 (67%), mostrando su presencia en el 52,2% de las muertes en 2011.

En las Figuras 2.3.3 y 2.3.4, se analiza, más detalladamente, la evolución temporal de los datos correspondientes a opioides y a cocaína, valorando ciertas combinaciones específicas que han resultado de interés, por su alta prevalencia, a lo largo de los años.

Figura 2.3.3.

Proporción (%) de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (opioides y no cocaína, sólo opioides, opioides con benzodiazepinas (BZD) y/o alcohol). España*, 1983-2011.

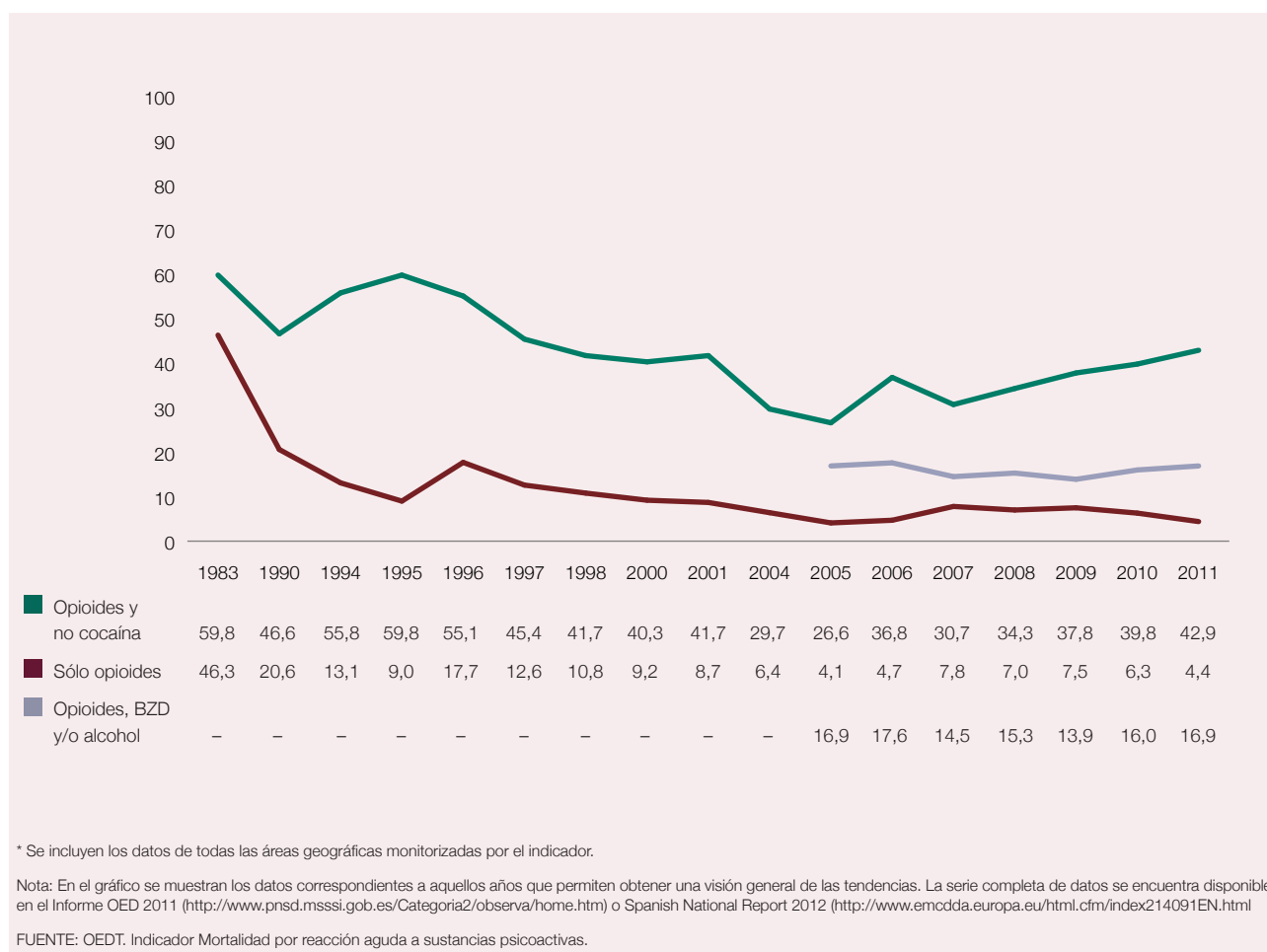
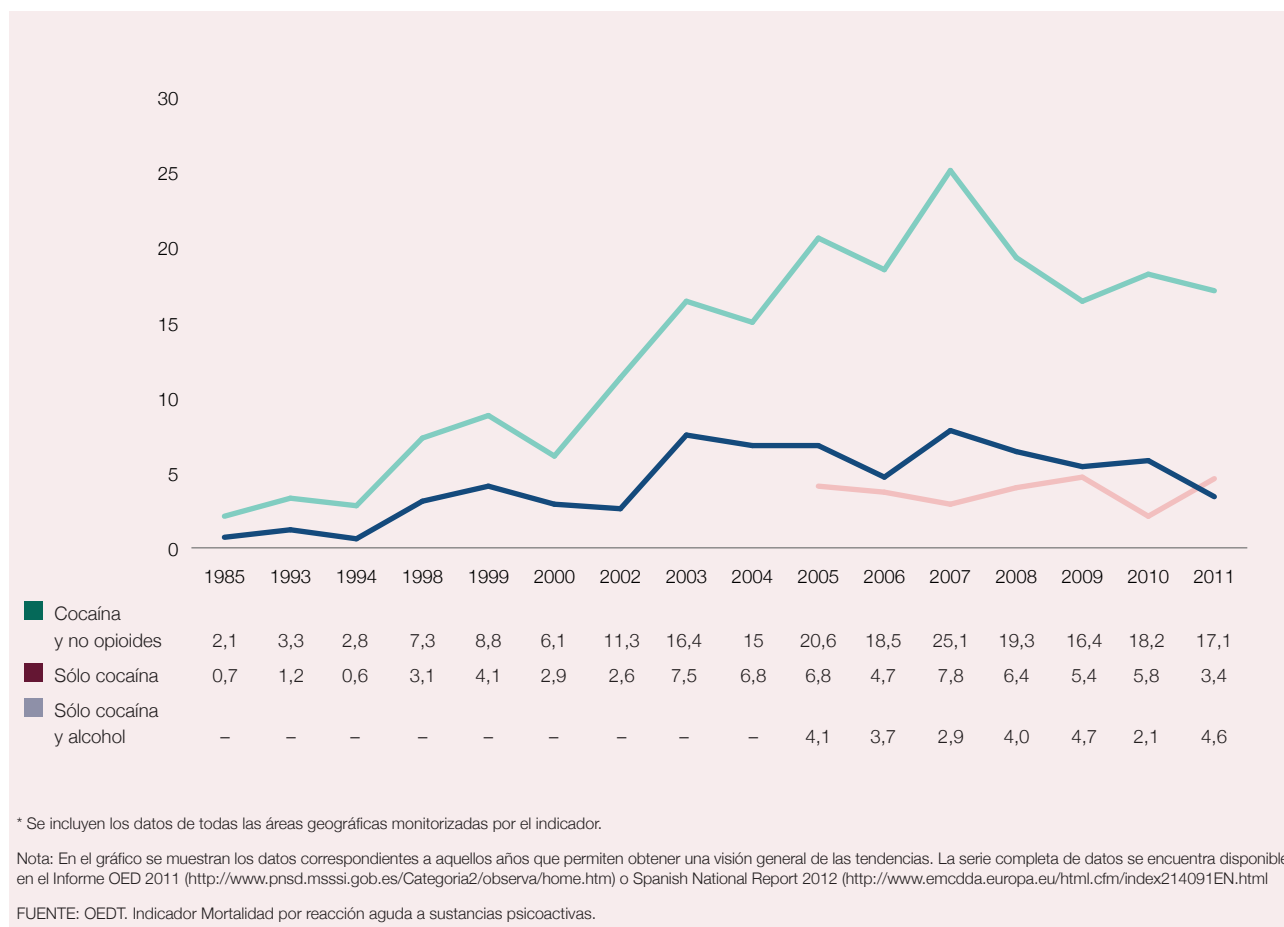


Figura 2.3.4.

