

REUE | Original

Experiencia en el empleo de escala de riesgo de complicaciones ante una intoxicación alcohólica aguda (EBRIA)

Jordi Puigurriquer-Ferrando^{1,3}, Juan Ortega-Pérez^{1,3}, Catalina Homar-Amengual^{1,3}, Guillermo Frontera-Juan⁴, Bernardino Comas-Díaz¹, Bernardino Barceló-Martín^{2,3,5}

INTRODUCCIÓN. El uso de alcohol es habitual en nuestra sociedad, provocando en casos de abuso intoxicaciones agudas, que genera problemas asistenciales, debido a la saturación de los recursos sanitarios, principalmente en zonas turísticas y de ocio.

OBJETIVO. Comprobar la capacidad de discriminar los casos leves de intoxicación aguda por alcohol (IAA) de los graves, aplicando una escala de gravedad pronóstica, en los intoxicados atendidos en un servicio de urgencias hospitalario (SUH).

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis prospectivo de la escala EBRIA (Escala Balear del Riesgo en la Intoxicación Alcohólica) aplicada a pacientes con IAA, comparando las variables clínicas de pacientes con valores de EBRIA = 0 y > 0 y estimación de su capacidad para detección de los casos más leves mediante curvas ROC.

RESULTADOS. Se incluyeron 490 pacientes. La media de edad fue de 28,6 ($\pm 14,31$) años, 8,77% menores de edad, 211 británicos (43,1%) y 188 españoles (38,3%). Dosecientos cincuenta y uno (51,3%) tuvieron un EBRIA > 0 (2,17% del total de asistencias en el SUH). En este grupo, la estancia media, porcentaje de ingresos, la solicitud de exploraciones complementarias fue mayor que las de los que tuvieron EBRIA = 0 (6:36 y 2:18 horas, 15 y 0, 40,6 y 8,3%, 32,6 y 0,4%, respectivamente) ($p < 0,0001$). La correlación entre las puntuaciones en EBRIA y los parámetros estudiados fue alta y la capacidad discriminante de EBRIA fue de 0,876 (IC 95%: 0, 83-0,92).

CONCLUSIONES. La escala EBRIA puede discriminar con seguridad a las IAA con mayor complejidad y gravedad (EBRIA > 0) de las de menor (EBRIA = 0), y su puntuación numérica final ayuda a establecer un pronóstico sobre la de necesidad del uso recursos asistenciales en los casos más complejos.

Palabras clave: Intoxicación alcohólica. Escala de gravedad. Pronóstico. EBRIA.

Experience using the Balearic Islands Risk of Alcohol Poisoning Scale

BACKGROUND. Alcohol abuse is common in our community. It can lead to acute alcohol poisoning (AAP) and generate serious problems of emergency department overcrowding in certain seasons, mainly in areas where tourism and leisure opportunities are concentrated.

OBJECTIVE. To assess the ability of a risk scale to discriminate between mild and serious cases of AAP attended in a hospital emergency department.

METHODS. Prospective analysis of the performance of the Balearic Islands Risk for Alcohol Poisoning Scale (EBRIA, the acronym for the Spanish name) in patients with AAP between June 1 and August 31, 2015. Clinical variables of patients with EBRIA scores of 0 and more than 0 were compared to determine whether the area under the receiver operating characteristic curve (AUC) could identify mild cases.

RESULTS. A total of 490 patients were included. Their mean (SD) age was 28.6 (14.31) years, 8.77% were underage drinkers, 211 (43.1%) were British, and 188 (38.3%) were Spanish. Two hundred fifty-one (51.3%) had EBRIA scores over 0 (2.17% of all patients attended for any reason). On average, patients with EBRIA scores over 0 had longer stays than those with scores of 0 (6 hours 36 minutes vs 2 hours 18 minutes, respectively), and they were more often hospitalized (15 patients vs none) or had computed tomography brain scans ordered (32.6% vs 0.4%) ($P < .0001$). The correlation between EBRIA scores and the studied variables was high and the AUC reflecting the score's ability to discriminate mild cases was 0.876 (95% CI, 0. 83-0.92).

CONCLUSIONS. The EBRIA scale can help to distinguish between AAP cases of lesser (EBRIA, 0) and greater (EBRIA score over 0) complexity, helping to predict resource requirements.

Keywords: Alcohol poisoning. Severity scale. Prognosis. EBRIA (Balearic Islands Risk for Alcohol Poisoning scale).

