

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN JÓVENES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID: 1990-1991

Cristina Sarasqueta Eizaguirre / M^a Victoria Zunzunegui Pastor
Área de Epidemiología. Centro Universitario de Salud Pública. Madrid

Resumen

El objetivo de este trabajo es cuantificar la mortalidad por SIDA, reacción aguda a opiáceos y cocaína y accidentes de tráfico de vehículos a motor en jóvenes entre 15 y 39 años en la Comunidad de Madrid en 1990 y 1991. Se han utilizado datos facilitados por el Registro Regional de SIDA, Instituto Anatómico Forense de Madrid, Equipos de policía judicial y Dirección General de Tráfico. Los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de mortalidad, seguida por la reacción aguda a droga y el SIDA tanto para hombres como para mujeres.

Palabras clave: Mortalidad. SIDA. Drogas. Accidentes de tráfico.

PRINCIPLES CAUSES OF MORTALITY AMONG YOUNGS IN THE COMMUNITY OF MADRID: 1990-1991

Summary

Our objective is to quantify the mortality from AIDS, narcotic related deaths, and traffic accidents among those between 15 and 39 years of age, in the Community of Madrid, 1990-1991. Data provided by the Regional Register of AIDS, Forensic Institute of Madrid, local police teams and the Traffic Directorate General have been used. Mortality from traffic accidents ranked first as a cause of death, followed by narcotic-related deaths and AIDS, both for men and women.

Key words: Mortality. AIDS. Narcotics. Traffic accidents.

Introducción

El aumento y el cambio de mortalidad en los jóvenes de algunas grandes ciudades afectadas por la epidemia del SIDA y con alto consumo de drogas ha sido documentado en publicaciones recientes¹⁻³. Las principales causas de mortalidad en adolescentes y jóvenes parecen originarse en la estructura social y los estilos de vida que las sociedades del mundo desarrollado les ofrecen. En su mayor parte son causas prevenibles cuyas raíces culturales se concretan en la adopción de comportamientos con riesgo para la salud: SIDA, droga, accidentes de tráfico y muertes por homicidios y suicidios.

También en la Comunidad de Madrid la mortalidad en el grupo de 16 a 40 años presenta una tendencia claramente ascendente en los últimos años (Fig. 1). Entre los años 1985 y 1991 se observa un aumento de mortalidad por todas las causas del

42%^{4,6}. Sin embargo, el estudio detallado de la mortalidad en este grupo de edad no puede realizarse a partir de estadísticas del Movimiento Natural de la Población (MNP), ya que estos datos presentan serias limitaciones en la codificación del SIDA, las defunciones por reacción aguda a drogas, y en menor cuantía los accidentes de tráfico.

