



**PROTOCOLO DEL URGENCIAS HOSPITALARIAS
RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 2021**

OBSERVATORIO ESPAÑOL
DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES
PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Madrid, 10 de febrero de 2022

HAN PARTICIPADO LOS RESPONSABLES DE LA GESTIÓN Y ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS Y ADICCIONES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Andalucía:

- Rosario Ballesta
- Izaskun Bilbao
- Mónica Tena
- Lara Fornovi

Aragón

- Carmen Baranguan
- Laura José

Asturias:

- José Antonio González
- José Ramón Hevia:

Baleares

- Francisca Bibiloni
- Ruth Suárez
- Juana María Vanrell

Canarias:

- Nicolás Amador
- Marcos Gaspar
- Luz Marina Moreno
- María del Mar Velasco
- Nicolás Perdomo
- Ángel Rodríguez

Cantabria

- María del Carmen Diego
- María Antonia Rueda

Castilla la Mancha

- Carmen de Pedro

Castilla León

- Susana Redondo
- Ana Sánchez

Ceuta

- Miguel Ángel Mancilla
- Cleopatra R'Kaina

Cataluña

- Xavier Majo
- Regina Muñoz
- Susanna Puigcorbé

Comunidad Valenciana

- Inmaculada Clemente
- M^a Jesús Mateu
- Francesc J. Verdú

Extremadura

- Mercedes Cortés
- M^a Pilar Morcillo
- José Antonio Santos

Galicia

- Mercedes Lijó
- Sergio Veiga

La Rioja

- Cristina Nuez

Melilla

- Celia Bueno

Madrid

- M^a Ángeles Gutiérrez
- Ana Ruiz Bremón

Murcia

- Juan Francisco Correa
- Purificación Ros

Navarra

- Raquel González
- Miguel Martínez

País Vasco

- Nieves Rodríguez-Sierra

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES. DGPNSD.

- Brime Beteta, Begoña
- León Muñoz, Luz María
- Llorens Aleixandre, Noelia
- Molina Olivas, Marta
- Sánchez Franco, Eva

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS DEL INDICADOR.....	3
3. DEFINICIÓN DE CASO	4
4. DEFINICION VARIABLES INDICADOR DE URGENCIAS	6
5. METODOLOGÍA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	18
6. ANEXOS.....	20

Anexo 1: Hoja de recogida de variables del indicador de urgencias.

Anexo 2: Catálogo de sustancias psicoactivas y de trastornos comportamentales/sin sustancia.

Anexo 3: Códigos de las Comunidades y Ciudades Autónomas. Códigos de provincias.

Anexo 4: Códigos de países.

Anexo 5: Información sobre el archivo del indicador de urgencias.

Anexo 6: Formato de notificación de las variables del indicador de urgencias.

Anexo 7: Listado de códigos de Hospitales.

1. INTRODUCCIÓN

El Indicador Urgencias comenzó a funcionar en algunas comunidades autónomas en 1987 en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA). El objetivo de este indicador era conocer los problemas agudos producidos por el consumo de heroína y cocaína en España, en un momento en el que el consumo de heroína entre la población era elevado y las consecuencias del mismo eran muy visibles socialmente. Además, se buscaba que contribuyera, junto con el indicador de Admisiones a tratamiento y de Mortalidad a estimar las tendencias temporales de las prevalencias de consumo de estas dos sustancias.

El protocolo de recogida de datos de este indicador ha sufrido, desde su inicio, fundamentalmente cuatro actualizaciones: 1991, 1996, 2003 y la actual en 2019. En 1996 sufrió una modificación muy importante en su definición, en el protocolo de 2003 quedan recogidas de manera detallada las tres primeras adaptaciones llevadas a cabo. Todas, incluida la presente, se han realizado bajo la premisa de respetar la comparabilidad de los datos a lo largo del tiempo y de buscar la convergencia con los estándares europeos.

Este indicador nunca llegó a implantar en todas las comunidades y su cobertura ha variado con el tiempo en cuanto a las comunidades participantes y a los hospitales monitorizados en cada una de ellas. Todo ello hay que tenerlo en cuenta en la valoración de las tendencias y las comparaciones.

