

Consideraciones sobre la aplicación del Indicador de Urgencias Hospitalarias respecto a la notificación por alcohol

María del Carmen Diego Santamaría

Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria

Recibido: 03/09/2012 · Aceptado: 31/05/2013

Resumen

Se presenta un estudio descriptivo desde Cantabria basado en el Protocolo del Indicador de Urgencias del Plan Nacional sobre Drogas, estudiándose sólo las frecuencias para la notificación del alcohol de los datos obtenidos durante 4 años. El protocolo del 2003 fue diseñado para relacionar los distintos “diagnósticos” con las sustancias que se “mencionan” en la propia hoja de urgencias o en la historia clínica y asimismo las que el médico “relaciona” con la propia urgencia. Se estudia la distribución de las frecuencias y se establecen las categorías diagnósticas comparándolas y extrayendo las más significativas. Se concluye en la necesidad de proporcionar criterios para determinar la recogida de notificaciones y se abre el camino hacia el consenso en la recogida del consumo de alcohol en el ámbito sanitario, según sea el nivel de riesgo de consumo, la mejor opción para ser recogida la notificación sería el criterio “urgencia con evidencia de relación con el consumo de alcohol”. El segmentar la población que acude a urgencias en razón de “mencionar” o “relacionar” el diagnóstico, evidencia la diferencia de consumo y de problemas de salud que provoca el alcohol; la de unos que es de consumo constante en mucho tiempo y la de otros que es de abuso en poco tiempo.

Palabras Clave

Alcohol, indicador de urgencias hospitalarias, notificaciones por alcohol y sistemas de información.

— Correspondencia a:
María del Carmen Diego
Consejería de Sanidad
Gobierno de Cantabria
Federico Vial 13
39009 Santander
Email: diego_mc@cantabria.es



Abstract

This paper presents a descriptive study from Cantabria based on the Emergency Protocol Indicator of the National Drug Plan, studying only the frequencies for the notification of alcohol data obtained over four years. The 2003 protocol was designed to relate the different “diagnoses” with substances that are “mentioned” on the actual emergency sheet or medical record and also the ones that the doctor “associates” with the emergency case. We study the frequency distributions and diagnostic categories are established by comparing and extracting the most significant ones. Our conclusion shows the need to provide criteria to determine collection of notifications and open the way towards consensus in the recording of alcohol consumption in the health field, depending on the level of consumption risk: the best choice for collection of the notification would be the “urgency with evidence of association with alcohol consumption” criterion. Segmenting the population going to the emergency service by “mentioning” or “associating” the diagnosis shows the difference in consumption and health problems caused by alcohol, that of constant consumers over long periods and that of others involving abuse over a short time.

Key Words

Alcohol, indicator of hospital emergency cases, alcohol notifications and information systems.

INTRODUCCIÓN

El consumo del alcohol es uno de los principales riesgos evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres (esófago, laringe, colon) como se describe en la “Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol” publicada en el 2010 por la OMS, avalada por la 63.a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010. El uso nocivo de alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas, como el VIH, la tuberculosis y la neumonía. Asimismo está relacionado con traumatismos intencionales o “no intencionales” o sea accidentales. (“Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol”, 2010), sin contar con los múltiples conflictos

familiares y sociales que provoca diariamente en los ciudadanos de este mundo.

Uno de los desafíos epidemiológicos en cuanto al alcohol se refiere es el desarrollo de indicadores que permitan conocer la situación epidemiológica con respecto a esta sustancia legal y con un consumo muy prevalente en nuestra sociedad. Por este motivo, uno de los objetivos fijados en esta Estrategia Mundial es la creación y el mantenimiento de un sistema de registro y vigilancia de la morbilidad atribuible al alcohol así como definir indicadores de su uso nocivo.

