

INDICADOR: URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANIAS

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



Protocolo del Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas. 2003.

EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO:

Rosario Ballesta, José Luis Gurucelain (Andalucía)
Juan Faura (Aragón)
Margarita Eguiagaray (Asturias)
Antonia Galmés (Baleares)
Silvia Mendieta (Cantabria)
Milagros Domínguez, Rafael Claverie (Canarias)
Elena Rodríguez (Castilla-La Mancha)
Ana Sánchez, Ana Álvarez (Castilla y León)
Josep María Suelves, Teresa Brugal, Antonia Domingo (Cataluña)
Tomás Rodríguez (Extremadura)
Indalecio Carrera, Manuel Araujo (Galicia)
Ana Ruiz, Luis Fernando Portales (Madrid)
J. Francisco Correa (Murcia)
Miguel Martínez (Navarra)
Isabel Izarzugaza, Nieves Rodríguez, Mikel Marañón (País Vasco)
Miguel Ginés, Carmen Gutiérrez (La Rioja)
Miguel Castellano (Valencia)
Araceli Camino (Ceuta)
Flor Roche (Melilla)
Cristina Infante, Aurora Ruiz, Luis Royuela, Gregorio Barrio, Emiliano Martín (OED. DGPNSD)

REDACCIÓN

Observatorio Español sobre Drogas (OED). DGPNSD
Luis Royuela
Gregorio Barrio

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS

Diseño: Observatorio Español sobre Drogas (OED). DGPNSD. Luis Royuela y Gregorio Barrio
Elaboración: INDRA, S.A.

COLABORADORES EN VERSIONES ANTERIORES DEL PROTOCOLO

Este protocolo se basa en parte en uno redactado en 1996 que se aplicó entre 1996 y 2002, y en otro redactado en 1998 que no llegó a aplicarse ni a ser publicado. Además de algunos de los autores mencionados arriba, en los protocolos de 1996 y 1998 colaboraron: Luis de la Fuente, Casto López, Julián Vicente, MA Ángeles Rodríguez, Mercedes Suárez, Fernando Arenas, Andrés Candado, Francisco Sañudo, Margarita Rotger, César Pascual, Carlos Alonso, Juana Matía, Agustín Ozamiz, Evelia García, Edelmiro Sebastián, Lidón Calduch, J. Carlos Pérez, Pilar Oliden, J. María Antó, Carmen Navarro, Josep Roca, José Sánchez, Imanol Uriguen, Prado Fernández, Susana Heras, Julián Monleón y Caridad Vela.

ÍNDICE

- 1.- Introducción
 - 1.1. Características del indicador que permanecen
 - 1.2. Principales modificaciones introducidas
- 2.- Definición del Indicador
- 3.- Objetivos del Indicador
- 4.- Criterios de inclusión y exclusión de los episodios de urgencia
 - 4.1. Criterios de inclusión
 - 4.2. Criterios de exclusión
- 5.- Hospitales monitorizados
 - 5.1. Criterios de inclusión
 - 5.2. Criterios de exclusión
- 6.- Definiciones de las variables del Indicador Urgencias
 - 6.1. Variables individuales de cada episodio de urgencia hospitalaria registrado
- 7.- Metodología de recogida de información
 - 7.1. Cobertura del sistema
 - 1) Cobertura geográfica
 - 2) Cobertura temporal
 - 7.2. Procedimiento de recogida y transmisión de datos
 - 1) Tareas del equipo de recogida de datos
 - 2) Tareas de la Unidad Autonómica
 - 3) Tareas de la Unidad Central
- 8.- Programa Informático de Gestión y Explotación del Indicador
- 9.- Bibliografía
- 10.- Anexo: Clasificación de Sustancias Registrables

1. INTRODUCCIÓN

El Indicador Urgencias comenzó a funcionar en algunas comunidades autónomas en 1987 en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), pero a diferencia del Indicador Tratamiento, nunca ha llegado a estar implantado en todas las comunidades y, salvo algunas excepciones, las comunidades cubiertas han variado de año en año, así como el número de hospitales monitorizados en cada una de ellas. Además, en 1996 sufrió una modificación muy importante en su definición. Por todo ello, la comparación temporal y espacial debe hacerse con muchas precauciones y sólo para ciertos aspectos.

El nuevo protocolo del Indicador Urgencias tiene como objetivo fundamental obtener de una información más útil que la obtenida hasta estos momentos sobre las urgencias hospitalarias, añadiendo nuevos objetivos al indicador, y aumentar la validez de la información obtenida.

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR QUE PERMANECEN

1) **Está consensuado con todas las comunidades autónomas.**

De esta forma, será posible comparar con ciertas precauciones los datos de cada una con los del resto y con los del conjunto de las áreas geográficas monitorizadas en el Estado.

2) **Sigue siendo un sistema de recogida de episodios.**

Se registrarán todos los episodios de urgencia, independientemente de que varios de ellos hayan sido producidos por la misma persona.

3) **Mantendrá un cierto grado de comparabilidad con los datos que se han venido recogiendo hasta el momento.**

Con algunas cautelas y con un mayor esfuerzo analítico inicial, para las principales variables será posible mantener una cierta comparabilidad con las series recogidas anteriormente.

4) **La cobertura espacial sigue restringiéndose a áreas geográficas bien delimitadas, que deben ser cubiertas exhaustivamente.**

Aunque esta característica fue siempre un deseo, en la práctica, algunas áreas incluidas hasta ahora en el indicador han incumplido esta condición al dejar sin recoger hospitales con un volumen asistencial importante.

5) La información se seguirá recogiendo de forma activa.

Esto supone que, a diferencia del Indicador Tratamiento, deben existir unas personas con adecuada formación, responsables de su recogida. La obtención de los datos no puede basarse en la voluntaria notificación del personal que realiza la atención.

6) Sigue siendo posible realizar una recogida continua en el tiempo o simplemente de una semana al mes (seleccionada de forma aleatoria a nivel central).

No obstante, los nuevos desarrollos existentes en el ámbito europeo intentan buscar indicadores que sirvan de alerta rápida ante nuevos problemas o tendencias emergentes. Esto hace recomendable que se realice una recogida continua en el tiempo, y además, que dicha recogida se realice lo más pronto posible después de producida la urgencia.

1.2. PRINCIPALES MODIFICACIONES INTRODUCIDAS

1) Pasan a recogerse todos los episodios de urgencia en que se menciona el uso de sustancias o drogas psicoactivas (excepto aquéllos en que se menciona exclusivamente el uso de alcohol o tabaco) y no sólo los relacionados directamente con el consumo.

Esto supone que habrá que recoger las siguientes urgencias:

- **Complicaciones infecciosas** en inyectores, consumidores o exconsumidores de drogas registrables (abscesos, hepatitis, infección por VIH/SIDA, etc.).
- **Lesiones o traumatismos debidos a causas externas (accidentes, agresiones, autolesiones)** en que se mencione consumo no-médico de drogas psicoactivas registrables.
- **Cualquier otra urgencia en que se mencione consumo no-médico de drogas registrables.**

La razón principal de ampliar de adoptar el criterio de mención de drogas (que por otra parte es el que se utiliza en EE.UU o en la ciudad de Barcelona) reside en que en una proporción importante de urgencias el médico indica en la historia clínica que el sujeto ha usado drogas, pero no indica si la urgencia está relacionada o no con dicho

uso, y a menudo tampoco indica cuánto tiempo antes de la urgencia se ha producido el consumo (una hora, una semana, etc.). Otras veces el médico establece la relación en términos de probabilidad.

Para no desperdiciar las evidencias que aporta el médico sobre la relación entre la urgencia y el uso de drogas, se introduce una nueva variable con 2 categorías que trata de recoger dichas evidencias.

2) Se pasa a recoger las urgencias de un grupo de edad más amplio (15 a 54 años), en vez del que se venía recogiendo (15-49 años).

Se ha ampliado por arriba el grupo de edad porque la población de consumidores de heroína está envejeciendo y, además, en la población de 50-54 años podrían aparecer con cierta frecuencia urgencias por psicoestimulantes o tranquilizantes. Sin embargo, de momento se rechazó ampliar la recogida hasta los 64 años porque ello comportaría una gran carga de trabajo para obtener pocos episodios.

3) Se pasa a recoger literalmente todos los diagnósticos de urgencia citados en la historia clínica

En vez de clasificar la urgencia en 5 grandes grupos diagnósticos, muy poco específicos y poco útiles, como venía haciéndose hasta ahora, se pasa a recoger todos los diagnósticos citados por el médico en la historia clínica. Posteriormente, el codificador seleccionará los 3 diagnósticos más adecuados. La codificación se hará de acuerdo con la CIE-10. El objetivo es poder obtener información más concreta sobre las complicaciones agudas en que están implicadas las distintas drogas y vías de administración.

4) Continúan sin recogerse los episodios en que existe "consumo médico" de sustancias psicoactivas. Sin embargo, en los consumidores en mantenimiento con opiáceos en que no se menciona consumo de otras sustancias psicoactivas han de recogerse los episodios cuyo diagnóstico esté inequívocamente relacionado con el consumo de estas drogas como la "sobredosis" o el "síndrome de abstinencia".

El objetivo es monitorizar dichos problemas agudos asociados al uso de sustitutivos opiáceos cuando se toman aisladamente o en combinación con otras drogas.

5) Se pasa a recoger las urgencias por exposiciones accidentales o no intencionadas a sustancias psicoactivas, cualquiera que sea la naturaleza de dichas sustancias y la vía de absorción.

Por ejemplo, se recogerá una sobredosis por ruptura en el intestino de una bolsa de cocaína ingerida con fines de tráfico.

2. DEFINICIÓN DEL INDICADOR

Número anual de episodios de urgencia hospitalaria en personas de 15 a 54 años que han consumido sustancias psicoactivas de forma *no-médica*.

Esta definición corresponde al indicador más general que puede obtenerse a partir de la información recogida siguiendo las instrucciones de este protocolo. Sin embargo, pueden definirse otros indicadores seleccionando los episodios con determinadas características.

3. OBJETIVOS DEL INDICADOR

Los siguientes objetivos se aplican en principio al nivel estatal. Algunos son aplicables a cada una de las áreas geográficas monitorizadas, y otros sólo a aquéllas que cuenten con una muestra de episodios suficiente:

- 1) Describir las características sociodemográficas de los consumidores de sustancias psicoactivas atendidos en los servicios hospitalarios de urgencia.
- 2) Describir algunos patrones de consumo de los consumidores de sustancias psicoactivas atendidos en los servicios hospitalarios de urgencia.
- 3) Describir los problemas agudos de los consumidores de sustancias psicoactivas atendidos en los servicios hospitalarios de urgencia.
- 4) Describir las características clínicas de las urgencias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente de las relacionadas con nuevas sustancias, nuevas combinaciones de sustancias o nuevas modalidades de consumo.
- 4) Facilitar un indicador del uso de servicios hospitalarios de urgencia por los consumidores de sustancias psicoactivas. Este objetivo no puede aplicarse a la evaluación de la actividad o rendimiento de los servicios.
- 5) Contribuir, junto con los indicadores Admisiones a Tratamiento y Mortalidad, a alcanzar algunos objetivos globales de los sistemas de información del Plan Nacional sobre Drogas:
 - a) Estimar las tendencias temporales de algunos problemas importantes asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
 - b) Estimar las tendencias temporales de la prevalencia de consumo problemático de heroína y otros opiáceos.

Dadas las características de la red de servicios cubiertos por los tres indicadores el planteamiento de este objetivo para la cocaína puede ser un poco más problemático y aún más planteárselo para otras sustancias psicoactivas.

- c) Estimar las tendencias de las características sociodemográficas y de los patrones de consumo relevantes de los consumidores de heroína y otros opiáceos.

Dadas las características de la red de servicios cubiertos por los tres indicadores el planteamiento de este objetivo para la cocaína puede ser un poco más problemático y aún más planteárselo para otras sustancias psicoactivas.

- d)** Proporcionar información general para el diseño y evaluación de políticas y programas destinados a reducir el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados.
- e)** Proporcionar información para realizar estudios de estimación de la prevalencia de consumo de algunas drogas ilegales, como por ejemplo la heroína.
- f)** Servir de fuente de hipótesis y como base muestral para iniciar nuevos estudios de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS EPISODIOS DE URGENCIA

Se seleccionará y registrará cualquier episodio de urgencia hospitalaria en cuya historia clínica se mencione el consumo de alguna de sustancia psicoactiva, siempre que:

- * Alguna de las sustancias psicoactivas mencionadas esté incluida en la *Clasificación de Sustancias Registrables*.
- * *Se haya producido en la semana de referencia* (entre las 00.00 horas del lunes y las 23.59 horas del domingo siguiente).
- * *Cumpla simultáneamente los 4 criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión* especificados a continuación:

4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1) Ser atendida por un médico en un servicio hospitalario de urgencia.

La *atención* puede incluir la observación y monitorización de las funciones vitales, los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento más o menos intensivo. Se considerarán actividades de atención tanto las relacionadas con aspectos físicos como psicológicos.

La atención ha de realizarse en un *servicio de urgencias de un hospital*. No se incluirán por tanto las urgencias atendidas por ambulancias o servicios de urgencia extrahospitalarios.

2) Existir "**consumo no médico**" alguna droga o sustancia psicoactiva recogida en la lista de sustancias registrables, (excepto las urgencias de sujetos en mantenimiento con metadona u opiáceos sin mención de otras sustancias psicoactivas, que se recogerán cuando exista un diagnóstico inequívoco relacionado con el consumo de opiáceos como "**sobredosis**" o "**síndrome de abstinencia**").

Se considerará que existe "*consumo no médico*" cuando:

- La sustancia consumida no ha sido prescrita por un médico
- La sustancia ha sido prescrita, pero no se han respetado las dosis o la forma de administración prescritas.

El consumo no médico está motivado generalmente por la búsqueda de efectos psíquicos, la existencia de dependencia o un intento de suicidio. En principio, *el consumo de cualquier sustancia psicoactiva de comercio ilegal es un consumo no médico.*

En la práctica se considerará que se produce un *consumo no médico* en cualquiera de las dos situaciones siguientes:

a) Urgencias en cuya historia se menciona explícitamente el consumo habitual o reciente de:

- alguna sustancia psicoactiva de comercio ilegal.
- algún psicofármaco o sustancia psicoactiva de comercio legal no prescrita o recetada por un médico.
- algún psicofármaco o sustancia psicoactiva de comercio legal prescrito o recetado por un médico, pero sin respetar las pautas de administración (dosis, combinaciones con otras sustancias, momento de consumo, vía de administración, etc.) habitualmente recomendadas por los médicos.

b) Urgencias en cuya historia no se menciona explícitamente el consumo no médico de ninguna sustancia psicoactiva, pero aparecen expresiones indicativas de que existe consumo habitual o reciente de alguna de estas sustancias. Por ejemplo:

- Si en la historia aparecen expresiones como "ADVP", "UDVP", "usuario de drogas por vía intravenosa", "inyector de drogas", "ex-ADVP", "abuso de drogas", "consumo de drogas", "drogodependiente", "toxicómano", "drogadicto", "adicto a drogas", o algún sinónimo de las expresiones anteriores.
- Si en la historia clínica aparecen expresiones como "sobredosis", "síndrome de abstinencia" algún sinónimo de las expresiones anteriores, o algún otro diagnóstico de cuya expresión se pueda deducir claramente que el sujeto consume sustancias psicoactivas (por ejemplo, "psicosis cocaínica").

3) Tratarse de una complicación médica, psicológica o traumatológica

Esto significa que *se han de incluir también las lesiones o traumatismos debidos a causas externas*, siempre que se mencione consumo de sustancias psicoactivas. Se incluirán, por tanto, las urgencias cuyo motivo principal de consulta son lesiones o traumatismos causados por autolesiones, accidentes, agresiones u otras causas externas, siempre que se mencione consumo no-médico de sustancias psicoactivas.

Por ejemplo, se incluirán los siguientes episodios:

- Politraumatismo por accidente de tráfico en el que el propio paciente indica que había consumido tranquilizantes y alcohol antes del accidente. Se considera su inclusión porque, aunque originalmente el tranquilizante hubiese sido recetado por un médico, los médicos suelen recomendar no mezclar estas sustancias con alcohol y no conducir cuando se consumen.
- Herida punzante en el abdomen de paciente trasladado a urgencias por la policía como resultado de una reyerta por tráfico de drogas, en cuya orina se encuentran metabolitos de la heroína. En cambio, el mismo caso no se incluiría si en la historia clínica no se mencionase consumo de drogas por parte del paciente.
- Contusiones y erosiones generalizadas de siete días de evolución como resultado de una agresión en varón de 33 años en tratamiento de mantenimiento con metadona. VIH positivo. Múltiples signos de venopunción. Diagnóstico: "Fisura costal derecha. Síndrome febril + Signos de mastitis en mama derecha".
- Lesión en la lengua por caída en inyector de heroína y fumador de crack. No hubo pérdida de conciencia. Diagnóstico: No figura.

4) Producirse en personas con edades comprendidas entre 15 y 54 años, ambos incluidos.

4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se recogerán los episodios de urgencia que, de acuerdo con la documentación clínica, cumplan alguno de los criterios de exclusión siguientes:

1) Urgencias en pacientes menores de 15 años o mayores de 54 años, cualquiera que sea su naturaleza.

2) Urgencias en personas fallecidas previamente

Se excluirán las urgencias en las que el paciente ha llegado muerto al hospital. Se recogerán, en cambio, las urgencias en que se menciona consumo de sustancias psicoactivas en las que el paciente muere en el propio servicio de urgencias.

3) Embarazo y complicaciones del embarazo, aunque se mencione consumo de sustancias psicoactivas.

Ejemplos:

Fumadora habitual de heroína y cocaína. Refiere vómitos hemáticos, dolor abdominal en fosa iliaca derecha irradiado a espalda y diarrea desde hace cinco días. Está embarazada de dos meses. Diagnóstico: "Se descarta hemorragia digestiva alta. Valorar amenaza de aborto".

4) Urgencias por reacciones adversas a medicamentos (excepto

en el caso de mención exclusiva de opiáceos prescritos en programas de mantenimiento cuyo diagnóstico está inequívocamente relacionado con opiáceos).

Se excluirán las urgencias por reacciones indeseables tras el consumo de cualquier fármaco o medicamento utilizado en la forma, dosis y con los fines para los que ha sido autorizado.

Esta exclusión NO SE APLICARÁ cuando la reacción adversa esté inequívocamente relacionada con opiáceos (sobredosis, síndrome de abstinencia) y el sujeto indique que está en un programa de mantenimiento y ha consumido únicamente el opiáceo recomendado aunque se hayan respetado la forma de administración y las dosis indicadas por el terapeuta, y no haya mención de consumo de ninguna otra sustancia psicoactiva.

Por ejemplo, SE RECOGERA Y NO SE EXCLUIRÁ una pérdida de conciencia calificada como "sobredosis por opiáceos" en un sujeto en mantenimiento con metadona, que dice que ha consumido la metadona en la dosis y pauta de administración prescrita por su terapeuta.

