

Asociación de otras drogas de abuso en la intoxicación por cocaína

Echarte Pazos JL^{1*}, Supervía Caparrós A¹, Clemente Rodríguez C¹, Iglesias Lepine ML², León Bertrán N³, Labordeta de la Cal V³, Puente Palacios I⁴, Maldonado Duran G¹, Skaf Peters E¹ y Aguirre Tejedó A¹

¹Servicio de Urgencias. Hospital Universitario del Mar. Barcelona. ²Servicio de urgencias Consorci Hospitalari Parc Taulí de Sabadell.

³Centro Urgencias Peracamps. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Servicio de Urgencias. Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Resumen: El objetivo del presente trabajo ha sido llevar a cabo un análisis de las urgencias atendidas en un hospital urbano de tercer nivel que se han relacionado con el consumo de cocaína. Para ello se ha realizado un estudio retrospectivo, con exclusión del área de pediatría y ginecología, durante los años 2005 y 2006. Se revisaron todas las asistencias clínicas que consultaron por intoxicación por cocaína. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 15.0 para windows.

Durante el periodo de estudio se produjeron 1.531 intoxicaciones (1,2% del total de las urgencias). De éstas, 327 eran por cocaína (21,4% de las intoxicaciones). La edad media fue de 31 (8) años y la moda de 26 años. Un 76,5% eran varones. El 69,1% ingresaron en ambulancia. La mayor afluencia se produjo en fin de semana (46,8%) y en horario nocturno (54,1%). El 53,2% eran consumidores habituales y el 25,4% esporádicos. Un 55,7% asociaron más de 2 drogas: el 53,5% alcohol, el 31,2% opiáceos, el 17,4% benzodiacepinas, el 17,1% cannabis, el 11,3% GHB y el resto otras drogas. El 77,1% consumieron en un lugar público. Tenían antecedentes de intoxicaciones previas un 59,3%. El 93% presentaban sintomatología: (52,6% neurológicos, 48% conductuales, 28,4% cardiovasculares, 19% respiratorios y 8,3% digestivos). Se administraron antidotos a un 20,5%. El destino final fue alta en las primeras 12 horas en el 60,9%, con solo un 5,7% de ingresos. Se realizó valoración psiquiátrica en el 21,1%. En conclusión, el perfil del usuario que consulta por intoxicación por cocaína es un varón de 26 años traído en ambulancia de un lugar público, en fin de semana, en horario nocturno, consumidor habitual, con sintomatología cardiológica y neurológica y dado de alta en menos de 12 horas. La intoxicación aguda por cocaína no es pura. Destaca la asociación de alcohol, opiáceos y benzodiacepinas. Menos de una cuarta parte fueron valorados por Psiquiatría.

Palabras clave: Intoxicación, drogas de abuso, cocaína, Servicio de Urgencias.

Abstract: Cocaine intoxication in association with other drugs of abuse. The main of this study was to analyze all patients with cocaine intoxication attended in the emergency department of a tertiary-care hospital. For this, a retrospective study for the years 2005 and 2006, excluding paediatric and gynecological areas, has been carried out. All cases in which the main reason for seeking urgent medical care was cocaine intoxication were reviewed. Data were analyzed with the SPSS statistical package (version 15.0) for Windows.

During the study period, a total of 1531 subjects with drug of abuse intoxication were attended, which accounted for 1.2% of all patients attended in the emergency department. Cocaine was the drug of abuse

responsible for the intoxication in 327 cases (21.4% of all intoxications). The mean (SD) age of the patients was 31 (8) years (mode 26 years). A total of 76.5% were men, and 69.1% arrived to the emergency department in ambulance. A large percentage of subjects were attended on weekends (46.8%) and during the night shift (54.1%). A total of 53.2% were regular cocaine consumers and 25.4% consumed the drug sporadically. In 55.7% of the cases, more than two drugs were concomitantly consumed, including alcohol in 53.5% of cases, opioids in 31.2%, benzodiazepines in 17.4%, cannabis in 17.1%, gamma hydroxybutyric acid in 11.3%, and other drugs in the remaining cases. Drugs were consumed in a public place in 77.1% of cases. History of previous episodes of intoxication was recorded in 59.3% of cases. Symptoms were present in 93% of subjects (neurological in 52.6%, behavioural in 48%, cardiovascular in 28.4%, respiratory in 19%, and gastrointestinal in 8.3%). Antidotes were administered in 20.5% of cases. A total of 60.9% of subjects were discharged from the emergency department within the first 12 hours and only 5.7% were admitted to the hospital. Twenty-one percent of subjects underwent psychiatric assessment. In conclusion, the profile of a subject with cocaine intoxication attended in the emergency department is a man of 26 years of age, transferred in ambulance from a public place, on weekends and at night, regular cocaine consumer, presenting with neurological and cardiologic symptoms, and discharged from the emergency department in less than 12 hours after admission. Cocaine intoxication occurred frequently in association with alcohol, opioids, and benzodiazepine use. Less than one fourth of subjects underwent psychiatric assessment.