Las encuestas son la forma más habitual y directa de estimar y obtener información sobre el consumo de alcohol, además por el hecho de ser esta sustancia de un consumo “normalizado” en nuestra sociedad. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



dispone de la Encuesta Nacional de Salud, y de las dos series de encuestas del Plan Nacional sobre Drogas, a saber: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 1995-2011) y la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES, 1994-2012). En la última encuesta EDADES se introdujo el test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification*) para obtener datos sobre los bebedores de riesgo. Esta prueba es una escala internacional desarrollada por la OMS, que consta de 10 preguntas que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y los problemas derivados por el consumo. Permite identificar consumos de riesgo o perjudiciales y la presencia de dependencia. De esta manera, se obtuvieron 18.717 cuestionarios válidos de personas que consumieron alcohol alguna vez en la vida para el estudio y análisis correspondiente.

Por otra parte, también se han desarrollado los indicadores indirectos, medidas objetivas que provienen de distintas fuentes y dan indicios sobre la evolución de una situación de una sustancia determinada y a lo largo del tiempo.

El Observatorio Español de Drogodependencias (OED) creado en 1997, a propuesta del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, heredó un sistema de información para Sustancias Psicoactivas Ilegales, que por su aplicación al tema que nos ocupa podemos destacar el **Indicador de Admisiones a Tratamiento** por abuso o dependencia de drogas (en la actualidad son pocas las Comunidades Autónomas que recogen alcohol para tener datos representativos de España), el **Indicador de Urgencias Hospitalarias** en consumidores de sustancias psicoactivas y el **Indicador de Mortalidad** por reacción aguda

de sustancias psicoactivas. Ninguno de estos tres Indicadores se desarrolló con el objetivo de notificar el uso nocivo o no de alcohol, y parece evidente que su aplicación puede entrañar dificultades tanto en la notificación como en la interpretación de los resultados.

El Indicador de Urgencias Hospitalarias tiene la ventaja de poder monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de sustancias psicoactivas especialmente de aquellas que suelen producir problemas con más frecuencia y son difíciles de explorar por otros medios. La versión actual de este indicador, según consta en el Protocolo del Indicador de urgencias del Observatorio Nacional de Drogodependencias (2003 y revisión posterior 2008), registra todos los episodios de urgencias hospitalarias en los que se menciona el consumo no médico o no terapéutico de drogas psicoactivas (recordamos que excluye aquellos en los que se menciona exclusivamente el alcohol, a pesar de que algunas Comunidades Autónomas lo recogieron como una sustancia psicoactiva más, no les faltaba razón en su proceder, pues ante la evidencia del consumo de alcohol no recogerlo era agrandar más la diferencia entre drogas "ilegales" y "legales", además de no contar con el dato y su tendencia). El criterio de exigir solo la mención de consumo de sustancias psicoactivas facilita la recogida de la información y la decisión de "caso a notificar", pero en el caso del alcohol puede entrañar una gran dificultad además de entorpecer la interpretación (Manual de procedimiento del Indicador de Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas, Protocolo, 2003 PNSD).

Si queremos desarrollar un indicador indirecto de Urgencias para el alcohol la pri-



mera dificultad que tenemos que solventar es la definición de que vamos a entender por "caso". Según los datos que tenemos de la serie EDADES más allá del 80% de los hombres y el 70% de las mujeres han consumido alcohol en los últimos 12 meses. Con una prevalencia de consumo tan alta podemos sospechar que encontraremos muchos casos con solo la "mención" de alcohol, base por la cual algunas Comunidades Autónomas vinieron recogiendo el alcohol desde los años 90 aprovechando la recogida de los Episodios de Urgencias Hospitalarias y sobre el mismo formulario establecido para la heroína, la cocaína y el cánnabis entre otras.

Pero a continuación describamos sucintamente el estudio y veamos lo que ocurre con el análisis y la distribución de las frecuencias.

