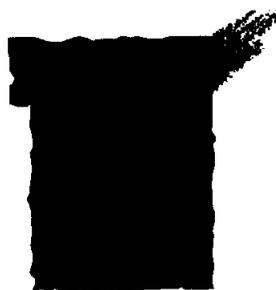


Actuar es posible

Actuaciones de los médicos forenses
y de los servicios sociosanitarios de los
juzgados ante el consumidor de drogas

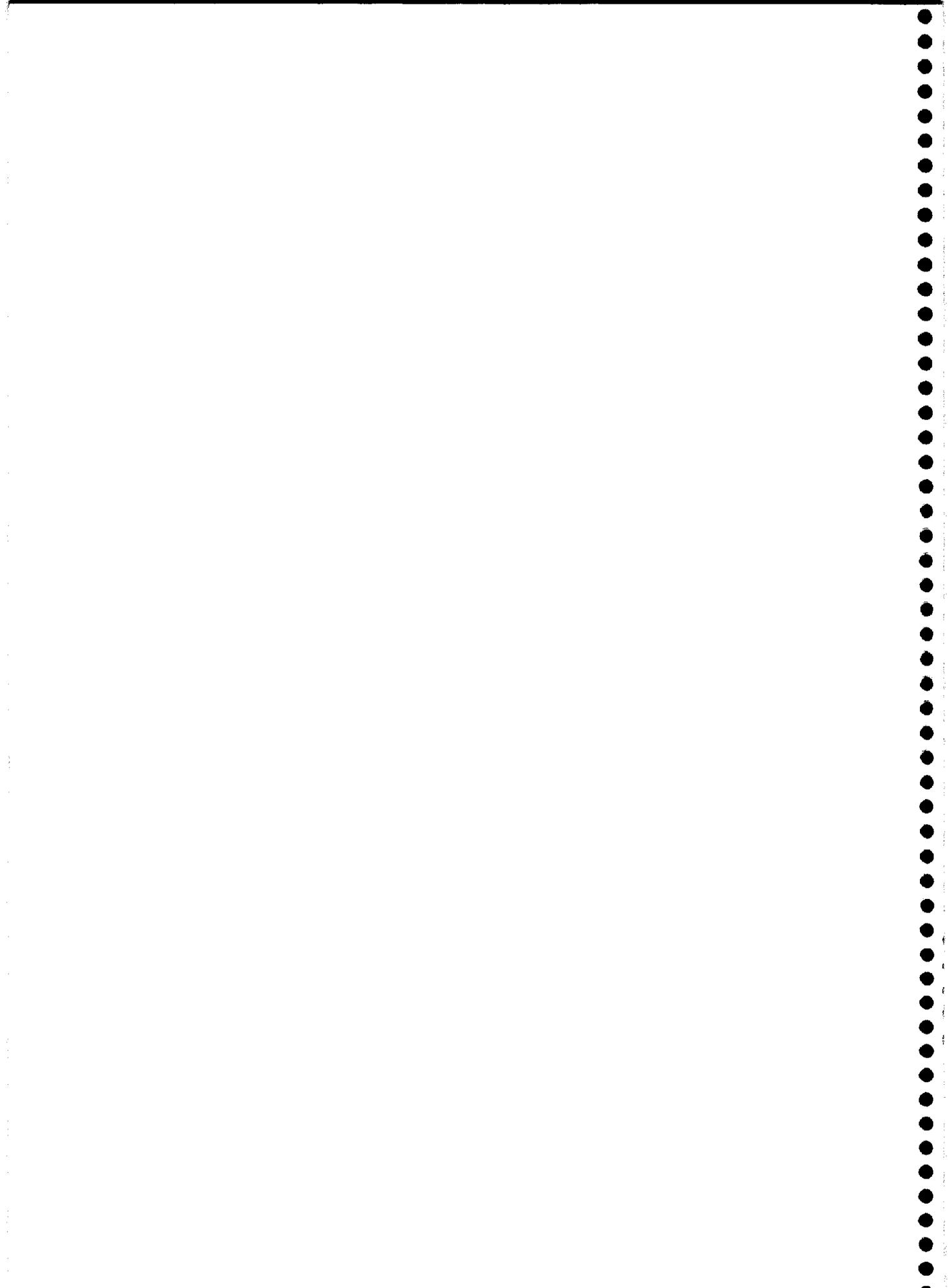


PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



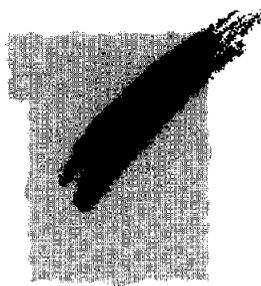
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas



Actuar es posible

Actuaciones de los médicos forenses
y de los servicios sociosanitarios de los
juzgados ante el consumidor de drogas



PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas

DIRECCIÓN TÉCNICA:

Susana Heras Dolader (1)
Gregorio Barrio Anta (1)
M^a José Bravo Portela (1)

GRUPO DE TRABAJO:

Andrés Bedate Gutiérrez (2)
Luis Caballero Martínez (3)
Juan José Carrasco Gómez (4)
Enrique Fernández Rodríguez (4)
Luis de la Fuente de Hoz (1)
Alicia Gafián Barroso (5)
Berta Gordón Nuevo (5)
Joaquina Mansilla Legorburu (6)
Roberto Muga Bustamante (7)
José Salvador Casanova (1)
Luis Segura Abad (4)
M^a Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre (1)

TRATAMIENTO DE TEXTOS:

M^a José Antúnez Heredero
Alfonso de Haro Villegas
Ana Pacios González
Concepción Vences Bouzas

AGRADECIMIENTOS:

Rafael Alcaraz Manzano (8)
Angela Bolea Laguarda (9)
Rafael de la Torre Fornells (10)
Mercedes Díez Ruiz-Navarra (9)
Joaquín Guallart de Viala (9)
Carmen Mariscal de Gane (11)
Eusebio Megías Valenzuela (1)
Ramona Muñoz Esparza (12)
César Pascual Fernández (13)
Matías Vicente Mendoza (14)

- (1) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- (2) Instituto Anatómico Forense de Madrid.
- (3) Servicio de Psiquiatría. Clínica Puerta de Hierro de Madrid.
- (4) Clínica Médico Forense de los Juzgados de Plaza de Castilla de Madrid.
- (5) Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información y Atención al Drogodependiente de los Juzgados de Plaza de Castilla de Madrid.
- (6) Clínica Médico Forense de los Juzgados I y IV de Hospitalet de Llobregat.
- (7) Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Toxicomanías del Hospital Germans Trías i Pujol de Badalona.
- (8) Instituto Anatómico Forense de Bilbao.
- (9) Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.
- (10) Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona.
- (11) Instituto Nacional de Toxicología de Madrid.
- (12) Servicio de Atención al Detenido de Murcia.
- (13) Plan Autonómico sobre Drogas de Cantabria.
- (14) Instituto Anatómico Forense de Valencia.



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Publicaciones, Documentación y Biblioteca

Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

ISBN: 84-7670-342-2

NIPO: 351-92-018-9

Depósito Legal: M-40700-1992

Imprime: MARÍN ÁLVAREZ HNOS.

Índice

	Pág.
I. Introducción	5
II. Objetivos	7
III. Papel del médico forense en la atención a los consumidores de drogas. Factores que limitan su actuación	9
IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas	11
1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN	11
2. RECONOCIMIENTO Y VALORACIÓN	12
• Entrevista personal	12
• Exploración	13
• Análisis de drogas en orina	13
• Información procedente de Centros de Tratamiento de Drogodependencias	15
3. PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE DISTINTAS SITUACIONES	16
• Normas generales y errores que no deben cometerse	16
• El síndrome de abstinencia, la intoxicación aguda y la anafilaxia por el uso de drogas:	17
– Opiáceos	17
– Inhalables	20
– Alucinógenos	20
– Anfetaminas	21
– Drogas de diseño	21
– Cocaína	22
– Alcohol	23
• La patología orgánica asociada al consumo de drogas	25
• El embarazo	27
• Las complicaciones psíquicas del consumidor de drogas	27
• El detenido que va a ser puesto en libertad	28
• El detenido que va a ser trasladado a un centro penitenciario	29
4. EL INFORME MÉDICO FORENSE SOBRE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS SOMETIDOS A PROCESO PENAL	30
V. Opciones terapéuticas para una persona dependiente de opiáceos	35
VI. Resumen	41
VII. Anexos	43
1. FORMULARIO PARA RECONOCER Y VALORAR EL ESTADO DEL CONSUMIDOR DE DROGAS DETENIDO	45
2. DIRECCIONES ÚTILES	53
3. HOJA INFORMATIVA SOBRE DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL	63

NOTAS IMPORTANTES

Este documento incluye material que puede ser utilizado en la práctica diaria:

- El formulario de reconocimiento y su correspondiente instructivo de cumplimiento incluidos en el anexo 1, son recortables, pudiéndose fotocopiar o incluso editar.
- La hoja informativa incluida en el anexo 3, es también recortable y se puede fotocopiar o editar.

I. Introducción

Los problemas relacionados con el consumo de drogas han experimentado en España un aumento importante durante la última década y, sin duda, uno de los factores que más ha contribuido a ello ha sido la extensión del virus del SIDA entre los Consumidores de Drogas por Vía Parenteral (CDVP). Las prácticas que han facilitado la difusión de este virus han sido principalmente el uso compartido de material de inyección y las actividades sexuales de riesgo.

A pesar de la extensión reciente del consumo de cocaína entre las drogas ilegales, los opiáceos, especialmente la heroína, siguen provocando la inmensa mayoría de los problemas más graves.

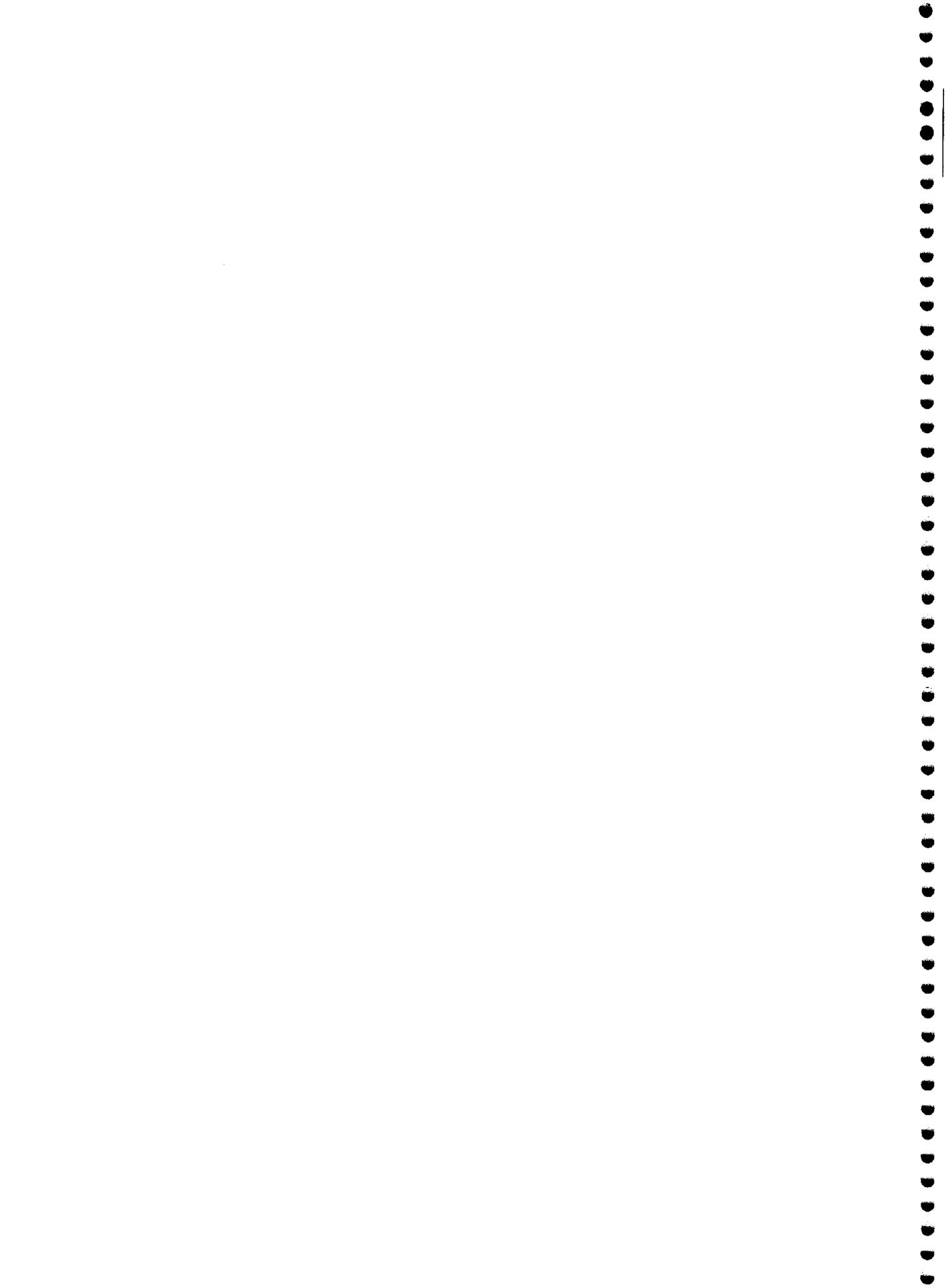
La atención de los problemas de salud de los consumidores de drogas ha representado una sobrecarga creciente de trabajo para muchos dispositivos asistenciales; esta sobrecarga ha sido sin duda también muy importante en el caso de los servicios sanitarios de las comisarías, juzgados y prisiones, por la frecuencia con que los consumidores de drogas tienen problemas legales.

Las dificultades para acceder a algunas "poblaciones ocultas" de consumidores de drogas que apenas acuden a los servicios generales de atención, han potenciado el papel de ciertos grupos profesionales, como los médicos forenses y los profesionales de los servicios sociosanitarios de las prisiones y las comisarías, que por su posición tienen más oportunidades de contactar e intervenir eficazmente en estas poblaciones.

Aunque el tratamiento integral de la drogodependencia es un proceso largo y complejo que a menudo exige la intervención de equipos especializados, las actividades que desarrollan habitualmente los profesionales sanitarios en los juzgados, comisarías y prisiones, tienen también una repercusión importante en la salud y calidad de vida de los consumidores de drogas. Además de realizar el tratamiento inmediato de algunos problemas agudos (síndrome de abstinencia, patología orgánica asociada, etc.), estos profesionales pueden aprovechar el contacto con el consumidor de drogas para proponerle que inicie el tratamiento de su dependencia, para informarle de los recursos terapéuticos y sociales existentes en su municipio y para recomendarle la adopción de conductas higiénicas que reduzcan o eviten el riesgo de adquisición o transmisión del SIDA u otras enfermedades infecciosas. En cualquier caso, es importante que el contacto del consumidor de drogas con estos servicios sea vivenciado como una experiencia positiva que pueda motivarle para iniciar posteriormente un proceso de tratamiento e incorporación social.

Con la edición de este manual se pretende ofrecer a los médicos forenses y a los servicios sociosanitarios un instrumento que les pueda ayudar a unificar los criterios diagnósticos y las pautas de actuación y derivación ante los consumidores de drogas detenidos, así como orientar la elaboración del informe médico-legal y el asesoramiento al juez.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas espera que sea una herramienta de trabajo útil para todos.



II. Objetivos

Con la elaboración de este documento y su distribución, se pretende:

- **Contribuir a que los médicos forenses tomen conciencia de su importante papel en la atención al consumidor de drogas detenido.**

Una adecuada actuación de estos profesionales puede favorecer además de mejorar sus niveles de salud, el que los consumidores de drogas detenidos inicien un tratamiento como alternativa al consumo.

- **Proponer un cuestionario sencillo y práctico para recoger los datos durante el reconocimiento del consumidor de drogas detenido.**

La recogida de datos mediante un cuestionario estándar podría permitir, además, homogeneizar el comportamiento de los médicos forenses en lo que se refiere a la valoración y atención de los detenidos, y a la emisión de informes médico-legales.

- **Proponer pautas de actuación ante las diferentes situaciones en que pueda encontrarse el médico forense en su práctica diaria, en relación con los consumidores de drogas detenidos.**

La existencia de protocolos y criterios homogéneos de actuación facilitará las tareas de los profesionales sociosanitarios de los juzgados.

- **Orientar la elaboración de informes médico-legales y el asesoramiento al juez.**

Este informe puede tener gran trascendencia en la futura incorporación social del consumidor de drogas. Además, puede suponer la posibilidad de un tratamiento como alternativa a la prisión.

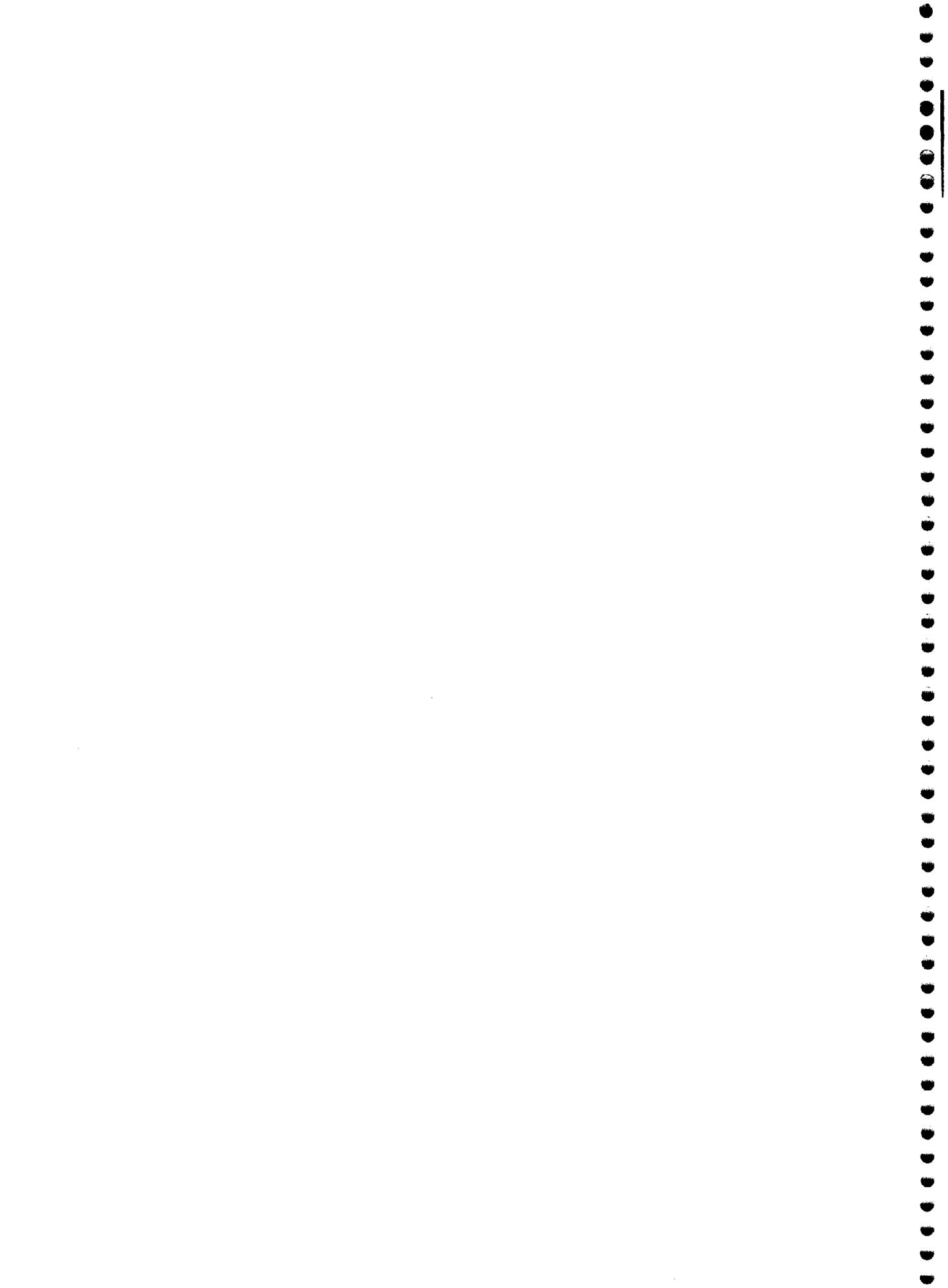
- **Contribuir a mejorar la coordinación de los servicios sociosanitarios de los juzgados con los servicios de:**

- los centros penitenciarios.
- las dependencias policiales.
- la comunidad, especialmente los centros específicos de atención a drogodependencias y la red de salud mental.

