

INDICADOR: MORTALIDAD POR REACCION AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANIAS

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Protocolo del Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas. 2003

EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO:

Comunidades autónomas

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)

Institutos Anatómico Forenses y Médicos Forenses

Benito López (Médico forense de Arzúa y Ordenes, La Coruña)
Carmen Romero (Médico forense, Sevilla)
Rafael Alcaraz (Instituto Anatómico Forense, Bilbao)
Andrés Bedate (Instituto Anatómico Forense, Madrid)
Miguel Orós (Instituto Anatómico Forense, Barcelona)

Institutos Nacionales De Toxicología y otras instituciones que realizan análisis toxicológicos

Concha Lora Tamayo (Instituto Nacional de Toxicología, Madrid)
Manuel Menéndez (Instituto Nacional de Toxicología, Sevilla)
Juan Luis Valverde (Instituto Nacional de Toxicología, Barcelona)
Ana Bermejo (Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Santiago de Compostela)

Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Cristina Infante, Aurora Ruiz, Luis Royuela, Gregorio Barrio, Emiliano Martín

Otros expertos que han hecho aportaciones a versiones anteriores del indicador

Alicia Rodríguez-Martos (Instituto Municipal de la Salud, Barcelona)
Jordi Segura (Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona)
Jordi Camí (Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona)
Roser Badía (Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona)
Joan Sallés (Facultad de Farmacia, Vitoria)
Alfonso Carbajal (Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Valladolid)
Pilar Díaz (Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Madrid)

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.

- 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 selección de casos de muerte RASUPSI
 - 4.1. Criterios de inclusión
 - 4.2. Criterios de exclusión
- 5.- Fuentes primarias de información y criterios de selección de áreas monitorizadas
- 6.- Definiciones de las variables del Indicador
- 7.- Proceso de recogida y transmisión de datos
 - 1) Características fundamentales de este proceso
 - 2) Tareas de las Fuentes Primarias de Información
 - 3) Tareas de las Unidades Autonómicas
 - 4) Tareas de la Unidad Central
 - 5) Procedimientos específicos de recogida de información por Comunidad Autónoma
- 8.- Programa Informático de Gestión y Explotación del SEIT (Programa de Gestión del SEIT-Mortalidad)
- 9.- Bibliografía
- 10.- Anexos
 - Anexo I. Clasificación de sustancias registrables
 - Anexo II. Clasificación de metabolitos de sustancias registrables
 - Anexo III. Cuestionario anual sobre el proceso de recogida y transmisión de datos del indicador mortalidad en cada área geográfica monitorizada

1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas y porque, en el caso de algunas drogas ilegales como la heroína, puede usarse, junto a otros indicadores indirectos, para monitorizar las tendencias de consumo problemático. El conocimiento de esta mortalidad es pues fundamental para diseñar políticas y programas destinados a reducir los problemas relacionados con el consumo de drogas.

Sin embargo, la recogida de estas muertes no es fácil porque son muy heterogéneas y difíciles de clasificar. En un sentido amplio, podrían considerarse relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas muertes tan dispares como las causadas por un carcinoma pulmonar en un gran fumador, una cirrosis alcohólica, un accidente de tráfico bajo la influencia de benzodiazepinas, un suicidio con barbitúricos, una "sobredosis" accidental por heroína y un homicidio relacionado con tráfico de drogas. Además, en muchas ocasiones la contribución del consumo de las sustancias psicoactivas a estas muertes es bastante difícil de probar y cuantificar, sobre todo cuando el consumo está alejado en el tiempo o existen otros factores causales concomitantes (por ejemplo, la conducción imprudente de vehículos o máquinas peligrosas).

Aunque se han realizado y se seguirán realizando estudios ad hoc para aclarar el papel de las sustancias psicoactivas en todo este tipo de muertes, en los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es muy problemático recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas por diversos motivos:

- . Porque en algunos tipos de muerte (por ejemplo, en los accidentes) la presencia de estas sustancias no se investiga de forma rutinaria, lo que equivale a decir que la proporción de casos investigados puede variar ampliamente en el tiempo y en el espacio.
- . Porque en estos casos la muerte es con frecuencia el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo u obtención de sustancias psicoactivas, siendo difícil identificar el más relevante

En consecuencia, en los sistemas de información es preferible centrarse sólo en algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las muertes por *reacción aguda* tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta surgió la necesidad de cuantificar y monitorizar las tendencias de las muertes asociadas al consumo de opiáceos. Se realizaron algunos estudios preliminares de validación de las distintas fuentes que podían ofrecer información y se comprobó que las estadísticas oficiales de mortalidad basadas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud y en los procedimientos habituales de certificación de la muerte no reflejaban adecuadamente las muertes por reacción aguda a estas drogas. Las razones de esta situación son complejas y no corresponde entrar a analizarlas en este documento. Adicionalmente, se demostró que Institutos Anatómico Forenses, junto con las instituciones encargadas de realizar análisis toxicológicos (generalmente el Instituto Nacional de Toxicología), eran las fuentes más completas y apropiadas para recoger información sobre estas muertes. No es extraño que así fuera porque en España tanto el sistema de salud como la policía deben remitir todos los casos conocidos de muerte súbita, violenta o no natural al juez, quien normalmente pone en marcha una investigación, implicando generalmente a médicos forenses y a toxicólogos, para tratar de esclarecer sus causas.

Por la razón expuesta, en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías

(SEIT), se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Un sistema de estas características tiene además la ventaja, frente a uno basado, por ejemplo, en la policía, de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado -un médico- con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe habitualmente documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

El indicador Mortalidad por reacción aguda a opioides o cocaína del SEIT comenzó a funcionar de forma sistemática en 1990 en determinadas áreas (municipios o partidos judiciales) de varias comunidades autónomas, incluyendo seis de las mayores ciudades del Estado (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao) . De estas ciudades se recogió, además, en 1989 información retrospectiva para el período 1983-1989, utilizando los mismos criterios y definiciones. Desde 1990 la cobertura del indicador se ha ido ampliando sucesivamente y actualmente se cubre casi a la mitad de la población española, estando monitorizadas la mayoría de las grandes áreas urbanas y muchas ciudades de tamaño medio.

La implementación del indicador ha tenido algunos problemas que han debido ser solventados sobre la marcha. Por ejemplo, a pesar de que la actualización del protocolo de enero de 1991 establecía procedimientos detallados para la recogida y transmisión de la información de las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína, estos procedimientos eran tan complejos que a la larga han resultado inoperativos por lo que en muchas áreas se han abandonado y se han sustituido por otros más eficientes y adaptados a sus condiciones particulares. Por el contrario, los criterios de selección de caso y las definiciones de las variables se han mantenido de forma bastante homogénea en el tiempo y en el espacio.

A lo largo de su historia, el indicador mortalidad sólo ha sufrido una modificación importante en 1996. En el desarrollo de aquella modificación participaron los responsables del SEIT en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y en las Comunidades Autónomas, algunos médicos forenses y toxicólogos encuadrados en las fuentes primarias de información, y algunos expertos independientes.

La modificación de 1996 consistió en lo siguiente:

1. Se amplió el registro a las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva. Hasta entonces sólo se recogían las muertes por opiáceos o cocaína.
2. Se explicitaron mejor los criterios de selección de casos. En concreto se añadieron los siguientes criterios de exclusión:
 - Muertes en personas menores de 10 o mayores de 49 años.
 - Muertes en que no ha existido intervención judicial ni estudio pericial forense sobre sus causas, con constancia escrita de los resultados.
 - Muertes por consumo o ingestión accidental, (o no intencionada) de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, muertes por ruptura de una bolsa de droga ingerida con fines de tráfico.
 - Muertes por reacciones adversas a medicamentos psicoactivos correctamente prescritos y administrados.
 - Muertes por enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera), sin evidencia de reacción aguda a otras sustancias psicoactivas registrables.
 - Muertes por homicidio, en que hay evidencias claras de que a la víctima le fue administrada la sustancia psicoactiva o fue obligada a administrársela.
 - Muertes por uso de disolventes, productos domésticos o cáusticos por vías diferentes a la inhalada o esnifada.

Con respecto a los criterios de inclusión se añadió que se consideraría también que existían antecedentes recientes de consumo si había evidencias clínicas de patología aguda por consumo de sustancias psicoactivas inmediatamente anteriores a la muerte.

3. Se fijó el partido judicial como unidad de cobertura en las áreas monitorizadas. La utilización de esta unidad de cobertura no supuso en la práctica una ruptura con el

concepto de ciudad monitorizada que se empleo inicialmente en el indicador Mortalidad . En el caso de las grandes ciudades, el limite del municipio coincide con el del partido judicial, o bien el resto de municipios incluidos tiene un peso mucho menor en cuanto al número de habitantes.

4. Se introdujeron nuevas variables. En concreto las siguientes: Juzgado que tramita el caso y localidad en que está situado, provincia y municipio de residencia del fallecido, estado civil, evidencias de suicidio, signos recientes de venopunciones, existencia de otra causa básica de defunción precipitada o complicada por el consumo reciente de sustancias psicoactivas, nombre de las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte. Igualmente, se introdujeron cuatro nuevas variables de control que no se enviaban a la comunidad autónoma como: DNI del fallecido, número de informe forense o de autopsia, número de informe toxicológico y número de diligencias previas.
5. Se modificaron o desarrollaron las definiciones o la presentación de algunas variables o categorías. Los principales cambios introducidos en este sentido fueron los siguientes:
 - . Se abrió la posibilidad de señalar otras instituciones cumplimentadoras de la hoja además de un instituto forense o de un instituto toxicológico.
 - . Se incluyeron cuatro abecedarios para facilitar el registro de las dos primeras letras de cada uno de los dos primeros apellidos.
 - . En la variable "muestras biológicas analizadas" se añadieron códigos para bilis, contenido gástrico, líquido cefalorraquídeo (LCR) y humor vítreo.
6. Se introdujo cierta flexibilidad en los procedimientos de recogida de información. En las muertes en las que interviene el juez puede solicitar, y de hecho es frecuente que solicite, informes de otros peritos como toxicólogos u otros analistas de laboratorio. En la práctica las formas de relación entre los distintos agentes que intervienen en el estudio de estas muertes (jueces, médicos forenses, analistas de laboratorio) y las formas de archivar y conservar la información que manejan varía bastante entre áreas geográficas y entre los propios agentes individuales. Por ejemplo, es bastante corriente que donde existe Instituto Anatómico Forense se archiven en él todos los informes o expedientes de los fallecimientos que han requerido intervención judicial, mientras que en las áreas donde no existe esta institución, los informes sobre estos fallecimientos sólo podrían ser reunidos revisando exhaustivamente la documentación de todos los juzgados y forenses que operan en el área. La situación es todavía más variopinta en lo que respecta a los informes analíticos o toxicológicos, aunque es evidente que en algunas áreas los Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología son una referencia fundamental.

En estas circunstancias es muy difícil establecer unos procedimientos homogéneos de recogida de información. Por lo tanto, en 1996 se estableció el criterio mínimo de recoger la información de forma activa y retrospectiva a partir de la documentación forense y analítica, pero no fue posible ir más allá. La experiencia anterior venía demostrando que era muy difícil fijar de forma muy detallada los procedimientos y que era necesario ser flexibles para que pudieran adaptarse a las condiciones específicas de cada área monitorizada.

7. Se posibilitó que las fuentes primarias registraran directamente los casos en soporte magnético. El programa informático permitía que, cuando la Comunidad Autónoma y la fuente primaria de información (Instituto Anatómico Forense, Instituto Nacional de Toxicología, etc) lo estimaran conveniente, esta fuente podía introducir directamente los datos y validarlos.

A continuación se señalan de forma resumida las características básicas que tendrá el indicador a partir del 1 de enero de 2003 y cuáles son las diferencias con el que venía funcionando hasta ahora.

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR QUE PERMANECEN

1) Es un conjunto mínimo de datos

No se han incluido más variables porque la información para cumplimentarlas generalmente no existe en la mayor parte de los documentos primarios (informes de autopsia, informes toxicológicos, etc) utilizados para extraer la información. Además, las variables que se incluyen parecen suficientes para cubrir el objetivo fundamental que es monitorizar tendencias.

2) Está consensuado entre todas las comunidades autónomas

De esta forma, si todas cumplen adecuadamente el protocolo, será posible la comparación de los datos de distintas áreas geográficas.

3) Se basa en el registro individual y exhaustivo de las muertes por reacción adversa aguda a sustancias psicoactivas acaecidas en las áreas monitorizadas que llegan a contactar con las fuentes de información forenses y toxicológicas.

Como ya sucedía con el indicador mortalidad en vigor hasta 2003, cuando se interpreten los datos hay que evitar referirse a "muertes relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas", porque de hecho sólo se incluye una parte de las mismas, las "muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en personas de 15-64 años", excluyendo expresamente las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de estas sustancias (patologías infecciosas, muertes por fuerzas físicas externas como las muertes por accidentes distintos al envenenamiento, homicidios, etc), las muertes por exposición involuntaria o no intencional a sustancias psicoactivas y otros casos concretos especificados.

Además, hay que tener en cuenta que, en el caso de las muertes por reacción aguda tras el consumo de determinadas sustancias psicoactivas, como, por ejemplo, cocaína, es posible que en una cierta proporción de casos no se produzca intervención judicial y, por tanto, no haya oportunidad de captarlas en las fuentes forenses y toxicológicas. En estos casos el valor del indicador estaría, evidentemente, infraestimando el número real de muertes por reacción aguda.

4) Permite que los datos sobre las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas recogidos a partir de 2003 sean comparables con los recogidos anteriormente en el marco del indicador mortalidad del OED. De hecho, el nuevo protocolo es prácticamente idéntico al anterior.

1.2. PRINCIPALES MODIFICACIONES INTRODUCIDAS

- 1) Se amplía la recogida de información a los fallecidos de 10 a 64 años.** Anteriormente, sólo se recogía información de 15 a 49 años.
- 2) Se introduce la variable nacionalidad.** Esta introducción, que también se ha producido en el indicador tratamiento, se justifica porque el fenómeno de la inmigración ha crecido mucho en España en los últimos años y es interesante conocer cómo evolucionan los problemas de drogas entre los inmigrantes.
- 3) Se sustituye la variable provincia de nacimiento por dos variables indicativas del lugar de nacimiento (provincia de nacimiento para los nacidos en España, y país de nacimiento para los nacidos en el extranjero).** La razón para introducir estos cambios coincide con la expresada en el punto anterior.

2. DEFINICIÓN DEL INDICADOR MORTALIDAD

Número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en personas de 10-64 años en un área geográfica dada.

Para abreviar a estas muertes las denominaremos en adelante *Muertes por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas o Muertes RASUPSI* y tienen las siguientes características básicas:

- . La causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda a una sustancia psicoactiva. Se trata, pues, de muertes *inducidas o provocadas directamente por el consumo reciente* de sustancias psicoactivas.
- . El consumo de sustancias psicoactivas tiene un carácter *no médico*; es decir se trata de sustancias que no han sido prescritas por un médico o si lo han sido se han administrado incorrectamente.
- . La exposición o el consumo de sustancias psicoactivas es *voluntario o intencional*, considerando como tal el que está inducido por la búsqueda de efectos psíquicos o la existencia de dependencia o aquél que se realiza con intencionalidad suicida. Por lo tanto se incluyen todas las sustancias psicoactivas, tanto las controladas internacionalmente ("narcóticos y sustancias psicotrópicas de comercio ilegal") como otras sustancias psicoactivas no controladas que se consumen por sus efectos psíquicos.

Se habla de reacción aguda y no de "sobredosis", porque no siempre puede asegurarse que la causa de la muerte sea una sobredosis farmacológica. En realidad en estas muertes pueden estar implicados varios mecanismos fisiopatológicos de naturaleza tóxica, alérgica o de otro tipo, que sobrepasan ampliamente el concepto de sobredosis farmacológica. A veces incluso la muerte puede sobrevenir por una complicación derivada del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, una muerte por convulsiones desarrolladas durante el síndrome de abstinencia a barbitúricos en un consumidor habitual de estas sustancias.

