

Epidemiología de las intoxicaciones agudas por drogas de abuso en las urgencias de un hospital del Centro de España basada en datos de análisis toxicológico de orina

José Luis Martín Calderón, Joaquín Álvarez Gregori, Fernando Bustos Guadaño, Esther González Cuevas, Laura Durán Ducón y Lilyam Roxana Tuesta Reina

RESUMEN

Introducción: las intoxicaciones agudas son motivo de consulta cada vez más frecuente en los Servicios de Urgencia hospitalarios (SUH) debido a la mayor disponibilidad y acceso a productos químicos tóxicos. Se observan diferentes patrones en cada área sanitaria según el tipo de población, geografía y perfil epidemiológico de consumo.

Material y métodos: el objetivo de nuestro estudio es realizar un perfil epidemiológico y describir el manejo del paciente que acude por clínica compatible con intoxicación aguda por drogas de abuso (IA) basado en la determinación de tóxicos en orina para seis sustancias (cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas y éxtasis) solicitados en el período de estudio 2010-2012.

Resultados: se solicitaron 2755 peticiones, de las cuales fueron positivas 1429, y se estudiaron al azar 661 historias clínicas. El perfil de paciente intoxicado de nuestra área es el de varón de entre 30 y 40 años, consumidor preferentemente de cannabis y cocaína; las benzodiazepinas son el tóxico más frecuente en las mujeres, con clínica mayoritariamente neurológica, sin diferencias en cuanto a la franja horaria o el mes del año en que recibió el alta desde el propio SUH en casi el 60% de los casos.

Discusión: las IA en los SUH representan casi el 1% de las consultas y tienen una escasa mortalidad. En algunos casos, el médico de urgencias comienza el tratamiento antes de conocer el resultado toxicológico, lo que nos hace plantearnos la utilidad real y el coste-efectividad de estas determinaciones en todos los pacientes con alteración del nivel de conciencia.

Palabras clave: drogas, urgencias, intoxicación aguda.

ACUTE POISONING DUE TO ABUSE DRUGS IN THE EMERGENCY ROOM OF A HOSPITAL PLACED IN MIDDLE SPAIN BASED ON URINE TOXICOLOGICAL ANALYSIS

ABSTRACT

Introduction: acute intoxications are a rising and common query demand on the emergency rooms because of the easy access and disponibility to toxic substances, where we can observe different patterns attending to type of population, geography and epidemiologic consume profile.

Material and methods: our objective is to analyze the epidemiology and patient handling coming to the Emergency Room (ER) with compatible symptoms of street drugs abuse, based on the determination of cannabis, cocaine, amphetamine, benzodiazepine, opiates and ecstasy urine levels in the period 2010-2012.

Results: the ER requested 2755 determinations being positive 1429 and randomly examined 661 clinical histories. The profile of intoxicated patient was male, 30 to 40 years old, preferently cannabis and cocaine consumer (benzodiazepine in women), mostly with neurological symptoms when arrive, without differences between months or day time and, almost 60% of them, discharged directly from the ER.

Conclusions: acute intoxications barely represent 1% of ER demands and produce poor or scarce mortality. Sometimes, doctors in charge start with therapeutic measures before knowing the results of toxicology, what leads us to ask about actual usefulness and cost-efficiency of the toxicology assay to every patient with low conscious level.

Key words: street drugs, emergency care, acute poisoning.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(1): 11-18.

INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones agudas son un motivo de consulta cada vez más frecuente en los Servicios de Urgencia hospitalarios y ello se debe en parte a la mayor disponibilidad de productos químicos tóxicos que pueden ser usados de modo inapropiado^{1,2}. La epidemia de uso de nuevas sustancias psicoactivas detectada por el sistema de alerta temprana del Observatorio Europeo de las drogodependencias (EMCDDA) apoya este hecho³. En España no abundan los estudios epidemiológicos sobre las IA atendidas en los SUH, aunque durante los últimos años se han publicado varios⁴⁻⁷. Por otro lado, en los diferentes estudios realizados dentro y fuera de nuestro país, los criterios de inclusión son heterogéneos, pues varían el modo de definir la IA, las edades y características demográficas de los pacientes incluidos, así como los tóxicos considerados^{8,9}.