5) Urgencias de cualquier naturaleza en las que se menciona exclusivamente consumo de alcohol, nicotina (tabaco) o xantinas (café, té, chocolate) o cualquiera de estas sustancias combinadas.

Se recogerá, en cambio, una urgencia en que se menciona consumo médico de alguna sustancia psicoactiva (por ejemplo, benzodiazepinas en la pauta y forma recomendada por el médico) y, además, alcohol.

5. HOSPITALES MONITORIZADOS

Se monitorizarán todos los hospitales relevantes ubicados en el área geográfica que se desea cubrir. En la práctica, para obtener una cobertura suficiente de las urgencias en consumidores de sustancias psicoactivas, se monitorizarán todos los hospitales de cada área seleccionada que cumplan algún criterio de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión que se describen a continuación.

5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se debe recoger, como mínimo, la información de los siguientes hospitales:

1) Todos los hospitales generales públicos, o privados concertados que tienen un número importante de urgencias diarias.

Para seleccionar estos hospitales se utilizará la información más actualizada disponible: Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, Estadísticas del INSALUD o de los Servicios Autonómicos de Salud, etc.

2) Todos los hospitales públicos o privados que tienen un número total de urgencias limitado, pero una proporción alta de urgencias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Esta situación puede darse en algunos hospitales (psiquiátricos o provinciales) que por su tradición siguen atendiendo preferentemente este tipo de urgencias. En el caso de los hospitales psiquiátricos sólo habría que incluir aquellos que disponen de un servicio de urgencias al que acude cualquier paciente del área y no sólo los pacientes previamente tratados en el centro.

5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se monitorizarán los hospitales siguientes:

- * Maternidades
- * Hospitales pediátricos
- * Otros hospitales de especialidades o monográficos existentes en el área.

6. DEFINICIONES DE LAS VARIABLES DEL INDICADOR URGENCIAS HOSPITALARIAS

Se presentan inicialmente las variables que tienen que ser cumplimentadas por las Unidades Autonómicas para cada episodio individual de urgencia.

6.1. VARIABLES INDIVIDUALES DE CADA EPISODIO DE URGENCIA HOSPITALARIA REGISTRADO

Variable 0: Número de matriz

Es un número preimpreso en las dos partes de que consta la hoja de registro individual (solapa superior y cuerpo). Su finalidad es permitir la identificación del número de historia clínica (que está impreso sólo en la solapa superior de la hoja y que en algunos hospitales puede no transmitirse a la Unidad Autónoma).

Variable 1: Número de historia clínica de urgencias

Se anotará el número asignado por el servicio de urgencias a la historia clínica. En algunos casos este número puede corresponder al número asignado al paciente en el registro general del hospital, mientras que en otros es un número propio de urgencias.

Esta variable permite relacionar cada formulario de registro individual con la historia clínica a partir de la cual se ha cumplimentado, cuando se precisa completar la información o corregir errores. En el caso de que esta variable llegue a la Unidad Autónoma, el Programa Informático la eliminará antes del envío de los datos a la Unidad Central.

Se reserva un total de 10 dígitos para la variable, pudiendo ser números, letras u otros símbolos.

Variable 2: Número de identificación del hospital

Número asignado por la Unidad Autónoma a cada servicio de urgencias hospitalarias en los que se recoge información.

Se reservan seis dígitos para esta variable, aunque el número de identificación pueda tener menos. En todo caso el dígito de las unidades se colocará en la casilla situada más a la derecha.

Los episodios en que no se conozca esta variable, no se registrarán.

□ *Variable 3: Fecha de admisión en urgencias (día, mes, año)*

Anotar la fecha (día, mes y año) en que fue atendido el paciente en el servicio de urgencias, no la fecha en que fue dado de alta o la fecha de ingreso en el hospital.

El día, el mes y el año deben cumplimentarse en todos los casos. Si se desconoce la fecha exacta de una urgencia, dicha urgencia no se incluirá en el registro.

Se utilizarán ocho dígitos, dos para el día (de 01 a 31), dos para el mes (de 01 a 12) y cuatro para el año (las cuatro cifras del año). En los días o meses que sólo tengan unidades, se anotará un cero en la casilla de la izquierda.

□ *Variable 4: DOS primeras letras de los dos apellidos*

Para evitar errores de transcripción e interpretación, esta variable se recogerá mediante un sistema de letras preimpreso en la hoja de notificación. En la hoja se incluyen cuatro series , cada una de las cuales incluye un abecedario y un 9.

No se podrá dejar de circular algo en cada serie. La persona que notifica los datos deberá rodear con un círculo una letra (o el 9) en cada serie.

- En la primera serie, la primera letra del primer apellido o un 9, si se desconoce.
- En la segunda serie, la segunda letra del primer apellido o un 9, si se desconoce.
- En la tercera serie, la primera letra del segundo apellido, o un 9, si se desconoce o es inexistente.
- y en la cuarta serie, la segunda letra del segundo apellido, o un 9, si se desconoce o es inexistente.

Posteriormente, en la comunidad autónoma se transcribirán estas letras y números a las casillas sombreadas

A la hora de anotar las letras de los apellidos no se deberán tener en cuenta los artículos, preposiciones o conjunciones que forman una *palabra separada* de los apellidos.

Ejemplos: *de la Torre*: Se anotará ----->TO
Latorre: Se anotará- ----->LA

Al codificar apellidos complejos, es necesario identificar bien cada uno de los dos apellidos.

Ejemplo: *Pérez de Torrens y Aguinaga*:
Primer apellido: *Pérez de Torrens* Se anotará ----->PE
Segundo apellido: *Aguinaga* Se anotará----->AG

En el caso de apellidos que empiecen por "Ll" o "Ch", tanto la "elle" como la "che" se considerarán dos letras.

Ejemplos: *Llovet*: Se anotará----->LL

Chávez:Se anotará----->CH

Si se desconoce un apellido o no existe (por ejemplo, el segundo apellido en el caso de algunos extranjeros) se circulará 99 en las dos series correspondientes. En general, para cada letra desconocida o inexistente se circulará 9 en la serie correspondiente.

Variable 5: Sexo

Valores:

1. Hombre
2. Mujer
9. Desconocido

Variable 6: Fecha de nacimiento (día, mes, año)

En principio esta fecha se cumplimentará a partir de la historia clínica, pero si no consta en la historia pero sí en otro registro al que se puede acceder con los datos disponibles (por ejemplo, con el número de historia), es fundamental acudir a dicho registro para cumplimentarla.

Valores:

Se cumplimenta con seis dígitos, dos para el día (del 01 al 31), dos para el mes (del 01 al 12) y cuatro para el año. En los días o meses que sólo tengan unidades, la casilla de la izquierda se rellenará con un cero.

No han de utilizarse nunca datos aproximados para cumplimentar esta fecha. Si se desconoce la fecha exacta de nacimiento, la parte desconocida (día, mes o año) se cumplimentará con 99 o 9999.

Por ejemplo, si se desconoce día y mes, pero se conoce el año (2003) se pondrá: 99-99-2003.

Variable 7: Edad del paciente al ser atendido en urgencias

Esta variable sólo se cumplimentará si no puede obtenerse la fecha de nacimiento.

Se anotará la edad (en años) del paciente en el momento de la atención en urgencias que figure en la historia clínica.

Si se desconoce la edad exacta se anotará la edad aproximada y, si esto tampoco es posible, se anotará 99, siempre que se pueda suponer que se cumplen los criterios de inclusión referidos al rango de edad.

Variable 8: Nacionalidad

Se anotará literalmente el nombre del país cuya nacionalidad se posee, que no tiene por que coincidir con el país en el que se ha nacido.

Como la inmensa mayoría serán españoles, en este caso se escribirá únicamente la letra mayúscula (E). Si una persona posee otra nacionalidad, además de la española, se anotarán ambas.

Los países se codificarán, según el sistema de tres dígitos del INE, en la Unidad Autonómica.

Variable 9: Provincia de Residencia

Se recogerá la provincia de residencia de hecho: aquélla en la que el paciente ha vivido más tiempo durante los últimos 6 meses antes de la fecha de atención en urgencias. Si no se puede llegar a esta precisión, se anotará la provincia de residencia que consta en la historia clínica. En caso de que en la historia no figure esta información, se recurrirá a otros documentos o archivos hospitalarios (admisión, etc).

Se utilizarán los códigos que se encuentran en el reverso de la Hoja de Registro Individual de Urgencia. Si el sujeto ha residido la mayor parte del tiempo en el extranjero se anotará 99.

Variable 10: Municipio de Residencia

Se anotará aquel en el que haya residido más tiempo durante los seis meses anteriores a la fecha de atención en urgencias. Si no se puede llegar a esta precisión, se anotará el municipio de residencia que consta en la historia clínica. En caso de que en la historia no figure esta información, se recurrirá a otros documentos o archivos hospitalarios (admisión, etc).

La codificación se realizará en la Unidad Autonómica con la asistencia del Programa Informático y se utilizarán los códigos de municipios del INE (Relación de Municipios y Códigos por Provincias a 1 de enero de 1995, INE, Publicaciones Electrónicas).

Valores:

ddd. Código del municipio
888. Si reside en el extranjero
999. Desconocido

Variable 11: Condición legal del paciente

Situación de detenido o de no detenido en que se encuentra el paciente en el momento de producirse la atención en el centro o servicio de urgencias.

Se codificará como sigue:

1. Detenido

Cuando consta en la historia clínica que el paciente ha sido trasladado al hospital detenido por la policía o alguna expresión equivalente.

2. No detenido

En principio, se puede asumir que el paciente se encuadra en situación de "no detenido" cuando no hay ninguna referencia a la condición legal en la historia clínica.

9. Desconocida

Cuando de la expresión que figura en la historia clínica no se puede deducir claramente la condición legal del paciente; por ejemplo, cuando se indica que el paciente acude "acompañado o trasladado al hospital por la policía". Esta expresión es ambigua y no permite deducir si el paciente fue conducido al hospital en condición de detenido o de no detenido.

Variable 12: Diagnósticos de la urgencia

Anotar literalmente *todos* los diagnósticos citados por el médico en la historia clínica en el espacio libre de las tres variables reservadas a este efecto, y en el mismo orden que son citados por el médico. Se trata de recoger los diagnósticos que ha establecido el médico tras evaluar al paciente el servicio de urgencias y no los motivos o razones subjetivas por los que el paciente ha acudido a dicho servicio.

Cuando intente recoger los diagnósticos citados en la historia clínica el recolector de datos se puede encontrar con varias situaciones:

- I. Que exista un apartado delimitado y específico de la historia para anotar los diagnósticos (denominado Diagnóstico, Juicio Clínico, J.C., etc., dependiendo del médico y del hospital) y que ese apartado esté cumplimentado con algún diagnóstico válido y claro (distinto de politoxicomanía, abuso de drogas, no patología urgente).

En este caso el recolector de datos anotará los diagnósticos citados por el médico en este apartado y en el mismo orden que son citados. Si anotará todas las palabras o expresiones que aparecen en este apartado (aunque sean más de 3), sean síntomas, signos, síndromes, o enfermedades. Posteriormente los codificadores seleccionaran los tres diagnósticos más apropiados.

En los ejemplos siguientes, procedentes de historias clínicas reales, se anotará literalmente lo señalado en **negrita** y *cursiva*:

1. UDVP, VIH-positivo, que acude a urgencias en coma. Diagnóstico: **"Sobredosis por opiáceos y benzodicepinas"**.
2. Varón de 31 años, recogido en las vías del metro en espera de que pasase un tren. Signos de embriaguez. A las seis horas el enfermo está colaborador y refiere abuso de alcohol y cocaína de forma impulsiva en el contexto de una situación de conflictividad familiar. Desde hace algún tiempo tiene conductas raras. Disforia, irritabilidad y sentimiento de insuficiencia. Inmadurez emocional y afectiva, escasa tolerancia y tendencia a las respuestas evasivas como embriagarse. Diagnóstico: **"Embriaguez simple con intento de suicidio en el contexto de trastorno de personalidad"**.
3. Varón de 32 años. ADVP. Consumidor habitual de heroína y cocaína. Lo trae el 061 por intoxicación medicamentosa. Refiere haber tomado ayer dos cajas de *Tranxilium* y una caja de *Loramet*. Previamente se había inyectado cocaína. El 061 le administró dos naloxonas. Diagnóstico: **"Intoxicación por benzodicepinas"**
4. Mujer de 30 años. Ex-ADVP. Adicta a la cocaína inhalada, a la marihuana y a las pastillas. Acude a urgencias remitida por el 061 por intento de autolisis por problemas familiares y económicos. Ingerió 10 comprimidos de *Dorken*, 5 cervezas, marihuana y otra pastilla. Desde entonces ha vomitado dos veces. El 061 le administró *Anexate* y tras la primera dosis despertó. Diagnóstico: **"Intento de autolisis con benzodicepinas y marihuana"**.
5. Consumidor habitual de heroína y cocaína por vía intravenosa. VIH-positivo desde hace cuatro años. Dice que no consume drogas desde hace tres días. Refiere dolor abdominal tipo cólico que cedió espontáneamente en 30 minutos y que lo relaciona con la ingesta de un vaso de vermut. Diagnóstico: **"Dolor abdominal autolimitado. Síndrome de abstinencia"**.
6. Consumidor de heroína y cocaína por vía parenteral. VIH positivo desde 1988. Antecedentes de tuberculosis no bien tratada. Lleva diez días viviendo en la calle, apenas ha comido. Dice estar empezando SAO, por eso se ha picado algo adulterado. Debilidad, calambres, dolor costal izquierdo desde hace dos días, escalofríos, fiebre de 39.1. Diagnóstico: **"Síndrome febril en paciente ADVP activo posiblemente secundario a la inyecciones intravenosas de esta mañana (fiebre de origen tóxico). Comienzo de síndrome de abstinencia"**.
7. Mujer de 32 años. Bebedora. Consumidora de cocaína fumada y esnifada y de heroína fumada. Se desconoce su estado serológico frente al VIH. Acude por dolor en la garganta, odinofagia, dolor torácico difuso, disnea, dice haber perdido 30 Kg en varios meses, ansiedad, alucinaciones (ve bichos). Caquexia, gingivitis, sibilancias y crepitaciones en campo medio de pulmón izquierdo. Diagnóstico: **"Delirium post-síndrome de abstinencia a alcohol con psicosis asociada. Infección respiratoria en evolución favorable. Síndrome constitucional con disfagia en paciente de riesgo VIH"**.
8. Varón que tras "inhalarse" cocaína presentó opresión precordial y cortejo vegetativo de 45 minutos de duración. En la exploración el médico aprecia: nerviosismo, midriasis, taquicardia, soplo sistólico en foco aórtico, aplanamiento de la onda T en el electrocardiograma, hipertrofia ventricular izquierda. Diagnóstico: **"Ángor péctoris secundario a inhalación de tóxicos"**.
9. Consumidor habitual de heroína y cocaína por vía intravenosa. Erupción cutánea pruriginosa en región facial. Diagnóstico: **"Urticaria aguda (reacción a drogas I.V.)"**.
10. Tras consumir algunas rayas de coca y 7 whiskys experimenta dolor opresivo centrotorácico, irradiado a brazo izquierdo. Diagnóstico: **"Estado simpaticomimético por ingesta de coca"**.
11. Consumidor ocasional de hachís y alucinógenos que acude, tras una ingesta abundante de alcohol, con vómitos, hematemesis y epigastralgia. Diagnóstico: **"Gastritis alcohólica"**.
12. Varón de 34 años que tras esnifar cocaína y anfetaminas presenta hematemesis sin repercusión hemodinámica. Buen estado de conciencia. Arañas vasculares. Diagnóstico: **"HDA en enfermo con hepatopatía crónica de origen étílico"**.
13. Mujer de 25 años. Acude por síndrome de hiperventilación y ansiedad tras consumo de alcohol y cocaína. Diagnóstico: **"Síndrome serotoninérgico por drogas"**
14. Varón de 18 años consumidor ocasional de cannabis y cocaína, bebedor moderado, hace tres semanas sin ningún antecedente empieza con ideas de cambiar el mundo, dice que le quieren perjudicar. Ideas delirantes de carácter místico ("soy el elegido"), alucinaciones auditivas, conductas agresivas, inquietud, insomnio. Diagnóstico: **"Descompensación psicótica aguda (desencadenada por tóxicos)"**.
15. Mujer de 21 años, consumidora ocasional de cocaína, speed, éxtasis y alcohol. La madrugada del sábado ingirió un comprimido de éxtasis y desde entonces tiene el sueño fragmentado con hipersomnolencia matutina más ansiedad, sensación de ahogo e incluso náuseas y vómitos. Lenguaje coherente, ansiedad, leve anorexia. Diagnóstico: **"Reacción secundaria a consumo de éxtasis con predominio de ansiedad. Síndrome inespecífico en probable relación con la ingesta de éxtasis"**.
16. Varón de 31 años que tras fumar hachís presenta ansiedad y sensación de palpitaciones.

Diagnóstico: **"Síndrome ansioso secundario a inhalación de hachís"**.

17. Consumidor de heroína intravenosa y fumada. Fumador de crack. Bebedor. *Broncoespasmos en relación con inhalación de tóxicos*. Disnea progresiva desde que esta mañana inhaló droga y dolor centrotorácico y en espalda. Sensación distérmica. Tiraje supraclavicular y costal. Sibilancias espiratorias y roncus diseminados. Hepatomegalia. Radiografía con infiltrado reticular e imágenes de mayor condensación que pueden corresponder a trombos pulmonares. Diagnóstico: **"Broncoespasmo. Posible TEP [tromboembolismo pulmonar]. Toxicómano"**.