MÉTODO

En los cuatro hospitales de la Comunidad de Cantabria se recogieron, por personal entrenado para ello y de forma activa y retrospectiva, 2.885 episodios de urgencias hospitalarias, en semanas escogidas al azar por el Observatorio Nacional de Drogas para la notificación del Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de Sustancias Psicoactivas. Se han incluido las notificaciones realizadas por alcohol a lo largo de 4 años en las que se recoge exclusivamente el consumo de alcohol (el tabaco no se ha considerado para la realización de este estudio). Se ha utilizado para ello el Protocolo de 2003 consensuado por la Comisión de los Responsables de la Gestión y Análisis de los Sistemas de Información. El primer criterio seguido para la notificación es el recoger cuando aparece "mencionado" el consumo de alcohol en la correspondiente

hoja de atención de Urgencias Hospitalarias y el segundo, es el que acota la recogida de la población entre 15 y 54 años inclusive como intervalo de selección de la edad. Definir que el hecho de ser "mencionado" el alcohol en la hoja de urgencias viene refrendado por la pregunta al paciente sobre los hábitos tóxicos que mantiene, por el conocimiento de su historia clínica o por informes anteriores sobre el mismo paciente registrado en base de datos al uso. El hecho de ser "mencionado" no implica que el alcohol sea la causa de la urgencia hospitalaria, como es de suponer, más bien que está presente su consumo en el paciente a la hora de responder a las preguntas de cribaje por parte del profesional sanitario. O sea, la mención da pie a que se recoja el alcohol sin más detalle diagnóstico pero otorgando a la sustancia la misma frecuencia que cualquier otra droga psicoactiva recogida en el protocolo. También se anota el nombre de cada droga que el profesional sanitario "relaciona" con la urgencia que atiende.

El sistema permite recoger varios "diagnósticos" para cada episodio. Para el análisis se ha tenido en cuenta los dos primeros diagnósticos nombrados en la hoja de atención de Urgencias Hospitalarias. Se ha realizado el cálculo de las frecuencias, su distribución, su estudio y el análisis de asociación con marca χ^2 en cada celda.

RESULTADOS

Cuando estudiamos la distribución de impresiones diagnósticas recogida en la hoja de urgencias, observamos que se dan muchas de las categorías diagnósticas relevantes de los consumidores de alcohol: La variabilidad diagnóstica y de trastornos es la característica



más significativa, que de por sí da a entender el alcance y la magnitud del alcohol en el cuerpo humano, de la que existe una extensa bibliografía al respecto. Obviamente cuando se recoge la "mención" del alcohol, la distribución de las frecuencias evidencia que los diagnósticos relativos a los problemas físicos como los trastornos digestivos, los traumatismos y circulatorios/respiratorios ocupan el 64,1%, mientras que los trastornos por consumo de alcohol y los trastornos mentales son el 27,8% como podemos observar en la figura 1:

Añadir que en el 32% de las urgencias hay una "relación" del consumo de alcohol y el episodio de urgencias, o sea, podemos deducir que es el alcohol quien provoca la propia urgencia.

Ahora compararemos la distribución de diagnósticos cuando hay evidencia de "relación" entre el alcohol y el episodio de urgencia. O sea, cuando el personal sanitario anota en la hoja de urgencias que el diagnóstico, por ejemplo vómitos, mareos etc. se produce por una intoxicación alcohólica y a consecuencia de esta y no por otra causa. Observemos la figura 2.

Figura 1. Diagnósticos más frecuentes en episodios de urgencias en los que se "menciona" el alcohol (%)

