

Urgencias derivadas del uso de drogas en la población mayor en España

Drug-related emergencies in the older population in Spain

Òscar Miró^{1,2}, Guillermo Burillo-Putze^{2,3}, Laura Miró^{2,4}, Jordi Puigurriquer⁵, August Supervía⁶, Sebastián Matos^{2,7}, Miguel Galicia^{1,2}

En España, las intoxicaciones agudas representan entre el 0,6% y el 1% de las consultas en los servicios de urgencias (SU), con patrones epidemiológicos específicos¹. Las personas de edad igual o superior a 65 años constituyen un subgrupo diferenciado, que representa aproximadamente el 8-10% de los casos de intoxicación. Estos pacientes presentan una mayor necesidad de ingreso hospitalario² y en ellos además concurren diferencias en la presentación clínica, el manejo y los resultados en relación con el resto de la población^{3,4}. En este grupo etario, las intoxicaciones se relacionan con mayor frecuencia con fármacos prescritos que con sustancias ilícitas, reflejando la elevada carga de enfermedad crónica y consumo de medicamentos, así como el uso frecuente de fármacos en las tentativas suicidas⁵. Así, en la serie publicada por Supervía *et al.*, de 341 intoxicaciones en pacientes de 65 o más años atendidos por intoxicación durante un periodo de 6 años (2009-2014), tan solo 3 (0,9%) lo fueron por consumo de drogas de abuso². Sin embargo, aunque infrecuentes, las urgencias derivadas del uso de drogas en las personas mayores, más vulnerables debido a la comorbilidad, la polimedicación y los cambios fisiológicos asociados a la edad, pueden resultar especialmente graves. Actualmente, a pesar de la existencia de un gran número de publicaciones que presentan grandes series de casos atendidos en urgencias por eventos adversos tras el uso de drogas, no existen estudios que hayan analizado específicamente las

urgencias generadas por el consumo de drogas en pacientes de 65 o más años. La revisión de las series generales muestra que probablemente menos del 1% de casos afecte a esta población^{6,7}, por lo que profundizar en la epidemiología de estas urgencias resulta clave para mejorar su prevención y atención.

Se presenta una revisión de casos clínicos procedentes de SU de 10 hospitales españoles (3 en Castilla y León, 2 en Cataluña, 2 en Illes Balears, 1 en Aragón, 1 en la Comunidad de Madrid y 1 en Canarias) motivadas por el consumo de drogas con finalidad recreativa en pacientes de 65 o más años. Los pacientes con consumo aislado de alcohol (sin otras drogas) no se incluyen en el registro. La finalidad recreativa del uso de dichas sustancias es constatada por el investigador de cada centro, quien excluye los casos en los que el uso tuvo finalidad médica o suicida. Los casos se corresponden al periodo comprendido entre 2016 y 2025, y fueron incluidos en el registro REDUrHE, del cual ya se han descrito las características completas en estudios previos^{8,9}. La creación del registro REDUrHE fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), con referencia 2016-71. De los pacientes incluidos, se recogieron variables demográficas (edad, sexo), tipo de sustancia consumida referida, coingesta de alcohol, forma de llegada al SUH, día y hora de atención, manifestaciones clínicas y evolución (ingreso hospitalario, tiempo de estancia y mortalidad). Se realizó un análisis descriptivo de los datos, expresando las variables cuantitativas como mediana y rango intercuartil (RIC), y las cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes. La relación entre la edad del paciente y la necesidad de

hospitalización se investigó de forma cruda (no ajustada) mediante un modelo no lineal basado en *spline* cúbicos restringidos, con tres puntos de corte en los percentiles 10, 50 y 90, siguiendo la metodología propuesta por Harrell¹⁰. También se compararon las principales características de las personas mayores y las más jóvenes mediante los test estadísticos ji cuadrado y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

De los 12.024 pacientes incluidos en el registro REDUrHE, 68 tenían 65 o más años (0,6%) y son los analizados en el presente estudio. Los pacientes tenían una edad mediana de 69 años (RIC 67-74), de los que el 81% eran varones (Tabla 1). Las sustancias más frecuentemente implicadas fueron cannabis y derivados (57%) y cocaína (29%). En 15 pacientes (22%) se registró consumo de más de una sustancia y en el 34% existió coingesta de etanol. Hubo 12 casos de consumo recreativo de benzodiacepinas, en 9 de ellos, de forma concomitante a otras sustancias de abuso (6 casos con cannabis, 4 casos con opiáceos y 1 caso con cocaína; hubo 2 pacientes con consumo de más de una sustancia adicional). La mayoría de los pacientes llegó al SUH en ambulancia (75%) y fueron atendidos en horario de mañana-tarde (68%), y en la mitad de los casos la atención se produjo de viernes a domingo (50%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la disminución del nivel de consciencia (38%) y la ansiedad (16%), seguidas de vómitos, palpitaciones y crisis hipertensivas. El 22% de los pacientes requirió ingre-

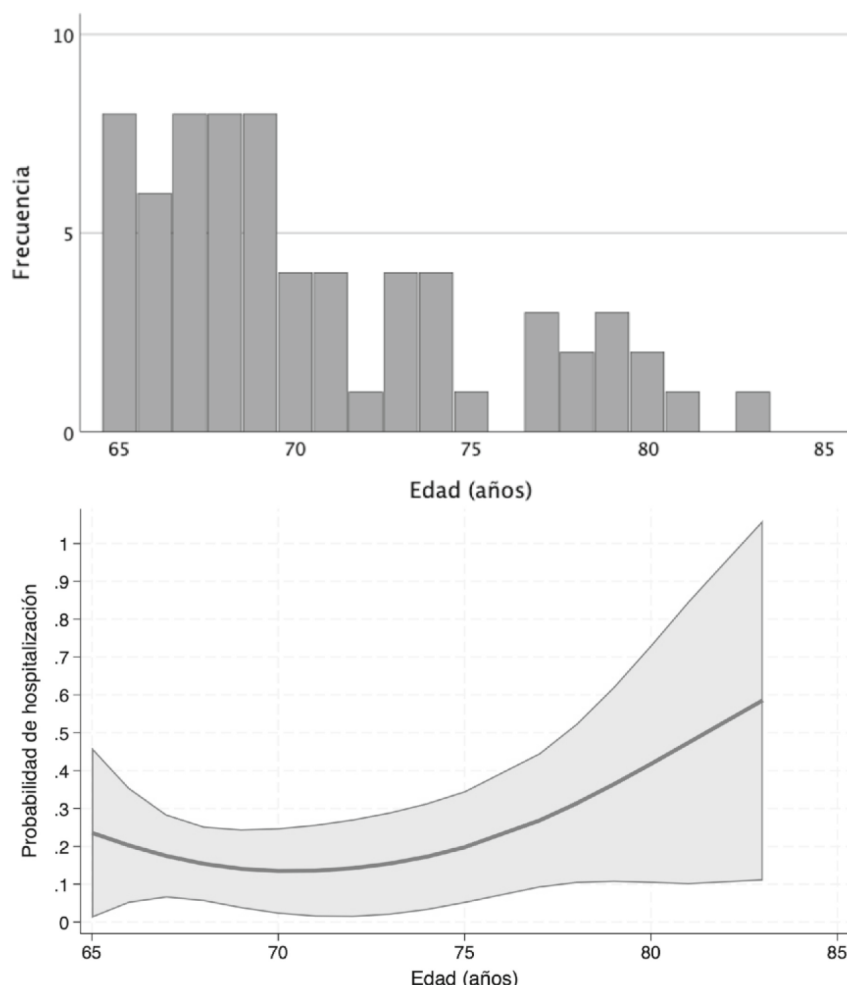


Figura 1. Frecuencia de casos según la edad (arriba) y relación con la necesidad de hospitalización (abajo).

so hospitalario, principalmente en unidades médicas, sin registrarse mortalidad. La relación entre edad y hospitalización mostró un patrón no lineal, con una relación neutra entre los 65 y 75 años, para posteriormente mostrar un incremento progresivo (Figura 1). En comparación con los pacientes más jóvenes (datos de 11.741 casos), los pacientes de 65 años o más llegaron más frecuentemente en ambulancia y menos frecuentemente en horario de tarde-noche. El cannabis, los opiáceos y las benzodiazepinas estaban más frecuentemente implicados en tanto que la cocaína y el alcohol lo estaban menos. En cuanto a los síntomas más frecuentes, hubo más disminución de consciencia y menos con ansiedad. Finalmente, la necesidad de hospitalización fue más alta, mientras que el tiempo de estancia y la muerte durante el episodio no difirieron entre ambos grupos (Tabla 2).

Los resultados de este estudio

muestran que las urgencias relacionadas con el consumo de drogas en pacientes de 65 o más años, aunque poco frecuentes (menos del 1% de episodios), presentan características propias clínicamente relevantes. Destaca el predominio de varones y el elevado número de casos por consumo de cannabis, cocaína u opioides (presente en más del 90% de los casos), lo que indica un patrón de mantenimiento del consumo en usuarios crónicos hasta edades avanzadas^{5,11}. Este hallazgo es consistente con estudios recientes que describen un incremento del consumo de drogas recreativas en adultos mayores en países occidentales¹². Además, el patrón temporal observado, con un discreto aumento de consultas en el fin de semana, sugiere un consumo recreativo similar al de poblaciones más jóvenes, en línea con datos previos del registro REDurHE⁹ y con lo que se observa en la presente serie, en la que no se detectaron diferen-

Tabla 1. Datos relativos a los pacientes mayores incluidos en este estudio

	Total N = 68 n (%)
Datos demográficos	
Edad (años) [mediana (RIC)]	69 (67-74)
Sexo hombre	55 (80,9)
Sustancias implicadas*	
Cannabis y derivados	39 (57,4)
Cocaína	20 (29,4)
Opiáceos	15 (22,1)
Heroína	10
Metadona	2
Fentanilo	1
Opiáceo no especificado	2
Benzodiazepinas	12 (17,6)
Alprazolam	3
Clonazepam	2
Midazolam	1
Lorazepam	1
Benzodiazepina no especificada	5
Metanfetamina	1 (1,5)
Poppers	1 (1,5)
Gamma-hidroxibutirato	1 (1,5)
Trazodona	1 (1,5)
Peyote	1 (1,5)
No especificada	2 (2,9)
Coingesta de etanol	23 (33,8)
Datos asistenciales	
Llegada en ambulancia	51 (75,0)
Día de la semana	
Lunes	6 (8,8)
Martes	10 (14,7)
Miércoles	7 (10,3)
Jueves	11 (16,2)
Viernes	13 (19,1)
Sábado	9 (13,2)
Domingo	12 (17,4)
Hora del día	
Mañana-tarde (de 8:00 a 20:00 h)	46 (67,6)
Tarde-noche (de 20:00 a 8:00 h)	22 (33,4)
Sintomatología	
Disminución del nivel de consciencia	26 (38,2)
Ansiedad	11 (16,2)
Vómitos	9 (13,2)
Palpitaciones	9 (13,2)
Crisis hipertensiva	7 (10,3)
Arritmia	6 (8,8)
Dolor torácico	4 (5,9)
Agitación psicomotriz	4 (5,9)
Hipotensión	3 (4,4)
Convulsiones	3 (4,4)
Alucinaciones	2 (2,9)
Psicosis aguda	2 (2,9)
Cefalea	1 (1,5)
Datos evolutivos	
Necesidad de hospitalización	14 (21,6)
Unidad de medicina	11
Unidad de psiquiatría	2
Unidad de cuidados intensivos	1
Tiempo de estancia (horas)	7:16
[mediana (RIC)]	(3:24-12:33)
Mortalidad	0 (0)

*La suma total de sustancias es superior a 68 porque hubo 15 pacientes que consumieron más de una sustancia.

Tabla 2. Comparación de las principales características de los pacientes de 65 o más años en relación a los más jóvenes

	Pacientes ≥ 65 años N = 68 n (%)	Pacientes < 65 años N = 11.741 n (%)	Valor de p
Datos demográficos			
Edad (en años) [mediana (RIC)]	69 (67-74)	32 (24-41)	< 0,001
Sexo: hombre	55 (80,9)	8895 (75,8)	0,325
Datos asistenciales			
Llegada en ambulancia	51 (75,0)	6752 (57,5)	0,004
Llegada en fin de semana (V-S-D)	34 (50,0)	5689 (48,5)	0,799
Llegada tarde-noche (de 20:00 a 8:00 horas)	22 (33,4)	6129 (52,2)	0,001
Principales sustancias implicadas			
Consumo de cocaína	20 (29,4)	5624 (47,9)	0,002
Consumo de opiáceos	15 (22,1)	845 (7,2)	< 0,001
Consumo de cannabis	39 (57,4)	5213 (44,4)	0,032
Consumo de benzodiacepinas	12 (17,6)	1021 (8,7)	0,009
Consumo de alcohol	23 (33,8)	6704 (57,1)	< 0,001
Principal sintomatología			
Disminución del nivel de conciencia	26 (38,2)	2207 (18,8)	< 0,001
Ansiedad	11 (16,2)	4045 (34,5)	0,002
Vómitos	9 (13,2)	1121 (9,5)	0,303
Palpitaciones	9 (13,2)	1980 (16,9)	0,425
Crisis hipertensiva	6 (8,8)	683 (5,8)	0,292
Datos evolutivos			
Hospitalización	14 (21,6)	1281 (10,9)	0,011
Tiempo de estancia (en horas) [mediana (RIC)]	7:16 (3:24-12:33)	5:53 (3:09-11:49)	0,589
Muerte durante el episodio	0 (0)	33 (0,3)	0,662

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

cias semanales con la población menor a 65 años (Tabla 2). Por el contrario, las personas mayores parecen limitar el consumo a las drogas más "clásicas" (cannabis, cocaína, opiáceos), con poca presencia de las nuevas drogas de síntesis (conocidas de forma genérica como NPS, *new psychoactive substances*), cuyo consumo parece focalizarse en personas más jóvenes y con un patrón de uso más limitado en el tiempo¹³.

La elevada proporción de pacientes que acuden en ambulancia y el espectro de manifestaciones clínicas recogidas en esta serie, como la disminución del nivel de consciencia o los eventos cardiovasculares, reflejan la mayor vulnerabilidad de esta población, probablemente relacionada con la comorbilidad y los cambios farmacocinéticos asociados al envejecimiento¹⁴. A pesar de ello, la tasa de ingreso hospitalario fue moderada (22%), aunque superior al resto de la población intoxicada, y no se registró mortalidad, lo que podría indicar una baja gravedad global de los casos incluidos. Por otro lado, la relación no lineal entre edad y hospitalización apunta a un posible comportamiento heterogéneo dentro del grupo de pacientes mayores, donde los pacientes de mayor edad

podrían presentar un peor pronóstico, como ya se ha descrito en intoxicaciones agudas^{3,15}.

Estos resultados tienen las limitaciones inherentes al análisis de una serie de casos y no permiten realizar inferencias epidemiológicas y clínicas. De forma relevante, no se dispone de confirmación analítica de las sustancias implicadas (por lo que casos de intoxicación leve pudieran haber pasado desapercibidos), ni tampoco de datos acerca de la comorbilidad, dependencia o fragilidad de los pacientes incluidos en el estudio. Además, el tamaño de la muestra de este estudio es limitado, y existe un posible sesgo de selección de centros, ya que estos participaron de forma voluntaria y no fueron escogidos de forma aleatoria o por su capacidad de representar de forma balanceada los SU hospitalarios españoles.

Como conclusión del presente estudio, cabe destacar que las atenciones urgentes por consumo de drogas en la población mayor de 65 años son infrecuentes, pero presentan características diferenciales respecto a la población más joven atendida por este mismo motivo. Entre ellas destaca una mayor frecuencia de casos relacionados con el uso de opiáceos,

cannabis y benzodiacepinas y una mayor necesidad de hospitalización. Por ello, es recomendable la detección proactiva del consumo no declarado en los SU y el abordaje integral de los potenciales efectos de este consumo en un colectivo que presenta a menudo comorbilidad, polifarmacia y fragilidad.

Bibliografía

- Burillo-Putze G, Munné P, Dueñas A, Pinillos MA, Naveiro JM, Cobo J, et al. National multicentre study of acute intoxication in emergency departments of Spain. *Eur J Emerg Med.* 2003;10:101-4.
- Supervía Caparrós A, Pallás Villaronga O, Clemente Rodríguez C, Aranda Cárdenas D, Pi-Figueras Valls M, Cirera Lorenzo I. Characteristics of emergency poisoning cases in elderly patients. *Emergencias.* 2017;29:335-8.
- Lirón-García Á, Ramos-Rincón JM, Valero-Novella B, Marín-Aparicio J, Sánchez-Martínez R, Llorens P. Epidemiology and quality of care of acute intoxication in people over 65 years of age in Alicante, Spain. *Rev Clin Esp.* 2023;S2254-8874(23)00116.
- Hernández-Calle D, Martínez-Alés G, López-Cuadrado T. Suicidal and accidental drug poisoning mortality among older adults and working-age individuals in Spain between 2000 and 2018. *BMC Geriatr.* 2022;22:114.
- Puiguiriquier Ferrando J, Miralles Corrales S, Frontera Juan G, Campillo-Artero C, Barceló Martín B. Poisoning among the elderly. *Rev Clin Esp.* 2020;S0014-2565(20)30227-7.
- Miró Ò, Galicia M, Dargan PI, Wood DM, Dines AM, Heyerdahl F, et al. Age and sex related differences in clinical manifestations and severity of acute cocaine toxicity presentations to European emergency departments. *Am J Emerg Med.* 2025;96:151-60.
- Liakoni E, Müller S, Stoller A, Ricklin M, Liechti ME, Exadaktylos AK. Presentations to an urban emergency department in Bern, Switzerland associated with acute recreational drug toxicity. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2017;25:26.
- 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.
- Ibrahim-Achi D, Miró Ò, Galicia M, Supervía A, Puiguiriquier 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.
- Harrell FE. *Regression Modelling Strategies* (2a edición). Nueva York: Springer; 2015.
- Han BH, Moore AA, Sherman S, Keyes KM, Palamar JJ. Demographic trends of binge alcohol and drug use among older adults in the United States, 2006-2014. *Drug Alcohol Depend.* 2017;170:198-207.
- Han BH, Palamar JJ. Trends in cannabis use among older adults in the United States, 2015-2018. *JAMA Intern Med.* 2020;180:609-11.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Characteristics

- and behaviours of high-risk users of new psychoactive substances. *Drug Alcohol Depend.* 2016;157:1-8.
- 14 Mangoni AA, Jackson SHD. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol.* 2004;57:6-14.
- 15 Liisanantti JH, Ohtonen P, Kiviniemi O, Laurila JJ. Risk factors for prolonged intensive care unit stay and hospital mortality in acute poisoning. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2011;55:160-6.

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona, España. ²Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAD), España. ³Universidad de La Laguna, Tenerife, España. ⁴Máster de Psicología General Sanitaria, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. ⁵Servicio de Urgencias, Hospital Son Espases, Palma, Mallorca, España. ⁶Servicio de Urgencias, Hospital del Mar, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. ⁷Universidad Europea de Canarias, Tenerife, España.

Correo electrónico: omiro@clinic.cat

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y 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. Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAD). Financiada por el Instituto de Salud Carlos III (Ref RD24/0003/0026).

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

Editor responsable: Javier Jacob Rodríguez.

Correspondencia: Óscar Miró. Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Villarroel, 170. 08036 Barcelona, España.

DOI: 10.55633/s3me/087.2026