A menudo, la falta de coordinación entre servicios contribuye a disminuir la efectividad de las intervenciones.

- **Facilitar direcciones y teléfonos de las instituciones que, en cada Comunidad Autónoma, podrían asesorar a los servicios sociosanitarios de los juzgados en todo lo relacionado con las drogodependencias, e informarles de los centros asistenciales especializados a donde podrían dirigir a las personas con problemas de drogas.**

En ocasiones el escaso conocimiento de la oferta de servicios ha podido dificultar la adecuada derivación de los consumidores de drogas detenidos.



III. Papel del médico forense en la atención a los consumidores de drogas.

Factores que limitan su actuación

Debido a la frecuente asociación del consumo de drogas con delitos contra la propiedad, los médicos forenses deben atender con mucha frecuencia a usuarios de drogas. Su labor con estas personas en los Juzgados de Guardia consiste básicamente en:

• Prestar asistencia clínica

El consumidor de drogas detenido puede presentar:

- Síndrome de abstinencia.
- Intoxicación aguda y cuadros anafilácticos.
- Patología orgánica asociada al uso de drogas por vía parenteral o por otras vías.
- Complicaciones psicopatológicas.
- Otras patologías: enfermedades comunes, traumatismos por autolesiones, accidentes o agresiones, etc.

Es conveniente que el médico forense busque signos y síntomas objetivos para orientar el diagnóstico, ya que con frecuencia el consumidor de drogas puede utilizar la simulación para conseguir lo que se propone. Es importante, pues, saber manejar con seguridad a estas personas y no dejarse manipular.

• Preparar informes periciales médico-forenses

El médico forense frecuentemente tiene que asesorar a la autoridad judicial sobre la situación de algunos detenidos respecto al consumo y dependencia de drogas y, sobre todo, valorar si la imputabilidad puede haber resultado alterada como consecuencia de dicha situación. Para ello, es conveniente que el médico forense realice una profunda valoración de cada caso, de forma que pueda:

- Determinar si ha existido, o no, consumo de drogas y si se aprecia dependencia.
- Estimar el grado de dependencia.
- Evaluar la posible influencia del consumo de drogas de cara a la imputabilidad de una persona frente a un delito.
- Asesorar a la autoridad judicial sobre los posibles tratamientos alternativos al ingreso en prisión, en el supuesto de que pudieran aplicárseles al drogodependiente alguno de los beneficios previstos en el Código Penal. Igualmente, sobre su posible respuesta al tratamiento si el magistrado-juez hubiera optado por esta vía.

III. Papel del médico forense en la atención a los consumidores de drogas. Factores que limitan su actuación

Entre los factores que limitan la adecuada actuación de estos facultativos podrían enumerarse:

- Brevedad del contacto entre el médico forense y el consumidor de drogas, bien porque el detenido suele pasar poco tiempo en el juzgado de guardia, bien porque el médico forense suele estar sobrecargado de trabajo. Esto limita sobre todo la intervención asistencial.
- Falta de medios materiales y humanos en los Juzgados de Guardia para realizar los reconocimientos.
- Especiales características de la atención a estas personas. La forma con que a veces establecen sus demandas, eventualmente puede producir reacciones de rechazo entre los profesionales de la salud.
- Insuficiente formación en temas de atención a drogodependencias. Por tratarse de un problema con importante progresión en los últimos años, seguramente no se le ha dedicado toda la atención debida durante el período de formación universitaria. Existen ideas estereotipadas que deben combatirse con una mejor información. A veces se piensa en el síndrome de abstinencia de opiáceos como el único cuadro que puede llevar a un consumidor de drogas a delinquir; existen otras situaciones como la intoxicación aguda por estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc) que también pueden producir alteraciones de conducta.
- Escasa conciencia por parte de los médicos forenses del importante papel que pueden desarrollar en el proceso de atención a los consumidores de drogas. Con frecuencia se deja sentir la ausencia de coordinación entre los forenses y los centros asistenciales de drogodependencias o entre aquéllos y los servicios sanitarios de las comisarías de policía o de las instituciones penitenciarias.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

En este apartado se propone un conjunto de pautas para mejorar y facilitar la actuación de los médicos forenses cuando intervienen en situaciones en que los detenidos son posibles consumidores de sustancias psicoactivas.

Las razones que han aconsejado la elaboración de estas propuestas podrían resumirse en:

- La gran dificultad para valorar la veracidad de la información que proporcionan estas personas. Un protocolo homogéneo que identifique datos clínicos objetivos, permitiría evaluar la gravedad de la situación así como la necesidad de tratamiento.
- El informe médico forense podría abrir la posibilidad de que el detenido se beneficiase de atenuantes o eximentes y se le propusiesen alternativas de tratamiento que evitaran el ingreso en prisión, de acuerdo con los artículos 8.1, 9.1 y 93 bis del Código Penal. La protocolización posibilitaría actuaciones más homogéneas por parte de estos profesionales y facilitaría un tratamiento más adecuado de estos casos.

Por supuesto, las actividades de los médicos forenses variarán según las posibilidades de tiempo, medios materiales y espacio físico de que cada profesional disponga. Los protocolos diseñados contemplan unas actividades mínimas y otras adicionales para aquellos casos en los que se desee y pueda realizarse un análisis más profundo de la situación.

El protocolo incluye aspectos relacionados con el diagnóstico, las alternativas terapéuticas, los criterios de derivación, los aspectos legales con influencia en el tratamiento y rehabilitación del drogodependiente y un formulario de reconocimiento. Se desarrolla especialmente la forma de identificar y actuar frente al síndrome de abstinencia de opiáceos y a otras situaciones de urgencia médica física y psíquica (ver Anexo 1).

1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Es importante disponer de amplia información sobre el consumidor de drogas desde el momento mismo en que se produce su detención.

Se trata de:

- Recoger toda la información posible sobre el estado del toxicómano en el momento de su detención y durante su estancia en la comisaría de policía, antes de su traslado a las dependencias judiciales.
 - Conocer si ha recibido algún tipo de asistencia médica y si se le ha administrado algún fármaco.
 - Informarse de si se le ha hecho algún análisis para detectar drogas en orina y en qué momento.
-

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

2. RECONOCIMIENTO Y VALORACIÓN

Un reconocimiento correcto permite valorar rápidamente la situación física y psíquica del detenido. Es conveniente que este reconocimiento incluya:

- Entrevista personal.
- Exploración.
- Análisis para detectar drogas en la orina (cuando exista posibilidad de hacerlo).
- Información sobre posibles tratamientos previos y/o actuales del detenido en centros de tratamiento de drogodependencias.

ENTREVISTA PERSONAL

Es el principal instrumento para evaluar adecuadamente la situación. Otros medios, como la detección de drogas en líquidos orgánicos, son muy útiles, pero no pueden sustituir a la entrevista para orientar las decisiones.

Con frecuencia es difícil disponer de unas condiciones óptimas para entrevistarse con estos pacientes, pero a pesar de esta dificultad es recomendable:

- Escoger un ambiente aislado y tranquilo que facilite la confidencialidad de la entrevista.
 - Evitar prisas e interrupciones.
 - Mantener en todo momento una actitud neutra y receptiva frente al consumidor de drogas. Para controlar estos casos suele ser necesario combinar, con flexibilidad, la tolerancia y la firmeza.
 - Evitar opiniones y valoraciones morales sobre el modo de vida y comportamiento del consumidor de drogas detenido.
 - Evitar las actitudes pesimistas del tipo de “estos individuos son un desastre y no se puede hacer nada”. La dependencia de drogas es un proceso crónico, y las “recaídas” forman parte de la historia natural del mismo. La realidad muestra que se pueden producir cambios positivos importantes.
 - Entender que con frecuencia el drogodependiente puede estar angustiado, desmoralizado e inseguro, y que esto se traduce en expresiones defensivas o desafiantes.
 - Destacar ante este tipo de personas que se trata de “trabajar juntos” para encontrar posibles soluciones a su situación, que pudieran mejorar su estado de salud o impedir su ingreso en prisión.
-

Durante la entrevista es muy práctico utilizar un protocolo estándar para recoger información y valorar la intensidad del síndrome de abstinencia o de la intoxicación aguda (ver Anexo 1). Esto permitirá agilizar la recogida de datos y abreviar el tiempo de la consulta. Esto es muy importante, ya que en muchos Juzgados de Guardia el tiempo disponible para visitar a los detenidos suele ser muy breve.

EXPLORACIÓN

Es importante realizar una exploración rápida del estado físico y psíquico del detenido con el fin de obtener datos que ayuden a objetivar el diagnóstico, así como a identificar una indicación urgente de ingreso hospitalario. En la exploración psicopatológica conviene prestar especial atención a su actitud, contacto con la realidad, conciencia y orientación, así como a la motricidad, capacidad de juicio, eventuales conductas psicopáticas y control de impulsos.

Esta fase del reconocimiento tiene especial importancia porque, como ya se ha dicho, el médico forense con su informe tiene la posibilidad de proponer que al consumidor de drogas detenido se le ofrezcan alternativas de tratamiento que eviten su ingreso en prisión.

ANÁLISIS DE DROGAS EN LA ORINA

La determinación analítica de drogas en orina sólo permite estimar si la persona detenida ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva. Sin embargo, no permite establecer si la persona se encuentra bajo los efectos de las sustancias, ni de esta determinación pueden derivarse la(s) dosis ingerida(s) ni el tiempo transcurrido desde su administración. En cambio, la entrevista y el reconocimiento son realmente imprescindibles para hacer una correcta valoración de la situación actual del consumidor de drogas detenido.

La determinación analítica de drogas en orina, si bien es deseable, no resulta totalmente imprescindible, salvo en los casos en que no se presentan otros signos o síntomas de consumo. Por otro lado, el significado de un resultado analítico siempre depende del momento y forma en que se recoge la muestra, así como de la sensibilidad y especificidad de la técnica analítica utilizada. Lo más recomendable es recoger muestras de orina después del reconocimiento de todos los detenidos que voluntariamente se presten a ello.

Los resultados de estas pruebas son datos complementarios al informe emitido por el médico forense al magistrado-juez. Hoy en día existen técnicas analíticas que permiten conocer los resultados prácticamente en el momento en que se realizan, sin tener que recurrir obligatoriamente a instituciones sanitarias para ello. Sin embargo, para que estos resultados tengan una mayor fiabilidad han de ser confirmados en un laboratorio de referencia.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

Procedimiento:

- Utilizar siempre orina reciente. En caso contrario, refrigerarla (4°C), o mejor aún congelarla.
- Seguir las normas clínicas habituales para la recogida de la orina.
- Utilizar guantes de goma para manipular las orinas.
- Siempre que sea posible recoger una contramuestra debidamente precintada e identificada, por si fuera necesario practicar un contraanálisis.

Métodos:

Existen métodos presuntivos (tests inmunológicos) y métodos de confirmación (tests cromatográficos). Hacen falta los dos niveles de actuación, consecutivamente. Nunca se deben aceptar resultados positivos obtenidos con un test de tipo presuntivo. Todos los resultados positivos deben ser verificados con un método de confirmación.

Tiempo de detección de las drogas en la orina:

El tiempo de permanencia de una droga en orina es variable y depende del peso del individuo, de la cantidad de droga administrada, de la frecuencia de las dosis, del funcionamiento hepático y de la capacidad de absorción y eliminación de cada persona. En el cuadro adjunto se ofrecen los tiempos medios de detectabilidad de algunas drogas en la orina.

TIEMPO DE DETECCIÓN DE DIFERENTES DROGAS EN ORINA (*)

	Dosis y vías de administración	Tiempo de detección
ANFETAMINAS	30 mg VO 15 mg VO 5 mg VO	1-120 h 1-72 h 3,5-30 h
BARBITÚRICOS - Vida media corta - Fenobarbital	100 mg VO 400 mg VO	4,5 días 7 días
BENZODIAZEPINAS - Diazepam	25 mg VO 10 mg VO 10 mg 5 veces/día	48 h mínimo No se detecta 3-7 días
COCAÍNA	250 mg VO	8-48 h
OPIOIDES - Heroína - Petidina - Metadona - Morfina	10 mg IV 100 mg VO 38 mg VO 10 mg IV	1-4 días 4-24 h 7,5-56 h 84 h mínimo
METACUALONA	150 mg VO 250 mg VO 300 mg VO	Hasta 60 h Hasta 72 h Hasta 90 h
CANNABIS	1 por semana diaria	7-34 días 6-81 días

(*) Se refiere al tiempo aproximado contado a partir del momento de la administración, durante el cual son detectables en orina cada una de las drogas consideradas, para las vías de administración y dosis especificadas.

ABREVIATURAS: VO = vía oral; IV = intravenosa; h = horas; mg = miligramos

FUENTE: DECRESCE, R.P. et al. "Drug Testing in the workplace". Chicago: American Society of Clinical Pathologists, 1989.

INFORMACIÓN PROCEDENTE DE CENTROS DE TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS

Con el fin de obtener toda la información relevante sobre el detenido, a efectos de conocer si se encuentra, o se ha encontrado, en tratamiento de su dependencia, resulta altamente recomendable entrar en contacto con los Centros de Tratamiento de Drogodependencias donde el detenido declara haber recibido tratamiento. De esta forma se puede acceder a las características y resultados de los tratamientos a que puede haber estado sometido el consumidor de drogas detenido.

Para obtener las direcciones y teléfonos de los Centros de Tratamiento, es necesario ponerse en contacto con el/los Plan/es Autonómicos de Drogas (Anexo 2). También puede obtenerse información en un directorio que publica anualmente la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (*) que se ha distribuido a fiscales, jueces, y magistrados, y al Consejo General del Poder Judicial; además se encuentra disponible en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Esta información es muy valiosa para la elaboración del informe pericial. Además este contacto con el centro permitiría que los detenidos que se encuentren siguiendo algún tipo de tratamiento, ya sea por su dependencia (por ejemplo un programa de mantenimiento con metadona) o por patología orgánica (tuberculosis, SIDA, etc), continúen recibiendo su medicación habitual.

En juzgados como los de Madrid, Barcelona, Bilbao y Murcia, en los que existen equipos multidisciplinares de asesoramiento a jueces e información y atención a drogodependientes, se ofrecen excelentes posibilidades de colaboración para obtener una visión global de la situación. Es deseable que la coordinación entre estos servicios y los médicos forenses sea máxima con la finalidad de:

- evitar duplicidades en la recogida de datos
- tener la máxima información (social, familiar, antecedentes, tratamientos previos o actuales en centros específicos, cobertura sanitaria, etc)

(*) DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (DGPNSD). "Relación de centros y servicios que los órganos competentes de las Comunidades Autónomas recomiendan a efectos de atención a personas con drogodependencias". Madrid: DGPNSD, Junio 1991.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

3. PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE DISTINTAS SITUACIONES

Una vez realizado el reconocimiento y valoración del detenido, tal como se refleja en el epígrafe 2, el médico forense ya está en condiciones de iniciar la acción terapéutica.

Obviamente la respuesta variará según las diferentes situaciones que puedan presentarse. Las siguientes pautas pretenden reflejar las normas de conducta más recomendables para los médicos forenses, tanto en lo que se refiere a actitudes activas como pasivas.

NORMAS GENERALES Y ERRORES QUE NO DEBEN COMETERSE

- No es conveniente realizar apresuradamente diagnósticos de drogodependencia. Trate de confirmar este diagnóstico. Pregunte y haga un examen cuidadoso.
- No ceda automáticamente al chantaje del consumidor de drogas cuando le amenace con agredirse o con suicidarse, etc.
- No acepte sistemáticamente la demanda farmacológica del paciente. En la mayoría de las ocasiones se trata de peticiones pretexto.
- No actúe “por libre” con pautas y objetivos sustancialmente distintos del resto de los profesionales.
- Evite actitudes moralizantes, omnipotentes o ansiosas. La mejor forma de actuar es aquélla que está presidida por la claridad y la firmeza.
- Evite caer en el pesimismo y no piense que toda intervención con un drogodependiente es inútil porque “no hay nada que hacer”. Recuerde que la dependencia de drogas es un proceso recurrente. Como parte de la historia natural del mismo, el paciente pasa por distintos estadios evolutivos. Aunque el abandono del consumo es la mejor decisión, el paciente no siempre puede asumirla; hay otros objetivos intermedios que nunca deben despreciarse:
 - alcanzar períodos de abstinencia lo más prolongados posibles.
 - modificar las prácticas de riesgo asociadas al consumo.
 - conseguir el menor grado de deterioro somático.
 - lograr una vida social y laboral más integrada, etc.
- Preste especial atención a las personas que han sido detenidas por primera vez y no han recibido tratamientos previos. Es importante motivarles y orientarles para que inicien tratamiento.

Tenga en cuenta que, en general, acceder sin causa justificada a las exigencias del consumidor de drogas (especialmente las referidas a la medicación sustitutiva) descalifica como tal al terapeuta. Es preferible un trato cordial, manteniendo los roles, dando siempre las explicaciones precisas y demostrando en todo momento que “se sabe lo que se hace”.

EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA, LA INTOXICACIÓN AGUDA Y LA ANAFILAXIA POR EL USO DE DROGAS

En el manual se hace especial hincapié en los problemas derivados del consumo de opiáceos, por ser los que con mayor frecuencia se presentan en los juzgados de guardia.

La única urgencia sanitaria con peligro para la vida, en el caso de los opiáceos, es la sobredosis y la anafilaxia, y normalmente no son problemas que se den con frecuencia en los juzgados de guardia. Es más probable su aparición en los primeros momentos tras la detención, cuando el detenido aún se encuentra en la comisaría de policía.

Hay que tener en cuenta que algunas sobredosis que pudiesen aparecer durante la detención podrían estar causadas por drogas ilegales transportadas en recto, estómago, vagina, etc.

En cuanto al síndrome de abstinencia, se podría afirmar, como norma general, que:

- El síndrome de abstinencia de opiáceos muy raramente constituye una urgencia tal que necesite dispensación de sustitutivos.
- El riesgo de muerte por un síndrome de abstinencia de opiáceos es prácticamente inexistente.
- Un síndrome de abstinencia de barbitúricos, benzodiazepinas o alcohol es potencialmente más grave; puede ser incluso mortal.

Opiáceos

Síndrome de abstinencia

Se trata de un cuadro que puede presentar distintos síntomas y signos según la gravedad del mismo: ansiedad, midriasis, dolores musculares generalizados, sudoración, escalofríos, lagrimeo, rinorrea, anorexia con náuseas e insomnio persistente. En casos más graves pueden aparecer hipertermia, hipertensión, taquicardia y taquipnea, así como vómitos y diarrea (para identificarlo y valorar su intensidad utilizar el cuestionario e instructivo del Anexo 1).

Se presenta exclusivamente en personas que han desarrollado dependencia. Su intensidad y el carácter de los síntomas están en función de distintos factores, tanto de tipo objetivo (dosis, vía de administración, consumo o no de otras drogas, presencia o no de ciertas patologías orgánicas asociadas, etc), como subjetivo (expectativas de resolución del problema y características de personalidad del propio consumidor de drogas).

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

El síndrome de abstinencia de heroína comienza a aparecer a las 6-12 horas después de la última dosis, alcanzando un máximo a las 24-48 horas (justo cuando está en el juzgado de guardia), y decrece progresivamente hasta los 6-10 días.