El nuevo protocolo del Indicador Urgencias tiene como objetivo fundamental conocer las sustancias psicoactivas responsables de los episodios de urgencia relacionados con el consumo de las mismas y el perfil de los consumidores que acuden a urgencias.

Para el buen funcionamiento de este indicador es fundamental la participación de las Comunidades y Ciudades Autónomas ya que de ellas depende la recogida de los datos. Estas facilitarán los datos al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) quién realizará los análisis pertinentes que permitan obtener información sobre el número y las características de las personas atendidas en los servicios de urgencias monitorizados. Esta información será analizada e interpretada junto con el resto de la información disponible en el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (indicador de tratamiento, indicador de mortalidad, indicador de consumo problemático, indicador de enfermedades infecciosas, encuestas en estudiantes, en profesores, en población penitenciaria, en población general y en población laboral) para entender mejor la situación del consumo de las sustancias psicoactivas en España y los problemas asociados, con el fin de aportar información útil para diseñar e implementar políticas, así como para iniciar nuevos estudios.

2. OBJETIVOS DEL INDICADOR

Los principales objetivos del indicador son:

- ❑ Conocer las sustancias psicoactivas responsables de las urgencias hospitalarias relacionadas con su consumo.
- ❑ Conocer el perfil de los consumidores que acuden a urgencias.
- ❑ Conocer los problemas agudos de salud directamente relacionados con el consumo reciente no médico de sustancias psicoactivas (o su síndrome de abstinencia).
- ❑ Contribuir, junto con el resto de la información disponible en el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a entender mejor la situación del consumo de las sustancias psicoactivas en España y los problemas asociados.

3. DEFINICIÓN DE CASO

DEFINICIÓN DE “CASO” EN EL INDICADOR DE URGENCIAS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Episodio de urgencia hospitalaria ⁽¹⁾ por reacción aguda relacionada con el consumo reciente ⁽²⁾ no médico ⁽³⁾ de sustancias psicoactivas ⁽⁴⁾ (o síndrome de abstinencia) ⁽⁵⁾ en personas de 15 a 59 años ⁽⁶⁾.

(1) URGENCIAS HOSPITALARIAS

- ❑ **Se considera “urgencia hospitalaria”** aquella que ha sido atendida por personal médico en un servicio hospitalario de urgencias.

- ❑ **NO SE NOTIFICAN:** Las urgencias atendidas en ambulancias o servicios de urgencias extrahospitalarios.

(2) POR REACCIÓN AGUDA RELACIONADA CON EL CONSUMO RECIENTE

- ❑ **Se considera “reacción aguda relacionada con el consumo reciente”** la aparición de efectos adversos asociados con la intoxicación por el consumo de sustancias psicoactivas en un corto periodo de tiempo previo a la entrada en urgencias. Este criterio temporal no aplicará en el caso de Síndrome de Abstinencia. Se considerará que los efectos adversos están asociados al consumo reciente, siempre que esta relación conste o se deduzca del informe de urgencias. Se incluirán las complicaciones locales relacionadas con la vía de administración, las lesiones traumáticas o accidentales relacionadas directamente con el consumo y las sobredosis.
- ❑ **NO SE NOTIFICAN:** Enfermedades crónicas, ni urgencias en embarazadas por consumo de sustancias psicoactivas.

(3) CONSUMO NO MÉDICO

- ❑ **Se considerará que existe “consumo no médico”** cuando en el informe del episodio de urgencias se menciona explícitamente el consumo reciente de:
 - alguna sustancia psicoactiva de comercio ilegal.
 - alguna sustancia psicoactiva de comercio legal en la que en el informe de urgencia consta que no ha sido prescrita o recetada por un médico.
 - alguna sustancia psicoactiva de comercio legal prescrito o recetado por un médico, pero en la que en el informe de urgencia consta que no se ha respetado voluntariamente la indicación o las pautas de administración (dosis, combinaciones con otras sustancias, momento de consumo, vía de administración, etc.).
 - alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal administrada de forma inadvertida por un tercero (sumisión química o similar, etc....)

❑ **NO SE NOTIFICAN:**

- Urgencias por reacciones adversas a medicamentos prescritos y utilizados en la forma y dosis establecidos por su médico.
- Los consumos accidentales debidos a errores en las pautas de dosificación prescritas por el médico.
- Intoxicación accidental o no intencional debido al transporte o manufactura de sustancias psicoactivas.

