
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 1
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

**PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN AL PACIENTE CON
INTOXICACIÓN AGUDA POR DROGAS DE ABUSO EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES**


Departamento de Salud Alicante-Hospital General Universitario Dr. Balmis



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 2
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. ALCANCE
4. PERSONAL IMPLICADO
5. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN
 - A. EVALUACIÓN INICIAL
 - B. UBICACIÓN DEL PACIENTE
 - C. DATOS QUE RECOGER EN LA HISTORIA CLÍNICA
 - D. EXPLORACIÓN FÍSICA
 - E. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
 - F. TRATAMIENTO
6. INTOXICACIÓN POR DROGAS ESPECÍFICAS
 - 6.1. COCAINA
 - 6.2. OPIÁCEOS
 - 6.3. CANNABIS
 - 6.4. ANFETAMINAS Y DROGAS DE DISEÑO
 - 6.5. ÉXTASIS LÍQUIDO
 - 6.6. KETAMINA
 - 6.7. ESCOPOLAMINA
 - 6.7. POPPERS
 - 6.8. ALCOHOL Y BENZODIACEPINAS
7. DROGAS DE SUMISIÓN QUÍMICA
8. CRITERIOS DE INGRESO/ALTA.
9. CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y/O REGISTROS
10. BIBLIOGRAFÍA
11. ANEXOS
12. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 3
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

1. INTRODUCCIÓN

El abuso y dependencia de drogas de abuso es una causa frecuentemente oculta de consulta en Servicios de Urgencias.

Una droga de abuso es cualquier sustancia capaz de alterar las funciones psíquicas al introducirla en el organismo, de inducir el deseo de repetir la administración por el placer que produce, de provocar síndrome de abstinencia al cesar súbitamente su consumo reiterado y, por otra parte, es esa sustancia que no tiene indicación terapéutica, o si la tiene, se consume de forma recreativa para un fin distinto

Las principales urgencias médicas ante el consumo de estas sustancias son la privación y la intoxicación aguda. Nos centraremos en la intoxicación aguda por ser esta la urgencia médica que más compromete la vida en el consumo de estos tóxicos.

2. OBJETIVOS

▪ **Objetivo general:**

Establecer una pauta de actuación estandarizada y homogénea en el Servicio de Urgencias que garantice la detección precoz, así como la atención rápida y segura de los pacientes con intoxicación por drogas de abuso.

▪ **Objetivos específicos**


Establecer un procedimiento específico de actuación en el Servicio de Urgencias que garantice la coordinación de todos los recursos existentes.

3. ALCANCE

Este procedimiento se aplicará a todo el personal del Servicio de Urgencias Generales del Hospital General Universitario de Alicante.

4. PERSONAL IMPLICADO

PERSONAL	RESUMEN DE FUNCIONES
Facultativo/a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facultativos/as de urgencias: las propias del/la facultativo/a de urgencias, ▪ Facultativos/as de otras especialidades: las propias de la especialidad, ▪ Jefe/a de la Guardia: coordinar y garantizar el cumplimiento del protocolo.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 4
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

Farmacéutico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinación de tóxicos
Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triage de Urgencias: valoración de triaje y las descritas en el protocolo ▪ Enfermera de Urgencias: atención integral de enfermería al paciente
TCAE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizarán sus tareas designadas en su puesto de trabajo en Urgencias.
Personal Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encargará de realizar la admisión de la paciente en Urgencias.
Celador/a	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El equipo de celadores realizará las tareas propias de apoyo en Urgencias
Personal de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funciones de vigilancia y protección en caso de ser necesario a requerimiento del personal sanitario.


5. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN EN SERVICIO DE URGENCIAS

A- EVALUACIÓN INICIAL EN TRIAJE Y CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE.

- En el triaje de enfermería se registrará el motivo de consulta.
- Si está inconsciente la anamnesis debe realizarse a través de acompañantes.
- Se realizará la toma de constantes: TA, FC, saturación de O₂, glucemia capilar, temperatura y nivel de consciencia aplicando escala de coma de Glasgow.
- Los signos vitales, así como la situación neurológica del paciente, son fundamentales para decidir priorización de la asistencia, y su ubicación.