Proporción (%) de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (cocaína y no opioides, sólo cocaína, sólo cocaína y alcohol). España*, 1983-2011.



Registro General de Mortalidad

Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de Defunciones según la Causa de Muerte clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Las bases de datos de mortalidad se elaboran en colaboración con las CCAA. La fuente primaria de información son los Registros Civiles que envían, mensualmente, los boletines de defunción a las delegaciones del INE. La última base de datos de mortalidad disponible a nivel nacional es la del año 2011.

A continuación, se muestra un análisis de la mortalidad seleccionando los códigos CIE-10 propuestos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías⁵, que incluye los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62 y Y12. A éstos se añade el X44 para adaptarse al contexto español. Este último código incluye los envenenamientos accidentales por exposición a drogas y es muy utilizado en España para codificar muertes por “sobredosis”.

5. The DRD-Standard, versión 3.0 EMCDDA Scientific Report. EMCDDA/P1/2002. <http://www.emcdda.eu.int>.

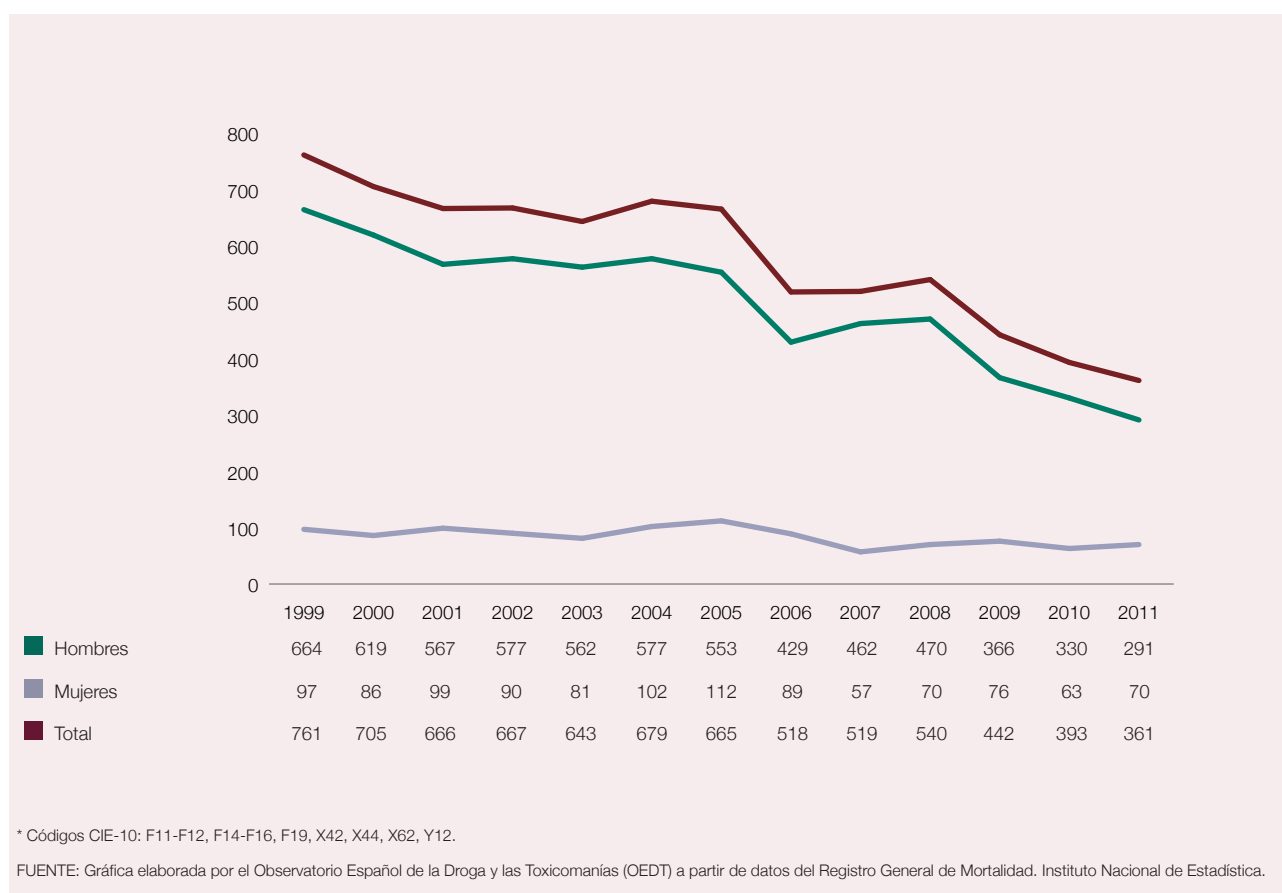
Resultados

En 2011 se codificaron, bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 361 defunciones, cifra que mantiene la tendencia descendente que se observa desde que se inició la extracción de datos del Registro General de Mortalidad en 1999.

En cuanto a las características de los fallecidos, a lo largo del periodo 1999-2011 se aprecia también un predominio masculino, mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2011, supone el 82,8% de las defunciones (Figura 2.3.5).

Figura 2.3.5.

Evolución de la mortalidad* por consumo de sustancias psicoactivas según sexo. España, 1999-2011.

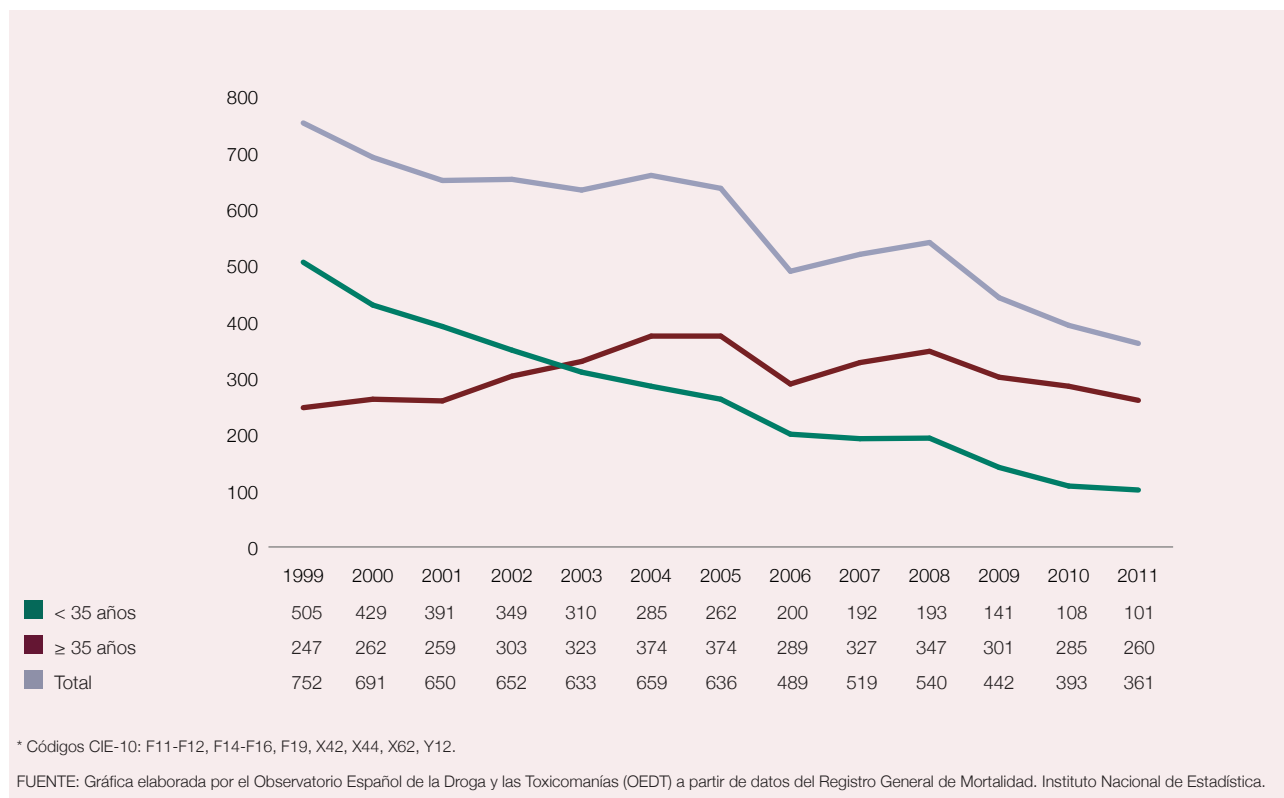


La distribución de las defunciones en función de la edad a lo largo de la serie histórica (Figura 2.3.6), muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos.