El valor del indicador en cada área monitorizada se estima mediante el número de fallecidos con las condiciones señaladas registrados anualmente por la Unidad Autónoma tras el cruce de las fuentes forenses y toxicológicas que aportan información para dicha área.

3. OBJETIVOS DEL INDICADOR MORTALIDAD

Los objetivos descritos a continuación se plantean en principio para el nivel estatal; aunque algunos son planteables para las áreas monitorizadas por el indicador, siempre que tengan un volumen de casos suficientes:

1. Estimar las tendencias del número de muertes RASUPSI.
2. Describir las características sociodemográficas de las personas fallecidas y las tendencias temporales de estas características.
3. Conocer la prevalencia de algunos patrones de consumo relevantes en las personas fallecidas y las tendencias temporales de estos patrones.
4. Contribuir, junto con los indicadores Tratamiento y Urgencias, a alcanzar los objetivos globales del SEIT:
 - . Estimar las tendencias temporales de algunos problemas importantes asociados al consumo no médico de sustancias psicoactivas.

- . Estimar las tendencias temporales de la prevalencia de consumo problemático de heroína y otros opiáceos.

El planteamiento de este objetivo para la cocaína puede ser un poco más problemático y aún más planteárselo para otras sustancias psicoactivas

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

El planteamiento de este objetivo para la cocaína puede ser un poco más problemático y aún más plantearse para otras sustancias psicoactivas.

- Proporcionar información general para el diseño y evaluación de políticas y programas destinados a reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas y los problemas relacionados.
- Servir de base de datos para realizar estudios de estimación de la prevalencia de consumo de algunas drogas ilegales, como por ejemplo la heroína, mediante técnicas multiplicativas, de captura-recaptura o mediante otras técnicas.
- Servir de fuente de hipótesis y como base muestral para iniciar nuevos estudios de los problemas relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas.

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE CASOS DE MUERTE RASUPSI

Se presentan en primer lugar los criterios de exclusión que los de inclusión porque el proceso más eficiente para decidir qué casos deben ser registrado es el siguiente (figura 1):

- 1) Primero, comprobar si el caso cumple alguno de los **criterios de exclusión** del apartado 4.1.

Si cumple alguno, el caso se descarta y no se registra; pero, si no cumple ninguno, se pasa a la etapa siguiente.

Para examinar si cumple alguno de estos criterios de exclusión, pueden ser fundamental examinar los resultados de la autopsia, los datos sobre antecedentes de consumo, los datos sociodemográficos o el diagnóstico de causa de muerte anotados en los informes consultados. De hecho, el examen interno del cadáver es capital para excluir la violencia física como causa fundamental o contribuyente de la muerte. Este examen puede revelar, por ejemplo, que una muerte que se sospechaba que podía deberse a reacción aguda a sustancias psicoactivas por la presencia de evidencias de consumo reciente, en realidad se debe a un traumatismo.

- 2) A continuación, examinar si cumple alguno de los **criterios de inclusión** del apartado 4.2.

Si cumple alguno, el caso se registra; pero, si no cumple ninguno, el caso se descarta.

4.1 Criterios de exclusión de casos:

- (a) *Muertes en que no existe intervención judicial ni estudio forense sobre sus causas con constancia escrita de los resultados.*

A veces el informe pericial forense postmortem puede no estar disponible físicamente, sin embargo se puede deducir que existe. Por ejemplo, en los casos detectados por la institución que realiza los análisis, esta institución puede no tener constancia de la existencia de este informe, pero debe admitirla si el juez ha cursado una petición de análisis toxicológicos.

La no realización de análisis toxicológicos no es motivo de exclusión, aunque la disponibilidad de los resultados de estos análisis es altamente recomendable.

- (b) *Muertes en personas menores de 10 ó mayores de 64 años.*
- (c) *Muertes NO relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas; es decir,*

aquéllas que cumplen dos simultáneamente dos condiciones:

- . El consumo de sustancias psicoactivas NO es su causa básica o fundamental.
- . El consumo de estas sustancias NO aparece citado como una causa contribuyente, inmediata o intermedia de la muerte.

Por ejemplo: muertes por neoplasia, diabetes mellitus, neumonía, etc.

NO se aplicará este criterio y, por tanto, **NO SE EXCLUIRÁN aquellas muertes causadas por patologías que pueden haberse agravado o complicado por el consumo reciente de sustancias psicoactivas**. Estas muertes continuarán siendo examinadas para ver cómo se comportan con respecto al resto de los criterios de exclusión e inclusión. Si finalmente, el caso es incluido se anotará en la variable 25 el código 1 para indicar que se da esta circunstancia. En consecuencia, **NO SE EXCLUIRÁN** las muertes súbitas e inesperadas en personas de 10 a 64 años causadas por enfermedades del sistema circulatorio (enfermedad isquémica del corazón, enfermedad hipertensiva, hemorragia subaracnoidea, rotura de aneurisma, etc), o del sistema nervioso (convulsiones), hipertermia o deshidratación, porque estas patologías pueden haberse agravado o complicado por el consumo reciente de algunas drogas como la cocaína u otros estimulantes. Las muertes por cualquiera de estas causas se registrarán, si posteriormente se demuestra que los análisis toxicológicos son positivos a cocaína o a otra sustancia registrable.

Por ejemplo: No se excluirá la muerte de un hombre de 38 años en cuyo informe forense se indica que se trata de un infarto agudo de miocardio, pero cuyos informes toxicológicos postmortem indican que se ha detectado codeína y cocaína.

Como no se excluyen las muertes súbitas e inesperadas por enfermedades del aparato circulatorio o del sistema nervioso, el criterio de exclusión (a) equivale prácticamente a (c) porque es poco probable que otras causas de muerte, como las neoplasias o la diabetes mellitus, por ejemplo, lleguen al médico forense sin haber sido descubiertas con anterioridad.

- (d) *Muertes INDIRECTAMENTE relacionadas con el consumo de las sustancias psicoactivas registrables; es decir, aquéllas en las que el consumo de alguna de las sustancias incluidas en el Anexo III ha sido un factor contribuyente pero no la causa básica o fundamental de la muerte. Por este motivo se descartarán las muertes por las siguientes causas:*

- . *Patologías infecciosas* adquiridas presumiblemente como consecuencia del consumo de drogas (SIDA, endocarditis, hepatitis, septicemia, tétanos, etc).
- . *Homicidio*, aunque el fallecido estuviese bajo la influencia de sustancias psicoactivas o se haya producido en el curso de actividades relacionados con el tráfico o el consumo de drogas.

También se excluirán las muertes por homicidio mediante el empleo de sustancias psicoactivas; es decir, aquellas muertes en que hay evidencias claras de que la sustancia psicoactiva le fue administrada a la víctima por una tercera persona, la víctima fue obligada a administrársela o la sustancia fue colocada de forma oculta en una bebida o una comida para que la víctima la consumiera sin darse cuenta.

Ejemplo: no se registrará un homicidio por arma de fuego causado por una persona con psicosis paranoica inducida por la cocaína.

- . *Accidentes de cualquier tipo (laboral, doméstico, de tráfico, etc) en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.*

Por ejemplo: Se descartará y no se registrará la muerte de una persona muerta por accidente de tráfico, aunque en su sangre se detecte alcohol y benzodiazepinas.

En cambio, si hubiese evidencias suficientes de que la persona falleció antes del accidente por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, el caso sería incluíble.

- . *Suicidio de cualquier tipo (ahorcamiento, precipitación, inmersión, por arma de fuego, etc), en personas bajo los efectos de sustancias psicoactivas, salvo las muertes causadas directamente por envenenamiento o intoxicación aguda con estas sustancias.*

Es decir, se excluirán todos los suicidios cuya forma de ejecución es distinta de la intoxicación por sustancias psicoactivas, aunque el fallecido estuviese bajo los efectos de sustancias psicoactivas y se detecte en los análisis toxicológicos alguna de estas sustancias.

Ejemplo: No se registrará una muerte por herida autoprovocada con arma de fuego, aunque los análisis toxicológicos de sangre sean positivos a heroína y cocaína.

En cambio, **SE REGISTRARÁN los suicidios en que la muerte se debe fundamentalmente a una Reacción Aguda a sustancias psicoactivas;** aunque en la Variable 23 deberá señalarse si existen fuertes evidencias de suicidio (1) o sólo indicios (2).

Ejemplo: Se registrará una muerte causada por sobredosis de barbitúricos Ingeridos ocn fines suicidas

- (e) *Muertes por exposición o ingestión INVOLUNTARIA O NO INTENCIONAL de sustancias psicoactivas. Sólo se descartarán aquellos casos en que haya evidencias muy claras de que la exposición o el consumo han sido involuntarios o no intencionales. A estos efectos el consumo derivado de la existencia de dependencia se considerará voluntario o intencional.*

Por ejemplo, se excluirá:

- . una muerte por ruptura de una bolsa de droga ingerida o introducida en la vagina o en el recto con fines de tráfico ("Body Packer Syndrome")
- . una muerte por exposición laboral a una sustancia volátil registrable.
- . una muerte tras la ingesta equivocada de un producto psicoactivo creyendo que se trataba de otra sustancia. (circunstancia rara y difícil de probar)
- . una muerte por una ingesta accidental de hongos alucinógenos que fueron confundidos con otra especie. (circunstancia rara y difícil de probar)

- (f) *Muertes por reacciones adversas a medicamentos o productos farmacéuticos psicoactivos correctamente prescritos y administrados. Es decir, no se incluirá una muerte por una reacción aguda (por ejemplo, un shock anafiláctico) a un medicamento psicoactivo tomado por razones terapéuticas para tratar un problema o enfermedad en las dosis y forma prescrita por el médico o indicada en el prospecto.*

Las muertes por reacción aguda tras el consumo de un sustitutivo opiáceo (por

ejemplo, metadona) en una persona que estaba en un programa terapéutico de tratamiento con dicha sustancia, **sólo se excluirán** si se puede demostrar que la persona consumió la sustancia en la dosis y en la forma prescrita y no existen evidencias de consumo no médico de otras sustancias psicoactivas registrables.

- (g) *Muertes por una enfermedad crónica relacionada con el consumo de alcohol y muertes por intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachea)*

Se excluirán todas las muertes causadas por una enfermedad crónica causada por el consumo continuado de alcohol o por el efecto del alcohol a largo plazo.

Por ejemplo: cirrosis hepática alcohólica.

También se excluirán las muertes debidas exclusivamente a una reacción aguda a alcohol (borrachea), siempre que no aparezcan evidencias de reacción aguda a otras sustancias psicoactivas registrables. En cambio, una muerte se registrará siempre si, además del alcohol, existen evidencias de consumo reciente de otras sustancias registrables.

- (h) *Muertes causadas exclusivamente por uso de sustancias volátiles, productos domésticos o caústicos, EXCEPTO cuando se usan por vía inhalada o esnifada y no hay evidencias de que se trata de un suicidio.*

Probablemente muchas muertes a las que podría afectar este criterio de exclusión han sido descartadas ya previamente por cumplir el criterio de exclusión (e), porque las evidencias disponibles indican que es muy raro el abuso de estos productos por vías diferentes a la inhalada.

Se excluirán los suicidios causados por la inhalación de sustancias volátiles, productos domésticos o caústicos, a menos que existan evidencias o indicios de que el que el fallecido era un consumidor habitual de la sustancia que le produjo la muerte.

Por ejemplo: Se excluirá un suicidio mediante inhalación de butano en el que no existe ninguna evidencia de que el fallecido fuera un inhalador habitual de esta sustancia.

En cambio, **SE REGISTRARÁN** las muertes causadas por la inhalación de sustancias volátiles (disolventes, gases carburantes, etc), siempre que cumplan algún criterio de inclusión y pueda demostrarse que se consumieron por la búsqueda de efectos psíquicos o por la existencia de dependencia.

4.2 Criterios de inclusión de casos:

- (A) Evidencias de *consumo reciente* de alguna de las drogas psicoactivas incluidas en el Anexo III.

Estas evidencias pueden ser de alguno de los siguientes tipos:

- * Evidencias clínicas de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas inmediatamente antes de la muerte registradas en algún documento (informe hospitalario, historia clínica, etc).

En los casos de muerte causada directamente por el síndrome de abstinencia a una determinada sustancia psicoactiva se considerará que ha existido patología aguda por consumo de esta sustancia inmediatamente antes de la muerte y por

tanto se incluirán, aunque en realidad cuando se manifiesta este síndrome no existe ya propiamente intoxicación.

Por ejemplo, se incluirá una muerte por convulsiones durante el síndrome de abstinencia a barbitúricos en un consumidor habitual de estas sustancias.

- * Signos físicos externos de administración reciente de sustancias psicoactivas:
 - . venopunciones recientes.
 - . presencia de restos de sustancia psicoactiva en la boca, fosas nasales, estómago, etc
 - . olor a disolvente del cabello, el aliento y la ropa, etc.
- * Presencia de sustancias psicoactivas o utensilios para consumirlas en el lugar de fallecimiento
 - . jeringuilla u otros útiles de inyección
 - . papel de aluminio, pipa, etc.
 - . bote de pastillas
 - . botes de pegamento o de aerosoles vacíos, repuestos de encendedores, bolsas de plástico para inhalar, etc).
- * Consumo reciente referido por familiares o detectado por el forense en una asistencia o peritaje médicolegal reciente de la persona ahora fallecida.

Es importante, en cualquier caso, asegurarse de que se trata de evidencias de consumo *reciente* (*durante los siete días anteriores a la muerte*).

Por ejemplo: No son evidencias suficientes para señalar que existen antecedentes de consumo **reciente**: la presencia de venopunciones antiguas, el consumo de sustancias psicoactivas detectado por el forense en una asistencia realizada al ahora fallecido cuando estuvo detenido hace un año, la perforación antigua del septo nasal, etc.

(B) Presencia de *análisis toxicológicos positivos* para alguna sustancia registrable.

La detección de alguna de las sustancias incluidas en el Anexo III o de sus metabolitos (Anexo IV) en los análisis toxicológicos postmortem de muestras biológicas del fallecido garantiza que el consumo de sustancias psicoactivas se ha producido y que este consumo ha sido relativamente reciente.

No se exige siempre la positividad de este criterio, porque hay casos con suficientes evidencias o indicios de que han fallecido por reacción adversa tras el consumo de sustancias psicoactivas y sin embargo, los análisis toxicológicos son negativos o no han podido realizarse por distintos motivos como, por ejemplo, el avanzado estado de putrefacción del cadáver.

(C) *Hallazgos anatomopatológicos de autopsia* compatibles con muerte por consumo reciente de alguna de las sustancias psicoactivas incluidas en el Anexo III.

Como ya se señaló, el examen interno del cadáver es muy importante para descartar otras causas de muerte, pero no ayuda demasiado a la hora de apoyar positivamente el diagnóstico de muerte por RASUPSI, o porque no existen hallazgos anatomopatológico importantes (autopsia blanca) o porque cuando existen son poco específicos, como el edema de pulmón y la congestión visceral generalizada. En estas circunstancias, la decisión de registrar aquellos casos que únicamente cumplen el criterio de inclusión (C) puede extrañar; pero se ha decidido registrar estos casos por tres motivos:

- * Porque, pese a la inespecificidad de la mayoría de los signos, algunos hallazgos, pueden constituir una evidencia presuntiva importante de la exposición crónica de algunos órganos a determinadas sustancias psicoactivas.

Por ejemplo:

- . La presencia conjunta de alteraciones miocárdicas como fibrosis microfocal, frecuente y abundante presencia de necrosis en las bandas de contracción e infiltrado de eosinófilos y linfocitos parece que es típico de la exposición crónica a altos niveles de catecolaminas circulantes y por tanto aparecería frecuentemente en casos de muerte por reacción aguda a cocaína.
- * Porque se estima que esta situación va a afectar a una proporción de casos muy pequeña y, además, siempre podrá conocerse en el momento del análisis estadístico qué criterios de inclusión cumplen los casos que han entrado en el indicador y clasificarlos según convenga.
- * Porque se aplica la misma regla en el caso de otros criterios de inclusión para los que pueden presentarse problemas similares.
- * Porque no hay que olvidar que se trata de muertes en que se ha realizado un proceso muy exhaustivo de exclusión de otras causas de muerte y permanecen inexplicadas.

