

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [mgili@us.es](mailto:mgili@us.es) (M. Gili).

On-line el 18 de septiembre de 2014

## BIBLIOGRAFÍA

- Gili M, Ramírez G, Béjar L, López J, Franco D, Sala J. Trastornos por cocaína e infarto agudo de miocardio, prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios. Rev Esp Cardiol. 2014 [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.11.009>

- Carrillo X, Curós A, Muga R, Serra J, Sanvisens A, Bayes-Genis A. Acute coronary syndrome and cocaine use: 8-year prevalence and in-hospital outcomes. Eur Heart J. 2011;32:1244-50.
- Gupta N, Washam JB, Mountantonakis SE, Li S, Roe MT, de Lemos JA, et al. Characteristics, management, and outcomes of cocaine-positive patients with acute coronary syndrome. Am J Cardiol. 2014;113:749-56.
- Hollander JE, Hoffman RS, Burstein JL, Shih RD, Thode Jr HC. Cocaine-associated myocardial infarction. Mortality and complications. Arch Intern Med. 1995;155:1081-6.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.06.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.06.022>

## Epidemiología de los efectos clínico-asistenciales asociados al consumo de cocaína



### The Epidemiology of Clinical and Health Effects Associated With Cocaine

Sra. Editora:

Por primera vez en España, un estudio multicéntrico y de amplia base poblacional determina un incremento de la estancia hospitalaria y cuantifica el coste asociado a ella tras ingreso por infarto agudo de miocardio asociado al consumo de cocaína. Además, aporta datos complementarios sobre los ingresos hospitalarios anuales por cocaína (0,44%) y cuántos de los infartos agudos de miocardio se deben al consumo de cocaína (2,2%)<sup>1</sup>. Sin embargo, nos gustaría comentar algunos aspectos que creemos que pueden complementar la información epidemiológica proporcionada.

Tal y como los autores indican en su trabajo, en este puede haber un riesgo de infrarregistro y subestimación de prevalencia, pues no sabemos si el diagnóstico de consumo de cocaína se corroboró con un estudio analítico o solo se basó en la anamnesis realizada al paciente. En la serie de Rodríguez-Esteban et al<sup>2</sup>, sobre pacientes ingresados con síndrome coronario agudo, la prevalencia de consumo fue algo superior (3,7%), aunque presentaba el mismo sesgo metodológico. Aunque objetivaron la realización de un mayor número de coronariografías (el 94 frente al 82,4%;  $p < 0,01$ ), la mayoría de los pacientes no tenían lesiones coronarias significativas o eran de un solo vaso. Lamentablemente, no valoraron estancias ni costes del ingreso.

En el Informe sobre Urgencias Hospitalarias de consumidores de sustancias psicoactivas 1996-2009, del Plan Nacional sobre Drogas, realizado sobre datos de 2009, con diagnósticos de la clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) y con mención en la historia clínica de consumo de cocaína, esta fue la sustancia más frecuente (61,3%) y los porcentajes de ingreso variaron entre el 7,2 y el 9,8%, según la relación directa o secundaria de la cocaína con el episodio asistencial<sup>3</sup>. En una revisión realizada por nuestro grupo sobre datos de urgencias en consumidores de cocaína en España, los síntomas cardiovasculares estaban presentes en el  $30\% \pm 22,7\%$ <sup>4</sup>.

Como afirman los autores, además podría haber un consumo de cocaína oculto, que en los trabajos realizados en urgencias por nuestro grupo oscila entre el 6,4 y el 21%, según las poblaciones estudiadas y el diagnóstico o motivo de consulta incluido<sup>5-7</sup>. Del mismo modo, algún paciente puede haber consumido otra sustancia en lugar de cocaína<sup>8</sup>, aunque en este caso no tendría importancia para el fenómeno de riesgo cardiovascular asociado al consumo crónico ni para las estrategias preventivas. Todo ello, como indican los autores, puede hacer que el impacto del consumo de cocaína sea mayor, aunque quizá los costes económicos pudieran ir en sentido contrario.