El interés de realizar estos estudios viene dado precisamente porque, aunque las IA tienen unas características epidemiológicas básicamente uniformes, se observan patrones variables en cada área sanitaria que dependerán del tipo de población, área geográfica y perfil epidemiológico de consumo^{6,10}. Además, es interesante estudiar la evolución de las IA en un área sanitaria a través del tiempo con el fin de observar las tendencias en las pautas de IA y del manejo por los SUH; al respecto, algunos autores han acuñado el concepto de "Vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones agudas"^{4,5}.

También debe tenerse en cuenta que no siempre se solicita un estudio analítico de tóxicos en orina basado en la clínica del paciente, lo que lleva a hallazgos incidentales de presencia de drogas en orina a menudo no pueden clasificarse como IA¹⁰. Además, la información toxicológica suministrada por el laboratorio no siempre se usa en el manejo terapéutico del paciente¹¹, lo que llevaría a cuestionarnos la adecuación de las peticiones de análisis toxicológico de orina al momento de la toma de decisiones en la sala de urgencias con arreglo a los resultados¹².

En nuestro estudio nos hemos propuesto recoger las características clínico-epidemiológicas de las intoxicaciones agudas en las urgencias del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo) producidas por las drogas de abuso, cuyo análisis toxicológico se realiza en el Laboratorio de Urgencias. Por un lado, diseñamos un estudio descriptivo para conocer el perfil de las intoxicaciones durante el período 2010-2012, basándonos en el análisis toxicológico de orina. Por otro lado, se trata de correlacionar los datos clínicos obtenidos de la anamnesis que hacen sospechar al médico la presencia de una IA, así como del manejo terapéutico del enfermo supuestamente intoxicado, con los datos obtenidos del análisis toxicológico para las seis drogas de abuso que se miden en orina.

MATERIAL Y MÉTODOS

El SUH del Hospital Nuestra Señora del Prado da cobertura a una población de 192 605 habitantes, que incluye los

158 553 habitantes del área de Salud y los 34 052 habitantes de la vecina comarca del Valle del Tiétar (Ávila). Durante los años 2010, 2011 y 2012 se atendieron en el SUH un total de 149 707 pacientes, de los cuales se solicitó análisis toxicológico de orina a 2755. Se planteó un estudio observacional de carácter descriptivo, longitudinal y retrospectivo sobre los pacientes a los que se solicitó cribado urgente de drogas de abuso en orina. La selección de casos se llevó a cabo a través de las orinas para las que obtuvo un resultado positivo en alguna de las drogas ensayadas. Las drogas que se determinaron en la orina en laboratorio de urgencias fueron: cannabinoides (determinando el principal metabolito 11-D⁹-COOH-tetrahidrocannabinol), opiáceos (a través de su metabolito 6-monoacetilmorfina), cocaína (a través de su producto de degradación, benzoilecgonina), benzodiazepinas (con un anticuerpo dirigido al lormetazepam), anfetaminas (se determina D-metanfetamina) y éxtasis (metilendioximetanfetamina). La orina, una vez centrifugada a 500 g durante 5 minutos es sometida a un inmunoensayo enzimático homogéneo (EMIT[®]) en el analizador DIMENSION EXL[®] (Siemens Healthcare Diagnostics). La droga presente en orina o su metabolito compiten por su unión a un anticuerpo específico con un análogo unido a la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, midiéndose la absorbancia a 340 nm que se correlaciona con la concentración de la coenzima NADH. Los puntos de corte usados para establecer un resultado positivo fueron: 50 ng/mL para 11-D⁹-COOH-tetrahidrocannabinol, 300 ng/mL para 6-monoacetilmorfina, 200 ng/mL para lormetazepam y 300 ng/mL para la benzoilecgonina, D-metanfetamina y metilendioximetanfetamina (MDMA o éxtasis).

Con el fin de garantizar que el presente estudio cumple con los criterios éticos y de calidad científica aceptados, se solicitó evaluación del protocolo de trabajo al Comité Ético de Investigación Clínica del Área Integrada de Talavera de la Reina y se obtuvo el permiso para la revisión de las historias clínicas de los pacientes con fines de investigación. Los datos analíticos toxicológicos fueron tomados del sistema informático del laboratorio, OMEGA 3000[®] (ROCHE DIAGNOSTICS), mientras que los datos contenidos en la historia clínica electrónica fueron extraídos del programa MAMBRINO[®] (SESCAM).

