



PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA EL CONTRATO DE SERVICIOS DENOMINADO “ESTUDIO DE LOS EPISODIOS DE URGENCIAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID”.

1º OBJETO DEL CONTRATO

El objeto del contrato es la recogida y análisis de episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, en personas de **14 a 64 años**, ambos inclusive en una muestra seleccionada de hospitales y en los Servicios de Emergencias de la Comunidad de Madrid.

El trabajo a realizar tiene como resultado la elaboración del indicador urgencias, cuyas características se refieren a continuación.

2º DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A REALIZAR

2.1. DEFINICIÓN DE CASO Y VARIABLES

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

Episodio de urgencia ⁽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 14 a 64 años⁽⁶⁾.

(1) URGENCIAS HOSPITALARIAS

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

(2) 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, independientemente de que aparezca sola o acompañada de otras sustancias. Los casos atendidos en urgencias relacionados con una conducta adictiva sin sustancia (juego, videojuego, internet) responsable de la misma.

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

(5) SÍNDROME 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 14 A 64 AÑOS

- ❑ Se registran todos los episodios que se produzcan en personas entre 14 y 64 años.
 - ❑ **NO SE NOTIFICAN:** Las urgencias en pacientes menores de 14 años o mayores de 64 años, cualquiera que sea su naturaleza.

2.2 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.

2.3. DEFINICION VARIABLES INDICADOR DE URGENCIAS

Concepto, valores, consideraciones metodológicas y operacionales.

Nº	NOMBRE DE VARIABLE
I. DATOS BÁSICOS	
1	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE CASO
1.A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS
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	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 O TÓNICO-CLÓNICAS
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
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
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

I. DATOS BÁSICOS

VARIABLE 1: CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE CASO

❑ CONCEPTO

La finalidad de este código es poderlo relacionar con otros indicadores del Sistema de Información.

❑ VALORES

Se construye con las letras del primer y segundo apellido y la fecha de nacimiento

- En total hay que recoger cuatro letras. Dos para el primer apellido y dos letras para el segundo.
- La fecha de nacimiento se cumplimentará con ocho dígitos, dos para el día (del 01 al 31), dos para el mes (del 01 al 12) y cuatro para el año (las cuatro cifras del año).

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

La selección de las letras en casos complejos se basará en los siguientes principios:

-No se tendrán en cuenta los artículos, preposiciones o conjunciones que forman una palabra separada de los apellidos. Ejemplos: de la Torre: Se anotará TO. Latorre: Se anotará LA

-Es necesario identificar bien cada uno de los dos apellidos. Ejemplo: Pérez de Torrens y Aguinaga: Primer apellido: Pérez de Torrens. Se anotará PE y segundo apellido: Aguinaga. Se anotará: AG.

-En el caso de apellidos que empiecen por "Ll" o "Ch", tanto la "elle" como la "che" se considerarán dos letras. Ejemplos: Llovet: Se anotará LL. Chávez: Se anotará CH.

Si se desconoce un apellido o no existe se notificará cada letra desconocida como X.

En el caso de ciudadanos extranjeros, se consignarán como código de identificación:

1º y 2º dígito: se cumplimentarán las dos primeras letras del nombre

3º y 4º dígito: se cumplimentarán con las dos primeras letras del primer apellido

VARIABLE 1A: NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS

❑ CONCEPTO

Se recogerá el número de historia clínica para posteriores comprobaciones.

❑ VALORES

Según la codificación utilizada en cada hospital.

VARIABLE 2: CÓDIGO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

❑ CONCEPTO

Comunidad/Ciudad Autónoma.

❑ 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.

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

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.

Si el sujeto ha residido la mayor parte del tiempo en el extranjero se anotará 99.

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

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. Para la codificación se utilizarán los códigos de municipios del INE.

VARIABLE: 5 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

❑ CONCEPTO

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública
Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD
C/ San Martín de Porres, 6 -1ª Planta
Tel.: 913700816
sgepidemiologia@salud.madrid.org

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.

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 seis 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.

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Esta variable no admite valores desconocidos. Si no están cumplimentadas sus 8 posiciones no se podrá notificar la admisión.

II. SOCIODEMOGRÁFICOS

VARIABLE 7: SEXO

❑ CONCEPTO

El sexo es una variable demográfica básica.

❑ VALORES.