18. Varón de 19 años, bebedor. Consumidor de cocaína y anfetaminas hasta hace cuatro meses. Lleva 5 días sin dormir. Enviado por su médico de cabecera, indicando que se trata de síndrome de abstinencia. El paciente niega consumo en la actualidad. Cuadro de una semana de evolución con ideas delirantes de carácter paranoico (persecutorias). Toxicología: No se hallan sustancias psicoactivas. Diagnóstico: **"Descompensación psicótica, ¿psicosis tóxica?"**.
19. Consumidor esporádico de LSD y anfetaminas; lo trae la policía por haber conducido de forma peligrosa a gran velocidad. Puede haber consumido heroína y cocaína recientemente. No quiere hablar. Manifiesta ideas extrañas. Habla un lenguaje críptico. Diagnóstico: **"¿Simulación, esquizofrenia, psicosis tóxica?. Se le da el alta médica"**.
20. Consumidor de cocaína desde hace 3-4 años fumada y esnifada. Consumidor ocasional de anfetaminas y hachís. Consume éxtasis una vez por semana. Lleva varios días tomando pastillas, ya que tenía alteraciones de la conducta. La noche anterior acudió a urgencias por haberse tomado cuatro pastillas de éxtasis. Irritable. No ideas autolíticas. No alucinaciones. Diagnóstico: **"Abuso de estimulantes. A descartar cuadro hipomaniaco inducido por drogas"**.
21. Varón sin antecedentes psiquiátricos, que acude a urgencias agitado, nervioso y con sensación de ahogo, tras esnifar dos rayas de cocaína. Diagnóstico: **"Crisis de ansiedad probablemente debida al consumo de cocaína"**.
22. Varón de 24 años consumidor ocasional de cocaína y LSD. Desde hace dos semanas refiere conducta alterada, "no puedo parar quieto". Sensaciones extrañas. Diagnóstico: **"Episodio maniaco, probablemente secundario a ingesta de tóxicos"**.
23. Consumidor de cocaína fumada y esnifada. Cuatro años en tratamiento de deshabituación. Parcialmente orientado en tiempo y persona. Agitado. Lenguaje disgregado. Ideas fugitivas. Verborrea. Ideación megalomaniaca. Hipertímico. Diagnóstico: **"Intoxicación medicamentosa (¿Anfetaminas? ¿Cuadro maniaco por drogas?)"**.
24. Varón de 20 años que consume habitualmente heroína y *Rohipnol* y esporádicamente cocaína y hachís. VIH-positivo. Acude, tras estar en tratamiento por el médico de cabecera desde hace tres días con *Tranxilium 50* y *Deprancol*, por malestar general, dolores osteomusculares generalizados, mareo, cefalea, boca seca. No se ha puesto drogas desde el día anterior, sólo algún porro. A la exploración se aprecia bradipsiquia, sibilancias inspiratorias, dolor a la palpación en hemitórax y hombro izquierdo y signos de venopunción. Diagnóstico: **"Probable intoxicación por opiáceos y benzodiacepinas. Traumatismo torácico sin fracturas"**.
25. Varón de 30 años consumidor habitual de heroína por vía intravenosa y cocaína por vía intranasal. Consulta por náuseas, vómitos y epigastralgia. No consume droga desde hace tres días. Fiebre de 38,1, pupilas midriáticas, estertores aislados en ambos campos pulmonares. Diagnóstico: **"¿Síndrome de abstinencia?"**
26. Consumidor habitual de heroína y cocaína por vía intravenosa. Presenta temblores, dolor abdominal y tiritona, aunque parece bastante lúcido. JC: **"¿Síndrome de abstinencia?. Se descarta patología urgente por nuestra parte"**.
27. Mujer de 24 años. Consumidora de heroína y cocaína por vía intravenosa hasta hace un mes. VIH negativa. Acude por cuadro de dificultad respiratoria de varios días de evolución. Dolor torácico y debilidad generalizada. Escalofríos, dice estar en SAO. Refiere sangrado vaginal de un mes de evolución y orinas oscuras y malolientes. Delgadez. Sibilancias ocasionales. Diagnóstico: **"Cuadro de malestar general en probable relación con síndrome de abstinencia"**.
28. Fumador de heroína y cocaína. VIH + desde hace 7 años. Fiebre de 41°. Orinas coléricas y heces acólicas. Dolor abdominal. Disnea, opresión y tirantez centrotorácica. Esputitos hemorrágicos. Diagnóstico: **"Fiebre+disnea+dolor pleurítico+hemoptisis mínima en posible relación con inhalación de heroína (frente a infección por P. carinii)"**.
29. Consumidor de heroína y cocaína fumadas y esnifadas. VIH negativo. Acude por sensación de ahogo desde el pecho a la garganta. Disnea y palpitaciones tras hacer ejercicio, que ceden en reposo. Arritmia de 140 pulsaciones por minuto. Extrasístoles supraventriculares y ventriculares frecuentes en ECG. Diagnóstico: **"Episodio autolimitado de fibrilación auricular con frecuentes extrasístoles de probable origen tóxico"**.
30. Fumador de cocaína hasta hace dos meses e inyector de cocaína desde hace un mes. Consulta por

- dolor torácico en hemitorax izquierdo de dos semanas de evolución que aumenta con la tos y la respiración. Tos y expectoración blanquecina. Disnea de pequeños esfuerzos. Roncus diseminados en ambos campos y algunas sibilancias. Diagnóstico: **"Dolor torácico de tipo mecánico con disnea de pequeños esfuerzos, probablemente secundaria a consumo de heroína"**
31. Consumidor habitual de heroína y cocaína por vía parenteral. VIH + desde hace siete años. Hace 10 minutos cuando estaba comiendo ha empezado con dolor en hemitórax izquierdo. Después perdió el conocimiento durante dos minutos, estando muy rígido. Al volver en sí ha empezado con cuadro de desorientación y lenguaje incoherente. Lenguaje comprensible, pero incoherente. Adenopatías. Crepitantes finos basales. Diagnóstico: **"Crisis tónico-clónicas generalizadas, posiblemente secundarias a privación de opiáceos. No patología urgente ni alteración neurológica"**.
 32. Varón de 30 años, consumidor habitual de heroína y cocaína por vía parenteral y de *Rohipnol* y *Valium*. VIH positivo. Tuberculosis desde hace 2-3 años. VHC positivo. Acude porque desde hace una semana tiene fiebre, tos, expectoración amarillenta. Dolor torácico difuso, cefalea intensa. Se muestra sediento, débil, delgado, con dudosos crepitantes en base derecha y dolor occipital al flexionar la nuca. Radiografía sin clara condensación pulmonar. Diagnóstico: **"Infección respiratoria en VIH positivo"**.
 33. Consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa. VIH + desde hace cuatro años. Desde hace 15 días tiene fiebre de 38-39.1. Diagnóstico: **"Probable tuberculosis miliar"**.
 34. Consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa desde hace once años. VIH positivo desde hace 7-8 años. Lo manda su médico de cabecera por candidiasis bucal. Refiere dolor al tragar, diarrea con moco y dolor abdominal difuso. Intoxicado por opiáceos. Miosis. Muguet oral. Diagnóstico: **"Posible candidiasis esofágica"**.
 35. Inyector de heroína y cocaína hasta diciembre del 93. VIH positivo. Presenta bultos no dolorosos ni eritematosos de medio centímetro de diámetro en cuero cabelludo desde hace dos días. Dolor en hemitórax izquierdo. Diagnóstico: **"Posible candidiasis diseminada"**.
 36. Mujer de 28 años, ADVP desde hace 12 años, consumidora de crack desde hace unos meses. Desde hace días presenta malestar general, náuseas, vómitos, diarrea, tos y dificultad respiratoria. Palidez cutánea, taquicardia, soplo sistólico, subcrepitaciones. Diagnóstico: **"ADVP-endocarditis bacteriana"**.
 37. Consumidor habitual de heroína y cocaína por vía intravenosa. VIH negativo hasta hace un año. Fiebre de 39°, astenia, náuseas, dificultad para respirar, tos, expectoración negruzca. Soplo sistólico. Diagnóstico: **"Posible bacteriemia con puerta de entrada en venopunción. Posible endocarditis, pero no hay signos suficientes"**.
 38. Inyectora de heroína y cocaína, que se ha puesto la última dosis antes de venir a urgencias. VIH +, desde hace 15 meses. Astenia, sudoración, pérdida de peso, escalofrío, diarrea amarillenta, tos con esputo amarillo-verdoso, dos abscesos en dedo pulgar izquierdo y en pantorrilla izquierda, prurito vaginal, lesiones descamatorias en piel, adenopatías. Diagnóstico: **"HIV. Diarrea. Vaginitis fúngica. Dermatitis seborreica . Abscesos en pulgar de mano derecha y pantorrilla izquierda"**.
 39. Inyector de heroína y cocaína. Dolor precordial y costal. Fiebre de 41°. Taquicardia. Diagnóstico: **"Fiebre + Celulitis+Posibles embolismos sépticos. Alteraciones de la coagulación probablemente por hepatopatía. Insuficiencia respiratoria parcial"**.
 40. Fumador de heroína e inyector de cocaína. VIH negativo (última prueba hace 9 meses). Dolor en costado derecho de tipo pleurítico. Taquipnea con respiración superficial y fiebre. Roncus. Taquicardia. Brazo derecho algo hinchado. Diagnóstico: **"ADVP activo. Posibles embolismos sépticos pulmonares"**.
 41. Consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa. Diagnóstico: **"Hepatitis aguda en paciente ADVP. VIH desconocido"**.
 42. Mujer fumadora de heroína y cocaína, ex ADVP, que acude a urgencias con fatiga, fiebre, tos, expectoración purulenta, disnea, dolor torácico que aumenta con la respiración, obnubilación, taquipnea, taquicardia, sibilancias diseminadas importantes. Se desconoce su estado serológico frente al VIH. Diagnóstico: **"Neumonía lobar con importante broncoespasmo y compromiso gasométrico en paciente fumadora de drogas"**.
 43. Consumidor habitual de heroína y cocaína inyectadas y de anfetaminas y LSD por vía oral. Acude con fiebre, diarrea, tos, expectoración. Diagnóstico: **"Síndrome febril. VIH +"**.
 44. Varón de 17 años fumador de crack. Dolor en costado izquierdo tras fumar crack y continuación golpe de tos. Consciente orientado, bien ventilado, no signos de condensación ni de neumotórax. Diagnóstico: **"Dolor torácico"**.
 45. Bebedor. Consumidor ocasional de cocaína y éxtasis. Dolor abdominal en epigastrio más vómitos oscuros. Esta semana ha tomado bastantes aspirinas para la cefalea y *anoche tomó mucho alcohol*. Palidez. Diagnóstico: **"HDA [Hemorragia Digestiva Alta]"**.

46. Consumidor ocasional de cocaína y hachís. Desde hace 7 horas presenta dolor en epigastrio con vómitos. *Dice haber bebido esta mañana un whisky y una cerveza y justo entonces apareció el dolor.* Fétor etílico, delgadez, dolor a palpación en epigastrio. Diagnóstico: **"Epigastralgia inespecífica"**.
47. Fumador de cocaína. Ha presentado una crisis convulsiva mientras dormía. Tiene estas crisis desde que hace seis meses fue operado de un traumatismo craneocefálico. Bradipsíquico. *Toxicología positiva a opiáceos y cocaína.* Diagnóstico: **"Crisis convulsiva"**.
48. Varón de 17 años, consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa, acude por cuadro de ansiedad y dolores generalizados, *que relaciona con abstinencia, desde hace dos días.* Delgadez, midriasis. Diagnóstico: **"Síndrome de ansiedad en ADVP"**.
49. Mujer de 29 años, fumadora ocasional de cocaína. *Tras consumir LSD y alcohol empezó a sentirse mal* con opresión torácica y cierta torpeza mental. Alucinaciones. Nerviosa y exaltada. Diagnóstico: **"Hiperventilación"**.
-
50. Consumidor habitual de heroína y cocaína que acude agitado, con dolor abdominal tipo cólico y vómitos. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco derecho. Diagnóstico: **"Gastroenteritis posiblemente vírica"**.
51. Fumador de heroína e inyector de cocaína. VIH positivo. Diarrea, delgadez, adenomegalias. No fiebre, ni vómitos ni disminución de peso. Diagnóstico: **"Gastroenteritis aguda"**.
52. Consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa desde hace 20 años. VIH positivo desde febrero de 1994. Astenia y dolor generalizado en las últimas 24 horas. Diarrea desde ayer. Última dosis de heroína hace 24 horas. Hepatomegalia de dos traveses de dedo, defensa a la palpación. Diagnóstico: **"GEA"**.
53. Consumidor ocasional de cocaína y éxtasis. Diagnóstico: **"Hepatitis aguda pendiente de serología"**.
54. Fumador habitual de cocaína de 22 años. Hace 15-20 días presentó lesiones pruriginosas en glande que desaparecieron en 3-4 días. Molestias importantes al orinar los últimos 10 días. Su pareja sexual ha tenido una infección venérea (no sabe cuál). Diagnóstico: **"Probable uretritis"**.
55. Mujer de 32 años que habitualmente fuma heroína y cocaína, antigua UDVP. Ha aparecido en urgencias en una camilla. No sabe quién la ha traído ni por qué. *Dice tener "mono"* porque no ha fumado desde ayer y que le duele la zona lumbar. No se ha realizado la prueba VIH. Múltiples adenopatías retrocervicales y supraclaviculares. Midriasis. Algún roncus diseminado. Bacteriuria y trichomonas en orina. Diagnóstico: **"Trichomoniasis. Actualmente no se objetiva patología urgente"**.
56. Consumidor ocasional de cocaína por vía intranasal, con antecedentes de epilepsia desde la infancia (ausencias). Acude porque ayer comenzó con una erupción maculo-papulosa generalizada y no pruriginosa de aparición brusca. Diagnóstico: **"Exantema vírico"**.
57. Fumador habitual de heroína y crack que acude por presentar disnea de unas horas de evolución, que ha aumentado hasta hacerse de reposo. Taquipneico, pálido, con discreta hiperemia orofaríngea y adenopatías submandibulares bilaterales. Disminución del murmullo vesicular, sibilancias diseminadas en ambos campos pulmonares. Diagnóstico: **"Broncoespasmo moderado-severo"**.
58. Varón de 29 años, bebedor ocasional y consumidor habitual de heroína por vía parenteral y de crack por vía pulmonar. Acude por dolor en hipocondrio derecho, continuo desde hace dos días. También refiere dolor en hipocondrio y flanco izquierdo irradiado a epigastrio. Polaquiuria. Taquipnea, hipoventilación en base derecha. Hepatomegalia de dos traveses. Diagnóstico: **"Derrame pleural a estudio. ADVP"**.
59. Varón de 23 años, consumidor de cocaína por vía intranasal, último consumo hace tres días. Acude a urgencias con dolor precordial irradiado a espalda, sudoración, náuseas y vómitos. Antecedentes de dolor precordial con ingreso en UVI hace cinco años. Diagnóstico: **"Infarto agudo de miocardio (IAM) inferior"**.
60. Varón de 32 años. Consumidor ocasional de cocaína, la última vez hace 2-3 meses. Diagnóstico: **"Cardiopatía isquémica. IAM [Infarto agudo de miocardio] inferior-lateral"**.
61. Consumidor esporádico de cocaína y éxtasis. Mareos sin pérdida de conciencia, palpitations, parestesias, náuseas. Diagnóstico: **"No patología urgente. Bradicardia asintomática en politoxícmano"**.
62. Inyector de heroína y cocaína hasta hace dos meses. VIH + desde hace siete años. Crisis convulsivas hace 20 años, que después no se volvieron a presentar hasta hace un año. Ha dejado su medicación anticonvulsiva hace 10 días. Ligeramente hepatomegalia. Diagnóstico: **"Crisis convulsiva por privación medicamentosa"**.
63. Antiguo inyector de heroína y cocaína en tratamiento con naltrexona. Antecedentes de

- traumatismo craneo-cefálico con hematoma y crisis secundarias. Consulta porque ha presentado crisis comicial generalizada tras haber estado toda la noche sin dormir por problemas familiares. Niega tóxicos y alcohol. Ligera somnolencia. Amígdalas hipertróficas. Diagnóstico: **"Crisis comicial, probablemente por privación de sueño"**.
64. Inyector de heroína y cocaína hasta hace dos meses. VIH + desde hace siete años. Antecedentes de hepatitis B y de gran mal. Viene por haber presentado episodio de pérdida de conciencia con convulsiones generalizadas. Adenopatías. Disminución del murmullo vesicular. Algún crepitante. Hepatomegalia de 3-4 cm. Diagnóstico: **"Epilepsia generalizada primaria. VIH +"**
65. Varón de 26 años. Bebedor, fumador de heroína y cocaína. Diagnóstico: **"Crisis comicial sin antecedentes. Se remite a consulta de neurología"**.
66. Dice que ha ingerido 20 pastillas de analgésico con codeína tras inyectarse medio gramo de heroína y medio de cocaína. VIH positivo desde hace tres años. Refiere debilidad en miembros inferiores, dolores tipo pinchazo en hemitórax anterior derecho, síndrome miccional. Midriasis, adenopatías, soplo sistólico, discreta paresia en miembros inferiores. Diagnóstico: **"Síndrome febril sin foco aparente. Se decarta patología urgente"**.
67. Mujer de 17 años. Consumidora de éxtasis y cocaína hasta hace seis meses. Episodio de pérdida de conciencia tras shock emocional (discusión con el novio). Pequeña midriasis. No presenta otra sintomatología. Diagnóstico: **"Pérdida de conciencia tras shock emocional. No presenta patología urgente"**.
68. Bebedor, consumidor muy ocasional de cocaína. Antecedentes de hipercolesterolemia. Presenta bruscamente sensación de palpitations que remiten con maniobra de Valsalva y *Trankimazin*. Ansioso. No signos de isquemia aguda en ECG. Diagnóstico: **"Arritmia no objetivada"**.
69. Varón de 33 años, gran consumidor de alcohol y consumidor ocasional de cocaína "inhalada". Refiere vómitos alimenticios mezclados con sangre. Tensión arterial normal. Diagnóstico: **"Vómitos"**.
70. Varón de 29 años, consumidor ocasional de cocaína. Viene porque desde hace unas horas comienza con picores generalizados, con aparición de "lunares", detectando primero pústulas y notando pequeños picotazos, y en alguna ocasión una especie de pequeño parásito que desaparece en las máculas. Exploración: máculas pigmentadas en tronco y extremidades. Diagnóstico: **"Nevus melanocítico"**.
71. Consumidor ocasional de cocaína y de alcohol los fines de semana. Ayer tomó un comprimido de éxtasis. Acude por presentar dolor en hemitórax derecho de aparición paulatina, que se modifica con movimientos e inspiración. Dolor a presión profunda en hemitórax derecho. Hipoventilación (por el dolor). CPK: 609. ECG: Q en II, III y aVF. Alteraciones inespecíficas de la repolarización. Diagnóstico: **"Rabdomiolisis. Dolor osteomuscular a nivel torácico"**.
72. Varón de 20 años, consumidor de éxtasis. Sin antecedentes de interés. Consulta por dolor de carácter mecánico a la flexión y a la lateralización forzada en zona lumbar de 24 horas de evolución. Diagnóstico: **"Lumbalgia mecánica"**.
73. Mujer de 20 años. Consumidora de heroína y cocaína por vía intravenosa desde hace dos años y fumadora de "base". Presenta dolor costal y esputos hemoptoicos. Disminución discreta del murmullo vesicular en zona basal izquierda. Roncus. Midriasis. Inquietud. Diagnóstico: **"Dolor muscular inespecífico. Politoxicomanía"**.
74. Mujer de 21 años, consumidora moderada de tabaco, alcohol y hachís. Situación vital estresante. Realiza de forma impulsiva ingesta de varios fármacos (*Termalgín*, *Prepulsid*, etc). Diagnóstico: **"Intoxicación medicamentosa. Trastorno adaptativo"**.
75. Acude porque tras tomar LSD y alcohol se siente mal. Dice que delira y que puede perder la cabeza. No alucinaciones. Ansioso. Toxicología: Alcohol y tetrahidrocannabinol positivo. Resto de sustancias psicoactivas: negativo. Diagnóstico: **"Crisis de ansiedad"**.
76. Consumidor de cocaína, hachís y alcohol. Acude con opresión precordial que se irradia a brazo izquierdo con hormigueo. Quiere dejar la droga. Está afectado por la muerte de un amigo por sobredosis. Diagnóstico: **"Crisis de ansiedad"**.
77. Consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa. Después de una desintoxicación de dos días con médico particular, se siente nervioso, cansado, débil, con cefaleas. Ansioso. Midriasis. Diagnóstico: **"Ansiedad. Febrícula de pocas horas de evolución sin foco aparente"**.
78. Varón de 23 años que se inyecta medio gramo de cocaína y heroína diariamente. Presenta sensación de ahogo, parestesias en miembros superiores e inferiores, opresión en el pecho y miedo a sufrir algo grave. No se conoce su estado serológico frente al VIH. Diagnóstico: **"Crisis de angustia limitada. Alopecia micótica"**.
79. Varón de 26 años. Consumidor ocasional de cocaína y anfetaminas. Cuadro de agitación psicomotriz que relaciona con el consumo de cocaína hace un mes con cerveza. Cefalea y cervicalgia. Insomnio. Fatiga. Nauseas. En tratamiento con *Orfidal* y *Trankimazin*. Diagnóstico: **"Síndrome de ansiedad"**.