(4) SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Se considera sustancias psicoactivas: Todas las sustancias recogidas en la lista de sustancias registrables (anexo 2), independientemente de que aparezca sola o acompañada de otras sustancias. Los casos atendidos en urgencias relacionados con una conducta adictiva comportamental/sin sustancia (juego, videojuego, internet) responsable de la misma, se podrán notificar de manera voluntaria.

- ❑ **NO SE NOTIFICAN:** Urgencias de cualquier naturaleza en las que se menciona exclusivamente consumo de nicotina (tabaco) o xantinas (café, té, chocolate) y cualquiera de estas dos sustancias combinadas.

(5) SINDROME DE ABSTINENCIA

- ❑ **Se considera Síndrome de Abstinencia:** el conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen en una persona cuando deja bruscamente de tomar una sustancia a la cual está habituada o es adicta.

(6) PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS

- ❑ Se registran todos los episodios que se produzcan en personas entre 15 y 59 años.
- ❑ **NO SE NOTIFICAN:** Las urgencias en pacientes menores de 15 años o mayores de 59 años, cualquiera que sea su naturaleza.

3.1 Consideraciones metodológicas

Se seleccionará y registrará cualquier episodio de urgencia hospitalaria que:

- ❑ Se ajuste a la definición de caso
- ❑ Se haya producido en la semana seleccionada aleatoriamente por el OEDA (entrada en urgencias entre las 00.00 horas del lunes y las 23.59 horas del domingo siguiente).

NO SE NOTIFICAN: Se excluirán las urgencias en las que el paciente ha llegado muerto al hospital.

4. DEFINICION VARIABLES INDICADOR DE URGENCIAS

Concepto, valores, consideraciones metodológicas y operacionales.

A continuación, se presentan las variables que las Comunidades y Ciudades Autónomas deben recoger y notificar al Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (OEDA), con independencia de que en cada una de ellas se recopile información complementaria.

Al OEDA se deberá notificar el código de respuesta y no el literal. La notificación deberá hacerse siguiendo el formato establecido.

Nº	NOMBRE DE VARIABLE
I. DATOS BÁSICOS	
1	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE CASO
2	CÓDIGO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA
3	PROVINCIA DE RESIDENCIA
4	MUNICIPIO DE RESIDENCIA
5	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL
6	FECHA DE ADMISIÓN EN URGENCIAS
II. SOCIODEMOGRÁFICOS	
7	SEXO
8	FECHA DE NACIMIENTO
8a	EDAD
9	NACIONALIDAD/PAIS DE NACIMIENTO
III. SINTOMAS CLÍNICOS AL INGRESO (Se seleccionarán tantos síntomas como consten en el informe del episodio de urgencias)	
10_1	AGITACIÓN/AGRESIVIDAD/IRRITABILIDAD
10_2	ALUCINACIONES/DELIRIOS/EPISODIOS PSICÓTICOS
10_3	ANSIEDAD
10_4	COMA/PERDIDA DE CONCIENCIA/SÍNCOPE
10_5	CONVULSIONES/CRÍISIS EPILÉPTICAS (TÓNICO CLÓNICAS, MIOCLÓNICAS.....)
10_6	DEPRESIÓN RESPIRATORIA
10_7	DESORIENTACIÓN
10_8	DIARREA
10_9	DISNEA (DIFICULTAD PARA RESPIRAR) /INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
10_10	DOLOR ABDOMINAL
10_11	DOLOR DE CABEZA/CEFALEA
10_12	DOLOR DE PECHO/TORÁCICO
10_13	FATIGA/CANSANCIO
10_14	HIPERREFLEXÍA
10_15	HIPERTENSIÓN
10_16	HIPERTERMIA/FIEBRE
10_17	HIPOTENSIÓN
10_18	INESTABILIDAD EN LA MARCHA/ATAXIA/SÍNTOMAS CEREBELOSOS
10_19	MAREOS/VÉRTIGO