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias de Adultos, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ²Unidad de Toxicología Clínica, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Grupo de Trabajo en Toxicología del Área de Neurociencias. Instituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IdISBA), Palma de Mallorca, España. ⁴Unidad Soporte Metodológico, Instituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IdISBA), Palma de Mallorca, España. ⁵Servicio de Análisis Clínicos, Hospital universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Correspondencia: Jordi Puigurriquer Ferrando. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Son Espases. Ctra. de Valldemossa, s/n. 07010 Palma de Mallorca, España.

E-mail: jpuigurriquer@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 31-1-2023. Aceptado: 10-3-2023. Online: 24-3-2022.

Editor responsable: Guillermo Burillo Putze.

Introducción

El consumo de alcohol está ampliamente difundido y aceptado en nuestra sociedad y su consumo es habitual en cualquier acto social, familiar, incluso cultural. Esta accesibilidad comporta el riesgo de un consumo abusivo y, por ende, el riesgo de padecer problemas de salud agudos y crónicos en quienes lo realizan, con una tendencia clara al alza en todos los patrones de consumo y abuso en los últimos años¹.

Este incremento del consumo de alcohol preocupa, entre otros aspectos, por su asociación a un inicio de consumo –y abuso– en edades cada vez más tempranas, a pesar de legislaciones o normativas que intentan impedirlo, en los que se están consolidando además algunos patrones de ingesta de alto riesgo, como el *binge drinking*¹⁻³.

En todas las series recientes, sobre intoxicaciones atendidas en urgencias hospitalarias, las intoxicaciones alcohólicas agudas (IAA) son las más prevalentes⁴, independientemente del sexo o su origen^{5,6}. Además de su consumo abusivo, el alcohol representa la sustancia más habitual en caso de intoxicaciones por más de un xenobiótico, las cuales son el 60% de las intoxicaciones por drogas de abuso⁷.

El sector turístico, de amplio arraigo y tradición en nuestro país, no ha sido ajeno a esta "demanda social" ofertando actividades recreativas (excursiones etílicas, *party boats*, aparición de nuevas vías de consumo –"oxyshots"–, etc...) concentradas en núcleos y zonas turísticas localizadas donde el consumo de alcohol es el protagonista y representa uno de los motivos de reclamo para los vi-

sitantes, la mayoría de ellos procedentes de países del norte de Europa. Así, el llamado "turismo de borrachera" ha encontrado en determinadas áreas muy localizadas de nuestra geografía su meca particular.

También existe consumo abusivo periódicamente vinculado a fiestas patronales o locales. Pero en determinadas áreas turísticas, su duración no se limita a festividades señaladas, si no que es notoriamente más amplio, afectando al todo periodo estival, tal y como ocurre en nuestro hospital. Durante estos periodos, de una forma repetida y previsible, entre otros problemas, la afluencia diaria de numerosos pacientes con IAA genera una clara competencia por los limitados recursos asistenciales que se dispone, con el resto de los pacientes que acuden a urgencias por otros problemas de salud (Figura 1).

Otro problema adicional en estas situaciones de IAA en pacientes extranjeros son las dificultades logísticas al alta, ya que, generalmente, tienen su alojamiento en apartamentos u hoteles alejados del hospital. La barrera idiomática, la falta de acompañantes o familiares que puedan facilitar el alta, la carencia de dinero o ropa o, simplemente, el desconocimiento más absoluto del hotel donde se alojan son algunos de los problemas encontrados más habituales.

En nuestro hospital, de tercer nivel, centro de referencia de una CC.AA. y situado en un área turística que recibe más de 13 millones de visitantes al año (datos de 2019) concentrados la mayor parte en los meses de verano⁸, y que atendió a más de 160.000 urgencias en 2022, de las cuales el 1,3% fueron intoxicaciones agudas y el alcohol