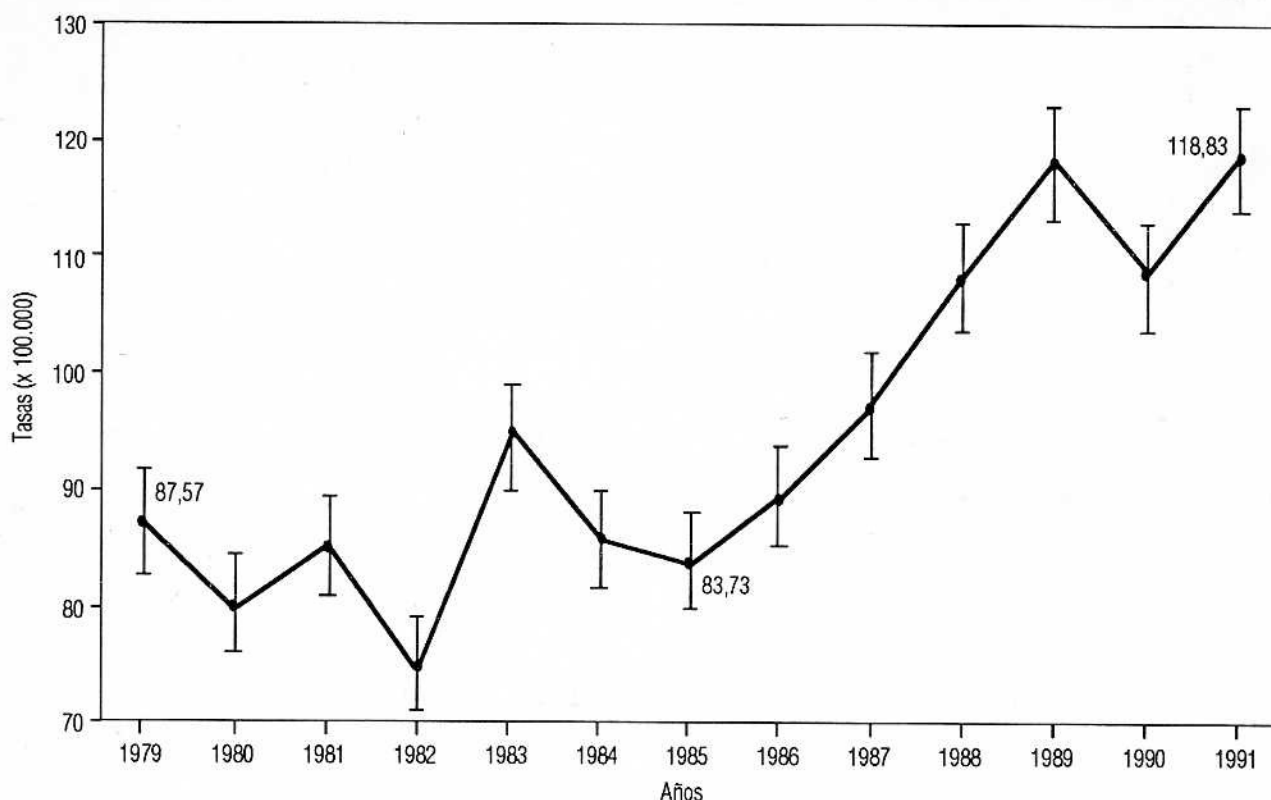
La codificación del SIDA como causa de defunción se incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades en 1988 con el código 279.5. Sin embargo, tanto para este año como para 1989 las estadísticas del MNP presentan un considerable subregistro, recogiendo 2 y 242 defunciones respectivamente. Según el registro de SIDA de la Comunidad Autónoma de Madrid se produjeron 145 y 275 defunciones para estos años.

La mortalidad por reacción aguda a opiáceos y cocaína no está contemplada en la Clasificación Internacional de Enfermedades de un modo concreto y las defunciones atribuibles a ella aparecen

Correspondencia: Cristina Sarasqueta Eizaguirre. Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu. Apartado 477; 20080 San Sebastián

Este artículo fue recibido el 28 de abril de 1993 y fue aceptado tras revisión el 20 de enero de 1994

Figura 1. Evolución de las Tasas de Mortalidad por todas las causas en jóvenes de 15 a 39 años. CAM: 1979-1991¹



(1) Elaboración propia a partir de las referencias 4, 5 y 6.
Las barras verticales representan los Intervalos de Confianza

dispersas en distintos códigos generalmente del grupo de causas externas. Una aproximación a esta información se puede encontrar en la memoria anual del SEIT (Sistema Español de Información sobre Toxicomanías) que a partir de 1989 incluye el indicador de mortalidad por drogas en la ciudad de Madrid, aunque no para toda la Comunidad de Madrid.

El dato que se publica en el MNP sobre accidentes de tráfico por vehículos de motor (código E810-819) solamente incluye aquellas defunciones que ocurren dentro de un período de 24 horas después del accidente. La realidad es diferente ya que se calcula que entre un 20 y un 30% de las defunciones que son consecuencia de un accidente de tráfico ocurren pasadas 24 horas del accidente⁷.

Por último, existe un retraso de al menos tres años en la publicación de las estadísticas del MNP. En el momento de escritura de este artículo, el último año de publicación corresponde a las defunciones en 1989.

Puesto que el estudio de la mortalidad prevenible en jóvenes es de importancia ya que el conocimiento de las principales causas de defunción constituye una base fundamental para la formulación de políticas de Salud Pública, nos hemos planteado el uso de fuentes de información alternativas a las estadís-

ticas oficiales del MNP, con el propósito de mejorarlas.