1. Hombre
2. Mujer

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

Se recuperará la información del informe de urgencias.

VARIABLE 8: 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

III. SÍNTOMAS 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 o tónico clónicas
- 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

❑ VALORES

1. Si

❑ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

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

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

1- Si

Código CIE

11.1 ☐☐☐☐

11.2 ☐☐☐☐

❑ 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.

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.

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 privación, 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 la lista de sustancias registrables 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.

1. Oral
2. Pulmonar o fumada
3. Intranasal o esnifada
4. Parenteral o inyectada
5. Vía transdérmica
6. Otra (Especificar)
9. 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 gases sustancias volátiles no sometidas a combustión (butano, gasolina, cola, solventes, etc.). Esta vía hay que diferenciarla de la esnifada, en la que se aspira droga en polvo por la nariz. 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

- 1- Ocasional
- 2- Habitual
- 9 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 “Desconocido”, si del informe de urgencias no se puede extraer información sobre el tipo de consumidor.

VII. RESOLUCIÓN DE LA URGENCIA

VARIABLE 16: RESOLUCIÓN DE LA URGENCIA

□ CONCEPTO

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

□ VALORES

- 1- Alta médica
- 2- Alta voluntaria
- 3- Ingreso hospitalario
- 4- Muerte en urgencias
- 5- Traslado a otro centro sanitario
- 9- Desconocido

□ CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y/O METODOLÓGICAS

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

“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.

3. METODOLOGÍA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Cobertura geográfica

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

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

4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se debe recoger la información de una muestra de los hospitales que se definirá en la Comunidad de Madrid y en los Servicios de Emergencias de la Comunidad de Madrid.

4.2. 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/los hospital/es que se notifique/n. 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.

4. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA Y TRANSMISIÓN DE DATOS

Las tareas del equipo de recogida de datos serán las siguientes:

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

La recogida se hará de forma *activa*, por *personas especialmente entrenadas* que se responsabilicen de esta tarea. Se entiende por recogida activa la búsqueda de episodios de urgencia mediante la *revisión sistemática, retrospectiva y exhaustiva de las historias clínicas* de los servicios de urgencia monitorizados y la obtención de los resultados de las pruebas analíticas referentes al consumo de sustancias psicoactivas efectuadas en los laboratorios de urgencias de los hospitales seleccionados para este fin. Para ello:

- * Será necesario revisar todos los archivos donde se almacenen historias clínicas de urgencias generales.
- * Será necesario recoger los listados de las pruebas analíticas correspondientes en los laboratorios de urgencias de los hospitales seleccionados para este fin.
- * En el caso de las urgencias correspondientes al Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid (SUMMA 112) y al Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR) se recogerán los listados correspondientes a las urgencias atendidas por consumo de sustancias psicoactivas por estos organismos.
- * Para obtener la información sobre algunas variables, como fecha de nacimiento, municipio de residencia, provincia de residencia y resolución de la urgencia, puede ser necesario revisar, además de las historias clínicas, otros documentos como el libro de registro de urgencias o los registros generales del servicio de admisión del hospital.

En algunos hospitales los diagnósticos de urgencia están informatizados. En estos casos sólo se aceptará la selección de las historias a partir de las bases de datos o los listados de ordenador si en ese hospital y para ese período se demuestra (tras un estudio de validación) que el proceso informático detecta una proporción superior al 90% del número real de casos. Dada la diversidad de diagnósticos y motivos de consulta que se pueden dar en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, es difícil pensar que va a ser posible detectar el porcentaje citado a partir de un listado de ordenador. A la hora de cumplimentar la Hoja han de tenerse en cuenta las siguientes indicaciones:

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

b) Resolver las solicitudes de confirmación o corrección de datos que haga la Comunidad de Madrid

Cuando la Comunidad de Madrid lo demande, el equipo obtendrá información adicional o confirmación de todos aquellos episodios con datos incompletos, erróneos o dudosos, volviendo si es necesario a consultar los archivos del

servicio de urgencia o los generales del hospital.

c) Codificar los datos y grabar los datos de las Hojas de Registro de Urgencias en soporte de almacenamiento digital de datos diseñado al efecto.

d) Validar automáticamente la información de los registros grabados.

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

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

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

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

f) Enviar semestralmente los datos a la Comunidad de Madrid en soporte de almacenamiento digital diseñado al efecto.