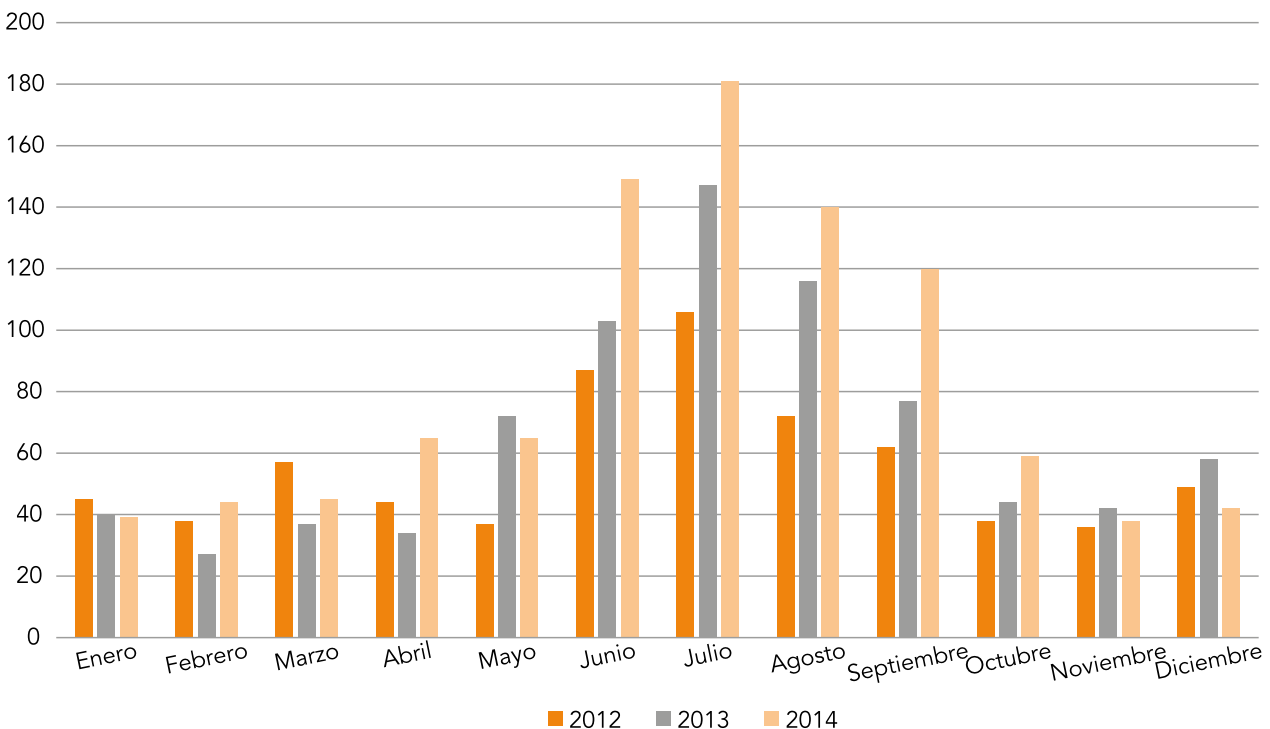


Figura 1. Evolución del número de casos de intoxicaciones alcohólicas agudas atendidos en el servicio de urgencias de adultos (> 15 años) del Hospital Universitario Son Espases entre los años 2012, 2013 y 2014. Fuente: Unidad de Toxicología Clínica, datos del registro intoxicaciones.

estuvo presente (como tóxico único o en combinación con otros) en el 63% del total de intoxicados asistidos.

El objetivo del estudio fue la aplicación de una escala de riesgo en las IAA, con el fin de detectar las IAA leves y adecuar la respuesta asistencial a sus necesidades, con el fin de optimizar los recursos disponibles.

Material y métodos

En primavera de 2015 se diseñó una escala de gravedad (EBRIA: Escala Balear de Riesgo una Intoxicación Alcohólica) a modo de *checklist*, que define 13 ítems que deben valorarse ante una sospecha de paciente con IAA (Tabla 1), cuya aplicación puede realizarse en cualquier ámbito de la asistencia al estar exenta de cualquier prueba complementaria que requiera recursos hospitalarios. En el caso del ítem número 13 (otras consideraciones), se solicitó a los facultativos que lo cumplimentaban que lo especificaran por escrito para detectar algún criterio que no se hubiera incluido previamente.

La escala, con 2 posibles resultados que discriminarían la actuación a seguir (EBRIA = 0 y EBRIA > 0) se entregó a los profesionales del servicio de urgencias (SU). El EBRIA = 0 se acompañó, además, de un protocolo asistencial, en el que se definía: el espacio específico del servicio donde realizar la asistencia, el protocolo de control de parámetros clínicos durante su estancia (constantes vitales y del nivel de conciencia), así como en la indicación de medidas básicas de soporte caso de que fueran necesarias (Tabla 2). La decisión de realizar pruebas complementarias en estos casos quedó a criterio del profesional que atendió la urgencia. Todas las complicaciones debían registrarse, del mismo modo que si se realizó algún cambio de ubicación del paciente.

Ante un EBRIA > 0, se consideró que debería actuarse según la sintomatología o la circunstancia asociada que presentaba el intoxicado.