El riesgo de muerte en un síndrome de abstinencia es prácticamente inexistente. De todas formas, debe vigilarse la posible aparición de deshidratación en casos extremos.

El síndrome de abstinencia en gestantes puede requerir la asistencia especializada hospitalaria para su valoración.

Para el tratamiento sintomático pueden seguirse las siguientes recomendaciones:

- Los fármacos más adecuados son las benzodiazepinas de acción prolongada (diazepam o clordiazepóxido), y los analgésicos más comunes en la práctica cotidiana (metamizol, ácido acetilsalicílico y paracetamol), a las dosis habituales.
- Siempre que sea posible debe administrarse el fármaco de manera que el paciente no pueda identificarlo.
- Utilizar la vía oral siempre que sea posible, evitando la vía parenteral.
- Es conveniente que la toma de la medicación se haga siempre en presencia del facultativo.
- En determinados casos, y siempre según criterio médico, se podría administrar algún fármaco agonista (dextropropoxifeno, metadona, buprenorfina, etc) por vía oral. En el supuesto de que así se hiciese, se recomienda no informar al paciente sobre la medicación que está recibiendo, ya que ello puede distorsionar la relación médico-paciente y ocasionar exigencias infundadas.

Recuerde que:

- **La dependencia de los opiáceos cursa como un proceso recurrente, por lo que pasará por momentos evolutivos distintos, alternando períodos de abstinencia y de consumo. Aquéllos son siempre un logro terapéutico y deben ser potenciados como pasos hacia una solución definitiva.**
 - **A pesar de que el drogodependiente no tenga intención de desintoxicarse, el contacto con el personal de salud, el tratamiento de la patología orgánica asociada y el alivio de los síntomas de la abstinencia, constituyen siempre una valiosa ayuda para él.**
 - **Conviene no olvidarse de informar y aconsejar sobre conductas que puedan reducir los riesgos asociados al consumo de drogas por vía parenteral (ver Anexo 3).**
-

Intoxicación aguda

Se presenta como un estado comatoso, con miosis puntiforme y depresión respiratoria, que generalmente va acompañado de bradicardia, cianosis, hipotensión e hipotermia (para identificarlo y valorar su intensidad utilizar el cuestionario e instructivo del Anexo 1). Si se observan además signos de venopunción, con mucha probabilidad se trata de una intoxicación aguda por opiáceos. La complicación más frecuente es el edema agudo de pulmón. Puede aparecer entre los 30 minutos y las 24 horas después de la administración.

Ante una situación de este tipo, hay que disponer el traslado urgente del paciente a un centro hospitalario. Mientras tanto:

- Mantener permeable la vía aérea.
- Utilizar los procedimientos habituales de reanimación de urgencia.
- Administrar de 0,4 a 0,8 mg de NALOXONA (antagonista opiáceo), por vía intravenosa lenta.
 - Si no se obtiene respuesta, hay que repetir la dosis a los 3-5 minutos. El uso de NALOXONA puede salvar la vida del sujeto. No dude, pues, en repetir las dosis.
 - Si tras administrar repetidamente NALOXONA, no mejora la función respiratoria y el nivel de conciencia, sospeche asociación con benzodiazepinas y administre 0,2 mg de FLUMAZENIL (antagonista benzodiazepínico), por vía intravenosa en 15 segundos. Si no se obtiene respuesta en un minuto, se pueden seguir dos pautas alternativas:
 - dar una segunda dosis de 0,1 mg de FLUMAZENIL, repitiendo si fuese necesario la misma dosis cada minuto, hasta un máximo de 1 mg.
 - mantener perfusión continua de 0,1 a 0,4 mg de FLUMAZENIL por hora.
 - Si obtiene respuesta inmediata, pero tras 1 ó 2 horas comprueba que reaparece el cuadro comatoso, repita la dosis de NALOXONA, pues el tiempo de acción de esta sustancia es de unas dos horas, mientras que el de la heroína es de 4 ó 5 horas.
- En cualquier caso, hay que tener presente que la naloxona no mejora ni evita el edema agudo de pulmón.

Anafilaxia por sustancias añadidas

La heroína se diluye con azúcares (glucosa, lactosa, sacarosa, etc) y se adultera con cafeína, procaína, fenobarbital, piracetam, etc. alguna de estas sustancias podría provocar reacciones anafilácticas.

En estos casos se aconseja actuar como en cualquier otra reacción de este tipo.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

Inhalables (*colas, pegamentos, gasolinas, etc*)

Intoxicación aguda

Es un cuadro muy poco frecuente, y cuando se produce, es en población muy joven.

Suele presentarse como un cuadro semejante al etilismo agudo acompañado de una fuerte halitosis y midriasis. Puede complicarse con alucinaciones, arritmias, edema agudo de pulmón, depresión medular e insuficiencia hepática.

Algunos datos epidemiológicos como la escasa edad, los escasos recursos económicos y la presencia de restos de cola o barnices en la ropa, pueden ayudar en el diagnóstico.

En estos casos, es aconsejable el traslado a un centro hospitalario. Mientras tanto podría ser necesario administrar oxigenoterapia y realizar reanimación cardiorespiratoria.

Alucinógenos

El consumo de estas sustancias es minoritario en la actualidad.

La toma de alucinógenos (LSD, mescalina), origina episodios alucinatorios delirantes, con predominio de alucinaciones visuales (habitualmente referidas como de una gran coloración), desorientación temporoespacial y gran afectación psicomotriz. Suele ceder espontáneamente en 10-12 horas.

Cuando se presente esta situación:

- Debe disponerse de un ambiente relajado, evitando los estímulos y tranquilizando al paciente. No se recomienda la administración de neurolépticos; si es preciso puede administrarse alguna benzodiazepina.
- Debe evitarse, en la medida de lo posible, la hospitalización y que permanezca el paciente solo durante las últimas horas de la evolución. Es conveniente que se encuentre con alguien que facilite su toma de contacto con la realidad.

Anfetaminas

Intoxicación aguda y sobredosis

Se presenta como un típico cuadro de hiperestimulación simpática central y periférica (hiperactividad, hipertermia, sudoración, taquicardia, hipertensión, midriasis, palpitaciones, nerviosismo, ansiedad e insomnio). Pueden también presentarse hipertonidad y alucinaciones, así como respuestas disfóricas (ataques de pánico, episodios paranoicos, etc).

Las personas que presenten este cuadro deben ser remitidas al hospital. Mientras tanto:

- Si el paciente está consciente y han transcurrido menos de dos horas desde el consumo, es aconsejable un lavado gástrico o la provocación del vómito.
- En caso de que exista gran agitación debe administrarse una benzodiazepina o un neuroléptico.

Trastorno delirante

Este cuadro está dominado por un sentimiento delirante de persecución, presencia de alucinaciones visuales, gran excitación psicomotriz e importante componente de angustia.

No se ha comprobado su relación clara con la dosis, el tiempo de administración o la personalidad del paciente.

En situaciones de este tipo:

- Debe procurarse un ambiente tranquilo, sin estímulos sensoriales.
- Se aconseja la administración de neurolépticos (haloperidol, 2 mg por vía oral) y una posterior valoración psiquiátrica.
- Si el cuadro persiste, el paciente debería ser enviado al hospital.

Drogas de diseño

Se trata de un grupo de drogas de síntesis química clandestina o "drogas de diseño" que se obtienen por modificaciones químicas de las anfetaminas.

Se consumen por vía oral, en ambientes recreativos en los que también se consumen cocaína y bebidas alcohólicas. En España aún no están muy extendidas, pero el número de consumidores podría estar aumentando.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

Entre ellas destacan las metilendioxianfetaminas como:

- MDA o "píldora del amor"
- MDMA o "éxtasis"
- MDEA o "eva"

También conviene mencionar la formulación fumable de la metanfetamina, también llamada "ice" o "cristal".

Todos estos derivados son similares entre sí, con efectos fundamentalmente psicoestimulantes y simpaticomiméticos. Presentan también efectos análogos al LSD, sin alcanzar las típicas alteraciones de la percepción de esta sustancia.

Las manifestaciones de la intoxicación aguda y los trastornos delirantes, así como el tratamiento de estos procesos, es muy similar al referido para las anfetaminas.

Cocaína

Intoxicación aguda

Se presenta de forma similar a la intoxicación por anfetaminas. Puede presentar manifestaciones cardiopulmonares (dolor torácico, palpitaciones, respiración entrecortada, etc), manifestaciones psiquiátricas (ansiedad, cuadros psicóticos, etc) y manifestaciones neurológicas (vértigos, cefaleas, convulsiones etc). Puede llegar a producir cuadros mortales. Su gravedad está condicionada por:

- La vía de consumo. Existe mayor peligro en la vía intravenosa y en la pulmonar (fumadores de crack).
- La presencia de algunas patologías como insuficiencia coronaria o hipertensión.
- La toma conjunta de fármacos simpaticomiméticos o de otras sustancias como la heroína.

Cuando se presentan situaciones como estas conviene recordar que:

- No se dispone de antagonistas específicos.
 - Se puede administrar, aunque excepcionalmente, 10 mg de diazepam por vía intravenosa, para controlar las convulsiones.
 - Debe evitarse el uso de haloperidol.
 - Se aconseja tratar el resto de las complicaciones según las pautas habituales.
-

Trastorno delirante

El cuadro es similar al trastorno delirante producido por las anfetaminas.

Debe tratarse de igual forma que el trastorno delirante producido por las anfetaminas, administrando si es necesario haloperidol.

Alcohol

Síndrome de abstinencia

Se presenta con ansiedad, sudoración, temblor, disminución del nivel de conciencia, desorientación, trastornos de percepción, trastornos de memoria, insomnio, fiebre, alteraciones de la psicomotricidad y delirio ocupacional.

Este cuadro puede ir desde situaciones leves o moderadas a cuadros graves como el delirium tremens. El cuadro es potencialmente muy grave, incluso mortal.

Requiere el traslado del paciente a un centro hospitalario.

El tratamiento que se recomienda consiste básicamente en:

- Mantener vigilado y controlado al paciente.
- Mantener el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base.
- Reposición de vitaminas e iones.
- Administración de sedantes: existen distintas pautas según la intensidad del síndrome de abstinencia alcohólico. En caso de que sea necesario, se podría utilizar una de las siguientes sustancias:
 - DIAZEPAM: Entre 5-40 mg/6 horas (según la intensidad del cuadro).
 - CLONAZEPAM (Distraneurme, cápsulas de 192 mg), elegir una de las siguientes pautas (1,2,6-3), según la intensidad del cuadro.
 - TETRABAMATO (Sevirium, comprimidos de 300 mg), elegir una de las siguientes pautas según la intensidad del cuadro.
 - OTROS (Tiapride, etc).

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

PAUTAS ORIENTATIVAS DE DESINTOXICACIÓN CON CLOMETIAZOL

CLOMETIAZOL	PAUTA 1 (nº de cápsulas)	PAUTA 2 (nº de cápsulas)	PAUTA 3 (nº de cápsulas)
DIA 1	2 - 2 - 3	3 - 3 - 4	4 - 4 - 4 - 4
DIA 2	2 - 2 - 2	3 - 3 - 3	3 - 4 - 3 - 4
DIA 3	1 - 2 - 2	3 - 2 - 3	3 - 3 - 4
DIA 4	1 - 1 - 2	2 - 2 - 3	3 - 3 - 3
DIA 5	1 - 1 - 1	1 - 1 - 3	3 - 2 - 3
DIA 6	1 - 0 - 1	1 - 1 - 2	2 - 2 - 3
DIA 7	0 - 0 - 1	0 - 1 - 1	2 - 1 - 3
DIA 8	—	0 - 0 - 1	1 - 1 - 3
DIA 9	—	0 - 0 - 1	1 - 0 - 2
DIA 10	—	—	0 - 0 - 2
DIA 11	—	—	0 - 0 - 1

PAUTAS ORIENTATIVAS DE DESINTOXICACIÓN CON TETRABAMATO

TETRABAMATO	PAUTA 1 (nº de cápsulas)	PAUTA 2 (nº de cápsulas)	PAUTA 3 (nº de cápsulas)
DIA 1	2 - 2 - 2	2 - 2 - 3	3 - 3 - 4
DIA 2	2 - 1 - 2	2 - 2 - 2	3 - 3 - 3
DIA 3	1 - 1 - 2	2 - 1 - 2	3 - 3 - 3
DIA 4	1 - 1 - 1	2 - 1 - 2	3 - 2 - 3
DIA 5	1 - 0 - 1	1 - 1 - 2	2 - 2 - 3
DIA 6	1 - 0 - 1	1 - 1 - 2	2 - 2 - 2
DIA 7	1 - 0 - 1	1 - 1 - 1	2 - 1 - 2
DIA 8	0 - 0 - 1	1 - 1 - 1	1 - 1 - 2
DIA 9	0 - 0 - 1	1 - 0 - 1	1 - 1 - 1
DIA 10	—	0 - 0 - 1	1 - 0 - 1
DIA 11	—	—	0 - 0 - 1

NOTA: Contraindicaciones:

- Clometiazol: hipotensión, estados depresivos.
- Tetrabamato: insuficiencias hepáticas o renales graves.

Efectos secundarios:

- Clometiazol: rinorrea, estornudos, cefalea frontal, náuseas, vómitos, cuadros dispépticos.
- Tetrabamato: somnolencia, euforia, trastornos dispépticos.

Interacciones: Todos los fármacos anteriores potencian sus efectos entre sí.

FUENTE: SOLER INSA, P. A.; FREIXA, F.; REINA GALÁN, F. y cols. "Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales". pp: 250-251. Barcelona: Deagrupe, 1988.

Estas pautas con distintos sedantes se dan a título orientativo. Si un facultativo inicia un tratamiento y el paciente pasa a depender de otro servicio sanitario, es aconsejable informar de la pauta que se ha iniciado para que pueda continuarse hasta el final.

Intoxicación aguda

Inicialmente se presenta agitación, trastornos del equilibrio, diplopía, etc. Posteriormente, confusión, estupor con tendencia al coma y parálisis respiratoria.

Debe disponerse al traslado del paciente a un hospital. Mientras tanto se debe proceder a:

- Exploración completa para evitar que pasen desapercibidas patologías asociadas (infecciones, traumatismos, etc).
- Administrar glucosa para evitar la hipoglucemia.
- Mantener al paciente vigilado y aislado.
- No administrar sedantes para evitar el peligro de parada respiratoria.

LA PATOLOGÍA ORGÁNICA ASOCIADA AL CONSUMO DE DROGAS

En un consumidor de drogas, además del síndrome de abstinencia, intoxicación aguda y enfermedades comunes, podrían encontrarse otras complicaciones médicas entre las que destacan:

Complicaciones orgánicas infecciosas

Se asocian generalmente a la práctica de compartir agujas y jeringuillas, a la utilización de un equipo de inyección (algodones, filtros, etc) no estéril y al uso de agua contaminada.

Las más conocidas por su gravedad y frecuencia son: SIDA, hepatitis, endocarditis, tuberculosis, infecciones en partes blandas y osteoartritis.

Algunas infecciones pueden manifestarse por un síndrome febril, sin otros signos aparentes, que con frecuencia genera demandas urgentes de asistencia.

Por ello conviene:

- Estar especialmente atentos para detectar signos y síntomas que puedan indicar su presencia, como por ejemplo:
 - La pérdida de agudeza visual y/o escotomas, cuya aparición obliga a descartar con urgencia la existencia de endoftalmitis por cándidas.
 - La afectación del estado general con presencia de signos y síntomas de insuficiencia hepática (edemas, ascitis...), que obliga a descartar una hepatitis infecciosa o tóxica.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

- Un cuadro febril de origen desconocido de más de 24 horas de evolución, que obliga a descartar la presencia de:
 - endocarditis infecciosa
 - osteomielitis o artritis séptica
 - neumonía
 - infecciones de partes blandas y/o tromboflebitis séptica
- Las manifestaciones de un abdomen agudo, ante las que conviene descartar que no se trata de síndrome de abstinencia de opiáceos.
- Un cuadro de fiebre, adelgazamiento rápido y diarrea persistente, que hara pensar en un SIDA.
- Derivar para ingreso o valoración hospitalaria a los consumidores de drogas que presenten:
 - Síndrome febril de origen desconocido de más de 24 horas de evolución.
 - Hepatitis vírica complicada (edema, encefalopatía, ascitis, insuficiencia renal, disminución del tiempo de protrombina, etc).
 - Alteraciones de tipo neurológico (disminución de conciencia, déficit sensorial o motor, convulsiones o meningismo).
 - Pérdida brusca de agudeza visual y/o escotomas.
 - Abdomen agudo, después de descartar el síndrome de abstinencia (peritonitis, apendicitis aguda, etc).
 - Síndrome de abstinencia de opiáceos en el embarazo.

Complicaciones orgánicas no infecciosas

Entre las más frecuentes habría que destacar:

- Gastritis, cirrosis y distintos problemas neurológicos, por consumo de bebidas alcohólicas.
 - Varios tipos de cáncer, así como problemas respiratorios y cardiovasculares, por consumo de tabaco.
 - Problemas neurológicos y psiquiátricos, arritmias cardíacas y otros problemas cardiovasculares, por consumo de cocaína.
 - Reacciones indeseables por mecanismos inmunológicos o tóxicos, producidos por los adulterantes presentes en las drogas.
 - Traumatismos y heridas relacionados con el tráfico de drogas y con su consumo.
-

EL EMBARAZO

Suele ser un momento en que la mujer está más motivada para iniciar el tratamiento de su dependencia. Generalmente en estas situaciones el tratamiento de elección es el mantenimiento con sustitutivos opiáceos (metadona, etc), que asegura el contacto de la gestante con los servicios sanitarios, disminuye el sufrimiento fetal, garantiza una mejor nutrición, menores riesgos infecciosos por autoadministración y una mejor preparación para el parto.

Recuerde que:

A toda mujer embarazada consumidora de opiáceos, es aconsejable derivarla a un centro hospitalario o a otro servicio sanitario, para la adecuada valoración del caso.

LAS COMPLICACIONES PSÍQUICAS DEL CONSUMIDOR DE DROGAS

Es frecuente que personas que previamente han tenido algún tipo de patología psiquiátrica (trastornos de la personalidad, de la afectividad, déficit de atención, etc) desarrollen, tras el uso crónico de sustancias psicotrópicas, algún tipo de síndrome psiquiátrico: ansiedad, depresión, agitación, confusión, delirio, alucinaciones, etc.

Se han descrito tras el consumo crónico de estimulantes del SNC, como la cocaína y las anfetaminas (especialmente con la cocaína), cuadros de angustia y ansiedad, cuadros alucinatorios delirantes, y depresiones reactivas. Están descritas la psicosis cocaínica y anfetamínica.

Posteriormente al consumo crónico de sustancias depresoras del SNC (heroína, alcohol, benzodiazepinas y barbitúricos), son frecuentes los cuadros depresivos y las ideas suicidas, los trastornos del control de impulsos, etc.

Tras el abuso crónico de derivados de la cannabis, se ha descrito un "cuadro amotivacional", y tras el consumo de sustancias alucinógenas (LSD, mescalina), cuadros alucinatorio-delirantes.

Aunque es posible encontrar algún caso de drogodependencia clásica "pura", actualmente lo más frecuente es encontrar un patrón de uso asociado de múltiples drogas, con superposición de efectos y la consiguiente dificultad para atribuir individualmente los efectos adversos a las distintas sustancias consumidas.

Hay que tener en cuenta también que las formas de presentación de la patología psiquiátrica son muy variables en los pacientes drogodependientes.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

En todo caso, es conveniente como norma general, tomar en serio todo intento de suicidio o acto presuicida. Aunque puede tratarse de un intento manipulador, hay que valorar cada caso cuidadosamente.

Dado que la función del médico forense es en gran parte pericial, es muy importante determinar si la dependencia a drogas es el único rasgo patológico de la persona detenida, o si es un aspecto más de otro tipo de alteraciones psicopatológicas (trastornos de la personalidad, etc). Estas cuestiones son especialmente relevantes para la determinación de la imputabilidad (elemento esencial de la pericia en el campo legal).

