

Evolución de las consultas urgentes relacionadas con el consumo de cocaína durante el periodo 2002-2007

MIGUEL GALICIA¹, SANTIAGO NOGUÉ², EDUARDO SANJURJO¹, ÒSCAR MIRÓ¹

¹Sección de Urgencias Medicina. ²Sección de Toxicología Clínica. Área de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:

Òscar Miró
Área de Urgencias
Hospital Clínic
Villarroel, 170
08036 Barcelona, España
E-mail: omiro@clinic.ub.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

4-9-2008

FECHA DE ACEPTACIÓN:

10-9-2008

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Objetivos: Analizar la evolución temporal de las características epidemiológicas, clínicas y toxicológicas de las consultas urgentes relacionadas con el consumo de cocaína.

Método: Pacientes que consultaron al servicio de urgencias durante un período de 6 años por síntomas relacionados con el consumo de cocaína en las horas previas. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y toxicológicos.

Resultados: Se identificaron 1.755 pacientes (292 pacientes/año, 70% varones, edad media 31 años). Las urgencias por cocaína supusieron el 0,76% del total de urgencias médicas, el 15,3% de las urgencias toxicológicas y el 28,6% de las urgencias generadas por sustancias de abuso, porcentajes que se han mantenido relativamente estables a lo largo de los 6 años. La forma de consumo más habitual fue por vía nasal (75%), con intención recreativa (91%) y asociada a otras sustancias de abuso (72%), especialmente alcohol, cannabis y derivados anfetamínicos. Los principales motivos de consulta fueron la ansiedad (27%), la agitación (20%) y las palpitaciones (12%). El 3,6% de las consultas urgentes recibieron la categoría 1 de *triaje* y fueron asistidas en el área de reanimación de urgencias. El 11% requirió ingreso hospitalario: un 45% en áreas médico-quirúrgicas, un 44% en psiquiatría y un 11% en cuidados intensivos. No se ha observado un incremento de las necesidades de ingreso durante el periodo estudiado. La mortalidad global de la serie fue del 0,17%.

Conclusiones: El consumo de cocaína, sola o combinada con otras sustancias de abuso, genera un elevado número de consultas al servicio de urgencias, con predominio de manifestaciones neuropsiquiátricas y cardiovasculares, aunque no se objetivan cambios significativos en los últimos 6 años respecto a la incidencia ni a las necesidades de ingreso. [Emergencias 2008;20:385-390]

Palabras clave: Cocaína. Sustancias de abuso. Sobredosis. Urgencias.

Introducción

El consumo de cocaína ha aumentado progresivamente en nuestro país en la última década, y ha pasado de ser una droga que el 3,4% de la población española entre 15 y 64 años reconocía haber consumido alguna vez en la encuesta del Plan Nacional sobre Drogas del año 1995, al 7% en la encuesta del año 2005¹. 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 cocaína ocupa el primer lugar como motivo de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en relación con el consumo de drogas ilegales, no sólo en España² sino también en muchos otros paí-

ses³ y llega a representar hoy en día el 10% de las urgencias toxicológicas⁴. 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. El objetivo de este estudio ha sido el análisis en los últimos 6 años de las urgencias atendidas en un hospital urbano de tercer nivel que se han relacionado con el consumo de cocaína, en particular de sus características epidemiológicas, clínicas y evolutivas.