Key words: Intoxication, drugs of abuse, cocaine, Emergency Department.

Introducción

En la última década el consumo de cocaína ha aumentado progresivamente en nuestro país. Según una encuesta del Plan Nacional sobre Drogas, su consumo en la población española de entre 15 y 64 años ha pasado del 3,4% en 1995 al 7% en 2005 [1]. Además, España se ha situado a la cabeza de Europa y en igualdad respecto a EEUU en cuanto a consumo se refiere [2,3]. La cocaína es la principal causa de consulta por drogas de abuso en los servicios de urgencias de Estados Unidos, y se relaciona fuertemente con los casos de traumatismos, homicidios, suicidios y accidentes de tráfico [4], por lo que se ha convertido en un problema emergente [5].

Por ello, no es de extrañar que la asistencia a los problemas médicos derivados de su consumo haya aumentado en el sistema sanitario en general, y en los servicios de urgencias en particular. Actualmente, la

*e-mail: JEcharte@imas.imim.es

cocaína ocupa el primer lugar como motivo de consulta en los servicios de urgencias (SU) hospitalarios entre las consultas por consumo de drogas ilegales, tanto en España [5] como en otros países [6] y llega a representar hoy en día el 10% de las urgencias toxicológicas [7].

La cocaína suele consumirse con otras drogas de abuso, en particular el alcohol etílico y las anfetaminas, lo cual potencia su toxicidad, enmascara sus manifestaciones y complica el tratamiento [8].

Nuestro hospital se encuentra situado en una de las zonas lúdicas por excelencia de la ciudad de Barcelona por lo que el objetivo de este estudio ha sido el análisis de las urgencias atendidas en un hospital urbano de tercer nivel que se han relacionado con el consumo de cocaína, en particular su asociación con otras drogas de abuso.

Material y métodos

Se realizó un registro de todas las consultas realizadas en el servicio de Urgencias por intoxicaciones por cocaína, durante los años 2005 y 2006. Se recogieron datos referentes a edad, sexo, constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria), saturación basal de oxígeno mediante pulsioximetría, glicemia de sangre capilar, asociación de alcohol u otras sustancias de abuso y número de drogas consumidas. Asimismo se recogió el tiempo transcurrido desde el consumo de la droga hasta la llegada a urgencias, el día de la semana, mes y turno en el que se producía la asistencia (mañana: 7:30-14:30 h; tarde: 14:30-21:30 h; noche: 21:30-7:30), el tipo de consumo (habitual o esporádico), los antecedentes de intoxicaciones previas, los antecedentes psiquiátricos, si presentaba algún tipo de sintomatología, la necesidad de tratamiento y el destino al alta (alta, ingreso en unidad convencional o en UCI).

El diagnóstico de intoxicación por cocaína se realizó por anamnesis, clínica y por identificación del tóxico en orina mediante técnica cualitativa de cromatografía de capa fina (punto de corte referido a benzoilecgonina de 300 ng/ml). La identificación de otras posibles sustancias de abuso asociadas (fenciclidina, opiáceos, metamfetamina y anfetamina), se realizó mediante anamnesis e identificación del tóxico en orina mediante técnica cualitativa de cromatografía de capa fina. La identificación de cannabis y benzodiacepinas se realizó por enzoinmunoanálisis en orina. El diagnóstico de consumo de ácido gammahidroxibutírico se realizó por anamnesis y clínica compatible. Asimismo, en aquellos pacientes con sospecha de intoxicación etílica concomitante, se realizó determinación de etanol en plasma, mediante espectrofotometría enzimática.

