

# Factores que determinan la reconsulta a urgencias tras una atención urgente por consumo de cocaína

ÒSCAR MIRÓ<sup>1,3</sup>, MIGUEL GALICIA<sup>1,3</sup>, MIQUEL SÁNCHEZ<sup>1,3</sup>, SANTIAGO NOGUÉ<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Secciones de Urgencias Medicina y de <sup>2</sup>Toxicología Clínica. Área de Urgencias, Hospital Clínic. Barcelona, España. <sup>3</sup>Grupo de Investigación "Urgencias: procesos y patologías", IDIBAPS. Barcelona, España.

## CORRESPONDENCIA:

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

## FECHA DE RECEPCIÓN:

10-11-2010

## FECHA DE ACEPTACIÓN:

22-11-2010

## CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

## AGRADECIMIENTOS:

El Dr. Òscar Miró disfrutó de una beca de intensificación Investigadora del Instituto Carlos III (Ministerio de Sanidad) durante el año 2009. Este trabajo ha sido posible en parte gracias a una ayuda al grupo de investigación consolidado "Urgencias: procesos y patologías" de la Generalitat de Catalunya (SGR 2009-1385).

**Objetivos:** Las reacciones adversas agudas al consumo de cocaína se han convertido en un importante motivo de consulta a los servicios de urgencias y en algunos casos, los pacientes son reincidentes. Se plantea cuantificar el problema e identificar los factores que motivan la reconsulta de estos pacientes.

**Método:** Estudio de cohortes realizado en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 12 meses. Se han incluido los pacientes con análisis toxicológico positivo para cocaína. Se recogieron 12 variables independientes, que incluían aspectos epidemiológicos (sexo, edad, lugar, día y hora del consumo, forma de llegada a urgencias) y clínicos (consumo concomitante de otras drogas, antecedentes de consulta a urgencias por uso de drogas, relación directa entre el consumo de cocaína y el episodio actual y necesidad de consulta psiquiátrica o ingreso). La variable dependiente fue la identificación de una consulta al mismo servicio y asociada al consumo de drogas.

**Resultados:** Se han incluido 220 pacientes, de los que el 6% reconsultó antes de los 30 días, el 8% en los 3 primeros meses y el 17% al cabo de un año. Cuatro de las variables estudiadas estuvieron significativamente asociadas a una reconsulta en el estudio bivariante, pero sólo dos de ellas (consulta previa por consumo de drogas, HR 3,28, IC95% 1,46-7,31; y necesidad de valoración psiquiátrica, HR 2,52, IC95% 1,22-5,20) resultaron ser factores predictivos independientes de reconsulta a urgencias. Así, la recidiva al año fue del 5,5% cuando no existía ninguno de estos factores, del 20,5% cuando existía un factor y del 46,9% cuando existían los dos.

**Conclusiones:** Los pacientes que consultan a urgencias y tienen una analítica toxicológica positiva para cocaína tienen más probabilidades de reconsultar a urgencias si ya tienen antecedentes de consulta por consumo de drogas o si han precisado valoración psiquiátrica urgente. En pacientes con estos factores de riesgo, el sistema sanitario debería asegurar su seguimiento en un punto de atención específico para drogodependientes para intentar minimizar los episodios adversos graves. [Emergencias 2010;22:408-414]

**Palabras clave:** Cocaína. Reconsulta al servicio de urgencias. Drogas de abuso.

## Introducción

Las admisiones en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) españoles generadas por el consumo de drogas ilegales suponen casi el 10% del total de consultas por intoxicaciones<sup>1</sup>. Durante las últimas décadas se ha asistido a un cambio radical en el tipo de paciente con sobredosis de drogas de abuso que se atiende en estos servicios: mientras que en los años 80 del pasado siglo la heroína era la principal causante de estas consultas<sup>2,3</sup>, hoy en día este papel lo ocupa la cocaína, que supone actualmente entre el 28,6% y el 66%

de las urgencias atendidas en un SUH por drogas de abuso ilegales<sup>4,5</sup>. Las manifestaciones clínicas, que pueden ser muy variadas y afectar principalmente a la esfera psiquiátrica, cardiaca, vascular, neurológica o metabólica, se encuentran ampliamente descritas y detalladas en la literatura médica<sup>6-12</sup>. La mayoría de los pacientes con estas complicaciones son atendidos en los SUH. La gravedad del cuadro es muy heterogénea, y en la actualidad entre un 5 y un 10% de los pacientes necesitan ser ingresados por la severidad de la intoxicación o por las complicaciones secundarias que presentan<sup>3,13,14</sup>. El resto de pacientes son da-