Método

Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo en el servicio de urgencias del Hospital

Clínic de Barcelona, un hospital universitario de tercer nivel y clasificado como de alta tecnología, para el período comprendido entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2007. Se consignaron el número total de urgencias anuales, urgencias toxicológicas, urgencias por drogas de abuso y urgencias cuyo motivo de consulta se relacionaba con el consumo de cocaína en las horas previas. Se consideraron como urgencias toxicológicas todas las consultas realizadas al SUH relacionadas con una exposición a un producto tóxico, incluyendo medicamentos, alcohol etílico, otras drogas de abuso, productos de uso agrícola, doméstico o industrial, plantas y setas y animales venenosos. Estos pacientes son atendidos mayoritariamente en la sección de urgencias medicina, junto a otras patologías que podríamos denominar médicas (dolor torácico, ictus, insuficiencia cardiaca, fiebre,...), y que está diferenciada de otras áreas de urgencias (cirugía, traumatología, otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, obstetricia y ginecología). Esta recogida de datos fue posible porque el área de urgencias cuenta con una sección de toxicología clínica que de manera rutinaria recoge las urgencias toxicológicas y extrae de las historias clínicas una serie de datos preestablecidos. Para el presente estudio, se excluyeron los pacientes que consultaron a urgencias por un síndrome de abstinencia o que deseaban iniciar un programa de deshabituación.

Se han registrado los datos epidemiológicos (día y hora de la consulta, sexo, edad, área de atención), toxicológicos (sustancias de abuso implicadas) y la evolución final (alta o ingreso). En caso de precisar ingreso, se especificó si éste se realizó en una unidad convencional medicoquirúrgica, psiquiátrica o de intensivos. Además, se revisaron las 30 primeras historias clínicas de cada año, para recoger el motivo de consulta, la sintomatología y el tratamiento aplicado en cada caso. El análisis toxicológico, cuando se realizó, incluía la determinación cuantitativa de etanol en sangre y cualitativa en orina de cocaína, benzodiazepinas, anfetaminas, opiáceos, metadona, cannabis y, en ocasiones, también de dietilamida del ácido lisérgico (LSD), éxtasis líquido (GHB) y ketamina. La detección de cocaína se realizó por una técnica de enzimoanálisis cualitativo de benzoilecgonina con reactivo DADE (Behring®). En los casos en los que no dispuso de análisis toxicológicos, se aceptaron como ciertos los datos extraídos de la historia clínica que habían sido aportados por el paciente y/o los acompañantes.

Se ha calculado la incidencia de consultas urgentes por cocaína en relación al total de visitas a

urgencias, al total de visitas de causa toxicológica y a las derivadas del consumo de sustancias de abuso. También se calculó la evolución a lo largo de los 6 años del estudio de la necesidad de ingreso, así como las diferentes áreas hospitalarias en las que se produjo la admisión. Las variables cualitativas se expresan como media y desviación estándar, y las cualitativas como porcentajes. La homogeneidad de las distribuciones se ha contrastado mediante el test de la ji al cuadrado. La evolución temporal se analizó mediante regresión lineal y se ha aceptado como significación estadística un valor de p inferior a 0,05.

Resultados

Se registraron 1.755 urgencias causadas por el consumo de cocaína, con la siguiente distribución anual: 219 casos en el año 2002, 237 en 2003, 298 en 2004, 424 en 2005, 334 en 2006 y 243 en 2007. Las características epidemiológicas y clínicas de estos pacientes se muestran en la Tabla 1. Destaca la mayor representación del género masculino, una mayor incidencia de consultas por cocaína en julio y agosto, durante los fines de semana y en horario nocturno, con una utilización de la droga con fines predominantemente recreativos y por vía nasal. Destacan también 20 casos de entrada de la droga por vía digestiva, 18 de los cuales correspondieron a un tráfico de cocaína (*body-packer*) y 2 casos por la ocultación precipitada de la droga al ser detenidos por la policía (*body-stuffer*). En 485 casos (27,6%), la cocaína fue la única sustancia consumida, mientras que en los 1.370 restantes (72,4%) existió el uso concomitante de otras sustancias, entre las que destaca el alcohol etílico. Los motivos de consulta fueron de predominio neuropsiquiátrico o cardiovascular. En total, 62 pacientes de los 1.755 pacientes (3,6%) recibieron la categoría 1 de *triaje* y fueron asistidos de forma inmediata en el área de reanimación cardiopulmonar de urgencias. En los pacientes que recibieron tratamiento (39%), las benzodiazepinas fueron los fármacos más utilizados.