Para el análisis estadístico se utilizó un paquete SPSS versión 15.0 para Windows. Se aplicó el análisis de la t de Student o de la U de Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas y la prueba de la chi cuadrado con corrección de Fisher o de Pearson en caso necesario para la comparación de proporciones.

Resultados

Las intoxicaciones agudas representaron el 1,2% (1.531 casos) de las urgencias (131.997 casos), durante los años 2005 y 2006. Se recogieron 327 casos de intoxicación por cocaína, un 21,4% del total de las intoxicaciones agudas. La edad media fue de 31 (8) año. La moda fue 26 años. El 76,5% de los pacientes intoxicados eran varones

y el 69,1% ingresaron en ambulancia. La mayor afluencia fue en fin de semana en un 46,8%, con predominio de horario nocturno (de las 21:45 a las 07:30 horas acudieron un 54,1% de los casos).

La tipología del consumidor se recoge en la Figura 1. Un 55,7% tomaron más de 2 drogas. En la Figura 2 queda reflejado las drogas de abuso que referían haber tomado los pacientes conjuntamente con la cocaína. El 77,1% consumieron en un lugar público. El 59,3% habían tenido intoxicaciones previas. A destacar que un 93% de casos presentaban sintomatología (Figura 3).

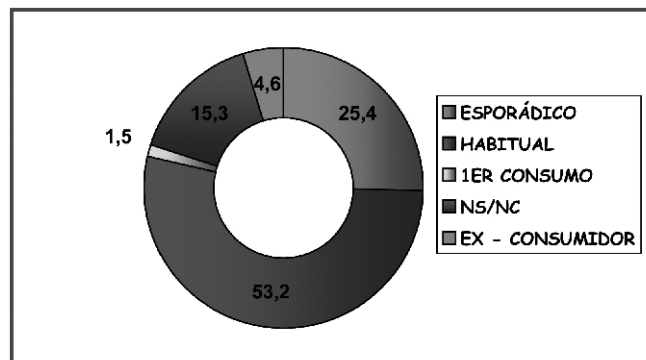


Figura 1. Tipo de consumidor.

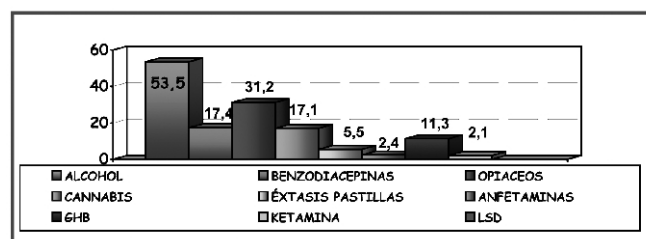


Figura 2. Drogas de abuso asociadas al consumo de cocaína referidas por los usuarios.

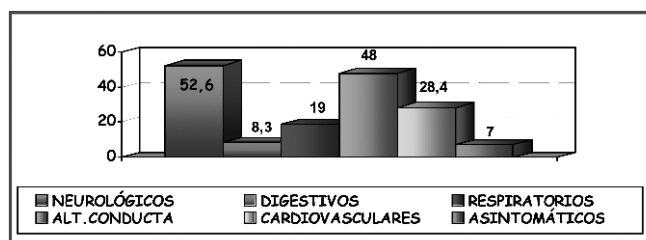


Figura 3. Sintomatología.

El 47,3% tenían pupilas midriáticas, el 30,9% medias y el 20,2% mióticas. Se realizó tratamiento inespecífico al 31,5% de los intoxicados. Se precisó la administración de antidotos en un 20,5% de casos: 0,9% Fisostigmina, 14,4% Naloxona y 5,2% Flumazenilo.

Se realizó screening de drogas en orina al 58,4% del total de los pacientes intoxicados (Figura 4), de los que fue positivo a cocaína el 50,2%. Se realizó determinación de etanol en sangre a un 31,4%, de los que fue positivo el 18,3%.

El destino final queda reflejado en la Figura 5. Ocho pacientes ingresaron en la unidad de psiquiatría, 7 en una unidad convencional y 4 en la unidad de cuidados intensivos. Sólo un 21,1% fueron valorados por el servicio de psiquiatría previa al alta. La mortalidad de la serie fue del 0%.