80. Varón de 30 años. VIH negativo. Nerviosismo e insomnio. Abdomen blando y depresible. Diagnóstico: **"Ansiedad en ADVP"**.
81. Varón de 27 años. ADVP. Lumbalgia, vómitos, diarreas, ansiedad. Diagnóstico : **"Síndrome de ansiedad en adicto a drogas"**.
82. Paciente de 29 años. ADVP, heroinómano, *HIV positivo*. Hepatitis. Acude a urgencias detenido con ansiedad tras privación de opiáceos. Última administración hace 12 horas. Exploración física dentro de la normalidad. No evidencia de síndrome de privación de opiáceos. Diagnóstico: **"Ansiedad"**.
83. Varón de 20 años. Acude detenido. Refiere taquicardia. Hace 24 horas ingirió pastilla y media de éxtasis. Diagnóstico: **"Ansiedad"**.
84. Varón de 29 años. Antecedentes de etilismo crónico en tratamiento de deshabitación con *Antabus* y otros fármacos. Hace 2-3 semanas abandonó ese tratamiento por propia voluntad. Esnifa cocaína. Acude por presentar sensación de inestabilidad y sensación pulsátil bilateral a nivel temporal. Diagnóstico: **"Síndrome ansioso"**.
85. Fumador de cocaína y cannabis. Diagnosticado de psicosis esquizofrénica con varios ingresos psiquiátricos previos. Agresivo, inquieto, amenaza violentamente si no se le ingresa. Diagnóstico: **"Psicosis esquizofrénica. Toxicomanía"**.
86. Varón de 24 años que consume habitualmente cocaína los fines de semana con alcohol. Lleva un mes ansioso. Ayer presentó un cuadro de palpitaciones. Actualmente presenta ansiedad aguda, sudoración, sensación de peligro inminente, sensación de estar flotando, insomnio, temblor fino distal en las manos. No manifiesta ideas de muerte. Diagnóstico: **"Trastorno de ansiedad. Posible crisis de pánico"**.
87. Fumador habitual de cannabis y crack con antecedentes de varios ingresos psiquiátricos por cuadro compatible con descompensación psicótica. Desde hace una semana refiere encontrarse mal, nervioso y con insomnio. A la exploración se muestra intranquilo, verborreico, demandante, con un discurso disgregado. Diagnóstico: **"Toxicomanía. Probable trastorno psicótico"**.
88. Varón de 29 años, consumidor de cocaína. Paciente conocido del servicio de psiquiatría, diagnosticado de trastorno psicótico y consumo de tóxicos. Acude por tener en los últimos días "debilidad en la cabeza". Diagnóstico: **"Trastorno psicótico. Toxicomanía"**.
89. Varón de 24 años, fumador habitual de crack. Dice que consume crack para anular las voces de una vecina que quiere casarse con él y le dice cosas para transtornarle. Relación de chantaje con la madre para obtener dinero para drogas. Diagnóstico: **"Esquizofrenia paranoide"**.
90. Varón de 29 años, consumidor de cocaína (crack) y heroína fumadas. Lo trae su padre y la policía por comportamiento violento y amenazas a la familia. Está diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde hace dos años. Ha estado ingresado en hospital psiquiátrico, pero cuando sale no sigue el tratamiento. Se gasta la pensión en drogas. Presenta alucinaciones auditivas. Discurso disgregado con referencia a temas místicos. Diagnóstico: **"Esquizofrenia paranoide"**.
91. Consumidora de heroína y cocaína por vía parenteral desde hace tres años. La traen sus padres por conductas agresiva y amenaza de suicidio. En tratamiento de desintoxicación desde hace 11 días con benzodiazepinas. Refiere dolores en las piernas y tetania. Histriónica y amenazante hacia sus padres ("No les perdono que me hayan echado de casa"). Reconoce que sus amenazas autolíticas son para manipular a sus padres. No se objetiva SAO. Diagnóstico: **"Adicción a drogas por vía parenteral más trastorno de la personalidad"**.
92. Inyector de heroína y cocaína hasta hace dos meses. *VIH+*. Actualmente en tratamiento con metadona. Desánimo e insomnio que achaca a su situación personal (*VIH +*, vive en un albergue, separado). Dice no consumir en la actualidad. Ánimo subdepresivo; teme recaída. Diagnóstico: **"Reacción de adaptación con síndrome depresivo"**.
93. Inyector y fumador de heroína y cocaína. Consulta porque ha intentado ahorcarse. Se siente raro desde hace dos meses, con mal ánimo, triste, con anorexia e insomnio. Ideas recurrentes de suicidio. Necesidad de castigarse por consumir drogas. Otras veces ha tenido alucinaciones terroríficas con agitación y agresividad tras consumir. Diagnóstico: **"Sospecha de brote psicótico en ADVP"**.
94. Bebedora. Esnifa habitualmente 1 gramo de heroína al día. Consume cocaína y éxtasis desde hace tres años. Se dedica a la prostitución. Encontrada inconsciente. Ya le ha ocurrido cuatro veces en el último mes. Miedo, pensamientos autolíticos, depresión, irritabilidad. Roncus en hemitórax izquierdo. Diagnóstico: **"Se descarta patología urgente en la actualidad. Trastorno de conducta. Dependencia de opiáceos y psicoestimulantes"**.
95. Consumidor de heroína y cocaína, la última dosis hace tres días. *VIH positivo* con antecedentes de tuberculosis pulmonar. Quiere suicidarse, no porque sí, sino porque le debe dinero a un negro y dice que si no le paga lo va a matar. Entonces mejor que se mate él. Demanda dinero y medicación. Leves síntomas de abstinencia a opiáceos, algias, rinorrea, lagrimeo. Diagnóstico: **"Politoxicomanía. Trastorno de la personalidad"**.

96. Varón de 35 años, *VIH positivo*, que refiere síntomas psicóticos desde hace unos días. Hoy dice que se ha inyectado coca, pero que hace 7 años que no consume drogas. Antecedentes de paranoia para la que ha recibido diversos tratamientos con neurolépticos. Actualmente en tratamiento con *Mutabase* y *Akineton*. Diagnóstico: **"Trastorno psicótico con historia psiquiátrica"**

II. Que en la historia clínica no exista o no se haya independizado un apartado específico para anotar los diagnósticos, o que existiendo no esté cumplimentado.

Ante esta situación, para que posteriormente el codificador pueda seleccionar hasta 3 diagnósticos adecuados, conviene transcribir literalmente prácticamente toda la historia (síntomas y signos del paciente, juicios del médico sobre la urgencia, motivo por el que el paciente solicitó atención en urgencias y tratamiento aplicado). Para ello se usará, si fuera preciso una hoja adicional.

Ejemplos:

97. Fumador habitual de heroína y cocaína. **Consulta por síndrome de abstinencia. Nervioso, deprimido, dolores musculares. Diagnóstico:.....**
98. Varón de 31 años. Inyector de heroína y cocaína desde los 16 años. **Dice que se ha puesto una "sobredosis" de heroína (medio gramo) y cocaína (medio gramo) con intención de suicidarse. También ha tomado mucho alcohol. Desconoce su estado serológico frente al VIH. Algias múltiples, irritable, agresivo, taquicardia, taquipnea, midriasis, hepatomegalia de tres dedos, sudoración. Diagnóstico:.....**
99. ADVP desde hace doce años. **Esta tarde, después de saber que era VIH +, se ha inyectado coca+heroína+éxtasis+whisky, tras intentar cortarse las venas (no pudo). Pupilas ligeramente mióticas. Diagnóstico:.....**
100. Consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa. **VIH positivo desde hace cinco años. Lo trae la ambulancia por "sobredosis" más hipotermia, después de inyectarse heroína y cocaína. No recuerda nada. Desde hace cuatro semanas tos, expectoración, fiebre y dolor en costado izquierdo. Cianótico, hipotérmico, miótico, dudosa esplenomegalia, dolor a la palpación en costado izquierdo. Adenopatías generalizadas.** [No figura en la historia ningún apartado que haga referencia al diagnóstico].
101. Inyector de heroína y cocaína. **VIH positivo desde hace 5 años. Hace tres días se puso más heroína de la normal y lo reanimaron unos amigos. Síndrome febril de dos días de evolución, fiebre, dolor torácico de carácter pleurítico con expectoración purulenta. Orinas oscuras. Disnea. Herpes labial. Mialgias generalizadas. Piorrea. Hepatomegalia dudosa. Diagnóstico:.....**
102. Consumidor habitual de heroína y cocaína por vía intravenosa, **en tratamiento con naltrexona desde hace 20 días. VIH positivo desde 1991. Antecedentes de hepatopatía crónica, probablemente por HVC. Acude por síndrome febril de tres días de evolución, con dolor en hemitórax derecho tipo pinchazo, tos seca, síndrome miccional (ahora no), pirosis y sensación dispéptica. Vómitos con coágulos negros. Taquicardia, hepatomegalia, dolor a palpación en fosa iliaca derecha. Pequeñas ulceraciones con costras en miembros inferiores. Diagnóstico:.....**
103. Consumidor habitual de heroína y cocaína por vía intravenosa. **VIH positivo. Lo traen los municipales con mucho dolor, fiebre, tiritona, en relación con "pico" de heroína+cocaína. ¿Soplo sistólico? Sibilancias respiratorias ocasionales. Diagnóstico:.....**
104. Inyector de heroína y cocaína. **Tumoración en región latero-cervical derecha de 10x6 cm, que aumenta de tamaño, dolorosa. Refiere que hace 2-3 días se pinchó en brazo derecho y no recuerda si ya tenía la tumoración. Desorientado en el tiempo. Diagnóstico:.....**
105. Varón de 22 años que **tras tomarse una pastilla de éxtasis y fumar crack presenta palpitations y sensación de estar en otro mundo.....**[Se interrumpe. No figura en la historia ningún apartado que haga referencia al diagnóstico].
106. Consumidor de heroína y cocaína por vía parenteral. **Dolor en costado derecho. Hemoptisis, disnea, fiebre de 39º. Refiere hiperventilación con disnea y pérdida de conocimiento.**

Pupilas mióticas reactivas. Disminución de murmullo vesicular. Derrame pleural infiltrado. Pasa a otro hospital para observación. [No figura en la historia ningún apartado que haga referencia al diagnóstico].

107. Fumador habitual de heroína y consumidor ocasional de cocaína esnifada. **VIH negativo (última prueba en diciembre de 1993). Antecedente de accidente de coche hace 6 meses. Refiere mareos con pérdida de conciencia desde hace 11 días, sin aura ni convulsiones. Pupilas mióticas poco reactivas. Soplo sistólico. Hepatomegalia de 2-3 cm. Dolor a la palpación. Abandona el hospital sin terminar el estudio.** [No figura en la historia ningún apartado que haga referencia al diagnóstico].
108. Varón de 29 años que se inyecta heroína y cocaína desde los 18 años. **Consultan de cirugía de urgencias porque le tienen que operar y está nervioso y pone dificultad para que le anestesien. No quiere la medicación que se le aconseja, demanda Buprex. Diagnóstico:.....**
109. Consumidora habitual de heroína y cocaína (nunca por vía intravenosa) y de hachís y alcohol. Consume habitualmente bastante alcohol (6 ó 7 gin-tonics). **Animo deprimido. Fétor alcohólico. Se remite a centro de salud mental para desintoxicación.**
110. Mujer consumidora de heroína y cocaína por vía parenteral. **VIH negativa (última prueba hace seis meses). Antecedentes de infección por VHC. Fiebre, tos, dolor torácico tipo pleurítico, expectoración verdosa, disnea, pérdida de peso en el último mes. Dice que lleva ocho días sin comer nada. Algún vómito. Caquética, numerosos signos de venopunción, lesiones de rascado y heridas en brazos y piernas. Diagnóstico:**
111. Inyector de heroína y cocaína. **Fiebre, anorexia, astenia, malestar general, heces blanquecinas, dice haber estado amarillo los últimos días y haber perdido bastante peso el último mes. Caquético, ictericia, lesiones de venopunción, midriasis, adenopatías, algún estertor. GOT: 840; GPT: 1015; Bilirrubina total: 13,8; LDH: 532. Diagnóstico:.....**
112. Ex-ADVP hasta hace cinco años. Consumidor ocasional de cocaína esnifada y éxtasis. **Tras beber alcohol y tomarse un éxtasis se encontró esta mañana con mucha sed, ingiriendo un litro de leche y una lata de fanta. Dolor epigástrico a punta de dedo no irradiado. Vómitos líquidos. Dos deposiciones líquidas. Dolor abdominal difuso. Ligero dolor a la palpación en flanco izquierdo . Diagnóstico:**
113. Ex-ADVP. Fumador habitual de heroína, cocaína y hachís. **VIH positivo desde hace dos años. Antecedentes de tuberculosis. Dice haber consumido por última vez hace 18 días y haber pasado el síndrome de abstinencia. Hace tres días presentó episodio de convulsiones con pérdida de conciencia. Lo mismo le ha ocurrido ahora, sufriendo un traumatismo craneal. Refiere cefaleas. Hepatomegalia de 3 cm. Diagnóstico:.....**
114. Consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa. **VIH positivo. Ayer tras inyectarse heroína presentó epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho. Lo remite su médico de cabecera para descartar abdomen agudo. Abdomen doloroso a la palpación profunda. Diagnóstico:**
115. Consumidora de heroína por vía intravenosa desde hace tres años. Consumidora ocasional de cocaína. **Se la han encontrado tirada con fiebre (39,5º) despues de inyectarse heroína y Tranxilium. Escalofríos, cefalea holocraneal y debilidad. Ahora cervicalgia irradiada a escápula (lleva tres días durmiendo en la calle). Aspecto de estar bajo los efectos de la heroína. Taquicardia rítmica con soplo sistólico. Diagnóstico:.....**
116. Mujer de 26 años en programa de mantenimiento con metadona. **Tras problemas de tipo personal refiere disnea, dolor abdominal y nerviosismo. Se autoadministra diazepam y consulta en urgencias por persistencia de cuadro.**
117. Consumidor habitual de heroína, cocaína y alcohol. Antes se pinchaba. **Acude por intento autolítico con cortes superficiales en las dos muñecas. Refiere haberse tomado un gramo de cocaína y alcohol. Irritable e ideas de suicidio. Agitación que impide la exploración psicopatológica. Tensión arterial normal. Diagnóstico:.....**
118. Consumidor de cocaína y heroína fumadas e inyectadas y de éxtasis por vía oral hasta hace un mes. **Se está desintoxicando por su cuenta con Rohipnol y Tranxilium. Bradipsíquico. Diagnóstico:**

III. Que el apartado específico de diagnóstico de la historia, esté cumplimentado únicamente con diagnósticos no válidos o imprecisos como:

- Abuso de drogas, dependencia de drogas, politoxicomanía, UDVP o similares.
- No se objetiva patología urgente, se descarta patología urgente, no se objetiva patología orgánica o similares.
- Sobredosis *medicamentosa*, intoxicación *medicamentosa*.

Se procederá como en la situación II.

Ejemplos (Se anotará todo lo que figura en cursiva y negrita):

119. Consumidor de heroína y cocaína por vía parenteral. **Ha tomado 8 comprimidos de Tranxilium y dos vasos de vino para dormir. Somnoliento, colaborador. Juicio Clínico: "Dependencia a drogas".**
120. Consumidor ocasional de cocaína y éxtasis. **Ayer tomó 2,5 pastillas de color marrón, cuyo componente desconoce + alcohol. Por la noche experimentó insomnio, visión alterada, sequedad de boca, sensación de despersonalización, visión borrosa. 120 lpm. Temperatura 37,51. Midriasis. Faringe hiperémica. Taquicardia. Diagnóstico: "Posible abuso de estimulantes del SNC. En el momento actual no se evidencia patología urgente".**
121. Consumidor de heroína y cocaína inyectadas y fumadas. **Desde hace una semana que se fue al pueblo con su madre no ha consumido nada de heroína ni de cocaína, comenzando con agitación y cuadro confusional (dice cosas extrañas, ve cosas). Midriasis. Diagnóstico: "No patología orgánica objetivada.**
122. Consumidora de 2-3 gramos/día de heroína y cocaína fumadas. Antes se inyectaba. La trae la policía. **Está en tratamiento de deshabitación con psiquiatra privado. Algias musculares, temblores, ansiedad, lagrimeo. Diagnóstico: "Dependencia de opiáceos".**
123. Consumidor de heroína y cocaína. No consume heroína desde hace cinco días. **Ayer acudió con cuadro de vómitos, hoy acude con mialgias en miembro inferior que aumentan con la palpación. Diagnóstico: "No patología urgente".**
124. Consumidor habitual de heroína y cocaína. **Tras consumir Lexatin, presentó episodio de mareo, visión borrosa, escalofríos y pérdida de conocimiento. Diagnóstico: "No patología urgente".**
125. Varón de 29 años, consumidor habitual de cocaína. **Lo han encontrado inconsciente en la cama, junto a una caja vacía de Valium. Desorientado, torpeza al hablar, vómitos, múltiples hematomas y erosiones en la espalda. Toxicología: alcohol: 0,3 g/l, benzodicepinas +, cocaína -, resto de sustancias psicoactivas:-. Atrofia cortico-subcortical en TAC. Juicio Clínico: "Sobredosificación medicamentosa".**
126. Varón de 28 años. Consumidor de cocaína esnifada desde hace 10 años. **Lo trae el 061 tras ingerir 7 comprimidos de Nolotil. Lleva tres días esnifando cocaína mezclada con alcohol y anfetaminas. Inyección conjuntival. Midriasis. J.C.: "Intoxicación medicamentosa".**
127. **Consumidor habitual de heroína y cocaína por vía parenteral y de LSD y cannabis. Lo traen soñoliento tras consumir Trankimazin (alprazolam) y alcohol. Ansioso. Refiere intento autolítico. Diagnóstico: "Dependencia a opiáceos y cocaína".**
128. Consumidor habitual de heroína, cocaína y alcohol. **Consulta por dolor abdominal, vómitos y diarreas tras beber alcohol y esnifar cocaína. Diagnóstico: "No patología urgente".**
129. Varón de 29 años, consumidor habitual de heroína por vía pulmonar y de cocaína por vía intravenosa. **Indica que es VIH-negativo. Paseando sintió que le faltaba el aire y tenía dolor en el pecho. Diagnóstico: "No patología urgente".**
130. Varón de 23 años, consumidor de cocaína. **Consulta por dolor torácico. Taquicardia sinusal a 125 contracciones/ minuto. Diagnóstico: "Abuso de drogas. El paciente abandona el servicio".**
131. Consumidor esporádico, en fines de semana, de cocaína, speed y éxtasis. **Antecedentes de epilepsia desde hace cuatro años, sin crisis ni tratamiento. Esta noche estando en una discoteca con haces de luz intermitentes ha sufrido una crisis epiléptica. Ha despertado con dolor de cabeza. Había tomado un éxtasis más dos rayas de coca más un vaso de vodka hacia 3-4 horas. Diagnóstico: "No se aprecia patología urgente en este momento".**
132. Consumidor de cocaína por vía nasal. **Ayer se despertó con palpitaciones y mareo. Adenopatías axilares. Diagnóstico: "No patología urgente en la actualidad".**
133. Mujer de 21 años con antecedentes de consumo de alcohol. Desde hace un mes consume