Tabla 1. Escala Balear de Riesgo de Intoxicación por Alcohol (EBRIA), *checklist* de signos y síntomas a valorar ante una intoxicación alcohólica aguda

	No (0)	Sí (1)
1. Traumatismo craneal asociado		
2. Traumatismo, o herida abierta, asociado		
3. Agitación, agresividad o violencia		
4. Convulsión activa o previa a su traslado al servicio de urgencias		
5. Sospecha de broncoaspiración		
6. Fiebre (T° > 37,5)		
7. Se ha administrado medicación sedante o medidas de contención		
8. Presencia de focalidad neurológica (no incluye disartria, nistagmus, ataxia o coma)		
9. Sospecha de coingesta de otros tóxicos en mismo episodio		
10. Verbalización de intención o ideación suicida		
11. Frecuencia respiratoria < 10x' o SatO ₂ < 90%		
12. Patología somática asociada (dolor torácico, dolor abdominal, disnea...)		
13. Otro que se considere (especificar)		
(Suma de las anteriores) TOTAL EBRIA		

T°: temperatura; SatO₂: saturación de oxígeno.

Entre el 1 de junio y el 31 de agosto de 2015, se aplicó prospectivamente el EBRIA a los pacientes atendidos por sospecha de IAA en el SU de adultos (edad > 15 años), diferenciándose dos grupos: EBRIA = 0 y EBRIA > 0. Se analizaron las variables de edad, sexo, origen (se diferenciaron 2 grupos: británicos o irlandeses y españoles), estancia media en el SU, destino (alta, ingreso, alta voluntaria/ fuga, fallecimiento) y reingreso a las 72 horas.

Se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión de todas las variables. Los porcentajes se compararon con la prueba de ji cuadrado y las medias, con la de Wilcoxon, fijando el nivel de significación estadística en ambos casos en 0,05. La capacidad discriminante del EBRIA del riesgo de que un paciente con IAA pueda presentar o no complicaciones que requieran ingreso, una estancia media superior a la media global, o la necesidad de realizar estudios con pruebas complementarias se estimó con el área bajo la curva (ABC) de una curva ROC, junto con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

Finalmente, se analizó el resultado final numérico del EBRIA y su relación con los mismos criterios que pudieran indicar aspectos de la gravedad del episodio (su ingreso, necesidad de realizar pruebas complementarias que den soporte a la asistencia o una estancia media superior).

Se excluyeron del estudio los pacientes con IAA atendidos en el área infantil (hasta los 14 años) y aquellos cuyo motivo de consulta al hospital derivaba de visitas administrativas o judiciales (controles de tráfico por ejemplo), aunque el resultado del etanolemia practicado fuera elevado.

El proyecto de estudio fue aprobado por la Comisión de investigación del HUSE en fecha (número expediente CI-56-15, de fecha 15 de mayo de 2015).

Resultados

Se incluyeron 490 episodios de IAA, lo que representa el 69% de las intoxicaciones atendidas en el mismo periodo y el 2,17% de las urgencias atendidas en el área de adultos. La media fue de 5,3 casos de IAA por día, con un máximo de 14 la noche del 27 de julio. En julio se atendieron 200 casos, 174 en junio y 116 en agosto, lo que representó el 2,2, 2,15 y 1,3%, respectivamente, del total de pacientes atendidos en estos meses en el SU de adultos.

Tabla 2. Pauta de tratamiento previsto, según el protocolo interno definido, para los pacientes que acudieron al SU por una IAA con EBRIA = 0

1. Control incruento de la función respiratoria (frecuencia respiratoria y/o SatO ₂) y de las constantes vitales (T°, TA, FC, BM test) cada 3 horas
2. Posición lateral de seguridad
3. Observación en espacio seguro y tranquilo (camillas con barreras para evitar caídas)
4. Pauta de metoclopramida (una ampolla por vía IM), ante la presencia de vómitos
5. Iniciar tolerancia oral antes del alta del SU
6. Registro de complicaciones en la evolución y de cualquier incidencia que sucediera en un paciente con EBRIA = 0

SU: servicio de urgencias; IAA: intoxicación alcohólica aguda; SatO₂: saturación de oxígeno; T°: temperatura; TA: tensión arterial; FC: frecuencia cardiaca; BM test: glucemia capilar; IM: intramuscular.

Tabla 3. Comparación de las dos series de intoxicación alcohólica aguda según el resultado de EBRIA

Variable analizada	EBRIA = 0	EBRIA > 0	p
Número de intoxicados (%)	239 (48,77)	251 (51,23)	-
Varón (%)	148 (61,9)	191 (76,1)	0,0005 ²
Edad media (años)	23,4	33,5	0,0001 ¹
Nacionalidad española (%)	70 (29,2)	118 (47)	0,0001 ²
Nacionalidad británica /irlandesa (%)	120 (50,2)	91 (36,2)	0,001 ²
Llegada en TEM (%)	191 (82,6)	182 (72,5)	0,006 ²
Llegada en UCI (%)	1	10	-
Llegada de madrugada (00:00 a 07:00) (%)	190 (79,5)	129(51,4)	0,0001 ²
Análítica de etanolemia (%)	20 (8,3)	102(40,6)	0,0001 ²
Valor medio de la etanolemia (gr/L)	1,99	1,78	-
Realización de TC craneal (%)	1 (0,4)	82 (32,6)	0,0001 ²
Estancia media (horas)	4:18	6:36	0,0001 ¹
Destino ingreso (%)	0	15	0,0001 ²
Reingresados antes de 72 horas	1	7	0,392

¹Prueba de Wilcoxon, ²Prueba de Chi cuadrado.