También en el análisis de costes hay que tener en cuenta de estos pacientes las anteriores asistencias a urgencias, con el consiguiente gasto o coste sanitario asociado a este consumo. También los casos de muerte súbita en el ámbito extrahospitalario<sup>9</sup> y las reincidencias a consultas a urgencias<sup>10</sup>. Por último, es probable que en la serie presentada, al abarcar 3 años, un mismo paciente haya tenido más de un evento isquémico coronario que ocasionase un nuevo ingreso<sup>11</sup>.

Coincidimos finalmente con Gili et al en que las intervenciones destinadas a conocer los riesgos asociados al consumo de estas sustancias y a la deshabituación son fundamentales para prevenir recurrencias de eventos cardiovasculares en este grupo de pacientes, y se debe destinar a ellas una parte no menos importante de la estancia hospitalaria, aunque quizá pueda incrementarla<sup>10</sup>.

Clara Gironés-Bredy<sup>a,b</sup>, Miguel Galicia<sup>c</sup>,  
Alberto Domínguez-Rodríguez<sup>d,e</sup> y Guillermo Burillo-Putze<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>b</sup>Departamento de Medicina Física y Farmacología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>c</sup>Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>d</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>e</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Canarias, La Orotava, Santa Cruz de Tenerife, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [gburillo@telefonica.net](mailto:gburillo@telefonica.net) (G. Burillo-Putze).

On-line el 18 de septiembre de 2014

## BIBLIOGRAFÍA

- Gili M, Ramírez G, Béjar L, López J, Franco D, Sala J. Trastornos por cocaína e infarto de miocardio, prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios. Rev Esp Cardiol. 2014;67:545-51.
- Rodríguez-Esteban M, Mesa-Fumero J, Facenda-Lorenzo M, Dorta-Macías C, Ramos-López M, Soriano-Vela E. Síndrome coronario agudo y cocaína. Med Clin (Barc). 2009;133:132-4.
- Plan Nacional sobre Drogas. Indicador Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2009 [citado 7 Jul 2014]. Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/IndicadorUrgencias1996\\_2009.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/IndicadorUrgencias1996_2009.pdf)
- Galicia M, Nogué S, Burillo-Putze G. Diez años de asistencias urgentes a consumidores de cocaína en España. Med Clin (Barc). 2014;143:322-6.
- Burillo-Putze G, Borreguero León JM, Vallbona Afonso E, de Vera González AM, Fernández Rodríguez JF, García Dopico JA, et al. Consumo de cocaína y su relación con patología cardíaca y traumática atendida en un servicio de urgencias. Emergencias. 2008;20:380-4.
- Burillo-Putze G, Borreguero León JM, García Dopico JA, Fernández Rodríguez JF, Pérez Carrillo MA, Jorge Pérez MJ, et al. Incidence and impact of undisclosed cocaine use in emergency department chest pain and trauma patients. Int J Emerg Med. 2008;1:169-72.

7. Burillo-Putze G, López B, Borreguero León JM, Sánchez Sánchez M, García González M, Domínguez Rodríguez A, et al. Undisclosed cocaine use and chest pain in emergency departments of Spain. *SJTREM*. 2009;17:11.
8. Riveros Frutos A, Martínez-Morillo M, Tejera Segura B, Olivé Marqués A. Cocaína y levamisol: una combinación ilícita. *Emergencias*. 2013;25:153-4.
9. Lucena J, Blanco M, Jurado C, Rico A, Salguero M, Vázquez R, et al. Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain. *Eur Heart J*. 2010;31:318-29.
10. Galicia M, Nogué S, Casañas X, Iglesias ML, Puiguiriguer J, Supervía A, et al. Multicenter assessment of the revisit risk for a further drug-related problem in the emergency department in cocaine users (MARRIED-cocaine study). *Clin Toxicol*. 2012;50:176-82.
11. Reina Toral A, Colmenero Ruiz M, García Pérez C, Expósito Ruiz M, de Antonio Martín E, Bermúdez Tamayo C, et al. Diferencias en los resultados de la atención a los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en función del acceso inicial a hospitales con o sin sala de hemodinámica en Andalucía. *Emergencias*. 2014;26:101-8.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.11.009>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.008>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.003>