Durante este mismo periodo de estudio, se registraron un total de 229.325 visitas al área de urgencias médicas (35.178, 38.451, 41.072, 38.913, 38.429 y 37.282 para cada año), de las cuales 11.672 fueron urgencias toxicológicas (1.830, 1.763, 1.940, 1.734, 2.182 y 2.183 para cada año) y 6.362 de ellas causadas por drogas de abuso (1.014, 948, 1.036, 831, 1.340 y 1193 para cada año). Por ello, la incidencia global de

Tabla 1. Características epidemiológicas, clínicas y toxicológicas de los pacientes

Variable	Valor
Edad (media \pm DE, en años)	31,6 \pm 8,7
Género [n (%)]*	
– Femenino	525 (29,9%)
– Masculino	1.230 (70,1%)
Mes del año [n (%)]*	
– Enero	108 (6,2%)
– Febrero	111 (6,3%)
– Marzo	162 (9,2%)
– Abril	162 (9,2%)
– Mayo	115 (6,6%)
– Junio	163 (9,2%)
– Julio	172 (9,8%)
– Agosto	176 (10,1%)
– Septiembre	151 (8,6%)
– Octubre	146 (8,3%)
– Noviembre	134 (7,6%)
– Diciembre	155 (8,8%)
Día de la semana [n (%)]*	
– Lunes	222 (12,6%)
– Martes	129 (7,4%)
– Miércoles	166 (9,4%)
– Jueves	203 (11,6%)
– Viernes	204 (11,6%)
– Sábado	425 (24,2%)
– Domingo	406 (23,2%)
Hora del día [n (%)]*	
– De 0:00 h a 7:59 h	628 (35,8%)
– De 8:00 h a 15:59 h	581 (33,1%)
– De 16:00 h a 23:59 h	546 (31,1%)
Vía de consumo de la cocaína [n(%)]	
– Nasal	1.297 (75,0%)
– Mixta	369 (21,3%)
– Intravenosa	28 (1,6%)
– Digestiva	20 (1,1%)
– Pulmonar	17 (1,0%)
– No determinada	24
Intencionalidad	
– Recreativa	1.305 (91,2%)
– Suicida	108 (7,6%)
– Accidental	18 (0,2%)
– No determinada	324
Otras sustancias consumidas [n (%)] (n = 1.370)	
– Alcohol	1.172 (85,5%)
– Benzodiazepinas	362 (26,4%)
– Cannabís	360 (26,3%)
– Derivados anfetamínicos	228 (16,6%)
– Heroína	179 (13,1%)
– GHB	140 (10,2%)
– Metadona	88 (6,4%)
– Ketamina	38 (2,8%)
– Fármacos diversos	94 (6,8%)
Motivo de consulta (n(%)) (n=180)*	
– Psiquiátrico	100 (65,5%)
– Ansiedad	48 (26,6%)
– Agitación	36 (20%)
– Delirio	9 (5%)
– Alucinaciones	5 (2,7%)
– Insomnio	2 (1,1%)
– Cardiovascular	45 (25%)
– Palpitaciones	22 (12,2%)
– Dolor torácico	21 (11,6%)
– Disnea	2 (1,1%)
– Neurológico	26 (14,4%)
– Disminución de conciencia	14 (7,7%)
– Movimientos anormales	6 (3,3%)
– Convulsiones	3 (1,6%)
– Parestesias	3 (1,6%)
– Preocupación por el consumo	22 (12,2%)
– Tentativa suicida	15 (8,3%)
Tratamiento [n (%)] (n = 180)**	
– Ninguno	110 (61,1%)
– Benzodiazepinas	67 (37,2%)
– Neurolepticos	16 (8,8%)
– Carbón activado	4 (2,2%)
– Anticomiciales	2 (1,1%)
– Otros	9 (5%)

*p < 0,001.