5. OBLIGACIONES DEL ADJUDICATARIO

- ✓ Traslado de los datos al cuestionario diseñado al efecto. Grabación y procesamiento informático de todos los cuestionarios y resultados analíticos obtenidos y su posterior envío a la Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, en los plazos que ésta estipule.
- ✓ Elaboración de un informe para cada semestre natural y uno anual de toda la información recogida en los cuestionarios y de análisis e investigación de los episodios de Urgencias Hospitalarias y extrahospitalarias, así como un informe a la finalización del contrato con datos comparativos de las Urgencias de cada anualidad.
- ✓ No obstante lo anterior deberá informar a la Unidad Técnica de Vigilancia de las Adicciones de cualquier circunstancia que le sea requerida sobre este tema y en el momento que se solicite.

Información sobre el contrato cuyo carácter confidencial debe respetar el contratista:

La empresa adjudicataria se comprometerá a mantener en todo momento un riguroso control de cuantos datos e información acceda o conozca, como consecuencia de las actividades derivadas del presente Contrato, garantizando la necesaria confidencialidad de los mismos, el cumplimiento de la legislación sobre protección de datos de carácter personal y en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento general de protección de datos), así como la normativa vigentes en cada momento, y a no hacer difusión ni ninguna otra utilización de los mismos.

La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid será la responsable de toda la información y de los

resultados obtenidos a resultas del presente contrato y los podrá explotar libremente bajo su entera responsabilidad.

En el caso de que se produjera una utilización anormal o negligente por parte de la empresa adjudicataria o se violara la confidencialidad requerida, por la Consejería de Sanidad se adoptarían las medidas administrativas previstas por la ley, incluido su traslado al orden jurisdiccional correspondiente si procediere.

Dicha obligación de confidencialidad se rige durante el contrato por la cláusula correspondiente y se prolongará de forma indefinida una vez finalizado.

Relaciones institucionales

- ✓ El adjudicatario no podrá mantener relación institucional, hacer declaraciones a medios de comunicación o entregar documentación o datos, sobre temas concernientes a este Servicio, sin la autorización de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Ni el adjudicatario ni sus trabajadores afectos a la ejecución del Servicio podrán en ningún caso mantener relación alguna con Instancias oficiales públicas o privadas o medios de comunicación, publicaciones, ni asistir a cursos, conferencias, seminarios o similares en calidad de ponentes sin permiso expreso y previo de la Dirección General de Salud Pública sobre materias relacionadas con la prestación del servicio. Esta prohibición persistirá aun cuando haya finalizado la ejecución del contrato.
- ✓ Cualquier actividad que se realice con relación al objeto del presente contrato, deberá hacer referencia a que la acción se dirige y organiza por la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- ✓ Todos los materiales elaborados deberán incluir el logo de esta institución en lugar preeminente.

6º PERFILES DEL EQUIPO

El equipo investigador debe incluir personal con los siguientes perfiles:

- Cuatro agentes de campo cuya titulación mínima deberá ser bachillerato superior o similar.
- Un supervisor de campo responsable de la revisión y supervisión de los casos recogidos cuya titulación mínima deberá ser Licenciado, preferiblemente en Medicina, de acuerdo con lo previsto en los criterios de adjudicación, pero podrá ser Licenciado o Graduado en Psicología o Sociología con experiencia acreditada en el ámbito de este contrato.
- Un responsable de proceso y de la elaboración de los informes semestrales y anuales cuya titulación mínima deberá ser **Licenciado o Graduado**, con conocimientos acreditados en estadística e informática.

Un grabador de datos cuya titulación mínima deberá ser F.P.1, auxiliar administrativo con conocimientos en informática.

7º. RESPONSABLE DEL CONTRATO.

El responsable del seguimiento de la ejecución del trabajo objeto de este contrato, será el Jefe de la Unidad Técnica de Vigilancia en Adiciones o Técnico en quien delegue.

La Dirección General de Salud Pública se reserva el derecho de comprobar, en todo momento, el correcto cumplimiento por parte del adjudicatario de todas las obligaciones que asume a través de esta contratación.

SUBDIRECTORA GENERAL DE VIGILANCIA EN SALUD PULICA

Firmado digitalmente por: ARCE ARNÁEZ Mª ARACELI
Fecha: 2022.04.12 10:33

Fdo.: Mª Araceli Arce Arnáez