Por ejemplo: Aunque para algunos autores la sola presencia de análisis toxicológicos positivos, sin que existan otros criterios de inclusión, no es evidencia suficiente para asegurar que la muerte se debe al consumo de alguna de las sustancias psicoactivas detectadas, en este indicador también se ha decidido registrar los casos que únicamente cumplen el criterio (B).

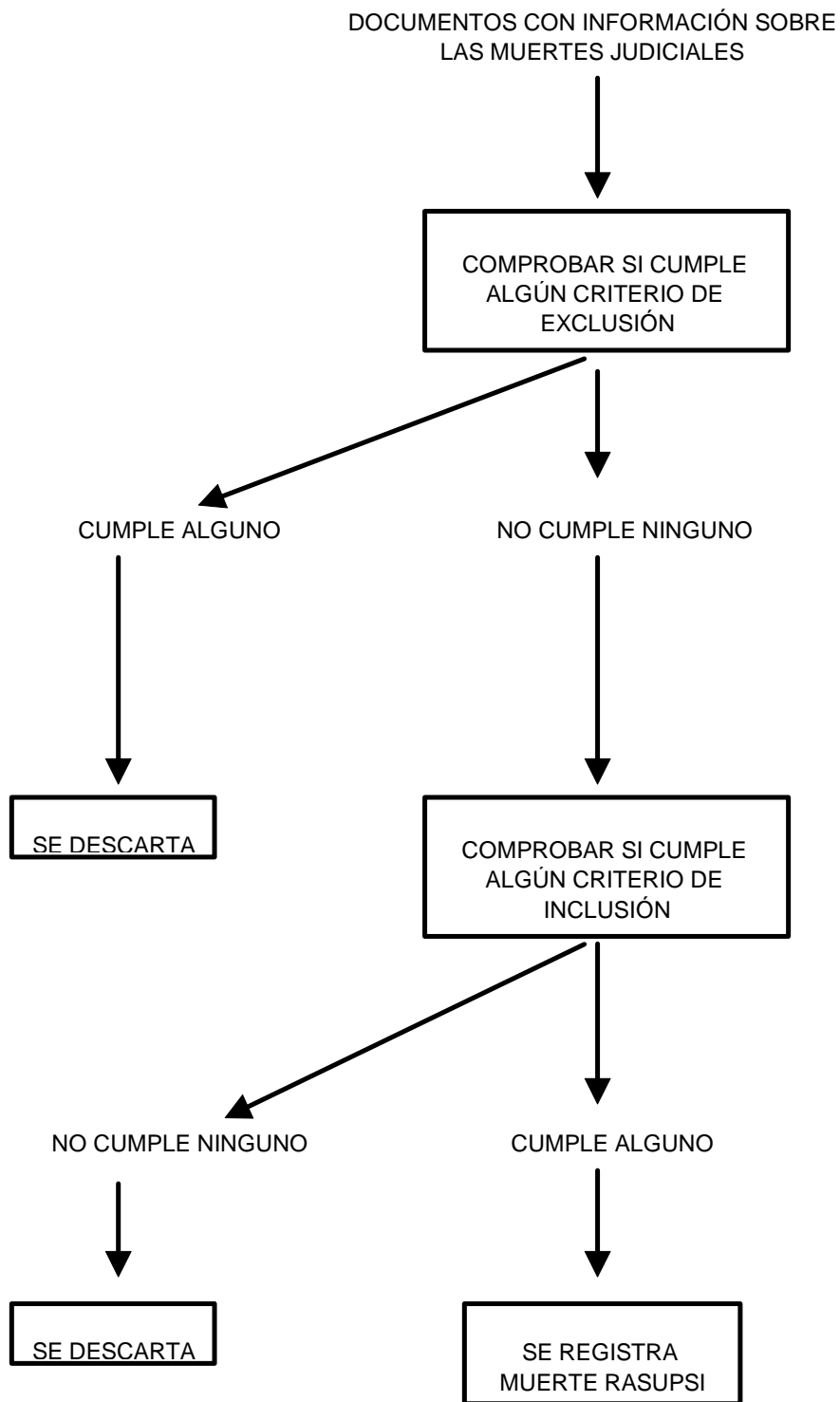
En cualquier caso, como ya se indicó, los hallazgos anatomopatológicos de autopsia pueden ser fundamentales a la hora de descartar otras causas de muerte.

D. Existencia de un *diagnóstico forense* de muerte por Reacción Aguda a alguna sustancia psicoactiva incluida en el Anexo III.

En algunos casos puede suceder que no se especifique si el caso cumple los criterios (A), (B) o (C) y la única evidencia de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas que se encuentre en la documentación sea un mero diagnóstico o indicación del forense de que se trata de una muerte por "sobredosis" o por reacción aguda a una sustancia registrable o una mera atribución de la muerte al consumo reciente de una determinada sustancia psicoactiva. La presencia de un diagnóstico de este tipo será suficiente para registrar el caso.

Los casos en que se indique "sobredosis" sin especificar la sustancia registrable, también se registrarán y en la variable 29 (Nombre de las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte) se codificará 9999.

FIGURA 1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE CASOS DE MUERTE RASUPSI(1) EN LAS FUENTES PRIMARIAS DE INFORMACIÓN



(1) Muerte RASUPSI: Muerte por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas

5. FUENTES PRIMARIAS DE INFORMACIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ÁREAS MONITORIZADAS

5.1. Fuentes de información

Teniendo en cuenta el proceso de estudio de las muertes con intervención judicial esbozado en la introducción, las fuentes donde puede recogerse información sobre el indicador mortalidad del OED pueden ser fundamentalmente de tres tipos:

1. Médicos forenses

Los resultados de las autopsias y el estudio de los antecedentes y las circunstancias de la muerte lo realizan siempre los médicos forenses, aunque puede también recogerse información sobre estos aspectos en otras fuentes a los que los forenses han transmitido la información como los Institutos Nacionales de Toxicología o los juzgados del área. En algunas áreas los forenses se organizan en instituciones donde se reúne documentación relacionada con su actuación y a las que suele ser muy eficiente acudir para recoger información.

Se pueden identificar varias instituciones de este tipo:

- *Institutos Anatómico Forenses*: Son las instituciones más típicas y suelen existir en casi todas las grandes ciudades. Suelen ofrecer a los forenses apoyo técnico y logístico y en ellas se suelen realizar las autopsias o archivar la documentación de todos los fallecimientos con intervención judicial acaecidos en su área de cobertura. En las áreas en que existe esta institución, la revisión de su documentación es generalmente una de las formas más eficientes para recoger información sobre este indicador, sobre todo en todo lo relacionados con antecedentes y circunstancias de la muerte y resultados de la autopsia.
- Otras instituciones, como por ejemplo, *Clinicas Médico-Forenses*, en las que generalmente también se cuenta con documentación organizada.

En los lugares en que no existen las instituciones anteriores la fuente de información serían los *forenses individuales*. Los médicos forenses en general tienen una gran movilidad geográfica y a menudo cambian las personas responsables de una determinada zona. En principio, no se aconseja el uso de esta fuente para áreas amplias y dispersas, por el alto grado de incertidumbre sobre su continuidad y exhaustividad y por el elevado coste que supondría realizar una recogida activa. Se podrían incluir excepcionalmente tras un período de funcionamiento correcto y en áreas claramente delimitadas (una isla, una ciudad entera).

2. Instituciones que realizan análisis toxicológicos de las muertes con intervención judicial

Los análisis toxicológicos pueden ser realizados las siguientes instituciones:

- Los Departamentos de Madrid, Sevilla, Barcelona y La Laguna del *Instituto Nacional de Toxicología*
- Otras instituciones como los propios Institutos Anatómico Forenses, Cátedras de Medicina Legal, Laboratorios Provinciales del Ministerio de Sanidad y Consumo, Laboratorios de los Departamentos de Sanidad de las Comunidades Autónomas y otros laboratorios públicos o privados.

3. Los juzgados del área monitorizada

En teoría, los jueces y los juzgados deberían contar con la información más completa sobre los casos de muerte RASUPSI. Sin embargo, parece poco factible y eficiente recoger información de estas fuentes por su dispersión y por las dificultades de acceso. No obstante, en algunas áreas pequeñas se podrían intentar utilizar estas fuentes para mejorar la exhaustividad del indicador.

5.2. Criterios de selección de las áreas geográficas monitorizadas

Para decidir la monitorización de un área determinada deben cumplirse dos requisitos fundamentales:

1. Delimitar geográficamente el área

Teniendo en cuenta que todos los sucesos con trascendencia judicial (por ejemplo, una muerte no natural) son tramitados dentro del mismo partido judicial donde se producen, se ha decidido utilizar siempre como unidad de cobertura del indicador el *partido judicial*.

Los partidos judiciales son las unidades básicas de división del territorio desde el punto administrativo-judicial. Están definidos por la ley "38/1988 de 28 de diciembre, de demarcación y planta judicial" e incluyen uno o varios municipios completos, siendo uno de ellos considerado cabeza de partido judicial.

Cada área geográfica monitorizada debe estar constituida al menos por un partido judicial.

Para interpretar correctamente los datos del indicador mortalidad debe existir información geográfica y demográfica suficiente sobre cada área y si se producen cambios en la misma deben comunicarse a la Unidad Estatal del OED.

2. Adoptar procedimientos que garanticen la exhaustividad y continuidad de la recogida de información

En la práctica se asumirá que se garantiza esta exhaustividad y continuidad cuando se revisa de forma exhaustiva y activa la documentación:

- a) Bien de todos los juzgados del área, lo que en principio parece poco factible.
- b) Bien del resto de las fuentes del área que reúnen información forense (Institutos Anatómico Forenses, Clínicas Médico-Forenses o forenses individuales) y toxicológica (Departamento del Instituto Nacional de Toxicología a que corresponde el área, otros laboratorios relevantes) sobre las muertes con intervención judicial. Naturalmente, si existe un Instituto Anatómico Forense donde todos los forenses que operan en el área archivan su documentación, no es necesario revisar la documentación de los forenses individuales. En cualquier caso, para poder realizar la revisión es imprescindible que en cada una de las fuentes exista un archivo o libro de registro exhaustivo de todas las autopsias o análíticas realizadas en su ámbito de actuación.

Si se garantiza que no se pierden casos, se puede admitir que alguna persona de las instituciones forenses o toxicológicas realice un "screening" previo de alta sensibilidad para seleccionar los casos sospechosos de muerte RASUPSI. Para realizarlo correctamente esta persona debería recibir entrenamiento previo por parte de los responsables de la Unidad Autonómica. Una situación equivalente se da cuando la fuente primaria registra directamente los casos en soporte magnético.

Como se indicó, la recogida de información a partir de médicos forenses individuales no es en absoluto recomendable para áreas amplias y dispersas en las que operan necesariamente un elevado número de profesionales. En el caso de que en un área de estas características se decida desarrollar un procedimiento de recogida basado en la

notificación de casos confirmados o sospechosos por parte de los médicos forenses, parece un comportamiento prudente garantizar un cierto número de años de funcionamiento correcto antes de decidir su inclusión total o parcial en el indicador estatal.

6. DEFINICIONES DE LAS VARIABLES DEL INDICADOR

6.1. VARIABLES QUE PERMANECEN EN LA FUENTE PRIMARIA

Estas variables permanecerán en la institución en la que se recogen los datos, separando por la línea de puntos la parte de la hoja que las contiene que no es autocopiativa. Aunque no se envíen a la Comunidad Autónoma, se conservarán en la institución porque permitirá relacionar cada hoja de registro individual con la documentación del caso cuando se precise completar la información o corregir errores.

- VARIABLE 1.** *Nombre y Apellidos del fallecido:* Anotar literalmente el nombre y los dos apellidos.
- VARIABLE 2.** *DNI del fallecido:* Rellenar siempre que sea posible a partir de los documentos del fallecido. Para esta variable se reservan 8 dígitos.
- VARIABLE 3.** *N1 de informe forense o de autopsia:* Número asignado por los forenses a la autopsia o al expediente del fallecido. Se reserva un total de 10 dígitos para la variable, pudiendo ser números, letras u otros símbolos.
- VARIABLE 4.** *N1 de informe toxicológico:* Número asignado por la institución que realiza los análisis al informe o expediente del fallecido. Se reserva un total de 10 dígitos para la variable, pudiendo ser números, letras u otros símbolos.
- VARIABLE 5.** *N1 de diligencias previas:* Número asignado por el juzgado al expediente del fallecido. Se reserva un total de 10 dígitos para esta variable, pudiendo ser números, letras u otros símbolos.

6.2. VARIABLES PARA IDENTIFICAR EL CASO SI HAY QUE COMPROBAR DATOS

- VARIABLE 6.** *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 caso y la localización de la documentación que hace referencia al mismo en caso de que la Unidad Autonómica necesite comprobar o completar información. El Programa Informático de Gestión del Indicador Mortalidad no permite transmitirlo a la Unidad Estatal.
- VARIABLE 7.** *Institución en la que se ha cumplimentado esta hoja:* Se anotará literalmente el nombre de la institución en que se ha rellenado la hoja (que en algunos casos puede ser diferente de la institución o instituciones de que procede la información), indicando si se trata de un Instituto anatómico forense (IAF), un departamento del Instituto Nacional de Toxicología (INT), un Juzgado u otra institución. Se anotará también la localidad en que está situado y, si se trata de un juzgado, su número.

Ejemplos de anotación correcta: IAF de Madrid, Departamento de Sevilla del INT, etc

Posteriormente en la Comunidad Autónoma se realizará la codificación, para lo que se reservan 5 dígitos:

Se anotará el código que corresponda a cada institución de acuerdo con las siguientes equivalencias:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CÓDIGO DE PROVIN- CIA	CÓDIGO DE TIPO DE INSTITUCIÓN	CÓDIGO DE INSTITUCIÓN CONCRETA	CÓDIGO COMPLETO
INSTITUTOS ANATÓMICO FORENSES				
Instituto Anatómico Forense de Badajoz	06	0	01	06001
Instituto Anatómico Forense de Barcelona	08	0	01	08001
Instituto Anatómico Forense de Bilbao.	48	0	01	48001
Instituto Anatómico Forense de Cáceres	10	0	01	10001
Instituto Anatómico Forense de Cartagena.	30	0	02	30002
Instituto Anatómico Forense de Granada.	18	0	01	18001
Instituto Anatómico Forense de Madrid.	28	0	01	28001
Instituto Anatómico Forense de Palma de Mallorca.	07	0	01	07001
Instituto Anatómico Forense de las Palmas de Gran Canaria.	35	0	01	35001
Instituto Anatómico Forense de Pamplona.	31	0	01	31001
Instituto Anatómico Forense de Ponferrada.	24	0	02	24002
Instituto Anatómico Forense de San Sebastián.	20	0	01	20001
Instituto Anatómico Forense de Sevilla.	41	0	01	41001
Instituto Anatómico Forense de Valencia.	46	0	01	46001
Instituto Anatómico Forense de Valladolid.	47	0	01	47001
Instituto Anatómico Forense de Zaragoza.	50	0	01	50001
MÉDICOS FORENSES				
Médicos Forenses de arrecife de Lanzarote.	35	3	03	35303
Médicos Forenses de la Coruña.	15	3	01	15301
Médicos Forenses de Ibiza.	07	3	02	07302
Médicos Forenses de Lugo.	27	3	01	27301
Médicos Forenses de Málaga.	29	3	01	29301
Médicos Forenses de Murcia.	30	3	01	30301

	0			01
Médicos Forenses de Orense.	3	3	01	323
	2			01
Médicos Forenses de Pontevedra.	3	3	01	363
	6			01
Médicos Forenses de Santiago de Compostela.	1	3	02	153
	5			02
Médicos Forenses de Vigo.	3	3	02	363
	6			02
INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA.				
Departamento de Barcelona.	0	4	01	084
	8			01
Departamento de La Laguna. Canarias.	3	4	01	384
	8			01
Departamento de Madrid.	2	4	01	284
	8			01
Departamento de Sevilla.	4	4	01	414
	1			01
CÁTEDRAS DE MEDICINA LEGAL				
Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina de Zaragoza.	5	2	01	502
	0			01
Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina de Santiago de Compostela	1	2	02	152
	5			02

La lógica para establecer los códigos de la última columna de la tabla anterior ha sido la siguiente:

- . El 11 y el 21 dígito son indicativos de la provincia en que está situada la institución.
- . El 31 dígito es indicativo del tipo de institución de acuerdo con los siguientes códigos:
 0. Instituto Anatómico Forense
 1. Clínica Médico-Forense
 2. Cátedra de Medicina Legal
 3. Médico forense individual
 4. Departamento del Instituto Nacional de Toxicología
 5. Laboratorios Provinciales del Ministerio de Sanidad y Consumo
 6. Laboratorios de los Departamentos de Sanidad de las Comunidades Autónomas
 7. Otros laboratorios públicos o privados.
 8. Juzgado
 9. Otras personas o instituciones
- . El 41 y el 51 dígitos corresponden a un número secuencial asignado por la Unidad Central e indican la institución concreta. En el caso de los juzgados estos dos dígitos corresponden al n1 del juzgado. Por ejemplo, si se trata del Juzgado de Instrucción n1 1 se le asigna 01.