**Corresponde a los 30 primeros casos de cada año. La suma total es mayor de 180 porque hubo pacientes que refirieron más de un motivo de consulta y que recibieron más de un tratamiento.

urgencias por cocaína en nuestro centro fue del 0,76% de los pacientes médicos visitados, del 15,3% de las urgencias toxicológicas y del 28,6% de las urgencias generadas por todas las sustancias de abuso (incluyendo el etanol). En el primer caso, la incidencia mostró una tendencia ascendente (aunque estadísticamente no significativa), mientras que en los casos restantes la incidencia se mantuvo prácticamente consante (Figura 1).

Precisaron ingresar un total de 191 pacientes (17, 31, 28, 26, 59 y 30 para cada año), lo que supuso un 10,9% de los pacientes atendidos en urgencias por consumo de cocaína. Los ingresos se realizaron en unidades de hospitalización convencional psiquiátrica en 85 casos (44,5%), de hospitalización convencional medicoquirúrgica en 84 casos (44,0%) y en unidades de cuidados intensivos en 22 casos (11,5%). La evolución de la necesidad de ingreso global mostró una tendencia ascendente durante estos años, especialmente por un mayor número de ingresos en unidades medicoquirúrgicas, aunque en ningún caso estas tendencias resultaron estadísticamente significativas (Figura 2). Durante su estancia en urgencias falleció un paciente, y durante el ingreso hospitalario fallecieron otros dos pacientes (mortalidad 0,17%).

Discusión

El presente estudio confirma la relevancia que ha adquirido el consumo de cocaína como motivo de consulta en un SUH y el actual liderazgo entre las urgencias toxicológicas por drogas de abuso ilegales, tal y como han puesto de manifiesto también otros autores⁵. Sin embargo, las intoxicaciones étlicas continúan siendo la primera causa de sobredosis en nuestro país^{6,7}. También se aprecia una tendencia ascendente en el porcentaje de urgencias causadas por cocaína en relación al total de urgencias médicas atendidas, aunque es probable que el corto periodo de tiempo analizado (2002-2007) no haya permitido que dicha tendencia alcanzase significación estadística. Sin embargo, la participación de la cocaína como causa de urgencias toxicológicas o por drogas de abuso se ha mantenido estable, lo cual confirma el rol social que esta droga ha adquirido en España en la última década, aún a pesar de la continua aparición de nuevas drogas de abuso, como el éxtasis (MDMA), el éxtasis líquido GHB, los *poppers* o la ketamina⁸⁻¹¹.

Las sobredosis de cocaína pueden ser mortales o inducir trastornos orgánicos graves de predomi-