Las variables clínico-epidemiológicas que se recogieron en los casos para los que el análisis toxicológico había revelado un resultado positivo para al menos una droga fueron: edad, sexo, motivo de consulta, procedencia del paciente, intencionalidad autolítica, antecedentes psiquiátricos personales, tóxicos involucrados, signos/síntomas de etilismo agudo, fecha, turno de ingreso y diagnóstico en el momento del alta. También se recogieron variables relacionadas con el manejo del paciente en la sala de urgencias como la existencia o no de tratamiento, el tipo de tratamiento (antídoto, lavado, soporte), la eficacia o ineficacia del tratamiento, el destino del paciente (alta,

ingreso en planta o Unidad de Cuidados Intensivos [UCI], consulta), el resultado de muerte y el tiempo de estancia en la sala de urgencias (horas).

Se calcularon los porcentajes de orinas positivas para algún tóxico sobre el total de urgencias atendidas en cada período y para cada uno de los seis tóxicos analizados en particular, así como el porcentaje de los casos con diagnóstico de IA sobre el total de orinas positivas y sobre el total de urgencias atendidas. Para el cálculo de la frecuencia de orinas positivas por edades se consideraron los siguientes grupos etarios: 1) menores de 10 años; 2) 11-18 años; 3) 19-25 años; 4) 26-35 años; 5) 36-45 años; 6) 46-65 años; 7) mayores de 65 años. Se emplearon técnicas básicas de estadística descriptiva, definiéndose cada grupo por la proporción sobre el total en variables cualitativas, y por la media, mediana y desviación típica (DT) para las cuantitativas. La comparación de medias se realizó mediante la prueba t de Student para las variables continuas, mientras que la prueba χ^2 se usó para la comparación de proporciones en las variables categóricas usándose como límite de significación $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 2755 pacientes (1658 varones y 1097 mujeres) a los que se solicitó análisis toxicológico de orina (1,8% de los enfermos atendidos en urgencias); el análisis resultó positivo para alguna de las drogas en 1429 (52,6%), un 0,95% de los pacientes atendidos en el SUH en el periodo del estudio. Entre los pacientes con orinas cuyo resultado fue positivo, 889 (62,2%) correspondieron a varones y 540 (37,8%) a mujeres. Del total de positivos se revisaron, al azar, las historias clínicas de 611 pacientes, correspondiendo 359 a varones (58,8%) y 252 a mujeres (41,2%).

Estudio descriptivo de la muestra

La media de edad en los pacientes en quienes el análisis toxicológico fue positivo a alguna sustancia fue de 40,5 años (desviación típica 21,3) con una mediana de 32 años. La edad promedio de las mujeres fue mayor que la de los varones (46,1 vs. 36,5).

Distribución temporal

La distribución de enfermos que presentaban análisis toxicológico positivo por turnos de trabajo fue similar con 181 casos (31,4%) en turno de mañana, 201 (34,9%) en turno de tarde y 194 (33,7%) en la noche. Con respecto al día de la semana o los meses del año, no se encontraron diferencias significativas. Así, el porcentaje de pacientes con análisis toxicológico positivo fue del 17,2% los lunes, 16,1% en martes, 10,6% en miércoles, 12,6% los jueves, 15,2% viernes, 16,30% sábado y 12,05% los domingos. En la figura 1 se pueden ver la distribución según los meses del año.

Tóxicos implicados

En el cuadro 1 se recoge la distribución de análisis positivos a drogas por sexos; se observa que hay diferencias significativas según el sexo para benzodiazepinas, cannabinoides y cocaína. En el cuadro 2 se resumen los resultados por grupos de edad para cada una de las drogas ensayadas. Es interesante reseñar que, de las 611 orinas que fueron positivas a alguna droga, 448 (73,4%) lo fueron a un solo tóxico, mientras que 131 (21,5%) lo fueron a dos y 31 (5,1%) a tres o más.

Aunque en nuestro laboratorio no hemos medido etanol por no tener la técnica disponible, se pudo evidenciar el consumo de alcohol etílico por signos y síntomas clínicos en 118 pacientes (19,3%) en los que se había detectado

Porcentaje de pacientes con determinación de tóxicos en orina según mes del año período 2010-2012

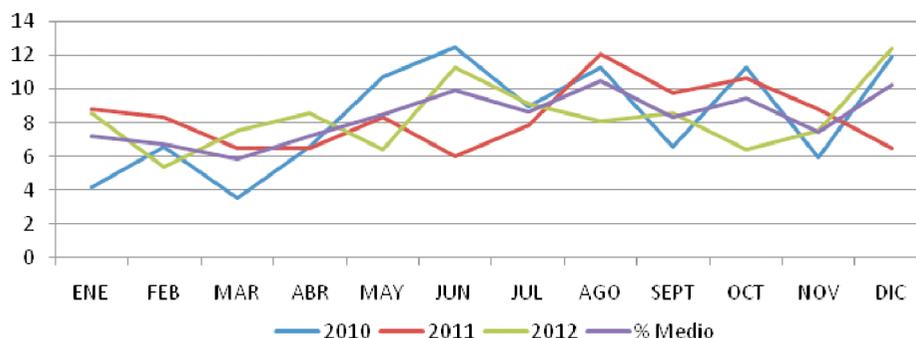


Figura 1. Distribución de orinas positivas a tóxicos a lo largo del año.