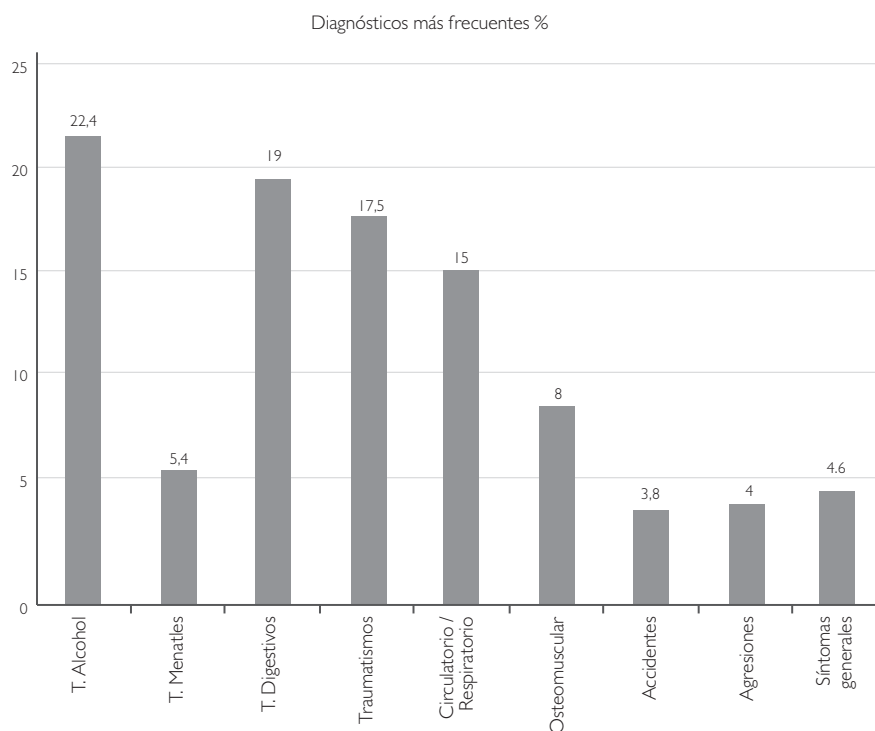
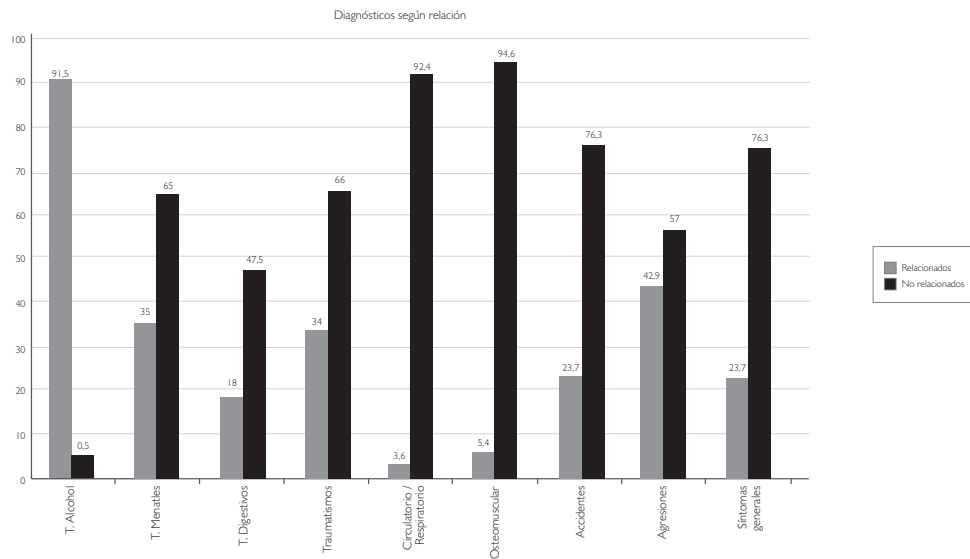




Figura 2. Diagnósticos más frecuentes según exista evidencia de “relación” del alcohol con el episodio de urgencia o no



Cuando aparecen diagnósticos físicos y mentales “relacionados” con los trastornos producidos por el alcohol, o sea la intoxicación, la dependencia o la abstinencia, los profesionales sanitarios los asocian directamente con la sustancia alcohol relacionándolos un 91,5% con el consumo de esta sustancia y además anotan que esta droga es la que ha causado la urgencia. Las “agresiones” relacionadas con el alcohol llegan hasta el 42,9%, al igual que los “trastornos mentales” a un 35% y los “traumatismos” que vienen asociados y relacionados en un 34%.