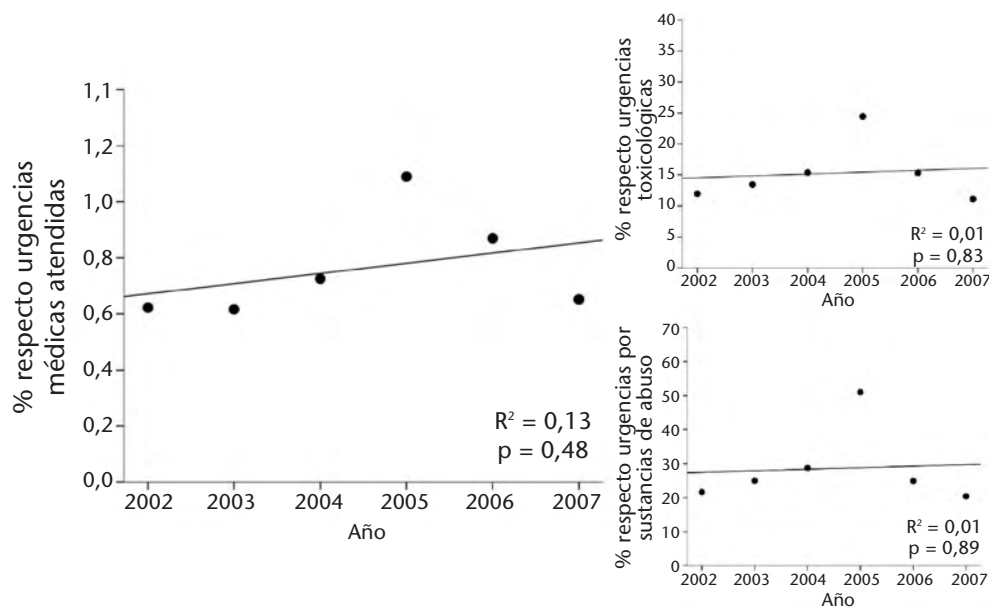


Figura 1. Evolución de la incidencia de intoxicaciones por cocaína en relación a las visitas totales en urgencias (izquierda) y a las toxicológicas y a las generadas por sustancias de abuso (derecha).

nio cardiovascular¹², neurológico¹³ o renal¹⁴ que justifican, tras una primera atención en urgencias, el ingreso en cuidados intensivos o en hospitalización convencional¹⁵. En nuestro trabajo, las consultas más frecuentes han sido por manifestaciones neuropsiquiátricas y cardiovasculares, y no hemos observado diferencias significativas a lo largo del tiempo en cuanto a las necesidades de ingreso de los pacientes que consultan a urgencias por síntomas derivados del consumo de cocaína. Pero, como aducíamos anteriormente, el periodo de estudio no ha sido muy prolongado y se deberá seguir controlando la evolución para comprobar si las tendencias que se insinúan (una mayor necesidad de ingreso en unidades medicoquirúrgicas y psiquiátricas) se confirman en los próximos años. Por otro lado, las unidades de observación de urgencias (de las que nuestro SUH cuenta con una de 28 camas), dotadas cada vez más con personal sanitario mejor cualificado y mayores medios técnicos de monitorización y tratamiento, se han convertido en un lugar habitual para mantener a un paciente con sobredosis en observación y tratamiento durante 24-48 horas o hasta la resolución del cuadro clínico. Por ello, creemos que en los SUH que no dispongan de estas unidades el porcentaje de ingresos probablemente sea mayor.

Las características clínicas y demográficas de los pacientes atendidos en urgencias por consumo de cocaína se ha caracterizado por un mayor número de casos en varones, en coincidencia con los datos aportados por el Plan Nacional sobre Drogas respecto al perfil de los consumidores. Por

otro lado, la mayor incidencia de casuística en los meses de verano, durante los fines de semana y en horario nocturno, confirman el uso recreativo de esta droga^{16,17}.

En ocasiones, las urgencias por cocaína no están en un contexto de consumo de droga sino de tráfico: son los *body-packers* y los *body-stuffers*, una situación relativamente frecuente en las grandes metrópolis, y en la que los pacientes corren un grave riesgo, ya sea de obstrucción intestinal por los paquetes de droga ubicados en la luz intestinal o de sobredosis por rotura de alguna bolsa¹⁸⁻²⁰. También se ha detectado que el consumo de cocaína se ha realizado en ocasiones en un contexto depresivo del paciente, habitualmente asociado a la sobreingesta de medicamentos, con una finalidad suicida o de parasuicidio. Es conocido que el riesgo de suicidio en pacientes psicóticos es más elevado si son consumidores de cocaína o anfetaminas²¹.

La cocaína se ha utilizado en un número muy elevado de casos (72,4%) con otras drogas de abuso, que modifican las características clínicas de las sobredosis de cocaína y dificultan el manejo terapéutico. Estos policonsumos son muy frecuentes en los adictos a drogas y es uno de los factores que puede condicionar la muerte súbita^{22,23}. El uso por vía nasal, el más habitual en los cocainómanos, está generando una nueva patología nasal asociada habitualmente a cambios vasculares en la mucosa o a la necrosis del tabique, y que también constituye en ocasiones un motivo de consulta a urgencias²⁴.