B- UBICACIÓN DEL PACIENTE

- Si el motivo de la atención es una intoxicación aguda de cualquier droga, se ubicará al paciente según situación clínica.
- Si presenta nivel de consciencia disminuido o alteración del comportamiento, se ubicará al paciente en zona de encamados.
- Si evidenciamos inestabilidad hemodinámica o respiratoria, se ubicará en box de críticos.
- Si el motivo de consulta es otro, pero se sospecha de una ingesta o intoxicación, se ubicará de igual modo según situación clínica del paciente.
- Si no tenemos certeza de que la disminución del nivel de consciencia sea debida a consumo de drogas u otros tóxicos (etanol), se actuará según procedimiento de actuación de paciente en coma de origen desconocido.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 5
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

C- DATOS QUE RECOGER EN UNA HISTORIA CLÍNICA

Según situación clínica y estado de consciencia, la historia clínica se realizará al paciente o a través de familiares/acompañantes.

Registraremos:

- Antecedentes personales.
- Antecedentes de consumo de tóxicos.
- Medicación habitual.
- Motivo de consulta.
- Nombre del tóxico implicado.
- Vía, dosis y hora de ingesta/consumo.
- Intencionalidad.
- Atención y/o tratamiento recibido en ámbito extrahospitalario.

D- EXPLORACIÓN FÍSICA


Se realizará una exploración física completa con:

- Constantes vitales: TA, FC, FR, saturación, temperatura y glucemia capilar.
- Nivel de consciencia.
- Estado mental.
- Pupilas.
- Estado neurológico, respiratorio y cardiocirculatorio.
- Observar otras manifestaciones que nos puedan orientar a la etiología del cuadro, como por ejemplo signos de venopunción, perforación tabique nasal, aspecto pupilas, estado mental, hallazgo de material para el consumo entre las pertenencias del paciente...etc.
- Durante la atención a un paciente intoxicado se deberán hacer revaloraciones periódicas, el intervalo entre valoraciones dependerá de la situación clínica.

E- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Se tendrá en cuenta la situación clínica del paciente y el tóxico consumido para decidir la realización de pruebas complementarias:

- Si el paciente o los acompañantes reconocen la ingesta de uno o varios tóxicos, y su situación es de estabilidad clínica hemodinámica y respiratoria, no precisará de pruebas complementarias y podrá ser dado de alta tras la resolución de los síntomas que presente.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 6
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

- Si presentar alguna clínica relacionada con dicho consumo, se realizarán las pruebas necesarias en función de la clínica (por ej: si presenta clínica cardiológica tras consumir cocaína, se realizará un ECG y una analítica sanguínea con determinación de enzimas cardíacas).
- Si el paciente acude sin acompañantes, con deterioro nivel de consciencia que impida saber el consumo realizado, o esta inestable, se solicitarán pruebas diagnósticas:


- Analítica sangre (que incluya glucemia, hematocrito, creatinina, iones y el equilibrio ácido-base).
- Análisis toxicológico en orina: cuando se sospeche de etiología tóxica de la clínica, o cuando determinar el toxico ingerido sea fundamental para el tratamiento y evolución.

Los tóxicos que se determinan en orina en nuestro hospital son:

- Alcohol (OH) en orina y sangre: determinación cuantitativa.
- Anfetaminas: determinación cualitativa.
- Benzodiacepinas: determinación cualitativa.
- Derivados cannabinoides: determinación cualitativa.
- Cocaína: determinación cualitativa.
- Metadona: determinación cualitativa.
- Opiáceos: determinación cualitativa.
- Radiografía de tórax si insuficiencia respiratoria o sospecha de broncoaspiración.
- Electrocardiograma: para descartar complicaciones cardiovasculares tras consumo de drogas de abuso cardiotóxicas.
- TC craneal: ante coma de origen desconocido o TCE asociado a consumo de drogas con alteración del nivel de consciencia.

F- TRATAMIENTO.


- ✚ En un paciente consciente se priorizará el tratamiento de soporte y el tratamiento sintomático.
- ✚ Ante un paciente con disminución del nivel de consciencia que no responde, se iniciaran las medidas iniciales del soporte vital (ACBD)
 - En caso de inestabilidad hemodinámica o respiratoria se procederá a aislamiento de la vía aérea mediante IOT.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 7
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

- En caso de estabilidad hemodinámica y respiratoria se colocará en posición lateral de seguridad y se realizará tratamiento de soporte.