dos de alta desde urgencias, y en la mayoría de casos no se tiene diseñado un circuito asistencial específico más allá de remitir al intoxicado a su médico de cabecera. Ello hace que se desconozca cuál es la evolución de estos pacientes, especialmente por lo que hace referencia a la probabilidad de presentar nuevos episodios de intoxicación grave que requieran otra vez la consulta a urgencias.

Por todo ello se planteó este estudio, con la finalidad de conocer la frecuencia de reconsultas a urgencias en consumidores de cocaína, así como los factores asociados a la misma. El objetivo final del trabajo sería poder definir desde el SUH un perfil de paciente con elevado riesgo de nueva consulta y para el que sería necesario articular mecanismos de seguimiento que limitasen dicho riesgo.

## Método

Se trata de un estudio retrospectivo, unicéntrico, sin intervención, con un diseño de seguimiento del tipo de cohortes. El lugar de estudio fue el servicio de urgencias de un hospital urbano de tercer nivel situado en el centro de Barcelona. Las características demográficas y asistenciales del centro han sido descritas con anterioridad<sup>15,16</sup>. El periodo de estudio fue de 12 meses consecutivos comprendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009.

Como criterio de inclusión se consideró a los pacientes que consultaron a urgencias y en quienes la determinación de cocaína en orina resultó positiva. Esta positividad se comprobó a través del registro del laboratorio de urgencias, en el cual se realiza la determinación de benzoilecgonina en orina mediante una técnica de inmunoanálisis. El único criterio de exclusión fue la consulta repetida, de manera que el paciente entró una única vez en el estudio (la primera consulta ocurrida durante el periodo).

La fuente de datos clínicos fue la historia clínica de urgencias, la cual está totalmente informatizada. Para los objetivos planteados en el presente estudio, se recogieron doce variables independientes que se consideraron que podían estar relacionadas con la reconsulta, y las cuales, cuando fue preciso, se dicotomizaron convenientemente. Estas 12 variables fueron (entre paréntesis se presenta la dicotomía realizada): la edad (superior a 35 años/inferior o igual a 35 años), el sexo (mujer/hombre), el lugar en el que se produjo el consumo (domicilio/otros lugares), el día de la semana

(laborable/fin de semana), la hora del día (noche/mañana o tarde), forma de llegada a urgencias (ambulancia/medios propios), consumo concomitante con otras drogas de abuso (sí/no), antecedentes de consulta en urgencias por consumo de drogas (sí/no) o alcohol (sí/no), motivo de la consulta actual relacionado con el consumo de cocaína (sí/no), si la consulta en urgencias requirió de valoración urgente por el psiquiatra de guardia (sí/no) y si requirió ingreso hospitalario (sí/no).

Por otro lado, para la identificación de la reconsulta (variable dependiente) se utilizó el sistema informático de admisiones para detectar las nuevas consultas a urgencias de los pacientes, dado que cada paciente tiene un número de identificación único en el centro. En aquellos casos en los que se detectó una reconsulta, se revisó la historia clínica para determinar si la reconsulta había estado causada por el consumo de drogas de abuso ilegales. Si tal era el caso, se consideraba que dicho paciente había alcanzado el evento (reconsulta por consumo de drogas) y ya no se tenía en cuenta para futuras hipotéticas reconsultas que pudieran haber acontecido durante el resto del periodo de seguimiento. La consulta informática se realizó durante los meses de julio y agosto de 2010. Los pacientes que no reconsultaron fueron censurados del seguimiento la fecha de la consulta informática.

Los datos recogidos se introdujeron en una base de datos y se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS (versión 15.0). Las variables cualitativas se expresaron mediante valores absolutos y porcentajes y las cuantitativas mediante la media y la desviación estándar. Se construyeron tablas de supervivencia siguiendo el modelo de Kaplan-Meier y para valorar las diferencias en las curvas de supervivencia entre los diferentes factores analizados se utilizó el estadístico de *log-rank*. Todas aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas en el modelo de Kaplan-Meier se incluyeron en un modelo de riesgos proporcionales de Cox para determinar cuáles eran los factores predictores independientes de recidiva y se calcularon sus respectivas *hazard ratios* (HR) con el intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se aceptó que existían diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de *p* fue inferior a 0,05 o bien el IC 95% de la HR excluyó el valor 1.