EL DETENIDO QUE VA A SER PUESTO EN LIBERTAD

- Si tras el reconocimiento se encuentra indicado, se le prescribirá tratamiento sintomático durante su estancia en el juzgado de guardia. Asimismo, si existe alguna causa que lo justifique, se remitirá al detenido a su médico de atención primaria o a un hospital.
- Es importante aprovechar este contacto del drogodependiente con un servicio sanitario para explicarle la importancia de que comience un tratamiento integral de su dependencia, e intentar motivarlo para que acuda a alguno de los recursos especializados existentes (ver Anexo 2).

- **Se procurará siempre informarle y aconsejarle sobre prácticas higiénicas adecuadas que le eviten riesgos importantes para su salud:**
 - **Uso exclusivo de material de inyección estéril.**
 - **Uso no compartido de aguja y jeringuillas.**
 - **Desinfección de la piel antes de inyectarse.**
 - **Desinfección del material de inyección con lejía, cuando no se disponga de material estéril.**
 - **Uso de preservativos, etc.**

La práctica demuestra que los consumidores de drogas que no pueden o no quieren todavía abandonar el consumo sí pueden cambiar sus pautas de conducta de tal forma que mejore su calidad de vida.

- Sería aconsejable entregar al consumidor de drogas detenido una hoja con consejos y recomendaciones sobre la conveniencia de iniciar un tratamiento y de reducir o abandonar las conductas de riesgo (ver Anexo 3).

EL DETENIDO QUE VA A SER TRASLADADO A UN CENTRO PENITENCIARIO

- Se le administrará tratamiento sintomático, si tras el reconocimiento existe tal indicación. Asimismo, si hay una causa que lo indique, se trasladará al detenido a un hospital.
- Es muy importante ponerse en contacto con los servicios sanitarios penitenciarios, por teléfono o a través de un informe, comunicando el resultado del reconocimiento realizado y si se ha administrado algún tipo de tratamiento, con la finalidad de que se realice un posterior seguimiento del caso.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

4. EL INFORME DEL MÉDICO FORENSE SOBRE CONSUMIDORES DE DROGAS SOMETIDOS A PROCESO PENAL

Muchas veces, el consumidor de drogas detenido, se ve sometido por diversos motivos a un proceso penal. En el curso del mismo el informe del médico forense puede tener especial relevancia tanto en la fase de la detención, como en la fase de instrucción para el juicio oral, como en el cumplimiento de una eventual condena a pena privativa de libertad.

En relación con la actuación del médico forense en la **FASE DE LA DETENCIÓN**, ya se han descrito exhaustivamente las pautas de comportamiento más recomendables en su actividad profesional. Hay que insistir nuevamente en la importancia que tiene la valoración implícita que hace el médico forense sobre el detenido en el informe que emite al juez, porque en última instancia, sirve para basar la decisión de puesta en libertad, de ingreso en prisión o, incluso, de traslado a un centro sanitario.

Si los datos de este informe son exhaustivos o amplios, puede ser el único documento que se precise de cara a la instrucción o al juicio oral. Y siempre, aunque sea incompleto, será un documento de gran valor como referencia cercana al momento de ocurrir los hechos.

En todo caso, el informe del médico forense deberá especificar:

- La situación del consumidor de drogas detenido en el momento de ser puesto a disposición judicial. A ser posible, se especificará si se encontraba con síndrome de abstinencia, intoxicación, complicación psíquica o física, etc.
 - El resultado del reconocimiento y valoración psicofísica realizados por el médico forense.
 - Si ha sido necesaria la aplicación de algún tratamiento, precisando el tipo de actuación médica, los fármacos administrados y, en este último caso, por qué fue necesario hacerlo.
 - Si fue necesario el traslado del detenido a algún centro sanitario y la razón de dicho traslado.
 - La existencia, o no, de historia clínica de esa persona en los centros de tratamiento de drogodependencias, indicando si el paciente se encuentra en tratamiento actualmente, si inició un tratamiento que posteriormente abandonó, o bien si realizó un tratamiento pero luego recayó tras el alta.
 - Si es posible, algún dato relevante sobre la situación familiar y social del detenido. Por ejemplo:
-

- personas con las que convive
- descendencia
- relaciones con su pareja y su familia
- nivel socioeconómico
- condiciones sociolaborales
- antecedentes psicopatológicos y toxicológicos familiares
- cobertura sanitaria
- relación con otras instituciones (centros de tratamiento, instituciones de tutela, etc).

Estos últimos datos puede obtenerlos el médico forense a través de los servicios sociales del juzgado o de los servicios específicos de atención al drogodependiente detenido. Si el juzgado no dispone de estos servicios tendrá que obtenerlos de la red general de servicios de atención al drogodependiente.

Durante la **FASE DE INSTRUCCIÓN**, como preparación de la causa para el juicio oral, es también frecuente que le sean solicitados al médico forense informes sobre el consumidor de drogas sometido a proceso. Esta petición se fundamenta en la falta o escasez de datos sobre consumo de drogas en el momento de la detención. En ocasiones se pide que este informe sea realizado por especialistas en psiquiatría, para evaluar más detalladamente un posible trastorno psíquico básico.

El objetivo de este informe complementario es doble:

- Estudio y valoración de la situación del drogodependiente en el momento en que este nuevo informe se solicita. El contenido del mismo puede ajustarse al esquema descrito en este manual: entrevista personal, exploración e informaciones complementarias.
- Variación de la situación del detenido respecto al momento de la detención. Por lo general estos informes se suelen solicitar meses después de la detención, lo que supone estudiar y valorar una situación clínica diferente de la que posiblemente tenía la persona en el momento de ocurrir los hechos. A menudo, tras su estancia en prisión, y a pesar de que pueda haber existido cierto consumo esporádico dentro de la misma, la evolución de la salud suele ser buena y es frecuente que se haya normalizado. Si el drogodependiente ha estado en libertad, la situación también puede haber cambiado respecto del momento de los hechos.

En cualquier caso, suele ser un buen momento para hacer un pronóstico y valorar las actitudes globales frente al consumo y conocer mejor el resto de las circunstancias que pudieron concurrir en el momento de los hechos, incluso las de índole social, que sin duda alguna influirán en la evolución futura de su drogodependencia.

También hay que tener en cuenta que puede haber realizado o estar realizando tratamientos específicos en el momento en que se solicita el informe. Resulta especialmente importante valorar y proponer posibles medidas terapéuticas, siempre que jurídicamente resulten posibles, para el caso en que tras el juicio oral le correspondan penas privativas de libertad.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

Si se trata de una persona que, tras la comisión del delito, ha abandonado el consumo de sustancias psicoactivas y hay evidencias de su incorporación social, el informe puede sugerir, si resulta jurídicamente posible, la conveniencia de continuar con tratamiento ambulatorio como alternativa al ingreso en prisión. No hay que olvidar que este ingreso puede suponer la ruptura del proceso terapéutico ya en marcha, especialmente en aquellos casos en los que la actuación judicial ha sufrido retrasos.

Finalmente, no hay que descartar que en determinados casos haya que realizar una valoración de la relación de causalidad entre el consumo de drogas y la responsabilidad criminal en una acción delictiva determinada. Ello exige un juicio diagnóstico "a posteriori" que puede resultar difícil si se quiere hacer de forma objetiva y con argumentos médicos que luego puedan ser defendidos en el juicio oral.

Durante la **FASE DE CUMPLIMIENTO DE LA CONDENA**, también es frecuente, que se soliciten informes médicos que contengan una valoración del estado del drogodependiente, de su pronóstico y de las posibilidades terapéuticas, así como información sobre posibles centros de tratamiento. Estos informes están indicados en aquellos casos en los que se ha aplicado algún atenuante o eximente de responsabilidad, conforme a los artículos 8.1 y 9.1 del Código Penal, o cuando se pretenda aplicarles el artículo 93 bis del citado Código sobre remisión condicional de las penas o, incluso, se pretenda sustituir el cumplimiento de la pena privativa de libertad por la asistencia en instituciones extrapenitenciarias, conforme a lo estipulado en el artículo 57 del Reglamento Penitenciario.

En estos casos, el centro o servicio propuesto como alternativa deberá ofrecer un tratamiento serio y con garantías de que no sirve como pretexto o fórmula jurídica para eludir la prisión.

Deberán ser centros o servicios debidamente acreditados u homologados y a cargo de personas o equipos profesionales responsables y capacitados para ello.

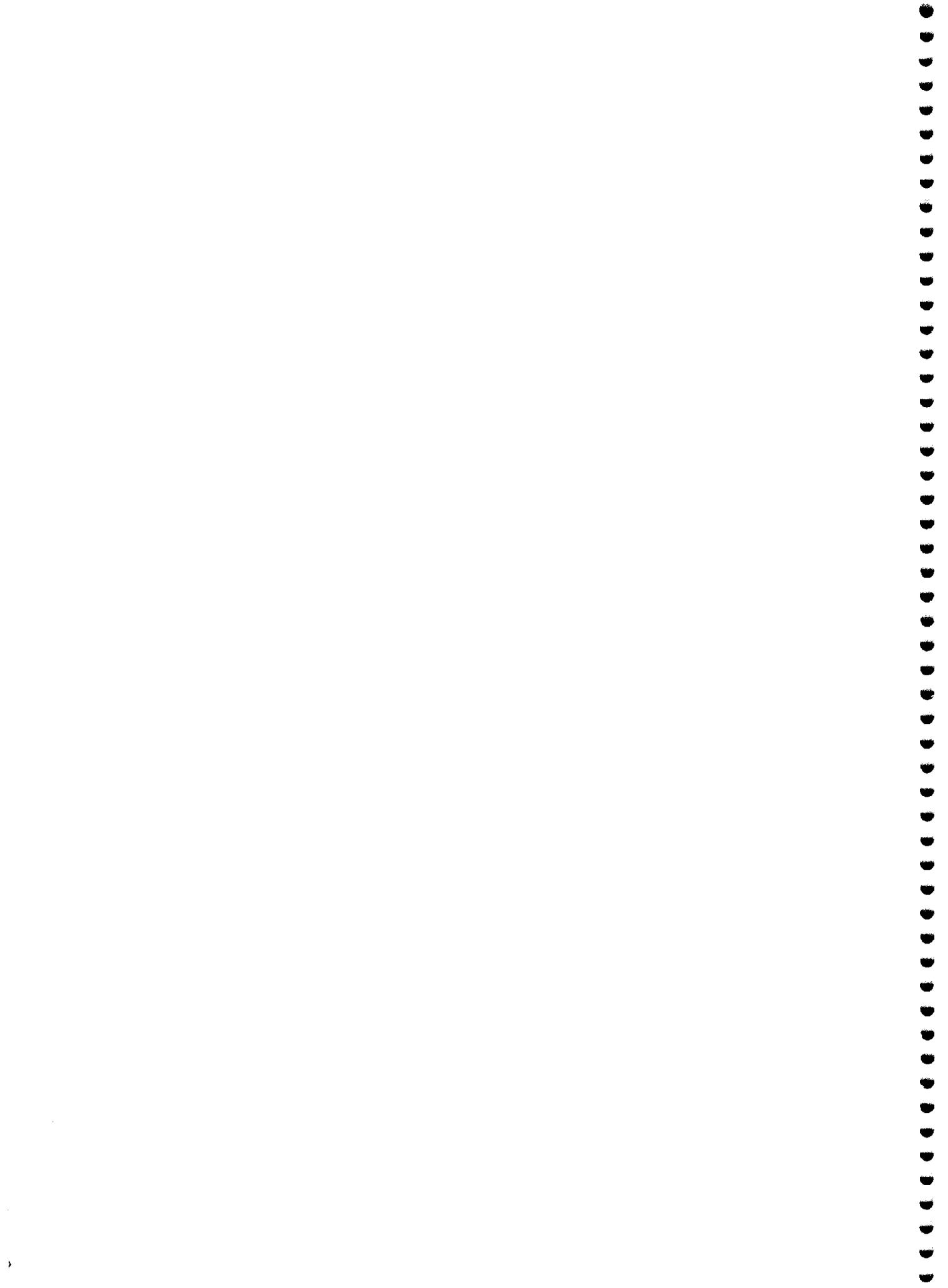
Como ya se ha indicado, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas publica anualmente el directorio "Relación de Centros y Servicios que los órganos competentes de las Comunidades Autónomas recomiendan a efectos de atención a personas con drogodependencias", que puede ser consultado a tal efecto.

El necesario control que la autoridad judicial debe tener en todo momento sobre el cumplimiento y la evolución del tratamiento alternativo a la prisión, se basa en la posibilidad de condonar el resto de la pena, si el tratamiento está surtiendo efectos favorables, o de suspenderlo y ordenar el reingreso en prisión si se abandona o no se cumplen las obligaciones impuestas inicialmente.

Para su decisión el juez puede solicitar informes al médico forense, o a los responsables del centro, sobre el estado y evolución del tratamiento.

IV. Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas

El éxito del tratamiento no debe valorarse únicamente por la deshabituación total, aunque éste sea el objetivo último y más deseable de los tratamientos de drogodependencias. A menudo la consecución de periodos más prolongados de abstinencia y de ciertos niveles de incorporación social son logros valiosos que también deben ser tenidos en cuenta en el momento de elaborar el informe.



V. Opciones terapéuticas para una persona dependiente de opiáceos

Aunque no son los profesionales de salud de los juzgados los que habitualmente van a prescribir o controlar estos tratamientos, su relación frecuente con detenidos dependientes de drogas les sitúa en un lugar privilegiado para informar y orientar sobre ellos.

- Son diversos los fármacos, las pautas y los esquemas que pueden ser utilizados como soporte terapéutico en el tratamiento de la DEPENDENCIA DE OPIACEOS.
- El tratamiento adecuado vendrá definido por el sexo, edad, características sociales, toxicológicas y culturales y por la actividad del propio drogodependiente.
- Los objetivos dependerán de la opción que se elija.

PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN-DESHABITUACIÓN

Primera fase: DESINTOXICACIÓN

Persigue a corto plazo la abstinencia de opiáceos.

Pretende suavizar los síntomas asociados al síndrome de abstinencia.

Su duración según las distintas pautas, oscila entre 7 y 20 días.

No existe un único esquema terapéutico para realizar una desintoxicación.

Pueden utilizarse pautas con opiáceos, agonistas alfa-2 adrenérgicos (clonidina, guanfacina), analgésicos y/o ansiolíticos, según las peculiaridades del paciente.

Puede realizarse ambulatoriamente, en el propio domicilio, en una familia de acogida, o en una unidad de desintoxicación hospitalaria.

Para la desintoxicación de opiáceos se puede utilizar, entre otros, uno de los siguientes fármacos:

- Benzodiazepinas (BZP)
- Guanfacina (GNF)
- Clonidina (CLN)
- Metadona (MTD)
- Dextropropoxifeno (DTX)

V. Opciones terapéuticas para una persona dependiente de opiáceos

PAUTAS ORIENTATIVAS DE DESINTOXICACIÓN SEGÚN EL PESO Y CONSUMO DIARIO DE OPIÁCEOS

Peso (Kg)	Consumo bruto diario durante el último mes	Dosis inicial diaria (mg/8 h)			
		DTX	MTD	CLN	GNF
< 60	≤ 1/4 gr	900	30	0,90	3
< 60	> 1/4 y < 1 gr	—	35	1,05	3,5
< 60	≥ 1 gr	—	40	1,20	4
> 60	≤ 1/4 gr	900	35	1,05	3,5
> 60	> 1/4 y < 1 gr	—	40	1,20	4
> 60	≥ 1 gr	—	45	1,35	4,5

NOTA: Las dosis referidas son solamente indicativas, pudiendo modificarse en ocasiones según las características de cada caso. Las dosis siempre han de ser PROGRESIVAMENTE DECRECIENTES, con el fin de que el paciente quede abstínente al término del período de desintoxicación. Si un facultativo inicia un tratamiento y el paciente pasa a depender de otro servicio sociosanitario, es aconsejable informar de la pauta que se ha iniciado para que pueda continuar hasta el final.

Contraindicaciones:

- Clonidina y Guanfacina:
 - Toxicomanía mixta con alcohol.
 - Hipotensión ortostática.
 - Alteraciones cardiovasculares: Miocardiopatía, endocarditis, insuficiencia coronaria, infarto agudo de miocardio reciente, bloqueo aurículo-ventricular de 2º ó 3º grado, bradicardia.
 - Enfermedad cerebro-vascular.
 - Insuficiencia renal crónica.
 - Embarazo.
 - Hipotensión severa.
- Benzodiazepinas:
 - Miastenia grave.
 - Glaucoma de ángulo cerrado.

Interacciones:

- Clonidina y Guanfacina:
 - Simpaticomiméticos: disminuyen el efecto.
 - Betabloqueantes: Bradicardia.
 - Antipsicóticos y depresores del Sistema Nervioso Central (SNC): potencian el efecto.
- Benzodiazepinas: con sedantes, alcohol, analgésicos y depresores del SNC.

La desintoxicación con benzodiazepinas dependerá de la historia toxicológica, consumo actual y peculiaridades de cada paciente, y del tipo de benzodiazepina utilizado, siempre siguiendo las pautas habituales.

Segunda fase: DESHABITUACIÓN

Pretende conseguir el abandono de los hábitos y costumbres ligados a la drogodependencia, así como el alejamiento del grupo social donde efectuaba el consumo, todo ello acompañado por la adquisición de nuevos hábitos y formas de vida sin droga.

Durante esta fase además del soporte psicoterapéutico individual y familiar, se realizan controles de la abstinencia mediante análisis de orina, y otros controles médicos. En algunos casos pueden administrarse dosis bajas de analgésicos no opiáceos o de ansiolíticos.

Puede realizarse ambulatoriamente o en régimen de internado, bien en comunidad terapéutica o centro especializado.

Para conseguir resultados satisfactorios, el tratamiento de desintoxicación debe ser complementado con un programa de apoyo a más largo plazo.

PROGRAMAS CON ANTAGONISTAS OPIÁCEOS (naltrexona)

Son unos programas especiales de desintoxicación-deshabitación, que utilizan un fármaco antagonista de los opiáceos, la naltrexona, como tratamiento coadyuvante en los primeros meses de la fase de deshabitación.

Pretende mantener al paciente alejado el consumo de opiáceos. La heroína no produce sus efectos en presencia de naltrexona, con lo cual se facilita el abandono de la conducta de autoadministración.

Primera fase: DESINTOXICACIÓN

El paciente debe encontrarse totalmente desintoxicado al final de esta fase, en caso contrario el inicio de la toma de naltrexona podría provocar un síndrome de abstinencia.

Segunda fase: INDUCCIÓN

Dosis progresivamente crecientes de naltrexona.

Tercera fase: ESTABILIZACIÓN

Dosis estables de naltrexona.

Cuarta fase: SUPRESIÓN

Retirada de la naltrexona.

Esta fase, al igual que durante todo el proceso, se deberá acompañar de actuaciones terapéuticas de apoyo.

V. Opciones terapéuticas para una persona dependiente de opiáceos

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON AGONISTAS OPIÁCEOS (metadona y otros)

Existen períodos en la vida de una persona dependiente de opiáceos en los que el abandono del consumo no es una opción realista. En estos casos, los programas con sustitutivos opiáceos facilitan su integración social, y disminuyen el riesgo de conductas antisociales.

Estos programas están regulados por el Real Decreto 75/1990 y por las normativas autonómicas correspondientes.

El soporte farmacológico lo constituyen sustancias sustitutivas de la heroína, administradas por vía oral.

Pretenden mantener al paciente alejado de la vía parenteral, dentro de unos esquemas controlados de administración que le permitan permanecer socialmente integrado y libre de la patología orgánica asociada al uso de la vía parenteral.

Es el tratamiento de elección en mujeres embarazadas dependientes de opiáceos, en las que la desintoxicación supondría un grave riesgo para el feto.