Tratamiento de soporte:

- Control de situación hemodinámica y respiratoria. Actuar en consecuencia si hay deterioro.
- Valoración neurológica periódica.
- Manejo de complicaciones: a continuación, describimos la pauta de actuación para las situaciones clínicas más graves que podemos encontrar en pacientes con consumo de drogas de abuso. Para el resto de las complicaciones ver apartado específico en la descripción de cada tóxico, en el apartado siguiente:
 - Paciente en parada cardiorrespiratoria: seguiremos algoritmo ABCD del SVA
 - Coma de origen desconocido:
Estabilización inicial del enfermo aplicando algoritmos ABCD por lo que si existe una insuficiencia respiratoria grave o riesgo de broncoaspiración se deberá realizar IOT.
Ante coma de origen desconocido se podrá administrar (**anexo 1**)
 - Glucosa si se constata hipoglucemia,
 - Tiamina en los pacientes con déficit (alcohólicos crónicos y desnutridos),
 - Naloxona en la sospecha de intoxicación por opioides con deterioro del nivel de consciencia (Glasgow <12) o bradipnea.
 - Flumazenilo solamente en caso de deterioro del nivel de consciencia con Glasgow < 12 con sospecha de intoxicación por benzodiacepinas
Está contraindicado en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas, con ingesta de otros fármacos (carbamazepina y cloroquina) o toma crónica de benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos, ya que baja el umbral para las convulsiones.
 - Convulsiones:
 - Si aparecen convulsiones se tratarán con benzodiacepinas: Diazepam i.v. (ampollas de 10 mg) o Clonazepam (ampollas de 1 mg)

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 8
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

- Agitación
 - Las benzodiacepinas son la primera elección.
 - En las intoxicaciones por cocaína y otras drogas de síntesis, se deben evitar los neurolépticos por riesgo de rigidez, hipertermia y convulsiones.

6. INTOXICACIONES POR DROGAS ESPECÍFICAS

6.1 INTOXICACIÓN POR COCAINA

Se presenta comúnmente en forma de polvo blanco (clorhidrato de cocaína) que habitualmente se esnifa, aunque si se disuelve con el solvente adecuado se puede consumir vía i.v. También se puede encontrar en forma sólida o “crack” que puede fumarse, absorbiéndose por vía pulmonar con un efecto muy rápido.


Cualquier dosis es potencialmente tóxica, debido a la variabilidad en el grado de pureza, la presencia de adulterantes y la diferente tolerancia individual.

Clínica

- Hipertensión, midriasis, taquicardia, diaforesis
- Hipertermia grave
- Alteraciones en el ECG: alargamiento PR, QRS y QT
- Agitación psicomotriz, convulsiones y coma
- Hipoglucemia

Complicaciones

- Cardíacas: síndrome coronario agudo, arritmias supraventriculares y ventriculares.
- SNC: accidente cerebrovascular (ACV), hemorragia subaracnoidea (HSA) por rotura de aneurismas, convulsiones.
- Psiquiátricas: agitación psicomotriz y delirio paranoide.
- Respiratorias: neumotórax, neumomediastino, edema agudo de pulmón (EAP), hemorragia pulmonar (alveolitis hemorrágica o pulmón de crack).
- Otras: rabdomiólisis, isquemia intestinal, obstrucción de la arteria central retina, etc.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 9
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

Diagnóstico

- Historia clínica, anamnesis y exploración física.
- Según situación clínica del paciente se realizarán pruebas complementarias: hemograma, coagulación, bioquímica con CPK, gasometría arterial, determinar la presencia de metabolitos en orina (presentes hasta 3 días en consumidores no habituales y hasta 7 días en habituales).
- Realización de EKG si asocia síntomas.

Tratamiento


- No hay antídoto
- Tratamiento según síntomas
 - Si necesidad de IOT: rocuronio 1mg/kg i.v. No utilizar succinilcolina.
 - Si agitación psicomotriz: Benzodiacepinas: No administrar neurolépticos
 - Hipertensión grave: Benzodiacepinas, Nitroglicerina o Fentolamina
 - Hipertermia: Benzodiacepinas + refrigeración externa.
 - Rabdomiólisis: Reposición hidroelectrolítica i.v. con SG 5 % y SF 0,9
 - Crisis comiciales: Benzodiacepinas
 - Arritmias ventriculares: Benzodiacepinas o amiodarona.
 - **No administrar:**
 - Antagonistas del calcio: aumentan el riesgo de crisis y la mortalidad.
 - Beta -bloqueantes: aumentando el riesgo de hipertensión (en caso de necesidad, los más seguros son labetalol y carvedilol alfa/beta
 - Bicarbonato: más riesgo de arritmias.
 - Haloperidol: sube la temperatura, arritmias, rabdomiólisis

6.2 INTOXICACION POR OPIÁCEOS

La causa más frecuente de intoxicación por opiáceos es la heroína intravenosa o inhalada, con tendencia al descenso en su consumo en los últimos años.