10_20	MIDRIASIS /DILATACIÓN PUPILAR
10_21	MIOSIS/CONTRACCIÓN PUPILAR
10_22	PALPITACIONES/ARRITMIAS/TAQUICARDIAS
10_23	PÁNICO/CRISIS DE PÁNICO
10_24	RIGIDEZ MUSCULAR
10_25	TEMBLORES
10_26	VÓMITOS/NÁUSEAS
10_27	NINGUNO DE LOS ANTERIORES
10_99	OTROS. ESPECIFICAR:
IV. ANTECEDENTES	
11	PATOLOGÍA PSIQUIATRÍCA PREVIA
11_1	CODIGO CIE-10
11_2	CODIGO CIE-10
V. DIAGNÓSTICO DE LA URGENCIA	
12_1	DIAGNÓSTICO DE LA URGENCIA 1
12_2	DIAGNÓSTICO DE LA URGENCIA 2
12_3	DIAGNÓSTICO DE LA URGENCIA 3
12_4	DIAGNÓSTICO DE LA URGENCIA 4
12_5	DIAGNÓSTICO DE LA URGENCIA 5
12_a	URGENCIA PROCEDENTE DE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO
VI. SUSTANCIAS	
13_1	SUSTANCIA RELACIONADA
14_1	VIA DE CONSUMO
15_1	TIPO DE CONSUMIDOR
13_2	SUSTANCIA RELACIONADA
14_2	VIA DE CONSUMO
15_2	TIPO DE CONSUMIDOR
13_3	SUSTANCIA RELACIONADA
14_3	VIA DE CONSUMO
15_3	TIPO DE CONSUMIDOR
13_4	SUSTANCIA RELACIONADA
14_4	VIA DE CONSUMO
15_4	TIPO DE CONSUMIDOR
13_5	SUSTANCIA RELACIONADA
14_5	VIA DE CONSUMO
15_5	TIPO DE CONSUMIDOR
13_6	SUSTANCIA RELACIONADA
14_6	VIA DE CONSUMO
15_6	TIPO DE CONSUMIDOR
VII. RESOLUCIÓN DE LA URGENCIA	
16	RESOLUCIÓN DE LA URGENCIA

VARIABLE 1: CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE CASO

❑ CONCEPTO

La finalidad de este código es que cada uno de los casos tenga un número único de identificación.

❑ VALORES

Se cumplimenta con 9 dígitos: 1 letra y 8 números.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Se genera automáticamente en el programa en el que se grabarán los datos.

VARIABLE 2: CÓDIGO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

❑ CONCEPTO

Comunidad/Ciudad Autónoma que envía la urgencia.

❑ VALORES

Se cumplimentan con 2 dígitos el código atribuido a cada Comunidad/Ciudad Autónoma.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Esta variable no admite datos desconocidos. En el anexo 3 vienen definidos los códigos correspondientes a cada comunidad autónoma.

VARIABLE 3: PROVINCIA DE RESIDENCIA

❑ CONCEPTO

Provincia de residencia

❑ VALORES

Se cumplimentan con 2 dígitos el código atribuido a cada Provincia.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

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

Se utilizarán los códigos INE de provincia. En el anexo 3 vienen definidos los códigos correspondientes a cada provincia.

Si el sujeto ha residido la mayor parte del tiempo en el extranjero se anotará 88.

VARIABLE 4: MUNICIPIO DE RESIDENCIA

❑ CONCEPTO

Municipio de Residencia.

❑ VALORES

Se cumplimentan con 3 dígitos el código atribuido a Municipio.

- 888. Si reside en el extranjero
- 999. Desconocido

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

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

Para la codificación se utilizarán los códigos de municipios del INE (Relación de Municipios y Códigos por Provincias a 1 de enero de 2019, INE, Publicaciones Electrónicas).

VARIABLE: 5 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

❑ CONCEPTO

Número hospital notificador.

❑ VALORES

Código de hospital que consta en el Catálogo Nacional de Hospitales

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Esta variable no admite datos desconocidos. Los responsables de cada Comunidad/Ciudad Autónoma deberán codificar los hospitales según el código asignado en el Catálogo Nacional de Hospitales.

VARIABLE 6: FECHA DE ADMISIÓN A URGENCIAS

❑ CONCEPTO

Se considerará como fecha de admisión a urgencias el día en que se realiza el ingreso en la sala de urgencias.