## Resultados

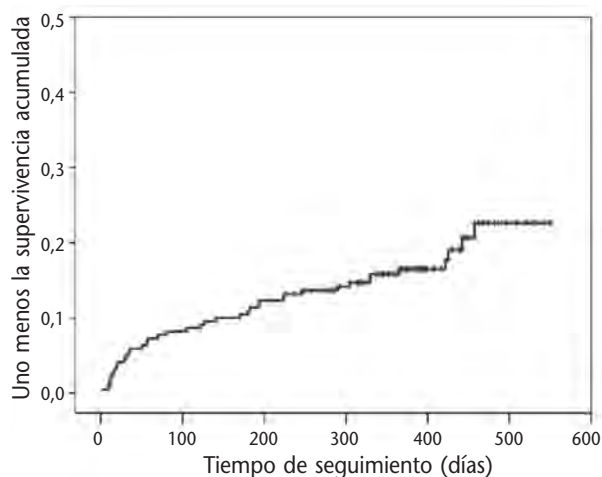
Se incluyeron 220 pacientes, a todos los cuales fue posible identificar a través del sistema infor-

**Tabla 1.** Características de los pacientes incluidos en el estudio

Variable	N (%)
Edad > 35 años	108 (49,1)
Sexo varón	146 (66,4)
Horario nocturno (0 h-8 h)	98 (44,5)
Fin de semana (viernes 16 h- lunes 8 h)	115 (52,3)
Consumo en bar-disco-teca-vía pública	136 (61,8)
Acude por medios propios	95 (43,2)
Relación entre las manifestaciones clínicas y el consumo de cocaína	142 (64,5)
Combinación con otras drogas	143 (65,0)
Consulta previa por drogas	51 (23,2)
Consulta previa por alcohol	34 (15,5)
Valoración psiquiátrica urgente	87 (39,5)
Ingreso hospitalario	47 (21,4)

mático. El tiempo acumulado de seguimiento fue de 211 pacientes/año. Las características de los pacientes incluidos en el estudio se recogen en la Tabla 1. El número total de eventos (reconsultas) registrados fue de 39, lo cual supuso que el 17,7% de los pacientes incluidos reconsultaron. La curva de eventos acumulados para el total de la muestra se presenta en la Figura 1 y, de forma específica, esta tasa fue del 6% al mes, del 8% a los 3 meses y del 17% al año.

De las 12 variables independientes valoradas, se observó que cuatro de ellas (el antecedente de consulta urgente por drogas de abuso o por alcohol, la presencia de manifestaciones clínicas relacionadas con el consumo de cocaína y la necesidad de valoración urgente por parte del psiquiatra de guardia durante el episodio índice) estaban relacionadas con un mayor riesgo de reconsulta (Figura 2). Cuando estas cuatro variables se introdujeron en un modelo multivariante de riesgos proporcionales, se observó que sólo dos de ellas eran factores predictivos independientes de reconsultas.