Clínica

- Triada clásica: disminución del nivel de consciencia, depresión respiratoria y miosis puntiforme (pupilas normales o dilatadas no excluye)

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 10
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

- Hipoventilación: frecuencia respiratoria (FR) < 12 rpm
- Íleo paralítico, retención urinaria, hipotermia, arritmias cardíacas (bradicardia) e hipotensión.
- Edema pulmonar no cardiogénico con gasometría con acidosis mixta e hipoxia.
- Alteraciones de laboratorio: rabdomiolisis, hipoglucemia, hipopotasemia, mioglobinuria e insuficiencia renal.

Diagnóstico


- Historia clínica y exploración física: alteración del nivel de consciencia con más de uno de los siguientes: FR < 12 rpm, pupilas mióticas, evidencia circunstancial (signos de venopunción) o historia de abuso.
- Según situación clínica del paciente se realizarán pruebas complementarias: hemograma, coagulación, bioquímica con CPK, gasometría arterial, determinar la presencia de opiáceos en orina.
- ECG: aumento intervalo QRS (propoxifeno), QT y torsades de pointes (metadona en dosis elevadas).

Tratamiento:

- Soporte ventilatorio
- Antídoto: naloxona. Es un antagonista opioide de acción corta. Tiene efecto en 1-2 min. y una duración de 30-60 min.
- Indicado si: Glasgow <12 o FR <6.
 - Sí hay depresión respiratoria; en bolo 0,4- 0.8 (1 o 2 ampollas) cada 2 - 3 minutos hasta 4 mg (10 ampollas)
 - Si hay apnea hasta 1.2 mg i.v. (i.m. , subcutánea, intranasal o endotraqueal), si hay PCR hasta 2 mg iv.
 - No hay dosis máxima, pero si tras 4 mg no hay respuesta deben considerarse otras opciones diagnosticas.
 - Si el narcótico es de vida media larga, se instaurará perfusión de naloxona

En los pacientes adictos a opiáceos, la naloxona produce un síndrome de abstinencia que tarda en resolverse de 5 a 20 min con tratamiento sintomático.

Si no hay respuesta a la naloxona, considerar la asociación a otros tóxicos depresores del SNC.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 11
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

- Tratamiento de alteraciones electrolíticas si aparecieran: hipocalcemia, hipopotasemia, hipomagnesemia
- Si alargamiento de QT: bolo 1-2 mEq/Kg de bicarbonato sódico. Si se normaliza el QT, se puede continuar con infusión de bicarbonato sódico (132 mEq en un litro de suero a pasar en 4 horas).
- El edema agudo de pulmón se trata con soporte ventilatorio. No son útiles los diuréticos ni los esteroides.

6.3 INTOXICACIÓN POR CANNABIS

El cannabis y sus derivados (cannabinoides sintéticos) son probablemente las drogas más cultivadas, traficadas y consumidas en la actualidad.

Clínica

- Taquicardia y taquipnea.
- Hipertensión e hipotensión ortostática.
- Nistagmo, ataxia y disartria.
- Náuseas y vómitos.

Complicaciones


- Neumomediastino, neumotórax.
- Angina o infarto agudo de miocardio.
- Crisis de ansiedad o de pánico.
- Convulsiones, más frecuentes en adolescentes.
- Síndrome de hiperémesis por cannabinoide: Trastorno relacionado con el consumo crónico que se manifiesta con náuseas, vómitos y dolor abdominal persistente y cíclico.

Diagnóstico

Actuar de la misma manera que en consumo de otras drogas o fármacos descrito en el apartado general: historia clínica, anamnesis y exploración física, con realización de pruebas complementarias según situación clínica.

Tratamiento

- Sintomático.
- Convulsiones: benzodiacepinas

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 12
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

- Síndrome hiperemético: hidratación mediante sueroterapia i.v., antieméticos y benzodiacepinas. También se ha observado mejoría sintomática mediante duchas con agua calientes y capsicina tópica para alivio de las náuseas y el dolor.