Cuadro 1. Distribución de orinas detectadas como positivas según el agente toxicológico detectado. Entre paréntesis figura el porcentaje sobre el total de análisis para cada sexo

Tóxico	Benzodiazepinas*	THC*	Cocaína*	Opiáceos	MDMA	Anfetamina
Varón	169 (47,1)	152 (42,3)	117 (32,6)	27 (7,5)	18 (5,1)	13 (3,6)
Mujer	183 (72,6)	52 (20,6)	33 (13,)	17 (6,7)	16 (6,4)	13 (5,2)

El asterisco en el superíndice (*) indica significación estadística ($p < 0,001$), que se obtiene para benzodiazepinas, tetrahidrocannabinol (THC) y cocaína. Para el resto de las sustancias las diferencias no son estadísticamente significativas.

Cuadro 2. Frecuencias absolutas y relativas de resultados positivos para cada una de las drogas ensayadas por grupos de edad. Entre paréntesis aparece el porcentaje de pacientes que habían consumido la droga sobre el total de ese grupo etario

Grupo etario	THC	Opiáceos	Cocaína	Anfetamina	MDMA	Benzodiazepinas
< 10	0	1 (33,3)	0	0	0	2 (66,7)
11-18	4 (44,4)	0	0	0	1 (11,1)	6 (66,7)
19-25	97 (63,4)	7 (4,6)	40 (26,1)	11 (7,2)	7 (4,6)	53 (34,6)
26-35	82 (41,2)	8 (4)	77 (38,7)	5 (2,5)	1 (0,5)	109 (54,8)
36-45	17 (20)	6 (7,1)	29 (34,1)	5 (5,9)	2 (2,4)	58 (68,2)
46-65	4 (7,3)	2 (3,6)	3 (5,5)	0	5 (9,1)	48 (87,3)
> 65	0	20 (18,9)	1 (0,9)	5 (4,7)	18 (17,5)	75 (70,8)
Total	204 (33,4)	44 (7,2)	150 (24,6)	26 (4,3)	34 (5,7)	351 (57,5)

positividad a algún tóxico en orina. En estos pacientes que presentaron signos y/o síntomas de intoxicación etílica, 51 (43,2%) habían consumido además cocaína, o benzodiazepinas, 47 (39,8%) cannabinoides, 5 (4,2%) MDMA, 4 (3,4%) anfetamina/metanfetamina y 2 (1,7%) opiáceos.

Diagnóstico de intoxicación aguda (IA)

De los 611 pacientes en cuyas orinas se detectó la presencia de algún tóxico, a solo 174 (28,5%) se les diagnosticó IA. De ellos 91 fueron varones (52,3%) y 83 mujeres (47,7%), pero la diferencia no resultó estadísticamente significativa. De estos pacientes diagnosticados como IA, 100 de ellos (57,5%) habían consumido benzodiazepinas, 70 (40,2%) habían consumido cannabis, 53 (30,5%) cocaína, 14 (8%) MDMA, 11 (6,3%) anfetaminas/metanfetaminas y 10 (5,7%) opiáceos.

Manifestaciones clínicas

El 95,9% de los pacientes atendidos en urgencias con algún tóxico detectado en orina presentó algún tipo de manifestaciones clínicas; las más frecuentes fueron las neurológicas, principalmente la disminución del nivel de conciencia, que fue el motivo de consulta de 220 pacientes (35,8%), la agitación psicomotora, que se re-

gistró en 112 pacientes (18,2%) y las crisis comiciales en 19 (3,1%). Otras manifestaciones clínicas para destacar fueron dolor torácico en 33 pacientes (5,4%), taquicardia en 32 (5,2%), disnea en 18 (2,9%), dolor abdominal en 22 (3,6%) mareo en 20 (3,3%), deshidratación en 10 (1,6%) y cefalea en 7 (1,1%). El coma se presentó en 15 pacientes (2,4%). En el cuadro 3 se pueden observar las frecuencias de los síntomas asociados al consumo de cada tipo de droga.