❑ VALORES

Se cumplimenta con ocho dígitos, 2 para el día (del 01 al 31), 2 para el mes (del 01 al 12) y 4 para el año. En los días o meses que sólo tengan unidades, la casilla de la izquierda se rellenará con un cero. Ej.: 03092012. Los desconocidos en día y mes se complementarán con 99.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

El año de la urgencia no permite valores desconocidos. Si no están cumplimentadas sus 4 posiciones no se podrá notificar la admisión.

II. SOCIODEMOGRÁFICOS

VARIABLE 7: SEXO

CONCEPTO

El sexo es una variable demográfica básica.

VALORES.

01. Hombre

02. Mujer

CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Se recuperará la información del informe de urgencias.

VARIABLE 8: FECHA DE NACIMIENTO

CONCEPTO

Notificar la fecha de nacimiento.

VALORES

Se cumplimenta con ocho dígitos, 2 para el día (del 01 al 31), 2 para el mes (del 01 al 12) y 4 para el año. En los días o meses que sólo tengan unidades, la casilla de la izquierda se rellenará con un cero. Ej.: 03092012. En caso de que no aparezca día o mes, se rellenará con 99.

CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Se intentará recuperar la información del informe de urgencias. Se anotará al menos el año de nacimiento. En el caso de que no aparezca el año de nacimiento, pero si la edad, se calculará a partir de los datos que aparezcan en el informe de urgencias.

VARIABLE 8a: EDAD

CONCEPTO

Notificar la edad actual.

VALORES

Se notificará la edad en años, con dos dígitos.

99. Desconocido.

CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Se intentará recuperar la información del informe de urgencias. Se anotará la edad (años) que tiene el paciente el día de la urgencia. En el caso de que no aparezca la edad calculada, se calculará a partir de los datos que aparezcan en el informe de urgencias.

VARIABLE 9: NACIONALIDAD/PAÍS DE NACIMIENTO

❑ CONCEPTO

Identificar la nacionalidad o el país de nacimiento del sujeto.

❑ VALORES

A cada país/nacionalidad se le asignará un código de tres dígitos, de acuerdo con el sistema utilizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

999. Desconocido.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Al OEDA se deberá notificar el código de tres dígitos. En caso de que aparezca la nacionalidad y el país de nacimiento en el informe del episodio de la urgencia y sean diferentes, se notificará la nacionalidad.

En el anexo 4 vienen definidos los códigos correspondientes a cada país.

III. SINTOMAS CLÍNICOS AL INGRESO

VARIABLE 10: SÍNTOMAS CLÍNICOS AL INGRESO

❑ CONCEPTO

Se marcarán todos aquellos síntomas que se encuentren registrados en el informe de urgencias.

SÍNTOMAS

- 10.1 Agitación/ agresividad/ irritabilidad
- 10.2 Alucinaciones/delirios/episodios psicóticos
- 10.3 Ansiedad
- 10.4 Coma/pérdida de conciencia/síncope
- 10.5 Convulsiones/ crisis epilépticas (tónico clónicas, mioclónicas...)
- 10.6 Depresión respiratoria
- 10.7 Desorientación
- 10.8 Diarrea
- 10.9 Disnea (dificultad para respirar) / insuficiencia respiratoria
- 10.10 Dolor abdominal
- 10.11 Dolor de cabeza/ cefalea
- 10.12 Dolor pecho/torácico
- 10.13 Fatiga/ cansancio
- 10.14 Hiperreflexia
- 10.15 Hipertensión
- 10.16 Hipertermia/ fiebre
- 10.17 Hipotensión
- 10.18 Inestabilidad en la marcha/ ataxia/ síntomas cerebelosos
- 10.19 Mareos/vértigo
- 10.20 Midriasis/dilatación pupilar
- 10.21 Miosis/contracción pupilar
- 10.22 Palpitaciones/arritmias/taquicardias
- 10.23 Pánico/crisis de pánico
- 10.24 Rigidez muscular
- 10.25 Temblores
- 10.26 Vómitos/náuseas
- 10.27 Ninguno de los anteriores

10.99 Otros. Especificar.

❑ VALORES

01. Si

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Se marcarán todos los síntomas que consten en el informe del episodio de la urgencia.

Si no aparece ninguno de los señalados, marcar Ninguno de lo anteriores. En caso de que aparezca un síntoma diferente, especificar.