TEM: transporte sanitario no medicalizado; UCI: ambulancia medicalizada; TC: tomografía computarizada craneal.

En la franja horaria entre las 00:00 y las 07:00 horas llegaron al SU 321 pacientes (65,5%), 389 (79,3%) llegaron en ambulancia, 11 (2,24%) en UCI móvil y 26 custodiados por las fuerzas de orden público por altercados o incidentes.

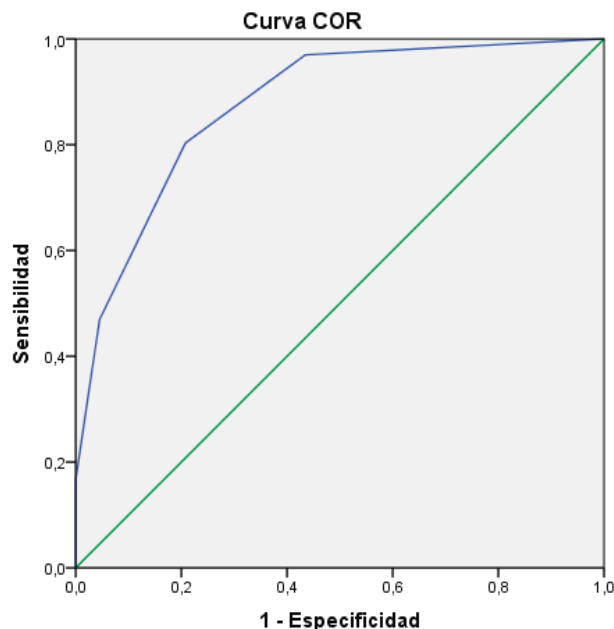
La media de la edad fue de 28,6 años (DE = 14,31, intervalo 15-89 años), 43 (8,77%) eran menores de edad (entre 15 y 17 años). Los varones fueron el 69,1% del total. Las nacionalidades más frecuentes fueron la británica e irlandesa (211, 43,1%), seguido por españoles (188, 38,3%). Los 211 británicos e irlandeses representaron el 39,7% del total de urgencias por este colectivo durante el periodo de estudio.

A 239 pacientes (48,77%) se les calculó un EBRIA = 0 y a 251 (51,23%), un EBRIA > 0. En la **Tabla 3** se presenta la distribución de las variables analizadas según el resultado de EBRIA como discriminante. En los casos más leves a priori la población es aparentemente mucho más homogénea (en general más jóvenes, británicos o irlandeses, que precisan traslado en ambulancia hasta el SU, con mejor evolución y menor estancia media global).

Al 8,3% de los pacientes con EBRIA = 0 se les realizó una etanolemia y a uno de ellos, se solicitó una tomografía computarizada (TC) craneal para descartar una lesión neurológica asociada. Dos pacientes con EBRIA = 0 (0,84%) sufrieron alguna complicación leve durante el periodo de observación después de la evaluación inicial, lo que requirió alguna intervención no prevista en el protocolo (**Tabla 2**), pero en ningún caso precisó ingreso. Un único paciente con EBRIA = 0 reingresó antes de las 72 horas del alta, pero se trataba de una paciente española, con antecedentes de enolismo crónico, que acudió por un nuevo cuadro de intoxicación aguda.

La capacidad discriminativa del EBRIA para situaciones que podrían revestir gravedad, estimada con ABC fue 0,876 (IC 95%: 0,83-0,92) (**Figura 2**).

La relación del resultado numérico final del EBRIA y los distintos parámetros que pueden indicar gravedad, fue lineal y progresiva en los cuatro aspectos analizados: un incremento en la estancia media, de la necesidad de in-



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Figura 2. Curva ROC de la capacidad discriminativa de la escala EBRIA en sus 13 ítems analizados, para la detección de gravedad ante una intoxicación alcohólica aguda, con un área bajo curva del 0,876 (IC 95%: 0,83-0,92).

greso final desde el SU, de realizar etanolemiyas y TC (**Figura 3, 4, 5 y 6**).

