ORIGINAL

# Intoxicaciones por drogas de abuso: características diferenciales en población VIH

Alejandra Losada[1], August Supervía[2], Gabriel Vallecillo[3], Carmen Petrus[2], Dolors Aranda[2], Jiwei Chen[1], Narcis Saubi[1], Oriol Pallàs[2], Rafael Perelló[1]

**Objetivo.** La población VIH, consumidora de drogas de abuso (DA), tiene mayor morbimortalidad en relación con los no consumidores y no VIH. Se investiga si existen diferencias en las intoxicaciones agudas (IA) por DA, en pacientes VIH y no VIH atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), y se identifican factores independientes de mal pronóstico, definido por ingreso o fallecimiento.

**Método.** Estudio bicéntrico y observacional de 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2021. Se incluyeron pacientes VIH y no VIH atendido en dos SUH por intoxicación por DA. Se recogieron variables demográficas y la sustancia consumida. La variable de resultado principal fue mal pronóstico, definido como ingreso o muerte a los 30 días.

**Resultados.** Se recogieron 1.132 pacientes. La edad media de los pacientes VIH fue 39 ± 10 años, y 33 ± 10 años para los no VIH. En la población VIH predominaron los opiáceos 279 (85,3%) (ninguno de ellos estaba en tratamiento sustitutivo con metadona), la cocaína 226 (30,9%) y las anfetaminas 153 (69,1%), mientras que en la no VIH predominaron la cocaína 372 (47,2%) y el cannabis 238 (33,8%). El etanol se asoció con otras DA en 387 pacientes. El análisis multivariado mostró que las únicas variables independientes de mal pronóstico fueron el VIH [OR 2,19 (1,29-3,11), p < 0,003], la edad [OR 1,20 (1,01-1,05), p < 0,003], y la IA por benzodiacepinas (BDZ) [OR 3,48 (2,14-5,66), p < 0,001], con un área bajo la curva de la característica operativa del receptor de este modelo de 0,717.

**Conclusiones.** Existen diferencias en las características de las IA en pacientes VIH. La infección VIH, la edad y el consumo de BZD son factores independientes de mal pronóstico en las IA.

**Palabras clave:** Drogas de abuso. Sobredosis. VIH. Intoxicación aguda.

## *Patients with drug-abuse poisoning with and without HIV infection: differential characteristics*

**Objective.** Persons with HIV infection who use illicit drugs have higher morbidity and mortality rates than nonusers with or without HIV infection. The objetive were to detect differences between acute poisoning from illicit drugs in patients with and without HIV infection who are attended in hospital emergency departments, and to identify independent factors associated with a worse prognosis, defined by hospital admission or death.

**Methods.** Observational study in 2 hospitals between January 2017 and 31 December 2021. Included were patients with acute illicit drug poisoning with and without HIV infection.

**Results.** Information for 1132 patients was included. The mean (SD) ages of patients with and without HIV infection, respectively, were 38.9 (9.6) years and 32.6 (10.4) years. In patients with HIV, the main drugs used were opioids (279 [85.3%]), cocaine (226 [69.1%]), and amphetamines (153 [46.8%]. None in this group were on methadone substitution therapy for opioid addiction. In patients without HIV infection the main drugs were cocaine (372 [47.2%]) and cannabis (238 [33.8%]). Alcohol was used along with illicit drugs in 387 cases. Multivariate analysis showed that the only variables independently associated with a poor prognosis were HIV infection (odds ratio [OR], 2.19 [1.29-3.11], *P* < .003), age (OR, 1.20 [1.01-1.05], *P* < .003), and acute poisoning from benzodiazepines (OR, 3.48 [2.14-5.66], *P* < .001). The area under the receiver operating characteristic curve of the model was 0.717.

**Conclusion.** Certain characteristics distinguish the illicit drug use of patients with HIV infection. HIV infection, age, and the use of benzodiazepines are independently associated with a poor prognosis in acute poisonings.

**Keywords:** Illicit drugs. Drug overdose. Human immunodeficiency virus (HIV). Acute poisoning.

**Filiación de los autores:**
[1]Servicio de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España.
[2]Servicio de Urgencias, Hospital del Mar, Barcelona, España.
[3]Unidad de Adicción, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar Consortium, Barcelona, España.

**Contribución de los autores:**
Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

**Autor para correspondencia:**
Rafael Perelló
Servicio de Urgencias
Hospital Clínic
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona, España.