El código de esta variable no podrá ser nunca desconocido.

- **VARIABLE 8.** *N1 de juzgado que tramita el caso* y **VARIABLE 8A.** *Localidad en que está situado:* Estas dos variables son muy importantes porque permiten conocer con seguridad cuál es el partido judicial donde ha ocurrido el suceso, y es una información muy útil en la administración judicial para la localización del caso sin que implique

problemas de confidencialidad. La localidad de los juzgados de instrucción siempre se refiere a la cabeza del partido judicial.

El número de juzgado se anotará en las dos casillas correspondientes y la localidad se anotará de forma literal. Posteriormente en la C. Autónoma a cada juzgado se le asignará un código único e invariable de 7 dígitos los dos primeros correspondientes a su número (que será 01) si únicamente existe uno y los cinco siguientes al código INE (provincia+municipio) de la localidad en que está situado el juzgado de instrucción, que corresponde siempre a la cabeza del partido judicial.

6.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- VARIABLE 9.** *Provincia de defunción:* Se anotará el código que corresponda a la provincia de defunción de acuerdo con las equivalencias que aparecen en la Variable 16.
- VARIABLE 10.** *Municipio de defunción:* Registrar el nombre completo y posteriormente en la C. Autónoma se codificará. Se registrará el municipio donde falleció el caso.

La codificación se realizará en la Unidad Autonómica y se utilizarán los códigos de municipios del INE.

Valores:

ddd. Código del municipio
999. Desconocido

- VARIABLE 11.** *Fecha de defunción:* Anotar la fecha exacta (día, mes y año) en que falleció el caso, no la fecha en que se ha rellenado la hoja de registro individual. Se utilizarán seis dígitos, dos para el día (de 01 a 31), dos para el mes (de 01 a 12) y dos para el año (las dos últimas cifras del año). En los días o meses que sólo tengan unidades, se anotará un cero en la casilla de la izquierda. No usar nunca datos aproximados para rellenar esta fecha. Si se desconoce la fecha exacta del fallecimiento, se registrará la fecha de entrada del cadáver en el Instituto Anatómico-Forense (o en su caso, en el lugar en que se realice la autopsia). Si se desconoce una parte, la parte desconocida (día, mes, año) se rellenará con 99.
- VARIABLE 12.** *Dos primeras letras de los dos apellidos del fallecido:* 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 abecedarios. La persona que notifica los datos deberá rodear con un círculo una letra en cada abecedario.

- * **VARIABLE 12A:** La primera letra del primer apellido
- * **VARIABLE 12B:** La segunda letra del primer apellido
- * **VARIABLE 12C:** La primera letra del segundo apellido
- * **VARIABLE 12D:** La segunda letra del segundo apellido

Posteriormente, en la Unidad Autonómica se transcribirán estas letras a las casillas sombreadas

A la hora de señalar las letras de los apellidos no se deberán tener en cuenta los artículos, preposiciones o conjunciones que forman una *palabra separada* de los apellidos. En caso de tener dudas sobre la interpretación de estas reglas, las personas encargadas de la recogida de datos deberán consultar con la Unidad Autonómica.

Ejemplos:

Primer apellido "*de la Torre*": En la **Variable 12A**, se rodearán con un círculo la "**t**". En la **Variable 12B**, se rodearán con un círculo la "**o**". Primer apellido "*Latorre*": En la **Variable 12A**, se rodearán con un círculo la "**l**". En la **Variable 12B**, se rodearán con un círculo la "**a**"

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*:

En la **Variable 12A**, se rodearán con un círculo la "**p**".

En la **Variable 12B**, se rodearán con un círculo la "**e**".

Segundo apellido: *Aguinaga*

En la **Variable 12C**, se rodearán con un círculo la "**a**".

En la **Variable 12D**, se rodearán con un círculo la "**g**"

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

Ejemplos: Primer apellido *Llovet*:

En la **Variable 12A**, se rodearán con un círculo la "**l**".

En la **Variable 12B**, se rodearán con un círculo la "**l**".

Primer apellido *Chávez*:

En la **Variable 12A**, se rodearán con un círculo la "**c**".

En la **Variable 12B**, se rodearán con un círculo la "**h**".

Cuando no exista el segundo apellido, como ocurre en el caso de algunos extranjeros:

En la **Variable 12A**, se rodearán con un círculo la primera letra del apellido.

En la **Variable 12B**, se rodearán con un círculo la segunda letra del apellido.

En la **Variable 12C**, se rodearán con un círculo el "**9**".

En la **Variable 12D**, se rodearán con un círculo el "**9**".

Cuando se desconozca cualquiera de las dos primeras letras (aunque sólo sea una de ellas) de un apellido o un apellido completo, en cada uno de los dos abecedarios correspondientes a ese apellido se rodeará con un círculo el "**9**".

Ejemplo: _____*nez Colombina*

Primer apellido: (Parte desconocida + *nez*):

En la **Variable 12A**, se rodearán con un círculo el "**9**".

En la **Variable 12B**, se rodearán con un círculo el "**9**".

Segundo apellido: *Colombina*

En la **Variable 12C**, se rodearán con un círculo la "**c**".

En la **Variable 12D**, se rodearán con un círculo la "**o**"

Ejemplo: _____(Ambos apellidos desconocidos)

Primer apellido: (Desconocido)

En la **Variable 12A**, se rodearán con un círculo el "**9**".

En la **Variable 12B**, se rodearán con un círculo el "**9**".

Segundo apellido: (Desconocido)

En la **Variable 12C**, se rodearán con un círculo el "**9**".

En la **Variable 12D**, se rodearán con un círculo el "9".

Para evitar errores es importante que la información de esta variable proceda del DNI o de otro documento oficial del fallecido (carnet de conducir, cartilla de la seguridad social, etc). En la práctica los datos se recogerán de la documentación de las instituciones forenses y toxicológicas. Si en algún caso no se encuentra la información en esta documentación se debe recabar información extra a los profesionales responsables del caso en la correspondiente institución.

VARIABLE 13. Sexo

Valores:

1. Hombre
2. Mujer
9. Desconocido

VARIABLE 14. Fecha de nacimiento (día, mes, año):

Para evitar errores es importante que la información de esta variable proceda del DNI o de otro documento oficial del fallecido. En la práctica los datos se recogerán de la documentación de las instituciones forenses y toxicológicas. Si en algún caso no se encuentra la información en esta documentación se debe recabar información extra a los profesionales responsables del caso en la correspondiente institución.

Valores:

Se cumplimenta con seis dígitos, dos para el día (del 01 al 31), dos para el mes (del 01 al 12) y dos para el año (las dos últimas cifras del 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.

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

VARIABLE 15. Edad: Esta variable sólo se cumplimentará si no puede obtenerse la fecha de nacimiento.

Se anotará la edad (en años) del paciente en el momento del fallecimiento de acuerdo con la documentación de la institución.

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 16: Lugar de nacimiento

VARIABLE 16a: (Para nacidos en España): Provincia de nacimiento

El código de provincia, añadiéndole un 0 delante, forma parte del código de identificación personal (CIP), por lo que siempre que sea posible deberá rellenarse a partir de los datos que figuran en el DNI o de otro documento oficial del fallecido (carnet de conducir, cartilla de la seguridad social, etc.).

Se anotará el código que corresponda a la provincia de nacimiento, de acuerdo con las siguientes equivalencias:

Álava		Guadalajara		Salamanca	37
				S.C. Tenerife	38
Albacete		Guipúzcoa	20	Santander	39
		Huelva	21	Segovia	40
Alicante	03	Huesca	22	Sevilla	41
Almería	04	Jaén	23	Soria	42
Ávila	05	León	24	Tarragona	43
Badajoz	06	Lleida		Teruel	44
Baleares				Toledo	45
				Valencia	46
		Logroño	26	Valladolid	47
Barcelona	08	Lugo	27	Vizcaya	48
Burgos	09	Madrid	28	Zamora	49
Cáceres	10	Málaga	29	Zaragoza	50
Cádiz	11	Murcia	30	Ceuta	51
Castellón		Navarra	31	Melilla	52
		Orense	32	Desconocido	99
		Oviedo	33		
		Palencia	34		
		Palmas, Las			
Ciudad Real		Pontevedra			
Córdoba					
Coruña	15				
Cuenca	16				
Girona	17				
Granada					

□ **VARIABLE 16b:** (Para nacidos en el extranjero): País de nacimiento

Se anotará de forma literal el nombre del país de nacimiento. Posteriormente en la Unidad Autónoma se le asignará un código de tres cifras, de acuerdo con el sistema utilizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Las variables 12, 13, 14 y (16a ó 16b) constituyen el Código de Identificación Personal (CIP) y se utilizan para separar los casos repetidos, considerando que aquellos casos que tienen estas variables iguales corresponden al mismo fallecido.

Para evitar errores, es muy importante que estas variables se rellenen a partir de los datos del DNI o de otro documento oficial (Carnet de Conducir, Tarjeta Sanitaria, Cartilla de la Seguridad Social, etc.).

Estas variables *nunca se rellenan de forma aproximada o probabilística*. En caso

de duda, se dejarán sin contestar.

□ **VARIABLE 17:** Nacionalidad

Se anotará literalmente el nombre del país cuya nacionalidad se posee. Como la inmensa mayoría serán españoles, en este caso se escribirá únicamente la letra mayúscula (E). Si un fallecido posee otra nacionalidad, además de la española, se anotarán ambas. Al igual que en la variable 16b, los países se codificarán, según el sistema de tres dígitos del INE, en la Unidad Autónoma.

□ **VARIABLE 18.** *Provincia de residencia:* Anotar el código de la provincia en que haya vivido más tiempo durante los seis meses anteriores a la fecha de defunción. Si no se puede precisar tanto, anotar el código de la que conste en la documentación de las fuentes en que se recoge la información. Utilizar los mismos códigos de la variable anterior.

□ **VARIABLE 19.** *Municipio de residencia:* Se anotará el nombre literal y completo del municipio en el que residió más tiempo durante los seis meses anteriores a la fecha de defunción. Si no se puede precisar tanto, se anotará el municipio de residencia que consta en la documentación de la fuente en que se está recogiendo la información.

La codificación se realizará en la Unidad Autónoma con la asistencia del Programa Informático de Gestión y Explotación del SEIT (Programa de Gestión del SEIT-Mortalidad) y se utilizarán los códigos de municipios del Instituto Nacional de Estadística -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 20.** *Estado civil:* Se refiere exclusivamente al estado civil legal, independientemente de con quién conviva.

Valores:

- 1. Soltero/a
- 2. Casado/a
- 3. Separado legalmente/divorciado
- 4. Viudo/a
- 9. Desconocido

6.4. VARIABLES CLÍNICAS

□ **VARIABLE 21.** *Procedencia del cadáver:* Se recoge el lugar a partir del cual se ha trasladado el cadáver al Instituto Anatómico Forense. Este lugar puede no coincidir con el lugar real de fallecimiento, pero a veces es la única información que consta en la documentación.

Los valores son:

- 1. Domicilio
- 2. Hotel o pensión
- 3. Calle
- 4. Establecimiento público
- 5. Hospital

- 6. Cárcel
- 7. Otras
- 9. Desconocido

- VARIABLE 22.** *Criterios clínicos de muerte RASUPSI que cumple el fallecido*
 - * **VARIABLE 22A.** *Evidencias de consumo reciente de sustancias psicoactivas. Se considerará que existen estas evidencias, si se cumple el criterio de inclusión (A).*
Valores:
 - 1. Sí
 - 2. No
 - 9. Desconocidas
 - * **VARIABLE 22B.** *Signos de autopsia compatibles con muerte RASUPSI. Se considerará que existen estas evidencias, si se cumple el criterio de inclusión (C).*
Valores:
 - 1. Sí
 - 2. No
 - 9. Desconocidas
 - * **VARIABLE 22C.** *Diagnóstico forense de muerte RASUPSI. Se considerará que existen estas evidencias, si se cumple el criterio de inclusión (D).*
Valores:
 - 1. Sí
 - 2. No

- VARIABLE 23.** *Evidencias de suicidio :*
Valores:
 - 1. Fuertes evidencias: si se encuentra una nota escrita o grabada del fallecido indicando la voluntad de suicidarse
 - 2. Sospecha o indicios: si se trata de una persona depresiva con intentos autolíticos previos o se encuentra un alto n1 de pastillas en contenido gástrico en una persona habitualmente no consumidora, etc.
 - 3. Ninguna evidencia ni indicio

- VARIABLE 24.** *Signos recientes de venopunciones, de menos de 1 semana de antigüedad*
Valores:
 - 1. Sí
 - 2. No
 - 9. Desconocido

- VARIABLE 25.** *Muerte cuya causa básica o fundamental es una patología previa importante agravada o complicada por el consumo reciente de sustancias psicoactivas*
Valores:
 - 1. Sí
 - 2. No
 - 9. Desconocido

Se anotará el código 1 cuando existen evidencias suficientes (signos de autopsia, antecedentes clínicos, etc) de que se trata de una muerte causada por una patología previa que puede haberse agravado o complicado por el consumo reciente de sustancias psicoactivas. Estarían en estas circunstancias, por ejemplo, aquellas muertes súbitas e inesperadas en personas de 15 a 49 años causadas por enfermedades del sistema circulatorio (enfermedad isquémica del corazón, arritmia cardíaca, crisis hipertensiva, hemorragia subaracnoidea u otros tipos de hemorragia cerebral, rotura de aneurismas o malformaciones vasculares, etc), convulsiones o crisis hipertérmicas, porque a veces estas patologías se agravan o complican por el consumo reciente de algunas drogas como los estimulantes.

6.5. VARIABLES ANALÍTICAS

VARIABLE 26. *Anticuerpos anti-VIH*

Valores:

1. Positivo
2. Negativo
9. Desconocido

Se registrará el resultado de la analítica realizada sobre el propio cadáver. Es importante asegurarse que la prueba de detección de anticuerpos VIH se realiza sin seleccionar previamente los casos.

VARIABLE 27. *Sustancias psicoactivas o metabolitos detectados en los análisis toxicológicos*

* **VARIABLE 27A.** *Nombre de las sustancias o metabolitos detectados:* Registrar el nombre literal de todas las sustancias psicoactivas o metabolitos que se detectan en cada uno de los tipos de muestra biológica analizados, comenzando por los detectados en las muestras de sangre, siguiendo por las de orina y así sucesivamente, siguiendo el orden con que aparecen citadas estas muestras en la hoja de registro. En consecuencia, una misma sustancia o metabolito podría ser registrada dos o más veces por aparecer en dos o más tipos de muestras diferentes.

Si en las muestras analizadas se detectan más de 22 sustancias o metabolitos, registrar los 22 correspondientes a los tipos de muestra que figuran en los primeros lugares, comenzando por la sangre.

El alcohol se registrará sólo si aparece alguna otra sustancia psicoactiva registrable.

Es importante tener en cuenta que, tal y como se ha operativizado esta variable, cuando una sustancia no se cita no es posible saber a ciencia cierta si no se ha detectado o no se ha investigado. Por este motivo, sería importante tener información de las sustancias psicoactivas que se investigan en cada fuente.