Antecedentes

Se encontró evidencia de patología psiquiátrica previa en 266 pacientes (43,6%), de los cuales 137 (55,9%) fueron mujeres y 129 (38,6%) varones. El alcoholismo estuvo presente en 118 casos (19,3%), de los cuales 88 (74,5%) correspondieron a varones y 30 (25,4%) a mujeres con una clara significación estadística ($p < 0,001$).

Intencionalidad de la intoxicación

La intencionalidad suicida del consumo de drogas se registró en 113 casos (18,5%), de los cuales 65 correspondieron a mujeres (57,5%) y 48 (42,5%) a varones; la diferencia entre ambos sexos fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Tratamientos administrados

De los 611 pacientes con resultado positivo a, al menos, una droga en el análisis toxicológico de orina, 417 (68,2%) recibieron tratamiento, mientras que 197 (32,3%) no recibieron ningún tipo de tratamiento. El tratamiento específico con antídoto solo se administró en 105 casos (17,2%) del total, siendo los tratamientos inespecíficos los más utilizados.

De forma más detallada, el tratamiento más empleado fue el de soporte registrado en 278 casos (45,3% del total

de la muestra), mientras que el tratamiento de soporte seguido de la administración de antídoto se realizó en 56 casos (9,1%) y el tratamiento exclusivo con antídoto fue administrado en 49 pacientes (8%). El lavado gástrico se llevó a cabo en 34 casos (5,5%).

Evolución de los pacientes. Exitus

El destino mayoritario es el alta, que se da en 533 pacientes (57,8%), mientras que precisaron derivación a consulta de Salud Mental 111 (19,3%). Ochenta y un pacientes

Cuadro 3. Síntomas asociados a los pacientes en los que se detectaron las drogas indicadas. Entre paréntesis se indican los porcentajes de cada síntoma referido a los pacientes en los que se detecta la droga en cuestión

	THC	Cocaína	Benzodiazepinas	Opiáceos	Anfetamina	MDMA
Disnea	9 (4,5)	4 (2,8)	8 (2,4)	2 (4,8)	0 (0)	2 (6,3)
Dolor torácico	13 (6,5)	19 (13,1)	10 (3)	4 (9,5)	2 (8)	2 (6,3)
Taquicardia	17 (8,5)	17 (11,7)	7 (2,1)	1 (2,4)	2 (8)	0 (0)
Disminución conciencia	40 (20)	30 (20,7)	159 (47,2)	20 (47,6)	8 (32)	19(59,4)
Coma	1 (0,5)	0 (0)	12 (3,6)	6 (14,3)	0 (0)	2 (6,3)
Deshidratación	7 (3,5)	2 (2,1)	3 (0,9)	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)
Agitación	43 (21,5)	34 (23,4)	65 (19,3)	0 (0)	5 (20)	2 (6,3)
Traumatismo	25 (13)	12 (8,3)	12 (3,6)	1 (2,4)	5 (20)	3 (9,4)
Dolor abdominal	14 (7)	2 (1,4)	8 (2,4)	1 (2,4)	1 (4)	1 (3,1)
Mareo	12 (6)	4 (2,8)	9 (2,7)	3 (7,1)	0 (0)	0 (0)
Cefalea	2 (1)	0 (0)	6 (1,8)	0 (0)	0 (0)	1 (3,1)
Crisis comicial	7 (3,5)	7 (4,8)	14 (4,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Otros	9 (4,5)	13 (9)	24 (7,1)	3 (7,1)	2 (8)	0 (0)