IV. ANTECEDENTES

VARIABLE 11: PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

❑ CONCEPTO

Se debe registrar si en el Informe de Urgencias aparece alguna información que nos permita conocer si el sujeto ha sido diagnosticado con algún tipo de patología psiquiátrica previamente al ingreso en urgencias, tanto a lo largo de su vida, como recientemente.

❑ VALORES

01. Si

❑ Código CIE

11.1 Código de 3, 4 o 5 dígitos

11.2 Código de 3, 4 o 5 dígitos

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Solo se registrará el "Si", si aparece alguna información que indique la existencia actual o previa de "patología psiquiátrica". La no existencia de esta información en el informe del episodio de la urgencia no permite afirmar que el paciente No tenga una patología psiquiátrica, por ello solo se registra el "Si".

Cuando se señale el "Si", siempre que sea posible, se codificará hasta dos patologías psiquiátricas a la que se haga referencia, mediante su código CIE-10-ES con un decimal.

Formato válido: primer carácter será una letra en mayúsculas; los 2 siguientes caracteres tendrán valores comprendidos entre el 00 y el 99, el siguiente carácter será un punto; los 2 siguientes caracteres (opcionales) tendrán valores comprendido entre el 00 y el 99.

Se permite registrar el código CIE: T14.91. Suicidios. Para los casos en los que se hace referencia en la documentación de la existencia de intentos de suicidio previos.

V. DIAGNÓSTICO DE LA URGENCIA

VARIABLE 12: DIAGNÓSTICO DE LA URGENCIA

❑ CONCEPTO

Se registrarán hasta 5 diagnósticos citados por el médico en el informe del episodio de la urgencia y en el mismo orden que son citados por el médico. Se trata de recoger los diagnósticos que ha establecido el médico tras evaluar al paciente el servicio de urgencias y no los motivos o razones subjetivas por los que el paciente ha acudido a dicho servicio.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Los diagnósticos se notificarán mediante su código CIE-10 con dos decimales del mismo modo que lo hace el CMBD de Urgencias.

Formato válido: primer carácter será una letra en mayúsculas; los 2 siguientes caracteres tendrán valores comprendidos entre el 00 y el 99, el siguiente carácter será un punto; los 2 siguientes caracteres (opcionales) tendrán valores comprendido entre el 00 y el 99.

VARIABLE 12a: URGENCIA PROCEDENTE DE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO

❑ CONCEPTO

Se marcará la casilla si la urgencia procede de un accidente de tráfico.

❑ VALORES

01. Si

VARIABLE 13: NOMBRE DE LAS DROGAS QUE EL MÉDICO RELACIONA CON LA URGENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA

❑ CONCEPTO

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

❑ VALORES

Se cumplimentan con 4 dígitos el código atribuido a cada sustancia.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

En el Anexo 2 vienen definidos los códigos correspondientes a cada sustancia psicoactiva.

VARIABLE 14: VÍA DE CONSUMO

❑ CONCEPTO

Notificar la vía más frecuente de administración de la/s droga/s que se indican en el informe de urgencias.

❑ VALORES.

01. Oral
02. Pulmonar o fumada
03. Intranasal o esnifada
04. Parenteral o inyectada
05. Vía transdérmica
06. Otra (Especificar)
09. Desconocida.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

“Oral”: Ingestión de la droga por la boca. Se codificará esta vía, aunque la absorción se produzca más en la mucosa oral que en el tubo digestivo, por ejemplo, el caso del LSD.

“Pulmonar o fumada” (aspiración de gases o vapores, chinos). Aspiración y posterior absorción pulmonar de vapores de drogas sometidas a combustión en cigarrillos, pipas, papel de aluminio, etc., o de sustancias volátiles no sometidas a combustión (butano, gasolina, cola, solventes, etc.). Esta vía hay que diferenciarla de la esnifada, en la que se aspira droga en polvo por la nariz. Si en algún documento clínico aparecen expresiones como “consumo por vía inhalada” habrá que identificar claramente si se trata de vía pulmonar (fumada) o de vía intranasal (esnifada), porque la experiencia muestra que esta expresión es ambigua y es utilizada con un significado diferente por pacientes y profesionales.