- cocaína los fines de semana. **Acude por taquicardia y dolores tipo pinchazo en tórax anterior y posterior, sofoco y mareo. Es la segunda vez en un mes que viene por un cuadro parecido. Diagnóstico: "No se objetiva patología urgente en este momento".**
134. Inyector de heroína y cocaína. **VIH positivo desde mayo del 93. Cefalea intensa de dos días de evolución en región frontal, que aumenta con los movimientos. Fiebre. Pérdida de apetito y de cinco Kg de peso. Vómitos biliosos. Miosis. Adenopatías. Diagnóstico: "Se descarta patología urgente".**
135. Mujer de 32 años, consumidora de heroína y cocaína por vía intravenosa. **VIH positiva. Acude por cefalea frontal biparietal, vómitos y sensación de mareo. Consciente, orientada. Adenopatías. Pupilas mióticas reactivas. Diagnóstico: "No se objetiva patología urgente. Politoxicomanía".**
136. Fumador habitual de 6-8 g/día de cocaína. **Malestar general, rinorrea, lagrimeo, frío. Se provoca vómitos continuamente. Midriasis. Diagnóstico: "No se objetiva patología urgente".**
137. Varón de 33 años. Fumador habitual de heroína y cocaína. Alguna vez se pincha la heroína. **Esta mañana comenzó con temblores; fumó droga y bebió ron. Diagnóstico: "No urgencia vital. A su hospital".**
138. Paciente ADVP. Consumidor de heroína y cocaína. **Antecedentes de alcoholismo crónico. Hepatitis crónica. Estado serológico frente a VIH negativo (última prueba hace un año). Desde hace dos días, intranquilidad e insomnio. Nerviosismo. Frases y canciones repetidamente en el pensamiento sin poderse deshacer de ellas. Sensación febril. Dolor en hipocondrio derecho irradiado a espalda. Nauseas y vómitos ocasionales. Midriasis. Hepatomegalia de cuatro traveses. Diagnóstico: "No evidencia de patología urgente en la actualidad".**
139. Varón de 26 años. Acude detenido. **Refiere estar en tratamiento de deshabituación con metadona. Refiere mialgias, insomnio, malestar general. Pupilas no mióticas. Diagnóstico: "Drogodependencia".**
140. Varón de 28 años consumidor de heroína y crack desde hace siete meses. **Antecedentes psiquiátricos con trastornos de la conducta (se fuga de casa para conseguir droga, lo que le crea conflictos familiares). Rinorrea. Algias diversas. Diagnóstico: "Politoxicomanía".**
141. Consumidor de cocaína y hachís todos los fines de semana, desde hace un mes. **Se ha levantado muy nervioso con parestesias en brazo izquierdo y parte izquierda del cuerpo, disnea, taquipnea y sensación de vacío en el tórax. Diagnóstico: "Se remite a psiquiatra, dado que la exploración es normal".**
142. Inyector de heroína y cocaína. **Lo trae la policía diciendo que tiene "mono". No se objetiva SAO [Síndrome de abstinencia a opiáceos]. Diagnóstico: "Se descarta patología urgente".**
143. Varón de 19 años consumidor de heroína (1,5 g) y cocaína. **Lo trae detenido la policía. Pide tratamiento por estar en síndrome de abstinencia. No se objetiva SAO.**
144. Consumidor habitual de opiáceos. **VIH positivo con buen estado general. Solicita medicación.**
145. Inyector habitual de heroína y cocaína. **Consulta por síndrome de abstinencia. Antecedentes de tres intentos autolíticos. Lleva dos días sin consumir. Obsesión por la aguja y la jeringuilla. No ha dormido. Quiere ayuda. Diagnóstico: "Adicción a drogas".**
146. Varón de 40 años. Consumidor habitual de heroína. **Acude detenido por la policía. Solicita prescripción farmacológica para la dependencia de opiáceos. A la exploración no se evidencian signos de abstinencia. Diagnóstico: "Demanda de medicación".**
147. Varón de 31 años. **Refiere estar en tratamiento de deshabituación y solicita metadona.**
148. Consumidor de heroína y cocaína inyectadas y fumadas. **Desde hace cinco días está en tratamiento de desintoxicación. Quiere ayuda para deshabituación.**
149. Consumidora de cocaína. **Acude para determinarse cocaína en sangre acompañada de sus familiares. Se le dice que el servicio de urgencias no es el lugar adecuado para ello.**
150. Paciente en tratamiento de deshabituación de cocaína. **Lo trae la familia por ingesta de cocaína. Pupilas ligeramente mióticas. Diagnóstico: "Tratamiento de cocaína. Trastorno funcional neurológico".**
151. Consumidor esporádico de cocaína, cannabis y poppers. **Desde hace tres días después de consumir poppers se halla angustiado, con llanto espontáneo, anorexia, astenia, insomnio, con pesadillas, nota como si las personas no fueran reales, le miran mal, le quieren perjudicar. Ha tenido conductas extravagantes. Habla de brujería. Dice tener miedo. Bradipsíquico, lenguaje ocasionalmente incoherente. Diagnóstico: "Dado el riesgo de conductas imprevistas, remitimos a hospital psiquiátrico".**
152. Ex ADVP. Consumidor de heroína y cocaína fumadas. **Está ingresado en el hospital**

psiquiátrico. Lo traen los familiares para evaluar cuadro delirante por tóxicos, asegurando que le han dado por error la medicación de un compañero. Diagnóstico: "No se objetiva patología urgente".

□ *Variable 13: Nombre de las sustancias psicoactivas que se MENCIONAN en la historia clínica*

Se especificará el nombre de hasta 6 sustancias psicoactivas que, de acuerdo con la documentación clínica, haya consumido el paciente de forma habitual o esporádica, hayan provocado o no dependencia.

También se anotará el nombre de las sustancias cuando en la historia se señale que se trata de un ex-consumidor. Por ejemplo, si aparecen expresiones como "ex-consumidor de heroína" o "dice que hace un mes que no consume".

La información referente a esta variable se transcribirá literalmente a la *Hoja de Registro Individual de Urgencia*. Las sustancias psicoactivas se codifican posteriormente en la Unidad Autónoma con ayuda de la *Lista de Sustancias Registrables (Anexo III)*.

Los profesionales que realicen la recogida de datos deberán llegar siempre al máximo grado de especificidad posible en el tipo de sustancia que anotan:

- * Si es posible recogerán el *nombre científico de la sustancia concreta*.

Se ha optado por utilizar el término "nombre científico" en vez de "nombre genérico", porque este último se aplica sobre todo a los fármacos, pero no necesariamente a las sustancias de comercio ilegal.

Por ejemplo: pentazocina, cocaína base, diazepam, LSD, etc.

- * Cuando no se conozca el nombre científico de la sustancia, pero sí el *nombre comercial o el de argot*, se anotará alguno de estos últimos.

Por ejemplo, sosegón, crack o basuco, valium, ácido, etc.

- * Si no es posible especificar la sustancia concreta ni el nombre comercial o de argot, se recogerá el *nombre del subgrupo farmacológico* al que pertenece.

Por ejemplo: opiáceos sintéticos, cocaína, benzodiazepinas, drogas alucinógenas sintéticas, etc.

- * Si no es posible especificar el subgrupo, se señalará el nombre del *grupo farmacológico*.

Por ejemplo: opiáceos, hipnótico-sedantes, estimulantes, alucinógenos, etc.

En la *Lista de Sustancias Registrables* que se incluye en el Anexo III de este Protocolo los nombres de las sustancias aparecen impresos de la siguiente forma:

- el grupo farmacológico-----> sombreado y en mayúsculas
- el subgrupo farmacológico-----> en minúsculas y cursiva
- el nombre científico de la sustancia concreta---> en minúsculas normales
- el nombre comercial o de argot--> en minúsculas normales de menor tamaño

Por ejemplo, pertenecerían a un mismo subgrupo farmacológico todas las sustancias que aparecen bajo el epígrafe *Codeína*, es decir, la codeína o derivados de la codeína sin especificar, el linctus de codeína, la hidrocódeína, la dihidrocódeína, la folcodina y otras formas de codeína o derivados especificadas.

También pertenecerían a un mismo subgrupo farmacológico todas las sustancias que aparecen bajo el epígrafe *MDMA -Éxtasis- y otros derivados de la feniletilamina*; es decir, derivados de la feniletilamina -drogas de diseño- sin especificar, MDMA, MDA, MDEA, MBDB y otros derivados de la feniletilamina especificados.

- * En las urgencias en las que conste que el paciente está en tratamiento de mantenimiento con opiáceos, la metadona o el opiáceo usado en el tratamiento se mencionará como una droga más.
- * En las urgencias en las que conste que el paciente es un antiguo consumidor (ex-adicto, ex-ADVP o sinónimo) que está en tratamiento libre de drogas a causa de su dependencia pueden darse dos situaciones:
 - . Si está en los *seis primeros meses* de tratamiento, como drogas mencionadas se recogerán siempre aquéllas que motivaron o motivan el tratamiento.
 - . Si han pasado más de seis meses desde que fue admitido a tratamiento, sólo se recogerán las drogas que motivaron el tratamiento si las ha consumido en los últimos seis meses o las consume actualmente.

Por ejemplo, un heroinómano en programa libre de drogas desde hace menos

de seis meses que es atendido en urgencias por una reacción relacionada con la *cocaína*, se considerarán también como drogas mencionadas, además de la cocaína y otras que haya podido consumir, la sustancia de la que era dependiente y por la que está tratándose -heroína-.

Cuando en la historia clínica no se menciona ninguna droga, pero se afirma que el paciente está o ha estado en tratamiento de su dependencia con un determinado medicamento, puede deducirse la droga consumida a partir de los medicamentos con los que es o ha sido tratado. Por ejemplo, a partir de un tratamiento con naltrexona o metadona puede deducirse que consume o ha consumido opiáceos.

Si en la historia se cita el consumo de 7 ó más sustancias psicoactivas y algunas pertenecen al mismo subgrupo (por ejemplo, opiáceos o benzodiazepinas), se pueden anotar el nombre de estos subgrupos con el fin de recoger la mayor cantidad posible de información.

Si en la historia clínica se citan menos de 6 drogas, se anotará el nombre de todas las citadas seguido de la expresión "No más drogas" en la línea inferior.

Si en la historia se indica que es consumidor de sustancias psicoactivas, pero no se cita ninguna de las sustancias consumidas, se anotará "desconocidas" en la primera línea.

Ejemplos, historias en que no aparece el nombre concreto ni de grupo de ninguna sustancia psicoactiva pero, aparecen expresiones indicativas de consumo no médico de estas sustancias, como:

- ADVP, UDVP, ex-ADVP, abuso de drogas, consumo de drogas, drogodependiente, toxicómano, adicto o algún sinónimo de las expresiones anteriores.
- Sobredosis, síndrome de abstinencia o algún sinónimo de las expresiones anteriores.

La codificación de las sustancias será realizada en la Unidad Autónoma, con la asistencia del Programa Informático del indicador.

A continuación se incluyen algunos ejemplos de cumplimentación y codificación de esta variable:

- Ejemplo 3 de variable 12: Se escribirá "heroína, cocaína, tranxilium, loramet" y posteriormente en la Unidad Autónoma se codificará: 1101 "heroína", 2100 "cocaína sin especificar", 3308 "cloracepato dipotásico" y 3318 "lormetazepam".
- Ejemplo 4 de variable 12: Se escribirá "cocaína, marihuana, darken, cerveza" y posteriormente en la Unidad Autónoma se codificará: 2100 "cocaína sin especificar", 6101 "cannabis-planta", 3308 "cloracepato dipotásico" .
- Ejemplo 11 de variable 12: Se escribirá "hachís, alucinógenos, alcohol" y

- posteriormente en la Unidad Autónoma se codificará:
- Ejemplo 15 de variable 12: Se escribirá "cocaína, speed, éxtasis, alcohol" y posteriormente en la Unidad Autónoma se codificará: 2100 "cocaína sin especificar" .
 -

En el caso de que haya dificultades para codificar alguna sustancia, las Unidades Autónomas consultarán con la Unidad Central para mantener criterios uniformes.

La experiencia permitirá desarrollar normas de codificación para casos particulares inicialmente no previstos que se distribuirán periódicamente a todas las Unidades Autónomas en documentos anexos al Protocolo del Indicador Urgencias Hospitalarias.

□ *Variable 14: Vía de consumo de las sustancias psicoactivas mencionadas*

Se anotará la vía de administración de cada una de las sustancias de adicción o consumo habitual señaladas en la variable 12. En caso de que para alguna sustancia se mencione más de una vía, se anotará la más frecuente.

Nunca debe asumirse la vía de consumo de una sustancia, dada la variabilidad en los patrones de consumo de sustancias.

Los códigos admitidos para esta variable son:

Los códigos admitidos para esta variable son:

1. *Oral*: Ingestión de la droga por la boca (se codificará esta vía aunque la absorción se produzca más en la mucosa oral que en el tubo digestivo, por ejemplo, el caso del LSD).
2. *Pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores, chinos)*: Aspiración y posterior absorción pulmonar de vapores de drogas sometidas a combustión en cigarrillos, pipas, papel de aluminio, etc, o de gases sustancias volátiles no sometidas a combustión (butano, gasolina, cola, solventes, etc). Esta vía hay que diferenciarla de la esnifada, en la que se aspira droga en polvo por la nariz.
3. *Intranasal o esnifada (aspiración de polvo por la nariz)*: Aspiración por nariz y posterior absorción por la mucosa nasofaríngea de sustancias en forma de polvo o pequeñas partículas o cristales.
4. *Parenteral o inyectada*: Administración de la droga por vía parenteral - intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica-.

- 5 *Otras (Especificar...)*: Administración de la droga por vías diferentes a las mencionadas en las categorías anteriores -tópica, vaginal, rectal, etc-.
9. *Desconocida*: Cuando en la historia clínica no se menciona ninguna vía de consumo para esa droga.

Si la información de la historia clínica da información sobre la vía de consumo, pero no sobre la sustancia consumida, se codificará la vía. Por ejemplo, si aparece ADVP, UDVP o expresión equivalente, se codificará 4. Parenteral o inyectada.

Cuando en la historia clínica aparece la expresión "inhalada", existen dificultades para asignar un código de vía, porque en algunas áreas geográficas y para algunos médicos es sinónimo de esnifar (consumo por vía intranasal) y para otros de consumo por vía pulmonar ("fumar chinos").

Sólo se asignará una vía concreta cuando esta pueda ser deducida de forma inequívoca, por ejemplo:

- ***cuando se dice "inhaló dos rayas de coca", está bastante claro que se trata de la vía intranasal o esnifada.***
- ***y cuando se dice "inhaló heroína en papel de plata", está claro que se trata de la vía pulmonar o fumada .***

Sin embargo, en la mayoría de los casos es muy arriesgado asumir una vía concreta y debe codificarse como 9 (desconocida).

Variable 15: Evidencias de relación directa entre el consumo de drogas y la urgencia expresadas por el médico en la historia clínica

La información incluida en esta variable ha de proceder exclusivamente de lo consignado por el médico en la historia clínica y de la aplicación de las normas de este protocolo, sin introducir ningún tipo de interpretación por parte de las personas que recogen los datos.

Se codificará como sigue:

1. Sí
2. No

- Se codificará 1 en los siguientes casos:

- Si en el apartado diagnóstico de la historia clínica o en otro apartado el médico indica que es un cuadro "secundario a" "provocado por", "relacionado con" o "por" una droga o sustancia psicoactiva concreta, o expresiones similares.

- Si en el apartado diagnóstico de la historia clínica el médico cita "sobredosis", "síndrome de abstinencia", "psicosis cocaínica", "gastritis alcohólica", o cualquier otro diagnóstico que indique de forma inequívoca que esta relacionado con el consumo de drogas o sustancias psicoactivas.

Ejemplos 1 a 17 de variable 12.

- Si en el apartado diagnóstico de la historia clínica el médico indica que es un cuadro "*probablemente* secundario a" "*posiblemente* provocado por", "*probablemente* relacionado con" o "*posiblemente* por" usar una droga o sustancia psicoactiva concreta, o expresiones similares.
- Si en el apartado diagnóstico de la historia clínica el médico cita un diagnóstico inequívocamente relacionado con el uso de drogas pero entre signos de interrogación, como "¿síndrome de abstinencia?" "¿psicosis tóxica?".
- Si en el apartado diagnóstico el médico señala una relación temporal de inmediatez entre el consumo de sustancias psicoactivas y la aparición de la urgencia, por ejemplo, "crisis convulsiva *tras* consumo de cocaína". En estos casos se codificará 2 si hubiesen transcurrido más de 48 horas entre el consumo y el inicio de los síntomas.
- Si en el apartado diagnóstico de la historia clínica el médico cita un diagnóstico y a continuación cita específicamente que ese diagnóstico se produce en un consumidor de drogas o en un ADVP.
- Si se trata de abscesos, infecciones cutáneas, embolismos, hepatitis, tuberculosis, infección por VIH o relacionadas en sujetos que se inyectan drogas

Ejemplos 18 a 49 de variable 12.

- Se codificará 2, si en la historia clínica se cita algún diagnóstico válido, pero no aparece ninguna expresión del médico que indique que el cuadro está relacionado o haya sido provocado por el consumo de sustancias psicoactivas, ni se dan ninguno de los supuestos para codificar 1.

Ejemplos 50 a 96 de variable 12.

- Finalmente esta variable se dejará sin contestar, si en la variable 12 se dan las situaciones II ó III; es decir si no figura un diagnóstico válido en el apartado diagnóstico de la historia clínica. En estos casos los valores de las variables 12, 13, y 14 serán asignados a posteriori por el equipo de codificación.