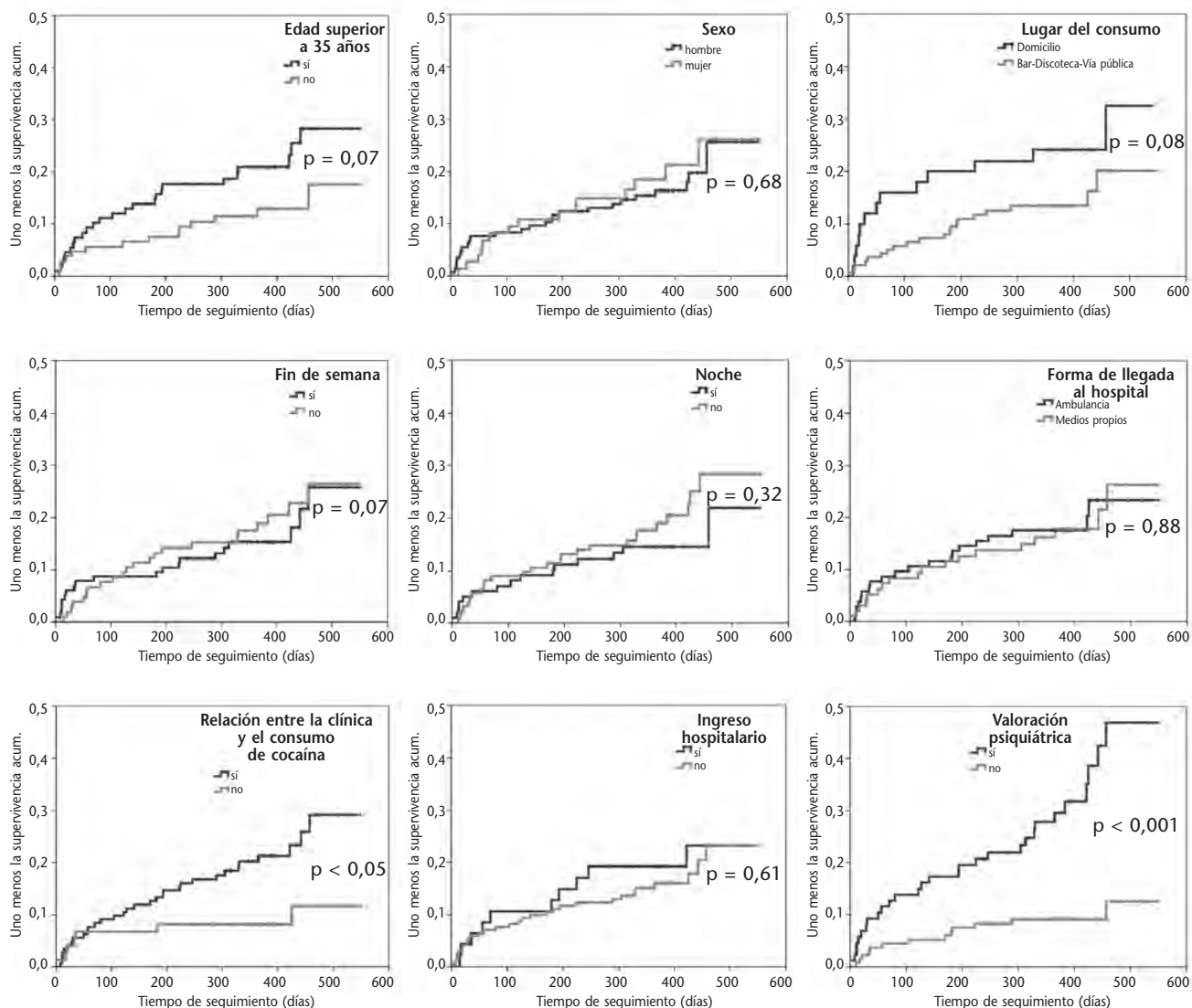
**Figura 1.** Curva que muestra la probabilidad acumulada de reconsulta a urgencias para la población estudiada.

sulta en urgencias: el antecedente de consultas previas a urgencias por drogas (HR 3,28 ; IC 95% 1,46-7,31) y la necesidad de valoración psiquiátrica urgente durante el episodio índice (HR 2,52; IC 95% 1,22-5,20) (Figura 3). Cuando se redibujaron las curvas de supervivencia dependiendo del número de factores independientes que presentaban los pacientes de la serie (ninguno, uno o dos), pudo observarse como el riesgo proporcional acumulado era significativamente diferente en los grupos y, en concreto, al cabo de un año era, respectivamente, del 5,5%, 20,5% y 46,9% (Figura 4).