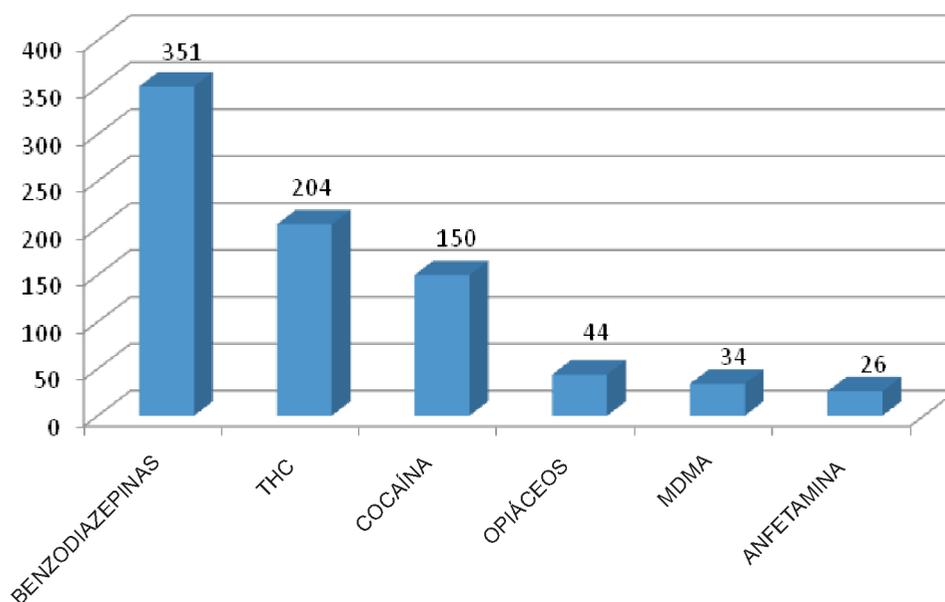


Figura 2. Distribución de frecuencias de los tóxicos presentes en orina.

(14,1%) fueron ingresados en planta en el Hospital y 18 (3,1%) en UCI. En 26 casos no hay datos del destino de los pacientes (véase Fig. 3).

Se registraron un total de 9 casos de *exitus* en la muestra estudiada (1,47%), de los cuales 5 correspondieron a varones (55,6%) y 4 (44,4%) a mujeres. Por grupos de edad, 6 se produjeron en la franja mayor de 65 años, 2 entre 46 y 65 y 1 en el intervalo 36-45. Las benzodiazepinas estuvieron presentes en 5 casos, el MDMA en 4 y los opiáceos en 2.

DISCUSIÓN

El número de pacientes en los que se obtuvo positividad a algún tóxico fue 1429, lo que supone un 0,95% de las urgencias atendidas en el período de estudio, dato que está en la línea del obtenido por otros autores^{2,4-6}. Según nuestro estudio, el perfil del consumidor de drogas de abuso que llega a nuestro SUH es preferentemente varón (62,2%) de edad media entre 30 y 40 años, en concordancia con otras series publicadas y las encuestas poblacionales realizadas por organismos oficiales^{4,5,7,10}. A diferencia de las otras series encontradas en nuestro país, la edad media de las mujeres que consumían drogas era superior a la de los hombres. No hubo diferencias apreciables entre turnos de trabajo (mañana, tarde, noche), días de la semana ni meses del año. Estos resultados son bastante sorprendentes si se comparan con los de otras series publicadas^{2,4,6,7,10}, que encuentran casi invariablemente un aumento de intoxicaciones agudas en los fines de semana y generalmente en el turno de noche.

El tóxico mayoritariamente detectado son las benzodiazepinas (57,5%) seguido de los cannabinoides y la cocaína;

los demás tóxicos están representados con menores frecuencias. Al no contar con la determinación de etanol en nuestro laboratorio, los datos son poco comparables a los de otros autores^{5,7,9}, que hallan que el etanol es el principal tóxico implicado, seguido de las benzodiazepinas, cocaína y cannabis en ese orden. Sorprende que en nuestra serie el consumo de cannabis supere al de la cocaína, que suele ser la principal droga ilegal implicada en las IA en los SUH. Podría pensarse que estas diferencias se deben a que nuestra muestra no está integrada solo por los pacientes diagnosticados de IA sino también por aquellos a los que se había solicitado análisis toxicológico con resultado positivo. Sin embargo, cuando se analizan los casos con diagnóstico de IA (28,5% del total de pacientes con análisis toxicológico positivo) se observa la misma tendencia: a la cabeza de las intoxicaciones están las benzodiazepinas seguidas del cannabis y la cocaína y a más distancia el resto de los tóxicos. Estos datos podrían reflejar un mayor uso de preparados de cannabis de alta potencia (variedades de cultivo *indoor* con altas concentraciones de THC), una tendencia observada en Europa en los últimos años, pero que no podemos confirmar al carecer de determinación de valores plasmáticos absolutos de THC.

Con respecto al número de tóxicos implicados, a diferencia de otras series publicadas en las que predomina el policonsumo⁴⁻⁷, en nuestro estudio evidenciamos que la mayoría de los pacientes (73,4%) dieron resultado positivo a una sola droga, frente al 21,5% que fueron positivos a 2 tóxicos y el 5,1% a tres o más sustancias.