Ejemplos 97 a 152 de variable 12.

□ *Variable 16: Nombre de las drogas que el médico RELACIONA con la urgencia en la historia clínica*

Se especificará el nombre de 6 sustancias cuyo uso o deprivación, de acuerdo con lo expresado por el médico en la documentación clínica, haya provocado o estén relacionadas directamente con la urgencia actual.

Si en la variable 15 se ha contestado 2, se considerará que no hay sustancias psicoactivas relacionadas con la urgencia y se anotará "Ninguna".

A veces la sustancia relacionada con la urgencia actual no aparece mencionada en la historia; pero puede deducirse a partir del tratamiento aplicado. Por ejemplo:

- los comas que responden a la naloxona se considerarán sobredosis por opiáceos y los que responden a flumazenilo, sobredosis por benzodiazepinas.
- los síndromes de abstinencia tratados con buprenorfina o metadona u otros opiáceos, se considerará que están relacionados con el consumo de opiáceos.

La información referente a esta variable se transcribirá literalmente a la *Hoja de Registro Individual de Urgencia*. Las sustancias psicoactivas que pueden ser anotadas son las incluidas en el *ANEXO III: Lista de Sustancias Registrables*.

Los profesionales que realicen la recogida de datos deberán llegar siempre al máximo grado de especificidad posible en el tipo de sustancia que anotan:

- * Si es posible recogerán el *nombre científico de la sustancia concreta*.

Se ha optado por utilizar el término "nombre científico" en vez de "nombre genérico", porque este último se aplica sobre todo a los fármacos, pero no necesariamente a las sustancias de comercio ilegal.

Por ejemplo: pentazocina, cocaína base, diazepam, LSD, etc.

- * Cuando no se conozca el nombre científico de la sustancia, pero sí el *nombre comercial o el de argot*, se anotará alguno de estos últimos.

Por ejemplo, sosegón, crack o basuco, valium, ácido, etc.

- * Si no es posible especificar la sustancia concreta ni el nombre comercial o de argot, se recogerá el *nombre del subgrupo farmacológico* al que pertenece.

Por ejemplo: opiáceos sintéticos, cocaína, benzodiacepinas, drogas alucinógenas sintéticas, etc.

- * Si no es posible especificar el subgrupo, se señalará el nombre del *grupo farmacológico*.

Por ejemplo: opiáceos, hipnótico-sedantes, estimulantes, alucinógenos, etc.

En la *Lista de Sustancias Registrables* que se incluye en el Anexo III de este Protocolo los nombres de las sustancias aparecen impresos de la siguiente forma:

- el grupo farmacológico-----> sombreado y en mayúsculas
- el subgrupo farmacológico-----> en minúsculas y cursiva
- el nombre científico de la sustancia concreta---> en minúsculas normales
- el nombre comercial o de argot--> en minúsculas normales de menor tamaño

Por ejemplo, pertenecerían a un mismo subgrupo farmacológico todas las sustancias que aparecen bajo el epígrafe *Codeína*, es decir, la codeína o derivados de la codeína sin especificar, el linctus de codeína, la hidrocódeína, la dihidrocódeína, la folcodina y otras formas de codeína o derivados especificadas.

También pertenecerían a un mismo subgrupo farmacológico todas las sustancias que aparecen bajo el epígrafe *MDMA -Éxtasis- y otros derivados de la feniletilamina*; es decir, derivados de la feniletilamina -drogas de diseño- sin especificar, MDMA, MDA, MDEA, MBDB y otros derivados de la feniletilamina especificados.

La codificación de esta variable se realizará igual que la de la variable 13 (sustancias consumidas mencionadas), tanto en lo relativo a la clasificación empleada como al procedimiento de codificación.

Variable 17: Vía más RECIENTE de consumo de las drogas que el médico RELACIONA con la urgencia en la historia clínica

Se anotará únicamente la vía de administración más reciente; es decir, la última utilizada por el paciente antes de ser atendido en urgencias, para cada una de las sustancias relacionadas con la urgencia actual señaladas en la variable 16.

La codificación de esta variable se realizará igual que la de la variable 14 (Vía de consumo de las drogas mencionadas).

□ *Variable 18: Resolución de la urgencia*

Se anotará el resultado de la atención en el servicio de urgencias. Para cumplimentar esta variable, si es necesario, se consultarán otros registros o documentos del servicio de urgencias o del hospital, además de la historia clínica de urgencias.

Se codificará como sigue:

1. Alta médica

Cuando en los documentos de urgencias aparezcan expresiones como, alta, envío a su domicilio, recuperación o expresiones similares, indicativas de que el paciente, tras ser valorado o recibir atención en el servicio de urgencias, lo ha abandonado por indicación médica sin que haya sido trasladado a otro servicio sanitario para continuar el tratamiento del proceso que motivó la urgencia.

2. Alta voluntaria

Cuando en los documentos de urgencias aparezcan expresiones como, solicita alta voluntaria, abandono del hospital, fuga o expresiones similares, indicativas de que el paciente tras ser valorado o recibir atención en el servicio de urgencias, lo ha abandonado voluntariamente o sin consentimiento médico.

3. Ingreso hospitalario

Cuando en los documentos de urgencias conste que el paciente, tras ser valorado o recibir atención médica en el servicio de urgencias, ha sido ingresado o internado en el hospital para continuar el tratamiento del proceso que motivó la urgencia, independientemente de lo que haya sucedido después. Sin embargo, *no se incluirán en esta categoría* los pacientes que han permanecido en el servicio de urgencias para observación, pero no han ingresado en planta.

4. Muerte en urgencias

Cuando en los documentos de urgencia conste que el paciente ha llegado con vida al hospital y posteriormente ha muerto durante su permanencia en el propio servicio de urgencias. Sin embargo, *no se incluirán en esta categoría* los pacientes que han muerto después de salir del servicio de urgencias.

5. Traslado a otro centro sanitario

Cuando en los documentos de urgencias consta que el paciente, tras ser valorado o recibir atención médica en el servicio de urgencias, ha sido trasladado a otro centro sanitario (hospital), para continuar el tratamiento del proceso que motivó la urgencia. No se considerarán las derivaciones a otros dispositivos sanitarios, como los centros de atención primaria.

9. Desconocida

Este código se utilizará únicamente cuando la información que figura en los documentos de urgencia no permite clasificar el episodio en alguna de las categorías anteriores.

Variable 19: Observaciones

Variable 20: Número de hoja

Número que se da a cada formulario en cuanto llega a la Unidad Autónoma. Se utiliza para controlar el archivo de los formularios de registro individual de episodio de urgencia.

7. METODOLOGÍA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

7.1. COBERTURA DEL SISTEMA

1) Cobertura geográfica

Es recomendable limitar la recogida únicamente a algunas áreas, por razones de coste, y como forma de asegurar la continuidad de la recogida y garantizar la calidad de la información.

La selección de las áreas geográficas monitorizadas corresponde a las Unidades Autonómicas. Sin embargo, para ser incluida en el informe anual de los indicadores, un área debe cumplir las dos condiciones siguientes:

- a)** Estar bien delimitada administrativamente. En este sentido, inicialmente será necesario recopilar información precisa, con ayuda de un cuestionario estándar, sobre las características geográficas y demográficas de cada área monitorizada, así como sobre la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios de dichas áreas que puedan influir en las urgencias atendidas por los hospitales monitorizados.
- b)** Monitorizar todos los hospitales relevantes de su territorio. Ver capítulo 5.

2) Cobertura temporal

Cada comunidad autónoma puede decidir o no recoger información de forma continua.

Las semanas de las que se recogerá información se seleccionarán de forma aleatoria en la Unidad Central para simplificar la gestión y mejorar la comparabilidad y antes de comenzar cada año esta Unidad las enviará a las Unidades Autonómicas.

La semana comenzará a las 00:00 horas del lunes y terminará a las 23:59 horas del domingo siguiente.

No obstante, los nuevos desarrollos existentes en el ámbito europeo de buscar indicadores que sirvan de alerta rápida ante nuevos problemas o tendencias emergentes, hacen recomendable que se realice una recogida continua en el tiempo, y además, que esta recogida se realice lo más pronto posible después de que se produce la urgencia.

7.2. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA Y TRANSMISIÓN DE DATOS

1) Tareas del equipo de recogida de datos

Este equipo puede estar formado por personal externo al hospital o por personal del hospital, pero en este caso los componentes deben saber diferenciar bien sus funciones y realizar la recogida de datos independientemente de su labor asistencial.

Las tareas de este equipo serán las siguientes:

- a) Registrar cada episodio de urgencia que cumpla los criterios de selección en una *Hoja de registro individual de urgencia en consumidor de sustancias psicoactivas*.

La decisión de registrar o no una urgencia deberá partir de un profesional entrenado, siguiendo las indicaciones de los *Criterios de inclusión* y *Criterios de exclusión de episodio*.

La recogida se hará de forma *activa*, por *personas especialmente entrenadas* que se responsabilicen de esta tarea. Se entiende por recogida activa la búsqueda de episodios de urgencia mediante la *revisión sistemática, retrospectiva y exhaustiva de las historias clínicas* de los servicios de urgencia monitorizados. Para ello:

- Será necesario revisar todos los archivos donde se almacenen historias clínicas de urgencias generales.
- Será necesario revisar los archivos separados (si existieran) donde se almacenen historias de urgencias traumatológicas .
- No será necesario revisar los archivos separados (si existieran) donde se almacenen exclusivamente historias de urgencias obstétrico-ginecológicas o pediátricas.
- Para obtener la información sobre algunas variables, como fecha de nacimiento, nacionalidad, municipio de residencia, provincia de residencia y resolución de la urgencia, puede ser necesario revisar, además de las historias clínicas, otros documentos como el libro de registro de urgencias o los registros generales del servicio de admisión del hospital.

En algunos hospitales los diagnósticos de urgencia están informatizados. ***Salvo en el caso sumamente improbable de que alguien demuestre lo contrario, estas bases de datos no sirven para detectar los episodios de urgencias que nos ocupan, porque no se trata de detectar "diagnósticos relacionados con el consumo de drogas" sino "diagnósticos en consumidores de drogas"***.

Estos listados o bases de datos podrían servir para detectar

"*diagnósticos relacionados con el consumo de drogas*" si se demostrara tras un estudio de validación que en ese hospital y para ese período el proceso informático detecta una proporción superior al 90% del número real de casos. Dada la diversidad de diagnósticos y motivos de consulta que se pueden dar en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, es difícil pensar que se vaya a poder detectar el porcentaje citado a partir de un listado de ordenador.

Por otra parte, estas bases de datos o listados no servirían para detectar "*diagnósticos en consumidores de drogas*", que es lo que recoge el nuevo indicador, a menos que introdujeran variables de consumo de drogas, lo que no parece ser el caso.

La hoja de registro individual es autocopiativa y tiene dos copias, una para la Unidad Autónoma y otra para incluir en la historia clínica.

A la hora de cumplimentar la Hoja han de tenerse en cuenta las siguientes indicaciones:

- * Es necesario escribir siempre con letra mayúscula y clara.
 - * Las diferentes variables deberán rellenarse de tres formas distintas:
 - Si aparecen puntos suspensivos (.....): se escribirá literalmente la respuesta.
 - Si aparece un abecedario: se rodeará con un círculo la letra que corresponda.
 - Si aparecen cuadros (□): se escribirá en cada cuadro el código o valor que corresponda.
 - * En principio los cuadros sombreados está previsto que se rellenen en la Unidad Autónoma, aunque pueden establecerse diferentes fórmulas de trabajo entre el equipo de recogida de datos y la Unidad Autónoma.
- b)** Resolver las solicitudes de confirmación o corrección de datos que le haga la Unidad Autónoma

Cuando la Unidad Autónoma lo demande, el equipo obtendrá información adicional o confirmación de todos aquellos episodios con datos incompletos, erróneos o dudosos, volviendo si es necesario a consultar los archivos del servicio de urgencia o los generales del hospital.

2) Tareas de las Unidad Autónoma

- a)** Determinar y comunicar al principio de cada año la cobertura del indicador

Para ello deberá:

- seleccionar las áreas y los hospitales monitorizados en la comunidad basándose en los criterios del Apartado 5: *Hospitales Monitorizados*.
- comunicar a la Unidad Central la lista de las áreas y hospitales monitorizados o los cambios respecto al año anterior.
- comunicar al equipo de recogida de datos los hospitales monitorizados (seleccionados por la Unidad Autonómica) y las semanas de las que se recogerá información (seleccionadas por la Unidad Estatal).

- b)** Asignar un *Número de Hoja* a cada Hoja de Registro Individual de Urgencia

Este número se anotará en las casillas correspondientes a la Variable 20 de la Hoja de Registro Individual de Urgencia. Se asignará un número consecutivo de cinco dígitos, que empezará desde 00001 cada año.

- c)** Controlar la recepción de hojas de registro procedentes de los equipos de recogida de datos

Este control deberá ser individualizado para cada servicio de urgencias monitorizado y puede hacerse mediante un libro de registro, una base de datos, una hoja de cálculo, etc, según la práctica habitual en cada comunidad.

Es recomendable que la información que se recoja por cada recepción de hojas sea la siguiente:

Hojas de Registro Individuales:

- * Fecha de recepción
- * Número de Identificación del hospital del que proceden las hojas
- * Número total de hojas recibidas
- * Primer y último número de registro de hoja asignado a las hojas recibidas

- d)** Comprobar que las Hojas recibidas están cumplimentadas correctamente

Las hojas en que se detecten datos incompletos, erróneos o dudosos se separarán y se entregarán o enviarán al equipo de recogida de datos

para que efectúe las rectificaciones oportunas, volviendo si es necesario a consultar los archivos del servicio de urgencias o del hospital.

e) Codificar los datos y grabarlos en soporte magnético los datos de las Hojas de Registro de Urgencias

Salvo en el caso de la codificación de las variables "Diagnósticos de la Urgencia", "Evidencias de relación directa entre el consumo de drogas y la urgencia expresadas por el médico" y "Nombre de las drogas que el médico relaciona con la urgencia en la historia clínica", que en ciertos casos será realizada por un Grupo de Codificadores de Urgencias, la codificación y grabación está previsto que se realice en la Unidad Autónoma. Sin embargo, no hay inconveniente en que esta tarea pueda ser efectuada por el propio equipo de recogida de datos o por otro equipo externo con ayuda del programa informático. En cualquier caso parece conveniente que si hay varios equipos de recogida de datos implicados en la recogida sea uno sólo el que efectúe la codificación y grabación para mantener criterios comunes.

En el momento de la grabación el programa informático realizará automáticamente tres tareas:

* Ayuda a la codificación de las siguientes variables:

- . Variable 9 (provincia de residencia)
- . Variable 10 (municipio de residencia).

- . Variable 13 (nombre de las sustancias psicoactivas de consumo habitual).

- . Variable 15 (nombre de las sustancias psicoactivas directamente relacionadas con la urgencia actual).

En cualquiera de las variables anteriores también es posible grabar directamente el código.

La codificación de la variable 12 (diagnósticos de la urgencia), será realizada como sigue:

- Si en el apartado diagnóstico de la historia hay un diagnóstico válido (situación I): se codificará en la Unidad Autónoma.
- Si en el apartado diagnóstico de la historia no figura un diagnóstico válido, la hoja completa se remitirá al Grupo de Codificación de Urgencias para que estudie el caso y codifique esta variable; así como la variable 15 (evidencias de relación directa entre el consumo de drogas y la urgencia expresadas por el médico) variable 16 (nombre de las drogas que el médico

relaciona con la urgencia en la historia clínica).

- * Controla el rango de los valores de cada variable, de forma que sólo permite grabar los valores definidos como posibles para esa variable.
- * Controla la consistencia lógica entre los valores de algunas variables, especialmente entre la fecha de admisión en urgencias y la fecha de nacimiento.

f) Validar automáticamente la información de los registros grabados

Esta tarea deberá *realizarse siempre*, incluso cuando la codificación y la grabación la efectúa el equipo de recogida de datos o un equipo externo, para evitar demoras innecesarias originadas por la devolución del fichero desde la Unidad Estatal.

En cuanto esté listo el fichero de episodios de urgencia, el programa informático realizará automáticamente una validación interna de cada episodio grabado, realizando:

- . Controles de rango de los valores de cada variable: Para cada variable sólo admite determinados valores, y califica al resto como dudosos o erróneos.
- . Controles de consistencia lógica entre los valores de diversas variables: Detecta combinaciones de valores de diferentes variables que son lógicamente imposibles o poco probables y los califica como erróneos o dudosos.

Los datos que el programa informático ha calificado como erróneos o dudosos se imprimirán en un listado y posteriormente deberán ser confirmados o corregidos.

g) Corregir las hojas y los registros grabados con las rectificaciones obtenidas.

h) Para las comunidades autónomas que recogen información adicional de otros períodos de tiempo, seleccionar las semanas concretas de registro de episodios de urgencia que previamente la Unidad Estatal le habrá comunicado (una por mes).

i) Enviar los datos a la Unidad Estatal en soporte magnético con periodicidad trimestral

Para poder agregar posteriormente en la Unidad Estatal los Ficheros Autonómicos Trimestrales y obtener el *Fichero Autonómico Anual de*

Urgencias y el *Fichero Estatal Anual de Urgencias*, es imprescindible que todos los ficheros enviados por todas las comunidades autónomas tengan formato ASCII y una estructura idéntica definida previamente en el program informático y además que hayan sido sometidos al proceso de validación.

- j)** Garantizar el cumplimiento del protocolo común del indicador en el ámbito de su comunidad autónoma

Para ello, la Unidad Autónoma deberá asegurarse de que el equipo de recogida de datos esté adecuadamente entrenado para rellenar las hojas de registro de urgencias y supervisar de forma continua o periódica el proceso de recogida y, en su caso, el de codificación y grabación.

3) Tareas de la Unidad Estatal

- a)** Comunicar al comienzo de cada año a las Unidades Autónomas las semanas de las que se va a recoger información.

Se enviará un listado con las fechas de comienzo y fin de cada semana.

- b)** Recibir y registrar todos los Ficheros Autonómicos Trimestrales de Urgencias enviados por las Unidades Autónomas.

- c)** Repetir la validación de todos los Ficheros y si es necesario pedir información extra a las Unidades Autónomas.

- d)** Realizar las correcciones necesarias en los Ficheros tras recibir la información extra de las Unidades Autónomas.

- e)** Tabular los resultados de los Ficheros Autonómicos Trimestrales como forma final de validar la información.

- f)** Integrar los Ficheros Trimestrales de cada comunidad autónoma para formar el *Fichero Autonómico Anual de Urgencias* para cada comunidad autónoma y finalmente agregar los datos de las distintas comunidades para formar el *Fichero Estatal Anual de Urgencias*.

- g)** Explotar y analizar la información del Fichero Estatal Anual.

- h)** Publicar el *Informe Anual de los indicadores* (y eventualmente otros informes), donde se recogerán la metodología del Indicador Urgencias, los resultados más importantes y el análisis de la cobertura.