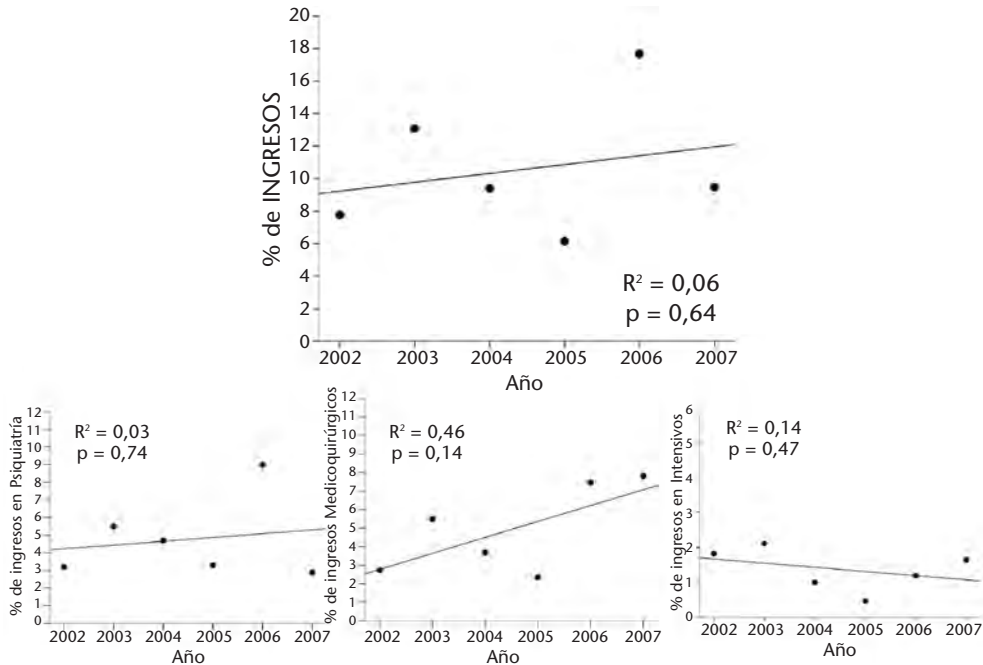


Figura 2. Evolución de la necesidad de ingreso en las urgencias causadas por consumo de cocaína (superior) y desglosadas por las diferentes unidades de hospitalización receptoras del ingreso (inferior).

La mortalidad en la presente serie es relativamente baja (0,17%) aunque la necesidad de admisión en el área de reanimación de urgencias (3,6%) y el posterior ingreso en cuidados intensivos (1,2%) muestra su potencial gravedad. Por otro lado, no hay que olvidar que el consumo de cocaína es una causa reconocida de muerte súbita y que en muchos de estos pacientes los servicios de emergencia extrahospitalarios no llegan a tiempo de iniciar maniobras de reanimación efectivas, por lo que la mortalidad real asociada al consumo de cocaína probablemente sea más alta que la constatada en este estudio²⁵.

Como limitaciones del presente estudio cabe citar que ha sido realizado en un solo servicio de urgencias de un hospital situado en el centro de una gran ciudad y en cuya área de influencia radica un gran número de locales de ocio, hecho que puede haber magnificado las cifras de incidencia. Por otro lado, la revisión de las historias clínicas, aunque protocolizada semanalmente, es de carácter retrospectivo, por lo que algunos datos en determinados pacientes estaban ausentes. Además, la presencia de cocaína no fue verificada analíticamente en todos los casos. Sin embargo, estudios previos realizados en nuestro propio hospital han demostrado que, cuando el médico que trabaja en urgencias sospecha el consumo de una droga de abuso como responsable de los signos y síntomas del paciente, en el 82% de los casos esta presunción es