En concordancia con otros autores, las manifestaciones clínicas predominantes son las neurológicas (57,1%), seguidas de las cardiorrespiratorias, siendo las más fre-

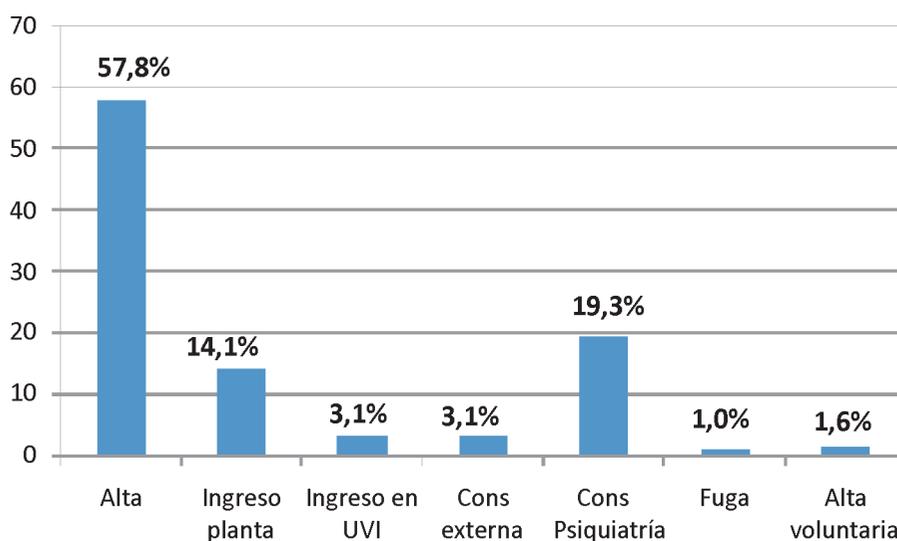


Figura 3. Destino de los pacientes.

cuentas la disminución del nivel de conciencia (35,8%) y la agitación psicomotora (18,2%).

Se hallaron antecedentes psiquiátricos en el 43,6% de los pacientes, con claro predominio del sexo femenino. Estos datos están en línea con los obtenidos por otros grupos, como los de Sanjurjo y cols.⁷ o De Miguel-Bouzas¹⁰. Entre ellas, el alcoholismo estuvo presente en el 19,34% de los casos, con claro predominio del sexo masculino (74,5 vs. 25,42%), también en concordancia con lo descrito por otros autores¹⁰.

La intencionalidad suicida se pudo evidenciar en un 18,5% de los casos, datos muy similares a los obtenidos por el grupo de De Miguel-Bouzas y cols.¹⁰, pero inferiores a las series de Caballero y cols.^{4,5} y de Carpintero y cols.⁶. En este caso, la diferencia fue estadísticamente significativa a favor del sexo femenino.

Respecto de los tratamientos empleados cabe destacar que solo el 68,25% de los pacientes con resultado toxicológico positivo recibieron tratamiento. El tipo más empleado fue el inespecífico o de soporte (45,3%), en concordancia con lo publicado por otros grupos^{2,6,10}, estando la frecuencia de tratamientos específicos (antídotos) en un porcentaje similar al de las otras series publicadas. Sin embargo, a diferencia de ellos, nosotros obtenemos una menor utilización de lavado gástrico (5,5%).

Podemos afirmar que la IA por drogas de abuso en nuestro SUH no supuso una mortalidad elevada, ya que solo se produjo en 1,47% de los pacientes en los que se detectó presencia de algún tóxico, también en la línea de lo descrito por otros grupos españoles^{2,10}.

En nuestra opinión, nuestro estudio presenta algunas fortalezas. Es el primer estudio publicado de características similares en nuestra Comunidad Autónoma y, por otro lado, hay pocos estudios similares con un tamaño muestral comparable al nuestro en España. Sin embargo, somos conscientes de que presenta algunas limitaciones; la más importante, la no disponibilidad de la medición del etanol en nuestro laboratorio, aunque se han incluido datos de intoxicación etílica basados en la sospecha clínica, como han registrado también otros grupos¹⁰. Otra limitación importante es que nuestro método analítico (inmunoanálisis) puede presentar reacciones cruzadas con otras sustancias psicoactivas o no. En este sentido, los métodos con mayor reactividad cruzada son los de la amfetamina y el éxtasis, que pueden dar falsos positivos

