

científica, debemos respetar los conocimientos fisiopatológicos (aunque debemos recordar que la fisiopatología también nos guarda muchos secretos, y estos a veces se interrogan tras los hallazgos encontrados en ensayos clínicos). De igual modo, entiendo que lo ideal sería un ensayo clínico dirigido a la evaluación de la administración de estatinas durante la fase precoz, pero ¿es posible? ¿Cuál sería la muestra requerida? ¿Estarían dispuestas las empresas farmacéuticas implicadas en la situación actual, cuando ya está sentada su indicación a la salida del hospital? Estoy muy de acuerdo con el Dr. Camps, en cuanto a ser cautos para lograr el mayor beneficio de los pacientes. Pero ¿es ser prudente y beneficioso no administrar estatinas, o, lo que podría ser peor, retirar las estatinas durante la fase aguda a los pacientes que ya la tomaban, efecto último que parece ser inductor de mayor morbimortalidad³? No podemos ni debemos limitar la administración de un fármaco, aunque desconozcamos sus completas vías de acción, si conocemos que el resultado final es una disminución de la morbimortalidad. ¿Acaso conocemos a la perfección todos los mecanismos de los agentes terapéuticos utilizados en la actualidad?

Con respecto a la evidencia actual sobre este tema, considero que es adecuado recomendar la administración de estatinas, de forma precoz, en los pacientes con infarto agudo de miocardio. En el caso del SCA sin elevación del segmento

ST, el grupo de trabajo de la SEMICYUC considera adecuada la administración precoz de estatinas en las primeras 24 h⁴.

Bibliografía

1. Ruiz-Bailén M. Administración de estatinas durante la fase aguda del síndrome coronario agudo. *Med Intensiva*. 2010;34:56–63.
2. Molyneux SL, Florkowski CM, George PM, Pilbrow AP, Frampton CM, Lever M, et al. Coenzyme Q10: An independent predictor of mortality in chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52:1435–41.
3. Ruiz-Bailén M. Efecto de la retirada de las estatinas durante el ingreso en unidades de Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2010;34(4):268–72.
4. Civeira Murillo E, Del Nogal Sáez F, Álvarez Ruiz AP, Ferrero Zorita J, Alcántara AG, Aguado GH, et al. Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Med Intensiva*. 2010;34:22–45.

M. Ruiz Bailén

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Unidad de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario de Jaén, Universidad de Jaén, Jaén, España
Correo electrónico: ruizbailen@telefonica.net

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.medin.2010.03.012

doi:10.1016/j.medin.2010.04.010

¿Influyen los antecedentes de consumo de sustancias adictivas en la necesidad de sedación del paciente crítico?

Does a history of substance abuse influence sedation requirements in critically-ill patients?

Sr. Director:

El fenómeno de la adicción a sustancias de abuso ha alcanzado en los últimos 30 años una extraordinaria importancia, por sus consecuencias sociales y sanitarias¹. Las sustancias psicoactivas más utilizadas por la población española son el alcohol y el tabaco (entre las drogas legales) y el cannabis, la cocaína y el éxtasis (entre las drogas ilegales). Este consumo puede inducir, por un lado, fenómenos de tolerancia y, por otro, inducción enzimática hepática, que podrían repercutir en las necesidades de sedoanalgesia cuando estos pacientes requieren ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI)². De hecho, el personal que trabaja en una UCI tiene la sensación de que cuando ingresan consumidores regulares de drogas de abuso, requieren dosis más altas de fármacos para lograr una sedación y analgesia adecuada.

Para verificar si esta percepción es cierta, se diseñó un estudio prospectivo de 10 meses de duración, realizado en la UCI-quirúrgica de un hospital de alta tecnología y aprobado por el comité de ética y de investigación del centro. Todos

los pacientes que precisaron analgesia o sedación durante las primeras 72 h de su ingreso se dividieron en 2 grupos. El grupo I incluyó pacientes traumáticos, politraumáticos o postoperatorios de cirugía general, con antecedentes recogidos a través de una anamnesis dirigida al paciente o a un familiar próximo del consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol etílico, heroína, cocaína, anfetaminas o cannabis). El grupo II estaba formado por pacientes con los mismos criterios del grupo I, pero sin antecedentes del citado consumo. Se evaluaron las necesidades cualitativas y cuantitativas de midazolam, diacepam, propofol, clometiazol, clotiapina, morfina, remifentanilo, metadona, clonidina, paracetamol, ketorolaco y dexketoprofeno, por ser los fármacos más utilizados con finalidad sedoanalgésica en nuestra unidad.

Se incluyeron 54 pacientes, de los cuales 30 (55,6%) se incorporaron en el grupo I y 24 (44,4%) en el grupo II. La media de edad fue de 49,9 años, el 25,9% fueron mujeres, el 72,2% fueron hombres y un transexual, sin observarse diferencias significativas entre ambos grupos. En el grupo de consumidores, las sustancias de abuso más utilizadas fueron el tabaco (29,6%), el alcohol etílico (20,4%), la cocaína (9,3%) y el cannabis (3,7%). El análisis estadístico de las necesidades cualitativas y cuantitativas de los fármacos utilizados con finalidad de analgesia o de sedación no mostró ninguna diferencia significativa entre uno u otro grupo. La estancia media en la UCI del grupo consumidor fue de 12,6 días y de 19,9 días para el grupo no consumidor, con una mortalidad global del 9,3%, sin observarse tampoco diferencias entre ambos grupos.

Este estudio tiene diversas limitaciones, entre éstas el reducido número de casos recogidos, el no haber estratifi-

cado el grado de adicción ni el tipo de sustancia y el no haber verificado el consumo reciente de éstas a través de un análisis toxicológico sistemático. Aunque no se ha podido demostrar que el antecedente de consumo de sustancias adictivas se asocie a una mayor necesidad de fármacos sedoanalgésicos, no puede excluirse que un nuevo estudio centrado en alguna droga en particular y que incluya un mayor número de casos, pudiese demostrar lo contrario.

Bibliografía

1. De Wit M, Best AM. Alcohol use disorders increase the risk for mechanical ventilation in medical patients. *Exp Res.* 2007;31:1224–30.

doi:10.1016/j.medin.2009.11.006

2. Díaz-Contreras MR, Guerrero-López F, Herrera-Para L, Pino-Sánchez F, Lara-Rosales R, López-Guarnido O. Incidencia del consumo de tóxicos en pacientes con traumatismos graves. *Med Intensiva.* 2008;32:222–6.

M.-T. Ruiz^{a,*}, S. Nogué^b, E. Zavala^a y A. Cirera^a

^a*Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos, Hospital Clínic, Barcelona, España*

^b*Sección de Toxicología Clínica, Hospital Clínic, Barcelona, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mtruizg08@hotmail.es (M.-T. Ruiz).