6.4 INTOXICACION POR ANFETAMINAS Y DROGAS DE DISEÑO

La anfetamina y sus derivados son de las drogas de abuso más consumidas con ánimo recreativo. Los compuestos más utilizados son: MDA: “droga del amor”; MDEA: “Eva”; MDMA: “éxtasis”;

Son las llamadas drogas de diseño o de síntesis.

La mayoría de los casos se asocia a consumo de otras drogas o alcohol.

Clínica

Se absorbe rápidamente por v.o. iniciando su acción a los 30 minutos, con pico máximo a los 60 minutos, con una duración de los efectos entre 2 y 6 horas.


Tiene efecto euforizante, empatógeno, produce gran energía y autoestima personal, no claramente afrodisiaco.

Dependiendo de la gravedad del cuadro:

- Alteración en la percepción de las formas y colores de los objetos, alucinaciones.
- Hiperactividad.
- Distonías mandibulares, bruxismo (mastican chicle muy frecuentemente)
- Midriasis, piloerección, diaforesis.
- Ansiedad, cuadros psicóticos.
- Hipertermia (golpe de calor, que puede conducir a fallo multiorgánico).
- Hipertensión, taquicardia supraventricular y otras arritmias, incluso FV.
- Convulsiones, hemorragia cerebral, edema pulmonar.
- Hiponatremia y SIADH.
- Síndrome serotoninérgico o síndrome neuroléptico maligno.

Diagnóstico

- Historia clínica y anamnesis
- Se realizarán pruebas necesarias en función de la situación y la clínica del paciente; en la mayoría de los casos no necesitarán de pruebas complementarias, salvo dudas diagnósticas o situación de inestabilidad del paciente.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 13
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

Tratamiento:

Se basa en asegurar funciones vitales, valorar repercusiones orgánicas y medidas sintomáticas en función de la clínica.

- Lavado con SNG si la ingesta ocurrió antes de 2 horas + carbón activado (25 g en dosis única). Evitar en bajo nivel de consciencia por complicaciones asociadas.
- Si compromiso de vía aérea: IOT con rocuronio 1 mg/kg i.v. No utilizar succinilcolina. Evitar ketamina como fármaco inductor.
- Si agitación: Benzodiazepinas hasta control de la agitación. No administrar neurolépticos clásicos (haloperidol).
- Si Hipertensión: Benzodiazepinas En casos excepcionales, recurrir a fentolamina
- Si Hipertermia: Benzodiazepinas + refrigeración externa.
- Si Rabdomiolisis: Reposición hidroelectrolítica i.v. con SG 5 % y SF 0,9 %
- Si Convulsiones Benzodiazepinas

6.5 ÉXTASIS LÍQUIDO (GAMMA-HIDROXIBUTÍRICO, GHB)

Es una sustancia depresora del SNC derivado del ácido gamma-aminobutírico (GABA), Es llamada “droga de los violadores”.

El GHB se consume por vía oral (polvo blanco soluble al agua)


Posee una absorción rápida y sus efectos pueden verse potenciados por otros depresores del SNC (alcohol, marihuana, benzodiazepinas, heroína), por lo que se pueden dar intoxicaciones graves con dosis mínimas de GHB.

El pico de concentración plasmática se obtiene a los 20-40 minutos de su administración y la semivida de eliminación es de 20-50 minutos. El 1 % de la dosis de GHB administrada se elimina inalterado por la orina, donde solo es detectable en las primeras 6-12 horas después del consumo.

Clínica

La toxicidad es dosisdependiente: 10 mg/kg inducen sueño, 30 mg/kg disminución del nivel de consciencia y 50 mg/kg producen anestesia general.

- Desinhibición, sociabilidad, placidez, sensualidad, aumenta el sentido del tacto.
- Afectación neurológica: somnolencia, sedación profunda y coma de corta duración, 2-3 horas con recuperación completa. Raramente muerte.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 14
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

- Otros: vómitos, bradicardia, mioclonías, hipopotasemia moderada, rabdomiolisis, HTA, delirio y a veces convulsiones.
- Síndrome abstinencia en consumidores crónicos de inicio a las 3-6 horas de la última dosis.
- También se ha descrito síndrome de Wernicke-Korsakoff inducido por GHB.