Discusión

La IAA puede generar problemas de salud agudos y crónicos y son los primeros los que provocan visitas habituales a los SU hospitalarios o extrahospitalarios, casi siempre debido a síntomas neurológicos, psiquiátricos o traumáticos. Salvo los intoxicados que presentan clínica traumática (accidentes de tráfico, agresiones, caídas y precipitados), la gran mayoría de estos pacientes tienen una evolución favorable a corto plazo y prácticamente no necesitan medidas terapéuticas o, a lo sumo, algunas intervenciones muy básicas^{8,9}.

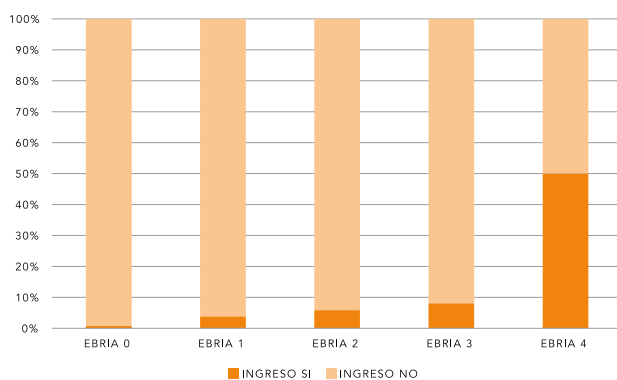


Figura 3. Porcentaje de ingreso de pacientes tras intoxicación alcohólica aguda agrupados según el resultado numérico final del EBRIA.

ESTANCIA MEDIA (HORAS)

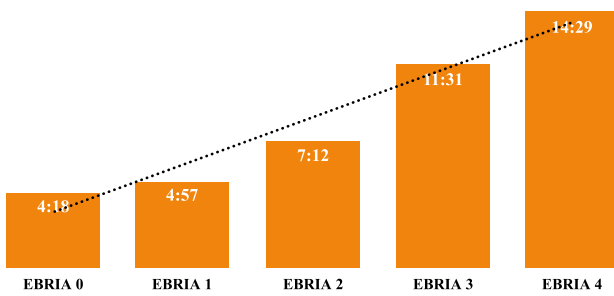


Figura 4. Estancia media expresada en horas por grupos de pacientes atendidos por una intoxicación alcohólica aguda, según el resultado numérico final del EBRIA.

En estas condiciones, parece razonable que frente a eventos, épocas o situaciones previsibles en las que se produzca un consumo abusivo de alcohol, además de otras drogas¹⁰, puedan plantearse estrategias de salud para intentar planificar una asistencia segura de todos los pacientes, con el fin de optimizar los recursos sanitarios disponibles y, también, para garantizar la equidad con el resto de los pacientes atendidos por otras enfermedades. Por el mismo motivo, parece lógico en este escenario, que hayan surgido proyectos dirigidos a discriminar los casos más leves de los graves, formando a profesionales del ámbito extrahospitalario o, incluso, a los propios trabajadores de los centros de ocio donde se producen estas intoxicaciones, en la detección y actuación inicial de los casos con mayor gravedad¹¹.

Con esta intención se diseñó la escala EBRIA, pero siempre bajo la premisa de preservar ante todo la seguridad de todos los pacientes, ya fuera de los de mayor gravedad (EBRIA > 0) con el fin de priorizar su derivación, o los de menor (EBRIA = 0) candidatos a medidas básicas de soporte. Debido a esta seguridad exigida, se definieron un elevado número de ítems en la escala, lo que fue valorado negativamente por alguno de los facultativos que lo empleó. Probablemente, en el futuro podrían eliminarse 3 de los 13 ítems que se valoran (fiebre, sospecha de broncoaspiración y la presencia de una focalidad neurológica) y reducirlos a 10, sin que por ello se redujera su capacidad discriminante final. Esta potencial reducción en el futuro deberá confirmarse en estudios posteriores.

De los resultados obtenidos cabe destacar la relación lineal observada entre el resultado numérico final y la peor evolución del paciente, circunstancia que no se había definido como objetivo del estudio pero que, a raíz de los resultados obtenidos, otorgan además a dicho resultado numérico del EBRIA una capacidad pronóstica de potencial gravedad de cada episodio.