En los casos en los que el profesional de urgencias manifiesta “relación” y no sólo “mención” entre el consumo de alcohol y el diagnóstico, se establecen diferencias significa-

tivas, es decir, en el diagnóstico encontramos una frecuencia mayor que la esperada para las intoxicaciones etílicas, para los trastornos mentales y para las agresiones, tal como cabría esperar.

En el total de los diagnósticos relacionados con el uso del alcohol, el 67% de ellos corresponde a intoxicaciones etílicas el resto se debe a síntomas relacionados con la abstinencia o de dependencia del alcohol.

DISCUSIÓN

Una vez visualizada cada una de las dos gráficas observamos que las categorías diagnósticas o impresiones diagnósticas son idénticas, pero encontramos que la distribución de las frecuencias nos revela distribuciones totalmente



diferentes para cuando el alcohol es "mencionado" o "relacionado" con la urgencia, veamos:

Cuando se "menciona" el nombre de la droga en la hoja de urgencias, o sea el "alcohol", pero no se relaciona con la urgencia, se encuentra una frecuencia mayor de la esperada y estadísticamente significativa ($p=0,05$) en los denominados trastornos digestivos, respiratorios o trastornos del aparato circulatorio y/o problemas osteomusculares. Ahora bien, en cambio cuando el alcohol se "relaciona" con la urgencia encontramos diferencias significativas ($p=0,05$) en las intoxicaciones etílicas y demás trastornos mentales y del comportamiento debidos al alcohol, lesiones autoinflingidas, agresiones y contactos con servicios de salud (solicitud de alcoholemia). Se deduce que la "mención" en su mayor parte se relaciona con enfermedades puramente fisiológicas, que no dudamos que el alcohol algo tiene que ver; mientras que cuando se "relaciona" el alcohol con la urgencia aparecen los trastornos mentales y del comportamiento debidos al alcohol, quizá esta era la población diana que pretendía alcanzar el indicador:

Añadamos, por ejemplo el siguiente hecho; encontrar que la frecuencia en los episodios "mencionados", mayor de la esperada, es significativa para los trastornos digestivos. Sin embargo, entre los que presentan evidencia de "relación" con el alcohol, el porcentaje para estos trastornos digestivos encontrado es menor del esperado, también con significación estadística. O sea, podemos pensar que los diagnósticos que se relacionan con el alcohol, intoxicación etílica, no tienen problemas digestivos, pues no; lo que ocurre es que el profesional prioriza el trastorno por consumo

de alcohol antes que los problemas digestivos cuando de intoxicaciones se trata. Esto nos deja la puerta abierta a preguntarnos ¿estamos hablando de una misma población? O mejor ¿son dos poblaciones diferentes? El hecho de encontrar en la historia clínica o en el cribaje del profesional de urgencias la "mención" o "relación" del consumo de alcohol determina o segmenta la población que acude a puertas de urgencia; a saber una población de más de 45 años afectada por problemas físicos y que durante muchos años ha sido consumidora de alcohol, frente a otra menor de 25 años que imprudentemente consumen alcohol abusivamente y son atendidos por intoxicaciones que afortunadamente en su mayoría se resuelven sin proceder al ingreso hospitalario. Cierto es que la pregunta que tendríamos que responder es si tiene sentido emplear la condición de "mencionada" o "relacionada" asociada a un diagnóstico, además añadir que en la hoja de urgencias no se recoge ningún patrón de consumo ni cribaje que precise o afile el diagnóstico o la impresión diagnóstica del sanitario de urgencias.

CONCLUSIÓN

En general, concluir sobre el indicador en las siguientes consideraciones:

Primero, apuntar que el Indicador de Urgencias Hospitalarias tiene como objetivo la obtención de información sobre el consumo de sustancias de los ciudadanos que acuden a las urgencias de los hospitales por episodios relacionados con el uso, mal uso, consumo y abuso de drogas.