### Discusión

El presente estudio pone de manifiesto que un porcentaje no despreciable de pacientes que consultan en un SUH por un efecto adverso secundario al consumo de cocaína volverán de nuevo a dicho servicio por problemas derivados del consumo de drogas ilegales. No es posible comparar nuestros datos con otros trabajos de la literatura, ya que no existían, hasta ahora, cifras al respecto. Pero, en cambio, sí que podemos afirmar que este comportamiento es similar al que habíamos observado y descrito previamente con los consumidores de derivados anfetamínicos<sup>17</sup>, si bien los porcentajes acumulados de reconsulta para los consumidores de cocaína son incluso superiores. Ambas series comparten aspectos epidemiológicos (predominio de varones con una media de edad inferior a los 35 años), toxicológicos (consumo asociado de otras sustancias en más del 65% de los casos), clínicos (elevada prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas), de contexto del consumo (preferente en fines de semana y horario nocturno) y de factores asociados a la probabilidad de una nueva visita a urgencias (la necesidad de visita psiquiátrica), pero difieren en la necesidad de ingreso, muy alta en la actual serie de cocaína y relativamente baja (5%) en la de anfetaminas. Si tenemos en cuenta que según la última encuesta domiciliaria del Plan Nacional sobre Drogas el número de españoles que reconocen ser consumidores de cocaína duplica al de éxtasis y otros derivados anfetamínicos, y que la cocaína puede inducir reacciones adversas graves o mortales, estamos indudablemente ante un grave problema de salud pública que repercute tanto en las urgencias hospitalarias como en las extrahospitalarias<sup>18,19</sup>.

El perfil de paciente de riesgo es el que tiene antecedentes de consultas previas por consumo de drogas y el que durante la visita en urgencias

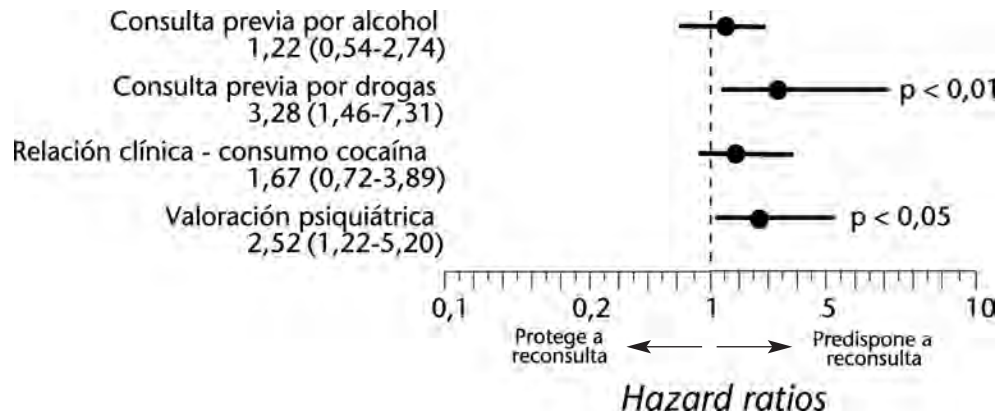


**Figura 2.** Curvas que muestran la probabilidad acumulada de reconsulta a urgencias en función de la presencia o ausencia de cada uno de los 12 factores evaluados. Acum: acumulada.

requiere de valoración psiquiátrica urgente. La frecuencia de esta valoración psiquiátrica urgente es baja en los consumidores de cocaína de nuestro estudio (39,5%) y aún menor en el estudio de Supervía *et al.*, en el que también mostraban como la asociación con el consumo de benzodiazepinas, los antecedentes psiquiátricos y la ausencia de sintomatología neurológica eran factores independientes para realizar una valoración psiquiátrica en las sobredosis de cocaína<sup>20</sup>.

Varias opciones son posibles para intentar reducir la prevalencia de estas reconsultas. Los pacientes de riesgo deberían ser dirigidos específicamente a la red de centros de atención y seguimiento de las drogodependencias, donde equipos de profesionales de diversas disciplinas (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, diplo-

mados en enfermería) diseñarían la estrategia adecuada a cada caso. Otra alternativa son las Comunidades Autónomas, las Diputaciones y los Ayuntamientos que suelen ofrecer números de teléfono donde, si es preciso de forma anónima, se ofrece información a las personas con problemas derivados del abuso de alcohol y de otras drogas, y también a sus familiares. Cuando coexiste una patología dual, es decir, la existencia simultánea de una adicción y de un trastorno mental en una misma persona, la intervención del psiquiatra, desde el propio servicio de urgencias, es fundamental. Resultaría también importante que los jóvenes tuviesen una mayor percepción de peligrosidad asociada al consumo de drogas, que sigue siendo relativamente baja y que en caso de fracaso en la prevención del consumo se adoptasen medidas