**Correo electrónico:**
rperello@clinic.cat

**Información del artículo:**
Recibido: 24-10-2022
Aceptado: 28-11-2022
*Online:* 17-1-2023

**Editor responsable:**
Juan González del Castillo

## Introducción

El consumo de drogas de abuso (DA) se ha incrementado en todo el mundo[1]. Según el último informe del Plan Nacional sobre Drogas de 2020, en España, la DA más consumida fue el alcohol, seguida del cannabis[2].

Las intoxicaciones agudas (IA) representan un 0,5-1% del total de consultas a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)[3]. La DA más frecuentemente implicada en las consultas a urgencias es la cocaína[2]. El análisis de los pacientes, que consultan por problemas relacionados con el consumo de DA, permite conocer de forma fidedigna cuáles son las complicaciones principales derivadas de dicho consumo[4].

En pacientes con infección por el VIH, el consumo de DA ocasiona mayor riesgo de morbimortalidad que en los

pacientes que no consumen[5]. Muchas DA son usadas por hombres que tienen sexo con hombres (HSH), lo que se conoce como *chemsex*[6]. El objetivo de estas sesiones es buscar la desinhibición para favorecer prácticas sexuales[7], con riesgo de IA y de enfermedades de transmisión sexual por la no utilización de métodos de protección[8].

Drogas tan consumidas como la anfetamina y la cocaína producen afectaciones médicas y psiquiátricas de forma aguda o crónica (hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio –IAM–, accidente cerebral vascular, paranoia, depresión y comportamiento violento, entre otras). Al ser captadas por las vesículas extracelulares a nivel neuronal, se facilita el paso de la barrera hematoencefálica, se estimulan de forma agonista los receptores dopaminérgicos, y provocan un aumento de la dopamina circulante[9]. Aunque la influencia de las drogas de abuso en pacientes VIH ya ha sido evaluada con anterioridad, hay pocos estudios españoles que evalúen de forma específica su influencia en la necesidad de ingreso y el fallecimiento tras sufrir una IA[10].

El objetivo del estudio fue identificar el tipo de DA que producen IA en pacientes VIH atendidos en dos SUH, así como los factores de ingreso hospitalario y de mal pronóstico, y sus diferencias respecto a las intoxicaciones en población no VIH.

## Método

Estudio observacional, retrospectivo y bicéntrico, realizado desde el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2021, en el Hospital Clínic y en el Hospital del Mar, ambos situados en Barcelona. El estudio se llevó a cabo siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki para la investigación en seres humanos y fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Clínic de Barcelona, con referencia HCB-2021-004.

Se definió como droga, según la Organización Mundial de la Salud, toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y que, además, es susceptible de crear tolerancia y dependencia psicológica, física o ambas. La intoxicación se definió como la reacción adversa y aguda asociada al consumo de una droga de abuso que motiva la atención del paciente en un SUH[11]. El diagnóstico final de intoxicación por una sustancia se hizo por los investigadores del estudio tras la revisión de cada caso en base a datos clínicos, analíticos y de determinaciones de tóxicos en los casos en los que se solicitaron. El policonsumo se definió como el consumo simultáneo de dos o más DA. Se recogieron las variables de sexo, edad, comorbilidades, tipo de sustancia consumida (cocaína, benzodiacepinas –BDZ–, cannabis, ketamina, anfetamina, opiáceos, ácido gammahidroxibutírico-GHB-, alcohol), antecedentes psiquiátricos, motivo del consumo de drogas (lúdico o autolítico), ingreso hospitalario, ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) y mortalidad a los 30 días. En los pacientes VIH se recogió, además, la toma de tratamiento antirretroviral (TAR), recuento de linfocitos CD4, carga viral de RNA del VIH-1 en plasma y práctica de *chemsex*. Los trastornos psiquiátricos fueron incluidos si cumplían los criterios del DSM-V[12]. Las pruebas de detección de drogas se realizaron por inmunoensayo (DRI®; Abbott Diagnostics, Texas, EE.UU.), y la confirmación y detección de interferencia mediante cromatografía de gases en combinación con espectrometría de masas (GC-MS) (Agilent 5975/68901, Santa Clara, CA, EE.UU)[13]. El diagnóstico de consumo de GHB se realizó por la anamnesis, clínica y mediante un método específico para su detección[14].