acertada²⁶. Finalmente, y como ya hemos mencionado anteriormente, el periodo limitado de tiempo (6 años) puede haber determinado la presencia de un error estadístico de tipo beta que no ha permitido demostrar significación estadística en las tendencias evolutivas observadas. En cualquier caso, se puede afirmar que el consumo de cocaína, sola o combinada con otras sustancias de abuso, genera un número apreciable de consultas en los servicios de urgencias, que conllevan una importante morbilidad asociada y la necesidad frecuente de ingreso hospitalario, si bien esta necesidad se mantiene estable durante los últimos años.

Bibliografía

- 1 Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/GraficosEncuestaDrogas.ppt (accedido el 20 de agosto de 2008).
- 2 Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munné P. Urgencias por cocaína: un problema emergente. *Med Clin (Barc)* 2006;126:616-9.
- 3 Macdonald H. Cocaine use in England and Wales rises as cannabis use falls. *B Med J* 2008;337:a1367.
- 4 Burillo-Putze G, Munne-Mas P, Dueñas-Laita A, Trujillo-Martín MM, Jiménez-Sosa A, Adrian-Martín MJ, et al. 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* 2008;20:15-26.
- 5 de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ,

- Neira-León M, Barrio G. Mas de 30 años de drogas ilegales en España: una historia amarga con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 2006;80:505-20.
- 6 Miró O, Nogué S, Espinosa G, To-Figueras J, Sánchez M. Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate. *J Toxicol Clin Toxicol* 2002;40:129-35.
 - 7 Caballero-Vallés PJ, Dorado-Pombo S, Díaz-Brasero A, García-Gil E, Yubero-Salgado L, Torres-Pancho N, et al. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el área sur de la comunidad de Madrid: estudio Veia 2004. *An Med Interna* 2008;25:67-72.
 - 8 Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, Gutierrez F. Personality profile in young current regular users of cocaine. *Subst Use Misuse* 2008;43:1378-94.
 - 9 Sanjurjo E, Nogué S, Miró O, Munné P. Análisis de las consultas generadas por el consumo de éxtasis en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2004;123:90-2.
 - 10 Galicia M, Nogué S, To-Figueras J, Echarte JL, Iglesias ML, Miró O. Intoxicaciones por éxtasis líquido (GHB) atendidas en servicios de urgencias hospitalarios de la ciudad de Barcelona durante dos años. *Med Clin (Barc)* 2008;130:254-8.
 - 11 Pajarón M, Claver G, Nogué S, Munné P. Metahemoglobinemia por consumo recreacional de poppers. *Med Clin (Barc)* 2003;121:358.
 - 12 Perea M, Ortega M, Trejo O, Nogué S. Torsades de pointes inducidas por cocaína. *Med Clin (Barc)* 2000;114:278.
 - 13 González-Martínez F, Navarro-Gutierrez S, Oliete-Ramírez E, Sánchez-Yepes J, Ballester-Vidal MR, Estévez-Rovira E. Stroke in young patients: a diagnostic challenge in the emergency room. *Eur J Med* 2004;11:178-80.
 - 14 El-Hayek BM, Nogué S, Alonso D, Poch E. Rbdomiolisis, síndrome compartimental y fracaso renal agudo asociado a consumo de cocaína. *Nefrología* 2003;23:469-70.
 - 15 Sopeña B, Rivera A, Rodríguez-Domínguez M, Rodríguez-Rodríguez M, Argibay A, Maure B, et al. Complicaciones relacionadas con el consumo de cocaína que precisaron ingreso hospitalario. *Rev Clin Esp* 2008;208:12-7.
 - 16 Castells X, Casas M, Vidal X, Bosch R, Roncero C, Ramos-Quiroga JA, et al. Efficacy of central nervous system stimulant treatment for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Addiction* 2007;102:1871-87.
 - 17 Brugal MT, Rodríguez-Martos A, Villalbí JR. Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la Salud Pública. *Gac Sanit* 2006;suppl 1:55-62.
 - 18 Ortega M, Perea M, Trejo O, Nogué S. Intoxicación aguda por cocaína en un body-stuffer. *Med Clin (Barc)* 2000;114:279.
 - 19 Luburich P, Santamaría G, Tomás X, Nogué S, Pujol T, Pomés J, et al. La ocultación gastrointestinal de drogas ilegales. *Rev Esp Enferm Dig* 1991;79:190-5.
 - 20 Burillo-Putze G, Nogué-Xarau S, Dueñas-Laita A. Body-packer: revisión y experiencia en un hospital de referencia. *Cir Esp* 2008;83:160-1.
 - 21 González-Pinto A, Aldama A, González C, Mosquera F, Arrasate M, Vieta E. Predictors of suicide in first-episode affective and nonaffective psychotic inpatients: five-year follow-up of patients from a catchment area in Vitoria, Spain. *J Clin Psychiatry* 2007;68:242-7.
 - 22 Pereiro C, Bermejo MA, Fernández P, Taberner MJ. Deaths from drug abuse in northwestern Spain, 1992-97. *Addict Biol* 2003;8:89-95.
 - 23 Nogué S, Sanz P, Munné P, de la Torre R. Acute scopolamine poisoning after sniffing adulterated cocaine. *Drug Alcohol Depend* 1991;27:115-6.
 - 24 Martín JM, Caldach L, Molina I, Ruíz C, Monteagudo C, Jordá E. Ulceronecrotic nasoparanasal lesion. Cocaine-induced midline destructive lesions. *Arch Dermatol* 2007;143:653-8.
 - 25 Rodríguez O, Jarabo JR, Fernández E, Gómez A. Muerte súbita en paciente con masa mediastínica. *Cir Esp* 2007;82:50.
 - 26 Sanjurjo E, Cámara M, Nogué S, Negro M, García S, To-Figueras J, Miró O, et al. Urgencias por consumo de drogas de abuso: confrontación entre los datos clínicos y los analíticos. *Emergencias* 2005;17:26-31.