La toma de la medicación se realiza, diariamente, delante de personal sanitario del centro prescriptor y/o dispensador. El paciente acude también a la correspondiente supervisión médica y psicológica, en las que es sometido a análisis de orina para determinar la abstinencia de otros opiáceos distintos de la metadona. Además generalmente asiste a programas psicoterapéuticos de apoyo a la abstinencia de otros opiáceos y recibe mensajes de educación sanitaria.

Existen programas de este tipo con distintos niveles de exigencia, que van desde normas estrictas para la entrada y permanencia en el programa (controles diarios de orina, etc), hasta programas con criterios más laxos en sus planteamientos, que permiten contactos mantenidos con los pacientes y niveles de retención elevados.

Recuerde que:

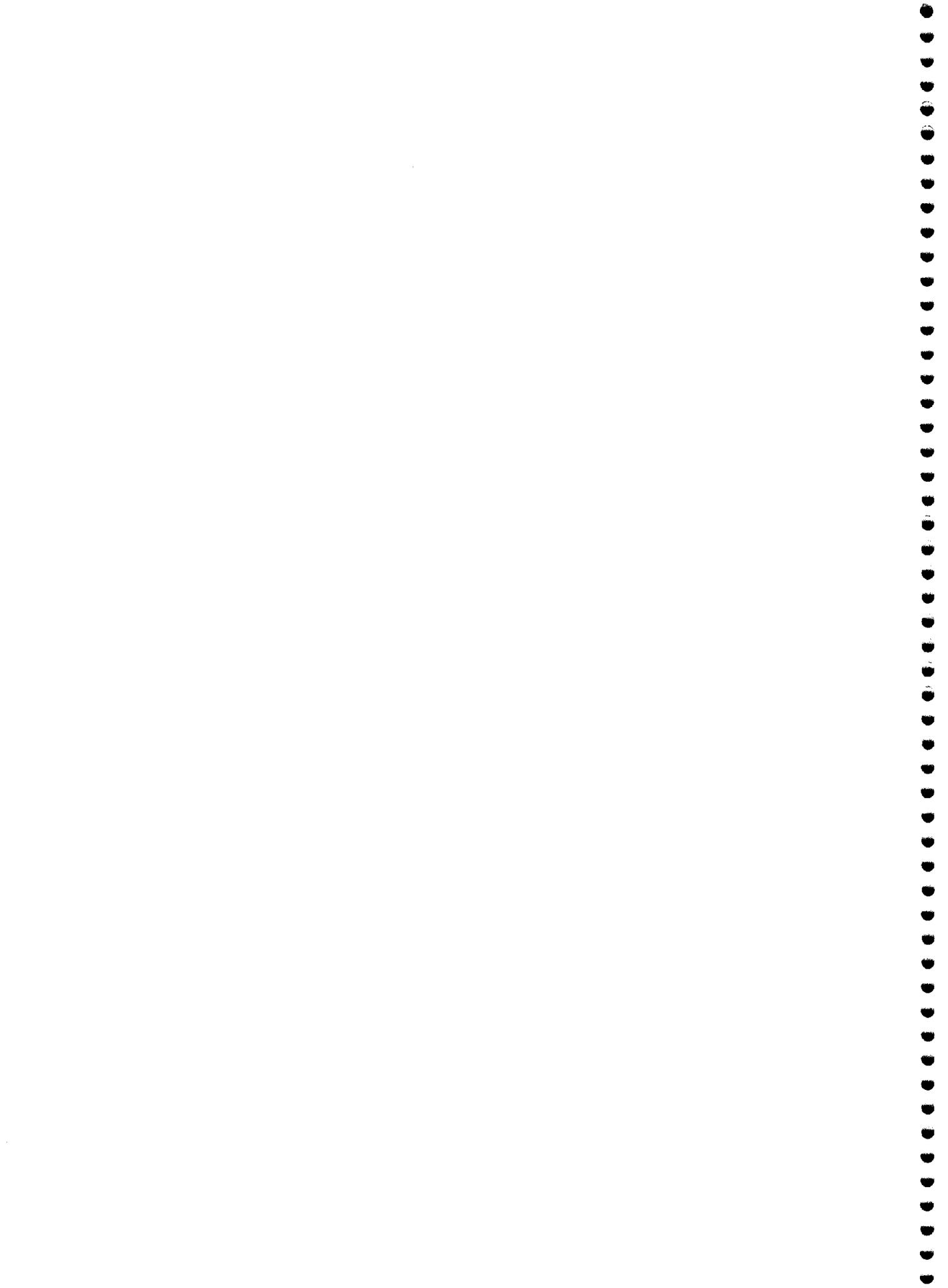
- **No hay una opción terapéutica definitiva. La misma solución no sirve igualmente para todas las personas, ni sirve para una misma persona en distintos momentos de su vida como drogodependiente.**
 - **Todas estas opciones deben ser parte de un esquema terapéutico global que incluya también apoyo psíquico para el paciente y su familia, y que persiga su incorporación social desde las primeras fases de tratamiento, lo que constituye uno de los objetivos finales a los que debe tender todo plan terapéutico.**
 - **El contacto con personal sociosanitario facilitará, además del abandono del consumo de opiáceos, la prevención y tratamiento de patologías asociadas al mismo.**
-

Tenga presente que los **objetivos terapéuticos finales** a los que debe tenderse son:

- La abstinencia total.
- La integración social.

No olvide que existen **objetivos intermedios** muy importantes para el drogodependiente porque pueden contribuir a mejorar su salud y bienestar, como son:

- Alcanzar períodos de abstinencia lo más prolongados posibles.
 - Vacunarse contra la hepatitis B y el tétanos.
 - Modificar las conductas de riesgo asociadas al consumo.
 - Integrarse en un programa de mantenimiento con agonistas.
-



VI. Resumen

El consumo de drogas tiene importantes repercusiones sobre la salud y la calidad de vida de los consumidores y de las personas de su entorno inmediato.

La gravedad de estas repercusiones depende fundamentalmente del tipo de droga utilizado, de la vía de consumo y del grado de integración social del consumidor.

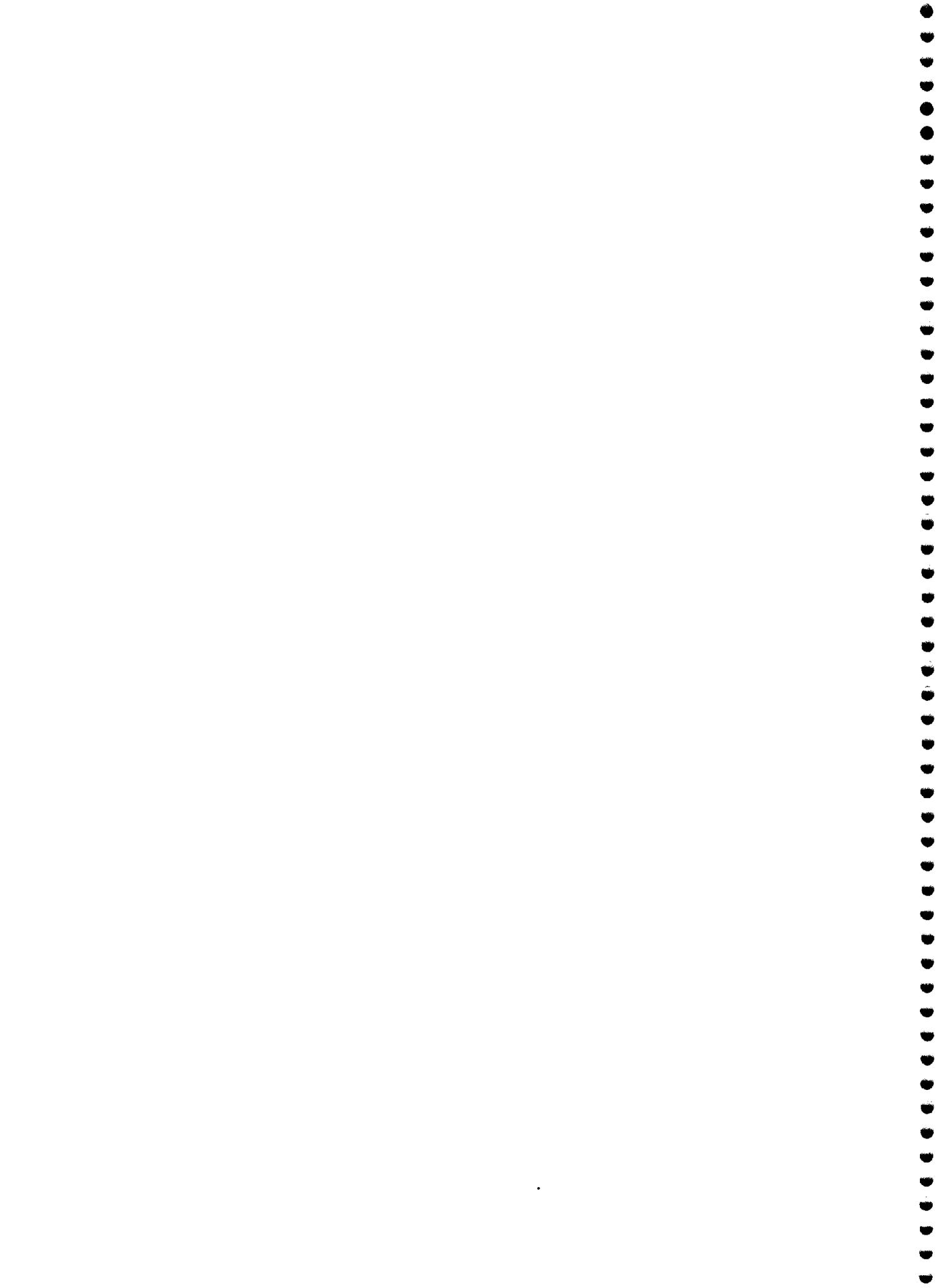
Los consumidores de opiáceos por vía parenteral tienen en general un riesgo elevado de morir o de sufrir complicaciones graves relacionadas con su consumo. A pesar de todo, hay que señalar que la mayoría de los consumidores pueden mantener un buen nivel de salud si evitan determinadas prácticas, como el uso de la vía parenteral, la utilización compartida de jeringuillas y el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo. Deberán, además, recibir algunas vacunas, sobre todo contra la hepatitis B y el tétanos (actualmente se administran en prisión), y realizar reconocimientos médicos periódicos.

Los servicios sociosanitarios de los juzgados, y especialmente el médico forense, gozan de una especial posición que les permite aconsejar a los consumidores de drogas con los que contactan para que intenten abandonar el consumo y las prácticas de mayor riesgo. En este manual se incluyen un conjunto de pautas que pueden ayudarles en este sentido (Anexo 3).

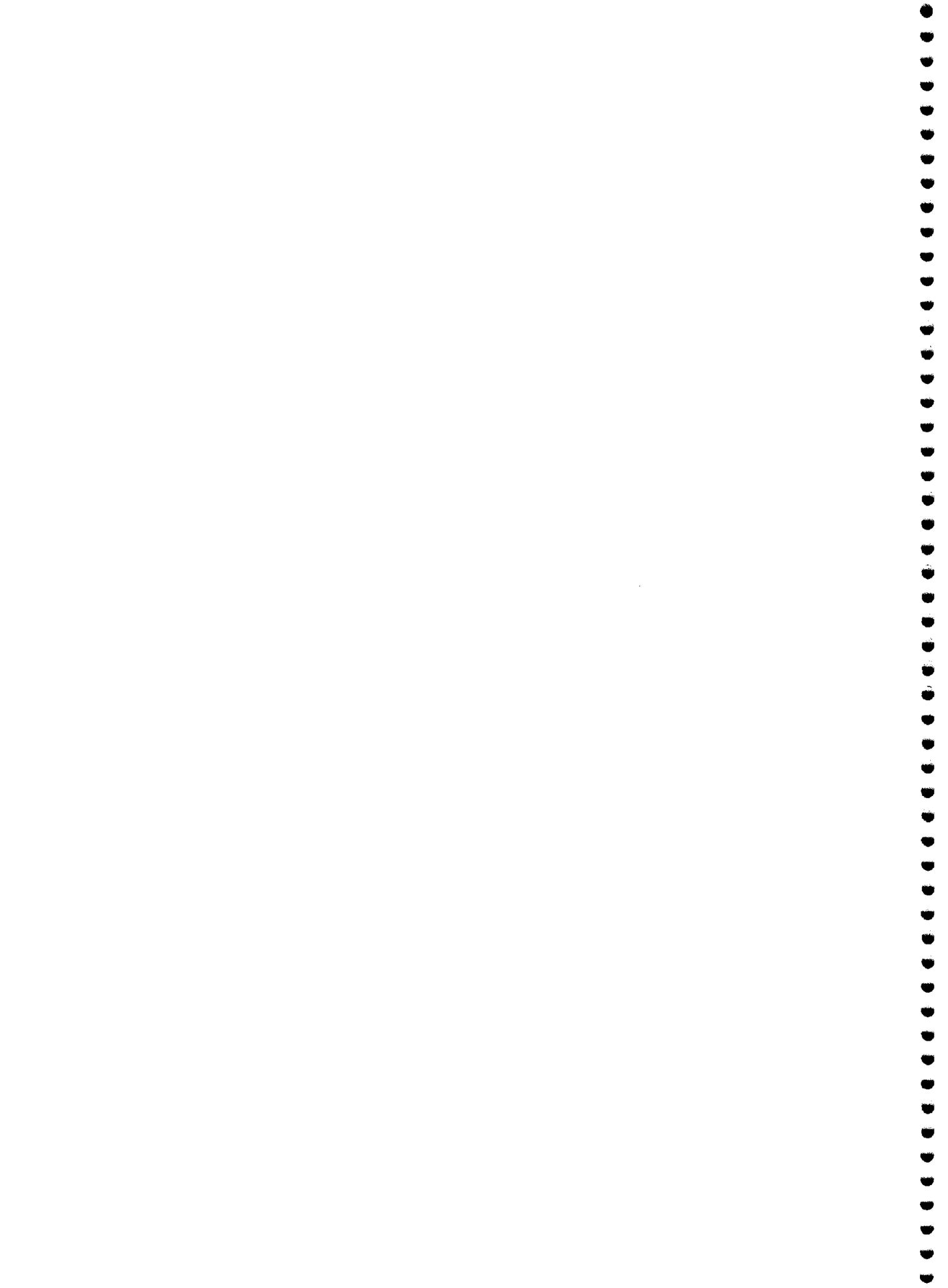
Partiendo de las limitaciones de tiempo, espacio físico y medios materiales de los médicos forenses en los juzgados de guardia, se ha propuesto un formulario de reconocimiento estándar para anotar datos clínicos objetivos que permitan al sanitario evaluar la gravedad del caso y la posible necesidad de que el detenido reciba tratamiento específico. Se ha insistido también en que a través de los informes médico-legales que el médico forense proporciona al Magistrado-Juez, se abre la posibilidad de que el detenido se beneficie de alternativas de tratamiento que eviten su ingreso en centros penitenciarios, beneficiándose de los atenuantes y eximentes previstos en los artículos 8.1, 9.1 y 93 bis del Código Penal.

En todo caso resulta conveniente recordar que:

- **La entrevista personal con el detenido es el principal instrumento para evaluar adecuadamente la situación.**
 - **La entrevista es también un buen momento para intervenir e intentar modificar las conductas de riesgo del consumidor de drogas, así como para aconsejarle que inicie el tratamiento de su dependencia.**
 - **El informe que el médico forense emite para el juez puede lograr que a un paciente se le ofrezcan alternativas terapéuticas distintas al ingreso en prisión.**
 - **En cualquier caso, es aconsejable informar al consumidor de drogas de la existencia de diferentes posibilidades terapéuticas y facilitar teléfonos y direcciones de referencia.**
-

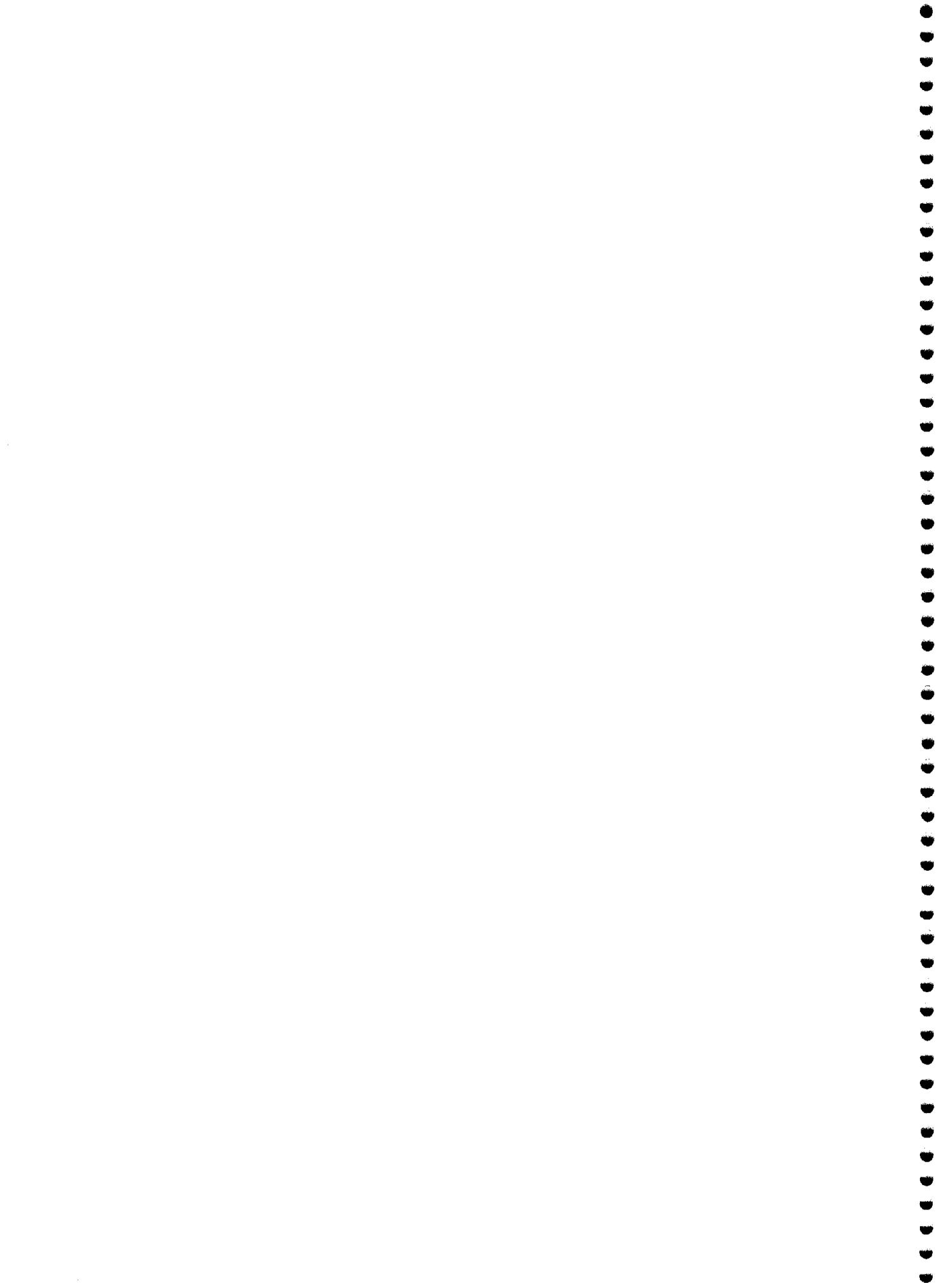


VII. ANEXOS



ANEXO 1

**FORMULARIO PARA RECONOCER Y VALORAR
EL ESTADO DEL CONSUMIDOR
DE DROGAS DETENIDO**



FORMULARIO PARA RECONOCER Y VALORAR EL ESTADO DEL CONSUMIDOR DE DROGAS DETENIDO

Importante : ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO, LEA DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO FORENSE		FECHA	HORA	Nº JUZGADO
APELLIDOS		NOMBRE		SEXO V H
DOMICILIO HABITUAL (*)		POBLACION		TELEFONO
EDAD	ESTUDIOS FINALIZADOS NINGUNO E.G.B. B.U.P. O F.P. UNIVERSITARIOS		PROFESION	TRABAJA ACTUALMENTE SI NO

DATOS SOBRE LA DETENCIÓN

MOTIVO	HURTO	ROBO	ATRACO	TRAFICO DE DROGAS	OTROS : (especificar)
FECHA					HORA

ANAMNESIS

En todo el cuestionario márkese con X lo que proceda.