Se definió como objetivo primario del estudio la identificación de las drogas consumidas, en ambas poblaciones, que produjeron intoxicación aguda, y como objetivo secundario la identificación de los factores independientes de mal pronóstico, definido por las variables ingreso en unidad de hospitalización convencional, ingreso en UCI y mortalidad. Los datos se expresaron como media y desviación estándar (variables cuantitativas) o como frecuencia absoluta y relativa (variables cualitativas). Para la comparación de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de la t de Student o de la U de Mann-Whitney y para la comparación de las variables cualitativas se utilizó la prueba de ji cuadrado o el test de Fisher en caso necesario. Se llevó a cabo un estudio multivariante para identificar qué variables epidemiológicas y clínicas y qué drogas estaban relacionadas con una mala evolución. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 (Chicago, EE.UU.).

## Resultados

Se recogieron 1.132 pacientes, 841 (74,4%) eran varones. Trescientos ventisiete (37,7%) eran seropositivos para el VIH y 705 (62,3%) eran seronegativos. La edad media de los pacientes VIH fue 39 ± 10 años y 33 ± 10 años para los no VIH (Tabla 1). Un 90% de pacientes VIH estaba en tratamiento con TAR y presentaba supresión virológica (carga viral, < 30 copias/ml), y niveles de CD4 altos (> 300 cel/µl). Un tercio de estos pacientes recibía tratamiento con potenciadores de cobicistat.

En el global de la muestra, las DA que más IA produjeron fueron la cocaína en 598 pacientes (52,8%) y los opiáceos en 387 (34,1%). En la población VIH predominaron la heroína 279 (85,32%), la cocaína 226 (69,1%) y las anfetaminas 153 (46,8%), mientras que en los no VIH predominaron la cocaína en 372 (47,2%) y el cannabis en 238 (33,8%). El etanol se asoció con otras DA en 387 pacientes (Tabla 2). El *chemsex* se dio en un 70% de pacientes VIH, mientras que entre los no VIH no se detectó ningún caso. Ninguno de los pacientes que consumieron heroína estaba en tratamiento sustitutivo con metadona.

El policonsumo fue mayor en el colectivo VIH con un 52,3% de pacientes, frente a un 43,1% en los no VIH ($p < 0,04$). La patología psiquiátrica fue más prevalente en el colectivo VIH con 167 (51,1%) pacientes, frente a

**Tabla 1.** Características basales de la muestra

| | Pacientes VIH N = 327 n (%) | Pacientes no VIH N = 705 n (%) | p |
|---|---|---|---|
| **Edad** [media (DE)] | 39 (10) | 33 (10) | **< 0,001** |
| **Sexo** | | | **< 0,001** |
| Varón | 300 (91,7) | 541 (76,7) | |
| Mujer | 27 (8,3) | 164 (23,3) | |
| **Intencionalidad** | | | **< 0,001** |
| Suicida | 76 (23,2) | 18 (2,6) | |
| Recreativa | 251 (76,8) | 687 (97,4) | |
| **Antecedentes de patología psiquiátrica** | 167 (51,1) | 165 (23,4) | **< 0,001** |
| **Policonsumo*** | 171 (52,3) | 304 (43,1) | **0,007** |

*Policonsumo referido a más de una droga.
Los valores en negrita denotan significación estadística (p < 0,05).

los 165 (23,4%) de los no VIH (p < 0,001) (Tabla 1). Fueron la depresión, la ansiedad y los trastornos esquizoafectivos los más comúnmente diagnosticados. En el global de la muestra, la intencionalidad recreativa por consumo de DA fue superior a la autolítica, si bien el colectivo VIH presentó un porcentaje relativamente alto, con un 23,2% de casos (p < 0,001) (Figura 1).

Los pacientes VIH requirieron más ingresos hospitalarios en planta convencional que los no VIH, 42 (12,8%) frente a 30 (4,3%) (p < 0,001). También precisaron mayor ingreso en una UCI: 6,1% frente al 3,3% (p < 0,027). Quince pacientes no VIH (2,1%) fallecieron, por 3 pacientes VIH (0,9%). Sin embargo, no hubo diferencias significativas (p = 0,128) (Figura 2).

El análisis univariado mostró que las variables VIH, edad, el padecer algún trastorno psicosomático y la toma de BDZ se asociaban a mal pronóstico, si bien el análisis multivariado mostró que las únicas variables independientes de mal pronóstico fueron el VIH [OR: 2,19 (1,29-3,11); p < 0,003], la edad [OR: 1,20 (1,01-1,05); p < 0,003], y el consumo de BDZ [OR: 3,48 (2,14-5,66); p < 0,001]. El área bajo la curva de la característica operativa del receptor del módulo fue de 0,717.