Segundo, como indicador de prevalencia el número de urgencias está en relación con el



número de consumidores o adictos que existen en nuestra sociedad, que en otro artículo estimaremos. Además las urgencias hospitalarias en consumidores de drogas ilegales se utilizan como un indicador indirecto del consumo de drogas (Rodríguez et al., 1997; Sanjurjo et al., 2006; González-Zobi, 2011). Aquí cabe la posibilidad de encontrar el nexo que existe entre las drogas ilegales y el alcohol, que sin duda alguna éste apunta a ser el comodín de las drogas de las legales (tabaco y fármacos) como de las ilegales (cocaína y cánnabis).

Tercero, sirve como alerta de nuevos tipos de urgencias relacionados con nuevas sustancias psicoactivas, recoge cambios en las drogas o en las modalidades de consumo y marca una tendencia que debe ser objeto de estudio. Es necesario recordar que la mayor parte de la morbi-mortalidad asociada al abuso de alcohol afecta a los mayores de 30 años. Además, se ha producido un cambio en los problemas asociados al alcohol, observándose un descenso en patologías crónicas como las cirrosis y aumentando problemas como las intoxicaciones etílicas (Brugal et al., 2006) y los problemas colaterales o derivados como los accidentes de tráfico o la violencia íntima.

Cuarto, cumple con las condiciones de la OMS (1971) que debe cumplir como indicador y que requiere:

- Ser accesible: disponible y fácil de recoger.
- Ser preciso: siempre los mismos resultados.
- Ser válido: mide realmente las urgencias.
- Sensible: detecta cambios en las urgencias.
- Específico: detecta cambios sólo para las urgencias (validez de lo que mide).

Quinto, ser un indicador modificable y adaptable. Modificable en el sentido de avanzar en determinar mejor la urgencia sobre lo que supone el registro o la notificación. Hasta ahora se vienen identificando "sustancias psicoactivas" con pacientes sin un diagnóstico claro respecto a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, y la breve duración de los episodios de urgencias dificulta el diagnóstico como, por ejemplo, en el diagnóstico diferencial entre trastornos psiquiátricos inducidos o primarios, sin olvidar la gama de comorbilidad atribuible a determinados comportamientos: cabe reflexionar sobre la propia notificación en busca de un mejor planteamiento teórico y práctico, pues avanzar en el sentido de que por medio de la teoría sabemos que existe el "bebedor social" o no problemático, es decir, aquel para el que el consumo de alcohol de entrada es fructivo y no tiene a corto plazo consecuencias negativas ni para si mismo ni para los otros, con un estado nutricional adecuado, sin patologías que se descompensen por el consumo etc. Parece obvio que un Indicador de Urgencias, dada su definición "monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de sustancias psicoactivas", no tiene como objeto esta población, entre otros factores porque no la puede identificar. Cabe pensar en el consumo de riesgo (Rodríguez Martos, 1999; Guardia et al., 2007) del que se entiende como aquel en el que se sobrepasan los límites de un consumo de bajo riesgo lo que aumenta el perjuicio para la salud y modifica el comportamiento. Por tanto, este consumo elevaría el peligro subjetivo y colectivo para los



accidentes, la violencia íntima y las enfermedades; esta forma de consumo podría ser habitual u ocasional, pero tendremos que facilitar a los profesionales de urgencias, a ser posible, la definición de caso, su cribaje respecto al patrón de consumo y la valoración de riesgo.

Y por último, adaptable por el hecho de poder modificar criterios en razón de la población (menores de edad, grupos etarios mayores, embarazadas etc.) de las sustancias psicoactivas (nuevas drogas, nuevas formas de consumo), o de los criterios de estudio de seguimiento entre otros (formas de obtener mejor información como antecedente al episodio, seguimiento y desarrollo del mismo etc.).