El objetivo del presente trabajo es cuantificar la mortalidad por SIDA, reacción aguda a opiáceos y cocaína y accidentes de tráfico de vehículos a motor, en jóvenes de 15 a 39 años en la Comunidad de Madrid en el período 1990-1991, mediante fuentes de información alternativas a las estadísticas del MNP.

Sujetos y métodos

Las defunciones de los casos de SIDA para 1990 y 1991 se han obtenido a partir del Registro Nacional del SIDA de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) actualizado a 27 de diciembre de 1991. Los casos notificados al registro son seguidos mediante notificación pasiva y búsqueda activa a través de archivos hospitalarios, consultas externas, altas hospitalarias, obituarios y causas relacionadas con el VIH.

Los datos de mortalidad por reacción aguda tras el consumo de opiáceos y cocaína, indicador definido por el SEIT (Servicio Estatal de Información de

Tabla 1. Mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos a motor, reacción aguda a drogas y SIDA en jóvenes de 15 a 39 años según registros específicos CAM 1990-1991¹

	1990			1991		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Accidentes de tráfico	331 (22,07)	64 (12,6)	395 (18,8)	372 (20,2)	79 (14,9)	451 (19,04)
Drogas	224 (14,9)	24 (4,7)	248 (11,8)	322 (17,5)	31 (5,9)	353 (14,9)
SIDA	271 (18,06)	63 (12,4)	334 (15,9)	275 (14,9)	4,8 (9,1)	323 (13,6)
Todas las causas ²	1500	506	2096	1840	528	2368

(1) Entre paréntesis se indica el porcentaje sobre el total de causas.

(2) Fuente de información: Consejería de Salud de la CAM⁶.

Toxicomanías), han sido proporcionados por el Instituto Anatómico-Forense del partido Judicial de Madrid y por los Juzgados decanos y/o Equipos de policía judicial del resto de los partidos judiciales de la CAM en el período 1990-91. Cuando la información no era facilitada por los juzgados decanos, se acudía a las comisarías o Equipos de policía judicial (no existen comisarías en municipios con menos de 20.000 habitantes).

Para validar la fuente de información de las comisarías se procedió a la confirmación de los casos en un municipio de 200.000 habitantes en la corona urbana de Madrid, contando con la colaboración de los funcionarios del juzgado para acceder al informe forense. El proceso de validación fue el siguiente: la policía posee un registro de personas fallecidas por sobredosis. Por fecha del fallecimiento se identifica el juzgado de guardia en ese día. En el Libro de Registro de Asuntos Criminales de dicho juzgado, el número de diligencia atribuido en comisaría se relaciona con el número de diligencia del juzgado. Mediante este número de diligencia, se localiza en el Registro Civil el informe del forense.

Todos los casos recogidos como defunciones por drogas por la policía fueron posteriormente confirmados por la autopsia.

El servicio de estadística de la Dirección General de Tráfico ha proporcionado el número de defunciones por accidentes de tráfico de vehículos a motor por grupos de edad y sexo. Ésta recoge las defunciones ocurridas dentro de las 24 horas siguientes al accidente. Un coeficiente de conversión con un valor del 29,17% ha sido aplicado a estas defunciones para estimar el número de muertes que ocurrirían en el plazo de 30 días siguientes al accidente.

Se calcula la mortalidad proporcional para SIDA, reacción aguda a opiáceos y cocaína y accidente de tráfico de vehículos a motor a partir de los registros específicos y referida a la mortalidad por todas las causas.

Resultados

En la tabla 1 se presenta el número de defunciones y la mortalidad proporcional por SIDA, reacción aguda a drogas y accidentes de tráfico de vehículos a motor según registros específicos.

La búsqueda de defunciones por reacción aguda a drogas en los municipios de la Comunidad de Madrid, excluyendo Madrid capital, permitió descubrir 59 casos de defunciones en hombres y cinco casos de defunciones en mujeres, registradas en fuentes policiales de partidos judiciales no adscritos al Instituto Anatómico-Forense (o no cubiertos en el indicador de mortalidad por droga del SEIT). La adición de estas defunciones a los datos del Instituto Anatómico-Forense supone un incremento en la mortalidad del 12% para los hombres y del 10% para las mujeres.