La codificación se realizará en la Comunidad Autónoma, utilizando los códigos que aparecen en el Anexo III (*Clasificación de sustancias registrables*) y en el Anexo IV (*Clasificación de Metabolitos de Sustancias Registrables*). Para esta variable se reserva un máximo de 5 dígitos, aunque como admite los códigos de cualquiera de los dos anexos citados podrá tener 4 dígitos si se trata de una sustancia del Anexo III o 5 si se trata de una sustancia del Anexo IV..

- . Si se trata de una sustancia que es considerada exclusivamente un metabolito de una sustancia de abuso, se anotarán cinco dígitos de acuerdo con la *Clasificación de Metabolitos de Sustancias Registrables* que aparece en el Anexo IV.
- . Si se trata de una sustancia que puede ser una sustancia de abuso o un metabolito de una sustancia de este tipo, se anotarán sólo 4 dígitos, de acuerdo con la *Clasificación de Sustancias Registrables* que figura en el Anexo III, colocando la cifra de las unidades en la casilla situada más a la derecha.

* **VARIABLE 27B.** *Tipo de muestra biológica:* Para cada sustancia (o metabolito) anotada en la variable anterior, se señalará el tipo de muestra biológica en que ha sido detectada. Es importante volver a insistir en que si una sustancia se detecta en sangre y en orina ha de anotarse dos veces en la variable 26A, señalando en la variable 26B la primera vez el código 1 y la segunda vez el código 2.

Valores:

0. Cabello
1. Sangre
2. Orina
3. Bilis
4. Contenido gástrico
5. LCR
6. Vísceras
7. Humor vítreo
8. Otro
9. Desconocido

* **VARIABLE 27C** : *Resultado cuantitativo*: Para cada sustancia (o metabolito) anotada en la variable 25A, se anotará el resultado cuantitativo del análisis en microgramos/ml, excepto el alcohol que se anotará en gramos/litro, y los resultados de los análisis de muestras de pelo que se anotarán en mg/gramo, y de bilis que se anotará en mg/Kg. Para esta variable se reservan siete dígitos, cinco enteros y dos decimales. Aunque se ha mantenido esta variable, la experiencia indica que estos datos pueden no ser del todo fiables.

□ **VARIABLE 28**: *Nombre de la institución donde se han hecho los análisis toxicológicos anotados*: Se anotará literalmente el nombre de la institución, indicando si se trata de un Instituto Anatómico Forense (IAF), un departamento del Instituto Nacional de Toxicología (INT) u otra institución. Se anotará también la localidad en que está situado.

Ejemplos de anotación correcta: IAF de Madrid, Departamento de Sevilla del INT, etc

Posteriormente en la Comunidad Autónoma se realizará la codificación, para lo que se reservan 5 dígitos:

Se anotará el código que corresponda a cada institución de acuerdo con las equivalencias establecidas en la Variable 7:

- . El 11 y el 21 dígito son indicativos de la provincia en que está situada la institución.
- . El 31 dígito es indicativo del tipo de institución de acuerdo con los siguientes códigos:
 1. Instituto Anatómico Forense
 2. Clínica Médico-Forense
 3. Cátedra de Medicina Legal
 4. Departamento del Instituto Nacional de Toxicología
 5. Laboratorios Provinciales del Ministerio de Sanidad y Consumo
 6. Laboratorios de los Departamentos de Sanidad de las Comunidades Autónomas
 7. Otros laboratorios públicos o privados.
- . El 41 y el 51 dígito serían un número secuencial asignado por la Unidad Autónoma e indicarían la institución concreta.

Si la institución donde se han realizado los análisis se desconoce, se codificará 99999. Si se desconoce la información de alguna de las tres partes de que se compone esta variable (provincia, tipo de institución, institución concreta), la parte desconocida se rellenará con 99, 9 ó 99, respectivamente.

□ **VARIABLE 29**: *Nombre de las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte*: Se anotará literalmente el nombre de todas las sustancias psicoactivas

registrables consumidas presumiblemente por el fallecido inmediatamente antes de la muerte.

Esta información se deducirá preferentemente a partir de las sustancias o metabolitos detectados en las muestras biológicas y la persona más apropiada para realizar dicha deducción es el toxicólogo o el médico forense. Si no existen análisis toxicológicos, las sustancias presumiblemente consumidas por el fallecido podrían deducirse de otras afirmaciones presentes en los informes.

Se llegará al *máximo grado de especificidad* en el tipo de sustancia, anotando el nombre científico (heroína, pentazocina, diacepam, LSD, etc). Si no está disponible este nombre, anotar el nombre comercial o de argot. Si no se puede especificar ni el nombre científico ni el comercial o de argot, recoger el nombre del subgrupo farmacológico (opioides sintéticos, benzodiazepinas, alucinógenos sintéticos, etc) o del grupo farmacológico (opiáceos, hipnótico-sedantes, alucinógenos, etc). En la Clasificación de Sustancias Registrables el grupo farmacológico está sombreado y en mayúsculas y el subgrupo en minúsculas y cursiva.

Es importante evitar el registro duplicado de la misma sustancia psicoactiva. En este sentido, para una misma sustancia no deben registrarse a la vez su nombre específico (por ejemplo, diazepam) y el nombre del grupo o subgrupo químico al que pertenece (Por ejemplo, benzodiazepinas), porque en ese caso la sustancia sería contada dos veces.

Posteriormente en la Comunidad Autónoma se realizará la codificación, de acuerdo con las equivalencias que figuran en la Clasificación de Sustancias Registrables.

6.6. VARIABLES QUE SE ASIGNAN EN LA UNIDAD AUTONÓMICA

Algunas de las variables necesarias en la nueva propuesta del Indicador Mortalidad no deben ser registradas en la *Hoja de Registro Individual de muerte RASUPSI*

Se distinguen dos tipos de variables:

a) Variables de introducción manual

- VARIABLE 30:** *Número de Registro de caso (NRC)*

Se asignará un número consecutivo de tres dígitos, que empezará desde 001 cada año a cada caso de muerte RASUPSI seleccionado para su envío a la Unidad Central.

Se introducirá directamente en la base de datos de mortalidad del Programa de Gestión del Indicador Mortalidad.

b) Variables generadas automáticamente por el Programa de Gestión del Indicador Mortalidad

- VARIABLE 31: Fuentes primarias que han identificado el caso**

El Programa de Gestión del Indicador Mortalidad generará automáticamente los códigos de todas las fuentes que han identificado ese caso. A estos efectos, utilizará los códigos de 5 dígitos de la variable 7.

- VARIABLE 32: Partido Judicial de defunción**

El Programa de Gestión del Indicador Mortalidad generará automáticamente una variable de 5 dígitos a partir del municipio de defunción. El código de 5 dígitos del partido judicial se corresponde con el código INE del municipio que es capital del partido judicial. La información sobre el partido judicial a que pertenece cada municipio procede de la *Ley 38/1988, de 28 de diciembre, de Demarcación y de Planta Judicial* y de la *Ley 3/1992, de 20 de marzo, sobre medidas de corrección de la Ley 38 /1988, de 28 de diciembre, de Demarcación y de Planta Judicial*.

7. PROCESO DE RECOGIDA Y TRANSMISIÓN DE DATOS

7.1. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL PROCESO

La organización y funcionamiento de los agentes que intervienen en el estudio y esclarecimiento de las muertes judiciales varía según las zonas. Por esta razón, los procedimientos detallados de recogida de información han de ser flexibles y han de fijarse de común acuerdo entre el responsable de cada Unidad Autónoma y los responsables de cada fuente primaria de información. Sin embargo, para mantener la comparabilidad de los datos es imprescindible respetar los siguientes criterios mínimos:

a) Registrar los casos presentes tanto en las fuentes forenses como en las toxicológicas

Generalmente en la mayoría de las áreas no se recoge información en los juzgados sino en el resto de las fuentes que disponen de información forense o toxicológica sobre muertes con intervención judicial. En estas circunstancias, para tener una seguridad razonable de que se seleccionan todas las muertes RASUPSI es imprescindible revisar de forma exhaustiva la documentación (informes forenses y toxicológicos) de todas las muertes en que ha intervenido cada una de esas fuentes.

Esta revisión es obligada porque se ha comprobado que en algunas áreas-tipo con dos fuentes primarias, una forense y otra toxicológica, una cierta proporción de casos, variable según las áreas, aparece en una fuente pero no en la otra.

Tanto en la fuente de información forense como en la toxicológica se rellenarán todas las variables de la hoja de registro que sea posible. Es decir, en el IAF, si existe, se recogerá también información toxicológica y en las instituciones que realizan análisis toxicológicos se recogerá también toda la información sociodemográfica y clínica que se encuentre.

(b) Recoger la información de forma retrospectiva a partir de la documentación de cada fuente primaria.

Para seleccionar los casos alguien debe revisar periódicamente toda la documentación (informes, historia, etc) sobre las muertes en que ha intervenido cada fuente primaria de información del área monitorizada. Se trata pues de una recogida de información **activa y retrospectiva**.

No es en absoluto recomendable desarrollar un procedimiento de recogida de información basado en la notificación voluntaria de casos por parte de los médicos forenses o de los toxicólogos, sobre todo en áreas grandes y dispersas donde operan necesariamente un gran número de profesionales, porque en estas condiciones es muy difícil garantizar la exhaustividad y continuidad de la notificación.

En principio, pueden utilizarse listados o bases de datos que permitan cribar o

descartar de entrada un buen número de muertes (screening) y eviten revisar la documentación de esos casos

Por ejemplo:

- Podría utilizarse un libro de registro en que figura la fecha de fallecimiento, el n1 de autopsia y el diagnóstico de causa de muerte para descartar los accidentes o los homicidios.
- Podría utilizarse una base de datos en soporte magnético en la que figura el número de autopsia, la fecha de la muerte, el diagnóstico de causa de muerte y la edad para descartar, además de los casos señalados en el párrafo anterior, las muertes en menores de 10 años y en mayores de 64.

En cualquier caso, antes de decidirse a utilizar uno de estos procedimientos de screening para descartar casos y aumentar la eficiencia del proceso, es imprescindible asegurarse que en esos libros de registro o bases de datos se anotan todos los casos y que la información que se registra es suficientemente precisa. Para ello, es muy conveniente probar en cada fuente si este procedimiento es válido, comparándolo con la revisión exhaustiva de la documentación o el expediente individual de cada fallecido.

c) Encargar la recogida a personas responsables y específicamente formadas para esta labor

Para seleccionar y registrar correctamente los casos es imprescindible que las personas que recojan la información conozcan bien el protocolo, por lo que es importante que reciban formación específica para esta labor por parte de las Unidades Autonómicas correspondientes. Es conveniente que al principio el responsable autonómico supervise mínimamente el proceso para tener la seguridad de que se realiza correctamente.

Lo más recomendable es que la recogida de información la realicen trabajadores ajenos a la fuentes primarias de información; pero también podrían ser técnicos de estas fuentes primarias, si existe un compromiso formal por su parte de realizar una recogida activa y retrospectiva a partir de la documentación siguiendo los criterios especificados en este protocolo. El Programa de Gestión del Indicador Mortalidad permite que las fuentes primarias registren directamente los casos en soporte magnético, por lo que en los casos en que la Unidad Autónoma encargue la selección y registro de los casos a una persona de la fuente primaria esta misma persona podría introducir los datos y validarlos. Sin embargo, si se pone en marcha este último procedimiento es conveniente que la fuente primaria conserve siempre los datos de cada caso en una hoja de papel que pueda ser archivada en la historia o en el dossier del caso y que sirva de prueba de que la información se ha recogido.

También pueden imaginarse soluciones mixtas. Por ejemplo, que los técnicos de la institución forense o toxicológica seleccionen previamente todos los casos en que pueda existir alguna sospecha, aunque sea mínima, de muerte por RASUPSI y posteriormente una persona de la Unidad Autónoma realice la selección y el registro definitivo.

Es recomendable que en cada Comunidad Autónoma participe en la recogida el menor número de personas posible para que sea más fácil mantener criterios homogéneos. Dado que el volumen de información que hay que manejar no es elevado, en la gran mayoría de las comunidades bastará con una única persona a

tiempo parcial para realizar la recogida de todas las áreas de esa comunidad.

7.2. TAREAS DE CADA UNO DE LOS AGENTES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Las etapas fundamentales del proceso de registro y transmisión de información aparecen reflejadas en la figura 2.

Aunque las tareas que ha de realizar cada uno de los agentes que intervienen en el proceso de recogida y transmisión de la información pueden variar ligeramente dependiendo de las decisiones que se adopten en cada área, se pueden definir una serie de tareas que con alguna variante pueden mantenerse en todas:

1) TAREAS DE LAS FUENTES PRIMARIAS DE INFORMACIÓN

- (a) Mantener un archivo organizado con la información sobre las muertes en que han intervenido.
- (b) Facilitar el acceso a la información de los trabajadores encargados de recogerla.
- (c) Conservar una copia de cada hojas de registro individual de muerte RASUPSI, por si posteriormente fuera necesario retornar a ese caso para comprobar, corregir o completar información.
- (d) Ofrecer información complementaria sobre el caso cuando lo requiera la persona encargada de recogerla o el responsable de la Unidad Autonómica.

2) TAREAS DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE RECOGER LOS DATOS

- (a) Revisar exhaustivamente la documentación sobre las muertes registradas en las fuentes de información que le indique el responsable de la Unidad Autonómica.
- (b) Seleccionar los casos que cumplen criterios de muerte RASUPSI en cada una de las fuentes revisadas, siguiendo el proceso de decisión señalado en el apartado 4 y en la figura 1.

La selección de casos en cada una de las fuentes permitirá posteriormente tener garantías razonables de que se han recogido todos los casos de muerte RASUPSI en que ha existido intervención judicial.

Si se duda sobre la interpretación de algunas datos de la documentación, consultar con la persona responsable de la información sobre ese caso o con aquélla que firma los documentos donde han surgido las dudas.

Como se indicó, a la hora de decidir o no el registro de un caso, las personas encargadas de recoger la información deberán seguir estrictamente el procedimiento de selección de casos descrito en el apartado 4 de este protocolo y no el juicio sobre la causa de la muerte que el forense ha transmitido al juez o ha señalado en el *Certificado Médico de Defunción*. Estos juicios sólo se aplicarán en el caso de que el resto de la información no permita tomar una decisión. Si finalmente se duda si el caso es o no seleccionable, es necesario consultar con el responsable de la Unidad Autonómica.

- (c) Registrar cada caso seleccionado en cada una de las fuentes.

Lo más corriente, al menos durante los primeros años, será cumplimentar una *Hoja de Registro Individual de Muerte RASUPSI* por cada caso seleccionado en cada una de las fuentes.

Es recomendable cumplimentar en cada fuente el mayor número de variables posibles; pero en cualquier caso, para poder cruzar la información en la Unidad Autónoma, es absolutamente imprescindible cumplimentar en todas las fuentes las variables identificativas del caso (variables 8 a 16, incluidas de la *Hoja de Registro Individual de Muerte RASUPSI*).

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 (Y): se escribirá literalmente la respuesta.
 - Si aparece un abecedario: se rodeará con un círculo la letra que corresponda.
 - Si aparecen cuadros (□): se escribirá dentro de 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 las personas que recogen los datos y la Unidad Autónoma.

Allí donde se haya decidido que las personas que recogen los datos utilicen el Programa de Gestión del Indicador Mortalidad, estas personas grabarán y validarán la información sobre los casos seleccionados en cada una de las fuentes.

- (d) Introducir una copia de la *Hoja de Registro Individual de Muerte RASUPSI* en la documentación del fallecido

La hoja de registro individual es autocopiativa y tiene dos copias, una para la Unidad Autónoma y otra para incluir en la documentación del fallecido en la fuente primaria. De esta forma esta fuente tendrá constancia de que ese caso se ha registrado.

- (e) Entregar o enviar la información al responsable de la Unidad Autónoma.
- (f) Resolver las solicitudes de confirmación o corrección de datos que le haga la Unidad Autónoma.

Cuando la Unidad Autónoma lo demande, estas personas obtendrán información adicional o confirmación de todos aquellos casos con datos incompletos, erróneos o dudosos, volviendo si es necesario a consultar los archivos de las fuentes primarias.