Por otro lado, no hubo diferencias entre las medias de las etanolemias realizadas entre los pacientes con EBRIA = 0 y EBRIA > 0. Al contrario de lo intuitivamente esperable, dicha media es superior en los de mejor pronóstico, lo que confirmaría la inexistencia de una buena correlación entre el nivel de etanol en sangre y la situación clínica del paciente con una IAA^{8,13,14}, a causa de otros factores (genéticos, metabólicos –grado de tolerancia o habi-

Porcentaje de alcoholemias solicitadas según resultado EBRIA

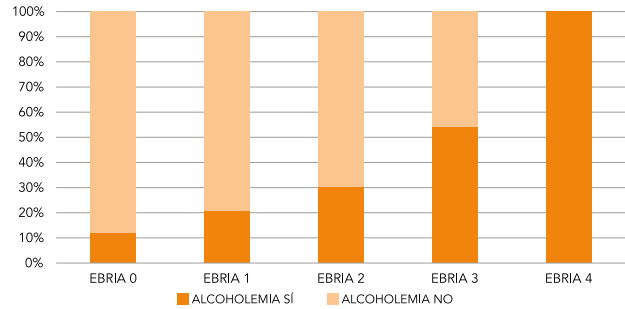


Figura 5. Porcentaje de alcoholemias cuantitativas en sangre realizadas en el servicio de urgencias tras asistencias a pacientes con intoxicación alcohólica aguda, según el resultado numérico final del EBRIA.

tuación–, velocidad de consumo de etanol, etc.)^{14,16}. Este argumento justificaría a quienes defienden que el diagnóstico de la IAA es eminentemente clínico, relegando la cuantificación analítica del etanol en sangre a cuando sea preceptiva por algún tipo de implicación judicial o administrativa, en menores de edad, ante sospechas de sumisión química, o en los casos que existan dudas sobre el origen de un deterioro del nivel de conciencia. Para el resto de situaciones podría ser suficiente un diagnóstico clínico al existir una muy buena correlación entre la situación clínica y la presencia demostrada de etanol en sangre¹².

No se ha hecho mención en los resultados, de forma explícita, el empleo de antidotos en estos pacientes, básicamente porque se carece de ellos, a pesar de que en algunas series o trabajos se propugna el uso rutinario de la tiamina ante un paciente con IAA en coma. Debe recordarse una vez más que la IAA carece de antidoto y que el uso de la tiamina (previa a la administración de glucosa) debería reservarse exclusivamente para los pacientes con enolismo crónico, para evitar la aparición de un síndrome de Wernicke¹⁷.

Finalmente, debe precisarse que, en ningún caso, se está proponiendo en el estudio que a los pacientes con un EBRIA = 0 dejen de hacerse actuaciones o controles durante su periodo de observación, sino todo lo contrario, que se extremen éstos, pero sí que se eviten actuaciones innecesarias. Preconizamos unas medidas de control clínico estricto y bien definidas, claramente protocolizadas (en nuestro caso proponemos cada 2 horas) y siempre con registro de datos. Estos controles, si atendemos a la estancia media (4,18 horas) del grupo EBRIA = 0 supondría realizar de media 2 controles en estos pacientes, por supuesto a su llegada y a las 2 horas. En cuanto a la estancia media debe tenerse en cuenta que, en muchas ocasiones, se impidió un alta más precoz hasta haber resuelto los problemas logísticos (contacto con compañeros de viaje, dinero, ropa, dirección de destino, etc.) o que hubieran recuperado un nivel de conciencia más aceptable que garantizara un retorno más seguro a su lugar de residencia en la isla¹⁸. Durante esta observación vigilada es posible, tal como ocurrió en 2 casos en el periodo de estudio, que aparezcan cambios o empeoramientos lo cual debe conllevar su

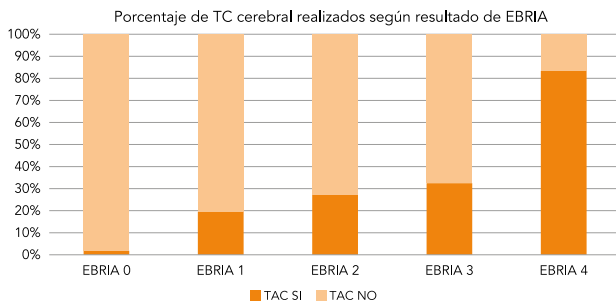


Figura 6. Porcentaje de tomografías computarizadas craneales urgentes realizados durante la asistencia a pacientes con intoxicación alcohólica aguda, según el resultado numérico final del EBRIA. TC: tomografía computarizada.

traslado a otro nivel de asistencia o cuidados, según requiera (Figura 1).

Como limitación en las conclusiones del estudio debe mencionarse su carácter unicéntrico, y por ello, el posible

sesgo en los resultados obtenidos, que pueden obedecer a factores idiosincráticos locales. La muestra de pacientes del estudio es notablemente más joven que la que se atiende en el resto del año, lo que también pudo influir en algunos resultados clínicos. También merece destacar la imposibilidad de seguimiento tras el alta de casi la mitad de los casos, por no residir en nuestra isla, con estancias en nuestro país casi nunca superiores a una semana.