En 1991, la mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos a motor supone el 19% de la mortalidad en este grupo de edad, la mortalidad por droga el 15% y la mortalidad por SIDA el 13,6%. En otras palabras, una de cada cinco defunciones en jóvenes se produce por accidentes de tráfico, una de cada seis por droga y una de cada siete por SIDA y estas tres causas explican la mitad de la mortalidad en jóvenes. En mujeres, la primera causa de muerte sigue siendo los accidentes de tráfico, seguida del SIDA y en tercer lugar la reacción aguda a drogas. En hombres, la primera causa son los accidentes de tráfico, la segunda la reacción aguda a drogas y la tercera el SIDA.

Discusión

El presente trabajo cuantifica la mortalidad para las tres primeras causas para el grupo de edad de 15 a 39 años en la Comunidad Autónoma de Madrid en el período 1990-1991: accidentes de tráfico, reacción aguda a drogas y SIDA.

Se utilizan fuentes de datos alternativas al MNP de la Comunidad Autónoma de Madrid que hacen posible la presentación de datos que posibilitan la comparación necesaria para valorar los sesgos que se cometerían si se realizara un estudio de mortalidad en jóvenes basado exclusivamente en las estadísticas del MNP. Sin embargo, estas fuentes de información alternativas también presentan limitaciones que llevan a un subregistro de la mortalidad por SIDA y drogas.

Como se explicaba en la sección de métodos, la Dirección General de Tráfico realiza una corrección basada en un estudio que se llevó a cabo en 1968 sobre la supervivencia de los heridos graves en accidentes de tráfico. La supervivencia puede haber aumentado debido a la mejora en la red de comunicaciones y el acceso a los servicios hospitalarios de urgencia, pero por otra parte también las características de los vehículos actuales hacen que los accidentes revistan mayor gravedad. Con posterioridad a esta fecha se han ido realizando chequeos para comprobar la validez de este coeficiente con el paso del tiempo. A partir del 1/1/93 se aplica otro método de corrección con coeficientes que varían según el tipo de usuario (conductor, acompañante o peatón) y según la zona donde haya tenido lugar el accidente (zona urbana o carretera). La mortalidad por accidentes de tráfico podría estar subestimada por las defunciones ocurridas pasados 30 días del accidente, aunque en menor cuantía dado que casi todos los accidentes de tráfico mortales el fallecimiento se produce dentro de un corto plazo y superado éste la probabilidad de morir es muy reducida.

La mortalidad por reacción aguda a drogas es también una subestimación de la realidad: la autopsia puede ser evitada en aquellos casos donde la defunción se produce en el domicilio. Algo similar podría ocurrir con las muertes ocurridas en los hospitales, por ejemplo en los servicios de urgencia. Por otra parte, dada la movilidad de la población toxicómana que tiende a instalarse en núcleos urbanos y para evitar la consiguiente sobreestimación, se han incluido exclusivamente individuos domiciliados en municipios de la CAM.

Las notificaciones al registro de SIDA llevan a subestimar el número de defunciones. Investigaciones llevadas a cabo en EEUU⁸⁻¹⁰ y en Inglaterra y Gales¹¹ sugieren una infraestimación del impacto del SIDA según los registros de vigilancia del SIDA. Según el CDC, cuando se tienen en cuenta los casos no diagnosticados y los casos no notificados, el registro de vigilancia de SIDA identifica un 70-90% de las defunciones relacionadas con la infección por VIH. Stoneburner¹⁰ identifica que muchas de las defunciones en usuarios de droga por vía intravenosa relacio-

nadas con la infección por VIH no han sido identificadas por los registros de vigilancia del SIDA. También en la Comunidad de Madrid se ha observado un aumento en algunas causas no recogidas como SIDA, como son las enfermedades infecciosas y parasitarias en hombres, cuyo número se ha duplicado entre 1986 y 1989. Otra fuente posible de sesgo podría derivarse del hecho de que el registro recoge el estado vital de los casos de SIDA; en caso de morir por otra causa, como sobredosis o suicidio, quedaría registrado como defunción por SIDA. En este caso la causa primera no es el SIDA pero sí podría ser la causa subyacente. Existe por tanto una pequeña probabilidad de duplicidad en aquellas defunciones por sobredosis en casos de SIDA que figuran en el Registro Regional.