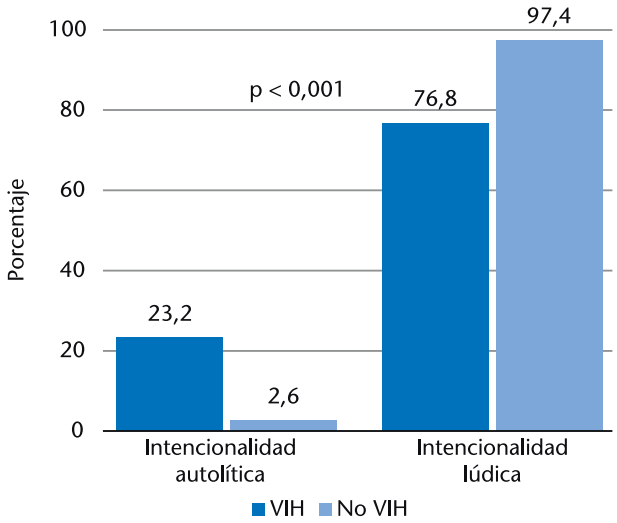


**Figura 1.** Intencionalidad de la ingesta en los pacientes VIH y no VIH.

**Tabla 2.** Diferencias en el tipo de tóxico consumido

| | Pacientes VIH N = 327 n (%) | Pacientes no VIH N = 705 n (%) | p |
|---|---|---|---|
| Etanol | 75 (22,9) | 312 (44,3) | **< 0,001** |
| Cocaína | 226 (69,1) | 372 (47,2) | **< 0,001** |
| Opiáceos | 279 (85,3) | 74 (10,5) | **< 0,001** |
| Cannabis | 51 (15,6) | 238 (33,8) | **< 0,001** |
| MDMA | 3 (3,5) | 51 (7,2) | **NS** |
| Anfefetaminas | 153 (46,8) | 125 (17,7) | **< 0,001** |
| GHB | 105 (32,1) | 49 (7) | **< 0,001** |
| Metadona | 12 (14) | 33 (4,7) | **0,002** |
| Ketamina | 18 (5,5) | 26 (3,7) | NS |
| LSD | 1 (1,2) | 9 (1,3) | NS |
| PCP | 0 | 5 (0,7) | NS |
| Cola | 1 (7,1) | 13 (1,8) | NS |
| Otras | 7 (8,1) | 77 (10,9) | NS |
| Benzodiacepinas | 56 (17,1) | 124 (17,6) | NS |

MDMA: 3,4-metoximetanfetamina; LSD: dietilamida del ácido lisérgico; PCP: fenciclidina. Otras: drogas no identificadas o no incluidas en los grupos principales. NS: no significativo.
Los valores en negrita denotan significación estadística (p < 0,05).

## Discusión

El estudio mostró que el perfil de paciente que acude a un SUH debido a una IA por DA es el de un paciente varón, consumidor de opiáceos, cocaína y anfetamina y con finalidad recreativa. Se objetivó que los pacientes VIH eran de mayor edad respecto a los no VIH, probablemente debido a las características del colectivo estudiado, con un alto porcentaje de pacientes que eran consumidores habituales y crónicos, y que hayan desarrollado adicción a las DA con las consecuencias que ello implica sobre su salud[15,16].

El estudio reveló un número elevado de IA por opiáceos en población VIH. Es conocido que en algunos países ha aumentado el consumo de opiáceos, sobre todo sintéticos[17], dato que en España no es tan importante, aunque sí se ha descrito un aumento de intoxicaciones no recreativas por opiáceos en población no