en caso de agentes adrenérgicos o psicofármacos de estructura parecida a las amfetaminas, así como de nuevas sustancias psicoactivas (como la mefedrona, la catinona). El punto de corte utilizado trata de minimizar estas falsas reacciones positivas. Otro dato muy significativo es que, en ocasiones, el médico de urgencias comienza el tratamiento antes de tener el resultado toxicológico, bien sea por demora en la recogida de la muestra (generalmente por falta de colaboración del paciente, voluntaria o involuntariamente), o por la extrema rapidez que requiere la atención del sujeto, lo que hace que se tomen medidas generales y de soporte vital de manera inmediata ante la sospecha que se pueda generar de la anamnesis o la clínica del paciente o de ambas.

En conclusión, nuestro estudio pone de relieve, al igual que otras series publicadas en España, la importancia de las IA en los SUH de un Hospital General de segundo nivel, así como la escasa mortalidad que generan. Sin embargo, encontramos resultados que se diferencian bastante de lo publicado por otros grupos españoles, como por ejemplo la edad ligeramente más avanzada del consumidor de drogas y especialmente que, en nuestra área, la droga ilegal más consumida entre los pacientes que llegan al SUH es el cannabis frente a lo que se halla en la mayoría de las series en las que la droga ilegal líder es la cocaína.

Todo ello nos hace reflexionar y formularnos algunas preguntas que abren la puerta a futuros estudios sobre el tema: ¿Es coste-eficiente solicitar la determinación de manera indiscriminada a todo paciente con alteración del nivel de conciencia?, ¿conocer el resultado de la prueba condiciona de alguna manera el manejo que el facultativo de urgencias instaura a la llegada del paciente a la unidad? Todo lo expuesto anteriormente subraya la necesidad de realizar estudios epidemiológicos de este tipo en cada área sanitaria, que además deberían ser repetidos cada cierto tiempo para conocer las tendencias de las IA y su manejo.

Agradecimientos

Nuestra gratitud y agradecimiento en especial a los Doctores Tarabó, Azzarini, Muñoz, Calderón, así como al resto de facultativos de urgencias y en formación (MIR, EIR), extensivo también a todo el personal de enfermería y de administración de la Unidad de Urgencias del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina.

REFERENCIAS

1. Fernández Rodríguez F, Burillo Putze G, Rodríguez Gaspar M y cols. Unidad de observación de urgencias en la intoxicación aguda grave. *Emergencias*. 1997; 9: 216-20.
2. Burillo Putze G, Munné Mas P, Dueñas Laita A y cols. Intoxicaciones agudas: perfil epidemiológico y clínico y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencia españoles en el año 2006 (Estudio Hispatox). *Emergencias*. 2008; 20: 15-26.
3. <http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/1/cnd-new-drugs>
4. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B y cols. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2004; 21(2): 62-8.
5. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Díaz Braseró A y cols. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2004. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2008; 25 (6): 262-8.
6. Carpintero Escudero JM, Ochoa Gómez FJ, Ruiz Azpiazú JI y cols. Prevalencia de las intoxicaciones agudas en Urgencias de La Rioja. *Emergencias*. 2000; 12: 92-7.
7. Sanjurjo E, Cámara M, Nogué S, et al. Urgencias por consumo de drogas de abuso: confrontación entre los datos clínicos y los analíticos. *Emergencias*. 2005; 17: 26-31.
8. Ruse M, Haines J, Pronczuk J. Harmonization of data collection on poisonings. *Ann Emerg Med*. 2000;35(5): 512-3.
9. Hoppe-Roberts JM, Lloyd LM, Chyka PA. Poisoning mortality in the United States: comparison of national mortality statistics and poison control center reports. *Ann Emerg Med*. 2000;35(5):440-8
10. De Miguel-Bouzas JC, Castro-Tubío E, Bermejo-Barrera AM y cols. Estudio epidemiológico de las intoxicaciones agudas atendidas en un hospital gallego entre 2005 y 2008. *Adicciones*. 2012; 24(3): 239-46.
11. Castanyer Puig B, Puiguriger Ferrando J, Barceló Martín B y cols. Encuesta a urgenciólogos sobre el papel del laboratorio en el manejo de intoxicaciones agudas. *Emergencias*. 2012; 24:447-53.
12. Lundberg GD, Walberg CB, Pantik VA. Frequency of clinical toxicology test-ordering (primarily overdose cases) and results in a large urban general hospital. *Clin Chem*. 1974; 20(21): 121-25.