- i)** Distribuir el Informe Anual de los indicadores y el Fichero Estatal Anual de Urgencias.

j) Asegurar el cumplimiento del protocolo y proponer las modificaciones que sean necesarias.

k) Asesorar a las Unidades Autonómicas en aspectos relacionados con:

- * Problemas en la aplicación del protocolo del indicador
- * Funcionamiento de las aplicaciones informáticas de los indicadores
- * Otros problemas relacionadas con la recogida y transmisión de los datos del indicador.

8. PROGRAMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN DEL INDICADOR URGENCIAS

Para facilitar parte de las tareas de los distintos elementos del sistema se ha elaborado un Programa Informático de Gestión del Indicador Urgencias que ya ha sido mencionado en capítulos anteriores. Las utilidades del programa y la forma de ejecutarlas, así como los procedimientos de validación se describirán detalladamente en un *Manual Operativo*, que en principio se editará independientemente de este Protocolo. A continuación se realiza un resumen de las principales características y utilidades del mismo.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Barrio G, De la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Medicina Clínica* 1993; 101: 344-355.
- Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, De la Fuente L. The epidemiology of cocaine use in Spain. *Drug and Alcohol Dependence* 1993; 34: 45-57
- Camí J, Álvarez F, Caus J, Menoyo E, De Torres S. Heroína: nueva causa de urgencias toxicológicas. *Medicina Clínica* 1984; 82:14.
- Camí J, Antó JM, Monteis J et al. Monitoring cocaine epidemics in Barcelona. *Lancet* 1987; 2:451.
- Darke S, Ross J, Hall W. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose. *Addiction* 1996; 91: 405-411.
- Darke S, Ross J, Hall W. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: II. Responses to overdose. *Addiction* 1996; 91: 413-417.
- De la Fuente L, Antó JM. La información sobre el uso indebido de drogas ilegales y sus problemas asociados. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1991; 65:371-376.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Protocolo. Enero 1989*. 20 Edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Actualización del Protocolo que recoge las modificaciones introducidas a partir de enero de 1991*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1987*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1988*. (20 Edición). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1989*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1990*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1991*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1992*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1993*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1994.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. State Information System on Drug Abuse (SEIT). 1993 Report. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Informe año 1994*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. State Information System on Drug Abuse (SEIT). 1994 Report. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1996.
- Domingo A. *Evolució temporal, distribució geogràfica i prevalença dels addictes a opioides a Barcelona-Ciutat* (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1992
- Domingo A, Antó JM, Camí J. Epidemiological surveillance of opioid-related episodes in an emergency room of Barcelona, Spain (1979-1989). *British Journal of Addiction* 1991; 86: 1459-1466.
- Domingo A, Hartnoll R, Antó JM. Opiate and cocaine consumers attending Barcelona emergency rooms: a one year survey. *Addiction* 1993; 88: 1247-1256.
- Domingo A, Hartnoll R, Maguire A, Suelves JM, Antó JM. Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona (Spain), 1989. *American Journal of Epidemiology* 1995; 141: 567-574.
- Domingo-Salvany, Pérez K, Hartnoll RL, Ortí RM. The underreporting of drug-related episodes in a Barcelona emergency room. *Am J Public Health* 1994; 84: 1340.
- Flanagan RJ, Ives RJ. El abuso de sustancias volátiles. *Boletín de Estupefacientes* 1994; 46 (2): 41-66.
- Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. *Farmacología humana. 20 edición*. Barcelona: Masson, S.A, 1996.
- Font Quer P. *Plantas medicinales. El Dioscorides renovado*. Barcelona: Labor, S.A., 1981.
- García Rollán M. *Setas venenosas. Intoxicaciones y prevención*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Ghodse AH. Drug-related problems in London accidents and emergency departments. *Lancet* 1981; 859-852.
- Ghodse AH. Casualty departments and the monitoring of drug dependence. *British Medical Journal* 1977; 1:1381-2.
- Gutiérrez-Cebollada J, De la Torre R, Ortuño J, Garcés J, Camí J. Psychotropic drug

- consumption and other factors associated with heroin overdose. *Drug and Alcohol Dependence* 1994; 35: 169:174.
- Hardman JG, Goodman A, Limbird LE. *Goodman & Gilman's. The Pharmacologic basis of therapeutics -9th ed.-* New York: McGraw-Hill, 1995.
 - Hartnoll R et al (Drug Indicators Project 1985). *Problemas de droga: Valoración de necesidades locales.* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
 - Hartnoll R et al. Estimating the prevalence of opioid dependence. *Lancet* 1985; 1:203-5.
 - Klaucke DN et al. Guidelines for evaluating Surveillance Systems. *MMWR*, may 6, 1988/Vol.37/N1 s-5. Supplement.
 - Ortí RM, Mcfarlane D, Domingo A. Obtención de una cohorte de adictos a opiáceos a partir de la conexión de registros confidenciales. *Gaceta Sanitaria* 1994; 8: 229-238.
 - Pérez K, Domingo-Salvany A, Garcés JM, Hartnoll RL. Información sobre el consumo de opioides y cocaína en la anamnesis de urgencias: validez y fiabilidad. *Med Clín (Barc)* 1996; 107:702-705.
 - Pompidou Group. *Multi-city study: drug misuse trends in thirteen European cities.* Strasbourg: council of europe, 1995.
 - Roca J, Antó JM. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. *Comunidad y Drogas* 1987; 5/6: 9-38.
 - Rootman I. Registers as contributors to estimation. En: Rittenhouse JD. *The epidemiology of heroin and other narcotics.* Rockville, Maryland: NIDA 1977: 117-21 (NIDA Research Monograph N1 16).
 - Rootman I, Hughes PH. *Abus des drogues: Systèmes de notifications.* Genève: OMS, 1983 (Publication offset n1 55).
 - Sánchez J. Romo T, Rodríguez B, Barrio G. Consumo de drogas en España: Fuentes de información y evolución durante el periodo 1984-1990. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1991; 65:395-412.
 - Urtiaga M, Extramiana E, Moreno C, Ardanaz E, Martínez M. Aproximación a la prevalencia de usuarios de heroína en Navarra en 1990. *Gac Sanit* 1993; 7:56-62.

ANEXO: CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS REGISTRABLES

Esta clasificación esta tomada, con algunas adaptaciones, de la utilizada por el Grupo Pompidou del Consejo Europa para el desarrollo de un indicador de admisiones a tratamiento por drogas en diversas ciudades europeas. El protocolo de este estudio, incluida esta clasificación, se encuentra publicado en el documento Hartnoll R. "*Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive protocol*". Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe, 1994.

En el protocolo original, la clasificación se presenta en una "Lista Desarrollada" y una "Lista Resumida" (Hartnoll, 1994. Opus cit.). Aquí se utiliza únicamente la clasificación completa contenida en la Lista Desarrollada.

Las principales diferencias de la clasificación de drogas que se incluye en el presente este protocolo y la clasificación del Grupo Pompidou son las siguientes:

1. En la clasificación del indicador español las drogas tienen un dígito más que en la del Grupo Pompidou.

La clasificación del Grupo Pompidou utiliza *tres dígitos*: el primero, para el Grupo farmacológico de las drogas, el segundo, para el Subgrupo farmacológico y, el tercero, para las drogas específicas.

En la clasificación del indicador español, en cambio, se utilizan *cuatro dígitos*:

. los dos primeros tienen el mismo significado que en la clasificación del Grupo Pompidou y definen el *Grupo y subgrupo farmacológico* al que pertenece la sustancia.

. los dos últimos corresponden a las *drogas específicas*, que en el caso de las sustancias de comercio legal equivalen, salvo en los grupos inespecíficos o residuales, al nombre científico, al nombre genérico o al nombre de la especialidad farmacéutica, y en el caso de sustancias ilegales, corresponden tal nombre científico o al nombre "de calle" o de argot.

2. En la clasificación del indicador español se han añadido, en determinados subgrupos (por ejemplo, benzodiazepinas), todas las sustancias pertenecientes a ellos y que se encuentran comercializadas en España. Para otros subgrupos (por ejemplo, antidepresivos), se incluyen específicamente sustancias para las que se conoce o se sospecha la posibilidad de uso no médico, dejándose las restantes incluidas en el grupo residual.

Se han mantenido las especialidades farmacéuticas del listado original no comercializadas en España, señalándolas con el signo (-).

3. En la clasificación española se ha modificado la denominación y el contenido del subgrupo *MDMA*.

En la clasificación del Grupo Pompidou, el subgrupo *MDMA* se engloba dentro del grupo *Cocaína, anfetaminas y otros estimulantes* y contiene únicamente una droga específica, la MDMA, mientras que los otros derivados de la feniletilamina, sin especificar y especificados, se incluyen en el grupo *Alucinógenos*, subgrupo *Drogas sintéticas*, bajo dos epígrafes: *Drogas sintéticas o drogas de diseño sin especificar* y *Otras drogas de diseño o alucinógenos sintéticos especificados*.

Esta clasificación no resulta satisfactoria para clasificar los derivados de la feniletilamina porque parece que actualmente no hay evidencias suficientes para situar en grupos diferentes a la MDMA y a los otros derivados de la feniletilamina como la MDA, la MDEA u otras sustancias similares.

En consecuencia, se tomó la decisión de modificar la clasificación del Grupo Pompidou, incluyendo en la nueva clasificación del OED tanto la MDMA como otros derivados de la feniletilamina (MDA, MDEA y sustancias similares) en un mismo subgrupo denominado *MDMA (Éxtasis) y otros derivados de la feniletilamina* que se engloba en el grupo de los *Estimulantes*.

4. En la clasificación española se elimina el epígrafe *Opiáceos o sustitutivos opiáceos prescritos para el tratamiento de drogas*, que la clasificación del Grupo Pompidou incluye como una droga específica más.

En el caso del indicador admisiones a tratamiento del OED no se prevé que las sustancias utilizadas terapéuticamente sean consideradas droga principal, sino que lo sea la sustancia que motivó inicialmente el tratamiento.

5. Se reformulado el nombre y el contenido de los subgrupos farmacológicos incluidos dentro del grupo *hipnóticos y sedantes*.

La clasificación del Grupo Pompidou incluía cuatro subgrupos: barbitúricos y otros hipnóticos, benzodiazepinas, tranquilizantes mayores y otros sedantes/ansiolíticos no benzodiazepinas.

En la clasificación del OED se han incluido cinco subgrupos:

- * barbitúricos
- * otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiazepinas
- * benzodiazepinas
- * otros ansiolíticos o tranquilizantes menores no barbitúricos ni benzodiazepinas
- * tranquilizantes mayores o antipsicóticos

Esta clasificación del OED parece más lógica y más fácil de utilizar que la del Grupo Pompidou; además la conversión entre ambas continúa siendo posible con algunos matices.

6. Se ha reformulado el nombre y el contenido de los subgrupos farmacológicos incluidos en el grupo *estimulantes del sistema nervioso central*.

El Grupo Pompidou incluía en este grupo cinco subgrupos: cocaína, anfetaminas, estimulantes parecidos a las anfetaminas, MDMA (éxtasis), y otros estimulantes especificados.

En la clasificación del OED se incluyen seis subgrupos

- * Cocaína
- * Anfetaminas

- * Anorexígenos de acción central
- * MDMA (éxtasis) y otros derivados de las feniletilaminas
- * Estimulantes del sistema nervioso central no clasificados
- * Otros estimulantes del sistema nervioso central especificados

Al igual que se señaló anteriormente, la clasificación española parece más lógica, más rica y más fácil de utilizar que la del Grupo Pompidou; además la conversión entre ambas continúa siendo posible con algunos matices.

En relación con la clasificación de 1996 se han introducido algunos cambios, que en parte ya venían funcionando, en concreto:

- La introducción de un código específico para la mezcla de heroína+cocaína sin especificar, otro para la mezcla de heroína+clorhidrato de cocaína y otro para la mezcla de heroína+crack.
- Se eliminan los códigos correspondientes a ludopatía y adicción a la comida
- Se han corregido algunos errores, por ejemplo el GHB ha sido pasado al grupo de los ansiolíticos/hipnóticos y se le ha asignado un nuevo código, y se han introducido códigos para algunas sustancias nuevas.

OPIOIDES (1000)

Heroína

- 1101 Heroína**
Diamorfina
Diacetilmorfina
Caballo
Jaco
- 1111 Heroína+cocaína sin especificar (Mezcla)**
Revuelto
Rebujo
Rebujado
Mezcla de heroína+cocaína
- 1121 Heroína+cocaína base (Mezcla)**
Revuelto
Rebujo
Rebujado
Mezcla de heroína+crack
- 1199 Heroína+clorhidrato de cocaína (Mezcla)**
Speedball

Opio y morfina

- 1201 Morfina**
Morfina clorhidrato
Cloruro Mórfico
Morfina
MST-continus
Oblioser
Sevredol
Oglos
Skenan
Uni Mist
- 1202 Opio**
- 1203 Cocciones caseras de cabezas o paja de adormidera**
Té de adormidera
Papaver somniferum

Codeína

- 1300 Codeína o derivados de codeína sin especificar**
Metilmorfina
Morfina metil eter
Codeisan
Perduretas codeína
Bisoltus
Fludan codeína
Histaverín
Solcodeín
Analgol
Apiretal codeína
Cod efferalgan
Dolgesic codeina
Dolomedil
Fludeten
Gelocatil codeina
Termalgin codeina
Algidol
Analgilasa
Aydolid codeina

| | |
|----------------|---|
| | Calmoplex Disdolen codeína Dolmen Dolodens Dolviran Fiorinal codeina Meloka |
| 1301(-) | Linctus de codeína |
| 1302(-) | Hidrocodeína |
| 1303 | Dihidrocodeína Contugesic Paracodina Tosidrín |
| 1304 | Folcodina Homocodeína Trophires |
| 1388 | Otras formas de codeína o derivados especificadas |

Opioides sintéticos

| | |
|----------------|--|
| 1400 | Opioides sintéticos sin especificar |
| 1401 | Fentanilo y análogos Fentanest China white Alfentanilo Alfa-metil-fentanilo Fanaxal Limifen Mefentanilo 3-metil-fentanilo 3-metil-fentanil Remifentalino Ultiva Durogesic |
| 1402 | Butorfanol Verstadol |
| 1403(-) | Dextromoramida Palfium |
| 1404 | Dextropropoxifeno Darvon Deprancol |
| 1405(-) | Dipipanona Diconal |
| 1406 | Etilmorfina Demusin Neodemusin Sedalmerk |
| 1408 | Metadona Metasedin Sedo Rapide |
| 1409 | Petidina y análogos Meperidina Dolantina Petigan Miro [petidina+prometazina] MPPP (1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina) MPTP |
| 1410 | Tilidina Tilirate |
| 1411 | Tramadol Adolonta Tralgiol Tioner Tradonal |
| 1412 | Levo-alfa-acetil-metadol LAAM Levacetilmetadol Acetilmetadol |

- Metadilo acetato
Levo-metadilo acetato
- 1413 Dextrometorfano**
1488 Otros opioides sintéticos especificados

Opioides agonistas-antagonistas y agonistas parciales

- 1500 Opioides agonistas-antagonistas o agonistas parciales sin especificar**
1501 Buprenorfina clorhidrato
Buprex
Prefin
Subutex
- 1502 Pentazocina**
Sosegon
Pentazocina Fides
- 1588 Otros opioides agonistas-antagonistas o agonistas parciales especificados**
Ciclazocina
Ketociclazocina
butorfanol
nalorfina
nalbufina
- 1988 Otros opioides especificados**

ESTIMULANTES (2000)

Cocaína

- 2100 Cocaína sin especificar**
Metiléster de benzoilecgonina
- 2101 Cocaína (Clorhidrato)**
Cocaína en polvo
Perico
- 2102 Base libre de cocaína**
Crack
Base
Basuco
Boliches
- 2103 Pasta de coca**
Sulfato de cocaína
- 2104 Hojas de coca**
Erythroxylon coca
- 2188 Otros derivados de la coca especificados**

Anfetaminas

- 2200 Anfetaminas sin especificar**
2201 Sulfato de anfetamina
Centramina
Levanfetamina
Speed
Anfetamina en polvo
- 2202 Dexanfetamina**
d-anfetamina
dextroanfetamina
Dexedrina Spansule

- 2203 Sal de metilamfetamina**
 Metamfetamina
 Desoxyn
 Levomentamfetamina
 Metamfetamina racemato
- 2204 Metilamfetamina base**
 Metamfetamina base
 Metamfetamina fumable
 Ice
 hielo
 cristal
- 2288 Otras anfetaminas especificadas**

Anorexígenos de acción central

- 2300 Anorexígenos de acción central sin especificar**
- 2301 Anfepramona**
 Dietilpropion
 Delgamer
- 2302 Benfluorex**
- 2303 Clobenzorex**
 Finedal
- 2304 Dexfenfluramina**
 Dipondal
 d-fenfluramina
- 2305 Fenfluramina**
 Ponderal
- 2306(-) Fenmetracina**
 Preludin
 Filon
- 2307 Fenproporex**
 Antiobes
 Falagan
 Dixel
 Grasmin
 Tegisec
- 2308 Fenilpropanolamina**
 Minilip
- 2309 Mefenorex**
- 2310 Fentermina**
 1-fenil-2-metil-2-propanamina
- 2311 Mefentermina**
- 2312 Clorfentermina**
- 2313 Fendimetracina**
- 2314 Mazindol**
- 2315 Aminorex**
- 2316 4-metil-aminorex**
- 2388 Otros anorexígenos de acción central especificados**
 Fenitilina

MDMA (Éxtasis) y otros derivados de la feniletilamina

- 2400 Derivados de la feniletilamina sin especificar**
 Drogas de diseño
 Drogas de síntesis
 Bichos
 Delfines
 Essence
 Fidodidos
 Ovnis
 Palomas
 Pirulas

- Pirulo
Pastis
Tanques
Tapones
Tortugas
- 2401 MDMA**
3,4-Metilenodioximetanfetamina
5-Metoxi-3,4-metilenodioxianfetamina
(R,S)-N-Metil-1-(3,4-Metilendioxifenil)-2-propanamina
Éxtasis
Adán
Tortugas
Tapones
XTC
X
- 2402 MDA**
3,4-metilenodioxianfetamina
(R,S)-1-(3,4-Metilendioxifenil)-2-propanamina
Tenanfetamina
Droga del amor
Pildora del amor
- 2403 MDEA**
(R,S)-N-etil-1-(3,4-Metilendioxifenil)-2-propanamina
Eva
3,4-metilenodioxietilanfetamina
N-etilMDA
MDE
- 2404 MBDB**
(R,S)-N-Metil-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-butanamida
MDP-2-MB
Metil-benzodioxol-butanamida
- 2405 PMA**
Parametoxianfetamina
p-metoxianfetamina
(R,S)-1-(4-Metoxifenil)-2-propanamina
- 2406 PMMA**
(R,S) N-Metil-1-(4-Metoxifenil)-2-propanamina
p-metoxi-metanfetamina
Parametoximetanfetamina
- 2407 TMA**
3,4,5-Trimetoxianfetamina
(R,S)-1-(3,4,5-Trimetoxifenil)-2-propanamina
- 2408 Etilanfetamina**
(R,S)-N-Etil-1-fenil-2-propanamina
- 2409 MMDA**
3-metoxi-4,5, metilendioxianfetamina
- 2410 Lefetamina**
SPA
(R)-N,N-Dimetil-1,2-difenil-2-propanamina
- 2411 DOB**
Brolanfetamina
(R,S)-1-(4-Bromo-2,5-dimetoxifenil)-2-propanamina
- 2412 Benzfetamina**
(R,S)-N-Bencil-N-metil-1-fenil-2-propanamina
- 2413 N-Hidroxi MDA**
(R,S)-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-propanhidroxilamina
- 2414 MDMMA**
(R,S)-N,N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-propanamina
- 2415 BDB**
MDP-2-B
(R,S)-1-(3,4-Metilendioxifenil)-2-butanamina
- 2416 BDMPEA**
1-(4-Bromo-2,5-dimetoxifenil)-2-etanamina
- 2417 MDP-2-EB**
(R,S)-N,N-Metil-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-butanamina
- 2418 MDP-2-MMB**
(R,S)-N,N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-butanamina