3) TAREAS DE LAS UNIDADES AUTONÓMICAS

- (a) Identificar al comienzo de cada año todas las fuentes primarias (IAF, INT o equivalentes, Juzgados) en las que se va a recoger información en cada área monitorizada y determinar claramente la cobertura del indicador.
Para determinar la cobertura del indicador es necesario delimitar geográficamente el área monitorizada y contar con información demográfica sobre la misma.
- (b) Establecer, junto con el responsable de cada fuente, el procedimiento más adecuado para recoger la información en cada fuente.

Estos procedimientos podrán ser flexibles, pero en cualquier caso deberían

respetarse los criterios mínimos establecidos en el Apartado 7.1.

(c) Seleccionar las personas responsables de la recogida de información y formarlas adecuadamente.

(d) Controlar la recepción de hojas de registro

Este control deberá ser individualizado para cada fuente primaria de información monitorizada 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:

- * Fecha de recepción
- * Número de Identificación de la fuente de información
- * Número total de hojas recibidas

(e) Comprobar que las Hojas recibidas están cumplimentadas correctamente.

Las hojas en que se detecten a simple vista datos erróneos o dudosos se separarán y se entregarán o enviarán a las personas encargadas de la recogida de datos para que efectúen las rectificaciones oportunas, volviendo si es necesario a consultar los archivos de la fuente primaria de información correspondiente.

(f) Grabar en soporte magnético los datos de las Hojas de Registro

Mientras se graban los datos hay que codificar aquellas variables que no están precodificadas en la Hoja Individual de Registro.

En principio está previsto que esta tarea se realice en la Unidad Autonómica, pero no hay inconveniente para que puedan realizarla las personas encargadas de la recogida de datos con ayuda del Programa de Gestión del Indicador Mortalidad. Eso sí, si hay varias personas implicadas en la recogida de datos, es necesario que se mantengan criterios comunes a la hora de efectuar la codificación.

En el momento de la grabación el Programa de Gestión del Indicador Mortalidad realizará automáticamente tres tareas:

- * Ayuda a la codificación de las siguientes variables:
 - . Variable 7 (Institución en que se ha cumplimentado esta hoja)
 - . Variable 10 (Municipio de defunción)
 - . Variable 8A (Localidad en que está situado el juzgado que tramita el caso)

 - . Variable 9 (Provincia de defunción)
 - . Variable 10 (Municipio de defunción)
 - . Variable 16a (Provincia de nacimiento)
 - . Variable 16b (País de nacimiento)
 - . Variable 17 (Nacionalidad)
 - . Variable 18 (Provincia de residencia)
 - . Variable 19 (Municipio de residencia)
 - . Variable 27a (Nombre de las sustancias psicoactivas o metabolitos detectados en los análisis toxicológicos).
 - . Variable 28 (Nombre de la institución que ha hecho los análisis toxicológicos anotados)

- . Variable 29 (Nombre de las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte).

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

Además, la variable 15 (edad) se calcula automáticamente si se ha introducido un valor conocido en las variables fecha de nacimiento y fecha de defunción.

- * 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 defunción y la fecha de nacimiento y entre las sustancias psicoactivas o metabolitos detectados en los análisis toxicológicos y las sustancias psicoactivas consumidas inmediatamente antes de la muerte. Por ejemplo, el programa detectará los casos en cuya Variable 27a (Nombre de las sustancias psicoactivas o metabolitos detectados en los análisis toxicológicos) aparece algún código de opiáceo o metabolito de estas drogas (códigos 01000-01999 o 1000-1999) y en cuya Variable 29 (Nombre de las sustancias consumidas inmediatamente antes de la muerte) no aparece ningún código de estas drogas (códigos 1000-1999).

- (g) Cruzar los casos procedentes de todas las fuentes de información del área para identificar todos los casos distintos existentes.

Dado que el registro de casos en las distintas fuentes de información de cada área monitorizada (generalmente 2) es independiente, en la Unidad Autónoma han de cruzarse los casos procedentes de todas estas fuentes para identificar todos los casos distintos detectados por las fuentes primarias.

El cruce de los casos se realizará de forma automática utilizando el Programa de Gestión del Indicador Mortalidad. En cualquier caso la información que se utilizará para realizar este cruce será la contenida en las variables 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 16 de la Hoja de Registro Individual de Muerte RASUPSI. Los casos se clasificarán de acuerdo con las fuentes por las que fueron identificados.

- (h) Validar automáticamente la información de los casos de muerte RASUPSI

Esta tarea deberá *realizarse siempre*, incluso cuando la codificación y la grabación la efectúen las personas que recogen los datos, para evitar demoras innecesarias originadas por la devolución del fichero desde la Unidad Estatal.

En cuanto esté listo el fichero de hojas de registro, el Programa de Gestión Indicador Mortalidad realizará automáticamente una validación interna del contenido 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 de Gestión del Indicador Mortalidad ha calificado como erróneos o dudosos se imprimirán en un listado y posteriormente deberán ser confirmados o corregidos.

- (i) Completar o seleccionar la información de cada caso distinto identificado en cada área monitorizada.
En los casos en que existan variables con información procedente de dos fuentes puede suceder que esta información no sea coincidente, en cuyo caso el responsable de la Unidad Autónoma deberá seleccionar la información más adecuada, recurriendo, si es preciso, a las fuentes primarias de información. Esta tarea es muy compleja y no se ha introducido en el Programa de Gestión del Indicador Mortalidad y deberá realizarse manualmente.
- (j) Confirmar aquellos casos identificados por una sola fuente, poniéndose en contacto nuevamente con las fuentes de que proceden.
- (k) Resolver las preguntas y aclaraciones que le planteen los responsables de las fuentes primarias de información y las personas encargadas de recoger los datos.
- (l) Enviar la información a la Unidad Estatal en soporte magnético con una periodicidad trimestral.

Se enviará información sobre todos los casos distintos identificados en el área monitorizada. Es recomendable que los datos de un trimestre dado se reciban en la unidad estatal antes de que finalice el trimestre siguiente. Por ejemplo, los datos correspondientes al primer trimestre deberían enviarse antes del 30 de junio.

4) TAREAS DE LA UNIDAD ESTATAL

- a) Recibir y registrar todos los Ficheros Autonómicos Trimestrales de muertes RASUPSI enviados por las Unidades Autónomas.
- (b) Repetir la validación de todos los ficheros y si es necesario pedir información extra a las Unidades Autónomas.
- (c) Realizar las correcciones necesarias en los ficheros tras recibir la información extra de las Unidades Autónomas.
- (d) Tabular los resultados de los Ficheros Autonómicos Trimestrales como forma final de validar la información.
- (e) Integrar los Ficheros Trimestrales de cada comunidad autónoma para formar el *Fichero Autonómico Anual de Muertes RASUPSI* para cada comunidad autónoma y finalmente agregar los datos de las distintas comunidades para formar el *Fichero Estatal Anual de Muertes RASUPSI*.
- (f) Explotar y analizar la información del Fichero Estatal Anual.
- (g) Publicar el *Informe Anual del Indicador* (y eventualmente otros informes), donde se recogerán la metodología del Indicador Mortalidad, los resultados más importantes y el análisis de la cobertura.
- (h) Distribuir el Informe Anual de los Indicadores y el Fichero Estatal Anual de Muerte RASUPSI.
- (i) Asegurar el cumplimiento del protocolo y proponer las modificaciones que sean necesarias.

(j) Asesorar a las Unidades Autonómicas en aspectos relacionados con:

- * Problemas en la aplicación del protocolo del indicador
- * Funcionamiento de las aplicaciones informáticas (Programa de Gestión del Indicador Mortalidad)
- * Otros problemas relacionadas con la recogida y transmisión de los datos del indicador.

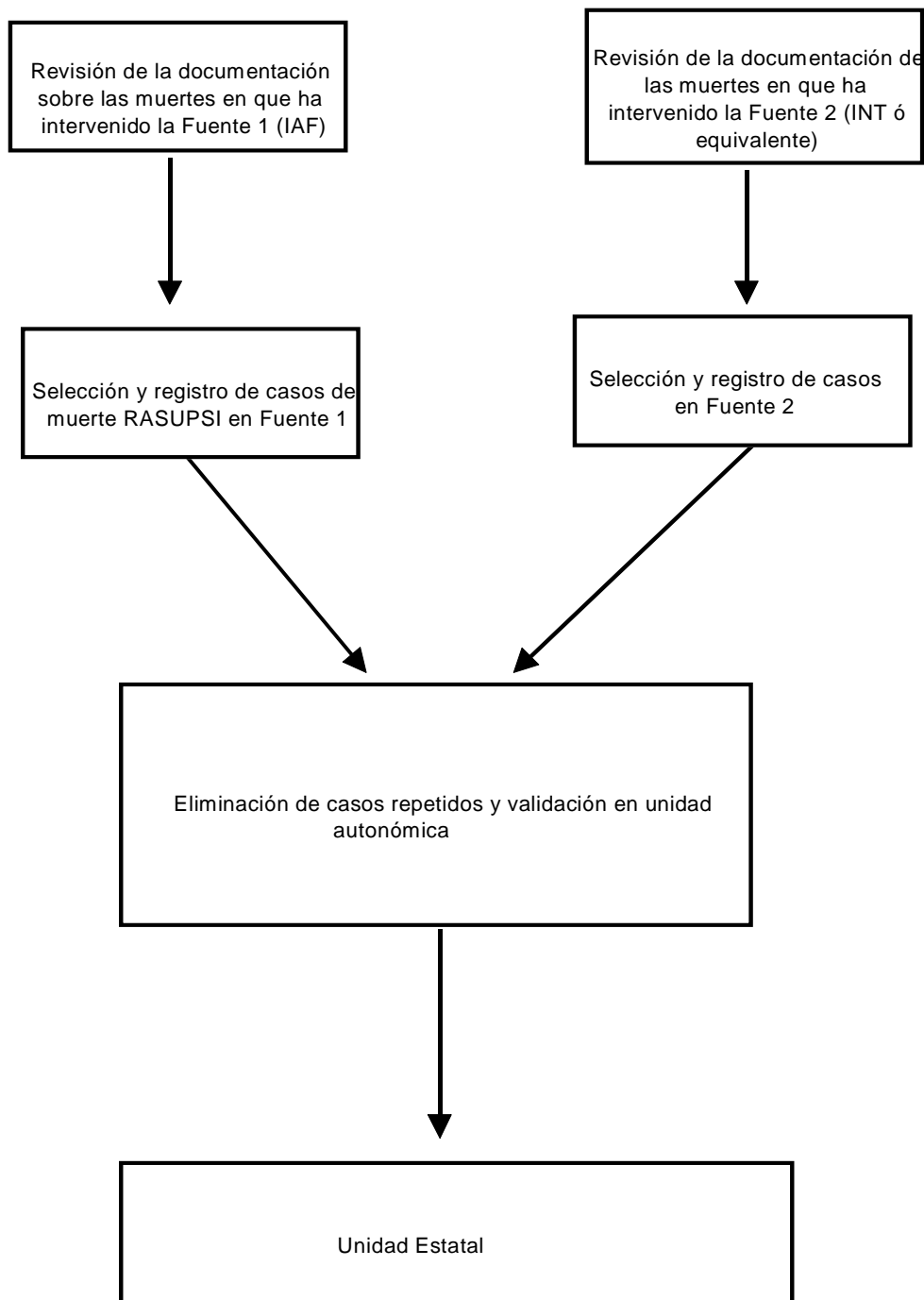
7.4. PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

La experiencia ha demostrado que no es posible en la practica establecer un procedimiento concreto unificado para la recogida de la información del indicador Mortalidad. En cada Comunidad Autónoma en que esta implantado existe alguna particularidad en la recogida de información, aunque los criterios de definición de caso y los criterios básicos de recogida de la información enumerados en el apartado anterior sean comunes para todas las Comunidades

La dificultad de establecer un procedimiento único de recogida de datos no excluye la necesidad de que estos procedimiento estén formalmente descritos para asegurar la calidad de la información recogida y la continuidad en el tiempo del método utilizado.

Cada Unidad Autonómica deberá ofrecer información sobre su procedimiento concreto de recogida de información para que pueda ser conocido por las personas que puedan intervenir en la recogida y análisis de esta información en una Comunidad y por todos los responsables del SEIT, tanto los de otras Comunidades Autónomas como de la Unidad Estatal.

FIGURA 2. ETAPAS FUNDAMENTALES DEL PROCESO DE RECOGIDA Y TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN EN EL INDICADOR MORTALIDAD DEL OED



(*) Caso más simple para las áreas en que sólo existen 2 fuentes de información.

Leyenda: IAF: Instituto Anatómico Forense

INT: Instituto Nacional de Toxicología

Muerte RASUPSI: Muerte por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas

8. 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.
- Bermejo A, Pereiro C, López B. Muerte por reacción aguda al consumo de drogas. *Cadernos de Atención Primaria* 1995; 2: 58-61.
- Brugal MT, Villalbí JR, Torralba L, Valverde JL, Tortosa MT. Epidemiología de la reacción aguda adversa a drogas en Barcelona, 1983-1992: análisis de la mortalidad. *Medicina Clínica* 1995; 105: 441-445.
- Buckley NA, Dawson AH, Whyte IM, O'Connell DL. Relative toxicity of benzodiazepines in overdose. *British Medical Journal* 1995; 310: 219-221.
- COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL. *Estimación de la prevalencia de la adicción a la heroína en la Comunidad de Madrid durante 1992*. Madrid: Comunidad de Madrid, 1994.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 95*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1995.
- Copeland AR. The microscopic pathology of the liver in fatal cocaine intoxication. *Journal of the Forensic Science Society* 1989; 29: 185-189.
- Davoli M, Perucci CA, Forastiere F, Doyle P, Rapiti E, Zaccarelli M, Abeni DD. Risk factors for overdose mortality: case-control study within a cohort of intravenous drug users. *International Journal of Epidemiology* 1993; 22: 273-277.
- Darke S, Zador D. Fatal heroin >overdose=: a review. *Addiction* 1996; 91: 1765-1772.
- 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.
- De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Santacreu J. Mortalidad relacionada con el uso de drogas: primera causa de mortalidad entre las personas de 15-39 años en la ciudad de Madrid. *Gaceta Sanitaria* 1994; 8 (44 supl): 40-41
- De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Santacreu J. The impact of drug- related deaths on mortality among young adults in Madrid. *American Journal of Public Health* 1995; 85: 102-105.
- 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, 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.
- Dorado SS, Álvarez R, Caballero PJ, Medina-Asensio J, Casanova C, Granado JA. Epidemiología de la intoxicación aguda. Estudio de 851 casos habidos en 1990 en el área sur de la Comunidad de Madrid. *Revista Clínica Española* 1992; 191: 131-136
- Farrel M, Neeleman J, Griffiths P, Strang J. Suicide and overdose among opiate addicts.

- Addiction* 1996; 91: 321-323.
- 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.
 - Frischer M, Bloor M, Goldberg D, Clark J, Green S, McKeganey N. Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1993; 47: 59-63.
 - García Rollán M. *Setas venenosas. Intoxicaciones y prevención.* Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
 - Gradman AH. Cardiac effects of cocaine: a review. *The Yale Journal of Biology and Medicine* 1988; 61: 137-147.
 - 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.
 - Henry JA, Alexander CA, Sener EK. Relative mortality from overdose of antidepressants. *British Medical Journal* 1995; 310: 221-224.
 - Huber DH, Stivers RR, Howard LB. Heroin-overdose deaths in Atlanta. *JAMA* 1974; 228: 319-322.
 - Kaa E. Drug abuse in western Denmark during the eighties. II. Fatal poisonings among drug abusers. *Forensic Sciences International* 1992; 1: 75-82.
 - Karch SB. Introduction to the forensic pathology of cocaine. *The American Journal of Forensic Medicine an Pathology* 1991; 12 (2): 126-131.
 - Karch SB, Stephens BS. When is cocaine the cause of death? *The American Journal of Forensic Medicine an Pathology* 1991; 12 (1): 1-2.
 - Karch SB, Billingham ME. The pathology and etiology of cocaine-induced heart disease. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 1988; 112: 225-230.
 - Kircher T, Nelson J, Burdo H. The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate. *New England Journal of Medicine* 1985; 313: 1263-1269.