En la década de los noventa, la mayoría de las muertes se daban en menores de 35 años pero, desde 2003, aquellos con 35 o más años superan a los menores de esta edad.

Figura 2.3.6.

Evolución del número de defunciones* por consumo de sustancias psicoactivas desagregado por edad. España, 1999-2011.



Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad

Metodología

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen algunas limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se realiza una estimación de defunciones a partir de la información disponible.

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas las CCAA declaran a este registro y, además, algunas de ellas no declaran datos de todos los partidos judiciales, sino de ciudades o zonas —variables según los años—. Se trata, por tanto, de un registro específico pero sin cobertura completa a nivel nacional y con variaciones en las CCAA que notifican, según el año.

El Registro General de Mortalidad, sí tiene cobertura completa a nivel nacional y, aunque la calidad del registro es buena, es sabido que existe una infranotificación en las defunciones secundarias a drogas.

Por tanto, para estimar el número de muertes por drogas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico, con la mayor cobertura del Registro General. Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General (seleccionando únicamente las defunciones en aquellas ciudades/provincias⁷ que declaran de manera periódica en ambos registros). En la Figura 2.3.7 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

7. Provincia de Álava, provincia de Guipúzcoa, provincia de Vizcaya, ciudad de Bilbao, provincia de La Coruña, provincia de Lugo, provincia de Orense, provincia de Pontevedra, Comunidad de Murcia, provincia de Ávila, provincia de Burgos, provincia de León, ciudad de Ponferrada, provincia de Palencia, provincia de Salamanca, provincia de Segovia, provincia de Soria, provincia de Valladolid, ciudad de Valladolid, provincia de Zamora, provincia de Sevilla, ciudad de Sevilla, provincia de Málaga, ciudad de Málaga, provincia Granada, ciudad de Granada, ciudad de Palma de Mallorca, ciudad de Madrid, ciudad de Getafe, ciudad de Leganés, ciudad de Majadahonda, ciudad de Barcelona, ciudad de Valencia, ciudad de Zaragoza, ciudad de Pamplona, ciudad de Las Palmas de GC, ciudad de Sta. Cruz Tenerife, ciudad de Badajoz, ciudad de Cáceres

Figura 2.3.7.

Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.

$$\begin{aligned}
 \text{Estimación del número de defunciones por drogas ilegales} &= \text{Defunciones por drogas ilegales Registro de Mortalidad} * \text{Coeficiente de subregistro} \\
 &= \text{Defunciones Registro Específico de Mortalidad (selección de ciudades/provincias)} \\
 \text{Coeficiente de subregistro} &= \frac{\text{Defunciones Registro Específico de Mortalidad (selección de ciudades/provincias)}}{\text{Defunciones Registro General de Mortalidad (selección de ciudades/provincias)}}
 \end{aligned}$$

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Aplicando este coeficiente, se corrige parte de la subnotificación, pero es sabido que el consumo de drogas ilegales aumenta la probabilidad de morir por diversas causas y que, sin embargo, la repercusión de este hecho no se refleja, adecuadamente, en la mortalidad general. Por tanto, esta estimación se refiere al mínimo número de muertes secundarias al consumo de drogas ilegales, pudiendo éste ser más elevado. Estudios más específicos (estudios de cohortes, mortalidad proporcional, etc.) podrían aportar información complementaria de gran interés.

Resultados

En la Figura 2.3.8. se muestran los datos procedentes de la estimación de defunciones por drogas ilegales, a nivel nacional, desde 1983 hasta 2011. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa, se mantiene una tendencia descendente que parece haberse estabilizado. En 2011 se produjeron un total de 387.911 defunciones en España, de las que se estima que 736 estuvieron provocadas por el consumo no médico de sustancias ilegales.

Figura 2.3.8.

Estimación del número total de defunciones por drogas ilegales. España, 1983-2011.