1.- DROGA PRINCIPAL CONSUMIDA : (*)

1.1.- TIPO DE DROGA (en los últimos 30 días) : (*)

HEROINA	COCAINA	HEROINA + COCAINA	Otras : (especificar)	DESCONOCIDA
---------	---------	-------------------	----------------------------	-------------

1.2.- AÑOS DE CONSUMO :

	DESCONOCIDOS
--	--------------

1.3.- FRECUENCIA APROXIMADA DE ADMINISTRACION (en los últimos 30 días) :

NUNCA	< 1 vez / semana	± 1 vez / semana	2 - 6 veces / semana	
± 1 vez / día	> 1 vez / día	DESCONOCIDA		

1.4.- CANTIDAD APROXIMADA CONSUMIDA DIARIAMENTE (en gramos / día, en los últimos 30 días) :

< 0,25	0,25 - 0,50	0,51 - 1	> 1	DESCONOCIDA
--------	-------------	----------	-----	-------------

1.5.- VIAS DE ADMINISTRACION UTILIZADAS (en los últimos 30 días) :

PARENTERAL	ESNIFADADA	FUMADA O INHALADA	ORAL	
OTRAS : (especificar)				DESCONOCIDA

1.6.- TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ULTIMA DOSIS (especificar número de horas, días, etc) :

	DESCONOCIDO
--	-------------

2.- OTRAS DROGAS CONSUMIDAS (en los últimos 30 días) : (*)

OTRAS : (especificar)	DESCONOCIDAS
----------------------------	--------------

3.- MEDICACION RECIBIDA DESDE SU DETENCIÓN (tipo y dosis) :

OTRAS : (especificar)	NO HA RECIBIDO
----------------------------	----------------

4.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS (físicos y psíquicos) : (*)

(especificar)

(*) Ver Instrucciones.

EXPLORACION

5.- ESTADO FISICO :

Además de la anamnesis y la exploración física por aparatos, es conveniente investigar los siguientes apartados :

5.1.- SIGNOS DE VENOPUNCION : SI NO

5.2.- ANTIGÜEDAD DE LOS SIGNOS DE VENOPUNCION : (*)

RECIENTES	ANTIGUAS	ANTIGUAS Y RECIENTES
-----------	----------	----------------------

5.3.- OTRAS PATOLOGIAS Y SIGNOS IMPORTANTES ENCONTRADOS : (*)

NO	SI (especificar)
----	-----------------------

7.- SINDROME ABSTINENCIA OPIACEOS (S.A.O.) : (*)

- Esta valoración del S.A.O. es solamente ORIENTATIVA.
- Este conjunto de signos y síntomas aparecen de forma cronológica, pero pueden presentarse en un orden diferente al contemplado en el cuadro, o bien faltar algunos de ellos.
- Los signos y síntomas incluidos en cada uno de los grupos (A, B, C, D) deben VALORARSE EN SU CONJUNTO. Se les adjudicará una puntuación de "0", "+", "++", "+++" ó "++++" a cada uno de los grupos, según la intensidad de los signos y síntomas.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ABSTINENCIA POR OPIACEOS (*)

	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
(A) - Deseo de droga - Ansiedad - Bostezos - Sudoración - Lagrimeo - Rinorrea	+ Leve	++ Moderada	+++ Intensa	++++ Muy intensa
(B) - Mictúrisis - Piloerección - Temblores - Escalofríos - Dolores óseos y musculares	0 Ausente	+ Leve	++ Moderada	+++ Intensa
(C) - Insomnio ↑ T.A. ↑ Temperatura ↑ Profundidad y frecuencia respiratoria - Intranquilidad locomotora y agitación ↑ Frecuencia pulso - Náuseas	0 Ausente	0 Ausente	+ Leve	++ Moderada
(D) - Vómitos - Diarrea - Eyaculación espontánea	0 Ausente	0 Ausente	0 Ausente	+ Leve

GRADO O INTENSIDAD DEL S.A.O. : (*) 1 2 3 4

6.- ESTADO MENTAL (*) :

- TRANSTORNOS DE CONCIENCIA
- TRANSTORNOS DE ORIENTACION
- TRANSTORNOS DE PSICOMOTRICIDAD
- TRANSTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS
- MANIFESTACIONES PSICOTICAS
- TRANSTORNOS DE LA AFECTIVIDAD
- OTROS

NO	SI (*) (especificar grado o tipo)

8.- SIGNOS Y SINTOMAS QUE SUGIEREN UN CONSUMO RECIENTE DE OPIACEOS : (*)

- Los siguientes signos y síntomas son solo ORIENTATIVOS.
- Para valorar su intensidad puede puntuar cada uno de los signos y síntomas de igual forma al apartado 7.

Miosis	
Euforia o Disforia	
Apatía	
Inhibición	
Somnolencia	
Lenguaje farfalleante	
Trastorno de la atención	
Deterioro del juicio / conducta	

9.- INTOXICACION AGUDA POR OPIACEOS O SOBREDOSIS :

- Los siguientes signos y síntomas son solo ORIENTATIVOS.
- Valore su intensidad de la misma forma que los apartados 7 y 8.

PUPILAS PUNTIFORMES	
DEPRESION RESPIRATORIA	
EDEMA AGUDO DE PULMON	
COMA	
Cianosis	
Hipotermia	
Hipotensión	
Bradycardia	
Signos de venopunción	

10.- ¿ REQUIERE TRATAMIENTO ? : (*)

NO	SI : (especificar)
----	-------------------------

11.- SIGNOS Y SINTOMAS DE CONSUMO, INTOXICACION O ABSTINENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS : (*)

(especificar)

12.- RECOGIDA DE URINA SI NO

FECHA

HORA

METABOLITOS DE DROGAS EN URINA
(especificar tipo y cuantificación, en el caso que se haya hecho)

(*) Ver Instrucciones.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO

- Escriba en MAYÚSCULAS y con LETRA CLARA.
- Debe rellenarse un formulario individualizado para cada detenido que se reconozca. Es aconsejable que la cumplimentación del mismo la realice el médico forense que reconozca al detenido. No deben incluirse los reconocimientos hechos por otra persona.
- MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE PROCEDA en todo el cuestionario. No olvide RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS, incluso cuando la categoría sea desconocido.

DOMICILIO HABITUAL: Se refiere al domicilio donde haya residido la mayor parte del tiempo durante los seis meses anteriores a la detención.

1. DROGA PRINCIPAL CONSUMIDA: Sustancia, consumida durante los 30 días anteriores a la detención, a la cual el individuo atribuye la mayor parte de sus problemas de salud.

1.1. Tipo de droga:

- Deberá elegirse **solamente una** de las casillas.
 - La categoría heroína + cocaína se refiere al consumo de la mezcla de heroína y cocaína administrada por la misma vía.
 - Si no es ninguna de las drogas referenciadas en el formulario, especificar la sustancia de la forma más concreta posible.
2. OTRAS DROGAS CONSUMIDAS: Se refiere a las otras drogas consumidas, distintas de la principal, durante los treinta días precedentes a la detención. Especificar las cantidades consumidas al día.
 4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS: Complicaciones médicas de tipo físico o psíquico relacionadas directa o indirectamente con el consumo de drogas. Se incluyen las causadas por la acción de la propia sustancia o las derivadas de la vía de consumo.
 5. EXPLORACIÓN DEL ESTADO FÍSICO: En este apartado, además de la anamnesis y la exploración física por aparatos, es conveniente investigar los siguientes apartados:
 - 5.2. Antigüedad de los signos de venopunción: Son signos de venopunción antiguos las callosidades venosas, las esclerosis y el rosario venoso. Nos indicarán un consumo reciente los estigmas de pinchazos, abcesos extravasculares, etc. En los consumidores de drogas activos se encuentran con mucha frecuencia, signos antiguos y recientes conjuntamente.
 - 5.3. Otras patologías y signos importantes encontrados: Es posible encontrar estado general deteriorado, déficit nutricional, alteraciones de la piel y mucosas (ictericia, infecciones de partes blandas, cicatrices, etc), traumatismos, adenopatías, hepatoesplenomegalia, etc.
 6. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL: Se deberán explorar las siguientes áreas:
 - Trastornos de la conciencia: Explore el estado general de alerta y la capacidad de concentrarse y responder a la entrevista. Observe si su conciencia está clara u obnubilada.

Grados de obnubilación:

 - Ligera: Paciente somnoliento, distraíble, desconectado si no lo estimulan, con dificultad para la concentración.
 - Media: Se añade a lo anterior desorientación y trastorno de la memoria de fijación.
 - Profunda: Coma en sus distintos grados.
 - Trastornos de orientación: Determine la orientación temporal (mediante preguntas acerca del año, día de la semana, mes, etc), la espacial (orientación del lugar donde se encuentra, la ciudad, etc) y respecto a su propia persona (pregúntele por su nombre y apellidos, etc).

- **Trastornos de psicomotricidad:** Explore el grado de inhibición-agitación.
- **Trastornos de dificultad en el control de impulsos:** Dificultades muy evidentes en el control de la agresividad, que no estén producidas por otra causa. Este apartado se refiere a la agresividad patológica (cleptopatía, ludopatía, etc) y a la impulsividad mal controlada.
- **Manifestaciones psicóticas:** Alteraciones de la percepción (alucinaciones, ilusiones), alteraciones del curso del pensamiento (lenguaje disgregado) o del contenido del pensamiento (delirios).
- **Trastornos del estado de ánimo:** Explote la existencia de sintomatología angustiosa, de depresión, etc.
- **Otros:** Riesgo de suicidio, etc.

7. VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS (S.A.O.)

A pesar de la dificultad, hay que hacer un esfuerzo por **valorar de forma objetiva** el síndrome de abstinencia, de forma que nuestra respuesta terapéutica se corresponda con la intensidad de los signos y síntomas observados.

En este formulario se propone un cuadro de signos y síntomas de abstinencia por opiáceos, pero hay que tener en cuenta que:

- Esta valoración del S.A.O. es solamente ORIENTATIVA.
- Los signos y síntomas incluidos en cada uno de los grupos (A, B, C, y D) deben valorarse en su conjunto. Se les adjudicará una puntuación "0", "+", "++", "+++" o "++++" a cada uno de los grupos, según la intensidad de los signos y los síntomas.
- Este conjunto de signos y síntomas del cuadro suelen aparecer de forma cronológica, pero pueden presentarse en un orden diferente al contemplado en el cuadro, o bien faltar alguno de ellos.

A modo de orientación, los signos y síntomas del cuadro suelen aparecer aproximadamente de la siguiente forma:

- GRADO 1: a las 4-8 horas de la última toma de opiáceos.
- GRADO 2: a las 12 horas de la última toma de opiáceos.
- GRADO 3: a las 18-24 horas de la última toma de opiáceos.
- GRADO 4: a las 24-36 horas de la última dosis de opiáceos.

Puede suceder que las puntuaciones obtenidas en los grupos no coincidan con uno de los cuatro grados propuestos en el cuadro, por ejemplo:

- puntuación signos y síntomas del grupo A: + (leve)
- puntuación signos y síntomas del grupo B: + (leve)
- puntuación signos y síntomas del grupo C: + (leve)
- puntuación signos y síntomas del grupo D: 0 (ausente)

En este caso y según el cuadro, no correspondería exactamente a ninguno de los cuatro grados señalados, el médico forense deberá valorar individualmente el grado de intensidad del síndrome de abstinencia de opiáceos para calificarlo.

(*) El cuadro de signos y síntomas de abstinencia utilizado en el formulario ha sido extraído de la publicación: *"Urgencias derivadas del uso de drogas"*. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, 1985.

8. SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SUGIEREN UN CONSUMO RECIENTE DE OPIÁCEOS

La sintomatología consiste en cambios conductuales desadaptativos y signos neurológicos específicos debidos al uso reciente de un opiáceo.

Los primeros cambios conductuales desadaptativos a partir de la administración por vía intravenosa aparecen al cabo de 2 a 5 minutos y con frecuencia incluyen EUFORIA, que puede durar de 10 a 30 minutos.

Todo ello va seguido de un período más largo (de 2 a 6 horas) de LETARGIA, SOMNOLENCIA y APATÍA o DISFORIA. Otros efectos conductuales desadaptativos son el DETERIORO DE LA CAPACIDAD DE JUICIO y el DETERIORO DE LA ACTIVIDAD SOCIAL O LABORAL.

Siempre hay MIOSIS, y con frecuencia se observan otros signos neurológicos, como la SOMNOLENCIA, LENGUAJE FARFULLANTE y DETERIORO DE LA ATENCIÓN Y DE LA MEMORIA.

En el formulario se proponen unos signos y síntomas que son solamente ORIENTATIVOS de un consumo reciente de opiáceos.

Dependiendo de la intensidad de su aparición puede ser puntuado de ausente (0), leve (+), moderada (++) , intensa (+++) o muy intensa (++++).

La valoración global se podría hacer según la intensidad de presentación de todos ellos.

(*) El cuadro utilizado en el formulario está basado en datos del DSM-III-R: THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". pp: 190-192. Ed.: Masson, S. A. Barcelona, 1988.

9. INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIÁCEOS O SOBREDOSIS

Los signos y síntomas propuestos en este apartado son también **ORIENTATIVOS** de una sobredosis por opiáceos.

Para valorar la intensidad de cada uno de ellos se puede proceder de igual forma que en los apartados 7 y 8, es decir:

- ausente = 0
- leve = +
- moderado = ++
- intenso = +++
- muy intenso = ++++

El grado máximo de intoxicación aguda por opiáceos o sobredosis se presenta como un ESTADO COMATOSO (la profundidad del coma es variable, dependiendo de la gravedad de la sobredosis; si esta es severa puede presentarse un coma profundo), con MIOSIS PUNTIFORME (pupilas simétricas y en punta de alfiler), y DEPRESIÓN RESPIRATORIA (suele ser manifiesta y grave, con posibilidad de muerte por paro respiratorio). Suele acompañarse de BRADICARDIA, BRADIPNEA y CIANOSIS. Si la hipoxia persiste se puede presentar HIPOTENSIÓN, HIPOTERMIA e incluso shock.

Ante un cuadro de estas características, si se observan además SIGNOS DE VENOPUNCIÓN, con mucha probabilidad se trata de una intoxicación aguda por opiáceos.

La complicación más frecuente de la intoxicación aguda por opiáceos es el EDEMA AGUDO DE PULMÓN.

Este cuadro puede ser reversible si se administra rápidamente un antagonista opiáceo, como la naloxona, la nalorfina o el levalorfan por vía intravenosa, antes de que se presente la anoxia cerebral.

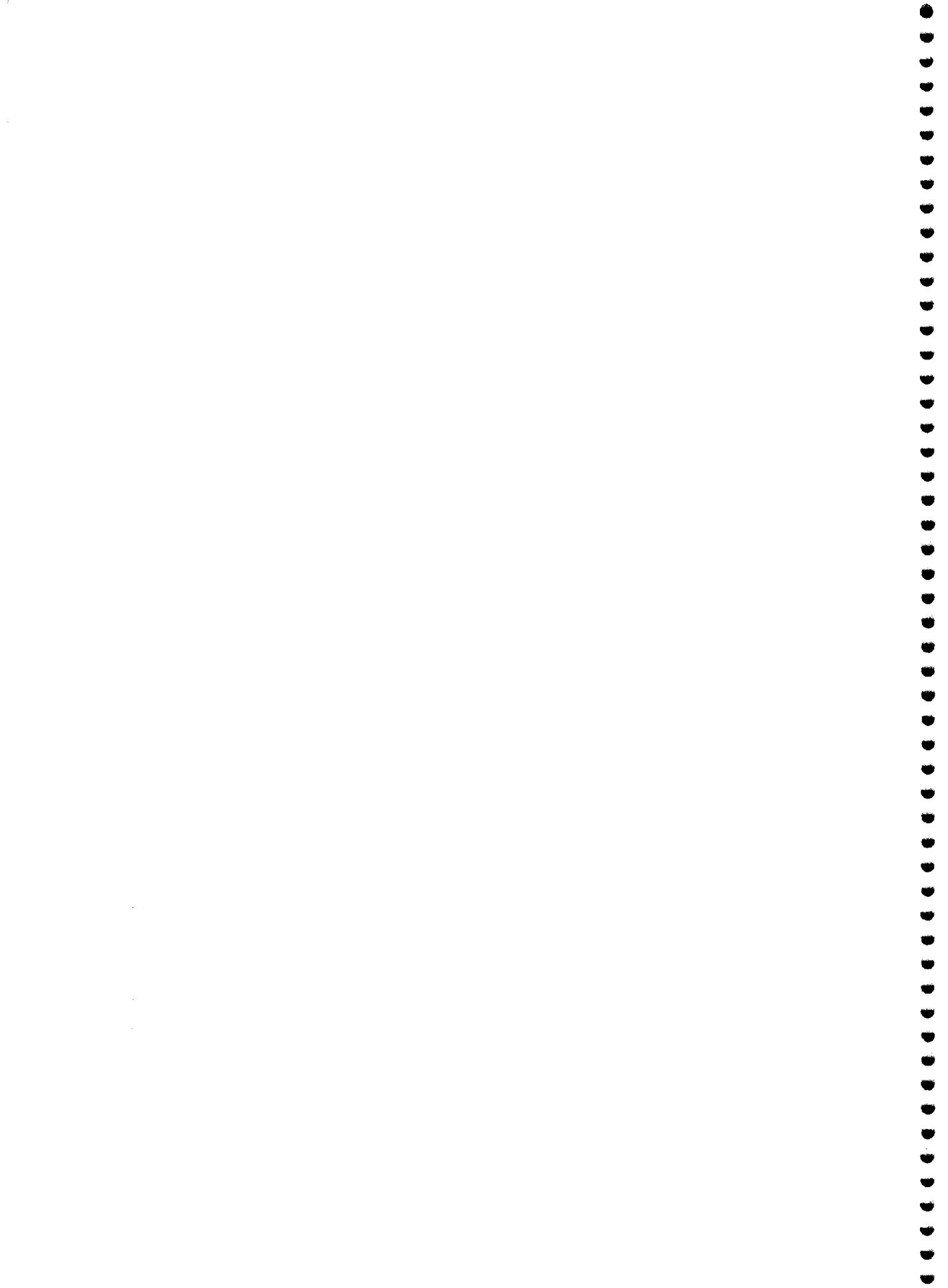
(*) El cuadro utilizado en el formulario está basado en datos del DSM-III-R: THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", pp: 190-192. Ed.: Masson, S. A. Barcelona, 1988.

10. REQUERIMIENTO DE TRATAMIENTO

Seguir las pautas propuestas a lo largo del manual.