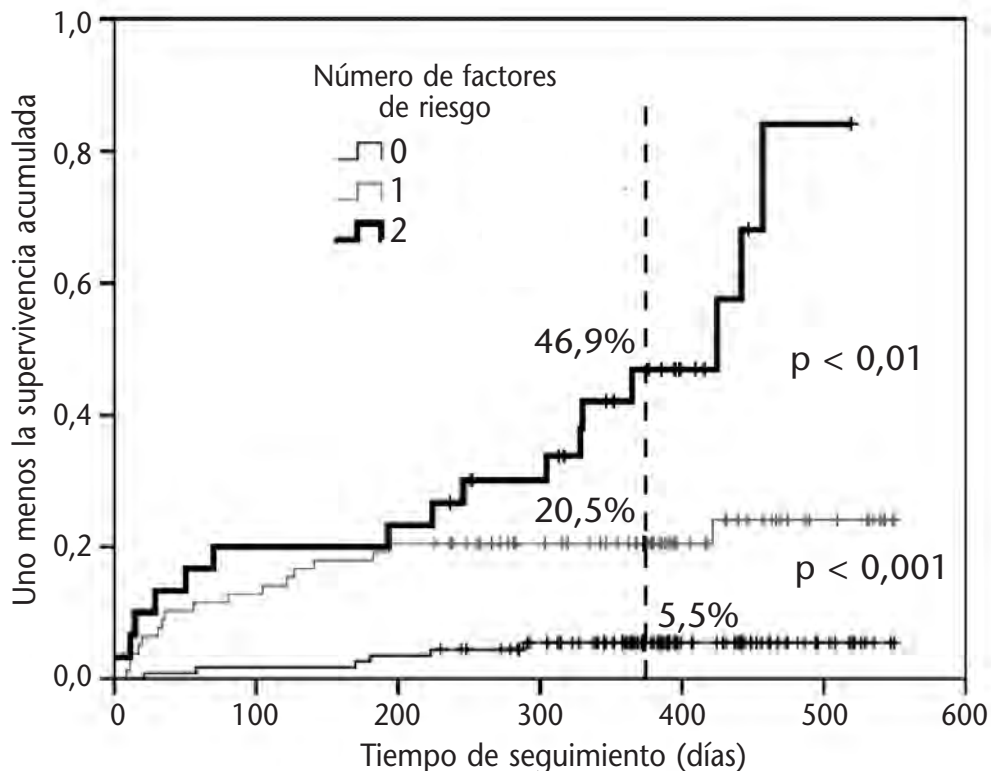


**Figura 3.** Estudio multivariante de las *hazard ratio* de aquellos factores en los que se obtuvieron diferencias significativas en el estudio univariante.

para reducir el daño del mismo<sup>21</sup>. Actualmente, la actitud en los SUH tras la asistencia urgente es bastante nihilista y a lo sumo suele limitarse a remitir al paciente a su médico de cabecera. Cabría, pues, diseñar circuitos específicos para la atención posterior de estos pacientes, especialmente para los de riesgo, que redujesen esta posibilidad de

reconsulta consulta urgente, esto es, por un nuevo efecto adverso grave.

El presente trabajo presenta cuatro limitaciones que merecen ser destacadas. En primer lugar, hay que tener en cuenta que en este estudio sólo ha considerado la reconsulta generada por el consumo de drogas al mismo servicio de urgencias y no



**Figura 4.** Curvas de probabilidad acumulada de reconsulta en urgencias en función de la presencia o ausencia de cada uno de los dos factores independientes de revisita. La línea discontinua indica el paso de 1 año (365 días) y los porcentajes indican la probabilidad acumulada de reconsulta para cada subgrupo. Los valores de p corresponden a las comparaciones entre las respectivas curvas superior e inferior.