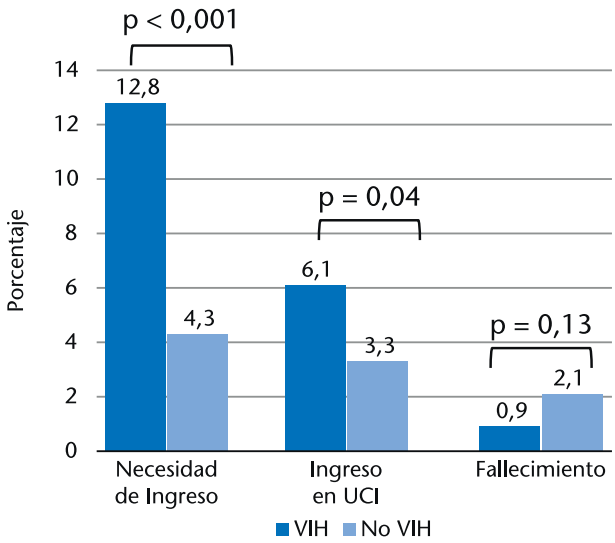


**Figura 2.** Destino final de los pacientes.

**Tabla 3.** Análisis univariado. Factores de mal pronóstico en la población global

| | Mala evolución | | Total | p |
|---|---|---|---|---|
| | No<br>N = 943<br>n (%) | Sí<br>N = 89<br>n (%) | N = 1.032<br>n (%) | |
| **Edad** (años) | | | | **< 0,001** |
| Media (SD) | 34,1 (10,4) | 39,7 (10,6) | 34,6 (10,5) | |
| Mediana (Q1, Q3) | 33,0 (26,0, 41,0) | 39,0 (31,0, 47,0) | 34,0 (27,0, 41,0) | |
| Min, Max | 14,0, 73,0 | 20,0, 73,0 | 14,0, 73,0 | |
| Edad ≤ 40 | 701 (74,4) | 50 (56,2) | 751 (72,8) | |
| **Sexo** | | | | 0,893 |
| Varón | 768 (81,4) | 73 (82,0) | 841 (81,5) | |
| Mujer | 175 (18,6) | 16 (18,0) | 191 (18,5) | |
| **VIH** | | | | **< 0,001** |
| No | 662 (70,2) | 43 (48,3) | 705 (68,3) | |
| Sí | 281 (29,8) | 46 (51,7) | 327 (31,7) | |
| **Motivo** | | | | **< 0,001** |
| Ideación autolítica | 76 (8,1) | 18 (20,2) | 94 (9,1) | |
| Lúdico | 867 (91,9) | 71 (79,8) | 938 (90,9) | |
| **Etanol** | | | | 0,218 |
| No | 584 (61,9) | 61 (68,5) | 645 (62,5) | |
| Sí | 359 (38,1) | 28 (31,5) | 387 (37,5) | |
| **Cocaína** | | | | **0,034** |
| No | 537 (56,9) | 61 (68,5) | 598 (57,9) | |
| Sí | 406 (43,1) | 28 (31,5) | 434 (42,1) | |
| **Opiáceos** | | | | 0,612 |
| No | 833 (88,3) | 77 (86,5) | 910 (88,2) | |
| Sí | 110 (11,7) | 12 (13,5) | 122 (11,8) | |
| **Hachís** | | | | 0,224 |
| No | 674 (71,5) | 69 (77,5) | 743 (72,0) | |
| Sí | 269 (28,5) | 20 (22,5) | 289 (28,0) | |
| **Éxtasis** | | | | 0,115 |
| No | 681 (92,8) | 56 (98,2) | 737 (93,2) | |
| Sí | 53 (7,2) | 1 (1,8) | 54 (6,8) | |
| **Anfetaminas** | | | | 0,314 |
| No | 693 (73,5) | 61 (68,5) | 754 (73,1) | |
| Sí | 250 (26,5) | 28 (31,5) | 278 (26,9) | |
| **Drogas de diseño** | | | | 0,760 |
| No éxtasis ni anfetamina | 661 (70,1) | 61 (68,5) | 722 (70,0) | |
| Éxtasis o anfetamina | 282 (29,9) | 28 (31,5) | 310 (30,0) | |
| **Ácido gammahidroxibutírico (GHB)** | | | | 0,593 |
| No | 804 (85,3) | 74 (83,1) | 878 (85,1) | |
| Sí | 139 (14,7) | 15 (16,9) | 154 (14,9) | |
| **Metadona** | | | | 0,297 |
| No | 694 (94,6) | 52 (91,2) | 746 (94,3) | |
| Sí | 40 (5,4) | 5 (8,8) | 45 (5,7) | |
| **Ketamina** | | | | 0,325 |
| No | 901 (95,5) | 87 (97,8) | 988 (95,7) | |
| Sí | 42 (4,5) | 2 (2,2) | 44 (4,3) | |
| **Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)** | | | | 0,375 |
| No | 723 (98,6) | 57 (100,0) | 780 (98,7) | |
| Sí | 10 (1,4) | 0 (0,0) | 10 (1,3) | |
| **Fenciclidina (PCP)** | | | | 0,532 |
| No | 729 (99,3) | 57 (100,0) | 786 (99,4) | |
| Sí | 5 (0,7) | 0 (0,0) | 5 (0,6) | |
| **Cola** | | | | **0,002** |
| No | 724 (98,6) | 53 (93,0) | 777 (98,2) | |
| Sí | 10 (1,4) | 4 (7,0) | 14 (1,8) | |
| **Benzodiacepina** | | | | **< 0,001** |
| No | 799 (84,7) | 53 (59,6) | 852 (82,6) | |
| Sí | 144 (15,3) | 36 (40,4) | 180 (17,4) | |
| **Trastorno psiquiátrico** | | | | **< 0,003** |
| No | 652 (69,1) | 48 (53,9) | 700 (67,8) | |
| Sí | 291 (30,9) | 41 (46,1) | 332 (32,2) | |
| **Policonsumo** | | | | 0,150 |
| No | 520 (55,1) | 42 (47,2) | 562 (54,5) | |
| Sí | 423 (44,9) | 47 (52,8) | 470 (45,5) | |