En concreto, concluir sobre el estudio en las siguientes consideraciones:

Que el Indicador de Urgencias Hospitalarias aquí estudiado puede proporcionarnos información importante, en concreto en cuanto a las drogas de consumo en la sociedad, y en particular sobre los problemas relacionados con el alcohol entre los más jóvenes, donde los accidentes, agresiones o violencia íntima etc. son problemas habituales derivados de este consumo y que además resulta difícil aproximarse desde otros contextos, es necesaria una visibilidad del problema hacia nuestra sociedad.

El indicador es adecuado para los menores de 20 años (entre 15 y 20 años, según protocolo 2003) no solo porque el 27% de las intoxicaciones etílicas registradas se han producido en este grupo de edad sino porque la frecuencia encontrada es mayor que la esperada según el estudio, y esta diferencia es estadísticamente significativa para la muestra aquí estudiada, al

igual que en el caso de las agresiones.

Dado que entre los diagnósticos relacionados el 57% corresponden a Intoxicaciones etílicas de toda la muestra, el tener solo en cuenta el diagnóstico de Intoxicación etílica nos limita la información que podemos obtener con este Indicador, por tanto cabe avanzar en su modificabilidad y adaptabilidad descritas anteriormente.

El segmentar la población que acude a urgencias en razón de "mencionar" o "relacionar" el diagnóstico, evidencia la diferencia de consumo y de problemas de salud que provoca el alcohol; la de unos es de consumo constante en mucho tiempo y la de otros es de abuso en poco tiempo.

Hasta que se llega a un consenso en la recogida del consumo de alcohol en el ámbito sanitario según sea el nivel de riesgo, la mejor opción para ser utilizada sería el criterio "urgencia con evidencia de relación con el consumo de alcohol".

Por último señalar que para tener una información más cercana a la realidad y en aras a una mejor cobertura de las notificaciones en Cantabria cabe considerar la inclusión de las urgencias en atención primaria, sobre todo en aquellos municipios donde no exista un hospital fácilmente accesible, eso si valorando el coste sobre los resultados. Al igual que respecto al alcohol, de fácil identificación en las urgencias hospitalarias, añadir el cribaje necesario para establecer un mejor criterio diagnóstico, una pauta a seguir y un seguimiento de los sujetos más jóvenes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Brugal, T. y Rodríguez Martos, A. (2006). Morbimortalidad asociada al consumo de drogas. *Adicciones*, 18, (1), 9-20.
- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol» COM (2006) 625 final (2007/C 175/19).
- EDADES Asturias 2009-2010. Disponible en http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/EDADES%20Asturias%202009-2010.pdf
- González-Zobi, G. et ál. (2011). Urgencias en consumidores de cannabis en Barcelona. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 136 (7), 309-315.
- Guardia, J.; Bobes, J.; Becoña, E.; Fernández Miranda JJ.; Furió, J.L.; Pereiro, C., et al. (2007). El impacto del alcohol en España y Europa. *Adicciones*; 69-70.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor España.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol*.
- Plan Nacional sobre drogas (2009). Informe disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm>
- Plan Nacional sobre drogas (2011) Informe disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm>
- Plan Nacional Sobre Drogas: OED: EDADES: disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
- Plan Nacional Sobre Drogas (2003): OED: Protocolo del Indicador de Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas.
- Rodríguez-Martos Dauder, A.; Gual Solé, A. y Llopis Llacer, JJ. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clí (Barc)*, 112, 446-50.
- Rodríguez, M.J.; Barrio, G.; De la Fuente de Hoz, I. y Royuela, L. (1997). Grupo de trabajo para el estudio de las Urgencias por Psicoestimulantes. Urgencias relacionadas con el consumo de drogas de diseño, alucinógenos y anfetaminas en quince hospitales españoles durante 1994. *Revista Clínica Española*, 197, 804-9.
- Sanjurjo, E.; Montori, E.; Nogué, S.; Sánchez, M. y Munne, P. (2006). Urgencias por cocaína: un problema emergente 2006. *Medicina Clínica*, 126, 616-9.