Diagnóstico

- Historia clínica y anamnesis
- Se realizarán pruebas necesarias en función de la situación y la clínica del paciente; en la mayoría de los casos no necesitarán de pruebas complementarias, salvo las necesarias ante activación de protocolo de sumisión química y las realizadas e indicadas por el Forense.

Tratamiento

- Tratamiento sintomático individualizado
- Observación hasta recuperación y desaparición de síntomas.
- Si síndrome de abstinencia: Benzodiazepinas.
- No se realiza lavado gástrico debido a absorción rápida de GHB (15 minutos).

6.6 KETAMINA

Es un anestésico general, con una potente acción analgésica, hipnótica y amnésica que tiene efecto psicodélico, estimulante y alucinógeno.


Frecuente su empleo como droga recreativa.

Posee múltiples designaciones: “K o vitamina K”, “especial K”, “Kit-Kat”, “Calvin Klein” (cocaína y ketamina), Mary-K (ketamina mezclada con marihuana). En el mercado ilegal se puede consumir en forma de polvo blanco, como viales i.v., esnifada o fumada.

Clínica

Los síntomas están relacionados con el grado de intoxicación: leve (< 5mg/kg), moderada (> 5mg/kg) y grave (> 80mg/kg):

- Náuseas o vómitos, mareo, sudores, cefalea.
- Agitación psicomotora de corta duración: ataxia, disartria, hipertoniá, rigidez, disminución de la coordinación, parestesias y reacciones distónicas.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 15
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

- Alteración del nivel de consciencia.
- Nistagmus, midriasis, diplopía, hipersalivación.
- Depresión respiratoria o apnea, riesgo de neumonía aspirativa, edema agudo de pulmón (principal causa de muerte).
- Bradicardia, taquicardia, hipertensión arterial o hipotensión, infarto de miocardio.
- Hipertermia maligna.
- Lesiones urológicas: uropatía inducida por ketamina (cistitis irritativa, con hematuria, hiperactividad del detrusor) como efecto a largo plazo.

Diagnostico

- Se realizarán pruebas necesarias en función de la situación y la clínica del paciente; en la mayoría de los casos no necesitarán de pruebas complementarias, salvo dudas diagnosticas o situación de inestabilidad del paciente.

Tratamiento


Se basa en asegurar funciones vitales, valorar repercusiones orgánicas y medidas sintomáticas en función de la clínica.

- La descontaminación gastrointestinal casi nunca es indicada, ya que se consume inhalada. Iv o im.
- Si hipotensión: fluidoterapia.
- Si bradicardia: atropina.
- Si ansiedad: Benzodiacepinas

Los pacientes suelen ser dados de alta tras el cese de la clínica, después de un periodo de observación asintomática, por lo general de las 6 primeras horas.

6.7 ESCOPOLAMINA

Es un alcaloide soluble en agua, que actúa como antagonista competitivo de la acetilcolina en los receptores muscarínicos del sistema parasimpático. Rápida absorción.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 16
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

Clínica

A los 30-60 minutos de la ingesta se presentan los síntomas anticolinérgicos y pueden durar 24-48 horas


- Cardiovascular: taquicardia (es el signo más precoz y fiable) o bradicardia, hipertensión o hipotensión ortostática, hipertermia anhidrótica, rubor.
- SNC: confusión, desorientación, agitación, ansiedad, mareos, cefalea, somnolencia y fatiga, ataxia, irritabilidad, pérdida de memoria, disartria, delirio y síntomas psicóticos (raros).
- Dermatológico: erupciones, dishidrosis, xerodermia, rash, prurito, rubor, urticaria.
- Gastrointestinal: disfagia, estreñimiento o diarrea, xerostomía, náuseas, vómitos.
- Genitourinario: disuria y retención urinaria.
- Oftalmológico: midriasis no reactiva, fotofobia, visión borrosa, disminución de la acomodación, infección conjuntival, cicloplejia, xeroftalmia, glaucoma de ángulo cerrado, aumento de la PIO, picor, pigmentación retina.
- Otros: angioedema, diaforesis, intolerancia al calor, reacciones de hipersensibilidad, anafilaxia y shock anafiláctico (raros).

Diagnóstico

- Historia clínica y exploración física.
- Analítica completa: hemograma, coagulación, bioquímica con troponina y CPK (rabdmiolisis), gasometría venosa, sistemático de orina.
- ECG y Rx de tórax.