Los valores en negrita denotan significación estadística (p < 0,05).

**Tabla 4.** Análisis multivariado. Factores de mal pronóstico en la población global

| | OR | IC 95% | p |
|---|---|---|---|
| **VIH** | | | |
| No | 1,00 | (referencia) | |
| Sí | 2,32 | 1,44 (3,75) | **0,001** |
| **Edad > 40 años** | 1,03 | 1,01 (10,5) | **0,003** |
| **BDZ** | | | |
| No | 1,00 | (referencia) | |
| Sí | 3,48 | 2,14 (5,66) | **0,001** |

BDZ: benzodiazepinas; OR: *odds ratio;* IC: intervalo de confianza.
Los valores en negrita denotan significación estadística (p < 0,05).

VIH[18]. El diseño del presente estudio no permite explicar el mayor porcentaje de intoxicaciones recreativas por opiáceos en pacientes VIH, pero ya se ha citado que el uso de DA (incluidos los opiáceos) es más frecuente en pacientes VIH. Asimismo, existen patrones de consumo local que pueden explicar la alta prevalencia de una determinada droga. La importancia del consumo de opiáceos radica en que condiciona un aumento de la mortalidad en pacientes VIH[19].

El consumo de cocaína, anfetamina y GHB fue similar a un estudio previo de nuestro grupo[10], lo que sugiere estabilidad en el consumo de sustancias en pacientes VIH. Su elevado consumo se puede explicar por el alto porcentaje de pacientes VIH que practican *chemsex.* En la población no VIH se siguen manteniendo similares patrones de consumo a los ya descritos[20-22], si bien el estudio destaca un consumo nada despreciable de cocaína y alcohol. En población VIH, el alcohol se asoció mayormente con anfetamina y cocaína[23].

El policonsumo de estas drogas es muy frecuente entre la población de HSH y en nuestro estudio fue incluso mayor al descrito por Sewell *et al.*[24] con un 21,8%, aunque coinciden con los de otras grandes ciudades europeas como Londres, París y Berlín[25]. En población no VIH, los resultados muestran similitud con estudios previos[26].

El estudio mostró una mayor prevalencia de trastornos mentales en pacientes VIH con respecto a los no VIH[27]. Se ha descrito una alta prevalencia de depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastornos del sueño (en ocasiones atribuible a la toma de determinado tipo de TAR) y psicosis en población VIH[28]. Además, los pacientes VIH con trastornos de salud mental a menudo tienen trastornos por consumo de sustancias de abuso y viceversa[29], lo que puede asociarse a un menor uso de los servicios de salud, a un peor pronóstico y a una peor calidad de vida[30]. Las IA por BDZ fueron un predictor de ingreso hospitalario, probablemente porque estas IA se produjeron en el contexto de un intento autolítico y, por tanto, los pacientes requirieron ingreso final en psiquiatría. El diazepam fue la BDZ más consumida, a diferencia de otros estudios en los que fue el clonazepan (estudio europeo Euro-DEN, realizado en población general)[31]. Los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen mayor riesgo de eventos cardiacos en caso de uso concomitante de psicoestimulantes y sustancias psicotrópicas, como los antipsicóticos, con una conocida cardiotoxicidad[32]. El uso crónico de BZD está asociado a mayor riesgo de deterioro neurocognitivo en pacientes con VIH y sería importante explorar alternativas terapéuticas a las BZD cuando estos pacientes las requieran, de cara a evitar su prescripción por el riesgo de aumento de morbimortalidad[33].

Finalmente, el estudio mostró que la mortalidad en ambos grupos de población fue similar a la ya descrita previamente[19,34].