Changes in emergency consultations related to cocaine abuse during the period 2002 through 2007

Galicia M, Nogué S, Sanjurjo E, Miró O

Objective: To analyze the epidemiologic, clinical, and toxicologic characteristics of emergency consultations related to cocaine abuse.

Patients and methods: The 6-year study included patients seen in the emergency department (ED) for cocaine use in the hours prior to consultation. Epidemiologic, clinical, and toxicologic data were recorded.

Results: A total of 1755 patients were identified (292 patients per year, 70% male, mean age 31 years). Emergency consultations for cocaine abuse accounted for 0.76% of all medical emergencies, 15.3% of all toxic exposures, and 28.6% of all emergency consultations for substance abuse; these figures remained relatively stable over the 6-year study period. The drug was most commonly taken nasally (75%), for recreational use (91%), and usually in association with other substances (72%), particularly alcohol, cannabis, and amphetamine derivatives. The main reasons for consultation were anxiety (27%), agitation (20%), and palpitations (12%). The triage classification was level I in 3.6% of cases, and these patients were attended immediately in the ED resuscitation area. Hospital admission was required in 11% of cases, of which 45% were admitted to medical-surgical specialties, 44% to psychiatry, and 11% to intensive care. There has been no increase in the need for admission over the study period. Overall mortality was 0.17%.

Conclusions: Cocaine abuse, alone or combined with other substance abuse, generates a large number of consultations to ED. The main symptoms are neuropsychiatric and cardiovascular. There have been no significant changes in incidence or in the need for admission over the past 6 years. [*Emergencias* 2008;20:385-390]

Key words: Cocaine. Substance abuse. Overdose. Emergency department.