## Epidemiología de los efectos clínico-asistenciales asociados al consumo de cocaína. Respuesta



### *The Epidemiology of the Clinical and Health Effects Associated With Cocaine. Response*

#### Sra. Editora:

Gironés-Bredy et al hacen un análisis sumamente interesante sobre el impacto de los trastornos por cocaína en los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarias. Coincidimos con ellos en que probablemente los costes ocasionados por estos pacientes son mayores que los calculados para pacientes ingresados, tanto por las circunstancias extrahospitalarias y del ámbito de los servicios de urgencias, que exponen en su artículo, como por otras como el absentismo laboral (número de bajas y su duración), la pérdida de productividad, los tratamientos de deshabituación, asistencia social y otros. En algunas comunidades autónomas de España, es inminente la aplicación del conjunto mínimo básico de datos de las urgencias atendidas en los hospitales, lo que permitirá valorar mejor el impacto real de estos trastornos en el pronóstico de los pacientes y en el exceso de costes que supone su asistencia.

Gironés-Bredy et al plantean la posibilidad de que en nuestra serie haya casos de pacientes reingresados. Tal como se explica en «Métodos»<sup>1</sup>, se definió como caso de infarto agudo de miocardio en episodio inicial aquel en que figurara el código en el diagnóstico principal (códigos 410 con quinto dígito = 1). Se excluyeron otros casos de infarto agudo de miocardio con otros códigos distintos de episodio inicial en el diagnóstico principal y también los casos que se codificaron en diagnósticos secundarios. Estos criterios, recomendados por la *Agency for Healthcare Research and Quality* de Estados Unidos<sup>2</sup>, están orientados a evitar que se diagnostiquen como casos iniciales de infarto agudo de miocardio los que son reingresos.

Gironés-Bredy et al subrayan la importancia de indagar el estado de consumo de drogas en todos los pacientes e iniciar intervenciones informativas y de deshabituación para la prevención primaria y secundaria de los problemas asociados a su

consumo. Coincidimos con ellos en que esta conducta es un ejercicio de profesionalidad, y no debería limitarse a los servicios de urgencias y a los pacientes hospitalizados, sino extenderse a todos los ámbitos asistenciales sistemáticamente.

#### FINANCIACIÓN

Este estudio fue financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ayuda n° 2009I017, Proyecto G41825811).

Miguel Gili<sup>a,b,\*</sup>, Gloria Ramírez<sup>a,b</sup>, Luis Béjar<sup>b</sup> y Julio López<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>b</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia:  
 Correo electrónico: [mgili@us.es](mailto:mgili@us.es) (M. Gili).

On-line el 26 de septiembre de 2014

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Gili M, Ramírez G, Béjar L, López J, Franco D, Sala J. Trastornos por cocaína e infarto agudo de miocardio, prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:545-51.
2. AHRQ Quality Indicators. Inpatient Quality Indicators: Technical Specifications. Department of Health and Human Services [citado 12 Jul 2014]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Disponible en: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.008>

## Amplitud de distribución eritrocitaria y enfermedad coronaria



### *Red Cell Distribution Width and Coronary Artery Disease*

#### Sra. Editora:

La amplitud de distribución eritrocitaria (ADE) se ha considerado tradicionalmente útil en el diagnóstico diferencial de la anemia. La ADE, que habitualmente se presenta en los resultados del hemograma como concepto estadístico, es una medida de la variación existente en el volumen eritrocitario<sup>1</sup>.

En los últimos años se ha producido un considerable incremento del interés por los valores de ADE como marcador del riesgo en la investigación cardiovascular. Varios estudios han demostrado que cifras altas de ADE se asocian con mayor mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca<sup>2</sup>, enfermedad coronaria<sup>3</sup> o infarto de miocardio<sup>4</sup> y en los sometidos a intervención coronaria percutánea<sup>5</sup>.

En un reciente estudio publicado en *REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA*, Sánchez-Martínez et al<sup>6</sup> han puesto de manifiesto que, en los pacientes con un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, los valores elevados de ADE predicen un aumento del riesgo de hemorragias mayores y aportan información adicional