- 2419 MDP-2-OHB**
(R,S)-1-(3,4-metilendioxifenil)-2-butanhidroxilamina
- 2420 MDP-3-B**
(R,S)-1-(3,4-metilendioxifenil)-3-butanamina
- 2421 MDP-3MB**
HMDMA
(R,S)-N-Metil-1-(3,4-metilendioxifenil)-3-butanamina
- 2422 MDP-3-EB**
(R,S)-N-Etil-1-(3,4-metilendioxifenil)-3-butanamina
- 2423 MDP-3-MMB**
(R,S)-N,N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxifenil)-3-butanamina
- 2424 MDP-3-OH**
(R,S)-1-(3,4-metilendioxifenil)-3-butanhidroxilamina
- 2425 MMDA**
3-Metoxi-4,5 metilendioxianfetamina
- 2426 2C-I**
2,5-dimetoxi-4-yodo-feniletilamina
2C
- 2427 2C-T-2**
2,5-dimetoxi-4-etiltio-feniletilamina
2C
- 2428 2C-T-7**
2,5-dimetoxi-4-(n)-propiltio-feniletilamina
2C
- 2429 4-MTA**
p-MTA
p-metiltioanfetamina
4-metiltioanfetamina
MTA
Metiltioanfetamina
Flatliner

2488 Otros derivados de la feniletilamina especificados

Estimulantes del sistema nervioso central no especificados anteriormente

- 2801 Metilfenidato**
Rubifen
- 2802 Pemolina**
Dynamin
Neurocordín
- 2803 Prolintano**
Katovit
- 2831 Cafeína**
Durvitan
Prolert
Lipograsil
- 2832 Teofilina**
- 2833 Teobromina**
- 2841 Efedrina y pseudoefedrina**
Sulfato de efedrina
Ephedra major (efedra fina)
Ephedra distachya
Ephedra sinica
- 2842 Norefedrina y norpseudoefedrina**
(R,S)-fenil-propanolamina
Catina
Norpseudoefedrina
(R,R)-fenil-propanolamina
- 2843 Catinona**
(S)-1-Fenil-2-amino-propanona
Catha edulis
Khat (hojas)

- Cat
- Efedrona
- Metcatinona
- Goob
- 2890 Nicotina**
- Tabaco
- 2988 Otros estimulantes del sistema nervioso central especificados**

HIPNÓTICOS Y SEDANTES (3000)

Barbitúricos

- 3100 Barbitúricos sin especificar**
- 3101 Amobarbital**
Isoamitil Sedante
Amytal
- 3102 Febarbamato**
G Tril
- 3103 Fenobarbital**
Acido fenil etil barbitúrico
Luminal
Gardenal
Luminaletas
Gratusminal
Asminsedante
Disfil
Distovagal
Epanutin fenobarbitona
Epilantin
Equidan
Gaboril Complex
Natisedina
Oasil Relax
Redutona
Sinergina S
Solufilina Sedante
Tedral
Comital
- 3104 Metilfenobarbital**
Prominal
Comital
- 3105 Primidona**
Mysoline
- 3106 Secobarbital**
Somatarax
Seconal
- 3107 Tiopental sódico**
Pentothal sódico
Tiobarbital
- 3108 Aprobarbital**
Alurate
- 3109 Albarbital**
- 3110 Bralobarbital**
Somatarax
- 3111 Butobarbital**
Butabarbital
Butisol
- 3112 Butalbital**
- 3113 Metohexital**
Brevital
- 3114. Pentobarbital**
Nembutal

3188 Otros barbitúricos especificados

Otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiazepinas

3200 Otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiazepinas sin especificar

3211 Clometiazol

Distraneurine
Clormetiazol
Cloretiazol

3221 Doxilamina

Donormyl
Dormacil
Dormidina
Duebien
Unisom
Upsadex
Doxilaminio
Histadoxilamina

3231(-) Glutetimida

3241 Hidroxizina

Atarax
Somatarax

3251 Metacualona

Pallidan Berna

3261 Piritildiona

Soñodor

3288 Otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodiazepinas especificados

Paraldehido
Hidrato de cloral
Etinamato
Metiprilon

Benzodiazepinas o análogos

3300 Benzodiazepinas sin especificar

Rulas

3301 Alprazolam

Trankimazin
Alprazolam Cinfa
Alprazolam Géminis
Alprazolam Merck
Alprazolam Qualix

3302 Bentazepam

Tiadipona

3303 Bromacepam

Lexatin

3304 Brotizolam

Sintonal

3305 Camazepam

Albego

3306 Clobazam

Clarmyl
Noiafren

3307 Clonacepam

Rivotril
Tegretol
Clonazepam

3308 Cloracepato dipotásico

Dorken
Nansius
Tranxilium
Clorazepato dipotásico

3309 Clordiazepóxido

Huberplaex
Librium
Clordiazepoxido estersa
Omnalio
Normide

Relaxedans

3310 Clotiazepam

Distensan

3311 Diazepam

Aneurol
Ansium Lesvi
Aspaserine B6 tranq
Calmaven
Complutine
Diaceplex
Diazepam Elmu
Diazepam Leo
Diazepam Normon
Diazepam Prodes
Dicepin B6
Drenian
Edym sedante
Gobanal
Pacium
Podium
Pertranquil
Valium
Sico relax
Stesolid
Podium
Tepazepan
Tropargal
Vincosedan

3312 Flunitrazepam

Rohipnol

3313 Flurazepam

Dormodor

3314 Halazepam

Alapryl

3315 Ketazolam

Marcen
Sedotime
Unakalm

3316 Loprazolam

Somnovit

3317 Lorazepam

Lorazepam medical
Idalprem
Donix
Sedicepan
Orfidal Wyeth
Piralone
Placinoral
Divial

3318 Lormetazepam

Loramet
Noctamid
Sedobrina

3319 Midazolam

Dormicum
Midazolam Rovi

3320 Nitrazepam

Pelson
Nitrazepan prodes
Serenade
Mogadom

3321 Oxazepam

Buscopax
Psiquiwas

- Adumbran
Aplakil
- 3322 Pinazepam**
- Duna
- 3323 Prazepam**
- Demetrin
- 3324 Quazepam**
- Quiedorm
- 3325 Tetrazepam**
- Myolastan
- 3326 Temazepam**
- Desmetil-diazepam
- Tenso
- Dasuen
- 3327 Triazolam**
- Halcion
- Novodorm
- 3328 Nordiazepam**
- N-desmetildiazepam
- 3329 Cloxazolam**
- 3330 Delorazepam**
- 3331 Estazolam**
- 3332 Etil-loflazepato**
- 3333 Fludiazepam**
- 3334 Haloxazolam**
- 3335 Medazepam**
- 3336 Nimetazepam**
- 3337 Oxazolam**
- 3338 Demoxepam**
- 3351 Zopiclona**
- Detolan
- Limovan
- Siaten
- 3352 Zolpidem**
- Cedrol
- Dalparan
- Stilnox
- 3388 Otras benzodiacepinas especificadas**

Otros ansiolíticos o hipnóticos no barbitúricos ni benzodiacepinas

- 3400 Otros ansiolíticos o hipnóticos no barbitúricos ni benzodiacepinas sin especificar**
- 3401 Buspirona**
- Narol
- Ansial
- Buspisal
- Buspar
- Effiplen
- 3402 Difenhidramina**
- Dormplus
- Nytol
- Soñodor
- Antistomina
- Antomina
- Difenilhidramina
- 3403 Espino albar**
- Crataegus monogyna
- Crataegus oxyacantha
- Crataegus laevigata
- Majuelo
- Espino blanco
- Espino cambrón

- Elusanes espinos albar extracto seco
- Passiflorine
- Soñofit
- 3411 Meprobamato**
- Ansiowas
- Meprospan
- Miltown
- Sedans orravan
- Dapaz
- Oasil
- Relax
- Procalmidol
- 3412 Tetrabamato**
- Sevrium
- Antabus
- 3413 Pasionaria**
- Passiflora incarnata
- Baldrian
- Passiflorine
- Soñofit
- 3415 Valeriana**
- Valeriana officinalis
- Cirkused
- Elusanes valeriana
- Tauval
- Valdispert
- Valeriana orto
- Baldrian
- 3450 Ácido Gamma-hidroxi-butírico**
- Gamma-hidroxibutirato sódico
- Oxibato sódico
- GHB
- Éxtasis líquido
- X líquido
- GHBeers
- Fantasia
- Xyrem
- Max
- Scoop
- Easy lay
- Georgia Home Boy
- Great Hormones at Bedtime
- Grievous Bodily Harm
- Alcover
- Gamma-OH
- Somatomax-PM
- Somsanit
- Anectamine
- Natural Sleep 500
- 3451 Gamma-butirolactona**
- GBL
- Furanona
- Dihidrofuranona
- Lactona
- Gamma Ram
- Nu-Life
- RenewTrient
- Renewsolvent
- Revivarant G
- Jolt
- Verve
- GH Gold
- Eclipse
- Furan
- G3
- V3
- GenX
- Remedy GH
- ReActive
- Rest-Eze
- Rate
- Insom-X
- GH Revitalizer

Gamma G
Remforce
Firewater
Regenerize
Verve

3452 Butanediol

1,4-Butanediol
1,4-B
BD
Tetrametilenglicol
Butilenglicol
Sucol-B
Rejuv@Nite
Ultradiol
Enliven
N-force
Liquid Gold
Zen
Soma Solutions
BlueRaine
Thunder
Serenity
NRG3
Thunder Nectar
InnerG
SomatoPro
Weight belt Cleaner
X-12
Rest-Q
Biocopia PM
Dormir
Amino Flex
Mystik
Midnight

3488 Otros ansiolíticos o tranquilizantes menores e hipnóticos no barbitúricos ni benzodiazepínicos especificados

Tranquilizantes mayores o antipsicóticos

3500 Tranquilizantes mayores o antipsicóticos sin especificar

3501 Cloropromacina

Largactil

3502 Risperidona

Risperdal

3588 Otros tranquilizantes mayores o antipsicóticos especificados

ALUCINÓGENOS (4000)

Drogas alucinógenas sintéticas

4100 Drogas alucinógenas sintéticas sin especificar

4101 Dietilamida del ácido lisérgico

LSD
Ácido
Tripi
Ajos
Secante

4102 Etriptamina

4103 Dimetiltriptamina

DMT

4104 Dietiltriptamina

DET

- 4105 DOM**
2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina
STP
- 4106 Dimetoxianfetamina**
DMA
1-(2,5-Dimetoxifenil)-2-propanamina
- 4107 DOET**
2,5-Dimetoxi-4-etilanfetamina
- 4108 TMA-2**
2,4,5-trimetoxifenilisopropilamina
- 4111 Fenciclidina**
PCP
Polvo de Angel
Píldora de la paz
- 4188 Otros alucinógenos de síntesis especificados**

Hongos y otras plantas y derivados

- 4200 Hongos alucinógenos sin especificar**
- 4201 Amanita muscaria y Amanita pantherina**
Muscimol (agarina, pantherina, ácido piroibotánico)
- 4202 Otros hongos alucinógenos y psilocibina**
Psilocibina (éster fosfórico de la hidroxil-4-dimetil-triptamina)
Precursores de la psilocibina (Norbaeocistina, baeocistina, psilocina)
Especies que han producido casos de intoxicación con predominio alucinógeno:
Especies del género *Psilocybe*
Psilocybe mexicana
Psilocybe caerulescens
Psilocybe cyanescens
Psilocybe serbica
Psilocybe semilanceata
Psilocybe callosa
Especies del género *Panaeolus*
Panaeolus tropicalis
Panaeolus subalteatus
Panaeolus sphinctrinus
Panaeolus campanulatus
Panaeolus papilionaceus
Panaeolus cyanescens
Panaeolus ater
Panaeolus retirugis
Panaeolus fimicola
Panaeolus foenicicii
Especies del género *Inocybe*
Inocybe haemacta
Inocybe corydalina
Inocybe tricolor
Otras especies
Mycena pura
Pluteus salicinus
Pholiota squarrosoidiposa
Gymnopilus spectabilis
Pholiotina cyanopus
Stropharia cubensis
Especies que podrían producir intoxicaciones con predominio alucinógeno (sospechosas)
Psilocybe coprophila, *Psathyrella fimetaria*, *Clitocybe gallinacea*, *Psilocybe tuberculosa*, *Psilocybe lucifera*, *Psilocybe flammans*, *Psilocybe aurivella*, *Psilocybe montana*, *Psilocybe souarrosa*, *Cortinarius infractus*, *Stropharia aeruginosa*, *Stropharia cyanea*, *Stropharia semiglobata*, *Stropharia stercoraria*, *Stropharia coronilla*, *Inonotus hispidus*, *Lycoperdon marginatum*, *Lycoperdon mixtecorum*, *Gymnopilus liquiritiae*, *Pholiota alnicola*
- 4203 Peyote y mescalina**
Mescalina (sulfato)
Grinis
3,4,5 Trimetoxifeniletilamina
- 4204 Derivados de la Corydalis cava**
Bulbocapnina
- 4288 Otras plantas alucinógenas especificadas**
Datura stramonium (estramonio)
Datura metel (métel)

Ololihuqui (manto del cielo, morning glory)
Nuez moscada

Fármacos con efectos alucinógenos

4300 Fármacos con efectos alucinógenos sin especificar

4301 Ketamina

2-(2-clorofenil)-2-metilamino)-ciclohexanona
Ketolar (anestésico de uso hospitalario)
Imalgene 1000 (medicamento de uso veterinario)
Special-K
KitKat
K
KK
Ket
Cat valium
Vitamina K
Super K
Special Calvin Klein (en asociación con cocaína)

4388 Otros fármacos con efectos alucinógenos especificados

4988 Otras sustancias alucinógenas especificadas

SUSTANCIAS VOLÁTILES (5000)

5000 Sustancias volátiles sin especificar

5201 Pegamentos/colas

Pegamentos para madera (acetato etílico, xilenos)
Pegamentos de contacto (butanona, hexano, tolueno y ésteres)
Pegamento para reparar neumáticos (Tolueno y xilenos)
Pegamento de polímero de cloruro de polivinilo (acetona, butanona, ciclohexanona, tricloroetileno)

5202 Gasolinas y gases combustibles

Butano
Gas natural (metano y otros)
Gas de petróleo licuado -GPL- a base de butano y otros gases como isobutano y propano (gas de encendedores, camping gas, sopletes pequeños)
Metano
Propano

5203 Propulsores de aerosoles

Purificadores de aire (GPL, éter dimetílico -EDM y/o fluorocarbonados)
Desodorantes, antitranspirantes (GPL, EDM y/o fluorocarbonados)
Matamoscas (GPL, EDM y/o fluorocarbonados)
Rociadores para el cabello (GPL, EDM y/o fluorocarbonados)
Rociadores de pintura (GPL, EDM y/o fluorocarbonados y ésteres)
Rociadores de analgésicos tópicos (F 11, F12, monocloroetano)

5204 Pinturas, disolventes de pinturas y quitapinturas

Acetona
Butanona
Disolventes
Ésteres
Hexano
Tolueno
Tricloroetileno
Xilenos
Diclorometano
Metanol
Esmalte de uñas y quitaesmalte

5205 Nitritos vasodilatadores

Poppers
Nitrito de amilo
Nitritos de butilo e isobutilo
Odorantes de habitaciones

5206 Gases y líquidos anestésicos

Óxido nitroso
Éter etílico
Cloroformo
Cloruro de etilo (cloretilo)
Tricloroetileno
Enflurano
Isoflurano
Halotano
Ciclopropano

5207 Gas de extintores de incendios

Bromoclorodifluorometano
FC 11, FC 12.

5208 Quitamanchas y productos para limpieza en seco y desengrase

Diclorometano
FC 113
Metanol
1,1,1-tricloroetano
Tetracloroetileno
Tolueno, Tricloroetileno

5209 Líquidos correctores de errores mecanográficos y diluyentes

1,1,1 tricloroetano

5288 Otros inhalantes volátiles especificados

Quitapolvos a base de sopladores de aire comprimido (EDM, FC 22)

CANNABIS (6000)

6101 Planta

Cannabis sativa
Marihuana
María
Hierba
Grifa
Kif
Cáñamo

6102 Resina

Hachís
Chocolate
Costo

6103 Aceite

Aceite de hachís

6104 Tetrahidrocannabinol

THC
Delta-9-Tetrahidrocannabinol (Delta-9-THC)
Delta-8-Tetrahidrocannabinol (Delta-8-THC)

6988 Otras formas de cannabis especificadas

ALCOHOL (7000)

OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (8000)

Medicamentos antiparkinsonianos

8100 Medicamentos antiparkinsonianos sin especificar

8101 Biperideno

Akineton

8102 Trihexifenidilo

Artane

8103 Prociclina

Kemadren

8188 Otros medicamentos antiparkinsonianos especificados

Medicamentos antidepresivos

8200 Medicamentos antidepresivos sin especificar

8201 Fluoxetina

Prozac
Adofen
Reneuron
Docutrix

8202 Fluvoxamina

Dumirox

8203 Citalopram

Prisdaal
Seropran

8204 Paroxetina

Seroxat
Froxinor
Casbol

8205 Venlafaxina

Vandral

8229 Otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina especificados

8231 Amineptina

Survector

8259 Otros antidepresivos tricíclicos y afines especificados

Amitriptilina
Mianserina. Lantanon

8260 Inhibidores de la monoamino oxidasa

IMAO

8288 Otros medicamentos antidepresivos especificados

8800 Otras sustancias psicoactivas para mejorar el rendimiento deportivo

8988 Otras sustancias psicoactivas especificadas

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SIN ESPECIFICAR (9979)

9979 Sustancias psicoactivas sin especificar

NO CONSUME MÁS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (9988)

9988 No más drogas

SUSTANCIA PSICOACTIVA DESCONOCIDA (9999)

9999 Desconocida/s