Tratamiento

- Antídoto: fisostigmina (inhibidor de la acetilcolinesterasa): 0,5-2 mg i.v.,
- Medidas de soporte generales
- Tratamiento sintomático.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 17
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

6.8 POPPERS (NITRITO DE AMILO, NITRITO DE ISOBUTILO Y OTROS NITRITOS)

Droga de abuso derivadas del ácido nitroso, y usadas con fin recreativo por sus efectos afrodisiacos, euforizantes, desinhibitorios y de estimulación sexual para conseguir intensos orgasmos y facilitar la penetración anal, al relajar la tonicidad esfinteriana. Estas sustancias son inhaladas, pero también se ingieren por vía oral. Se comercializan con el nombre de nitritos, oro líquido, bananas, snappers, rush, stud o locker room

Presentan absorción rápida, independientemente de la vía utilizada y sus efectos se observan a los pocos minutos, con una duración de hasta 1-2 horas. Metabolización hepática y eliminación en orina.


Clínica

La gravedad depende de la metahemoglobinemia:

- Cardiovascular: taquicardia sinusal, hipotensión ortostática, *shock* circulatorio, parada cardiorrespiratoria.
- Respiratoria: cianosis no hipoxémica y disnea.
- SNC: temblores, convulsiones, mareos e inestabilidad (signos de metahemoglobinemia), síncope, vértigos, cefalea, aumento de la PIC, inquietud, lenguaje incoherente, estupor, obnubilación.
- Dermatológico: dermatitis, riesgo de quemadura, palidez cutánea, vasodilatación facial y mucosas, luego cianótica y fría, sudoración.
- Hematológico: anemia hemolítica.
- Gastrointestinal: náuseas, vómitos y diarrea.
- Genitourinario: incontinencia urinaria, relajación de musculatura lisa (esfínter anal y vaginal). Aumento de la libido. Dificultad temporal para la erección usado a altas dosis.
- Oftalmológico: aumento de la presión intraocular, irritación, visión borrosa.
- Otros: estado de bienestar subjetivo, euforia, agresividad, hipertermia de unos minutos, pérdida de apetito y cansancio y debilidad.

Diagnóstico

- Historia clínica y exploración física.
- Analítica con hemograma, escoagulación, bioquímica completa con troponina y CPK (rabdmiolisis), gasometría arterial (el pulsioxímetro mostrará unos niveles de

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 18
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

saturación normales o ligeros descensos, falseando los datos) cooximetría (aumento de metahemoglobinemia cuantificar los diversos tipos de hemoglobina y evaluar así la gravedad), sistemático de orina.

- ECG y Rx de tórax.

Tratamiento

- Antídoto: azul de metileno (indicado si aumento de metahemoglobinemia). Indicada en presencia de cianosis. Se administra a 1mg/kg, disuelto en 100mL de suero salino a pasar en 15 minutos. Si el paciente no mejora, puede repetirse la misma dosis al cabo de 60 minutos. Dosis total acumulada de 7mg/Kg.
- Medidas de soporte generales: hidratación y mantenimiento de presión arterial con suero fisiológico.
- Oxigenoterapia a elevada concentración, aunque el paciente no se encuentre hipoxémico y la saturación sea aparentemente normal.
- No se realiza descontaminación digestiva ni diuresis forzada.
- Hemodiálisis: solo en casos muy graves con niveles de metahemoglobina superior al 60 %.
- Monitorización

6.9 ALCOHOL Y BENZODIACEPINAS:


El consumo de estas sustancias se trata de forma separada en sus protocolos específicos.

7. INTOXICACIÓN POR DROGAS DE SUMISIÓN

Es la administración de sustancias psicoactivas, con fines delictivos o criminales, sin el consentimiento de la persona, ya que provocan la anulación de su voluntad, capacidad de juicio o modificación del estado de vigilancia.

En la mayoría de los casos conlleva la activación desde urgencias del **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA.**

Las sustancias más comunes usadas en la sumisión química son: alcohol etílico, benzodiacepinas, ketamina, gammahidroxiburato (GHB), burundanga (escopolamina) y poppers (nitrito de amilo).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 19
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

8. CRITERIOS DE INGRESO/ALTA HOSPITALARIA

- Pacientes estables hemodinámica y respiratoria, se mantendrán vigilados en urgencias hasta que la mejoría de su situación clínica permita el alta a su domicilio.
- Los pacientes con inestabilidad hemodinámica, respiratoria o coma de origen desconocido requerirán valoración de medicina intensiva.

9. CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y/O REGISTROS

- Registrar en historia clínica el tóxico implicado, la hora, la cantidad, la vía de administración y la intencionalidad.
- Dejar constancia si ha recibido atención extrahospitalaria, y en ese caso, el tratamiento recibido.
- Realización de EKG en todo paciente que consulte por una intoxicación por agentes cardiotóxicos.
- Administración de naloxona o flumazenilo a pacientes con deterioro de nivel de consciencia y sospecha de intoxicación de tóxicos, cuando esta administración está indicada (Glasgow <12 puntos) y cuando no si estén contraindicados.
- Dejar constancia si ha sido valorado por Psiquiatría si la intencionalidad ha sido autolítica.

CODIFICACION EN INFORME DE ALTA


Intoxicación aguda por (especificar tóxico y gravedad).

Poliintoxicación.

Intención autolítica.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Baro Pato O, Rubio Diaz R, Laín Terés N, Burrillo Putze G. Actitud general en las intoxicaciones agudas. En: Julián-Jiménez A, coordinador. Manual de protocolos y actuación en Urgencias. 4a edición. (Reimpresión 2016); Madrid: SANED SL.


 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 20
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

2. Burillo Putze G, Munne Mas P, Dueñas Laita A, et al. Intoxicaciones agudas: Perfil epidemiológico y clínico en los servicios de urgencias españoles. Estudio HISPATOX. Emergencias 2008; 20:15-26.
3. Crees Z, Fritz C, Heudebert A, et al. Toxicología. En: Manual Washington de terapéutica médica 36o edición. Wolters Kluwer. 2020.
4. Grupo de trabajo de toxicología. Soc. Catalana de urgencias y emergencias Código de Activación ante una Intoxicación Aguda Grave (CODITOX). Grupo de Trabajo SoCMUETox. Junio 2018.
5. Nogué Xarau S. Toxicología clínica. Bases para el diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones en el servicio de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. Elsevier, 2019.
6. Núñez Gaviño P, Piñeiro López P, Chillón Arce R. Tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol y otras drogas en urgencias. Rev. FMC. 2016;23(2):97-102.

11. ANEXOS

Anexo 1: Tratamiento farmacológico en el coma de origen desconocido

Tratamiento farmacológico en el coma de origen desconocido		
Glucosa	2-3 ampollas i.v. lenta de SG 33 %, según glucemia inicial y respuesta + SG10%	Hipoglucemia
Flumazenilo	Fumazenilo i.v. : 0,25mg i.v. directa lento (repetido cada 1 min si no hay respuesta, hasta un total de 1 mg). Si reaparece la sedación, administraremos perfusión 2-4 mg de flumazenilo en 500 cc de SG 5 % en 4-6 horas. Se ajusta el ritmo al nivel de consciencia del paciente.	Valorar su administración solo si Glasgow <12. Contraindicación absoluta: · Convulsiones · Epilepsia · Toma de cocaína, Antidepresivos tricíclicos, bupropion, · Estados de agitación. Contraindicación relativa: · Antecedentes de uso crónico de benzodiazepinas
Naloxona	0,4-2 mg i.v. (i.m. si no hay vía), repitiendo a intervalos de 2-3 minutos. Máximo 10 mg. Si el narcótico es de vida media larga, se instaurará perfusión de naloxona 2 mg en 500 ml SG 5 %, durante 4	Intoxicación opiáceos

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Procedimiento de actuación al paciente con intoxicación aguda por drogas de abuso en el Servicio de Urgencias	URG-P073			Hoja nº 21
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	07	11	2024	

Tiamina	100 mg im	Etilismo

12. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Ana Bello Villaverde , Médico adjunto Servicio de Urgencias	Inmaculada Jiménez Ruiz , Médico adjunto Servicio de Urgencias Elena Martínez Beloqui , Médico adjunto de urgencias Begoña Espinosa Fernández , Médico adjunto de urgencias	Pere Llorens Soriano , Jefe del servicio de Urgencias Rogelio Pastor Cesteros , Jefe de sección del servicio de Urgencias
Fecha 07/11/2024	Fecha 18/11/2024	25/11/24

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas/servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Urgencias Generales.

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	PÁGINAS
V1	25/11/24	Elaboración del documento	21
V2	XX/XX/20XX	Revisión del documento	