Nuestro estudio presenta una serie de limitaciones. Es un estudio retrospectivo, observacional y que pese a ser bicéntrico, el número de pacientes VIH incluidos fue pequeño y existe la probabilidad de que, al no analizar la presencia de VIH, algún paciente VIH se haya incluido en el grupo no VIH.

Como conclusión, creemos que el conocimiento de los factores asociados a mala evolución en el consumo de DA en pacientes VIH es importante para adoptar las medidas necesarias en el servicio de urgencias. Por otro lado, los profesionales sanitarios que atienden a esta población, deberían controlar periódicamente, así como a sus familiares[35], el uso de drogas recreativas, en particular en aquellas personas con trastornos mentales, y considerar incorporar medidas de reducción de daños en la prevención de intoxicaciones relacionadas con cocaína, opiáceos y anfetaminas[36]. Son necesarios nuevos estudios, incluyendo los de vigilancia epidemiológica, que permitan a los profesionales sanitarios que atienden a estos grupos de la población conocer el tipo de drogas en circulación, así como sus patrones de consumo y la patología asociada. Nos parece especialmente necesario el abordaje multidisciplinar y los planes de actuación en los pacientes con alteraciones de la salud mental, consumo de sustancias de abuso y la prevención y tratamiento del VIH.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente estudio.

**Financiación:** Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

**Responsabilidades éticas:** Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Clínic de Barcelona, con referencia HCB-2021-004.

**Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.**

## Bibliografía

1 World Drug Report. (Consultado 15 Octubre 2022). Disponible en: https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen_Ejecutivo._Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2020.pdf
2 Plan Nacional sobre Drogas. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. (Consultado 15 Octubre 2022). Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf
3 Burillo-Putze G, Munné P, Dueñas A, Pinillos MA, Naveiro JM, CoboJ, et al. National multicentre study of acute intoxication in emergency departments of Spain. Eur J Emerg Med. 2003;10:101-4.
4 Ibrahim-Achi D, Miró Ò, Galicia M, Supervía A, Puiguriguer Ferrando J, Ortega Pérez J, et al. Spanish Research Network on Drugs in Hospital Emergency Departments - the REDUrHE registry: general