A pesar de estas limitaciones, que podrían subsanarse con estudios más amplios en su tamaño muestral, multicéntricos y excluyendo pacientes no residentes, pensamos que los resultados obtenidos nos permiten confiar en la capacidad discriminante de la escala EBRIA. Ésta que nos permite discernir de forma segura a pacientes con un mayor potencial de gravedad (EBRIA > 0) de los de menor (EBRIA = 0). Además, en el primer grupo, el resultado numérico final de cada episodio, parece que podría correlacionarse con un cierto valor pronóstico y de predicción de empleo de un mayor número de recursos asistenciales en los episodios de IAA.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

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

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

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

Agradecimientos: A las Sras. Mónica Guerra, Amparo Fraile, Isabel Ramos que ayudaron activamente en la fase de recogida de datos en el periodo de estudio.

A todos los profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Son Espases, médicos y enfermería, que colaboraron activamente en la cumplimentación de los registros de cada uno de los episodios incluidos en el periodo de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Plan Nacional Sobre de Drogas, Informe año 2014. (Consultado 10 Enero 2017). Disponible en: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol: nota descriptiva de enero de 2015. (Consultado 10 Diciembre 2016). Disponible

en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Europol 2015, Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA. (Consultado 10 Diciembre 2016). Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2880/TDAS16001ENN.pdf>
- Burillo Putze G. Tesis doctoral 2010: Urgencias hospitalarias por intoxicaciones agudas: estudio multicéntrico nacional. Universidad de La Laguna I.S.B.N : 978-84-15287-20-9.
- Clemente C, Aguirre A, Echarte JL, Puente I, Iglesias ML, Supervía A. Diferencias entre hombres y mujeres en las características de las intoxicaciones. *Emergencias*. 2010;22:435-40.
- Clemente C, Echarte JL, Aguirre A, Puente I, Iglesias ML, Supervía A. Diferencias en las intoxicaciones de los españoles y los extranjeros atendidas en urgencias. *Emergencias*. 2011;23:271-5.
- Heier EC, Eyer F, Rabe C, Geith S, Dargan PI, Wood DM, et al, Euro-DEN Research Group. Clinical effect of ethanol co-use in patients with acute drug toxicity involving the use of central nervous system depressant recreational drugs. *Eur J Emerg Med*. 2022;29:291-300.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de Movimientos Turísticos en Fronteras (FRONTUR) del año 2019. (Consultado 20 Enero 2023). Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/frontur/frontur1122.pdf>
- Boba A. Management of acute alcoholic intoxication. *Am J Emerg Med*. 1999;17:431.
- Holt S, Stewart IC, Dixon JM, Elton RA, Taylor TV, Little K. Alcohol and the emergency service patient. *Br Med J*. 1980;281:638-40.

- Van Havere T, Vanderplassen W, Lammerlyn J, Broekaert E, Bellis M. Drug use and nightlife: more than just dance music. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2011;6:18.
- Wood DM, Greene SL, Alldus G, Huggett D, Nicolau M. Improvement in the pre-hospital care of recreational drug users through the development of club specific ambulance referral guidelines. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2008;3:14.
- Heyerdahl F, Hovda KE, Bjornaas MA, Brørs O, Ekeberg O, Jacobsen D. Clinical assessment compared to laboratory screening in acutely poisoned patients. *Hum Exp Toxicol*. 2008;27:73-9.
- Sullivan JB, Hauptman M, Bronstein AC. Lack of observable intoxication in humans with high plasma alcohol concentrations. *J Forensic Sci*. 1987;32:1660-5.
- Yost DA. Acute care for alcohol intoxication. be prepared to consider clinical dilemmas. *Postgrad Med*. 2002;112:14-6, 21-2, 25-6.
- Hack JB, Goldlust EJ, Gibbs F, Zink B. The H-impairment index (HII): A standardized assessment of alcohol-induced impairment in the emergency department. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2014;40:111-7.
- Martin CS, Moss HB. Measurement of acute tolerance to alcohol in human subjects. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993;17:211-6.
- Hoffman RS, Goldfrank LR. The poisoned patient with altered consciousness. controversies in the use of a 'coma cocktail'. *JAMA*. 1995;274:562-9.
- Maniaci MJ, Lachner C, Vadeboncoeur TF, Hodge DO, Rummans TA. Involuntary patient length-of-stay at a suburban emergency department. *Am J Emerg Med*. 2020;38:534-8.