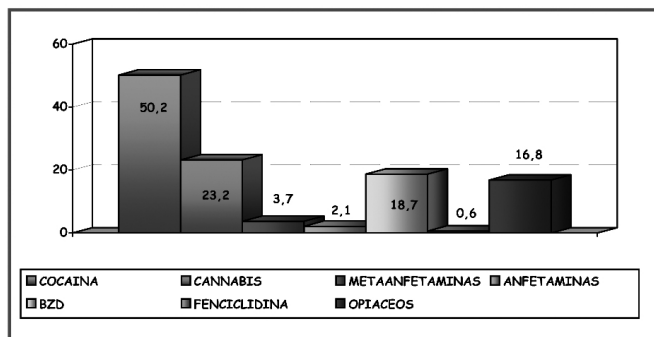


Figura 4. Resultados screening de orina del total de intoxicaciones

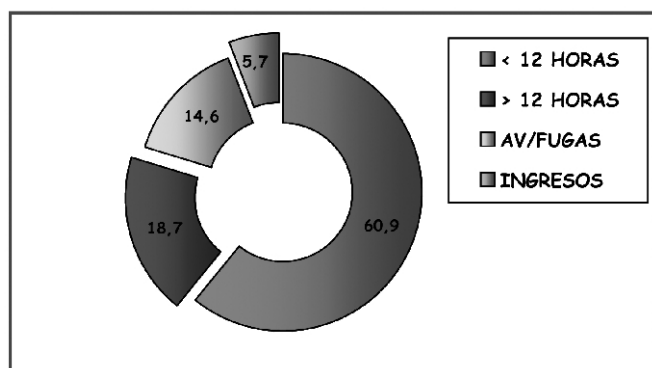


Figura 5. Destino Final (%).

Discusión

Los resultados de este trabajo confirman el liderazgo de la cocaína entre las urgencias toxicológicas por drogas de abuso ilegales, tal y como han descrito otros trabajos publicados con anterioridad [8,9]

En coincidencia con los datos aportados por el Plan Nacional sobre Drogas respecto al perfil de los consumidores, los varones representan el mayor porcentaje de intoxicados. Por otro lado, la mayor incidencia de casuística en horario nocturno y en fin de semana, confirman el uso recreativo de esta droga [10,11].

Al igual que en otros trabajos [8], el consumo de cocaína se asoció a otras drogas en más de la mitad de los casos, sobre todo con alcohol, benzodiazepinas, cannabis, opiáceos y gamma-hidroxybutírico (GHB). La sospecha o la confirmación de drogas asociadas al consumo de cocaína merecen una especial consideración, puesto que ello es importante al planificar la estrategia terapéutica de cada paciente en concreto. Como el consumo de etanol es común, (hasta un 72% de pacientes atendidos por consumo de cocaína habían tomado también alcohol) [8], los facultativos deben tener en cuenta los efectos del uso simultáneo del mismo, ya que entonces se produce un metabolito con acción tóxica más duradera y potente, el cocaetileno, que puede contribuir a la aparición de cardiotoxicidad retardada [12,13]. Aunque en nuestra serie el alcohol también fue el tóxico asociado con más frecuencia (53,5%), el porcentaje fue menor que en el trabajo comentado anteriormente [8]. Este hecho proporciona una pauta esencial para la toma de decisiones médicas. Del mismo modo, la asociación de otras drogas implica la necesidad de administrar antídotos en caso de necesidad, aunque siempre con las precauciones precisas.

En nuestro trabajo, los motivos de consulta más frecuentes fueron la aparición de sintomatología neurológica, alteración de la conducta y

síntomas cardiovasculares. La clínica asociada es importante, no sólo para conocer la sintomatología producida por el consumo de cocaína, sino que también puede orientar al clínico hacia una posible asociación de otras drogas.

En cuanto al destino final de los pacientes, la mayoría pudieron ser dados de alta desde el SU, precisando ingreso un 5,7% de los pacientes: 8 en la unidad de psiquiatría, 7 en una unidad convencional y 4 en la unidad de cuidados intensivos. No obstante, hay que tener en cuenta que el número de ingresos puede diferir de un centro a otro. Nuestro SU dispone de 11 boxes de observación con personal sanitario exclusivo, monitorización y tratamiento y es el lugar dónde habitualmente se realiza la evolución y observación de estos pacientes. Por tanto, es posible que en hospitales que no dispongan de este recurso, los paciente que precisen observación deban ser ingresados, con lo que el porcentaje de ingresos aumentaría. La mortalidad en la presente serie es nula, aunque la necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos en un pequeño porcentaje de pacientes muestra la potencial gravedad de la intoxicación por cocaína.