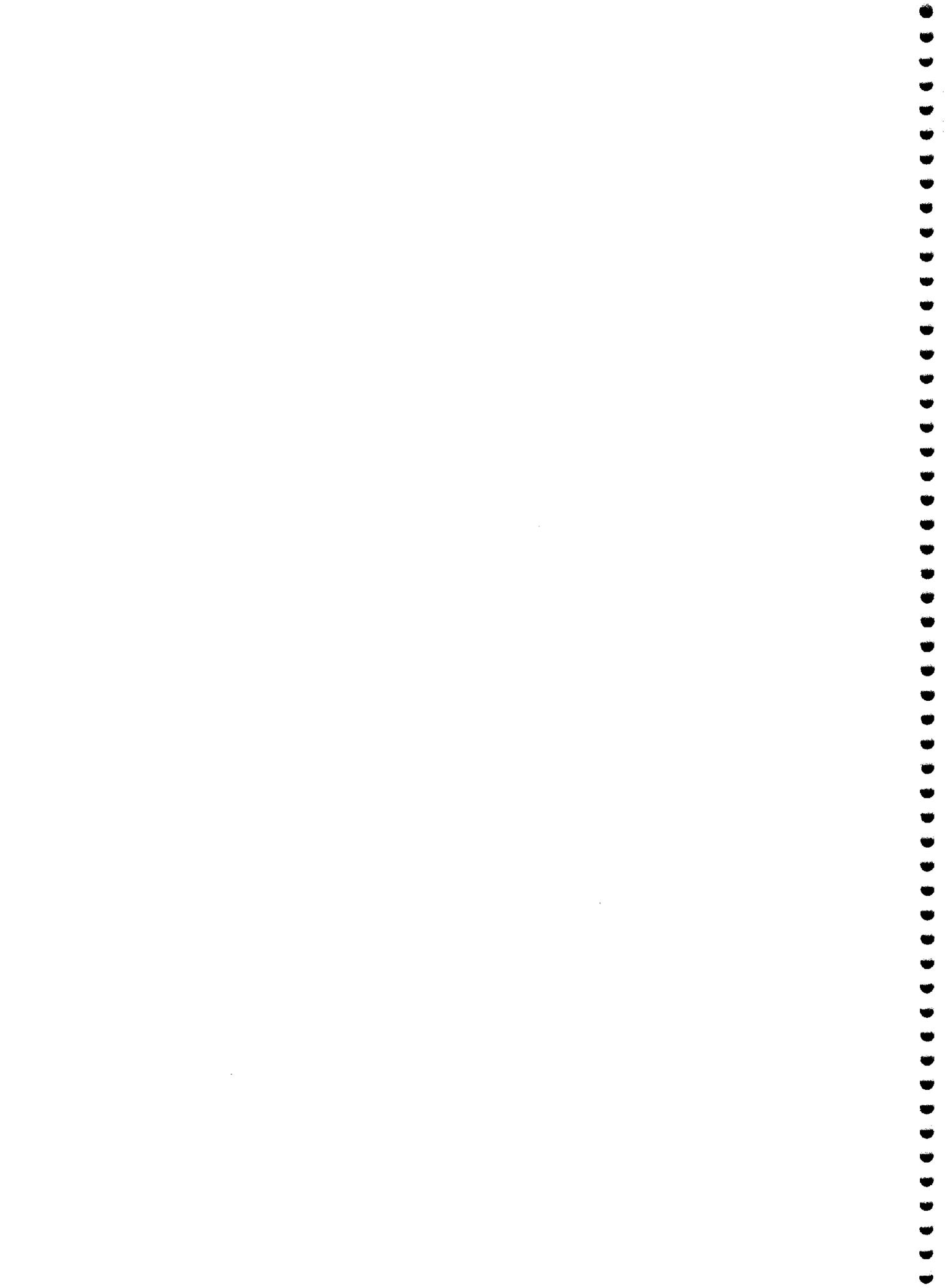
11. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE CONSUMO, INTOXICACIÓN O ABSTINENCIA A OTRAS SUSTANCIAS

Consultar el apartado "El médico forense ante el síndrome de abstinencia, la intoxicación aguda y la anafilaxia por el uso de drogas" del manual.



ANEXO 2

DIRECCIONES ÚTILES



Direcciones útiles

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 MADRID
Tels. (91) 420 00 00 - 420 24 55
Ext. 2292 y 2263

SERVICIO DE RESTRICCIÓN DE ESTUPEFACIENTES

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo
Príncipe de Vergara, 54
28006 MADRID
Tels. (91) 575 27 63 - 575 27 68

PLANES AUTONÓMICOS SOBRE DROGAS

Comunidad Autónoma de Andalucía
República de Argentina, 23 - 2ª pl.
41011 SEVILLA
Tel. (95) 427 26 03

Comunidad Autónoma de Aragón
Ramón y Cajal, 68
50004 ZARAGOZA
Tel. (976) 44 20 22 - Ext. 262/267/208

Principado de Asturias
(Oficina de Coordinación)
General Elorza, 35
33001 OVIEDO
Tel. (985) 21 32 96

Comunidad Autónoma de Canarias
Méndez Núñez, 34
38003 SANTA CRUZ DE TENERIFE
Tels. (922) 24 15 66 - 24 15 67 - 24 17 62

Comunidad Autónoma de Cantabria
Emilio Pino, 6 - 4ª A
39002 SANTANDER
Tel. (942) 36 40 30

Comunidad de Castilla-La Mancha
Avda. de Portugal, 77
45005 TOLEDO
Tels. (925) 26 72 14 - 26 72 00 - Ext. 214

Comunidad de Castilla y León
Avda. de Burgos, 5
47071 VALLADOLID
Tel. (983) 34 38 99 - Ext. 115/172/181/160

Comunidad Autónoma de Cataluña
Travessera de les Corts, 131-159
08028 BARCELONA
Tel. (93) 339 11 11 - Ext. 187

Comunidad Autónoma de Extremadura
Plaza de Santa Clara, s/n.
06800 MERIDA (Badajoz)
Tel. (924) 38 13 48
Ronda del Pilar, 12
06071 BADAJOZ
Tels. (924) 23 49 00 - 23 44 00

Comunidad Autónoma de La Rioja
Villamediana, 17
26071 LOGROÑO
Tel. (941) 29 12 08

Comunidad Autónoma de Galicia
Edificio Administrativo San Cayetano.
Bloque 2 - 2ª planta
15704 SANTIAGO DE COMPOSTELA
(La Coruña)
Tel. (981) 56 60 00 - Ext. 2078/2897

Comunidad Autónoma de las Islas Baleares
Cecilio Metelo, 18
07003 PALMA DE MALLORCA
Tel. (971) 72 64 46

Comunidad Autónoma de Madrid
Avda. de Filipinas, 50 - 1ª planta
28003 MADRID
Tels.
(91) 554 86 98 - 90 02 (Dpto. Asistencia)
(91) 553 64 06 - 07 (Centralita)

Región de Murcia
Ronda de Levante, 11 - 4ª planta
30008 MURCIA
Tel. (968) 36 20 00. Ext. 1464

Comunidad Foral de Navarra
Tudela, 24 - 2º C
31002 PAMPLONA
Tels. (948) 23 15 12 - 23 15 16

Comunidad Autónoma del País Vasco
Duque de Wellington, s/n.
01011 VITORIA (GASTEIZ)
Tel. (945) 24 91 16

Comunidad Valenciana
Comedias, 7 - 4ª planta
46003 VALENCIA
Tel. (96) 392 03 00

INSTITUTOS ANATÓMICO-FORENSES**Valencia**

Facultad de Medicina
Menéndez Pelayo, s/n.
46010 VALENCIA
Tel. (96) 369 67 65

Barcelona

Facultad de Medicina de la Universidad Central
Casanova, 143
08036 BARCELONA
Tels. (93) 453 42 48 - 453 42 71 - 451 70 62

Bilbao

Hospital Civil de Basurto
Avda. Montevideo, s/n.
48013 BILBAO
Tels. (94) 442 47 37 - 441 88 00 (Cent. Hosp.)

Madrid

Ciudad Universitaria - Pabellón 7
28004 MADRID
Tels. (91) 244 11 31 - 549 06 01

Palma de Mallorca

Ardiaca, s/n.
07013 PALMA DE MALLORCA
Tel. (971) 29 76 19

Sevilla

Avda. Sánchez Pizjuán, 4
41009 SEVILLA
Tel. (954) 37 06 44

Zaragoza

Doctor Cerrada, 1
50004 ZARAGOZA
Tel. (976) 23 54 25

Granada

Facultad de Medicina. Dpto. de Anatomía
Ctra. de Jaén, s/n.
18000 GRANADA
Tel. (958) 20 42 31

Las Palmas de Gran Canaria

Cementerio de San Lázaro
Plazoleta del Olivo, 44
35008 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Tel. (928) 41 23 27

Valladolid

Facultad de Medicina
Real de Burgos, s/n.
47001 VALLADOLID
Tels. (983) 25 37 08 - 26 50 00 (Fac. de Med.)

Vitoria

Hospital General de Santiago Apóstol
Olaguibel, 29
01004 VITORIA
Tels. (945) 25 36 00 - 25 32 00
Ext. 858/857

Pamplona

Hospital Provincial de Navarra
31008 PAMPLONA
Tel. (948) 10 21 00 (centralita hospital)

Cartagena

Angel Bruna, 21
30271 CARTAGENA
Tel. (968) 52 17 53

Ponferrada

Edificio de los Juzgados
Avda. del Sacramento
24400 PONFERRADA
Tels. (987) 41 00 31 (Juzgados)
41 15 48 (Centralita)

San Sebastián

Palacio de Justicia. Edif. de los Juzgados
San Martín, 41
20007 SAN SEBASTIÁN
Tel. (943) 29 27 26

Badajoz

Avda. Antonio Masa Campos, 7 - bajo
06005 BADAJOZ
Tel. (924) 23 86 20

**INSTITUTOS NACIONALES DE
TOXICOLOGÍA****Instituto Nacional de Toxicología de Barcelona**

Merced, 1
08002 BARCELONA
Tels. (93) 300 96 89 - 300 94 39 - 300 98 39

Instituto Nacional de Toxicología de Madrid

Luis Cabrera, 9
28002 MADRID
Tel. (91) 562 04 20
Centro de Información Toxicológica
Tel. (91) 562 84 69

Instituto Nacional de Toxicología de Sevilla

Ctra. de San Jerónimo, km. 1,4. Apdo. 863
08080 SEVILLA
Tels. (95) 437 02 62 - 437 12 33

CENTROS PENITENCIARIOS**Albacete (Preventivos)**

Ctra. de Ayora, km. 72
02071 ALBACETE
Tel. (967) 21 44 97

Alcalá de Guadaira (Cumplimiento)

Pol. de las Canteras. Ctra. Alcalá de Guadaira
41500 ALCALÁ DE GUADAIRA (Sevilla)
Tel. (95) 410 05 00

Alcalá de Henares I (Cumplimiento)

Juan de Vera, 10
28071 MADRID
Tel. (91) 530 40 15

Alcalá de Henares II (Cumplimiento)

Ctra. Alcalá de Henares-Meco, km. 5
28830 ALCALÁ DE HENARES (Madrid)
Tel. (91) 880 77 11

Alcazar de San Juan (Cumplimiento)

Ctra. de Quero, s/n.
13600 ALCAZAR DE S. JUAN (Ciudad Real)
Tel. (926) 54 06 34

Algeciras (Preventivos)

Ctra. de Cádiz, s/n.
11680 ALGECIRAS (Cádiz)
Tel. (956) 60 04 91

Alicante (Cumplimiento)

Ctra. de Madrid-Alicante, s/n.
03071 FONT CALENT (Alicante)
Tel. (96) 528 73 55

Alicante Hospital Psiquiátrico (Especial)

Ctra. de Madrid-Alicante, s/n.
03071 FONT CALENT (Alicante)
Tel. (96) 510 22 22

Almería (Cumplimiento)

Ctra. Cuevas de Ubeda, km. 16
04071 ALMERÍA
Tel. (951) 20 70 11

Arrecife de Lanzarote (Preventivos)

Ctra. de Tahiche, 178
35500 ARRECIFE DE LANZ. (Gran Canaria)
Tel. (928) 81 20 44

Avila (Preventivos)

Brieva (Avila)
05071 ÁVILA
Tel. (918) 25 23 33

Badajoz (Preventivos)

Ctra. de Olivenza, km. 8
06071 BADAJOZ
Tel. (924) 28 91 00

Barcelona (Hombres)

Entenza, 155
08071 BARCELONA
Tel. (93) 410 87 96

Barcelona (Mujeres)

Wad-Ras, 98
08071 BARCELONA
Tel. (93) 300 29 65

Barcelona (Jóvenes)

Padre Manjón, 2
08071 BARCELONA
Tel. (93) 345 17 60

Bilbao (Preventivos)

Lehendakari Aguirre, 92
48071 BILBAO
Tel. (94) 449 06 54

Brians

Ctra. Martorell a Capellades, km. 23
08781 SANT ESTEVE SESROVIRES (Barcelona)
Tels. (93) 771 35 18/27

Burgos (Cumplimiento)

Ctra. de Villalar, s/n.
09071 BURGOS
Tel. (947) 20 87 47

Cáceres I (Cumplimiento)

Ctra. de Monroy, km. 2
10071 CÁCERES
Tel. (927) 24 79 39

Cáceres II (Cumplimiento)

Ctra. de Trujillo, s/n.
10071 CÁCERES
Tel. (927) 21 23 84

Cartagena (Cumplimiento)

Recoleta, s/n.
30290 CARTAGENA (Murcia)
Tel. (968) 51 14 21

Castellón (Preventivos)

Ctra. de Alcora, km. 10
12071 CASTELLÓN
Tel. (964) 24 20 00

DIRECCIONES ÚTILES

Ceuta (Preventivos)

Los Rosales, s/n.
11650 CEUTA (Cádiz)
Tel. (956) 50 07 99

Ciudad Real (Preventivos)

Ronda de la Mata, 3
13071 CIUDAD REAL
Tel. (926) 22 10 87

Córdoba (Cumplimiento)

Ctra. de Almadén, s/n.
14071 CÓRDOBA
Tel. (957) 25 01 21

Cuenca (Preventivos)

Ctra. Madrid-Tarancón, km. 5
16071 CUENCA
Tel. (966) 22 47 51

Daroca (Cumplimiento)

Término de Daroca, km. 4
50360 DAROCA (Zaragoza)
Tel. (976) 80 10 36

El Dueso (Cumplimiento)

Santoña
39740 SANTOÑA (Santander - Cantabria)
Tel. (942) 66 02 00

Figueras

Sant Pau, 158
17071 FIGUERAS
Tel. (972) 50 12 29/00

Gerona

Menorca, 16
17071 GERONA
Tel. (972) 20 01 43

Gijón (Cumplimiento)

Salvador Moreno, 15
33204 GIJÓN (Asturias)
Tel. (98) 536 22 25

Granada (Preventivos)

Avda. Madrid, 34
18071 GRANADA
Tel. (958) 20 50 61

Guadalajara (Cumplimiento)

Virgen del Amparo
19071 GUADALAJARA
Tel. (911) 22 08 42

Herrera Mancha (Cumplimiento)

Ctra. de Argamasilla, s/n.
13200 MANZANARES (Ciudad Real)
Tel. (926) 63 80 31

Huelva (Preventivos)

Avda. Federico Molina, s/n.
21071 HUELVA
Tel. (955) 22 59 12

Huesca (Preventivos)

Avda. Ramón y Cajal, 65
22071 HUESCA
Tel. (974) 22 34 60

Ibiza (Preventivos)

Ctra. San José, km. 5
07800 IBIZA (Balears)
Tel. (971) 30 10 11

Jaén (Cumplimiento)

Ctra. Bailén-Motril, 323, km. 29
23071 JAÉN
Tel. (953) 21 45 00

Jerez de la Frontera (Cumplimiento)

Ctra. Arcos de la Frontera, s/n.
11406 JEREZ DE LA FRONTERA (Cádiz)
Tel. (956) 33 21 81

La Coruña (Preventivos)

Ctra. de Circunvalación, s/n.
15071 LA CORUÑA
Tel. (981) 20 22 00

Las Palmas (Preventivos)

Salto del Negro
35071 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
(Gran Canaria)
Tel. (928) 35 33 00

León (Cumplimiento)

Paseo del Parque, 10
24071 LEÓN
Tel. (987) 20 08 52

Liria (Cumplimiento)

Ctra. San Vicente
46160 LIRIA (Valencia)
Tel. (96) 278 05 67

Logroño (Preventivos)

Gonzalo de Berceo, 65
26071 LOGROÑO
Tel. (941) 25 82 44

Lugo - Monterroso (Cumplimiento)

Término de Monterroso
27560 MONTERROSO (Lugo)
Tel. (982) 37 70 43

Lugo Bonxe (Preventivos)

Término de Bonxe, km. 14
27153 BONXE (Lugo)
Tel. (982) 39 01 25

Madrid I (Preventivos)

Avda. de los Poblados, s/n.
28071 MADRID
Tel. (91) 462 88 28

Madrid I (Sección Abierta)

Avda. de los Poblados, s/n.
28071 MADRID
Tel. (91) 462 88 28

Madrid II (Preventivos)

Ctra. Alcalá-Meco, km. 5
28071 ALCALÁ DE HENARES (Madrid)
Tel. (91) 889 97 63

Madrid. Hospital General Penitenciario (Especial)

Avda. de los Poblados, s/n.
28071 MADRID
Tel. (91) 462 31 88

Madrid IV (Preventivos)

Ctra. Nacional V, km. 28
28600 NAVALCARNERO (Madrid)
Tel. (91) 811 27 57

Madrid Mujeres (Preventivas)

Avda. de los Poblados, s/n.
28071 MADRID
Tel. (91) 462 01 00

Málaga (Preventivos)

Alahurín de la Torre
29130 MÁLAGA
Tel. (952) 24 98 00

Melilla (Preventivos)

Alcázar, s/n.
29803 MELILLA (Málaga)
Tel. (952) 68 25 43

Murcia (Preventivos)

Ctra. Palmar a Mazarrón, km. 4
30071 MURCIA
Tel. (968) 88 04 61

Nanclares Oca (Cumplimiento)

Topete, s/n.
01230 NANCLARES DE LA OCA (Alava)
Tel. (945) 37 10 38

Ocaña I (Cumplimiento)

Mártires, 4
45300 OCAÑA (Toledo)
Tel. (925) 13 00 00

Ocaña II (Cumplimiento)

Mártires, 4
45300 OCAÑA (Toledo)
Tel. (925) 13 08 80

Orense (Preventivos)

Pereiro de Aguilar
32071 ORENSE
Tel. (988) 24 45 11

Oviedo (Preventivos)

Arcipreste de Hita, 2
33071 OVIEDO (Asturias)
Tel. (985) 28 06 25

Palencia (Cumplimiento)

Avda. de Valladolid, 16
34071 PALENCIA
Tel. (988) 72 02 85

Palma de Mallorca (Preventivos)

Capital Salón, 85
07071 PALMA DE MALLORCA (Baleares)
Tel. (971) 75 44 93

Pamplona (Preventivos)

San Roque, 1
31071 PAMPLONA (Navarra)
Tel. (948) 25 29 92

Ponent

Ctra. Huesca, s/n.
25071 LÉRIDA
Tel. (973) 22 03 33

Puerto de Santa María I (Cumplimiento)

Ctra. Jerez-Rota, km. 5
11500 PUERTO DE STA. MARIA (Cádiz)
Tel. (956) 85 62 11

Puerto de Santa María II (Preventivos)

Ctra. Jerez-Rota, km. 5
11500 PUERTO DE STA. MARIA (Cádiz)
Tel. (956) 85 63 11

DIRECCIONES ÚTILES

Quatre Camins

Apartado, 335
08400 GRANOLLERS (Barcelona)
Tel. (93) 842 24 61

Salamanca (Preventivos)

Plaza de la Justicia
37071 SALAMANCA
Tel. (923) 24 36 99

San Sebastián (Preventivos)

Martutene, 55
20071 SAN SEBASTIÁN (Guipúzcoa)
Tel. (943) 45 01 07

Santa Cruz Palma (Cumplimiento)

Galeón, 26
38071 STA. CRUZ DE LA PALMA (Tenerife)
Tel. (922) 41 14 60

Santander (Preventivos)

Alta, 95
39071 SANTANDER (Cantabria)
Tel. (942) 23 28 50

Segovia (Cumplimiento)

Avda. Juan Carlos I, 7
40071 SEGOVIA
Tel. (911) 42 08 38

Sevilla Hospital Psiquiátrico (Especial)

Ctra. Torresblanca-Mairena Alcor, km. 3
41071 SEVILLA
Tel. (95) 425 36 76

Sevilla I (Preventivos)

Mariano Benlliure, 1
41071 SEVILLA
Tel. (95) 457 52 70

Sevilla II (Preventivos)