las que se hayan podido realizar en otros servicios de urgencias cuando el paciente se encuentra en áreas lúdicas correspondientes a otras ciudades o a otros centros hospitalarios de la ciudad. El seguimiento de estos pacientes es especialmente difícil por las características propias de la patología y por las implicaciones sociales que puede conllevar tanto el reconocimiento de la consulta en urgencias como la participación en un seguimiento posterior a la consulta. Sin embargo, debe considerarse que si existiera una historia informatizada compartida y fuese posible realizar un seguimiento del paciente en el sistema sanitario, el porcentaje de reconsultas urgentes posiblemente sería superior al encontrado en el presente estudio. En segundo lugar, se trata de un estudio unicéntrico, por lo que los datos no son directamente extrapolables a todos los centros, ni siquiera de la misma ciudad, como ya se ha constado en otros tipos de urgencia por drogas de abuso<sup>22</sup>. Otra limitación es que el criterio de inclusión de pacientes fue la positividad de la analítica toxicológica, por lo que es posible que esta metodología haya seleccionado a los pacientes más graves. De hecho, el porcentaje de ingreso encontrado en nuestro estudio, que fue del 21,4% y se sitúa muy por encima de lo encontrado en otros estudios llevados a cabo en España, probablemente sea consecuencia de este factor<sup>3,11,12</sup>. Por ello, es factible que si se incluyesen todas las consultas en el SUH generadas por el consumo de cocaína los resultados pudiesen diferir y, eventualmente, el riesgo de reconsulta podría ser menor. En último lugar, cabe citar la posibilidad de que alguno de estos pacientes, tras haber sido dado de alta de urgencias, haya presentado una reacción aguda tan grave a un nuevo consumo que haya conducido a una muerte súbita y haya podido llegar a urgencias en situación de "reconocido cadáver"<sup>23</sup>. Al no haber cruzado nuestros datos con los del Instituto Médico-Legal de Catalunya, esta opción no puede excluirse, en particular si se considera que la cocaína es la droga que ha experimentado un mayor crecimiento en los últimos años en los análisis toxicológicos practicados a pacientes con una reacción aguda mortal por consumo de drogas de abuso, que han resultado positivos para cocaína en un 69,2% de los casos<sup>24</sup>.

Con estas consideraciones en mente, creemos que es importante profundizar en los hallazgos del presente estudio, ya que de confirmarse implicarían importantes actuaciones a realizar, las cuales deberían iniciarse ya desde el propio SUH dirigiendo a los pacientes de riesgo hacia los circuitos asistenciales específicos que se diseñen. En este sentido, es de destacar que dos de las limitaciones

comentadas en el párrafo anterior son fácilmente subsanables llevando a cabo un estudio multicéntrico español que incluya a todos los pacientes que consultan a las SUH por efectos adversos derivados del consumo de cocaína, independientemente de si tienen confirmación toxicológica o no. A la espera de esos estudios, los SUH debieran empezar a dar instrucciones de seguimiento precisas a los pacientes que cumplen con el perfil de riesgo definido por este estudio.

## Bibliografía

- Burillo-Putze G, Munné P, Dueñas A, Trujillo MM, Jiménez Sosa A, Adrián 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.
- Pérez-González K, Domingo-Salvany A, Hartnoll R. Características de los consumidores de opioides visitados en un servicio de urgencias. Gac Sanit. 1999;13:88-95.
- Lahoz C, Mostaza JM, Valencia ME, Fernández J, Michan A, Juárez S. El adicto a drogas por vía parenteral en el servicio de urgencias. An Med Interna. 1991;8:477-80.
- Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Díaz Brasero A, García Gil ME, Yubero Salgado L, Torres Pachó N, et al. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el área sur de la comunidad de Madrid: estudio Veia 2004. An Med Interna (Madrid). 2008;25:67-72.
- Galicia M, Nogué S, Sanjurjo E, Miró O. Evolución de las consultas urgentes relacionadas con el consumo de cocaína durante el periodo 2002-2007. Emergencias. 2008;20:385-90.
- Bosch X, Loma-Osorio P, Guasch E, Nogué S, Ortiz JT, Sánchez M. Prevalence, clinical characteristics and risk of myocardial infarction in patients with cocaine-related chest pain. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1028-34.
- Burillo-Putze G, Borreguero León JM, Vallbona Afonso E, De Vera González AM, Fernández Rodríguez JF, García Dopico JA, et al. Consumo de cocaína y su relación con patología cardíaca y traumática atendida en un servicio de urgencias. Emergencias. 2008;20:380-384.
- Maric T, O'Connor S, Pollock N, Mirza Z, Henry J. Prevalence of cocaine use among patients attending the emergency department with chest pain. Emerg Med J. 2010; 27:548-50.
- Bishop CR, Dargan PI, Greene SL, Garnham F, Wood DM. Emergency department presentations with suspected acute coronary syndrome—frequency of self-reported cocaine use. Eur J Emerg Med. 2010;17:164-6.
- Vroegop MP, Franssen EJ, van der Voort PH, van den Berg TN, Langeweg RJ, Kramers C. The emergency care of cocaine intoxications. Neth J Med. 2009;67:122-6.
- 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.
- Glauser J, Queen JR. An overview of non-cardiac cocaine toxicity. J Emerg Med. 2007;32:181-6.
- Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munné P. Urgencias por cocaína: un problema emergente. Med Clin (Barc). 2006;126:616-9.
- Suelves JM, Brugal MT, Caylà JA, Torralba LI. Cambio de los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña. Med Clin (Barc). 2001;117:581-3.
- Salgado E, Antolín A, Rodríguez D, Bragulat E, Sánchez M, Miró O. Failure of a special winter programme aimed to alleviate negative effects of winter overload on an emergency department. Med Clin (Barc). 2008;130:286-91.
- Miró O, Salgado E, Bragulat E, Ortega M, Salmerón JM, Sánchez M. Lack of in-hospital beds: impact on emergency department performance. Med Clin (Barc). 2006;126:736-9.
- Galicia M, Nogué S, Sanjurjo E, Miró O. Consultas urgentes derivadas del consumo de éxtasis (3,4-metilenodioximetanfetamina) y derivados anfetamínicos: perfil epidemiológico, clínico y evolutivo. Rev Clin Esp. 2010;210:371-8.
- Gainza I, Nogué S, Martínez Velasco C, Hoffman RS, Burillo-Putze G, Dueñas A, et al. Intoxicación por drogas. Anales Sis San Navarra. 2003;26:99-128.
- Fernández Egido C, García Herrero G, Romero R, Marquina AJ. Into-

- xicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008;20:328-31.
- 20 Supervía A, Aguirre A, Clemente C, Iglesias ML, Skaf E, Echarte JL. Factores que influyen en la realización de una valoración psiquiátrica en pacientes que consultan por intoxicación por cocaína. *Emergencias*. 2010;22:91-5.
- 21 Calafat A, Juan M. De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Addiciones*. 2003;15(Supl 2):261-87.
- 22 Galicia M, Nogué S, To-Figueras J, Echarte JL, Iglesias ML, Miró O. Intoxicaciones por éxtasis líquido atendidas en servicios de urgencias hospitalarios de la ciudad de Barcelona durante 2 años. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:254-8.
- 23 Nogué-Xarau S, Larrousse Morellón E, Larrousse Morellón M. Complicaciones cardiovasculares asociadas al consumo de cocaína. *Hipertensión*. 2002;19:359-66.
- 24 Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Consultado 7 Noviembre 2010). Disponible en: [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es)
- 

## Factors related to emergency department revisits after cocaine use

Miró O, Galicia M, Sánchez M, Nogué S

**Objectives:** Acute adverse reactions to cocaine have become a significant reason for visits and revisits to emergency departments. Our aim was to determine the rate of cocaine-related revisiting in our department and identify related factors.

**Methods:** Study of patients treated at a tertiary-care hospital emergency department in a 12-month period. We included all patients with a toxicology report that was positive for cocaine, collecting information on 12 independent variables. Factors related to epidemiology were sex, age, place where the cocaine use occurred, and means of transport to the emergency department. Clinical characteristics were concomitant drug use, history of emergency department visits related to drug use, direct relation between cocaine use and the current visit, and requirement for psychiatric consultation or admission. A revisit to the same emergency department in relation to drug use was the dependent variable.

**Results:** Of the 220 patients included, 6% revisited within 30 days of the first visit, 8% within 3 months, and 17% within 1 year. Four independent variables were significantly related to revisiting in the bivariate analysis, but only 2 proved to be significant predictors: having a prior history of visits related to drug use (hazard ratio [HR], 3.28; 95% confidence interval [CI], 1.46-7.31) and requirement for psychiatric consultation (HR, 2.52, 95% CI, 1.22-5.20). At the end of the year, the revisit rate in the absence of these factors was 5.5%; the rate rose to 20.5% when 1 predictor was present and to 46.9% when 2 were present.

**Conclusions:** Emergency patients with a cocaine-positive toxicology report are more likely to require emergency care again if they have a history of drug-related emergency department visits or if they have required emergency psychiatric care. When these risk factors are present, the health care system should arrange for follow-up care that is specifically for drug addiction with the aim of trying to reduce the number of severe adverse events. [*Emergencias* 2010;22:408-414]

**Key words:** Cocaine. Emergency department revisiting. Street drugs.