“Intranasal o esnifada” (aspiración de polvo por la nariz). Aspiración por nariz y posterior absorción por la mucosa nasofaríngea de sustancias en forma de polvo o pequeñas partículas o cristales.

“Parenteral o inyectada”: Administración de la droga por vía parenteral -intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica.

“Transdérmica”: Administración de la droga por vía transdérmica, con parches transdérmicos o ungüentos, pomadas.

“Otra”. Se incluirá la administración de la droga por vías diferentes a las mencionadas en las categorías anteriores y deberá detallarse cuál es la vía. Ejemplo: tópica, vaginal, rectal, etc.

“Desconocida”: Se grabará desconocida cuando en el informe de urgencias no aparezca ninguna información que permita conocer la vía de administración de las sustancias relacionadas con las urgencias.

VARIABLE 15: TIPO DE CONSUMIDOR

❑ CONCEPTO

Esta variable pretende detectar el tipo de consumo que realiza el paciente de la/las sustancias relacionadas con la entrada en urgencias. Se debe registrar si en el informe de urgencias aparece alguna información que nos indique el tipo de consumidor:

VALORES

01. Ocasional
02. Habitual
03. Intento autolítico
04. Sumisión química
09. Desconocido

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Se optará por la opción “Ocasional”, si del informe de urgencias se puede extraer que la frecuencia de consumo ha sido experimental, es intermitente, sin periodicidad fija y/o con largos intervalos de abstinencia.

Se optará por la opción de “Habitual”, si del informe de urgencias se puede extraer que la frecuencia de consumo es continuada en el tiempo, con periodicidad o con pequeños intervalos de tiempo entre consumos.

Se optará por la opción de “Intento autolítico”, si del informe de urgencias se puede extraer el objetivo del consumo es un intento autolítico.

Se optará por la opción de “Sumisión química”, si del informe de urgencias se puede extraer que la urgencia ha estado provocada por la administración de sustancias químicas a una persona sin su consentimiento.

Se optará por la opción de “Desconocido”, si del informe de urgencias no se puede extraer información sobre el tipo de consumidor.

VARIABLE 16: RESOLUCIÓN DE LA URGENCIA

❑ CONCEPTO

Se anotará el resultado de la atención en el servicio de urgencias.

❑ VALORES

01. Alta médica
02. Alta voluntaria
03. Ingreso hospitalario
04. Muerte en urgencias
05. Traslado a otro centro sanitario
09. Desconocido

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

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

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

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

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

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

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

5. METODOLOGÍA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Cobertura geográfica

Se monitorizará al menos las urgencias del hospital más grande de cada CCAA a no ser que se justifique coger otro hospital porque atiende mayor número de urgencias relacionadas con drogas, aunque sea un hospital de menor tamaño.

Para obtener una cobertura suficiente de las urgencias en consumidores de sustancias psicoactivas, sería conveniente monitorizar todos los hospitales de cada área seleccionada que cumplan algún criterio de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión que se describen a continuación.

5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se debe recoger la información de los siguientes hospitales:

- 1) Hospitales generales públicos, o privados concertados que tienen un número importante de urgencias diarias. Y al menos el hospital con mayor número de urgencias de la CCAA o CA.
- 2) Hospitales públicos o privados que tienen un número total de urgencias limitado, pero una proporción alta de urgencias en consumidores de sustancias psicoactivas.

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

5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se monitorizarán los hospitales siguientes:

Maternidades

Otros hospitales de especialidades o monográficos existentes en el área.

Cobertura temporal

Se recogerá al menos una semana al mes del o de los hospitales que se notifiquen. Las semanas de las que se recogerá información se seleccionarán de forma aleatoria en el OEDA para simplificar la gestión y mejorar la comparabilidad. En enero de cada año se enviará la selección de semanas a notificar a las Unidades Autonómicas.

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

Selección de casos

Se deberán revisar todos y cada uno de los episodios de urgencias que se produzcan en las semanas enviadas por el OEDA del hospital seleccionado. No pudiéndose realizar ninguna selección previa de episodios de urgencias (selección previa mediante un listado de palabras, selección de aquellos casos que hayan dado positivo en los análisis toxicológicos...) que puede llevar consigo sesgos que pueden afectar a la calidad de los casos notificados.

6. ANEXOS