Con respecto a la valoración psiquiátrica, sólo el 21,1% fueron valorados por el servicio de psiquiatría. Creemos que habría que incidir en la necesidad de seguimiento psiquiátrico en los pacientes que consultan a los SU por intoxicación por cocaína, para no abordar tan solo la superficie del problema, e intentar evitar que vuelvan a acudir a los SU como consecuencia del consumo de cocaína y otras drogas de abuso.[14]

Como limitaciones del presente estudio cabe citar que ha sido realizado en un solo servicio de urgencias de un hospital situado en una zona lúdica de una gran ciudad, hecho que puede haber magnificado las cifras de incidencia. Por otro lado, la revisión de la documentación, de carácter retrospectivo, hace que algunos datos en determinados pacientes no pudieron ser recogidos, lo que puede producir un sesgo en la valoración epidemiológica de la serie.

En conclusión este trabajo muestra que el usuario que consulta en nuestro SU por síntomas relacionados con el consumo de la cocaína es un varón de 26 años traído en ambulancia de un lugar público, en fin de semana, en horario del turno de noche, consumidor habitual, con sintomatología neuropsiquiátrica y cardiológica y dado de alta en menos de 12 horas. La intoxicación aguda por cocaína no es pura, como la gran mayoría de intoxicaciones por drogas de abuso, destaca la ingesta conjunta de alcohol, opiáceos, benzodiazepinas, cannabis y GHB. El aumento de los problemas por cocaína es una importante fuente de preocupación social y política, por lo que es conveniente estudiar más en profundidad el perfil sociodemográfico y clínico de las personas que solicitan atención por cocaína.

Bibliografía

1. Plan Nacional sobre Drogas (2009) Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: www.msc.es/gabinetePrensa/nota-Prensa/pdf/GraficosEncuestaDrogas.ppt (accedido el 21 de setiembre de 2009).
2. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007) Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index419EN.html>. (accedido el 21 de setiembre de 2009).
3. Observatorio Europeo de las Drogas. Informe anual 2005: el estado del problema de las drogas en Europa. Disponible en:

- <http://ar2005.emcdda.europa.eu/es/home-es.html> (accedido el 21 de setiembre de 2009).
4. Vitale S, van de Mheen D (2006) Illicit drug use and injuries: a review of emergency room studies. *Drug Alcohol Depend* 82(1):1-9.
 5. Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munné P (2006). Urgencias por cocaína: un problema emergente. *Med Clin (Barc)* 126:616-619.
 6. Macdonald H.(2008) Cocaine use in England and Wales rises as cannabis use falls. *B Med* 337:a1367.
 7. Burillo-Putze G, Munne-Mas P, Dueñas-Laita A, Trujillo-Martín MM, Jiménez-Sosa A, Adrian-Martín MJ, et al. (2008) Intoxicaciones agudas: perfil epidemiológico y clínico, y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencias españoles en el año 2006. *Estudio HISPATOX. Emergencias* 20: 15-26.
 8. Galicia M., Nogué S., Sanjurjo E., Miró O (2008) Evolución de las consultas urgentes relacionadas con el consumo de cocaína durante el periodo 2002 - 2007 *Emergencias* 20: 385-390.
 9. De la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G (2006) Mas de 30 años de drogas ilegales en España: una historia amarga con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 80:505-520.
 10. Castells X, Casas M, Vidal X, Bosch R, Roncero C, Ramos-Quiroga JA, Capellá D (2007) Efficacy of central nervous system stimulant treatment for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Addiction* 102:1871-1887.
 11. Brugal MT, Rodríguez-Martos A, Villalbí JR (2006) Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la Salud Pública. *Gac Sanit ;suppl* 1:55-62.
 12. Randall T (1992) Cocaine, alcohol mix in body to form even longer lasting, more lethal drug. *JAMA* 267:1043-1044.
 13. Bailey DN, Bessler JB, Sawrey BA (1997) Cocaine- and cocaethylene-creatinine clearance ratios in humans. *J Anal Toxicol* 21:41-43.
 14. Hernández Stephanie H., Hoffman Robert S (2008) Perspectivas en el consumo de cocaína *Emergencias* 20: 371-373.