En conclusión, los datos sobre defunciones por SIDA, droga y accidentes de tráfico recogidos por fuentes complementarias y registros específicos han permitido estimar la mortalidad por estas causas en los jóvenes de la CAM para 1990-1991. Esta estimación no sería posible a partir del MNP porque todavía no está disponible para estos años y en años anteriores la codificación por estas causas adolecía de grandes limitaciones. Nuestra estimación del número de defunciones es una subestimación de las verdaderas defunciones ocurridas por SIDA y reacción aguda a opiáceos y cocaína.

El aumento de la mortalidad por todas las causas en este grupo de edad ha sido observado en otros países. En EEUU, en 1984, se dio una inversión de la mortalidad en hombres jóvenes pasando de una tendencia descendente a un claro ascenso atribuible a la mortalidad relacionada con el VIH. Además, hay un aumento específico en causas relacionadas con la infección por VIH y en causas inespecíficas o desconocidas⁸. También en Inglaterra y Gales, donde la epidemia se concentra en hombres homosexuales, se observa un aumento de la mortalidad para los hombres solteros, especialmente en las causas relacionadas con la infección por VIH¹².

En España, las causas sociales del SIDA y la droga coinciden en gran medida. La combinación SIDA-droga es la primera causa de mortalidad prematura en la Comunidad de Madrid para el período 1990-1991.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración del servicio de estadística de la Dirección General de Tráfico, del Instituto Anatómico-Forense de Madrid, de los Juzgados Decano, Equipos de Policía Judicial y Comisarías, y del Servicio de Epidemiología de la Consejería de Salud de la CAM y a Jesús Castilla por sus comentarios.

Bibliografía

1. CDC. Mortality Attributable to HIV infection/AIDS-United States, 1981-1990. *MMWR* 1991; 40: 41-4.
2. Flanche P, Valleron AJ. Impact démographique de la mortalité par SIDA en France en 1990: Le SIDA devant le suicide et proche des accidents de la circulation. *Rev Epidemiol Santé Pub* 1988; 36: 196-201.
3. Castilla J, Iñigo J, Sendra JM, Tello O. Años potenciales de vida perdidos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en España 1981-1990. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 245-8.
4. Consejería de Salud, CAM. *Movimiento Natural de la Población*. Vol III, 1989. Madrid: Consejería de Salud, 1992.
5. Consejería de Salud, CAM. *Demografía y Salud* (Boletín trimestral del MNP). Nº 20, 1992. Madrid: Consejería de Salud, 1992.
6. Consejería de Economía, CAM. *Resultados provisionales de los censos de Población y Vivienda, 1991*. Madrid: Consejería de Economía, 1992.
7. Ministerio de la Gobernación. *Boletín Informativo de la Dirección General de la Jefatura Central de Tráfico*. Mayo 1969. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1969.
8. Buehler JW, Owen JD, Berkelman RL, et al. Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality trends in young men United States. *Am J Public Health* 1990; 80: 1080-6.
9. Chu SY, Buehler JW, Berkelman RL. Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality in woman of reproductive age, United States. *JAMA* 1990; 264: 225-9.
10. Stonburner RL, del Jarlais DC, Benezra D, et al. A larger spectrum of Severe HIV-1 related Disease in Intravenous Drug Users in New York City. *Science* 11, November 1988; 242: 916-9.
11. McCormick A. Trends in mortality statistics in England and Wales with particular reference to AIDS from 1984 to april 1987. *Br Med J* 1988; 297: 1289-92.
12. McCormick A. Excess mortality associated with the HIV epidemic in England and Wales. *Br Med J* 1991; 302: 1375-6.