analysis and comparisons between weekend and weekday poisonings. Emergencias. 2021;33:335-44.
5 Causey ST, Towe SL, Hartsock J, Xu Y, Meade CS. Perceived Healthcare Access among Persons with and without HIV Who Use Illicit Stimulants: The Role of Cumulative Risk. Subst Use Misuse. 2021;56:1387-96.
6 Latini A, Dona' MG, Alei L, Colafigli M, Frasca M, Orsini D, et al. Recreational drugs and STI diagnoses among patients attending an STI/HIV reference clinic in Rome, Italy. Sex Transm Infect. 2019;95:588-93.
7 Patterson S, Kaida A, Ogilvie G, Hogg R, Nicholson V, Dobrer S, et al. Awareness and understanding of HIV non-disclosure case law among people living with HIV who use illicit drugs in a Canadian setting.Int J Drug Policy. 2017;43:113-21.
8 Ruiz-Robledillo N, Ferrer-Cascales R, Portilla-Tamarit I, Alcocer-Bruno C, Clement-Carbonell V, Portilla J. Chemsex Practices and Health-Related Quality of Life in Spanish Men with HIV Who Have Sex with Men. J Clin Med. 2021;10:1662.
9 Kumar S, El-Hage N, Batrakova E. Extracellular Vesicles in HIV, Drug Abuse, and Drug Delivery. J Neuroimmune Pharmacol. 2020;15:387-9.
10 Losada A, Puiguriguer J, Salgado E, Vallecillo G, Xipell M, Inciarte A, et al. Intoxicaciones agudas en pacientes VIH: factores relacionados con la necesidad de ingreso. Emergencias. 2021;33:154-5.
11 Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. (Consultado 27 Febrero 2014). Disponible en: http://www.who.int/ substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
12 American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V. Madrid: Ed Panamericana; 2013.
13 Barceló B, Gomila I, Rotolo MC, Marchei E, Kyriakou C, Pichini S, et al. Intoxication caused by new psychostimulants: analytical methods to disclose acute and chronic use of benzofurans and ethylphenidate. Int J Legal Med. 2017;131:1543-53.
14 Elian AA. A novel method for GHB detection in urine and its application in drug-facilitated sexual assaults. Forensic Sci Int. 2000;109:183-7.
15 Le NT, Khuong QL, Vu TTV, Thai TT, Le HTCH, Dao PT, et al. Prevalence of Amphetamine-Type Stimulant Use and Related Factors among Methadone Maintenance Patients in Ho Chi Minh City Vietnam: A Cross-Sectional Study. J Psychoactive Drugs. 2021;53:355-63.
16 Edelman EJ, Tetrault JM, Fiellin DA. Substance use in older HIV-infected patients. Curr Opin HIV AIDS. 2014;9:317-24.
17 Griswold MK, Chai PR, Krotulski AJ, Friscia M, Chapman BP, Varma N, et al. A Novel Oral Fluid Assay (LC-QTOF-MS) for the Detection of Fentanyl and Clandestine Opioids in Oral Fluid After Reported Heroin Overdose. J Med Toxicol. 2017;13:287-92.
18 Supervía A, Fortea R, Petrus C, Gallardo P, Clemente C, Marín-Casino M. Comparative study of visits to Hospital Emergency Department for opioid overdose in two periods. Farm Hosp. 2021;45:258-61.
19 Croxford S, Miller RF, Post FA, Harding R, Lucas SB, Figueroa J, et al. Cause of death among HIV patients in London in 2016. HIV Med. 2019;20:628-33.
20 Akerele E, Olupona T. Drugs of Abuse. Psychiatr Clin North Am. 2017;40:501-17.
21 Barros MB, Botega NJ, Dalgalarrondo P, Marín-León L, de Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Rev Saude Publica. 2007;41:502-9.
22 Burillo-Putze G, Ibrahim-Ach D, Galicia M, Supervía A, Martínez-Sánchez L, Ortega Pérez J, et al Manifestaciones clínicas y eventos adversos graves tras consumo de cannabis: efecto de la edad y análisis diferenciado en función del sexo y la coingesta de etanol. Emergencias. 2022;34:275-81.
23 Supervía A, Ibrahim-Achi D, Miró Ò, Galicia M, Ferrando JP, Leciñena MA, et al. Impact of co-ingestion of ethanol on the clinical symptomatology and severity of patients attended in the emergency department for recreational drug toxicity. Am J Emerg Med. 2021;50:422-7.
24 Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. Int J Drug Policy. 2017;43:33-43.
25 Bolding G, Hart G, Sherr L, Elford J. Use of crystal methamphetamine among gay men in London. Addiction. 2006;101:1622-30.
26 Font-Mayolas S, Hernández-Serrano O, Gras ME, Sullman MJM. Types of Polydrug Use Among Spanish Students in Health Sciences. J Addict Nurs. 2019;30:108-13.
27 Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. AIDS. 2019;33:1411-20.
28 Nedelcovych MT, Manning AA, Semenova S, Gamaldo C, Haughey NJ, Slusher BS. The psychiatric impact of HIV. ACS Chem Neurosci. 2017;8:1432-4.
29 Hartzler B, Dombrowski F, Crane HM. Prevalence and predictors of substance use disorders among HIV care enrollees in the United States. AIDS Behav. 2017;21:1138-48.
30 Hobkirk AL, Towe SL, Lion R, Meade CS. Primary and secondary HIV prevention among persons with severe mental illness: recent findings. Curr HIV/AIDS Rep. 2015;12:406-12.
31 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Drug-related hospital emergency presentations in Europe: update from the Euro-DEN Plus expert network, Technical report, Publications Office of the European Union, Luxemburgo. 2020.
32 Korkmaz H, Korkmaz S. Hearts and Minds: RealLife Cardiotoxicity With Clozapine in Psychosis. J Clin Psychopharmacol. 2019;39:694.
33 Saloner R, Grelotti DJ, Tyree G, Sundermann EE, Ma Q, Letendre S, et al. Benzodiazepine Use Is Associated With an Increased Risk of Neurocognitive Impairment in People Living With HIV.J Acquir Immune Defic Syndr. 2019;82:475-82.
34 Galicia M, Ibrahim-Achi D, Miró Ò, Supervía A, Puiguriguer J, Leciñena MÁ, et al. Characteristics of drug poisonings treated in eleven Spanish emergency departments: Differentiated analysis by sex. Adicciones. 2021;0:1670.
35 Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. A Contagion Model for Within-Family Transmission of Drug Abuse. Am J Psychiatry. 2019;176:239-48.
36 Barrio G, Bravo MJ, Brugal MT, Díez M, Regidor E, Belza MJ, et al. Harm reduction interventions for drug injectors or heroin users in Spain: expanding coverage as the storm abates. Addiction. 2012;107:1111-22.