Ctra. Torresblanca-Mairena Alcor, km. 3
41071 SEVILLA
Tel. (95) 467 51 16

Soria (Cumplimiento)

Plaza Marqués del Sotillo, 1
42071 SORIA
Tel. (975) 22 45 35

Tarragona

República Argentina, 2
43071 TARRAGONA
Tel. (977) 24 01 42

Tenerife II (Cumplimiento)

La Esperanza
38071 STA. CRUZ DE TENERIFE (Tenerife)
Tel. (922) 62 07 12

Teruel (Cumplimiento)

Avda. de Zaragoza, s/n.
44071 TERUEL
Tel. (974) 60 66 64

Toledo (Cumplimiento)

Marqués de Mendiguorria, 2
45071 TOLEDO
Tel. (925) 25 35 76

Valencia I (Preventivos)

Castán Tobeñas, 77
46071 VALENCIA
Tel. (96) 379 21 00

Valencia II (Cumplimiento)

Ctra. Nacional 340, km. 225,5
46220 PICASSENT (Valencia)
Tel. (96) 123 40 13

Valladolid (Preventivos)

Ctra. Adanero-Gijón, km. 94
47071 VALLADOLID
Tel. (983) 56 02 87

Vigo (Cumplimiento)

Avda. de Madrid, 106
36204 VIGO (Pontevedra)
Tel. (986) 41 74 11

Zamora (Cumplimiento)

Ctra. Almaraz, km. 2
49071 ZAMORA
Tel. (988) 52 56 62

Zaragoza (Preventivos)

Avda. de América, 80
50071 ZARAGOZA
Tel. (976) 27 21 94

DIRECCIONES ÚTILES

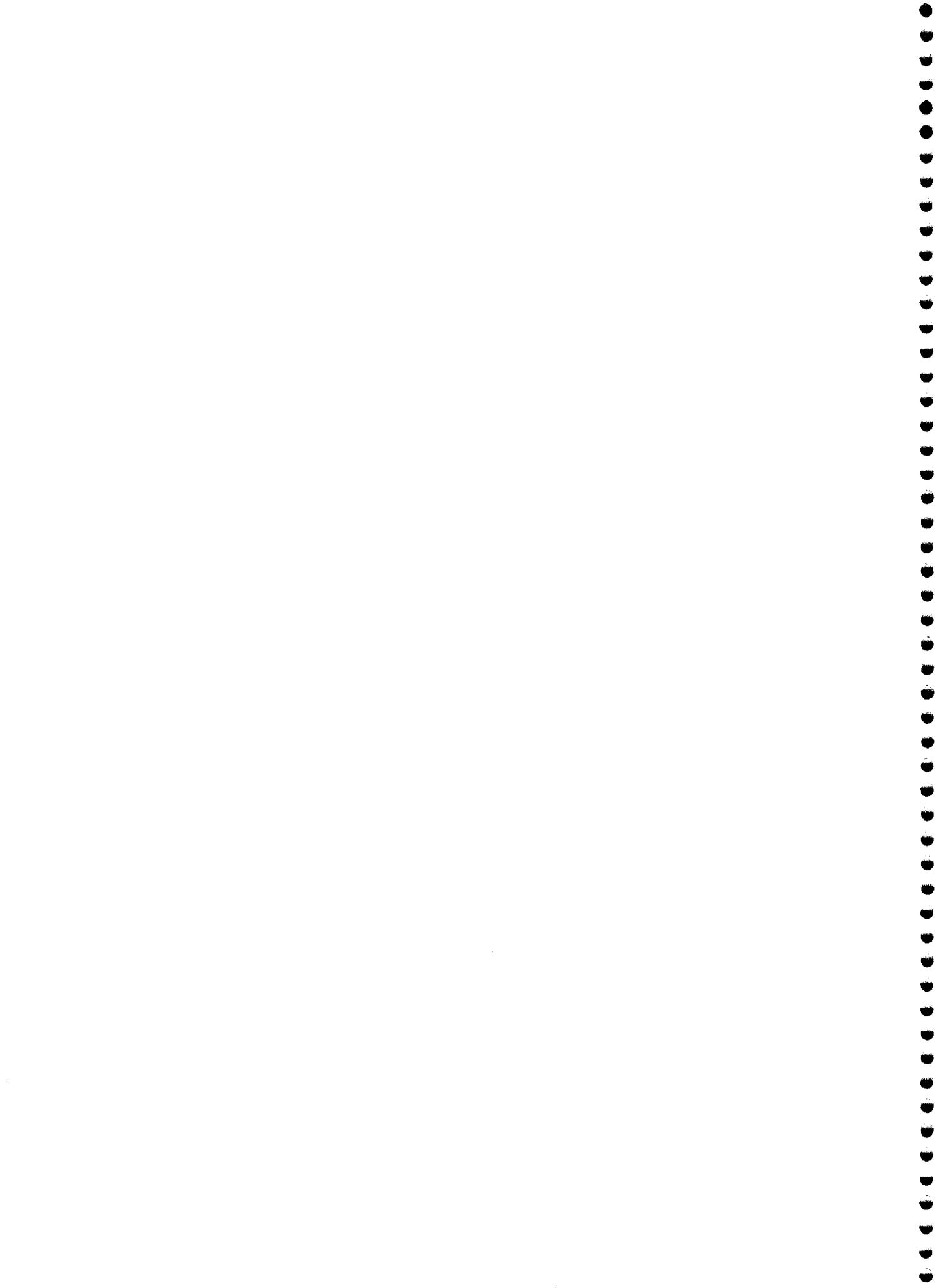
SERVICIOS SANITARIOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE POLICÍA

Servicio Sanitario Central de la Dirección General de la Policía

Ctra. de Canillas, 53
28071 MADRID
Tel. (91) 388 00 00

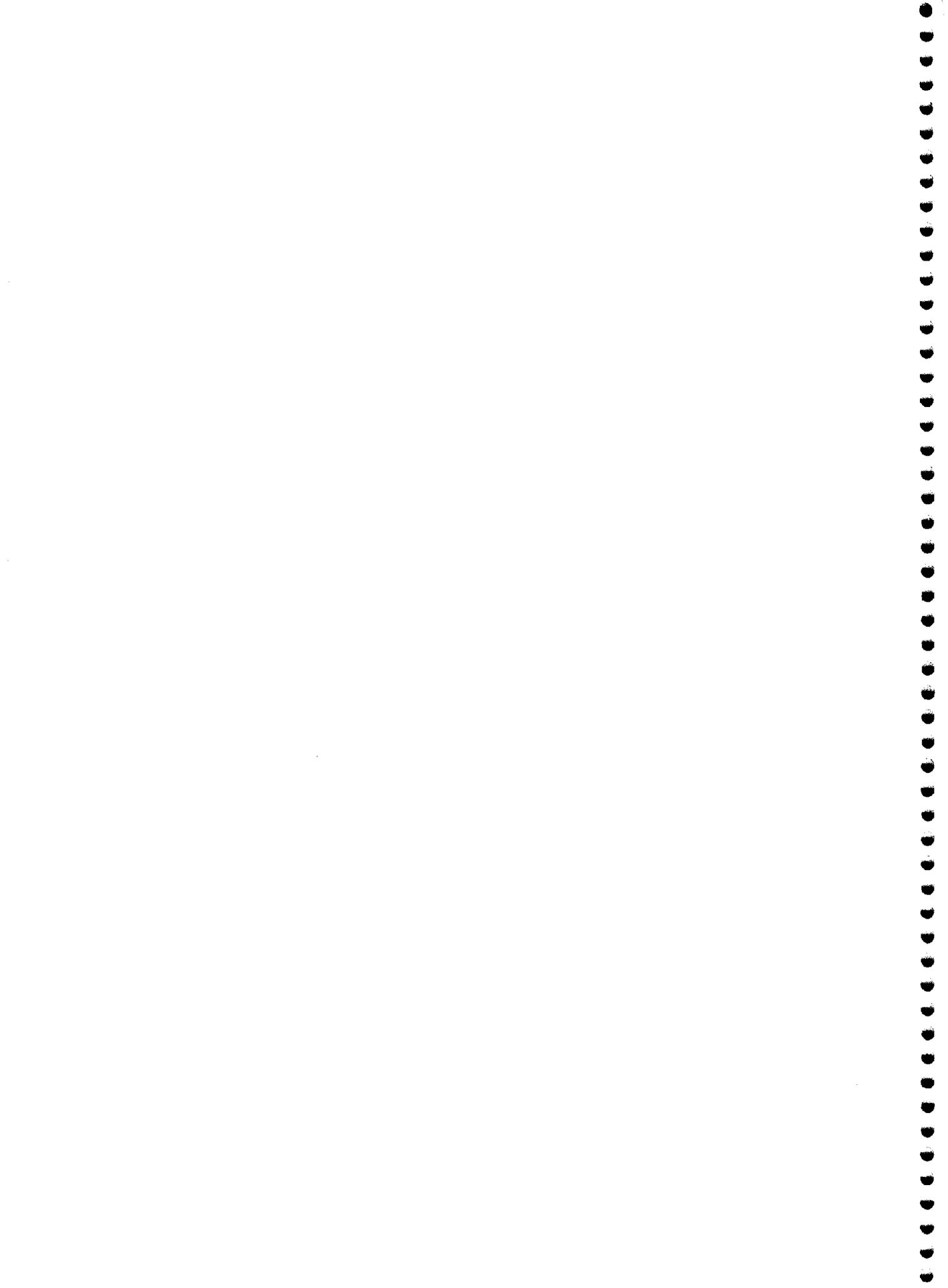
Servicio Regional de la Dirección General de la Policía de Madrid

Leganitos, 19 - 2ª planta
28011 MADRID
Tel. (91) 541 71 60



ANEXO 3

HOJA INFORMATIVA SOBRE DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL



USAR DROGAS ES PELIGROSO PARA TU SALUD. INYECTÁRTELAS LO ES MUCHO MÁS

SI UTILIZAS JERINGUILLAS USADAS PUEDES INFECTARTE DE SIDA, HEPATITIS Y OTRAS ENFERMEDADES.

PARA CUIDAR TU SALUD, LO MEJOR ES DEJAR DE USAR DROGAS.

SI VAS A SEGUIR USÁNDOLAS, AQUÍ TIENES ALGUNOS CONSEJOS PARA REDUCIR RIESGOS.

NO TE INYECTES

- Muchas complicaciones se deben a la inyección.
- Esnifar o fumar la misma sustancia reduce los riesgos de infección y envenenamiento.

CUANDO NO PUEDAS CONSEGUIR UNA JERINGUILLA NUEVA

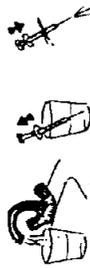
- DESINFECTA BIEN LA JERINGUILLA USADA.
- Aunque no sea seguro al cien por cien, siempre es mejor que utilizar una usada sin más.

PARA UNA BUENA DESINFECCIÓN

1. Llena y vacía la jeringuilla y la aguja con **LEJÍA DOS VECES.**



2. Llena y vacía la jeringuilla y la aguja con **AGUA DOS VECES.**



- Vacía siempre la jeringuilla **FUERA** de los recipientes que has utilizado para llenarla.

SI TE INYECTAS

- **NO COMPARTAS NUNCA JERINGUILLAS. NO PRESTES NUNCA LA TUYA.**
- Utiliza siempre una nueva y estéril.
- Hazte con unas cuantas jeringuillas nuevas de reserva y llévate una siempre que salgas de casa.

CADA VEZ QUE TE INYECTES

- Limpia antes tu piel. Si puedes hazlo con alcohol.
- Quema bien la cuchara.
- No uses limones. Si los usas, elígelos sanos.
- Usa agua destilada o al menos potable.
- Cambia con frecuencia filtros y algodones.
- Inyéctate en el sentido de la sangre (hacia el corazón).
- Cambia con frecuencia el lugar de la inyección, para cuidar tus venas.
- **BUSCA AYUDA RÁPIDAMENTE SI TE SIENTES MAL DESPUÉS DE INYECTARTE.**

- No te inyectes nunca la lejía.

SI ERES PORTADOR DEL VIRUS DEL SIDA,
UNA NUEVA INYECCIÓN PUEDE AUMENTAR
EL RIESGO DE APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS.

SI TIENES RELACIONES SEXUALES
SIN PRESERVATIVO,
PUEDES INFECTARTE DE SIDA,
HEPATITIS, SÍFILIS
Y OTRAS ENFERMEDADES.

RECUERDA:

- NUNCA USES LAS JERINGUILLAS
NI LAS AGUJAS QUE HAYAN
UTILIZADO OTROS.



- NO PRESTES NUNCA LA TUYA.

EL USO DE DROGAS TE HACE MÁS VULNERABLE
A NUMEROSAS ENFERMEDADES,
POR ELLO:
COME REGULARMENTE,
DESCANSA LO SUFICIENTE
Y ACUDE A LOS SERVICIOS SANITARIOS
ANTE CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD.

PARA EVITAR RIESGOS

**UTILIZA SIEMPRE PRESERVATIVOS
CON TODAS TUS PAREJAS:**

- UTILIZA EL PRESERVATIVO DURANTE
TODA LA RELACIÓN, AUNQUE NO HAYA
PENETRACIÓN O EYACULACIÓN.
- EVITA EL CONTACTO DEL ESPERMA Y
LÍQUIDOS VAGINALES CON LA BOCA.
- RECUERDA QUE ES AÚN MÁS
ARRIESGADO TENER RELACIONES SIN
PRESERVATIVO DURANTE LA REGLA.

HOJA DE EVALUACION

Este formulario es completamente anónimo. Una vez leído y examinado el Manual, por favor, rellene esta hoja, doble por la línea de puntos y envíela a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Su colaboración y aportaciones serán de gran ayuda para mejorar el Manual en próximas ediciones.

Anote en las distintas casillas el código correspondiente:

1. Sexo

CODIGOS: 1 Mujer • 2 Hombre

2. Edad

3. Provincia (País, en caso de extranjero)

4. Nº de habitantes de la localidad donde trabaja

CODIGOS: 1 Menos de 2.000 • 2 de 2.000 a 10.000 • 3 de 10.000 a 100.000 • 4 de 100.000 a 500.000 5 más de 500.000 • 9 No sabe / no contesta

5. Puntúe entre 0 (pésimo) y 10 (excelente) los siguientes aspectos y apartados del Manual

	CONTENIDO	REDACCION	DISEÑO	UTILIDAD
Papel del médico forense en la atención a los consumidores de drogas. Factores que limitan su actuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
– Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas:				
• Recogida de información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Reconocimiento y valoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• Pautas de actuación ante distintas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
• El informe médico forense sobre los consumidores de drogas sometidos a proceso penal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
– Opciones terapéuticas para una persona dependiente de opiáceos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
– Anexo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
– Anexo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
– Anexo 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
– Manual completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTENIDO: Se valorarán calidad y actualización científica de la información, selección adecuada de mensajes, claves, etc.

REDACCION: Se valorarán vocabulario, sintaxis, comprensibilidad, concisión, etc.

DISEÑO: Se valorará tipografía, color, composición, formato, etc.

6. Señale cuál de los siguientes apartados contenidos en el Manual desarrollaría más en profundidad, reduciría o eliminaría

CODIGOS: 1 Desarrollaría más • 2 Reduciría • 3 Eliminaría • 4 No lo modificaría • 9 No sabe/no contesta

Papel del médico forense en la atención a los consumidores de drogas. Factores que limitan su actuación

- Actuación del médico forense ante los consumidores de drogas:
 - Recogida de información
 - Reconocimiento y valoración
 - Pautas de actuación ante distintas situaciones
 - El informe médico forense sobre los consumidores de drogas sometidos a proceso penal
- Opciones terapéuticas para una persona dependiente de opiáceos
- Anexo 1
- Anexo 2
- Anexo 3

7. Críticas, sugerencias y propuestas para mejorar el Manual:

Doblar por la línea de puntos

Doblar por la línea de puntos

RESPUESTA COMERCIAL
Autorización núm. 11.763
B.O.C. 26-6-92

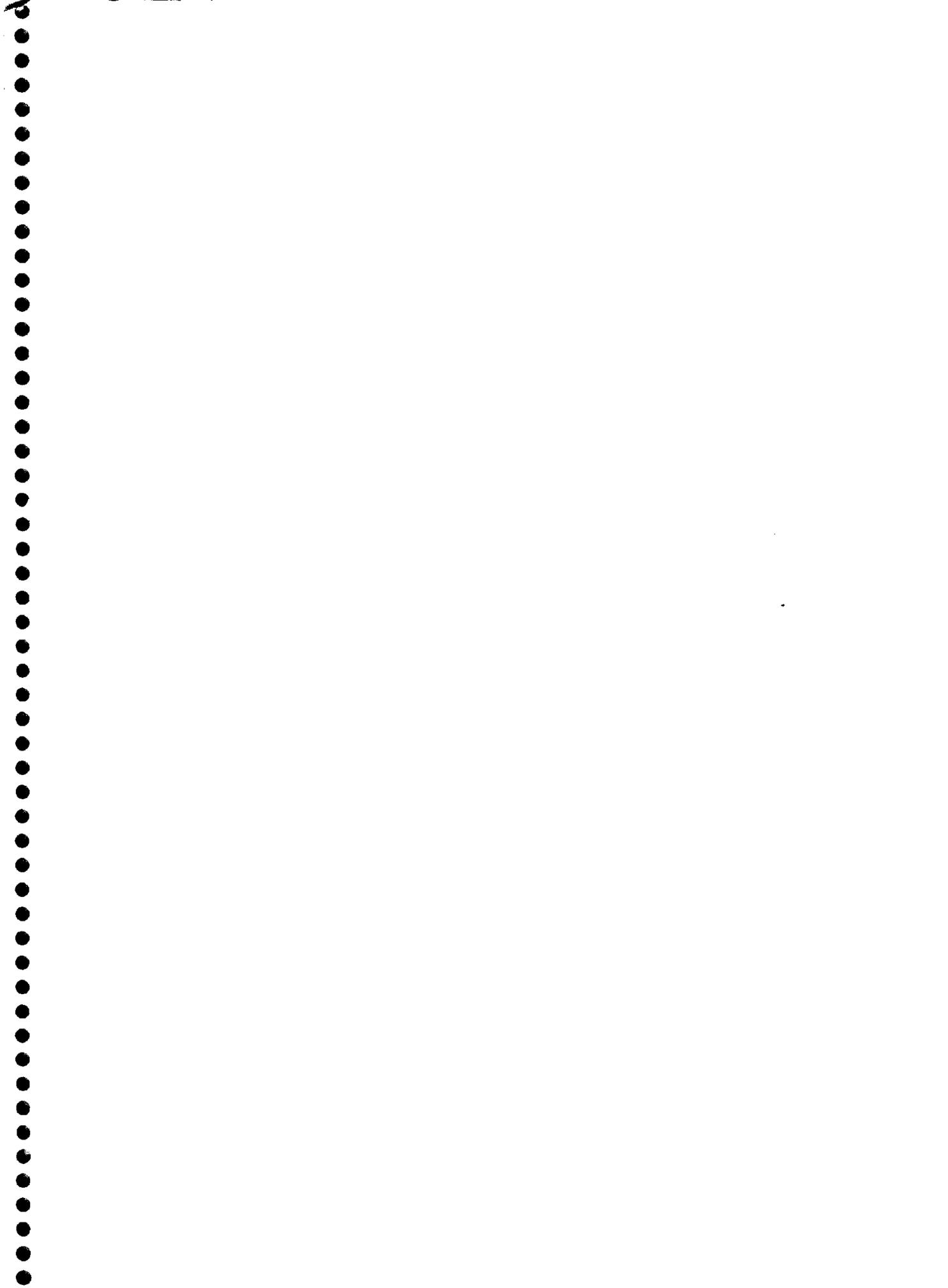
A
FRANQUEAR
EN
DESTINO



PUBLIGARMA, S. A.

Apartado nº 784 F.D.
28080 Madrid

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO





PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas