

# El consumo de drogas en el contexto recreativo y sus consecuencias en los Servicios de Urgencias Médicas (SUM)

Informe científico

Junio 2009

Proyecto subvencionado por el Plan Nacional Sobre drogas, en la convocatoria ORDEN SCO/2651/2008, de 11 de septiembre



### **El consumo de drogas en el contexto recreativo y sus consecuencias directas en la salud**

El consumo y abuso de drogas es una de las causas más importantes de muerte entre jóvenes de la UE (bien sea por SIDA o reacción aguda al consumo), que oscila, en los últimos 10 años, entre 7.000 y 9.000 con tendencias que varían según el país (Pereiro et al, 2005). El alcohol y las otras drogas afectan el funcionamiento cognitivo, reducen el autocontrol, afectan la capacidad de procesar la información y reducen la capacidad de reconocer las señales de aviso ante situaciones potencialmente generadoras de riesgos para la salud (Plan Nacional Sobre Drogas 2007, Kodjo et al 2004, Hoaken y Stewart 2003). Existe más probabilidad de padecer ansiedad, ataques de pánico, paranoia, depresiones, alteraciones del sueño, problemas psicosomáticos y psiquiátricos entre consumidores de drogas recreativas (Pavarin 2006).

Entre la población joven el consumo de drogas está muy establecido en relación a la diversión nocturna, lo que se denomina popularmente 'salir de marcha'. Empieza ya a existir información empírica acerca de los riesgos vinculados a estos contextos recreativos (Hughes et al 2007, Peronaca 2008), entre otros la violencia, la sexualidad, la conducción (Plant y Harrison 2003; Zhu, Gorman y Horel 2006, Plasencia 2002).

Existe información de los efectos negativos para la salud que el consumo de drogas produce en los propios locales recreativos (Wood et al 2008; Peronaca 2008). Por ejemplo, la violencia en situaciones recreativas es responsable, según la oficina europea de la OMS, de 73.000 muertes anuales en la región europea y de entre 20 a 40 veces más de personas que requieren tratamiento hospitalario, mientras que numerosos casos no son ni registrados. Las drogas recreativas tienen efectos en la función cardiovascular. Muchas de estas drogas inducen cambios profundos (graves y/o crónicos) tanto en el corazón como en el sistema circulatorio y son responsables de un porcentaje importante de la morbilidad (Ghuran y Nolan 2000). Datos recientes de los EEUU indican que uno de cada cuatro infartos de miocardio, entre la población de 18-45 años, puede asociarse al uso de cocaína (Ghuran et al. 2001).

En España aún existen profundas lagunas en el conocimiento del impacto de las drogas recreativas en la salud. Algunos autores calculan que el 4% de todas las urgencias médicas se encuentra relacionado con la cocaína y que es la segunda droga implicada después del alcohol (Balcells 2001). La presencia de concentración de alcohol en sangre en los lesionados atendidos en los servicios de urgencia hospitalarios en España, muestra valores superiores a los límites legales en un 30-51% de los casos (Plasencia 2002).

### **Consecuencias indirectas del consumo de drogas en la salud: sexualidad, violencia, conducción, etc.**

En cuestiones de sexualidad, que afecta además a los adolescentes, el consumo de drogas presenta también considerables consecuencias en la salud. Un porcentaje de los adolescentes, que se estima alrededor del 20% (Gómez, 2005), no utiliza ningún método anticonceptivo. Además del incremento en el uso de la píldora del día después (lo que tiene mucho que ver

con los servicios de urgencias) se ha visto cómo ha aumentado entre 1990 y 2001 tanto el número de embarazos no deseados en mujeres de 15 a 19 años como el número de abortos (MSC 2005). A estas consecuencias, que son las más visibles, hay que añadir otras de gran impacto sanitario y social. Las conductas sexuales de riesgo acarrear enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual, trastornos psicológicos, etc. Además incrementan la probabilidad de padecer más problemas de ansiedad y de consumo de otras sustancias, especialmente entre las mujeres, por ser más vulnerables a sufrir trastornos de ansiedad y de depresión (Kessler et al., 2005). En la revisión de Rodríguez et al. (2006), analizando la relación entre consumo de alguna droga y prácticas sexuales de riesgo que incrementan el riesgo de infección por VIH, encontraron, para el alcohol, que la relación era positiva en seis de los estudios analizados. No se han encontrado datos empíricos acerca de las urgencias relacionadas con la sexualidad donde ha habido consumo de drogas.

En España la violencia está afectando cada vez más a los jóvenes (Gil Villa, 2007). Aunque diversión y violencia parezcan dos experiencias contrapuestas, en la realidad encontramos evidencias de que se complementan. Teniendo en cuenta un estudio de 2007, realizado por IREFREA (con apoyo del PNSD), el 5,2% de los jóvenes españoles entrevistados salió de marcha llevando algún tipo de arma (a lo largo del último año); un 11,6% fue víctima de alguna agresión y un 23% participó activamente en peleas. En el estudio se confirma lo que ya estaba demostrado en otros países, que la frecuencia y la cantidad en la ingesta de alcohol tiene relación con las actitudes violentas (Anderson et al, 2007; Plant y Plant, 2006). En el Reino Unido, país con índices de violencia altos, uno de cada cinco incidentes violentos tiene lugar en el entorno de bares, pubs o clubes, y si se trata de incidentes entre personas desconocidas uno de cada tres (Kershaw et al, 2000). Sin embargo hay cierta tendencia a 'sacar fuera' los problemas que ocurren en los locales y, por ello, los servicios médicos pueden ser los primeros en detectar problemas derivados de la violencia relacionados con el consumo de drogas recreativo. Conocer mejor la realidad sería fundamental para prevenir un problema que puede estar en expansión ya que, en algunos países, se han empezado a ver correlaciones entre el rápido crecimiento de un modelo de diversión vinculado al consumo de alcohol y otras drogas con un incremento de la violencia (Anderson, et al 2007; VPA Working Group on Youth Violence, Alcohol and Nightlife, 2007), puesto que ello afecta seriamente tanto a la salud de los individuos como a la salud pública. En relación con España no se han encontrado datos empíricos acerca de las urgencias relacionadas con la violencia donde ha habido consumo de drogas.

Stockwell et al (2002) en un estudio en el que cuantifica el riesgo de lesiones después del consumo de alcohol, una muestra de 797 casos de pacientes que llegan lesionados a urgencias (66,6% hombres) y 797 controles (57,7% mujeres) concluye que beber alcohol y usar medicación prescrita en las 6h antes estaban ambos asociados con un aumento significativo del riesgo de lesiones (cuando se controlaban variables demográficas y situacionales). Usar drogas ilegales (como el cannabis) se encontraba asociado con riesgo reducido de lesiones. El riesgo de lesiones para mujeres fue significativamente elevado para cualquier consumo de alcohol; para hombres el riesgo se elevaba sólo cuando el consumo excedía 90 gramos. Los resultados confirman resultados

previos que indican que el riesgo de lesiones para mujeres con un nivel incluso bajo de alcohol es mayor que para hombres.

Está bien establecido que el alcohol es también un factor principal en las heridas y muertes no sólo de conductores ebrios sino de otros usuarios de las vías (Chipman et al 2003). Según auto-informan los jóvenes universitarios de un estudio español, conducir después de consumir alcohol constituye una práctica generalizada entre ellos y en algunos casos incluso después de haber consumido dosis elevadas (Olivera 2002). En un estudio de IREFREA (2007), el 50,2% de los jóvenes informó haberse subido alguna vez en un vehículo conducido por un conductor ebrio o bajo la influencia de otras drogas (últimos 30 días). El 23,2% informó haber conducido embriagado él mismo y un 23,5% estando bajo el efecto de alguna droga (Calafat et al 2008).

**Los servicios de urgencias. Lugares donde detectar el consumo de drogas como causa directa o indirecta de una demanda sanitaria. Disponer de un conocimiento efectivo para una intervención rápida**

Las investigaciones sobre la demanda en los servicios de urgencia por consumo de alcohol y otras drogas empiezan a dar resultados. El estudio de West, Cameron, et al. (2008) muestra que de los 103 jóvenes que llegaron a urgencias dando la impresión de estar bajo los efectos de drogas consumidas en el contexto recreativo, una vez realizada la analítica para establecer la toxicidad se halló que de ellos, 80 pacientes (78%) fueron correctamente diagnosticados, confirmándose el consumo de drogas en la analítica. Las drogas consumidas habían sido: el gamma-hydroxy butyrate –GHB- (91%), anfetaminas (79%), alcohol (84%) y opiáceos (100%). La ingestión de múltiples drogas se encontró en el 70% de la muestra. El reconocimiento de drogas como el GHB era el diagnóstico más exacto. Reconocer otras drogas, como las anfetaminas, los opiáceos y el alcohol, era más inexacto. La ingestión de múltiples drogas es un escenario común de los casos de consumo de drogas recreativas que acuden a urgencias, en especial entre quienes consumen GHB (Miró, Nogués, et al 2002; Mason y Kerns 2003). Otros estudios muestran que el MDMA se está convirtiendo en una sustancia típica de casos de urgencias entre usuarios del contexto recreativo (Banker 2004).

En España, durante las dos últimas décadas, ha aumentado el consumo de drogas ilegales. Siguiendo los datos de la encuesta EDADES del PNSD en población de 15 a 65 años<sup>1</sup>, entre 1995 y 2005 el cannabis ha pasado de ser consumido por un 14,5% a un 28,6%; la cocaína de un 3,45% a un 7%; éxtasis, alucinógenos y anfetaminas también han aumentado aunque en porcentajes más bajos. Las drogas legales requieren otro análisis ya que no resulta tan significativo el aumento o no del consumo (el de tabaco se mantiene y aumenta algo el de alcohol) sino los colectivos que consumen y los estilos de consumo. La implicación de las mujeres jóvenes en el consumo, tanto de tabaco como de alcohol, es posiblemente uno de los principales indicadores a tener en cuenta en salud pública; así como el abuso de alcohol de consumo concentrando

---

<sup>1</sup> ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES), 1995-2005 Tabla 1.1.3. Tabla 1.1.3. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2005. 1995. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005.pdf>

(*binge drinking*)<sup>2</sup> buscando la borrachera. Los jóvenes de entre 15 y 34 años constituyen el colectivo donde se dan mayores consumos de todas las sustancias ilegales y de borracheras.

Los SUM también se han visto afectados por este consumo. El consumo de cocaína genera un elevado número de consultas en SUM con predominio de manifestaciones neuro-psiquiátricas y cardiovasculares (Galicia, Nogué, Sanjurjo y Miró 2008).

Los consumos se encuentran además asociados a otros riesgos. En el estudio de Musztrak y Picherot (2006), entre adolescentes de 12 a 18 años que llegan a urgencias por intoxicación de alcohol, el 65,1% tenían antecedentes personales de comportamiento de búsqueda de riesgo. En un estudio comparativo entre consumidores de metanfetamina y otras sustancias destaca que dos tercios de los consumidores eran hombres, y el grupo de edad mayoritario de 26-30 años (tanto para hombres como para mujeres). Los consumidores de metanfetamina se mostraban más nerviosos, violentos y agresivos que los pacientes con otras presentaciones relacionadas con drogas; y significativamente menos alerta, comunicativos y cooperativos. Entre estos consumidores era más probable encontrar un historial de problemas de salud mental (el 39% requirieron programa) y el uso de drogas intravenosas (Bunting, Fulde, Foster 2007). Este artículo ha recibido críticas de interés por el sistema de recogida e interpretación de la información que contribuye a un mejor diseño de los síntomas derivados del consumo de drogas (Dargan y Word 2008).

El detectar los consumos de drogas puede ayudar a un diseño del tratamiento más efectivo. Se sabe que un porcentaje considerable de los problemas coronarios en jóvenes tiene relación con el consumo de cocaína. Sin embargo, no se pregunta como parte de la rutina en pacientes que llegan al sistema sanitario. El tratamiento del Síndrome Coronario Grave con Infarto de Miocardio Grave (SCG/IMG) inducido por cocaína es distinto del clásico SCG/IMG porque sus mecanismos son distintos (Wood et al 2006).

Los SUM son además lugares para detectar situaciones de consumo de riesgo. En la actualidad existen instrumentos para identificar consumos y abusos de alcohol en relación con sus consecuencias negativas. Algunos de esos instrumentos, como el CAGE y el AUDIT, aunque muy populares y extendidos en el marco clínico, no han obtenido un rendimiento satisfactorio en la identificación del consumo perjudicial actual o el consumo abusivo (CAGE) o no han sido consistentes para subgrupos de género o cultura (AUDIT). Pero los servicios de urgencias se encuentran en una posición privilegiada para identificar e intervenir sobre individuos con consumo de riesgo, tanto de alcohol como de otras drogas, pues encuentran al paciente en un “momento receptivo” tras el evento impactante (Cherpitel y Rodríguez-Martos, 2005). Así, los SUM y otros lugares de atención primaria son lugares privilegiados para identificar a los consumidores de drogas e iniciar intervenciones preventivas breves (Cherpitel CJ 2008).

Ya existen experiencias previas relacionadas con la eficacia de una intervención rápida en el contexto recreativo. Wood et al (2008) desarrollan un estudio en ocho establecimientos recreativos nocturnos de Londres, entre el 11

---

<sup>2</sup> Encuesta EDADES 2006

y el 27 de noviembre de 2006, donde se atendió a 42 individuos en la enfermería de dichos clubes. Se trabajó con participantes clave (médicos y no-médicos) de la comunidad local, para mejorar la atención pre-hospitalaria en dichos *clubbers*. La experiencia prueba que en los locales se producen continuos incidentes que afectan a la salud de los clientes, aunque se mantienen invisibles para el sistema sanitario ya que los propietarios de los clubes se muestran reticentes a llamar una ambulancia temiendo que esto pueda afectar su negocio (renovación de licencia). La experiencia también demostró que los profesionales de los establecimientos recreativos pueden ser instruidos en el uso de algunas directrices sanitarias para prestar primeros auxilios (Wood et al., 2008).

En los propios servicios de urgencias existen casos de violencia (Kennedy 2005). La violencia en SUM ha alcanzado niveles que requiere de acciones concertadas y un cambio de actitud para erradicar peligros social y profesionalmente inaceptables. En algunos SUM, la violencia constituye una incidencia diaria, con diversos informes semanales del personal de enfermería. La ira y el dolor, junto con la influencia del alcohol y las drogas, contribuyen a la eclosión de brotes de violencia en los SUM que en buena parte de los casos no se denuncian. Aunque la mayoría de centros cuenta con “system blockers” para denunciar los acontecimientos adversos, diversas razones (complejidad de los formularios, falta de tiempo, protocolos poco claros, falta de confidencialidad, presión del entorno o el estigma de la victimización, entre otros) provocan que los episodios violentos no salgan a la luz.

### **Qué sabemos de lo que ocurre en España**

El impacto sanitario derivado del consumo de drogas ha ido creciendo en España y queda reflejado en las palabras de la Ministra de Sanidad, Doña Elena Salgado, quien en su comparecencia en 2005 ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas, afirmó lo siguiente:

“también han aumentado en los últimos años los ingresos hospitalarios por psicosis alcohólica, por síndrome de dependencia del alcohol y por psicosis causadas por drogas. La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria muestra un incremento, entre 1993 y 2002, de los ingresos hospitalarios por psicosis ocasionadas por consumo de drogas del 103%, dato preocupante aunque las cifras absolutas no sean muy grandes. En el caso de drogas distintas del alcohol, el aumento de ingresos por psicosis alcanzó el 420%”.

El impacto del consumo de drogas en los servicios de urgencias es aún difícil de medir, no existe una recogida de datos coordinada que permita aproximarse al fenómeno. De la información publicada o accesible que hemos encontrado disponible se han obtenido algunas piezas de datos que dificultan la generalización:

#### **Descriptivo Datos Urgencias en España**

**En la Comunidad de Madrid se recogen datos de trece grandes hospitales.** La recogida se realiza durante 12 semanas aleatorias (una por mes). En 2008 se

recogen datos de todos los episodios donde se menciona el consumo no médico de sustancias de abuso (excepto alcohol y tabaco) y no sólo los relacionados directamente con el consumo, de individuos entre 15 y 54 años. **Resultados:** Total de **3.354 episodios**, pero para poder compararlos con los datos del año anterior, sólo se consideran los episodios en los que el consumo sí está relacionado directamente con la urgencia, **1.425 casos**. De ellos, 74% quedan englobados bajo el epígrafe “trastornos mentales y de comportamiento”, la mayoría (83%) debido al consumo de alcohol (19%), cocaína (17%), opiáceos (8%), cannabis (8%) e hipnosedantes (5%), en un 4% la urgencia se debe al policonsumo. (Agencia Antidroga de Madrid, 2009)

**Hospital General de Elda.** Se hizo una selección de todos los pacientes con consumo de alcohol y drogas que acudieron a dicho hospital entre 2004 y 2006. El **3,81%** de las urgencias lo son por **ingestión de alcohol y drogas**. El **19,6%** de los pacientes son **reincidentes**. El 76,5% son hombres y el 23.5 mujeres. **El grupo de edad de 15-24 años** ocupa el **65% del total** de urgencias por alcohol y drogas. **Entre viernes noche y domingo noche** (entre la una y las siete de la madrugada) se concentra el **53,5%** de las urgencias. (Ibáñez et al. 2007)

**Hospital Clínico de Barcelona.** Realizan un estudio descriptivo y retrospectivo (de 01-01-2002 a 31-12-2007) de las consultas urgentes relacionadas con el **consumo de cocaína**, en dicho hospital. El número total de urgencias es de 229.325. Las urgencias toxicológicas son 11.672, Las urgencias por drogas de abuso 6.362. Se identificaron **1.755 pacientes** (292 pacientes/año, 70% varones, edad media 31 años). Se excluyeron los pacientes que acudían con síndrome de abstinencia o que querían iniciar programa de deshabitación. La incidencia global de **urgencias por cocaína fue del 0,76%** de pacientes visitados, del 15,3% de las urgencias toxicológicas y del 28,6% de las urgencias por sustancias de abuso (incluido el etanol). **191** pacientes precisaron **ingreso**. Mortalidad 0,17%. (Galicia et al., 2008)

**Hospital Universitario de Canarias.** Se calcula la prevalencia de **consumo de cocaína** entre usuarios SUM por patología traumática o cardiovascular (entre octubre 2005 y septiembre 2006) en pacientes entre 16 y 65 años. Se incluyeron **325 pacientes** (206 con traumatismo y 119 con dolor torácico). La prevalencia global de **consumo no declarado de cocaína fue del 19,7%** (18,9% traumatismos y 21% dolores torácicos). La media de edad de los pacientes con consumo es de **31 años**, y en su mayoría varones (81%). (Burillo-Putze et al., 2008)

**Hospital Clínico de Barcelona. Brotes epidémicos por consumo de éxtasis líquido** entre abril 2000-junio 2005 (**404 casos** de sobredosis por GHB). 15 brotes de sobredosis de GHB (56 pacientes) (el 13,86% de toda la serie) y la mediana fue de 3 casos por brote. Todos los pacientes fueron remitidos a SUM por una afectación del SNC. El 82% de las sobredosis no recibió ningún tratamiento. La sobredosis de GHB constituye la segunda causa de visita a urgencias en dicho hospital por consumo de drogas ilegales, tras la cocaína. (Nogué et al., 2007)

**Hospital 12 de Octubre de Madrid.** Estudio VEIA. Registro evolutivo intoxicaciones agudas (IA) en 2004. Se atendieron 1.508 IA (234/100.000 habitantes) 1,77% de las urgencias. Mujeres 756 (50%) y 752 hombres (50%). Las edades oscilaron entre 15 y 96 años. Resultados: hay 319 casos (49,6‰) de intoxicación aguda voluntaria por alcohol (IAVE), el 70% no bebedores. Intoxicación aguda voluntaria por drogas (IAVD), 34‰ habitantes. En el año 2004 duplican las del 2000 y suponen el 15% de las IAV. La edad de las mujeres es significativamente menor que en las restantes IA. La media de tóxicos consumidos en las IAVD fue de 1,8 lo que supone que todos los pacientes habían mezclado más de un elemento (40 alcohol, 16 medicamentos y 20% mezclas de drogas. (Caballero Vallés 2004)

**Diversos hospitales de La Rioja** cuantifican las intoxicaciones agudas (IA) en SUM de La Rioja (1998). De todos los pacientes atendidos (92.112), 618 (0,67%) fueron casos de IA, de ellos 361 varones (58,4%) y 257 mujeres (41,6%), siendo la media de edad 32,4 años. El tóxico más empleado fue el alcohol en 287 casos (38,4%) seguido de las benzodiazepinas en 88 casos (11,8%). Entre las IA por drogas de abuso: cocaína (26 casos) y anfetaminas (8 casos) (Carpintero Escudero et al.,



2000).

**Hospital General de Vigo.** Se revisaron historiales clínicos de mayores de 16 años entre cuyo código diagnóstico figuraba la cocaína (Enero 1994 – Diciembre 2005). Se incluyeron 177 pacientes (18,8% mujeres), edad media 33 años. El 88,8% eran además fumadores, el 70% ingería alcohol en exceso y el 67,3% consumía otras drogas ilegales (Sopeña 2008).

**Hospital del Valle Hebrón de Barcelona.** Se hace un cribado de lesionados de tráfico para tratamiento de intervención breve que acuden a SU Traumatología. Presenta sesgo ya que se potenció el cribado las noches del fin de semana. Se incluyeron en el estudio 709 lesionados, con prueba de alcohol (en saliva) realizada a 696. De ellos, 93 dieron positivo (13,4%) y pudo intervenir en 66 de ellos. El 50% puntuaba positivo en el test AUDIT (puntuación media: 7,6). Distribuidos aleatoriamente en 2 grupos: de Intervención Breve (30) e Intervención Mínima (36). El 77% de los pacientes tiene seguimiento (ciego y por vía telefónica al mes 3, 6 y 12). (Rodríguez-Martos et al., 2003)

**Hospital de Son Dureta en Palma de Mallorca.** Se analizan los casos de pacientes mayores de 15 años que acuden a urgencias como consecuencia directa de la intoxicación por sustancia ilegal (2005-2006). Incluye metadona si el paciente no participa en un programa de desintoxicación. En caso de intoxicaciones por múltiples sustancias (ilegales o no) solo se incluye a aquellos en que la ilegal es la causa principal. **Resultados:** 73% varones, 27% mujeres, aunque estas últimas llegan al 40% en drogas de diseño. Drogas detectadas: cocaína 70,7% casos, heroína 30%, cannabis 10%, MDMA 9,2%, anfetaminas y metadona 2,1%, ketamina 1,4% y LSD 0,7%. Edad media 31,4 años. Mayor concentración de llegada, domingos 27,8% y martes 18,5%, entre las 00:00 y las 04:00. Los meses de más llegada fueron julio 14,2% y junio 12,8%. Manifestaciones clínicas: neurológicas 57,4%, trastornos psiquiátricos 30,4%, sintomatología digestiva 11,3%, patología cardiovascular 7,1%, dolor torácico y clínica respiratoria 6,4%. (Puiguriquer 2009)

Los datos que se han cuantificado no permiten hacer un mapa clarificador del impacto del consumo de drogas en los SUM, y menos del consumo recreativo. En algunos estudios se excluye el alcohol y el tabaco, en otros se concentra en el estudio de una sustancia (como la cocaína, el GHB, o el alcohol).

### ¿Cómo se recogen los datos en los SUM?

Para averiguar las posibilidades y dificultades de organizar una recogida de datos sobre el impacto del consumo de drogas recreativas en los SUM, se han buscado y recogido datos de forma exhaustiva en cuatro Comunidades Autónomas. Un equipo en cada CCAA ha tratado de investigar dos tipos de información:

1. Qué datos existen en 2008 sobre el impacto del consumo de drogas en las urgencias. Para ello se ha preguntado no sólo a las principales instituciones encargadas del tema (Centro Coordinador de Drogas, Salud Pública, etc.)
2. También se ha entrevistado a personal sanitario y jefes de urgencias de los principales hospitales.

La metodología de investigación en las cuatro CCAA (Baleares, Galicia, Madrid, Valencia) ha seguido un protocolo simple que ha proporcionado libertad para indagar según las condiciones de cada CCAA. Las entrevistas a los profesionales han sido semiestructuradas, a través de un cuestionario



autoadministrado, que ha permitido a dichos profesionales escribir sus respuestas. El análisis se ha realizado siguiendo criterios de la metodología cualitativa.

Los datos recogidos en cada CCAA se resumen aquí:

## **GALICIA**

No existen datos cuantificados en Galicia que refieran sobre el impacto del consumo de drogas en las Urgencias médicas. Los indicadores de lo que ocurre con el consumo abusivo de alcohol y/o drogas se han obtenido mediante entrevistas a los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias.

Los servicios de urgencias médicas habituales son: el 061, cuando este servicio recibe la llamada una ambulancia se desplaza al lugar de la emergencia. Un médico analiza el caso de la persona que se encuentra en situación de emergencia y ante el estado apreciado suele elegir entre tres posibilidades: a) resolver allí mismo la emergencia, cuando ésta es leve, b) trasladar a la persona al Servicio de Urgencias del PAC (Punto de Atención Continuada) de Atención Primaria cuando se aprecia que, aunque no grave, precisará de un tiempo de recuperación, o c) trasladar a la persona a un Servicio de Urgencias Hospitalario, por ejemplo al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) cuando se trata de un caso grave.

La mayor demanda, por este tipo de problema, ocurre durante los fines de semana, vísperas de festivos, Navidades y meses de verano, siendo los afectados en su mayoría jóvenes y varones. Los pacientes de más edad (y a veces con problemas de dependencia del alcohol) demandan los Servicios de Urgencias a lo largo de todo el año y en cualquier día de la semana. Las mujeres jóvenes suelen acudir a urgencias en búsqueda de la píldora del día después. Esta demanda suele ser más frecuente durante el fin de semana y el lunes.

Los profesionales aprecian un incremento de las agresiones físicas y verbales en los últimos años en los Servicios de Urgencias. También han aumentado las descompensaciones en pacientes psiquiátricos por el consumo excesivo de alcohol o drogas. Uno de los médicos de urgencias entrevistado comentaba: “Si, suelen ser pacientes difíciles de tratar por la gran agresividad y la poca colaboración que ofrecen, tanto para la recogida de la historia clínica como para la realización de pruebas complementarias. Según el tipo de consumo, antecedentes... Generalmente se recurre a los sedantes y/o sujeción mecánica”.

## **BALEARES**

Los últimos datos referentes a las Islas Baleares son del 2007. Durante ese año se notificaron 2.107 casos de tratamientos de drogodependencias. Teniendo en cuenta los casos por habitante las Islas Baleares, estos superan la media española y en las Pitiusas se encuentra una mayor prevalencia de casos que han necesitado tratamiento por consumo de drogas. El alcohol y la cocaína son las drogas que más afectan. Del total de atendidos, el 98,7% residen en Baleares.

## Datos de los SUM

Los datos existentes sobre el impacto de las drogas en los SUM proceden de:

- Salud Pública
- Son Dureta (2006-2008)
- Son LLàtzer (2007-2008)
- Can Mises (Ibiza)

## Datos Salud Pública.

La Conselleria de Salud Pública de les Illes Balears realiza una recogida sistemática del informe de alta de las urgencias de los hospitales de Son Llàtzer y Manacor (los de Son Dureta no se recogen porque no están informatizados). De estos informes (unas 150-200 historias al día) una enfermera de la Conselleria, Joana M. Vanrell (ayudada por un par de compañeras más), selecciona los casos definidos como “urgencias por drogas”: Todos aquellos episodios de urgencia, en personas de 15 a 54 años, que han consumido sustancias psicoactivas de forma no médica, tanto si el consumo está relacionado con la urgencia como si sólo se menciona en la historia clínica. Esta recogida sigue el protocolo SEIT, por lo que se excluyen los siguientes casos:

- Urgencias en las que sólo se menciona el uso del tabaco
- Urgencias en las que sólo se menciona el uso del alcohol, incluidos los comas etílicos
- Urgencias en las que sólo se menciona el uso de tabaco y alcohol
- Urgencias en pacientes de ginecología
- Urgencias en pacientes ingresados por accidente de tráfico o casos de violencia por las consecuencias legales que ello implica.

Las urgencias médicas por drogas en el año **2005 fueron de 679 personas** y en el año **2006 son de 1.114** (aumento del 64%). La variación por meses es también muy significativa, **en verano aumentan hasta nueve veces**.

Las muertes relacionadas con el consumo de drogas fueron en Mallorca de 40 en el año 2005, lo que significa una tasa de 1,2 (por 1000 hab.).

## Datos Son Dureta.

Desde 2005 el SU elabora un registro de pacientes intoxicados atendidos en el Hospital, cuyo responsable es el Dr. Jordi Puiguriquer, jefe de urgencias. Del listado de sustancias o drogas ilegales, se centran en aquellas de consumo más habitual y cuya presencia pueda ser confirmada mediante los medios analíticos hospitalarios disponibles. Son las siguientes: cocaína, heroína, anfetaminas, MDMA, GHB, LSD, cannabis y setas alucinógenas.

Identificación de los pacientes realizada mediante tres vías complementarias:

1. Búsqueda de pacientes no ingresados: Como no existe codificación de alta de los pacientes no ingresados, se revisan manualmente todos los

historiales (unos 254 informes diarios en el periodo estudiado) y se identifican con etiqueta aquellos cuyo episodio por el que requieren asistencia se considera consecuencia directa de una intoxicación. Se descartan: sobredosificaciones accidentales, intoxicaciones alimentarias, efectos secundarios a fármacos e intoxicados por fármacos o sustancias legales como el alcohol.

2. Análisis positivos para drogas ilegales: Se elabora listado diario a partir de la información de la base de datos del laboratorio de urgencias con resultado positivo (detección cualitativa en orina de: cocaína, cannabis, metadona, heroína, anfetaminas y éxtasis). Posteriormente se confronta dicho resultado con la revisión del contenido del informe de asistencia.

Como el hospital no dispone de técnicas para determinar GHB, LSD y Ketamina (las muestras deben llevarse a un laboratorio de referencia), su diagnóstico se realiza mediante una anamnesis (donde se refiera el consumo) y una sintomatología clínica acorde al tóxico referido.

3. Alta de los pacientes con ingreso hospitalario: El CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) proporciona información del alta codificada (sistema CIE.9-MC) de todos los pacientes ingresados por intoxicación de sustancias ilegales. Se han seleccionado todas las altas del 2006 que incluían los siguientes códigos de intoxicación: 304, 305.6, 965, E850, E854, E855, E950.

Variables que consideran: edad, sexo, día de la semana, mes, tóxico principal responsable, lugar de nacimiento y residencia habitual, si hubo atención previa a la llegada a SU, número de tóxicos por episodio, terapias aplicadas, ingreso en el hospital, destino en alta y coste económico de la asistencia.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes mayores de 15 años, intoxicados por drogas ilegales, cuyo motivo principal para acudir al hospital es consecuencia directa de la intoxicación por sustancia ilegal.

Exclusiones:

- **Intoxicados por metadona** que participan en programa de desintoxicación de opiáceos.
- **Intoxicados por múltiples** sustancias (legales o no) en las que la clínica sugiera que la droga legal es la causante del ingreso.
- Pacientes con *screening* de orina positivo que acuden a urgencias por **motivos no directamente relacionados con el consumo de drogas** (ej: fractura de húmero por accidente de tránsito con análisis positivo de consumo de cocaína)
- Pacientes que aun habiendo informado de consumo reciente, **la clínica no se pudo relacionar con el consumo**.
- **Visitas a urgencias por motivos legales** (no médicos)
- Intoxicaciones múltiples en las que la clínica principal no pudo atribuirse al consumo ilegal de alguna sustancia.
- **Intoxicaciones con metadona** si el paciente estaba incluido en programa de desintoxicación.

- Pacientes atendidos en **área de urgencias pediátricas** (menores de 15 años).

### **Datos Son Llätzer.**

Son Llätzer registra todas las historias del SU en una base de datos con las siguientes variables: N° de historia, N° de asistencia, Sexo, Cir\_admisi, Cir\_alta, Fecha alta, Edad, Diagnóstico principal (código alfanumerico CIE-10), Descripción diagnóstico principal, tipo y descripción de otros 5 diagnósticos, Procedimiento principal (códigos numéricos) y su descripción.

No disponemos de día y hora de admisión (fecha y hora ingreso en urgencias). Para ello se debe acceder a cada una de las historias médicas y hacer la recogida manual.

En el hospital hay un Banco de datos que codifica la información proporcionada por urgencias. El criterio de codificación es por diagnóstico, uno principal y cinco de secundarios, de acuerdo con la clasificación del CIE-10 DSM IV. Esta información queda restringida al personal del hospital. En el Hospital de son Llätzer no hay ningún estudio/informe realizado sobre el tema. Aunque hay dos enfermeras de urgencias que realizaron un póster, presentado en un congreso de enfermería, que recogía datos de consumidores de alcohol y cocaína, según sexo y edad.

En la recogida de datos en el servicio de urgencias la mayoría de los médicos no se rige por el CIE10-DSM IV, con lo cual se pierde información y la existente no es homogénea. El principal interés médico es atender a los pacientes y no tanto la recogida de información. En caso de que el paciente ingrese, entonces sí que los diagnósticos del historial serán tipificados en el momento del alta. No se relaciona consumo de tóxicos con otros posibles problemas como accidentes de tráfico, violencia física, maltrato, agresiones sexuales, etc.

### **Can Misses**

Desde enero de 2005 se recogen de forma sistemática las urgencias en consumidores de droga, que forman parte de la información con la que trabaja Salud Pública. En el año 2007 se recogieron 940 casos (menos que durante el año anterior) ya que no se pudo tener acceso a las hojas de urgencia correspondientes a tres semanas (una de junio y dos de julio) cosa que distorsionó la comparación temporal.

Se recogen tanto las drogas relacionadas con el motivo de la consulta como las que referidas en la hoja de urgencias y que el médico relaciona con dicha urgencia. En el 72,1% de los casos (678 urgencias) hay evidencias de que el consumo está relacionado con el motivo de consulta. De estos, en el 10,6% hay confirmación analítica. La cocaína es la droga más mencionada, al tiempo que se da un cierto descenso de urgencias por GHB (2007).

Se codifican los diagnósticos (hasta un máximo de 6) y se registra la resolución de la urgencia (alta médica, alta voluntaria, ingreso, traslado, muerte). El diagnóstico más frecuente son las intoxicaciones por anfetaminas, éxtasis, Speedy o cristal, y destaca que entre las 10 más frecuentes se encuentren también las intoxicaciones por ketamina (29 casos) y por GHB (21 casos). El 82,4% de las urgencias por drogas se resuelven con alta médica. El mes de agosto es el que registra un mayor número de casos, baja la media de edad, y aumenta el porcentaje de no residentes en las Islas Baleares. También en verano se observa un incremento importante de las urgencias relacionadas con las anfetaminas y las drogas de síntesis (implicadas en estos meses en el 40% de urgencias hospitalarias de consumidores de droga).

## VALENCIA

Hay datos generales de la Comunidad Valenciana que proceden del informe: **Estudio del indicador de Urgencias Hospitalarias por episodios de consumo de drogas. Evolución: 2004 y 2005**, de la Generalitat Valenciana. La información más relevante es la siguiente:

- El 96% de la población atendida en urgencias por episodios de consumo de drogas es de nacionalidad española.
- El 95% de los atendidos en urgencias por episodios de consumo de drogas recibe el alta médica el mismo día en que ha acudido al servicio. El 4% queda ingresado y el 1% pide el alta voluntaria.
- Las drogas que se mencionan en la historia clínica son, por orden de mayor frecuencia, alcohol, cocaína, benzodiacepinas, heroína y cannabis.
- El alcohol, en el 2004, supuso el 41.76% de todos los episodios de urgencias hospitalarias, mientras que en el 2005 sólo alcanzó el 33,81% de los episodios.
- El alcohol es la sustancia que aparece combinada junto al uso, mal uso y abuso de todas las demás drogas.
- Tanto las combinaciones de alcohol con otras drogas como las de cocaína con otras drogas sufren un descenso en el número de episodios del 2004 al 2005: esperemos que la tendencia se manifieste de igual modo en el 2006.
- Aumento de los Trastornos de Ansiedad y de la Personalidad, duplicándose las frecuencias estimadas de éstos del 2004 al 2005.
- Aumento de los intentos de suicidio.
- Aumento significativo de episodios relacionados con epilepsias y conmociones.
- Y con síncope, pero sobre todo de las enfermedades relacionadas con traumatismos e infecciones por VIH, hepatitis, neumonías, etc.

En el estudio realizado en el Hospital de Elda (Alicante) entre 2004-2006 aparecen algunos datos de interés:

**3,81%** de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital de Elda son por **ingestión de alcohol y drogas**.

El **19,6%** de estos pacientes que acuden al servicio de urgencias por

consumo de alcohol y drogas son **reincidentes**.

El **76,5% son varones** y un **23.5% mujeres**

El **Grupo de edad** de 15 a 24 años ocupa un total del **65%** del total de las urgencias de alcohol y drogas.

Del viernes noche a domingo noche se concentra el **53,5%, entre la una y las siete de la madrugada**.

**Existen conflictos éticos** con los que se encuentran los profesionales de urgencias, los más frecuentes son:

- 1.- Tratar a paciente menores de edad con patologías de alcohol y drogas,
- 2.- Anonimato del paciente sea o no mayor de edad,
- 3.- Conflictos de información con la familia del paciente.

**Comentario final:** Este tipo de urgencias genera en el personal sanitario una **sensación de estrés y angustia**, y nos vemos en la necesidad de recomendar una formación continuada para el tratamiento tanto de los pacientes como de los familiares de los mismos. Dicha formación debería ir encaminada a Técnicas de Comunicación con pacientes y familiares, así como a una formación en Atención y Trato al público con características especiales.

## **MADRID**

Los consumos de drogas no se recogen de forma sistemática en las urgencias de los hospitales. Cuando hay sospecha clínica de consumo, alteración de nivel de conciencia, o cualquier otro dato que haga sospechar al clínico que puede haber consumo de drogas (ya sean o no recreativas), se solicita análisis de tóxicos en orina y los datos se recogen en la historia clínica. Estos datos no se codifican, y por tanto sólo se pueden conocer si se revisan las historias clínicas. No se comunican los datos a ningún archivo central. Dos de los hospitales contactados mencionan que sí tienen en proyecto codificar, pero por ahora ninguno lo hace.

Un informe de la Agencia Antidroga de Madrid aporta datos de urgencias relativos al año 2008 y una recogida en trece hospitales de Madrid. La información se recoge durante una semana, elegida al azar, de cada mes. Siguen los mismos criterios del protocolo SEIT, por tanto, no se recogen urgencias donde el alcohol y/o el tabaco son las únicas sustancias consumidas.

En 2008, y durante las 12 semanas de recogidas de datos, se han dado 3.354 episodios de urgencias relacionados con consumo de drogas (excepto alcohol y tabaco) en población de 15-54 años. Si se tienen en cuenta sólo los episodios en que el consumo de drogas está directamente relacionado con la urgencias, el número desciende a 1.425 casos.

## ¿Qué opinan los profesionales?

Mediante un cuestionario de 16 preguntas hemos recogido las respuestas de 40 profesionales que valoran el impacto del consumo de drogas, y en concreto del consumo de drogas en el ocio nocturno, en las urgencias médicas (UM). La muestra se compone de **25 médicos de urgencias**, 6 de ellos son jefes de la unidad de urgencias de un hospital, **8 médicos psiquiatras**, **2 médicos generalistas** del servicio **061**, **1 médico de un PAC** y **4 enfermeras** de urgencias. La información que han aportado se ha analizado y codificado. Se mantiene el anonimato de los informantes y únicamente se presentan citas textuales que sirvan de ejemplo al análisis.

### **1. ¿Existe un problema específico relacionado con alcohol y las drogas en los SUM (Servicios de Urgencias Médicos)?**

Hay unanimidad de todos los profesionales en confirmar que el consumo de drogas sí tiene un impacto en los servicios de urgencias. La percepción de los profesionales es atienden a usuarios que en muchas ocasiones son muy jóvenes o incluso menores. Los fines de semana y durante las noches es el periodo donde más aumenta esta demanda. Además de que el consumo de drogas produce un problema de salud (intoxicación) conlleva también otros riesgos:

“Sí, cada vez son más jóvenes, llegan con intoxicaciones etílicas y consumo de cocaína. Se acrecienta los fines de semana, y conlleva, a su vez, un aumento de las agresiones físicas y verbales, tanto en vía pública como en los servicios de urgencias.” **(GMpac)**

“Sí, por una parte las intoxicaciones agudas, sobre todo los fines de semana. Buena parte de las asistencias son por accidentes de tráfico, por agresiones, por violencia doméstica, por comas etílicos cada vez más frecuentes en menores. Además la atención a estos pacientes se complica por el comportamiento de enfermos y familiares, además en unas horas que suelen ser nocturnas, cuando todo el personal está cansado por las horas de trabajo de guardia. Por otro lado llegan los crónicos que suelen ser personas con problemas sociales que nadie quiere. Estos enfermos se quedan en urgencias a dormir o a que se les busque un acomodo por servicios sociales a veces inexistentes.” **(VMA)**

De los comentarios se infiere que quienes llegan a urgencias lo hacen por múltiples razones. Además del consumo, como causa principal, mencionan sobretodo los accidentes de tráfico y la violencia. Las distintas formas en que el consumo de drogas se relaciona con los diversos riesgos constituye la causa principal que dificulta una recolección de datos empíricos que permitan evaluar, de manera más precisa, el impacto de ese consumo en los servicios de urgencias médicas (SUM). Sólo en aquellos casos que el paciente llega por una reacción producida por la sustancia (intoxicación aguda), cuando la sustancia es la causa directa, queda establecida dicha relación y se registra en la ficha clínica. Sin embargo, cuando la relación es indirecta, cuando ha habido consumo pero la razón por la que se va a urgencias es otra (un accidente, una agresión o un actividad sexual con riesgo), no siempre la relación queda recogida en el historial del paciente. Muchos pacientes no informan de su consumo, y los profesionales sanitarios dan prioridad a solucionar el problema que les ha llevado a urgencias (heridas, traumas, etc.) dejando en segundo plano la realización de exámenes toxicológicos si no son estrictamente necesarios. En ocasiones, los usuarios deben dar su consentimiento para que



se realicen los exámenes toxicológicos y suele haber negativas. Todo ello dificulta la creación de datos empíricos que contribuyan a dar visibilidad al fenómeno para poder cuantificar su impacto.

El abuso de alcohol es, según la apreciación de los profesionales, la causa que más casos lleva a los SUM, a pesar de ello pocas veces se computa. Un ejemplo es el protocolo que utiliza el Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD) del Plan Nacional sobre Drogas. Para la recogida de datos en los servicios de urgencias médicos, dicho protocolo excluye los casos en que los que sólo se ha consumido alcohol y/o tabaco. Sin embargo, las intoxicaciones etílicas son una de las razones por las que más usuarios van a urgencias, y así lo perciben, también de forma unánime todos los profesionales de las cuatro CCAA.

“Hay más problemas relacionados con el alcohol que con las drogas. La actividad recreativa sí tiene reflejo en las urgencias por accidentes de tráfico, sexualidad de riesgo, violencia, problemas psiquiátricos, etc. y a menudo con alcohol por medio.” **(VM3)**

“Existe un problema asociado principalmente al consumo de alcohol y a veces a otras drogas. Acuden durante la semana, mayoritariamente varones, con problemas de alcoholismo. Durante el fin de semana llegan jóvenes de ambos sexos que refieren haber consumido alcohol y otras drogas.” **(GE2)**

“El número de urgencias por intoxicación etílica es muy llamativo, que aumenta en periodos festivos y que además afecta a población muy joven.” **(VP1)**

## **2. ¿La actividad recreativa de fin de semana se refleja en los SUM?**

Hay unanimidad en responder que sí. Pero más por el tipo de actividad recreativa que se practica que porque sea fin de semana. Los sanitarios apuntan que, hoy en día, hay actividades de diversión que se relacionan directamente con el consumo de alcohol y otras drogas. Salir de marcha es una de ellas, pero también lo son las fiestas populares, los rituales universitarios, los festivales, algunas celebraciones deportivas, etc.

“Sí, y se ve muy claramente los fines de semana, también los jueves que es fiesta universitaria y en los turnos de noche. Interfieren en la actividad del servicio porque los pacientes suelen venir acompañados de sus amigos que suelen haber consumido también y alborotan porque en el hospital siguen en ambiente de fiesta.” **(VAA1)**

“Aumentan los casos los fines de semana y en eventos de ocio especiales como carreras, fútbol o festivales especiales. De las 600 urgencias diarias, se podría estimar en un 2% las urgencias relacionadas con droga.” **(VM9)**

El consumo de alcohol y otras drogas se está vinculando a muchas actividades de diversión y espectáculos. Las actividades de ocio nocturno (salir de marcha, ir a conciertos, fiestas privadas, etc.) son las más tipificadas, pero a estas hay que sumar algunas celebraciones deportivas o populares, los periodos vacacionales, etc. Los propios sanitarios proponen que debería cuestionarse el término ‘ocio nocturno’ debido a que buena parte de estas actividades se amplían al horario diurno (como, por ejemplo, algunos festivales al aire libre u

fiestas populares, que duran varios días con sus respectivas noches, siendo el alcohol y las drogas uno de los principales carburantes).

En la ecología de la diversión debe ya incorporarse el elemento de la toxicidad como requisito. Para algunos, el ocio, el tiempo libre, la diversión simbolizan un laboratorio donde se construye la civilización, y quizás sea así. Pero, en la medida en que estos espacios están condicionados por el poder de sustancias tóxicas, cabría preguntarse si los artífices de la civilización no serán quienes mejor controlan el uso que se hace de esas sustancias.

### 3. ¿Qué Drogas producen más problemas de salud entre las que acaban en SUM?

El alcohol es la droga sagrada, situada en el podium de la fiesta, con la banalización del rito ha perdido el respeto que daba sentido a su consumo. Esto supone una pérdida de cultura que permite un consumo con desprecio de su valor y poder. Pero el alcohol es, como toda droga, una sustancia poderosa con capacidad de ocasionar daños.

El alcohol es la droga que más se relaciona con los casos que llegan a urgencias por intoxicación, pero no es la única. No se han encontrado datos de los comas etílicos que llegan a los servicios de urgencias, esa es una información que se pierde. Pero lo que sí saben los sanitarios de urgencias es que el alcohol se consume junto con otras sustancias (tabaco, cannabis, cocaína). Y las consecuencias negativas para la salud no son únicamente su toxicidad sino que se trata de la sustancia que más se relaciona con situaciones de violencia, accidentes y otros riesgos. Teniendo en cuenta la opinión de los facultativos, el alcohol interviene negativamente en toda una serie de procesos:

“Se observa un aumento del número de intoxicaciones etílicas y otras sustancias como la cocaína, lo que produce que haya un aumento de las agresiones, y un aumento de la demanda de la píldora postcoital.” **(GMpac)**

“Es el alcohol y también la cocaína las drogas que más aparecen en los intoxicados del fin de semana. Muchos de los pacientes llegan con heteroagresiones, tanto por arma blanca como las peleas presentan intoxicación etílica y de otras sustancias. Con frecuencia adictos a opiáceos, alcohol y/o cocaína realizan intentos de suicidio, o las refieren en la urgencia. Las agitaciones también suponen motivo de problemas psiquiátricos.” **(MMU1)**

Los profesionales recuerdan que hoy el alcohol constituye el instrumento que favorece la violencia en muchos individuos. Y ello resulta paradójico si se tiene en cuenta que buena parte de los consumos se dan con el objetivo de divertirse y pasarlo bien. Pero no hay paradoja aparente, la idea de diversión es, para muchos colectivos, desinhibirse y entrar en una dimensión donde se busca la transgresión y donde la violencia aflora como parte de dicha idea de diversión, demostrando superioridad física. Las condiciones socio-culturales favorecen la significativa integración de la ingestión colectiva, y también individual, de sustancias. Para algunos colectivos e individuos se hace extremadamente difícil limitar o alejarse del consumo en contextos donde consumir es la norma.

El alcohol no es la única droga que provoca episodios que llevan a urgencias, hay otras aunque casi siempre acompañan al alcohol. La cocaína es una de las principales. Pero el abanico es diverso así como las combinaciones:

“Cocaína y heroína, así como las “pastillas” son las más habituales y generalmente acuden por sensación de palpitaciones, taquicardia y excitación. Presentan además, problemas de consumo añadido de alcohol. Es frecuente que los “colegas” traigan completamente alcoholizado a algún amigo (en general, jóvenes).” **(VM10)**

Las sustancias más recientes y las menos conocidas o elitistas son las que más daño pueden hacer porque hay menos experiencia. En estos últimos años, y relacionado con la vida recreativa, ha habido muertes directamente provocadas por el consumo de éxtasis y de GHB (o éxtasis líquido). En Baleares, y más en concreto en Ibiza que constituye una zona de experimentación de nuevos estilos de consumo, los SUM son un laboratorio que alerta de nuevos consumos.

“La vida recreativa nocturna ya no es nocturna, es también diurna. En especial en Ibiza donde la industria recreativa se las arregla para mantener locales abiertos las 24 horas del día. En el último año el cierre de algunos discos ‘afterhour’ se ha notado en las urgencias, ha bajado la entrada de gente en urgencias. En especial la disco DC10. Una anécdota con esta discoteca fue una noche en que nos llegaron 18 jóvenes en estado de coma, todos procedentes de la DC10, avisamos a la Guardia Civil y descubrieron que vendían GHB en garrafa.” **(BGMUI)**

Alcohol, cocaína, cannabis y GHB son las drogas más mencionadas en los episodios de urgencias. Algunas son sustancias clásicas y muy conocidas en el ámbito clínico, otras son nuevas y por ello de más difícil detección y tratamiento. En todo caso se consumen siguiendo nuevas pautas, afectan a nuevos colectivos y ello supone adaptaciones que deben hacer los profesionales de urgencias.

Algunos profesionales sanitarios de urgencias son jóvenes, y comprenden que el consumo de alcohol y otras drogas homologa a jóvenes que suscriben un estilo de diversión. Pero el comprender que ese consumo forma parte de una ecuación simbólica de la experiencia de socializar y divertirse de algunos grupos juveniles, no impide ver lo absurdo de que algunos lleguen a una intoxicación, que las drogas formen parte de un código semiótico compartido que va a resultar complicado resquebrajar por lo menos desde la lógica sanitaria y clínica.

#### **4. ¿Cómo se determina el consumo de los pacientes?**

Existen respuestas distintas a esta pregunta dependiendo del centro y del facultativo. En algunos centros se utilizan las analíticas de manera sistemática, mientras que en otros sólo se utilizan en algunos casos concretos y en otros más depende del criterio del facultativo. En general, parece que no es usual comprobar con una analítica si ha habido consumo de drogas, a no ser que éste sea evidente o esté directamente relacionado con la sintomatología del paciente y sea imprescindible para asignar un tratamiento.

La mayoría de médicos determina el consumo con la valoración clínica, a través de la anamnesis (entrevista entre médico y paciente). La analítica se pide si hay interés en el tema o cuando existe sospecha clínica de intoxicación o posibilidad de sobredosis.

También depende del contexto donde se atienda la urgencia. En el caso del 061 o de un PAC no se hacen analíticas:

“Normalmente en las urgencias extrahospitalarias se trabaja con la clínica del paciente (síntomas) y con la entrevista (si es esta posible). Si se sospecha que la urgencia/emergencia es debida a un abuso de algún tipo de droga se inicia tratamiento con antídoto específico. Luego finalmente, en el hospital se le realizará el despistaje analítico de drogas.” (GE)

“No disponemos en el PAC de ningún tipo de análisis para detectar el consumo de drogas. Se detecta por la ‘anamnesis’ (cuando es posible), por la exploración física. No disponemos de analíticas o pruebas toxicológicas; se les pregunta a los pacientes (si es posible) solo cuando es evidente o se tiene sospecha.” (GE1)

Los pacientes suelen informar de sus consumos a excepción de cuando, por problemas legales (accidentes de tráfico o agresiones), informar del consumo puede constituir un agravante que les perjudique a nivel judicial. Para realizar una analítica a un paciente consciente, este debe dar su consentimiento.

“El análisis se realiza en pacientes que acuden a urgencias en situación comatosa, en las que precisamos saber lo que se ha tomado para poder actuar de forma específica. Por regla general, preguntamos al paciente o acompañantes que lo traen a urgencias. Siempre hacemos referencia a su ingesta como “*el paciente refiere haber ingerido.....*”.” (VM11)

Obtener ‘la verdad’ de los pacientes ante una cuestión como las drogas es siempre complicado. Este es un tema liminal entre la práctica ética y la práctica clínica, lo que lleva a muchos sanitarios a ser escrupulosos en la obtención de la información y asegurarse la confidencialidad cuando intuyen que dicha información podría perjudicar de alguna forma al paciente. Esta es otra dificultad que habría que atender en la obtención de información. La ciencia y la ética también se desencuentran en estos casos.

## 5. ¿Quiénes son los paciente con problemas de drogas en los SUM?

Existen algunas generalidades. La mayoría de paciente son varones, durante los fines de semana más jóvenes y entre semana una población adulta con problemas crónicos. Ateniéndonos a ello, también se perfila algunas peculiaridades que, en ocasiones, tienen que ver con el uso de la sustancias en cada colectivo de población.

“Cada droga tiene su público. La cocaína es más consumida por varones, jóvenes (entre 20 y 30 años), nivel cultural medio y bajo, sobre todo españoles. El alcohol por varones de mediana edad (entre 45 y 60 años), nivel cultural medio y bajo, españoles pero también inmigrantes sudamericanos. En verano: alemanes jóvenes de entre 16 y 24 años de ambos sexos. El cannabis es consumido por los dos sexos, jóvenes entre 14 y 40 años, de todos los niveles culturales, de todas las nacionalidades (menos sudamericanos y más marroquíes). El abuso de bzd es típico de las mujeres de mediana edad (entre 35 y 65 años), de todos los niveles culturales, pero más por las españolas.” (BPS1)

Las peculiaridades también dependen de las características demográficas de la población que atiende el hospital. Por ejemplo, en los servicios de urgencias de Baleares la población turista es importante en verano, sin embargo en Galicia es inexistente. Igual ocurre con la población inmigrante:

“Depende de la región y hospital consultado, en mi experiencia previamente en Barcelona, en el hospital que trabajaba, atendía a una gran parte de extranjeros intoxicados ahora en Madrid no es el caso. Atiendo a una mayor parte de población masculina de mediana edad.” **(BPS2)**

“Los inmigrantes (sudamericanos, del este de Europa) consumen mucho alcohol, con peleas, agresiones en relación con la intoxicación...” **(MMU1)**

La población inmigrante atendida en SUM crece según indican algunas menciones y parece tener características distintivas según nacionalidad. La población adulta latinoamericana y de países del Este de Europa tiene más problemas con el alcohol que en ocasiones derivan hacia actitudes violentas.

## 6. Los turistas ¿plantean problemas de drogas en los SUM?

La cuestión del turismo afecta a los hospitales cercanos a zonas turísticas. En las islas Baleares, sin ninguna duda, los turistas son usuarios que acuden a los servicios de urgencias médicas en temporada de vacaciones. Uno de los jefes de urgencias nos hace saber que:

“Los seguros privados no cubren gastos de drogas. Esto hace que los que tienen problemas acudan a los hospitales públicos.” **(BGMUI)**

En Valencia, en los municipios turísticos, ocurre algo parecido, y son las intoxicaciones etílicas la causa principal de llegada de población turística SUM, pero también por reacciones tras el consumo de otras sustancias, que en ocasiones pueden llegar incluso al coma.

“Los turistas plantean una problemática muy concreta (generalmente intoxicaciones agudas, predomina el alcohol sobre otras sustancias) y limitada geográfica y temporalmente a aquellas zonas cuya oferta turística se dirige al grupo de población de riesgo, esto es jóvenes de entre 20-40 años, con cierto poder adquisitivo y para estancias cortas” **(VM2)**

“En Elda los turistas no suponen un problema como puede serlo en zonas de costa. En nuestra área los pacientes foráneos que acuden a urgencias por estos problemas, suelen ser sudamericanos y europeos, asentados en la zona. La mayoría de ellos declaran problemas de alcohol.” **(VM11)**

En relación a los turistas, los accidentes y las agresiones constituyen también causas de visita a urgencias, aunque en estos casos, el personal sanitario no siempre tiene en cuenta los consumos que se han realizado. En el Estudio de población turística que llega a Baleares (ingleses, españoles y alemanes) en 2007, los propios turistas refieren haber tenido problemas de salud que han terminado en urgencias (Bellis et al 2009).

“No se observa nada específico respecto a este colectivo, aunque se dan casos de personas extranjeras que acuden por agresiones de arma blanca y mujeres por casos de violencia de género.” **(VAA1)**

“En psiquiatría el idioma dificulta la anamnesis y un diagnóstico correcto, las entrevistas son más largas, la información externa más escasa y costosa (llamadas internacionales, intérprete que no traduce al pie de la letra...) y al dar el alta complicaciones como buscar dinero, buscar vuelos, apoyo en el viaje, etc.” **(BPS1)**

Debe tenerse en cuenta que, en España, la publicidad turística forma alianza con la industria alcoholera. Juntas promocionan el consumo de alcohol vinculado a la diversión como un atractivo turístico. Un mercado en auge al que contribuyen los vuelos baratos y las imágenes de un ocio nocturno libre de controles, barato y embriagado.

## 7. ¿Cuándo hay más urgencias debido al consumo de drogas?

La temporalidad es un hecho. Como se ha mencionado anteriormente, el fin de semana constituye el periodo temporal en que, todos los entrevistados coinciden, llegan más personas a los servicios de urgencias con problemas de alcohol o drogas. Pero, además del fin de semana, también hay otras festividades, muchas de ellas populares, que se han convertido en periodos de abuso en el consumo de sustancias tóxicas.

“En fines de semana, los jueves universitarios, en Fallas...en periodos vacacionales se observa mayor número de casos de urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Quizá por el aumento de población que se produce en la ciudad.” **(VAA1)**

“Existe un tipo de consumidor que no presenta patrón temporal característico, como sería el paciente alcohólico crónico, o el consumidor habitual de cocaína o cannabis. Otro tipo de consumidor, mucho más frecuente, claramente marcado por un patrón temporal, y en el que el consumo se asocia casi exclusivamente al ocio (fines de semana, periodo vacacional, eventos sociales de tipo musical o deportivo.” **(VM2)**

“Más incidencia los fines de semana y en las fiestas de los pueblos.” **(VM1)**

En las zonas turísticas de veraneo, donde predominan colectivos de jóvenes atraídos por la oferta recreativa, la juerga se mantiene todos los días de las vacaciones, y el consumo tiene lugar en cualquier momento:

“En periodo vacacional el perfil son españoles (sobre todo catalanes) y extranjeros jóvenes y no tiene porque estar directamente relacionado con el fin de semana. El resto del año son españoles y extranjeros (portugueses), de distintas edades y más relacionado con el consumo de fin de semana.” **(GE1)**

“En psiquiatría hay más problema por consumo de drogas en verano y fin de semana. Más alemanes/ingleses en verano que el resto del año: perfil similar a los españoles que consumen el fin de semana.” **(BPS1)**



## 8. ¿Cómo llegan los pacientes a los SUM?

Casi siempre, en los problemas de toxicidad vinculados con la vida recreativa, son los amigos o la pareja quienes dan apoyo y ayuda. En aquellos casos en que, además, ha habido un accidente de tráfico o una agresión entonces pueden llegar acompañados de la policía. En pocos casos es algún miembro de la familia.

“Si el consumo de sustancias genera agresividad, suelen venir acompañados de la policía por altercado público. En general, las intoxicaciones etílicas de jóvenes, vienen con los amigos, en alcohólicos crónicos, generalmente son traídos por la ambulancia, alertada por los viandantes.” **(GMpac)**.

“En su mayoría, estos pacientes acuden en transporte sanitario, avisado por las amistades; más raramente son traídos en vehículo particular por amistades o familiares, excepto en los casos menos frecuentes en que ha debido intervenir la policía o guardia civil y son ellos los que lo acercan.” **(VM2)**

“En algunos casos los trae el 061, cuando los encuentran en la calle inconscientes, o acompañados por la policía, pero por lo general acuden solos o acompañados por amigos aunque hay que tener en cuenta que generalmente este dato no consta en la historia, salvo en los pocos.” **(C3M)**

## 9. Problemas de sexualidad de riesgo, violencia y conducción que tienen relación con el consumo de drogas en los SUM

Ser joven es, en sí mismo, un factor de riesgo ante la sexualidad, la violencia y la conducción. Es así, en parte, porque a esas edades se experimentan conductas que conllevan riesgos sin contar con la suficiente experiencia y madurez para ser consciente de ello. Pero también, porque socialmente se promueven estilos de vida que facilitan que los jóvenes cumplan con expectativas que les llevan hacia esos riesgos. Si, además, se trata de jóvenes que han consumido drogas, entonces las conductas de riesgo aumentan. Y si tanto la sexualidad como la conducción se practican con más riesgos, aumentan también las conductas violentas y los accidentes. Los facultativos entrevistados tienen toda la percepción de que esto es así:

“Los tres problemas referidos (sexualidad de riesgo, violencia y conducción) tienen una relación clara y directa con el consumo de drogas, de tal modo que haciendo una estimación subjetiva, más de la mitad de los casos atendidos de tales problemas se presentan en un contexto de consumo abusivo de drogas y/o alcohol.” **(VM2)**

Algunos de los informantes mencionan la violencia física, en forma de agresiones, peleas, etc. como un hecho que está aumentando y tiene mayor incidencia en las urgencias:

“Mi percepción es que aumenta la atención [en los servicios de urgencias] de accidentes de tráfico y agresiones, sobre todo de arma blanca.” **(VMA)**

“El consumo abusivo de drogas durante el fin de semana genera los siguientes problemas, por orden de frecuencia (estimada subjetivamente):

- a. Agresiones y traumatismos leves, en relación con intoxicaciones agudas por



sustancias de abuso.

b. Violencia de género con trasfondo de abuso de alcohol/drogas, Accidentes de tráfico con el alcohol o las drogas como factores desencadenantes.” (VM2)

Ante la sexualidad de riesgo, no hay unanimidad entre los facultativos a la hora de relacionarla con el consumo de drogas. En las urgencias médicas se ven pocos casos, ya que suelen acudir a los PAC o servicios de ginecología. Algunos facultativos entrevistados opinan que sí hay relación; otros, que se desconoce porque no se suele preguntar ya que no forma parte del protocolo, y en ocasiones, como las pacientes no se acercan al servicio de urgencias a buscar la “píldora del día después” hasta el día siguiente de ocurridos los hechos, los efectos del consumo ya no son evidentes.

“No se suele preguntar por ingesta de drogas en temas de sexualidad de riesgo. Sí que se refleja cuando existe un accidente de tráfico o cualquier tipo de violencia.” (VM11)

#### **10. ¿Hay menores de edad que llegan a SUM por consumo de drogas?**

Aunque sí llegan menores a los servicios de urgencias, estos casos son esporádicos y, para algunos de los sanitarios, no resulta aún alarmante. En el caso de los menores que llegan a urgencias por consumo de drogas no parece haber una actuación homogénea en todas los SUM. En cada centro, y a veces según cada facultativo, cambian las formas de proceder. Mientras que hay centros que cuentan con un protocolo, en otros no existe.

Al igual que ocurre con los otros pacientes, también con los menores encontramos mucha variabilidad con respecto a la información recogida por el médico. Mientras que algunos profesionales anotan todos los datos de la urgencia y si se ha contactado o no con la familia, en otras ocasiones no se adjunta más información que el diagnóstico, por lo que resulta difícil concretar ese aspecto.

La información más generalizable es que la llegada de menores a servicios de urgencia por consumo de drogas es poco común y en los casos en que ocurre suele ser por intoxicación etílica, llegan en ambulancias o en compañía de amigos y suele avisarse a la familia, a no ser que haya un adulto que se haga responsable.

“Siempre hay casos puntuales, afortunadamente no son los más frecuentes. Cuando llegan es por intoxicaciones etílicas. Es obligatorio avisar a los responsables legales del menor y se comunica al juzgado de guardia de la situación en la que se encuentra.” (MMU1)

“Hay algunos casos de menores de 17 y 18 años. Cuando se recuperan se avisa siempre a sus padres. Si los trae la policía local es ella la que se encarga de contactar con la familia.” (VM9)

“Los casos de menores de edad que aparecen en urgencias con consumos suponen menos del 2% de los casos registrados siendo el cannabis, el alcohol y la cocaína las sustancias consumidas. En la mitad de los casos el diagnóstico de la urgencia no tiene relación con el consumo, vienen por otras causas. Son derivados para control a su médico de atención primaria.” (C3M)

Algunos informantes tienen la percepción de que la llegada de menores va en aumento, en especial los fines de semana.

“Sí, cada vez hay más menores atendidos por coma etílico los fines de semana y otros días por celebraciones de cumpleaños, fiestas etc. Normalmente se deja en observación hasta que se localiza a los padres o persona responsable.” (VM1)

### **11. ¿Presentan los pacientes bajo efecto de drogas problemas de manejabilidad?**

Se ha hecho mención a que atender a personas intoxicadas no es una tarea cómoda ni fácil. Es así porque las drogas desinhiben y alteran la conciencia. A ello se suma que la mayoría de las veces los intoxicados llegan a los servicios de urgencias porque alguien les lleva y no por decisión propia. Los principales inconvenientes a los que tienen que hacer frente los profesionales son que las personas intoxicadas colaboran poco con el personal sanitario, llegan en malas condiciones higiénicas y algunos tienen conductas agresivas.

“Respecto a la interferencia con el resto de la actividad en urgencias, repercute tanto a nivel asistencial (síndromes complejos por la politoxicomanía, escasa o nula colaboración por parte del paciente, con ocultación o negación de hechos que dificulta el diagnóstico y tratamiento), como a nivel organizativo (negativa a colaborar con el personal, malestar entre el resto de usuarios, agresividad sobre el personal sanitario y conflictividad, a menudo traducido en lesiones y/o daños materiales).” (VM2)

“Los intoxicados no suelen colaborar en la exploración/diagnóstico, son muy incómodos porque suelen gritar y molestar al resto de pacientes, suelen requerir atención de varios profesionales: enfermería, “urgenciólogo”, psiquiatría y seguridad porque muchas veces se les contiene (sujetos a la cama) y esto requiere que varios profesionales le atiendan juntos a la vez y pospongan otras actividades.” (BPS1)

Los profesionales sanitarios han ido desarrollando una actitud negativa frente a los pacientes intoxicados, tanto por la actitud irrespetuosa que estos adoptan como por las causas que les han llevado al servicio:

Pero además son pacientes que resultan, la mayoría de las ocasiones, “desagradables”, no se suelen considerar un enfermo más, porque él mismo ha decidido provocar esa situación. (VM11)

En casi todos los casos suelen ser pacientes que demandan atención con grados variables de agresividad y producen incomodidad al personal y a los otros pacientes en espera. (BM TRAUMA)

También, han elaborado criterios para actuar ante este tipo de pacientes, la ‘contención mecánica’ (atarlos) y/o ‘química’ (darles medicación) suelen ser procedimientos habituales. Con los pacientes intoxicados también entran en juego otros profesionales como, en este caso, los de seguridad:

En urgencias relacionadas con alcohol y a veces también por la cocaína se observan algunos casos de agitación. En ocasiones es necesaria la intervención del personal de seguridad. (VM9)

Se utiliza la contención mecánica por prevención. También se alejan sus pertenencias para que no se escape cuando se recupera. (GS1)

Respecto al modo de resolver los problemas, en general, la medida más efectiva es la de dejar transcurrir el tiempo, manteniendo al paciente en observación hasta la extinción de los efectos (lo cual es muy útil de cara a la colaboración del paciente), y por supuesto mediante el empleo de medicación (ansiolíticos, neurolépticos,...) que contrarresten los efectos psicotrópicos de las drogas. **(VM2)**

Aunque la medicina ha experimentado un extraordinario progreso tecnológico, eso no impide que la cultura médica se integre en una compleja red de creencias y valores que entran en juego en el quehacer diario de los profesionales. Es difícil mantener la neutralidad ante los pacientes, y debe serlo más aún cuando la enfermedad tratada es producto de una conducta irresponsable e ilícita provocada por los propios pacientes, y al mismo tiempo cuando el comportamiento de estos es difícil. Todo ello contribuye a que la relación médico-paciente, en esos casos, requiera ser pensada ya que se altera las pautas habituales en las se acostumbra a establecer esa relación. Los pacientes bajo efecto de las drogas no llegan al centro de urgencias porque deseen ser ayudados, con actitud dócil frente al personal sanitario, dispuestos a cooperar y agradecidos de que les auxilien. Muchos afectados son llevados contra su voluntad, lo viven como una imposición, no entienden qué hacen en ese lugar, y se sienten agredidos por un personal sanitario que trata de eliminar en ellos unos efectos deseados.

En los SUM se da una relación de poder que permite al personal sanitario el ejercicio de la fuerza física y química para el control de pacientes intoxicados. La limitación de la movilidad es uno de los métodos más empleados y usuales. La demanda de cuartos o 'boxes' separados para tratar a pacientes intoxicados es una forma de afirmar que esos pacientes y sus reacciones no son 'bien vistas' ni por el personal sanitario, ni por los otros pacientes puedan encontrarse en el servicio de urgencias. La razón es que las personas que llegan a urgencias muestran la cara más desagradable de nuestra sociedad y no son pacientes deseables.

## **12 ¿Qué problemas de formación o de intervención se les plantea a los profesionales?**

La atención a pacientes intoxicados por las drogas conlleva para los sanitarios nuevos retos profesionales, tanto de carácter clínico como de gestión social y cultural de este tipo de problemas. Algunos ejemplos:

Una de las características de los enfermos que llegan tras haber mezclado coca y alcohol es que alcanzan unos niveles de comas (Glasgow) de 3. Sin embargo, en poco tiempo vuelven al nivel 15 (de normalidad). Esto nos ha llevado a desarrollar protocolos específicos de actuación, por ejemplo en estos casos, antes de intubarlos, esperamos un ratito, porque se suelen recuperar espontáneamente muy rápido. En ocasiones nos ha ocurrido que se recuperan de un coma 3 y como no entienden qué hacen en un hospital se quieren volver a la discoteca de nuevo, ... **(BGMUI)**

No tenemos carencias en la formación, pero si con la intervención ya que muchas veces se atiende al paciente en lugares públicos de frecuente consumo (parques, descampados, bajo puentes...), en los cuales nos encontramos rodeados de jeringuillas y agujas por los suelos...al igual que podemos encontrarnos también con terceras personas que debido a su estado y percepción de la realidad pueden

mostrar comportamientos inadecuados/agresivos con el equipo. **(GE del 061)**

Los servicios 061 son muy útiles porque hacen un cribado previo de personas que llegan a urgencias. Desde que ellos funcionan llegan menos pero los que llegan sí necesitan un tratamiento serio. Mi percepción subjetiva es que las urgencias graves por consumo de drogas no son tantas, en relación a lo que cabría esperar. Sin embargo, las leves sí que son más frecuentes y además ocupan muchos recursos con relación al servicio: personal sanitario implicado, tiempo que están en el hospital, tipo de pruebas que se realiza (por ejemplo un barrido de tóxicos por orina -cuesta 30 euros-; **(BGMUI)**

Encontramos algunas discrepancias entre los sanitarios al valorar su competencia: mientras algunos creen que su formación y experiencia es suficiente para gestionar a los pacientes intoxicados, para otros, se dan situaciones nuevas con la aparición de nuevas sustancias que requieren un cierto reciclaje:

Respecto a los problemas de formación o intervención en estos pacientes, el principal es que el abanico de sustancias de abuso disponibles es cada vez mayor. Por lo que se hace difícil abarcar todas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Respecto a la intervención, pese a que existe toda una batería de posibilidades para la identificación en el laboratorio de estas sustancias, ello conlleva un retraso que dificulta la adopción de medidas terapéuticas urgentes y específicas para cada tipo de intoxicación. **(VM2)**

Necesitamos formación e información sobre las nuevas sustancias, pero no sólo en urgencias, en la sanidad en general (...). No disponer de sistemas analíticos de detección de drogas. **(GE1)**

En urgencias se reconoce perfectamente la intoxicación por alcohol y opiáceos, el resto de consumos queda reflejado en diagnósticos más ambiguos. Aunque las intoxicaciones se suelen reconocer, no así las complicaciones físicas o psíquicas del consumo de estimulantes como la cocaína, cannabis, éxtasis...**(C3M)**

Desde nuestro punto de vista, interpretamos que la asistencia en urgencias se centra sobretodo en la recuperación del paciente y que la orientación o la derivación a recursos específicos pasa a un segundo plano, a criterio de cada facultativo. Por lo que no parece que se detecte una necesidad de formación en los profesionales.

Pero considerando que sí existen médicos que en urgencias ofrecen al paciente una serie de recomendaciones concretas, quizá sería interesante reforzar estas actuaciones y ofrecer algún apoyo de tipo social dentro del centro hospitalario para coordinar las derivaciones o algún tipo de material escrito de apoyo. **(VP1)**

### 13 ¿Qué especialistas médicos intervienen?

Éste es también un punto controvertido. Algunos apuntan a que la atención multidisciplinar es imprescindible, mientras otros consideran que en urgencias el objetivo del médico es la estabilización clínica del paciente. Hasta entonces, o hasta que no sea posible una anamnesis sin los efectos del tóxico, no se requieren otros especialistas.

La necesidad de intervención de otros especialistas distintos del urgenciólogo se plantea, fundamentalmente, en aquellos casos en que existen dudas con el diagnóstico diferencial con otros procesos (trastornos psicóticos, accidentes cerebro-vasculares, síndrome confusional agudo,...) lo cual puede requerir el

concurso de otros especialistas, fundamentalmente psiquiatras, neurólogo o intensivista. (VM2)

Los pacientes intoxicados no resultan agradables ni deseables y por ello no son bien acogidos por algunos especialistas:

Los demás especialistas no quieren saber nada del problema. En nuestro hospital psiquiátrico de referencia se niegan a ingresar a pacientes que han consumido drogas. Normalmente se quedan en observación de Urgencias. (VM1)

A pesar de ello, y como se ha visto, suelen intervenir múltiples profesionales sanitarios. Desde los que van a recoger al paciente en ambulancia hasta el personal de seguridad. Cuando los pacientes llegan a urgencias, el primero en recibirles es el médico del servicio, un generalista que será quien determine si se precisan otros especialistas. En los casos que lo requieran, puede intervenir el psiquiatra, en especial cuando se producen intentos autolíticos (el paciente se agrede a sí mismo), también cuando hay que contener al paciente y no se consigue sedarlo, o ante brotes psicóticos; mientras que si se trata de un menor de 14 años, lo más probable es que intervenga el pediatra. Dependiendo de las características de la urgencia (complicaciones ginecológicas, fracturas óseas, arritmias cardiacas...) pueden intervenir otros profesionales (ginecólogos, traumatólogos, cardiólogos, neurólogos, etc.). Algunos profesionales reclaman una unidad de servicios sociales en urgencias para aquellos casos en que se necesitaría.

El tratamiento de pacientes intoxicados supone un coste considerable para la sanidad. Ningún profesional entrevistado ha cuestionado que estos pacientes deban ser tratados en la sanidad pública. Dentro de nuestro modelo sanitario está fuertemente implantado, que tanto el personal sanitario que trabaja en él, como los ciudadanos que lo financian con sus impuestos o los mismos usuarios del sistema, ceden un poco de su libertad individual con vistas a conseguir un bien común, la sanidad pública. Sin embargo, pocas cosas cuestionan de forma más clara la cobertura universal y amplia del sistema sanitario español que los tratamientos por intoxicación voluntaria por drogas. La cuestión ¿por qué debe pagarse con dinero público el coste de abusos auto-inflingidos por el propio individuo? debería ser debatida. Y no sólo por el coste económico que suponen los tratamientos, sino como parte de la etiología del consumo y abuso de drogas, ya que la propia responsabilidad queda devaluada ante la facilidad de acceso a una solución que se gestiona como asunto colectivo.

#### **14 ¿Existe o debería existir un planteamiento específico del abordaje con este tipo de pacientes?**

Existen, en los servicios de urgencias médicos, protocolos ampliamente difundidos y validados por la literatura científica, para la atención del paciente bajo los efectos del alcohol y/o drogas. Pero dichos protocolos deben divulgarse y adaptarse a la realidad sociocultural de cada hospital ya que en este momento son desconocidos para la mayoría de facultativos. Los entrevistados en este estudio consideran que sería deseable propiciar un reciclaje continuo del personal de urgencias para hacer frente a estas situaciones, dada su importancia creciente y los nuevos retos que plantean.

Un protocolo de actuación específico ayudaría a tener unos criterios comunes a los profesionales de urgencias, facilitando su actuación y favoreciendo la coordinación con otros servicios específicos a los que se podrían derivar algunos de los casos.

**(VP1)**

Sí, debería existir un abordaje específico para estos pacientes, desde todos los niveles sanitarios y sociales. (...) Debería haber un sitio específico para ellos. Para evitar que estuvieran en contacto con otros pacientes ya que alborotan, chillan, y generan ansiedad en el resto. **(GS1)**

El protocolo para intoxicados sería importante porque hay casos de pacientes agitados con antecedentes psiquiátricos que los urgenciólogos no los ven porque ya tienen diagnóstico psiquiátrico!— cuando llegan a psiquiatría pedimos la analítica y con ella en mano lo derivamos de nuevo al urgenciólogo---así que pasa un tiempo, hasta tener la analítica, en que el paciente no es atendido correctamente, no se estabiliza ni controla por medicina como se debería.....

**(BPS1)**

### 15 ¿De qué forma se podría actuar en la actividad recreativa nocturna para que no llegasen tantos casos, o tan graves, a urgencias?

Valorar la prevención como categoría superior al tratamiento es una utopía. Aún más complicado resulta que los profesionales asuman que, en prevención, todos tenemos algo que aportar. Ante algunos problemas sociales complejos, muchos son los profesionales que se consideran ajenos al tema y no realizan aportaciones o que proponen soluciones que competen a otros profesionales, o a espacios distintos al propio. En ocasiones, resulta difícil entender que todos formamos parte de las soluciones, que la situación que queremos modificar es tan social y tan compleja que, cada uno de nosotros desde nuestro ámbito, podemos y debemos contribuir a su mejora. Las siguientes opiniones sitúan las soluciones en el ámbito educativo, en el de la atención primaria, en la regulación de los locales nocturnos, en pedir más actuaciones policiales,...

La mayor medida para evitar la llegada de estos casos a urgencia es, sin duda, la prevención y la educación a las poblaciones de riesgo (jóvenes, inmigrantes, turistas,...), también sería muy fructífero el reciclaje formativo a los sanitarios encargados del primer nivel asistencial ( SAMU, Cruz Roja, y personal de atención continuada en primaria) **(VM2)**

Cumplir el horario de cierre de los locales o un control real de los locales (en mi zona todos los problemas proceden de un solo local determinado) y presencia policial en las zonas de marcha. **(GE3)**

La reducción del riesgo es una forma de prevenir males mayores. Algunas de las propuestas de los profesionales sugieren que atender al afectado en el mismo lugar donde se produce el incidente puede ser una alternativa. Esa idea se concreta en varias propuestas, un ejemplo es:

En verano hay chiringuitos de Cruz Roja en la playa. Algo así debería haber por la noche. Quizás en el Arenal hay que poner un chiringo de refuerzo específico para intoxicados, ya que el consumo se multiplica por diez. No sé...al menos se



estabilizaría al paciente y quizás no serían intoxicaciones tan graves. Las ambulancias no funcionan bien en la isla, en mi opinión tardan mucho, están poco disponibles, no hay suficientes. **(BPS1)**

Otras propuestas consisten en actuar en los propios locales o zonas de ocio, pero como iniciativa de la propia industria recreativa en coalición con los profesionales sanitarios:

Desarrollando programas de prevención selectiva e indicada en colaboración con discotecas y otros locales de ocio nocturno **(C3M)**,

Los primeros auxilios deben estar bien formados para realizar las primeras intervenciones in situ. **(BPS2)**

Iniciativas de ese tipo se desarrollan en algunas ciudades (Londres, por ejemplo) y su eficacia está siendo evaluada. La reducción del riesgo es una forma de paliar las consecuencias, de lograr que el problema no alcance mayores cuotas de gravedad, pero no constituye una solución al problema sino un engranaje más de la capacidad de gestión colectiva, que podría incluso actuar como justificador de las actitudes de riesgo irresponsables.

#### **16 ¿Se podrían hacer intervenciones breves preventivas en los SUM?**

Las actuaciones en la sala de urgencias, una vez superado el efecto de la sustancia, constituyen una estrategia preventiva inversa a las de reducción del riesgo. Aquí, se trata de aprovechar la situación, un posible “momento receptivo” del paciente (Rodríguez-Martos et al 2003) para crear una “ventana de oportunidad” para intervenciones educativas e intentar que no lo repita. Se trata de ‘dar un susto’, de que el individuo asuma la gravedad de lo que ha hecho con su salud y del coste que supone su actuación. Pero estrategia supone, en primer lugar, que se acepte el establecimiento de intervenciones breves en SUM; segundo, que se creen las condiciones para hacerlas viables; y tercero, que se establezcan los medios para evaluar su efectividad.

Como ya hemos apuntado, el reciclaje del personal de urgencias es la sugerencia apuntada por la mayoría de los entrevistados para mejorar la asistencia e implicación del profesional en estos casos. Parte de la formación que los sanitarios deberían adquirir sería cómo y cuando realizar intervenciones preventivas en el espacio de tiempo en que una persona se encuentra en un servicio de urgencias por intoxicación. Estas acciones ampliarían el campo de intervención hacia una dimensión preventiva, a la que los facultativos están menos acostumbrados, pero mediante la cual, creando metodologías adaptadas a la situación, algunos entrevistados consideran constituiría un buen sistema.

Considero que sí, y sobre todo con menores, porque observamos que cada año aumenta el número de urgencias relacionadas con el consumo de drogas y creo que podría ser un modo de detectar y hacer una primera orientación en muchos casos. **(VP1)**

Eso ya se hace en otros países. La experiencia de los australianos es la de hacer seguimientos a los que han acudido a urgencias. Cuando pasan por urgencias se les pide el teléfono o el e-mail **(BGMUI)**



Pero no todos los profesionales piensan en la prevención como una posibilidad apropiada para los servicios de urgencias. Esgrimen falta de recursos, de tiempo y personal.

En atención primaria sí. En los PACS no. Porque se abordaría el problema cuando están con el colodón puesto, se le dice lo que han hecho, las consecuencias... Pero como están puestos no se enteran,... **(GE3)**

El servicio de urgencias debería estar coordinado con los servicios de atención al drogodependiente para facilitar la derivación y posterior atención, así como facilitar información sobre la sustancia que consumen y los centros que existen para atender su problemática. **(C3M)**

Como muchas estrategias novedosas, esta debería pasar por diversas fases experimentales encaminadas a elaborar una metodología eficiente y a superar obstáculos. Los servicios de urgencias podrían ser un primer espacio para la detección del consumo y abuso de drogas y un puente para la intervención preventiva.

### **En resumen y como discusión**

Todo indica que a los servicios de urgencias médicos llegan, cada vez más, personas que han consumido alcohol y otras drogas. Pero esta afirmación es un supuesto no verificable, ya que no contamos con información empírica que permita evaluar los efectos en salud del consumo de drogas, en todas sus dimensiones, que terminan en los servicios de urgencias. Para conocer este fenómeno se ha pedido a cuarenta profesionales vinculados a los servicios de urgencias médicas que valoren ese impacto.

El objetivo de los profesionales los SUM no es hacer ciencia (sólo en casos excepcionales) sino atender a los pacientes. Por ello no se recogen datos de forma sistemática, datos que permitirían evaluar situaciones que tienen su etiología en la sociedad, como es el consumo de drogas en el contexto recreativo.

Debido a que la recogida de datos es insuficiente, la relación entre consumo recreativo de drogas y problemas médicos queda invisibilizada. La información existente es gracias a la voluntad investigadora de unos pocos equipos médicos, como el del Hospital de Son Dureta en Palma de Mallorca que ha recogido y publicado datos. Asimismo, contamos con la percepción subjetiva que los propios profesionales tienen del problema. Según ellos, el consumo de drogas, y en especial el recreativo, tiene un gran impacto en los servicios de urgencias. Añaden, también, que lo recreativo se extiende a diversos eventos y en el tiempo. Aunque el alcohol es la droga que más casos de urgencia produce, las sustancias se han ampliado y ello supone nuevos retos en la intervención, no sólo clínicos sino también organizativos.

La posibilidad de actuar en los servicios de urgencias para cambiar esta realidad es un tema a debatir. Implicar a los profesionales en la recogida de datos sería un primer logro. En algunos lugares, esto se ha conseguido creando espacios para que el propio personal sanitario entienda tanto la importancia del problema como la que adquiere el ejercicio de su tarea a la hora de valorar mejor la realidad social y en la búsqueda de soluciones eficientes.

La experiencia de Ibiza muestra que la presentación de los datos recogidos a los profesionales de urgencias ayuda a que los médicos se impliquen más en una mejor recogida de datos. **(BGMUI)**

Una recogida de datos eficiente en relación al impacto de las drogas en salud supone retos al sistema sanitario. Retos que, por un lado, son científicos (elaboración de protocolos, recogida y análisis de la información, capacidad para publicar y difundir) y, por otro lado, organizativos (un equipo coordinador a nivel de hospital, autonómico y nacional, que además de la gestión de la información tenga en cuenta la dimensión multidisciplinar y multi-procedencia de los pacientes que llegan con consumo de drogas); finalmente, hay retos profesionales que cada uno de los profesionales sanitarios debe asumir para cumplir con esa tarea.

La cuestión económica también debería formar parte del debate. El paternalismo de un sistema sanitario de cobertura tan amplia, que paga con dinero público los costes de abusos auto-inflingidos por el propio individuo, ¿no estará propiciando conductas de riesgo irresponsables? La mayoría de seguros privados no cubren el tratamiento en servicio de urgencias por consumo de drogas, pero en España el sistema público sí debe hacerlo.

También, se debería explorar la eficacia y la eficiencia de implantar programas de prevención de drogas en los servicios de urgencias médicas, a los consumidores sin dependencia y a los menores. Asimismo deberían explorarse las posibilidades de que los profesionales sanitarios colaboren en estrategias de prevención del riesgo, en las mismas zonas donde se desarrolla la vida recreativa nocturna o formando a personal que actúe en los propios locales recreativos.

## Referencias

- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (2009) URGENCIAS HOSPITALARIAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. AÑO 2008. bajado de la web: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&c=CM\\_Agrupador\\_FP&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&idOrganismo=1109266228185&pid=1109265444699&language=es&cid=1109266187266](http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&c=CM_Agrupador_FP&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&idOrganismo=1109266228185&pid=1109265444699&language=es&cid=1109266187266)
- Anderson, Z., Hughes, K. y Bellis, M.A. (2007). Exploration of young people's experience y perceptions of violence in Liverpool's nightlife. Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- Balcells Oliveró, M. (2001). Complicaciones orgánicas de la cocaína. *Adicciones*, 13, Supl. 2.
- Banken, J. A. (2004) Drug abuse trends among youth in the United States. *Ann N Y Acad Sci*, 1025, 465-471.
- Bunting, P. J., Fulde, GWO., Foster, S. L. (2007). Comparison of crystalline methamphetamine ("ice") users and other patients with toxicology-related problems presenting to a hospital emergency department, *Med J Aust*, 187, 564-566.
- Caballero Vallés, P.J., Dorado Pombo, S., Díaz Brasero, A., García Gil, M. E., Yubero Salgado, L., Torres Pacho, N., et al. (2007) Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el área sur de la comunidad de Madrid. *Anales de Medicina Interna*, 25 (2), 67-72.
- Calafat A, Adrover D, Juan M, Blay N. (2008) relación del consumo de alcohol y drogas con la siniestralidad vial de los jóvenes españoles durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 1-000
- Cherpitel CJ (2008) Trends in Alcohol- and Drug-Related ED and Primary Care Visits: Data from Three U.S. National Surveys (1995-2005). *Am J Drug Alcohol Abuse*. Aug 12:1.
- Cherpitel, C. J., Rodríguez-Martos, A. (2005). Cribado de problemas de alcohol e intervención breve en los servicios de urgencias: una oportunidad para la prevención. *Adicciones*, 17, 181-192.
- Chipman ML, Macdonald S, Mann RE. Being "at fault" in traffic crashes: does alcohol, cannabis, cocaine, or polydrug abuse make a difference? *Inj Prev*. 2003 Dec;9(4):343-8.
- De Sola Llopis, S., Miguelez-Pan, M., Peña-Casanova, J., Poudevida, S., Farré, M., Pacifici, R., et al. (2008). Cognitive performance in recreational ecstasy polydrug users: a two-year follow-up study. *Journal of Psychopharmacology*, 22, (5), 498-510.
- Galicia, M., Nogué, S., Sanjurjo, E., Miró, O. (2008). Evolución de las consultas urgentes relacionadas con el consume de cocaína durante el período 2002-2007. *Emergencias*, 20, 385-390.
- Ghuran, A., Nolan, J. (2000). The cardiac complications of recreational drug use. *WJM*, 173, 412-415.
- Ghuran, A., Van Der Wieken, L. R., Nolan, J. (2001). Cardiovascular complications of recreational drugs. *BMJ*, 323, 464-465.
- Gil villa (2007) *Juventud a la deriva*. Barcelona, Ariel
- Gómez, J. (2005). Aproximación a los comportamientos sexuales y de riesgo en la adolescencia. En S. A. Rathus, J. S. Nevad y L. Fichner-Rathus (Eds.), *Sexualidad humana* (6ª ed., pp. 289-292). Madrid: Pearson Educación.
- Hoaken PN y Stewart SH (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addict Behav* 28 (9): 1533-54
- Hughes K, Hungerford DJ, Anderson Z, and Bellis MA (2007). VPA Working Group on Youth Violence, Alcohol and Nightlife Youth Violence, Alcohol and Nightlife. Global Campaign for Violence Prevention 1-6.

- Ibáñez Gallardo, D.J., Carbonell Torregrosa, M.A., Martínez, P. (2007) Situaciones éticas del alcohol y otras drogas en urgencias de un hospital comarcal. Realidad actual. Presentado en las XXXIV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol Valencia 2007.
- Kennedy, M. P. (2005). Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable, *MJA*, 183 (7), 362-365.
- Kershaw, C., Budd, T., Kinshott, G., Mattinson, J., Mayhew, P., Myhill, A. (2000). The 2000 British Crime Survey. Home Office Statistical Bulletin 18/00. London, Home Office
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kodjo CM, Auinger P, Ryan SA (2004). Prevalence of, and factors associated with adolescent physical fighting while under the influence of alcohol or drugs. *J Adolesc Health*, 35 (4): 345.e11-6
- Mason, P. E., Kerns, W. P. (2003). Gamma Hydroxybutyric acid (GHB) intoxication. *Acad Emerg Med*, 9 (7), 730-739.
- Miró, O., Nogué, S., Espinosa, G., To-Figueras, J., Sánchez, M. (2002). Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate. *J Toxicol Clin Toxicol*, 40 (2), 129-135.
- MSC-Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Interrupción voluntaria de embarazo. Recuperado el 15 de mayo de 2006, de [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm#Tabla%202](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla%202)
- Muszlak, M., Picherot, G. (2006). Emergency room management of acute alcohol intoxication in adolescents. A French multicentre prospective survey, *Alcoologie et Addictologie*, 28, 4-11.
- Nogué, S., Galicia, M., Amigó, M., Miró, O. (2007). Brotes epidémicos de sobredosis de éxtasis líquido (GHB). *Emergencias*, 19, 234-237.
- Ojeda Rodríguez, E., Martínez Raga, J., Castellano Gómez, M., Pérez Gálvez, B., Sabater Ferragut, A., Cervera Martínez, G. (2003). Complicaciones físicas del consumo de drogas recreativas. *Adicciones*, 15, (Supl. 2), 207-216.
- Olivera C, Planes M, Conill M, Grass ME. Efectos del alcohol y conducción de vehículos: creencias y conductas de los jóvenes. *ev Esp Drogodep* 2002; 27(1):66-80
- Paul I. Dargan y David M. Word (2008) *MJA*, 189 (4),
- Pavarin, R. M. (2006). Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy. *Ann Ist Super Sanità*, 42 (4), 477-484.
- Pereiro Gómez, C., Bermejo Barrera, A., López De Abajo, B. (2005). Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras el consumo de opiáceos a la muerte asociada al policonsumo. *Adicciones*, 17, Supl. 2.
- Peronaca (2008) emergencias médicas relacionads con el consumo de drogas recreativas en una discoteca de Buenos Aires. Conferencia Clubhealth
- Plan Nacional sobre Drogas. Alcohol. Informes De La Comisión Clínica. Ed. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 2007.
- Plant M and Harrison L (2003). Prevention and harm minimisation in the UK. London: Alcohol Concer
- Plant, M. & Plant, M. (2006). *Binge Britain. Alcohol and the National Response*. Oxford University Press.
- Plasencia, A. (2002). Lesiones y alcohol: de la evidencia epidemiológica a la acción preventiva. *Adicciones*, 14, Supl. 1, 279-290.

- Puiguriguer Ferrando, J. (2009). Intoxicaciones por sustancias ilegales atendidas en un servicio de urgencias hospitalario en un año. Análisis epidemiológico, clínico y su impacto económico. (sin publicar)
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., Romo, N., García, J.M. y Gutiérrez, J.L. (2006). ¿Tienen adolescentes y jóvenes que consumen drogas no inyectadas mayor probabilidad de transmisión del VIH? *Adicciones*, 18, 61-72.
- Rodríguez-Martos Dauer, A., Santamariña Rubio, E., Martínez Gómez, L., Escayola Coris, M., Martí Valls, J., et al. (2003). Identificación precoz e intervención breve en lesionados de tráfico con presencia de alcohol: primeros resultados. *Adicciones*, 15, (3), 191-202.
- Sopeña, B., Rivera, A., Rodríguez-Domínguez, M., Rodríguez-Rodríguez, M., Argibay, A., Maure, B., et al. (2008). Complicaciones relacionadas con el consumo de cocaína que precisaron ingreso hospitalario. *Rev Clin Esp*, 208 (1), 12-17.
- Stockwell, T., McLeod, R., Stevens, M., Phillips, M., Webb, M., Jelinek, G. (2002). Alcohol consumption, setting, gender and activity as predictors of injury: a population-based case-control study. *J Stud Alcohol*, 63 (3), 372-379.
- VPA Working Group on Youth Violence, Alcohol and Nightlife (2007). Fact Sheet 1. An introduction to Youth Violence, Alcohol and Nightlife. Global Campaign for Violence Prevention – WHO (World Health Organization).
- Waller S, Naidoo B and Thom B (2002). Prevention and reduction of alcohol misuse: Evidence briefing. London: Health Development Agency.
- Weiner MD, Sussman S, Sun P, Dent C (2005) Explaining the link between violence perpetration, victimization and drug use. *Addict Behav*, 30 (6): 1261-6
- West, E., Cameron, P., O'Reilly, G., Drummer, O. H., Bystrycki. A. (2008). Accuracy of current clinical diagnosis in recreational drug-related attendance to the emergency department. *Emerg Med Australas*, 20 (4), 333-338.
- WHO (2002). World report on violence and health. Geneva, WHO. *World report on violence and health*. Geneva, WHO.
- WHO (2004) Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the Alcohol: Minimising the harm. What works? London: Free Association Books.
- Wood D, Dargan P, Green S, Ramsey J, Drake N y Holt D (2008) Enfoque multidisciplinario en la investigación de las drogas recreativas en las discotecas y mejora de la atención prehospitalaria de los clientes de discotecas con problemas de salud. Conferencia Clubhealth
- Wood, D. M., Greene, S. L., Alldus, G., Huggett, D., Nicolaou, M., Chapman, K., et al. (2008). Improvement in the pre-hospital care of recreational drug users through the development of club specific ambulance referral guidelines. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 3, 14.
- Wood, D. M., Hill, D., Gunasekera, A., Greene, S. L., Jones, A. L., Dargan, P. I. (2006). Is cocaine use recognised as a risk factor for acute coronary syndrome by doctors in the UK?, *Postgrad Med J*, 83, 325-328.
- Zhu L, Gorman DM, and Horel S (2006). "Hierarchical Bayesian spatial models for alcohol availability, drug "hot spots" and violent crime." *Int J Health Geogr*. 7: 5-54