- Klatt EC, Mills NZ, Noguchi TT. Causes of death in hospitalized intravenous drug abusers. *Journal of Forensic Sciences* 1990; 35: 1143-1148.
- Klaucke DN et al. Guidelines for evaluating Surveillance Systems. *MMWR*, may 6, 1988/Vol.37/N1 s-5. Supplement.
- Kringsholm B, Kaa E, Steentoft A, Worn K, Simonsen KW. Deaths among drug addicts in Denmark in 1987-1991. *Forensic Science International* 1994; 67: 185-195.
- Kringsholm B, Christoffersen P. Morphological findings in fatal drug addiction. An investigation of injection marks, endocrine organs and kidneys. *Forensic Science International* 1989; 40: 15-24.
- López B, Pereiro C, Bermejo A. Un caso singular de muerte por sobredosis de heroína. *Galicia Clínica* 1994; 66(1): 27-28.
- Lora-Tamayo C, Tena T, Tena G. Concentrations of free and conjugated morphine in blood in twenty cases of heroín-related deaths. *Journal of Chromatography* 1987; 422: 267-273.
- Lora-Tamayo C, Tena T, Rodríguez A. Cocaine-related deaths. *Journal of Chromatography* 1994; 674: 217-224.
- Lora-Tamayo C, Tena T, Rodríguez A. Amphetamine derivative related deaths. *Forensic Science International* 1997; 85: 149-157.
- Martí G, Reig R, Sanz P, Garrido P, Font G, Corbella J. Deaths from poisoning in Barcelona (Spain), 1986-1989. *Rev Epidem et Santé Publ* 1992; 40: 102-107.
- Marzana G. *Mortalidad por drogas en Madrid*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1986 (Documento Mimeografiado).
- Marx A, Schick MT, Minder CE. Drug-related mortality in Switzerland from 1987 to 1989 in comparison to other countries. *International Journal of the Addictions* 1994; 29: 837-860.
- Ortí RM, Domingo-Salvany A, Muñoz A, MacFarlane D, Suelves JM, Antó JM. Mortality trends in a cohort of opiate addicts. Catalonia, Spain. *International Journal of Epidemiology* 1996; 25: 545-553.
- Pereiro C, Bermejo A, López B, Tabernero MJ. Estudio de los 100 primeros casos de muerte por reacción aguda tras el consumo de drogas notificados en Galicia al Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). *Galicia Clínica* 1994; 66 (1): 21-23.
- Perucci CA, Davoli M, Rapiti E, Abeni DD, Forastiere F. Mortality of intravenous drug users in Rome: a cohort study. *American Journal of Public Health* 1991; 81: 1307-1310.
- Pollock DA, Holmgreen P, Lui KJ, Kirk ML. Discrepancies in the reported frequency of cocaine-related deaths, United States 1983-1988. *JAMA* 1991; 266: 2233-2237.
- Pompidou Group. *Multi-city study: drug misuse trends in thirteen European cities*. Strasbourg: council of europe, 1995.
- Püschel K. Drug-related death-an update. *Forensic Science International* 1993; 62: 121-128.

- Püschel K, Teschke F, Castrup U. Etiology of accidental/unexpected overdose in drug-induced deaths. *Forensic Science International* 1993; 62: 129-134.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). DAWN. *Drug Abuse Warning Network. Instruction manual for medical examiners, January 1987*. Rockville, Maryland: NIDA, 1987.
- Reig R, Sanz P, Martí G, Corbella J. Opioid-related deaths in Barcelona 1981-1986 (letter). *Lancet* 1987; ii: 508-509.
- Risser D, Schneider B. Drug-related deaths between 1985 and 1992 examined at the Institute of Forensic Medicine in Vienna, Austria. *Addiction* 1994; 89: 851-857.
- Roca J. *Epidemiología de la mortalidad por reacción aguda adversa a drogas en la ciudad de Barcelona, 1978-1989*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 1990 (Tesis Doctoral).
- Roca J, Antó JM. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. *Comunidad y Drogas* 1987; 5/6: 9-38.
- Rodés F, Martí JB, Martí JL. Reacción adversa mortal a cocaína por vía intranasal (esnifada): a propósito de un caso. *Revista Española de Drogodependencias* 1992; 17 (3): 191-194.
- Rodríguez B. *Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de opioides o cocaína en España, 1983-1989*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 1993 (Tesis Doctoral).
- Rodríguez B, Rodríguez F, Fuentes C, Sánchez C, De la Fuente L, Del Rey J. Calidad de la certificación de la muerte por reacción aguda a opioides y cocaína entre residentes del municipio de Madrid. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1993; 67: 401-409.
- 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).
- Rutenber AJ, Kalter HD, Santinga P. The role of ethanol abuse in the etiology of heroin-related death. *Journal of Forensic Science* 1990; 35: 891-900.
- Rutenber AJ, Luke JL. Heroin-related deaths: new epidemiologic insights. *Science* 1984; 226: 14-20.
- Sánchez J, Rodríguez B, De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Roca J, Royuela L, and the State Information System on Drug Abuse (SEIT) Working Group. Opiates or cocaine: mortality from acute reactions in six major Spanish cities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995; 49: 54-60.
- 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.
- Sarasqueta C, Zunzunegui MV. Principales causas de mortalidad en jóvenes en la Comunidad Autónoma de Madrid: 1990-1991. *Gaceta Sanitaria* 1994; 8: 117-121.

- Siegel H. Human pulmonary pathology associated with narcotic and other addictive drugs. *Human Pathology* 1972; 3: 55-66.
- Tazelaar HD, Karch SB, Stephens BG, Billingham ME. Cocaine and the heart. *Human Pathology* 1987; 18: 195-199.
- Torralba L, Brugal MT, Villalbí JR, Tortosa MT, Toribio A, Valverde JL. Mortality due to acute adverse drug reactions: opiates and cocaine in Barcelona, 1989-93. *Addiction* 1996; 91: 419-426.
- 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.
- Wetli CV. The pathology of cocaine: Perspectives from the autopsy table. En: Sorer H (Ed). *Acute cocaine intoxication: current methods of treatment*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse -NIDA-, 1993 (NIDA Research Monograph 123, NIH Publication N1 93-3498).
- World Health Organization (WHO). Deaths rrelated to drug abuse. Report on a WHO Consultation. Geneva, 22-25 November 1993. Geneva: WHO, 1993 (WHO/PSA/93.14).
- Young TW, Pollock DA. Missclassification of deaths caused by cocaine. An assessment by survey. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 1993; 14: 43-47.

ANEXO I: CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS REGISTRABLES

Esta clasificación utiliza en principio *cuatro dígitos* para codificar a las sustancias registrables que pueden ser objeto de abuso .

- . el primer dígito define el *Grupo farmacológico* al que se ha asignado la sustancia.
- . el segundo dígito el *Subgrupo farmacológico*
- . los dos siguientes corresponden a las *drogas específicas*, que en el caso de las sustancias de comercio legal equivalen, salvo en los grupos inespecíficos o residuales, a los medicamentos genéricos, y en el caso de sustancias ilegales, corresponden también a sus nombres "de calle" o de argot.

Esta clasificación es una adaptación de la utilizada en los otros dos indicadores del Sistema Estatal de Información sobre

Toxicomanías -SEIT- (Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y Urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas).

La diferencia con respecto a la clasificación utilizada en los otros dos indicadores del SEIT es la siguiente: La clasificación de las *Sustancias Volátiles* utilizada en este indicador es una clasificación química frente a la clasificación más clínica basada en productos comerciales (pegamentos, gases anestésicos, disolventes, etc) utilizada en los otros dos indicadores. Esta clasificación está tomada básicamente de: "FLANAGAN RJ, IVES RJ. El abuso de sustancias volátiles. *Boletín de Estupefacientes* 1994; 46 (2): 41-66". La utilización de una clasificación diferente se justifica por las características especiales del indicador y la necesidad de tener en cuenta las sustancias que se detectan en los análisis toxicológicos.

Muchos de los grupos farmacológicos pueden aparecer en la lista con una ordenación aparentemente poco lógica. Esto se explica por el proceso de elaboración de la clasificación. Inicialmente se partió de la clasificación utilizada por el Grupo Pompidou del Consejo Europa para desarrollar el indicador de admisiones a tratamiento por drogas en diversas ciudades europeas. "HARTNOLL R. *Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator. Definitive protocol*. Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe, 1994". La voluntad de conservar una cierta coherencia con la clasificación original y la necesidad percibida por los responsables del SEIT de realizar algunas adaptaciones creó una tensión a lo largo del proceso de elaboración que originó en algunos grupos problemas de ordenación de las sustancias. Además, los nuevos indicadores Tratamiento y Urgencias basados en esta lista comenzaron a funcionar el 1 de enero de 1996, por lo que las omisiones y errores detectados a partir de esa fecha han de subsanarse sin que se modifiquen los códigos del resto de las sustancias. Esto está originando y originará, sin duda, problemas con la ordenación lógica de las sustancias.

Las especialidades farmacéuticas de las sustancias incluidas en la lista que circulan en el mercado español se han obtenido de la *Base de Datos de Especialidades Farmacéuticas - ESPES-* de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo. En determinados subgrupos (por ejemplo, benzodiacepinas), se han incluido todas las sustancias comercializadas en España. En otros subgrupos (por ejemplo, antidepresivos), en cambio, se ha optado por incluir solamente las sustancias para las que se conoce o se sospecha la posibilidad de abuso o uso no médico, dejándose las restantes incluidas en el grupo residual.

Las especialidades farmacéuticas no comercializadas en España, se señalan con el signo (-).

En general, en la clasificación no se han incluido mezclas de sustancias bajo un código único, aunque se sabe que cada vez son más frecuentes. Por ejemplo, actualmente es muy frecuente en España el consumo de heroína y cocaína mezcladas; pero la forma de consumo (consumo de mezcla, consumo simultáneo de las dos sustancias o consumo consecutivo) generalmente no es posible deducirlo a partir de la información forense o

toxicológica.

La relación de hongos alucinógenos citada en la clasificación está tomada básicamente de "GARCÍA ROLLÁN M. *Setas venenosas. Intoxicaciones y prevención*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990". En principio, no parece que el abuso de hongos alucinógenos sea frecuente en España ni que siempre pueda identificarse la especie que produjo la intoxicación. Por esta razón, se han englobado únicamente bajo tres códigos (4200 Hongos alucinógenos sin especificar, 4201 Amanita muscaria y Amanita pantherina y 4202 Otros hongos alucinógenos y psilocibina). El listado de especies incluido en el último código tiene, pues, un interés mayormente académico.

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 codeína
- 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**
 - Propoxifeno
 - 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**
 - Tilitrate
- 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 metilanfetamina**
 Metanfetamina
 Desoxyn
 Levomentanfetamina
 Metanfetamina racemato
- 2204 Metilanfetamina base**
 Metanfetamina base
 Metanfetamina 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 Dicel 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-Metilendioxfenil)-2-propanamina
 Eva
 3,4-metilenodioxietilanfetamina
 N-etilMDA
 MDE
- 2404 MBDB**
 (R,S)-N-Metil-1-(3,4-metilendioxfenil)-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-metoksi-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-metoksi-4,5, metilendioxfianfetamina
- 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-metilendioxfenil)-2-propanhidroxilamina
- 2414 MDMMA**
 (R,S)-N,N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxfenil)-2-propanamina
- 2415 BDB**
 MDP-2-B
 (R,S)-1-(3,4-Metilendioxfenil)-2-butanamina
- 2416 BDMPEA**
 1-(4-Bromo-2,5-dimetoxifenil)-2-etanamina
- 2417 MDP-2-EB**
 (R,S)-N,N-Metil-1-(3,4-metilendioxfenil)-2-butanamina
- 2418 MDP-2-MMB**
 (R,S)-N,N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxfenil)-2-butanamina
- 2419 MDP-2-OHB**
 (R,S)-1-(3,4-metilendioxfenil)-2-butanhidroxilamina
- 2420 MDP-3-B**
 (R,S)-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanamina
- 2421 MDP-3MB**
 HMDMA
 (R,S)-N-Metil-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanamina
- 2422 MDP-3-EB**
 (R,S)-N-Etil-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanamina
- 2423 MDP-3-MMB**
 (R,S)-N,N-Dimetil-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanamina
- 2424 MDP-3-OH**
 (R,S)-1-(3,4-metilendioxfenil)-3-butanhidroxilamina
- 2425 MMDA**
 3-Metoksi-4,5 metilendioxfianfetamina
- 2426 2C-I**
 2,5-dimetoksi-4-yodo-feniletilamina
 2C
- 2427 2C-T-2**
 2,5-dimetoksi-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
Norpseudonorefedrina
(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

Isoamital 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 benzodicepinas*
- 3200 Otros hipnóticos no barbitúricos ni benzodicepinas 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 benzodicepinas especificados**
 - Paraldehido
 - Hidrato de cloral
 - Etinamato
 - Metiprilon

Benzodicepinas o análogos

3300 Benzodiacepinas 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

3310 Clotiazepam

Relaxedans
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
 Effipilen
- 3402 Difenhidramina**
 Dormplus
 Nytol
 Soñodor
 Antistomina
 Antomina
 Difenilhidramina
- 3403 Espino albar**
 Crataegus monogyna
 Crataegus oxyacantha
 Crataegus laevigata
 Majuelo
 Espino blanco
 Espino cambrón
 Elusanes espino 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
 Fantasía
 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 Clorpromacina

Largactil

3502 Risperidona

Rispedal

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

4112 Tenociclidina y otros análogos de fenciclidina

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)
Precusores 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 foeniseccii
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 Trimetoxifeniletamina

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)

Hidrocarburos

5300 Hidrocarburos sin especificar

5310 Hidrocarburos alifáticos sin especificar

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)

5311 Acetileno

5312 Butano

5313 Isobutano (2-metilpropano)

5314 Hexano

5315 Propano

5316 Metano

5328 Otros hidrocarburos alifáticos especificados

5330 Hidrocarburos alicíclicos sin especificar

5331 Ciclopropano

Trimetileno

- 5338 Otros hidrocarburos alicíclicos especificados**
- 5340 Hidrocarburos aromáticos sin especificar**
- 5341 Tolueno**
Toluol
Metilbenceno
Fenilmetano
- 5342 Xileno**
Xilol
Dimetilbenceno
- 5348 Otros hidrocarburos aromáticos especificados**
- 5350 Hidrocarburos mixtos (alifáticos y aromáticos) sin especificar**
- 5351 Gasolina**
- 5352 Éter de petróleo**
- 5368 Otros hidrocarburos mixtos (alifáticos y aromáticos) especificados**
- 5370 Hidrocarburos halogenados sin especificar**
- 5371 Bromoclorodifluorometano**
BCF
FC 12B1
- 5372 Tetracloruro de carbono**
Tetraclorometano
- 5373 Clorodifluorometano**
FC 22
Freón 22
- 5374 Cloroformo**
Triclorometano
- 5375 Diclorodifluorometano**
FC 12
Freón 12
- 5376 Diclorometano**
Cloruro de metileno
- 5377 1,2-dicloropropano**
Dicloruro de propileno
- 5378 Cloruro de etilo**
Cloroetilo
Monocloroetano
- 5379 Halotano**
2-bromo-2-cloro-1,1,1-trifluoroetano
- 5380 Tetracloroetileno**
Percloroetileno
- 5381 1,1,1-tricloroetano**
Metilcloroformo
Genklene
- 5382 1,1,2-triclorotrifluoroetano**
FC 113
- 5383 Tricloroetileno**
"Trike"
Trilene
- 5384 Triclorofluorometano**
FC 11,

5488 Otros hidrocarburos halogenados especificados***Compuestos oxigenados*****5500 Compuestos oxigenados sin especificar****5501 Acetato de metilo****5502 Acetato de etilo****5503 Acetona**Dimetilcetona
Propanona**5504 Butanona**2-butanona,
Metiletilcetona (MEC)**5505 Metilisobutilcetona**MIBC,
Acetona isopropílica**5506 Éter dietílico**

Etoxietano

5507 Éter dimetílicoEDM
Metoximetano**5508 Éter metil-terc-butílico (EMTB)**

Metilterbutiléter

5509 EnfluranoEter 2-cloro-1,1,2-trifluoroetil-difluorometílico
Etrano**5510 Isoflurano**1 -cloro- 2,2,2-trifluoroetil-difluoro metiléter
Forano**5511 Sevoflurano**

Fluorometil-2,2,2-trifluoro-1-(trifluorometil) etil eter

5512 Óxido nitrosoMonóxido de nitrógeno
Gas hilarante o de la risa**5520 Nitritos orgánicos sin especificar**

Popper

5521 Nitrito de butilo**5522 Nitrito de isobutilo****5523 Nitrito de isopentano**Nitrito isoamílico
Nitrito amílico
Nitrito de amilo**5528 Otros nitritos orgánicos especificados****5988 *Otros inhalantes volátiles especificados***

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-Tetrahydrocannabinol (Delta-9-THC)
Delta-8-Tetrahydrocannabinol (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 Procliclina

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 Nortriptilina
Mianserina. Lantanon
Trazodona

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

**ANEXO II:
CLASIFICACIÓN DE METABOLITOS DE SUSTANCIAS
REGISTRABLES**

En este Anexo IV se han introducido los metabolitos más corrientes de las sustancias registrables del Anexo III. Se trata de sustancias que, de acuerdo con la información científica disponible actualmente, sólo se presentan como metabolitos derivados de alguna de las sustancias del Anexo III. Existen otras sustancias que se pueden presentar a su vez como sustancias de abuso propiamente dichas y como metabolitos, que se hallan incluidas en el Anexo III.

Para codificarlos se utilizan 5 dígitos, en vez de los 4 que se utilizan para codificar las sustancias que pueden ser objeto de abuso.

- . El dígito inicial es siempre un 0 e indica que se trata de una sustancia que, en principio, se encuentra exclusivamente como un *metabolito* de una sustancia registrable del Anexo III.
- . El segundo dígito define el *Grupo Farmacológico* al que se ha asignado la sustancia.
- . Los tres dígitos restantes corresponden a los *metabolitos específicos*. Es imposible especificar el Subgrupo Farmacológico con ayuda del tercer dígito, porque a veces dos sustancias incluidas en distintos subgrupos pueden producir el mismo metabolito.

METABOLITOS DE OPIOIDES (01000)

01100	Metabolitos de opioides sin especificar
01101	6-Monoacetil-Morfina 6-MAM
01202	Normorfina
01203	Morfina glucurónido o conjugada
01204	Morfina total
01205	Morfina libre
01301	Norcodeína
01302	Codeína glucurónido o conjugada
01303	Codeína total
01304	Nordihidrocodeína
01305	Dihidromorfina
01401	Norpropoxifeno
01402	Dinorpropoxifeno
01403	Normetadona
01404	EMDP (2 etil-5 metil-3,3-difenil pirrolidina)
01405	EDDP (2 etiliden-1,5-dimetil-3,3 difenil pirrolidina)
01406	Normeperidina
01501	Norbuprenorfina

METABOLITOS DE COCAÍNA (02100)

02100	Metabolitos de la cocaína sin especificar
02101	Ecgonina metil ester
02102	Ecgonina
02103	Norcocaína
02104	Hidroxicocaína
02105	Etil-benzoil-ecgonina Cocaetilena etilcocaína etiléster de benzoilecgonina
02106	Benzoilecgonina

METABOLITOS DE LAS ANFETAMINAS Y OTROS ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (02200)

02201	Ácido hippúrico
02202	Benzoilglucurónido Ácido benzoico
02203	p-hidroxi-anfetamina conjugada
02204	fenilacetona
02205	p-hidroxi-norefedrina conjugada
02206	p-hidroxi-metanfetamina
02207	Nordietilpropion

02208	Dinordietilpropion
02209	Monoetil-norefedrina
02210	Dietil-norefedrina
02211	N-metil-aminopropifenazona
02212	Hidroxi-fenfluramina
02213	p-hidroxi-clobenzorex
02214	Norfenfluramina
02215	Ácido m-trifluorometilbenzoico-glicina conjugado
02216	3-oxofenmetracina
02217	p-hidroxi-fenmetracina
02218	N-hidroxi-fenmetracina
02219	fenmetracina-N-nitrona
02220	4-hidroxi--3-metoximetanfetamina
02221	4-hidroxi--3-metoxianfetamina
02231	Ácido Ritalínico

METABOLITOS DE LOS BARBITÚRICOS (03100)

03107	Pentobarbital Metabolito del Tiopental sódico
03108	Ácido 5-(3 carboxi-1-metilpropil) 5-etil-2 tiobarbitúrico Metabolito del Tiopental sódico

METABOLITOS DE OTROS HIPNÓTICOS NO BARBITÚRICOS NI BENZODIACEPINAS ESPECIFICADOS (03200)

03201	2'-hidroximetacualona Metabolito de la metacualona
03202	3'-hidroximetacualona Metabolito de la metacualona
03203	4'-hidroximetacualona Metabolito de la metacualona
03204	6-hidroximetacualona Metabolito de la metacualona
02241	Gamma-butirolactona

METABOLITOS DE LAS BENZODIACEPINAS (03300)

03301	Alfa-hidroxi-alprazolam
03302	3-hidroxi-bromazepam
03303	Alfa-hidroxi-brotizolam
03304	Norclobazam N-desmetil-clobazam
03305	4-hidroxi-norclobazam
03306	7-amino-clonazepam
03307	Norclotiazepam
03308	7-alquil-hidroxi-clotiazepam
03309	7-Amino-flunitrazepam
03310	Desalquil-flurazepam
03311	N-hidroxi-etil-flurazepam

03312	2-hidroxi-metil-flurazepam
03313	Loprazolam-piperazina-N-óxido
03314	alfa-hidroxi-metil-midazolam
03315	7-amino-nitrazepam
03316	3-hidroxi-tetrazepam
03317	3-hidroxi-triazolam
03318	Alfa-hidroxi-estazolam
03319	3-hidroxi-fludiazepam
03320	Normedazepam
03321	7-amino-nimetazepam

METABOLITOS DE LA CANNABIS (06000)

06001	11-Hidroxi-tetrahidrocannabinol
06002	11-nor-delta-9-tetrahidrocannabinol-9-carboxílico 9-carboxi-THC

METABOLITOS DEL ETANOL (07000)

07001	Acetaldehido
-------	--------------

METABOLITOS DE LA NICOTINA (2890)

2890 Cotinina

ANEXO III
CUESTIONARIO ANUAL SOBRE EL PROCESO DE
RECOGIDA Y TRANSMISIÓN DE DATOS DEL
INDICADOR MORTALIDAD EN CADA ÁREA
MONITORIZADA

CUESTIONARIO ANUAL SOBRE EL PROCESO DE RECOGIDA Y TRANSMISIÓN DE DATOS DEL INDICADOR MORTALIDAD EN CADA ÁREA GEOGRÁFICA MONITORIZADA

Se entiende por **ÁREA GEOGRÁFICA MONITORIZADA** un partido judicial o conjunto de partidos judiciales para los que pueden definirse fuentes primarias de información comunes.

Se incluirán todas las áreas que se hayan monitorizado durante el año de actualización de los datos y durante el año anterior. La información se refiere al período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año anterior, excepto para las áreas que han sido monitorizadas por primera vez el año de la actualización de los datos. Si en un área los datos en el año de la actualización han variado con respecto al año anterior, se señalarán los cambios en el apartado de observaciones.

1. COMUNIDAD AUTÓNOMA 99
2. FECHA DE ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS MES AÑO
99
3. NOMBRE DE TODOS LOS PARTIDOS JUDICIALES QUE COMPRENDE EL ÁREA MONITORIZADA
- I.....99999
- II.....99999
- III.....99999
- IV.....99999
- V.....99999
- (Codificar en CCAA)
4. NOMBRE DE TODAS LAS FUENTES PRIMARIAS EN QUE SE HA RECOGIDO INFORMACIÓN
- A.....99999
- B.....99999
- C.....99999
- D.....99999
- E.....99999
5. DIRECCIÓN ACTUALIZADA DE CADA FUENTE CITADA
- A. Dirección postal.....Teléfono.....Fax.....E
- Mail.....
- B. Dirección postal.....Teléfono.....Fax.....E
- Mail.....
- C. Dirección postal.....Teléfono.....Fax.....E
- Mail.....
- D. Dirección postal.....Teléfono.....Fax.....E
- Mail.....
- E. Dirección postal.....Teléfono.....Fax.....E
- Mail.....
6. EXISTENCIA DE UN ARCHIVO CENTRALIZADO DONDE SE REÚNE TODA LA DOCUMENTACIÓN EN PAPEL SOBRE LOS CASOS DE MUERTE EN QUE INTERVIENE ESA FUENTE (1. Sí, 2. No)

FUENTE	9
A	9
	9
FUENTE	9
B	9
	9
FUENTE	
C	
FUENTE	
D	
FUENTE	
E	

7. EXISTENCIA DE UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA DONDE SE RECOGE INFORMACIÓN SOBRE TODOS LOS CASOS DE MUERTE EN QUE INTERVIENE ESA FUENTE

FUENTE	EXISTE (1. Sí, 2. No)	(En caso positivo) VARIABLES O INFORMACIÓN QUE RECOGE
A	9	A.....
	9	.....
B	9	.....
	9	B.....
	9	.....
C	9	.....
		C.....
D		.....
	
E		D.....
	
	
		E.....
	
	

8. EXISTENCIA DE UN PROCESO DE SELECCIÓN PREVIO DE CASOS SIN ACUDIR A LOS EXPEDIENTES INDIVIDUALES DE LOS FALLECIDOS

FUENTE	(1. Sí, 2. No)	(En caso positivo) DESCRIPCIÓN SOMERA DEL PROCESO Y DOCUMENTOS UTILIZADOS
A	9	A.....
	9	.....
B	9	.....
	9	B.....
	9	.....
C	9	.....
		C.....
D		.....
	
E		D.....
	
	
		E.....
	
	

9. N1 Y TIPO DE PERSONAS QUE RECOGIERON INFORMACIÓN EN CADA UNA DE LAS FUENTES

FUENTE	N1 DE PERSONAS	TIPO DE PERSONAS (1. Responsable de la Unidad Autonómica del SEIT, 2. Otra persona de la plantilla de la Unidad Autonómica 3. Persona o empresa contratada por la Unidad Autonómica 4. Persona de la plantilla de la fuente primaria de información 5. Otra persona) (Señalar hasta 5 tipos de personas)
	9	9 9 9 9 9

A	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9
B	9	9	9	9	9	9
	9	9	9	9	9	9
C						
D						
E						

10. EXISTENCIA DE FUENTES PRIMARIAS **NO UTILIZADAS** QUE PROBABLEMENTE TIENEN DATOS SOBRE CASOS DE MUERTE RASUPSI ACAECIDOS EN EL ÁREA MONITORIZADA NO IDENTIFICADOS POR LAS FUENTES SELECCIONADAS

<p>EXISTENCIA DE ALGUNA FUENTE PRIMARIA NO UTILIZADA QUE PROBABLEMENTE TIENE DATOS SOBRE CASOS DE MUERTE RASUPSI ACAECIDOS EN EL ÁREA MONITORIZADA NO IDENTIFICADOS POR LAS FUENTES SELECCIONADAS (1. Sí, 2. No, 9. Desconocido)</p>	<p>NOMBRE DE LAS FUENTES NO UTILIZADAS A QUE SE REFIERE LA PREGUNTA ANTERIOR (<i>Utilizar una línea para cada fuente</i>)</p>
<p>9</p>	<p>..... </p>

11. OBSERVACIONES

INSTRUCCIONES GENERALES

Todas estas indicaciones son un resumen del *Protocolo del Indicador Mortalidad por Reacción Aguda tras el Consumo de Sustancias Psicoactiva*. Consultarlo ante cualquier duda.

*Escribir con letra mayúscula y clara.

*Las respuestas literales se situarán sobre las líneas de puntos y los códigos o los valores en los cuadros (|_|_|) que corresponda.

CRITERIOS OPERATIVOS PARA CUMPLIMENTAR ALGUNAS VARIABLES

2. **Fecha de actualización de los datos:** Anotar dos dígitos para el mes (01 a 12) y dos para el año (las dos últimas cifras del año). Identificar el año siempre. Si se desconoce el mes, poner 99.
3. **Nombre de los partidos judiciales que comprende el área monitorizada:** Se puede optar por anotar literalmente el nombre de todos los partidos judiciales del área monitorizada o anotar simplemente sus códigos. El nombre de un partido judicial es por ley el nombre del municipio que es capital de dicho partido y el código que se le asignará será el código INE correspondiente a ese municipio. Si son todos los partidos judiciales de una determinada provincia o comunidad autónoma no es necesario citarlos todos, basta con señalar este hecho.
4. **Nombre de todas las fuentes primarias en que se ha recogido información:** Se puede optar por anotar literalmente el nombre de todas las fuentes o su código. El código será de 5 dígitos y será asignado por la Unidad Autónoma de la siguiente forma:
 - . El 11 y el 21 dígito serán los de la provincia en que está situada la fuente.
 - . El 31 dígito es indicativo del tipo de institución de acuerdo con los siguientes códigos:
 0. Instituto Anatómico Forense
 1. Clínica Médico-Forense
 2. Cátedra de Medicina Legal
 3. Médico forense individual
 4. Departamento del Instituto Nacional de Toxicología
 5. Laboratorios Provinciales del Ministerio de Sanidad y Consumo
 6. Laboratorios de los Departamentos de Sanidad de las Comunidades Autónomas
 7. Otros laboratorios públicos o privados.
 8. Juzgado
 9. Otras personas o instituciones
 - . El 41 y el 51 dígito serían un número secuencial asignado por la Unidad Autónoma e indicarían la institución concreta. En el caso de los juzgados estos dos dígitos corresponderán al n1 del juzgado.

En el caso de que las fuentes primarias de información sean todos los *forenses individuales* de un área (provincia, Comunidad Autónoma, etc), no es necesario citar el nombre de todos ellos ni asignar un código a cada uno, basta con indicar cuántos son.

5. **Dirección actualizada de cada fuente citada en la variable 4:** Consignar la dirección más actualizada. No es necesario citarla en el caso de que se trate de *forenses individuales*.
6. **Existencia de un archivo centralizado donde se reúne toda la información sobre los casos de muerte en que ha intervenido esa fuente:** Se considera que existe un archivo centralizado cuando todas las muertes judiciales en que ha intervenido esa fuente están archivadas en un archivo único ordenado por fecha de la intervención o de cualquiera otra forma.
7. **Existencia de un proceso de selección previo de los casos sin acudir a los expedientes individuales de los fallecidos:** Recordar que esta información se refiere al período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año anterior al de actualización de los datos, excepto para las áreas que hayan sido monitorizadas por primera vez el año de la monitorización. No cumplimentar en caso de que se trate de *forenses individuales*.

Se considerará que en una fuente dada ha existido este proceso de selección previo cuando se ha utilizado algún libro de registro, relación o base de datos que ha permitido descartar algunos casos y por tanto se ha evitado la revisión de los expedientes individuales de dichos casos. Por ejemplo, podría utilizarse un libro de registro en que figura la fecha de fallecimiento, el n1 de autopsia y el diagnóstico de causa de muerte para descartar los accidentes o los homicidios o una base de datos en soporte magnético en la que figura el número de autopsia, la fecha de la muerte, el diagnóstico de causa de muerte y la edad para descartar, además de los casos señalados en el párrafo anterior, las muertes en menores de 15 años y en mayores de 49.

8. **Número y tipo de personas que recogieron información en cada una de las fuentes:** Para cada una de las fuentes utilizadas señalar el número de personas que recogieron directamente información y de qué tipo de personas se trató
9. **Existencia de fuentes primarias no utilizadas que probablemente tienen datos sobre casos de muerte RASUPSI acaecidos en el área monitorizada no identificados por las fuentes utilizadas:** Se anotará 1, si se sospecha que algunos casos de muerte RASUPSI de alguno de los partidos judiciales del área monitorizada podrían detectarse en fuentes que no están siendo utilizadas. En este caso se anotará el nombre de dichas fuentes.